

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ERCP

Bakalářská práce

KRISTÝNA PREKOPOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Miroslava Lafková

Praha 2014



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

Prekopová Kristýna
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s endoskopickou retrográdní
cholangiopankreatografií

*Nursing Process for Patients with Endoscopic Retrograde
Cholangiopancreatography*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Miroslava Lafková

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne :

.....
Kristýna Prekopová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce MUDr. Miroslavě Lafkové za odborné vedení práce a její mamince Mgr. Miroslavě Lafkové za cenné rady a připomínky.

Nemalé díky také patří MUDr. Jurajovi Marčekovi, vedoucí lékař Gastroenterologického oddělení v nemocnici Mladá Boleslav, za jeho rady, připomínky a doporučení hlavně k teoretické části práce.

ABSTRAKT

PREKOPOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u pacienta s ERCP*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: MUDr. Miroslava Lafková. Praha 2014. 56 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie). Teoretická část práce charakterizuje základní pojem endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie (dále ERCP), jeho charakteristiku, definici, indikaci, kontraindikaci. Dále popisuje průběh vyšetření a možné komplikace. Součástí této kapitoly je také specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto vyšetřením. V této kapitole se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči u pacienta před, během a po vyšetření. Praktická část práce se zabývá zpracováním ošetrovatelského procesu u pacienta podstupující ERCP vyšetření, důvody přijetí pacienta do nemocnice, anamnézou pacienta, dále jsou zjišťovány subjektivní a objektivní hodnocení pacientových aktuálních a potencionálních problémů, které jsou následně zpracovány ve formě ošetrovatelských diagnóz. Cílem práce je přinést důležité informace o vyšetření ERCP a to především zdravotnickým pracovníkům, pacientům, ale i laické veřejnosti. Odpovědět tak na otázky, které jim nejsou zcela jasné, seznámit je s danou problematikou a přiblížit ošetrovatelskou péči před, během a po výkonu.

Klíčová slova: Endoskopie. ERCP. Ošetrovatelská péče. Pacient. Sestra.

ABSTRACT

PREKOPOVÁ, Kristýna, DiS. *Nursing Process for Patients with Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Miroslava Lafková. Prague. 2014. 56 p.

The bachelor thesis is about the nursing process for patients with ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography). The theoretical part of the thesis describes the basic concept of (ERCP), characteristics, definition, indication, and the contra-indication. Furthermore, the thesis describes the examination and possible complications. Part of this chapter also contains nursing care for a patient with this examination. This chapter focuses on nursing care for a patient before, during and after the examination. The practical part deals with the nursing process with a patient undergoing to ERCP examination, the reasons for the patient's admission to hospital, the patient's medical history, and the patient's subjective and objective assessment, the patient's current and potential problems which are processed in the nursing diagnosis in detail. The purpose is to bring important information about examination ERCP and especially to health care professionals, patients, also to the commons public. The answer of the questions which they are not entirely clear, then it's necessary to introduce the issues and understand nursing care before, during, and after procedure.

Keywords: Endoscopy. ERCP. Nurse. Nursing care. Patient.

PŘEDMLUVA

Téma pro zpracování bakalářské práce jsem zvolila problematiku vyšetřovací metody endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, dále jen ERCP. Důvod pro zvolené téma byl zcela jednoznačný. Při vykonávání mé práce zdravotní sestry na oddělení metaboliky, interní jednotky, se velmi často setkávám s pacienty, kteří jsou hospitalizováni právě z důvodu výkonu vyšetření ERCP. Práci jsem proto zaměřila, jak na pacienty podstupující toto vyšetření, u kterých se často setkávám s nedostatkem informací v této oblasti, tak na zdravou populaci. Svou prací přináším důležité informace, které by měli vědět o vyšetření, které podstoupí. Dále jsem se snažila přiblížit okolnosti, které je budou provázet před, během a po vyšetření. Ráda bych přinesla více informací i široké veřejnosti této problematiky a to i zdravým občanům či příbuzným pacientů podstupující vyšetření.

Vyšetření ERCP je pro pacienta náročné a jeho zvládnutí je vždy individuální u každého jedince. Vždy rozhoduje aktuální zdravotní stav pacienta, závažnost onemocnění, psychický stav pacienta, rozsah vyšetření, prováděné zákroky atd.

Především z těchto již zmiňovaných důvodů jsem zvolila téma pro mou bakalářskou práci, poukázala jsem na problematiku vyšetřovací metody ERCP, důležitost a nutnost dodržovat zásady péče před vyšetřením, během a po vyšetření.

Doufám tedy a hlavně věřím, že má práce bude dobrým zdrojem informací jak pro zdravotnické pracovníky, pacienty, tak pro laickou veřejnost.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	14
1 ERCP	15
1.1 INDIKACE	16
1.2 KONTRAINDIKACE	18
1.3 VLASTNÍ VYŠETŘENÍ	18
1.4 KOMPLIKACE	20
1.4.1 AKUTNÍ PANKRAEATITIDA	21
1.4.2 AKUTNÍ CHOLANGITIDA	21
1.4.3 PERFORACE	21
1.4.4 KRVÁCENÍ	21
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA	
S ERCP	22
2.1 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED VYŠETŘENÍM	22
2.1.1 FYZICKÁ PŘÍPRAVA	22
2.1.2 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA	23
2.1.3 FARMAKOLOGICKÁ PŘÍPRAVA	24
2.2 PÉČE O PACIENTA BĚHEM VYŠETŘENÍ	25

2.2.1 PULZNÍ OXYMETRIE	25
2.2.1 MONITOROVÁNÍ EKG	25
2.3 PÉČE O PACIENTA PO VYŠETŘENÍ	26
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ERCP	28
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza (enzym jaterní buňky)
AST	aspartát - aminotranferáza (enzym jaterní buňky)
ALT	alanin - aminotranferáza (enzym jaterní buňky)
CRP	C-reaktivní protein (ukazatel zánětu)
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiograf
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
EUS	endoskopická ultrasonografie
i.v.	intravenózně
KO	krvní obraz
LCHE	laparoskopická cholecystektomie
MRCP	magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie
p.o.	per os (perorální)
RTG	rentgen
TK	krvní tlak
UZ	ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Autodigesce - samonatrávení

Duodenum (dvanáctník) - část tenkého střeva

Endoskopie - vyšetřovací metoda tělních dutin a orgánů za pomoci endoskopu

Endoskop - optický přístroj pro zobrazení vnitřních dutin

Epigastrium - nadbříšek

Cholangiopankreatografie - kontrastní, rentgenové vyšetření žlučových cest a pankreatického vývodu

Cholangitida – akutní bakteriální infekce, zánět žlučových cest

Cholecystektomie – chirurgické odstranění žlučníku

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

Ikterus – vzestup bilirubinu

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

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

Pankreas - slinivka břišní

Papilotomie – protěti Vaterovy papily během ERCP, terapeutický zákrok

Regurgitace – návrat nestrávené potravy do úst

Retrográdní - směřující zpět

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 – ERCP	15
Obrázek 2 - Poloha ERCP, ústní náhubek	19

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Komplikace	21
Tabulka 2 – Ukázka jídelníčku	26

ÚVOD

*Lékařská věda dosáhla takového pokroku,
že nikdo na světě už není zdrav.*

Huxley Aldous

ERCP vyšetření má velký význam v gastroenterologii. Dají se jím určit mnohá onemocnění žlučových cest a slinivky břišní a dá se jím provést i řada léčebných zákroků. Samotné vyšetření je prováděno i u starších pacientů. Tito, ale i ostatní pacienti nemají často dostatečné informace a pacienti neznají proces, který u nich probíhá před, během a po vyšetření. Z těchto a jiných důvodů je toto téma zpracováno ve formě bakalářské práce. |Cílem je přinést všem dostatek informací, odpovědět na otázky na které neznají odpověď, seznámit s tématem a danou problematikou a přiblížit ošetrovatelskou péči před, během a po výkonu.

Teoretická část práce charakterizuje základní pojem ERCP, tedy Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, jeho charakteristiku, definici, indikaci, kontraindikaci. Dále popisuje průběh vyšetření a možné komplikace. Součástí této kapitoly je také specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním, kde se zaměříme na péči o pacienta před, během a po výkonu.

Praktická část práce se zabývá zpracováním ošetrovatelského procesu u pacienta podstupující ERCP vyšetření, důvody přijetí pacienta do nemocnice, anamnézou pacienta, dále jsou zjišťovány subjektivní a objektivní hodnocení pacientových aktuálních a potencionálních problémů, které jsou následně zpracovány ve formě ošetrovatelských diagnóz s pomocí NANDA I. Taxonomie I. a poté vypracovaný plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry, pacienty, jejich rodinné příslušníky, laickou veřejnost, ale i studentům při jejich studiu.

1 ERCP

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (dále ERCP) je diagnostické a v dnešní době především terapeutické vyšetření, které kombinuje endoskopický zákrok s radiologickou diagnostikou (ŠARFÁNKOVÁ, 2006).



Zdroj: ERCP. Dostupné z:

<http://www.aviva.co.uk/health-insurance/home-of-health/medical-centre/medical-encyclopedia/entry/test-ercp/> [vid. 6.11.213]

Obrázek 1 - ERCP

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie je metodou umožňující zobrazení vývodných cest slinivky břišní (Wirsungův vývod) a zobrazení žlučových cest mimojaterních, žlučníku a vývodných cest nitrojaterních. Současně umožňuje přímé vyšetření oblasti ústí žlučových cest a slinivky břišní do duodena, místa nazvaného Vaterova papila.

Používání této metody doznalo od zavedení v roce 1968 značné rozšíření zásluhou jejich širokých možností diagnostických i terapeutických. Úspěšnost kanylace a zobrazení žlučovodů dosahuje 90-95% (BRODANOVÁ, 1998).

Metoda je metodou invazivní, je proto třeba zvážit oprávněnost indikace k ERCP. Platí zásada, že jako diagnostické vyšetření je ERCP příliš rizikovým výkonem a je doporučováno spíše provedení CT, MRCP nebo endoskopická ultrasonografie (dále EUS). To ovšem neplatí, jestliže je předpoklad, že na ERCP naváže terapeutický výkon, pak je ERCP metodou nenahraditelnou (LATA, 2010).

Podmínkou vzniku této metody bylo sestrojení endoskopu dostatečně ohebného, aby bylo možno projít jícnem, žaludkem, pylorem až do tenkého střeva, do oblasti sestupného duodena. Toto umožnilo až sestavení přístrojů s vláknovou optikou. První endoskopická sondáž Vaterovy papily byla uskutečněna v roce 1968. První vyšetření v naší republice bylo provedeno v roce 1972. V současné době je ERCP nezbytnou vyšetřovací metodu v diagnostice pankreatobiliárních chorob.

Endoskopické přístroje byly založeny na základě použití vláknové optiky, kdy světelný paprsek a získaný obraz jsou vedeny systémem skleněných vláken. V současné době se používá digitální technika, kdy optické vlákna jsou nahrazena digitálním čipem, který snímá objekt, obraz je převáděn procesorem na monitor s vysokým rozlišením. Samostatné ERCP spočívá v zavedení kanyly kanálem duodenoskopu k Vaterově papile, vsunutí kanyly do Vaterovy papily a selektivním plnění buď pankreatického vývodu, nebo žlučovodu. Z výše uvedeného je zřejmé, že vyšetření je náročnější než např. ultrazvukové vyšetření (dále UZ), nebo vyšetření počítačovou tomografií (dále CT) (DÍTĚ, 1994).

1.1 INDIKACE

Bolest, zažívací potíže a snižování tělesné hmotnosti mohou být příznakem onemocnění slinivky břišní, nezbytného orgánu pro trávení všech základních složek naší potravy - tuků, cukrů a bílkovin. Správné rozpoznání příznaků, příčin, volba vhodných diagnostických metod a terapie chronické pankreatitidy jsou důležité nejen v ordinaci praktického lékaře, ale i odborného lékaře (DÍTĚ, 1994).

Vyšetření je indikováno prakticky u všech nemocných s podezřením na onemocnění žlučových cest a slinivky.

ERCP by mělo následovat po provedení základních biochemických vyšetření a UZ vyšetření. Při netypické symptomatologii a při chybění změn v laboratorním spektru je vhodné nejprve provést endoskopii horní části trávicí trubice. K vyloučení jiného orgánového onemocnění např. vředy, záněty, stenózy.

Při sonografickém průkazu dilatace žlučovodů a podezření na kameny ve žlučovodech nebo při zvětšení hlavy pankreatu by se nemělo váhat s indikací k ERCP. Zejména při pozitivním biochemickém nálezu obstrukce žlučových cest. Stejně tak při podezření na maligní onemocnění žlučových cest a pankreatu. (DÍTĚ, 1996). Během ERCP je možné získání vzorků tkáně k rozlišení mezi benigními a maligními stenózami žlučových cest či pankreatického vývodu (ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST, 2000, str.16).

Z terapeutického významu ERCP je nejčastěji prováděna endoskopická drenáž žlučového stromu, která se provádí při nálezu suspektní maligní obstrukce. U následně operovaných nemocných se tím odstraňuje riziko vzniku cholangitidy. Indikací ERCP po cholecystektomii (dále CHE) je bolest, teploty a biochemický cholestatický syndrom. ERCP je zároveň mimořádně úspěšné (asi v 95%) v terapii, která spočívá v přemostění ústí ductus cysticus plastovým stentem (stent se ponechává 3-6 týdnů), po předchozí papilotomii. Iatrogenní stenózy choledochu po CHE, častěji po laparoskopické cholecystektomii (dále LCHE), je vhodné řešit úzkou spoluprací endoskopisty, chirurga a radiodiagnostika. Endoskopická léčba spočívá v balónkové dilataci stenózy a zavedení plastového stentu, který se ponechává 3-4 měsíce a po další dilataci se zavádí nový stent, popřípadě dva stenty vedle sebe. Za $\frac{3}{4}$ roku až rok se stenty odstraní, zhodnotí se kontrolní ERCP a biochemický obraz. Při tomto postupu lze dosáhnout dostatečného efektu u 80% nemocných.

Endoskopická terapie má být zahájena co nejdříve po zjištění stenózy a její prodlužování nad dobu jednoho roku není vhodná.

Dále se ERCP využívá jako terapie u pacientů s transplantací jater, kdy může vzniknout v pooperační anastomóze stenóza (ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E.PURKYNĚ, 1997, str.47), při podezření na biliární komplikace po LCHE (ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST, 1999, str. 14), akutní cholangitidou (je zánět především

intrahepatálních žlučových cest spojený s částečnou nebo úplnou neprůchodností žlučových cest.), sklerotizující cholangitidou, stenóze choledochu při chronické pankreatitidě, stenóze Vaterovy papily (zúžení v oblasti Vaterovy papily vytváří překážku volného toku žluče) (LUKÁŠ, 2005).

Terapeutická ERCP vyžaduje trvalou spolupráci gastroenterologa, radiodiagnostika, patologa a onkologa (ENDOSKOPIE,1999, str.59). Pouze takový tým zajišťuje kvalitu a účinnost provádění metod. Endoskopista musí být přiměřeně vyškolen a musí provádět dostatečný počet výkonů, které jsou předpokladem k získání potřebné zkušenosti. Složité výkony je vhodné provádět jen v zařízení, která dovoluje rychle diagnostikovat a léčit možní komplikace. Mimořádně významná je kvalita a spolehlivost endoskopické asistence (FRIČ, 2000).

1.2 KONTRAINDIKACE

První možnou kontraindikací u naplánovaného vyšetření je nesouhlas nemocného s výkonem. Nežádoucí může být i situace, kdy je nemocný oběhově a respiračně nestabilní a nachází se v šokovém stavu. Dalším nepříjemným faktem, který brání úspěšnému vykonání endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie bývá nespolupracující pacient. Další kontraindikací může být stenóza horní oblasti trávicí trubice, nepřístupná pro duodenoskop (ZADOROVÁ, 2005).

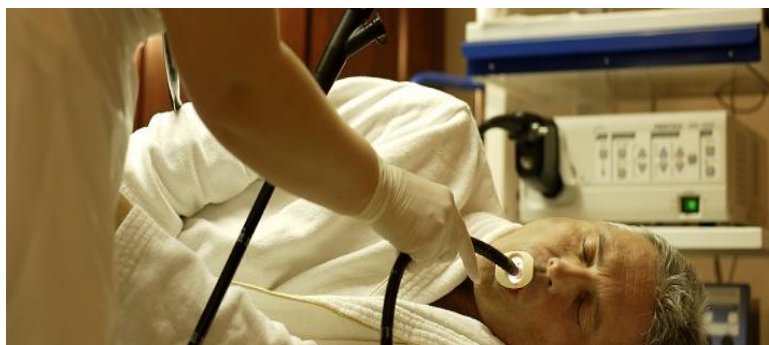
K vyšetření je nutné znát výsledky krevního obrazu (dále KO) (především hodnotu trombocytů), a srážecí faktory. V současné době při širokém používání antiagreganční terapie je nutno tuto terapii vysadit alespoň týden před vyšetřením. Při warfarinizace je nutno pacienta převést na nízkomolekulární heparin př. Clexane.

1.3 VLASTNÍ VYŠETŘENÍ

HOLUBOVÁ, 2013 ve své knize uvádí: *Výkon ERCP je pro nemocného náročným vyšetřením a někdy vyžaduje hospitalizaci z několika důvodů. Mezi důvody řadíme podanou premedikaci a riziko komplikací, které mohou vzniknout. Nemocný podstupující vyšetření přichází na gastroenterologické oddělení kde se mu dostane podrobných informací a poučení o vyšetření. Nemocný přichází na vyšetření s doporučující zprávou obsahující výsledky laboratorních vyšetření, jako jsou jaterní*

testy, ALP, amylázy a popřípadě koagulace, informovaným souhlasem, anesteziologickou premedikací.

Vlastní vyšetření se zahajuje uložením nemocného do horizontální polohy na rentgenovém stole. Obvykle v poloze na levém boku s levou rukou položenou za zády anebo na břicho. Sestra aplikuje spazmolitika intravenózně (dále i.v.), aby bylo dosaženo zklidnění peristaltiky v duodenu. Otázka sedace je řešena individuálně.



Zdroje: poloha vyšetření Dostupné: <http://www.carlsbad-clinic.com/cs/endoskopie-organu-traviciho-ustroji>

(6.11.2013)

Obrázek 2 - Poloha ERCP, ústní náhubek

Endoskop s laterální optikou je zaváděn ústy po lokální anestezii do horní části duodena. Do úst fixujeme plastový náhubek, který brání vyšetřovanému ve skusu. Během výkonu sestra kontroluje polohu náustku, tak aby nedošlo k poškození přístroje. (LUKÁŠ, 2005). Lékař stojí těsně u hlavy pacienta a zavádí přístroj. Endoskop s optikou se zavádí lehce, neboť mají zaoblený distální konec. Přístroj je nutné zavádět s citem a nepoužívat násilí. Při ERCP se snažíme projít jícnem a žaludkem rychle, jak je možné, při co nejmenší inflaci vzduchu. Pokud je možné, dovolují podmínky lze provést možná vyšetření žaludku. Po přiblížení k pyloru, ještě před jeho přechodem, vyrovnává lékař konec přístroje do neutrální polohy (AABAKEEN, 1999). Po nalezení Vaterovy papily je kanálem endoskopu zavedena teflonová kanyla naplněná kontrastní látkou. Po zasunutí kanyly do Vaterovy papily se provede nástřik vývodných cest při současné kontrole zobrazujících se cest vývodných na monitoru rentgenového přístroje (dále RTG) (DÍTĚ, 1994). Cílem diagnostické ERCP je rentgenové zobrazení žlučových cest a pankreatického vývodu. Je proto důležité, aby rentgenová technika měla vysoký

standart. ERCP by mělo začít přehledným snímkem oblasti jater, žlučových cest a pankreatu. Odhalí se tak kalcifikovaná místa, obsah žaludku, střev, vzduch v biliárním traktu a jiné (AABAKKEN, 1999).

1.4 KOMPLIKACE

S mohutným vývojem endoskopických vyšetřovacích metod nastávají i nejrůznější komplikace. Ty můžeme rozdělit do dvou základních skupin – obecné a specifické. Obecné komplikace se mohou vyvíjet při provádění všech endoskopických vyšetření (Lukáš, 2005). Specifické komplikace jsou charakteristické pro jednotlivé druhy endoskopie, jako je tomu i u ERCP.

Mezi komplikace všeobecného charakteru můžeme zařadit poruchy rytmu, možnost aspirace při regurgitaci žaludečních šťáv, porušení stěny jícnu, krvácení z Vaterské papily - řadíme mezi nejčastější komplikace (2,5 %), stavíme je koagulací a opichem, perforace – nejzávažnější komplikace s vysokou mortalitou (1%) (LUKÁŠ, 2005), nebo reakce na insuflovaný vzduch. Nelze vyloučit ani reakce na lokální anestetikum, spazmolitikum či na kontrastní látku.

Nejvýznamnější komplikací jsou však následky nástřiku kontrastní látky. Tomu odpovídají příznaky jako je třesavka, zimnice, septické horečky či leukocytóza. Ke zvýšení amyláz mírného stupně dochází u poměrně vysokého procenta vyšetřovaných (30-50%). Jedná se však o zvýšení krátkodobé a většinou asymptomatické.

Mezi další všeobecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod patří i znečištěné instrumentárium nebo použité prostředky, které byly infikovány. Ty mohou pacientovi způsobit velmi vážné infekce. Riziko vzniku těchto infekcí je spojeno i s výskytem dalších přidružených onemocnění jako jsou náhrady chlopní, diabetes mellitus nebo choroby imunitního systému (Lukáš, 2005).

U prostého ERCP se komplikace pohybují do 1,5% (o výskytu komplikací vyšetření nás orientačně informuje Tabulka 1) a mortalita nepřesahuje 0,12%. U endoskopické papilotomie je výskyt závažných komplikací uváděn do 10%, mortalita je kolem 1% (LUKÁŠ, 2005).

1.4.1 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní pankreatitida je akutní zánětlivý proces postihující morfolonii a funkci slinivky břišní. Aktivované pankreatické enzymy (trypsin) vedou k autodigesti žlázy (NAVRÁTIL, 2008).

1.4.2 AKUTNÍ CHOLANGITIDA

Akutní cholangitida je akutní bakteriální zánět žlučových cest vznikající infekcí stagnujícího obsahu žlučových cest. Vzhledem k riziku rozvoje závažných komplikací při časové prodlevě je řazena mezi náhlé příhody břišní (NAVRÁTIL, 2008).

1.4.3 PERFORACE

Perforace je také jednou z možných komplikací vyšetření ERCP a může ji způsobit stent nebo jiné instrumentárium.

1.4.4 KRVÁCENÍ

Dle závažnosti dělíme na lehké, středně těžké, těžké a fatální. Rizikové jsou jedinci trpící onemocnění poruchami krevní srážlivosti, portální hypertenzí či selháním ledvin. Krvácení se může projevit sníženou krevní hodnotou v krevním obraze (dále KO), sníženou hodnotou krevního tlaku (dále TK), bolestmi v břiše, nemocný může zvracet krev nebo se může vyskytnout krev ve stolici či šokem (NAVRÁTIL, 2008).

Tabulka 1 - Komplikace

Skupina vyšetřovaných	85 let a starší	60-70 let
Celkem pacientů	51	100
Komplikace (%)		
ERCP provázené komplikacemi při výkonu	2	5
Celkem ERCP s následnými komplikacemi	9,8	17
Celkem ERCP s komplikacemi souvisejícími s výkonem	11,7	21
Komplikace přidružených chorob	31,4	6

Orientační přehled komplikací u pacientů na interní oddělení za dobu 1 měsíce, Zdroje: Česká společnost hepato - pankreato - biliární chirurgie, Dostupné: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=03-2-02> [6.11.2013]

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ERCP

Příprava pacienta k vyšetření je stejně důležitá jako vyšetření samotné, diagnostický a terapeutický postup by měl být co možná nejšetnější, nejrychlejší a s maximálním přínosem pro pacienta. Všeobecná pravidla pro péči o vyšetřovaného pacienta vždy záleží na přehlednosti sliznic vyšetřovaných orgánů, daném typu zákroku a rozsahu zákroku. Vždy je nutná speciální příprava pacienta jak před vyšetřením, tak ošetřování po výkonu (MIKŠOVÁ, 2006).

2.1 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED VYŠETŘENÍM

Příprava nemocných k endoskopickému vyšetření zahajuje vyšetření, které pro nemocného je psychicky zatěžujícím, často nepříjemným zážitkem. Mělo by proto platit okřídlené přísloví jednoho z předních světových endoskopistů profesora Jerryho Whita ze Spojených států amerických, že endoskopické vyšetření pro nemocného nesmí být nepříjemným zážitkem a nejlépe je, jestliže si nemocný na své vyšetření vůbec nepamatuje.

První krokem před endoskopickým vyšetřením je navázání kontaktu s pacientem. Je důležité, aby si sestra uvědomila, že špatná příprava výkon prodlužuje nebo dokonce znemožňuje a přináší vysoké riziko komplikací (DÍTĚ, 1996).

2.1.1 FYZICKÁ PŘÍPRAVA

Fyzická příprava nemocného spočívá v odebrání anamnézy, kde nás především zajímají zažívací a dyspeptické obtíže jako jsou například nechutenství, nauzea, zvracení, meteorismus, zácpa, průjem a vyskytující se bolest v epigastiu. Dále nás v anamnéze zajímají informace týkající se výskytu onemocnění v rodině, jako jsou například žlučové onemocnění, žlučové kameny, onemocnění pankreatu či vyskytující se onkologické onemocnění v rodině. V anamnéze dále pátráme po možných příznacích onemocnění jako je náhlá ztráta hmotnosti, únava, bledost, krvácení ve stolici. Z anamnézy nezapomínáme na zjištění alergologické anamnézy, převážně na jód, nebo

kontrastní látku (MIKŠOVÁ, 2006).

Jedna ze součástí fyzické přípravy je odebrání krevních odběrů a to dle zvyklosti oddělení a ordinace lékaře. Mezi základní odběry krve před vyšetřením se provádí odběr biochemie – urea, kreatin, ionty (kalium, natrium, chloridy), jaterní testy (ALT,AST, ALP, GMT), bilirubin, bilirubin konjugovaný, amyláza, lipáza, C-reaktivní protein (dále CRP), základní koagulace a krevní obraz (dále KO). U diabetiků nutná kontrola glykémie.

Dalším kroku sestra změní pacientovi fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, dech, saturaci), točí elektrokardiogram (dále EKG) a hodnoty zaznamená do dokumentace.

Povinností každé sestry před výkonem je pacienta poučit o nutnosti lačnění, zákazu kouření a to minimálně 8 hodin před výkonem, nejlépe však 12 hodin před výkonem. Zde by sestra měla zajistit i.v. terapii glukózou dle ordinace lékaře u diabetiků. Sestra každému pacientovi podá informace o nutnosti hygieny před výkonem, nutnosti odstranění zubní protézy, vyprázdnění, odstranění šperků a jiných kovů.

Dle zvyklosti oddělení, nejčastěji 30 minut sestra podává premedikaci určenou dle anesteziologického konzilia. Sestra zavede pacientovy periferní kanylu a zajistí elastickou bandáž dolních končetin, pokud je požadováno lékařem. Bezprostředně před začátkem zákroku se sestra opětovně dotazuje vyšetřovaného, zda skutečně nejedl, nepil, čímž ověřuje podmínky přípravy k vyšetření a vzápětí zajistí přesun nemocného na endoskopickou vyšetřovnu (MIKŠOVÁ, 2003).

2.1.2 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA

Psychologická příprava na endoskopické vyšetření je vždy nezbytná. Je důležité, aby pacient byl o vyšetření dostatečně poučen – edukován. V souladu s legislativními předpisy je nutné ve spolupráci s lékařem, před každým endoskopickým vyšetřením získat písemný souhlas pacienta (příloha A). Musí podepsat poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s endoskopií, který je důležitý z hlediska informačního, ale také psychologického. Je to právní úkon a pacient projevuje svoji svobodnou vůli svým podpisem. Písemnému informovanému souhlasu by měla předcházet důležitá ústní informace o jednotlivém endoskopickém vyšetření. Vysvětlujeme postupy, upřesňujeme informace, důsledky endoskopického výkonu a

upozorníme na možné komplikace (MEDICÍNA PRO PRAXI, 2012). Kromě osobního kontaktu a sdělení je pro pacienta dobré předat mu informační leták o vlastním vyšetření (DÍTĚ, 1996).

Tato příprava je důležitá pro všechny pacienty, kteří podstupují jakékoliv lékařský výkon, tedy i ERCP. Ne každý pacient se vyzná v medicínské terminologii a ne vždy se mu podaří přečíst žádanku na vyšetření. Proto by vždy lékař, všeobecná sestra měli pacienta dostatečně edukovat. Z klinické praxe je známo, že vlídné slovo a vysvětlení vyšetření působí někdy lépe, než podaná farmakologická premedikace (Lukáš, 2005).

2.1.3 FARMAKOLOGICKÁ PŘÍPRAVA

Endoskopické vyšetření ERCP se provádí s premedikací (léky, které ovlivňují funkci centrálního nervového systému, pacient může reagovat na dotazy, pokyny, komunikuje, snáší výkon lépe) (MEDICÍNA PRO PRAXI, 2012). Vyšetření je pro nemocného zatěžující a proto dostatečná premedikace je často podmínkou úspěšného provedení výkonu.

Doba premedikace závisí od druhu léků, které v premedikaci podáváme. Nejčastěji se dnes podává 12 hodin před výkonem perorálně (dále p.o.) Diazepam 5mg eventuálně 10mg, Dithiaden 2 tablety, jako prevence alergické reakce. Dále se podává 12 hodin před výkonem subkutánně Clexane – dle ordinace lékaře, jako prevence tromboembolické nemoci. Ranní premedikace se vždy řídí dle anesteziologického konzilia. Většinou se podávají benzodiazepiny, které navozují lehký sedativní účinek nejčastěji ve formě p.o. nebo i.v. Po podání této látky se mohou vyskytnout obtíže ve formě nauzei či nadměrné únavy. Dále se podávají látky s efektem analgetickým. V neposlední řadě se podávají antibiotika jako profylaxe při ERCP, předcházení rizika komplikace cholangitidy nebo endokarditidy (DÍTĚ, 1996). *Antibiotickou profylaxi je nutné zajistit v případech, kdy se ERCP provádí u nemocných se známou biliární obstrukcí či pankreatickou pseudocystou* (ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ, 2000, str. 15).

Premedikace před vyšetřením musí splňovat jak účinek sedativní, tak analgetický, zvláště pokud bude na výkon navazovat terapeutický zákrok.

Výjimečně u ERCP přistupujeme k provedení výkonu v celkové, krátkodobé

narkóze. Tento přístup je používán především u malých dětí (DÍTĚ, 1994).

2.2 PÉČE O PACIENTA BĚHEM VYŠETŘENÍ

Klinické sledování nemocného zkušenou sestrou v průběhu vyšetření je velmi důležitou součástí komplexní péče o pacienta. Proto je důležité, aby jedna sestra věnovala sledování pacienta a jiná asistovala při vyšetření (BUREŠ, 2000).

V průběhu vyšetření dochází ke změnám krevního tlaku, srdeční tepové frekvence, respirace a také kyslíkové saturace krve a tkání.

Nejčastěji doporučené monitorovací způsoby u nemocných jsou kontinuální EKG záznam, pulzní oxymetrické sledování. Během celého vyšetření se musí věnovat pozornost pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a stavu vědomí. Po celou dobu výkonu sledujeme stav bledosti, opocenost či cyanózu, stav ochranného můstku v dutině ústní. Během výkonu zajišťujeme správnou polohu pacienta. Pacienta uklidňujeme a zklidňujeme, zajišťujeme jeho spolupráci. V průběhu výkonu aplikujeme potřebná farmaka (DÍTĚ, 1996).

2.2.1 PULZNÍ OXYMETRIE

Pulzní oxymetrie (měřící saturaci kyslíku v procentech, norma 98-100%), je důležitou součástí neinvazivního monitorování vyšetřovaných. Většina přístrojů současně monitoruje také srdeční frekvenci. Při analgosedaci je pulzní oxymetrie nezbytná. Senzor oxymetru se nejčastěji nasazuje na prst ruky (BUREŠ, 2000).

2.2.2 MONITOROVÁNÍ EKG

Při monitorování EKG jsou často zachyceny deprese úseku ST (jako obraz ischemie). Mechanismus vzniku ischemických změn není přesně znám. Ischemické změny na EKG záznamu nejsou vždy ovlivnitelné preventivní kyslíkovou podporou, u kardiaků však takovéto preventivní podání kyslíku význam má (BUREŠ, 2000).

2.3 PÉČE O PACIENTA PO VYŠETŘENÍ

Nemocný po ERCP bývá ve většině případů minimálně 24 hodin hospitalizovaný. Bezprostředně po výkonu doporučujeme přijímat tekutiny až po odeznění lokální anestezie, tedy cca 4 hodiny po výkonu. Vždy doporučujeme přijímat neperlivé tekutiny pouze v malém množství. Dle rozsahu výkonu a prováděném zákroku lékař ordinuje stravu. Nejčastěji až druhý den a to dietu s omezením tuku, tedy dieta číslo 4. Toto opatření je závislé na tom, zda vyšetření proběhlo bez komplikací. Absence stravy slouží jako prevence podráždění slinivky břišní. Dále pacient dodržuje klidový režim (DÍTĚ, 1994).

Tato dieta se podává při zánětu žlučníku a slinivky břišní a po odeznění větších potíží nebo při chronickém zánětu žlučníku, při žlučových kaméncích v období občasných bolestí a na přechodnou dobu po operaci žlučníku. Dieta je plnohodnotná, vhodná k dlouhodobému podávání. Obsah bílkovin i sacharidů je fyziologický, obsah tuků je snížený. Dieta má být složena z potravin, které při sníženém obsahu tuků mají i snížený obsah cholesterolu. Omezují se všechny potraviny s vyšším obsahem cholesterolu (Tabulka 2 – Ukázka jídelníčku). Z technologických postupů se užívá vaření, dušení, pečení v páře. Smažení je přísně zakázáno (LUKÁŠ, 2005).

Tabulka 2 - Ukázka jídelníčku

Snídaně čaj, suchary

Oběd šlemová vločková polévka, bramborová kaše, ovocná přesnídávka

Svačina banán

Večeře rizoto s mrkví, meruňkové pyré

Snídaně čaj, starší bílé pečivo, džem

Oběd polévka bramborová třená, nemastná dušená mrkev, lisované brambory

Svačina strouhané jablko

Večeře ovocný kysel s piškoty (pušinky zavařený do pokrájeného broskvového kompotu)

Snídaně čaj, starší bílé, pečivo, med

Oběd šlemová rýžová polévka s mrkví, zeleninová omáčka (rozmixovaná vařená mrkev s celerem a petrželí zahuštěná moukou, ochucená citronovou šťávou, cukrem a solí), těstoviny

Svačina ovocná přesnídávka

Večeře žemlový nákyp s jablky (zapečená pokrájená veka s jablky, mírně oslazen)

Dostupné

z:

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Dieta_p%C5%99i_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_%C5%BEu%C4%8Dn%C3%ADku_a_slinivky [9.11.2013]

Dle ordinace lékaře podáváme infuzní terapii. Měříme fyziologické funkce a to dle zvyklosti oddělení nebo ordinace lékaře, nejčastěji po 1/2 hodině, po dobu 2 hodin. Měříme krevní tlak a pulzní frekvenci, sledujeme celkový stav nemocného, stav vědomí, bolest, nauzeu, zvracení, plynatost a provádí záznam do dokumentace (příloha B). Zde zaznamenáváme datum a čas převzetí pacienta, stav pacienta při převzetí z endoskopického sálu a stav vědomí při převzetí (HOLUBOVÁ, 2013). Večer vyšetřovaného dne se provádí odběr jaterních testů, bilirubinu, amyláza v séru a moči, lipáza a krevního obrazu. To samé vyšetření se provádí ráno po výkonu pro kontrolu vzestupu pankreatických enzymů. Při zvýšení amyláz mírného vstupně nejsou nutná další opatření a můžeme přejít na dietní stravování. Prakticky každé vyšetření je následováno vzestupem amyláz. Normalizace amyláz může trvat až 3 dny (DÍTĚ, 1996).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ERCP

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XX	Pohlaví: muž
Datum narození: 10.4.1934	Věk: 79 let
Adresa bydliště a telefon: Mladá Boleslav	
Adresa příbuzných: Mladá Boleslav, syn	
Rodné číslo: 340000/000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: základní	Zaměstnání: ID
Stav: vdovec	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 16.11. 2013	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: Interna - metabolika	Ošetřující lékař: Mudr. J.M.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Domluvená hospitalizace s p. primářem, kvůli výměně stentu . Celkově se cítím hůře.

Medicínská diagnóza hlavní:

K86.8 Jiné určené nemoci slinivky břišní

Medicínské diagnózy vedlejší:

Tumor hlavy pankreatu se stenózou intrapankreatického žlučovodu, chronické srdeční selhání při ICHS, arteriální hypertenze, VCHGD, diabetes mellitus na inzulínu, chronická renální insuficience

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 120/80	Výška: 168cm
P: 100/min (nepravidelný)	Hmotnost: 64kg
D: 18'	BMI: 23 – norma
TT: 36,6°C	Pohyblivost: úplná, bez omezení
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	Krevní skupina: 0 Rh+

Nynější onemocnění:

Pacient s bohatou interní a zejména kardiální anamnézou, přijat plánovaně v rámci předoperačního vyšetření před výměnou stentu v choledochu. Stent zaveden na jaře letošního roku, pro náhle vzniklý ikterus. Pacient od počátku roku zhubl cca 20 kilo. Udává bolest dolních končetin a břicha. Stěžuje si na nauzeu, nechutenství, ale nezvrací. Stolica pravidelná, s močením obtíže nejsou. Bolest na hrudi, palpitace a dušnost neguje. Nachlazení v poslední době popírá. Dolní končetiny bez otoků.

Pozorován mírný ikterus.

Informační zdroje:

Ošetřovatelská dokumentace, příjmová dokumentace, dekurz pacienta, rozhovor s pacientem a rodinou, pohled, pohmat.

ANAMNÉZA

- Rodinná anamnéza:

Matka: † v 69 letech na Ca žaludku

Otec: † v 71 letech na IM

Sourozenci: 2 sestry, starší léčící se s DM a hypertenzí

Děti: syn, zdrav

- Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci, Ca pankreatu se stenózou žlučovodu a zavedení stentu, chronické srdeční selhání při ICHS, arteriální hypertenze, VCHGD, DM, chronická renální insuficience

Hospitalizace a operace: opakované hospitalizace na interním oddělení – poslední 9/13, opakované zavedení duodenobiliárního stentu metodou ERCP

Úrazy: v dětství, žádné vážné

Transfúze: 0

Očkování: běžná dětská povinná očkování, přesně nezjištěno, očkovací průkaz není k dispozici

- Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Trombex	tbl	75mg	1 - 0 - 0	antikoagulancia
Godasal	tbl	100mg	1 - 0 - 0	antiagregancia
Tritace	tbl	2,5mg	1 - 0 - 0	antihypertenzivum
Concor	tbl	2,5mg	1 - 0 - 0	antiarytmikum
Tramal	tbl	50mg	1 - 0 - 0	analgetikum
Furon	tbl	40mg	½ - 0 - 0	diuretikum
Verospiron	tbl	25mg	0 - 1 - 0	diuretikum
Nolpaza	tbl	40mg	1 - 0 - 0	antiulcerotikum
Actrapid	s.c.		10j - 6j - 6j	inzulín, krátkodobý
Insulatard	s.c.		0 - 0 - 0 - 6j	inzulín, dlouhodobý

- Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

- Abúzy:

Alkohol: nejuje

Kouření: nejuje

Káva: 2x denně

Léky: nejuje

Jiné drogy: nejuje

- Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: žádné

Poslední návštěva u urologa: 0

Samovyšetření varlat: neprovádí

- Sociální anamnéza:

Stav: vdovec

Bytové podmínky: sám, v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: otec, žije sám, syn pravidelně navštěvuje, časté návštěvy se sestrami, žádné rodinné problémy neudává.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: rád se navštěvuje s kamarádem a hrají šachy, se sousedy vztahy dobré, také se občas navštěvují.

Záliby: četba knih, výlety do přírody

Volnočasové aktivity: luštění křížovek, četba, šachy

- Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní

Pracovní zařazení: nyní v důchodu, dříve malíř pokojů

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: cca před 15 lety, starobní důchod

Vztahy na pracovišti: dobré, nekonfliktní, se spolupracovníky vycházel dobře

Ekonomické podmínky: průměrné

- Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: žádné, ateista bez vyznání

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne: 16. a 17. 11. 2013

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	<i>Bolesti hlavy nemám.</i>	Pokleповě nebolestivá, bez deformit, normocefalická. Oční bulby ve středním postavení. Zornice izokorické. Skléry ikterické. Nosí brýle na čtení. Oči, nos, uši bez výpotku. Slyší dobře. Jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem, chrup umělý. Problémy s polykáním nejuje. Krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace na a.carotis hmatná. Štítná žláza nezvětšena. Šíje volná.
Hrudník a dýchací systém:	<i>Bolesti na hrudi nemám, dýchá se mi dobře.</i>	Hrudník souměrný, bez deformit, prsa bez tvarových odchylek, bez výpotku. Poslechově dýchání čisté, bez pískotů a vrzotů, počet dechů 20/min. Saturace bez kyslíku 98%.
Srdečně cévní systém:	<i>Dlouhodobě se léčím se srdcem, pravidelně užívám léky.</i>	Srdeční rytmus klidný, pravidelný, 72/min, dobře hmatný na a. radialis. TK 110/70. Otoky na DK nejsou přítomny.

Břicho a GIT:	<i>V poslední době mě často bolí břicho. Zhubl jsem cca 20 kilo za rok. Často mám nauzeu a nechutenství.</i>	Břicho palpačně citlivé, bolestivé s maximem v oblasti epigastia, dle VAS 6 (0 minimální-10 maximální bolest) bez hmatné rezistence, peristaltika přítomna.
Močový a pohlavní systém:	<i>Obtíže s močením nemám.</i>	Pacient neudává obtížné močení. Makroskopicky moč bez příměsí.

Kosterní a svalový systém:	<i>Chůzi zvládám bez větších obtíží. Svaly ani klouby mě nebolí. V poslední době trochu pobolívají DK, v oblasti lýtek. Dle VAS 3.</i>	Hybnost končetin bez omezení. Chůze bez potíží, zvládá bez pomoci druhé osoby. Pacient plně soběstačný. Bathelův test – 100 bodů (nezávislý pacient)
Nervový systém a smysly:	<i>Dnes je 16.11.2013 a jsem v nemocnici Mladá Boleslav. Nosím brýle na čtení, slyším dobře.</i>	Pacient plně při vědomí, Orientovaný místem, časem, osobou a prostorem. Zcela spolupracující, klidný. Slyší dobře, na čtení nosí brýle.

		Bez viditelného spasmu a třesu končetin. Glasgow coma scale: 15 bodů (žádná nebo lehká porucha vědomí).
Endokrinní systém:	<i>Onemocnění štítné žlázy nemám. DM se léčím již několik let a doma si píchám inzulin.</i>	DM kompenzován, plně závislý na dávce inzulinu dle dané hodnoty glykémie. Štítná žláza nehmatná, nebolestivá.
Imunologický systém:	<i>Nemám žádné alergie.</i>	Lymfatické uzliny nezvětšeny, TT 36,4 °C.
Kůže a její adnexa:	<i>Vlasy mi nepadají, nehty se nelámou. Občas mám žlutou kůži, kvůli nemoci slinivky.</i>	Zjevný subikterus v oblasti celého těla. Kůže bez známek dehydratace, kožní turgor v normě. Nehty, vlasy upravené. Zavedena periferní žilní kanyla do LHK , t.č. bez známek infekce. Norton score: 28b. (žádné nebo nízké riziko vzniku dekubitů)

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient klidný, spolupracující, komunikativní. Bohatá slovní zásoba, často používá neverbální komunikaci.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	<i>Poslední roky jsem držel dietu kvůli cukrovce, nyní poslední měsíce jím méně, hodně jsem zhubl a téměř nemá na jídlu chuť.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Jím pouze to co dostanu zde v nemocnici. Dodržuji předepsanou dietu. Moc toho nesním, nemám chuť.</i>	Pacient má předepsanou dieta č. 9/4 (diabetická/s omezením tuku). Sní cca 1/4 porce, nauzea a nechutenství přetrvávají. BMI: 23 – norma Z důvodu zítřejšího vyšetření pacient od půlnoci nepřímá nic per os.
Příjem tekutin:	doma	<i>Vypiji asi 1-2 litry tekutin denně. Hlavně čisté vody, rád piji ovocné čaje. Alkohol nepiji vůbec.</i>	Nelze hodnotit.

	v nemocnici	<i>Piji méně než doma, hlavně ovocný čaj podávaný zde v nemocnici. Čaj je hořký a moc mi nechutná.</i>	Příjem tekutin t.č. nedostatečný, maximálně 0,5 l /24hodin, hrazen parenterálně. Z důvodu zítřejšího vyšetření pacient od půlnoci nepřímá nic per os.
Vylučování moče:	doma	<i>Obtíže nemám.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Žádné obtíže s močením nemám.</i>	Bez obtíží, močí dostatečně s ohledem na příjem tekutin. Moč tmavší barvy.
Vylučování stolice:	doma	<i>Bez obtíží.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Bez obtíží. Dnes naposledy.</i>	Bez potíží, pravidelné vylučování, bez příměsí.
Spánek a bdění:	doma	<i>Bez potíží, spím dobře, cca 8 hodin denně. Někdy i po obědě.</i>	Nelze hodnotit.

	v nemocnici	<i>Nespím vůbec, vše mě ruší, nemůžu usnout nebo se pořád budím.</i>	Pacient spí velmi málo, v noci se budí, je unavený přes den. Lékařem byl pacientovi nabídnut lék na spaní.
Aktivita a odpočinek:	doma	<i>Odpočívám neustále, až se někdy nudím. Rád odpočívám aktivně, např. během procházky venku.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Odpočívám, ale jsem často rušen chodem oddělení. Cítím se unaven, 2 dny jsem již nespál.</i>	Pacient odpočívá během dne. Po obědě pospává. Občas rušen chodem oddělení (podávání stravy, podávání léků atd.).
Hygiena:	doma	<i>Myji se 2x denně, ráno a večer. Na hygienu velmi dbám, 2-3x týdně se sprchuji.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Ráno a večer se myji u umyvadla v koupelně na pokoji. Hygienu zvládám sám, bez pomoci.</i>	Hygienu zvládá zcela sám, nevyžaduje pomoc sestry, hygiena je dostatečná. Dle potřeby je měněno ložní prádlo.

Soběstačnost:	doma	<i>Vše zvládám sám, bez pomoci druhých, kdyby bylo nejhůř mám syna, který mi pomůže.</i>	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	<i>Vše zvládám sám, nerad obtěžuji sestřičky.</i>	Plně soběstačný ve všech oblastech sebezpeče, nevyžaduje žádnou dopomoc.
Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		<i>Nevím, nerozumím otázce.</i>	Plně při vědomí, žádné poruchy vědomí. GCS 15 bodů.
Orientace:		<i>Vím kde se nacházím, jaký je den a kolikátého je.</i>	Plně orientovaný časem, místem, prostorem a osobou.
Nálada:		<i>Z důvodu blížícího se vyšetření nic moc, jinak dobrá.</i>	Pacient očekává výsledek zítřejšího vyšetření.
Paměť:	staropaměť	<i>Dobrá, pamatuji si.</i>	Vypráví o svém dětství.

	novopaměť	<i>Nové informace si musím častěji zopakovat.</i>	Jednodušší a základní věci si pamatuje dobře, bez problémů.
Myšlení:		<i>Nejvíc myslím na své zdraví a na svou rodinu.</i>	Odpovídá na otázky, řeč plynulá.
Temperament:		<i>Asi sangvinik.</i>	Pacient působí jako sangvinik.
Sebehodnocení:		<i>Nevím.</i>	Pacient se sám nedokáže zhodnotit, působí klidně a vyrovnaně.
Vnímání zdraví:		<i>Zdraví vnímám jako nejdůležitější věc.</i>	Pacient dodržuje všechna doporučená opatření a léčebná nařízení.
Vnímání zdravotního stavu:		<i>Uvědomuji si závažnost svého onemocnění.</i>	Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu a základní diagnóze.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		<i>Onemocnění trvá již několik měsíců, poslední dobou se vše zhoršuje.</i>	Pacient udává obavy z dalšího vývoje onemocnění.
Reakce na hospitalizaci:		<i>Dobré, hospitalizován jsem již opakovaně, vždy bez větších problémů. Sestřičky a lékaři jsou moc hodní a obětaví.</i>	Hospitalizaci vnímá dobře, pacient se nachází již ve známém prostředí,

			hospitalizován opakovaně.
Adaptace na onemocnění:	<i>Myslím, že si nikdy zcela nezvyknu.</i>		Pacient adaptován částečně, vhodné zapojení rodiny.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	<i>Nejistota určitě je na místě, vzhledem k mému zdravotnímu stavu.</i>		Pacient vyslovil nejistotu týkající se jeho zdr.stavu.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srorrorigenie):	<i>Již několikrát hospitalizován a vždy spokojen, Sestřičky znám již z předchozích hospitalizací. Jsou hodné a usměvavé.</i>		Zkušenosti z předešlých hospitalizací udává dobré.
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	<i>Nemám problém, rád si povídám.</i>	Pacient využívá bohaté slovní zásoby, komunikace probíhá bez obtíží, řeč plynulá.

	Neverbální	<i>Často využívám.</i>	Rozhovor je doplňován o neverbální komunikaci. Oční kontakt je udržován.
Informovanost:	o onemocnění	<i>Vím vše co potřebuji.</i>	Plně informován ošetřujícím lékařem a dostatečné informace z předešlé hospitalizace.
	o diagnostických metodách	<i>Jsem plně informován.</i>	Průběžně informován lékařem.
	o specifikách ošetrovatelské péče	<i>Mám dostatečné informace.</i>	Informován opakovaně zdravotní sestrou.
	o léčbě a dietě	<i>Jsem informován dostatečně.</i>	Průběžně informován lékařem a zdravotní sestrou.

	o délce hospitalizace	<i>Již při příjmu od pana doktora, pokud nenastanou žádné komplikace po vyšetření bych měl být propuštěn do domácího léčení.</i>	Informován lékařem, pokud nenastanou komplikace dimise naplánovaná druhý den po vyšetření.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s věkem a pohlavím):	<i>Muž.</i>	Muž 79let, role je částečně ovlivněna zdravotním stavem.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	<i>Otec.</i>	Vdovec, otec, role naplněna, částečně ovlivněna zdravotním stavem.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	<i>Nevím co odpovědět.</i>	Pacient se snaží udržet v kontaktu se společností, rád hraje šachy, chodí na procházky do přírody.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření:

Přístrojová vyšetření: RTG srdce+plíce, EKG, UZ břicha, ERCP

Vyšetření krve 16. 11. 2013 na UIPD

Biochemie: urea, kreatinin, ionty, jaterní testy, CRP, amyláza, lipáza, bilirubin, glykémie

Hematologie: KO

Výsledky:

Biochemie:	hodnota:	norma:
urea	8,3 mmol/l	2,8 – 8 mmol/l
kreatinin	133 mmol/l	55 – 110 mmol/l
Na	135 mmol/l	135 – 147 mmol/l
Cl	101 mmol/l	98 – 110 mmol/l
K	5,2 mmol/l	3,8 – 5,0 mmol/l
AST	3,51 ukat/l	0,08 – 0,77 ukat/l
ALT	1,69 ukat/l	0,12 – 0,93 ukat/l
ALP	27,97 ukat/l	0,63 – 2,1 ukat/l
GMT	9,62 ukat/l	0,18 – 0,84 ukat/l
CRP	50	0 - 5
amyláza	0,65 ukat/l	0,5 – 1,83 ukat/l
lipáza	0,07 ukat/l	0,38 – 3,47 ukat/l
bilirubin	181 umol/l	do 22 umol/l
glykémie	13 mmol/l	3,9 – 5,6 mmol/l
Hematologie:	hodnota:	norma:
Erytrocyty	$3,29 \times 10^{12}/l$	$4,0 - 5,3 \times 10^{12}/l$
Leukocyty	$13,4 \times 10^9/l$	$3,8 - 9,9 \times 10^9/l$
Hemoglobin	104 g/l	134 – 175 g/l
Hematokrit	30,1	0,38 – 0,49
Trombocyty	$246 \times 10^9/l$	$150 - 450 \times 10^9/l$

Konzervativní léčba:

Dieta: 9/4 diabetická, s omezením tuku, od půlnoci 17. 11. 2013 NPO (nic per os)-
příprava na vyšetření 18. 11. 2013

Výživa: per os, tekutiny doplňovány parenterálně

Pohybový režim: B (volný pohyb po oddělení), po vyšetření 12 hodin
klidový režim na lůžku

RHB: 0

Medikamentózní léčba:

per os:

Trombex 75 mg	1 - 0 - 0
Godasal 100 mg	1 - 0 - 0
Tritace 1,25 mg	1 - 0 - 0
Concor 2,5 mg	1 - 0 - 0
Furon 40 mg	½ - 0 - 0
Verospiron 25 mg	0 - 1 - 0
Nolpaza 40 mg	1 - 0 - 1
Degan	1 - 1 - 1 (podávat 30 minut před jídlem)
Tramal 50 mg	1 - 0 - 1
Algifen 15 gtt p.p. při bolestech břicha max. 3 x D	
Diazepam 5 mg	0 - 0 - 0 - 1 p.p.

intra venózní:

FR 1/1 500 ml 6 - 12, 12 - 18

subkutánně: inzulín dle aktuální glykémie

per rectum: 0

jiná: 0

Chirurgická léčba: t.č. neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacient se základní dg: tumor hlavy pankreatu, muž 79 let přijat plánovaně v dopoledních hodinách dne 16. 11. 2013. k provedení vyšetření ERCP, které je objednáno na 18. 11. 2013. Při přijetí pacient schopný, spolupracující, plně při vědomí, orientován časem, místem, osobou a prostorem. Pacientovi naměřeny tyto fyziologické funkce: TK: 120/80, P: 100/min, D: 18/min., TT: 36,6°C, Saturace s O₂ 98%. Udává bolest dolních končetin a břicha. Stěžuje si na nauzeu, nechutenství, ale nezvrací. Stolica pravidelná, s močením obtíže nejsou. Bolest na hrudi, palpitate a dušnost neguje. Nachlazení v poslední době popírá. Dolní končetiny bez otoků. Pozorován mírný ikterus. Na příjmové ambulanci zavedena pacientovi periferní kanyla.

Pacient schopný, v oblasti sebezpečí nezávislý na druhé osobě. Pacient bez rizika v těchto oblastech: riziko pádu, riziko vzniku dekubitu. Riziko nedostatečné nutrice je střední. Během hospitalizace nastal problém v oblasti spánku, kdy pacient udává nekvalitní spánek, časté buzení, únavu během dne. Dále vznikl problém v oblasti příjmu tekutin, kdy pacient nedostatečně přímá tekutiny a příjem je nedostatečný (méně než 0,5l/24hodin).

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE I A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT ze dne 16. 11. 2013

Aktuální diagnózy:

- Bolest akutní z důvodu základního onemocnění projevující se neverbálním a verbálním sdělením, snížením příjmem potravy a ztráty chuti k jídlu
- Spánek porušený z důvodu vlivu prostředí, hluku, osvětlení, nedostatku soukromí, sestry podávající léky, provádějící ordinace projevující se stížností obtížné usínání, nedostatečné odpočnutí, usínání delší než 30 minut, dřívější a častější probouzení
- Nauzea z důvodu dráždění trávicího ústrojí projevující se stížností pacienta na „*pocit na zvracení*“ nebo „*žaludeční nevolnost*“

Potencionální diagnózy:

- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivního medicínského postupu (periferní kanylace)
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedostatečného příjmu tekutin p.o., nedostatečné znalosti s ohledem na příjem tekutin, faktorů ovlivňující potřebu tekutin
- Bolest akutní z důvodu základního onemocnění projevující se neverbálním a verbálním sdělením (kdy pacient na stupnici VAS určuje 7), snížením příjmem potravy a ztráty chuti k jídlu

Priorita: střední (ohrožuje zdraví)

Cíl: Krátkodobý: Snížení bolesti po podání analgetik je minimálně z VAS 7 na VAS 4 do 2 hodin

Dlouhodobý: Zvládnutí bolesti, která neomezuje v každodenních činnostech do konce hospitalizace

Výsledná kritéria: Pacient umí používat škálu VAS do 1 hodiny

Pacient udává snížení bolesti po podání analgetik vždy po podání

Pacient zná nefarmakologické metody ke zvládnutí bolesti (aplikace tepla, úlevová poloha) od 2 dne hospitalizace

Plán intervencí: Posuď, zjisti možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti – průběžně, sestra

Pozoruj neverbální projevy pacienta (mimika) – vždy, sestra u lůžka

Informuj pacienta o škále VAS a nauč škálu používat – při příjmu, příjmová sestra, sestra u lůžka

Podávej analgetika dle ordinace lékaře – vždy, sestra u lůžka

Sleduj účinky analgetik – vždy, sestra

Pomoz pacientovi najít úlevovou polohu – do 1 dne, sestra u lůžka, ošetřovatelka

Sleduj snížení bolesti a následně chuť k jídlu – vždy, sestra

Edukuj pacienta o možnosti kdykoliv žádat o lék proti bolesti a nutnosti

hlásit narůstající intenzitu bolesti – do 30 min., sestra u lůžka
Veškerou podanou medikaci zaznamenej do dekurzu, pravidelně ved'
záznam bolesti (její intenzitu, charakter) a informuj lékaře o změnách
intenzity bolesti – vždy, sestra

Realizace: 16. - 18. 11. 2013

Při vstupním rozhovoru s pacientem při přijetí na oddělení mu bylo
vysvětleno a následně předvedeno používání metody VAS, během rozhovoru
sledovány neverbální projevy bolesti, byl seznámen o možnosti podání
analgetik během narůstající bolesti a možnostech nefarmakologické léčby
bolesti (aplikace tepla, úlevová poloha) (16. 11. 2013)

Dle ordinace lékaře se podávali analgetika a sledovali jejich účinky na bolest
(16. - 18. 11. 2013)

Druhý den sestra sleduje VAS 2 hodiny po podání analgetik a hodnotu
zaznamená (17. 11. 2013)

Hodnocení: Krátkodobý cíl splněn, pacient udává za 2 hod. po podání analgetik VAS 3

Dlouhodobý cíl splněn, během hospitalizace pacient neudává žádné
omezení z důvodu bolesti

- Spánek porušený z důvodu vlivu prostředí, hluku, osvětlení, nedostatku
soukromí, sestry podávající léky, provádějící ordinace projevující se stížností
obtížné usínání, nedostatečné odpočínutí, usínání delší než 30 minut, dřívější a
častější probouzení

Priorita: střední (ohrožuje zdraví)

Cíl: Krátkodobý: Únava odezněla, spánek trvá alespoň 5 hodin nepřerušeně v noci do
48 hodin

Dlouhodobý: Problémy se spánkem odezní do 3 dnů

Výsledná kritéria: Pacient se po probuzení cítí odpočatý do 1 dne

Pacient udává zlepšení v oblasti spánku do 2 dnů

Pacient udává lepší kvalitu spánku do 2 dnů

Plán intervencí: Zjistí důvody nekvalitního spánku a snaž se je odstranit – sestra,
ošetřovatelka do 1 dne

Zajisti spánkové rituály pacienta – sestra, vždy

Zajisti klidné, nerušené prostředí pro pacienta – sestra, vždy

Vysvětlí pacientovi nutnost narušení spánku z důvodu léčebného režimu (podávání infuzí) – sestra, ihned

Nabídní pacientovi léky na spaní dle ordinace lékaře – sestra, vždy

Sleduj kvalitu spánku pacienta – sestra, ošetřovatelka, do dvou dnů

Edukuj pacienta o nevhodnosti požívání látek, které mohou omezit kvalitu spánku (čokoláda, kofein, alkohol) – sestra, do 2 dnů

Realizace: 16. - 18. 11. 2013

Během rozhovoru s pacientem zjištěny spánkové rituály a rušící elementy

Zajištěno klidné a nerušené prostředí (16. 11. 2013)

Druhý den hospitalizace vysvětleno pacientovi nutnost léčebného režimu během noci

Nabídnuty léky na spaní (17. 11. 2013)

Pacient informován o nevhodnosti látek ovlivňující kvalitu spánku

Sledována kvalita, délka spánku pacienta (16. - 18. 11. 2013)

Hodnocení: Cíl krátkodobý a dlouhodobý splněn

- Nauzea z důvodu dráždění trávicího ústrojí projevující se stížností pacienta na „pocit na zvracení“ nebo „žaludeční nevolnost“

Priorita: nízká (ohrožuje komfort)

Cíl: Krátkodobý: Nevolnost a pocit na zvracení odezní do 48 hodin

Dlouhodobý: Příjem stravy je bez omezení do 3 dnů

Výsledná kritéria: Pacient udává zmírnění nevolnosti do 1 dne

Pacient neudává pocit na zvracení do 2 dnů

Pacient přijímá plnohodnotnost stavu do 72 hodin

Plán intervencí: Zjistí příčiny, které vyvolávají u pacienta nevolnost – sestra, ihned

Doporuč konzumaci stravy pacientovi v menších dávkách, ale častějších intervalech, stravu přijímat pomalu, přijímat dostatek tekutin – sestra do 24 hodin

Zajisti pacientovi klidné a příjemné místo ke stolování – sestra, ošetřovatelka do 24 hodin

Spolupracuj s dietní sestrou, eventuálně zajisti individuální stravu – sestra, dietní sestra, nutriční terapeut, do 48 hodin

Sleduj množství přijímané stravy a zaznamenej do ošetřovatelské

dokumentace – sestra, ošetřovatelka, vždy

Podávej antiemetika dle ordinace lékaře – sestra, vždy

Sleduj zvracení, informuj lékaře o zvracení a jeho častosti, charakter zvratků a množství, zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace – sestra, vždy

Edukuj pacienta v oblasti stravování a pitného režimu – sestra, do 72 hodin

Realizace: 16. - 18. 11. 2013

První den během rozhovoru s pacientem vysvětlena vhodnost dodržovat doporučené rady stravování - konzumaci stravy pacientovi v menších dávkách, ale častějších intervalech, stravu přijímat pomalu, přijímat dostatek tekutin (16. 11. 2013)

Pacientovi zajištěno klidné a příjemné místo ke stravování na pokojí

Druhý den zajištěna konzultace s nutričním terapeutem a dietní sestrou

Podávána antiemetika (16. - 18. 11. 2013)

Sledován příjem stravy, zvracení (16. - 18. 11. 2013)

Pacient edukován v oblasti stravování a pitného režim (18. 11. 2013)

Hodnocení: Druhý den hospitalizace pacient udává odeznění nevolností a pocitu na zvracení – krátkodobý cíl splněn

Pacient přímá pouze některé potraviny a někdy jen poloviční porce, dlouhodobý cíl splněn částečně

- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivního vstupu (periferní kanylace)

Priorita: střední (ohrožuje zdraví)

Cíl: Krátkodobý: Pacient zná příznaky infekce do 24 hodin

Dlouhodobý: Infekce se neprojevila do konce hospitalizace

Výsledná kritéria: Pacient neudává bolest v místě zavedení kanyly – stále

Pacient nejeví známky celkové ani místní infekce v důsledku zavedení kanyly vždy

Plán intervencí: Sleduj známky projevující se infekce v místě zavedení kanyly (otok, zarudnutí, bolest) – sestra, vždy

Informuj pacienta o možných rizicích a vzniku komplikací během zavedení kanyly – sestra, ihned
Ošetřuj aseptickým postupem – sestra, vždy
Sleduj možné příznaky celkové infekce (horečka, třesavka, pocení) – sestra, vždy
Prováděj kontrolu funkčnosti kanyly – sestra, vždy
Edukuj pacienta o projevech místní a celkové infekce – sestra, do 2 hodin

Realizace: 16. - 18. 11. 2013

Po příchodu pacienta na oddělení byla podávána infúze, kontrola místa zavedení, funkčnosti kanyly

Pacient byl informován o možných komplikacích během zavedení invazivního vstupu a seznámen s projevy místní a celkové infekce (16.11.2013)

Druhý den asepticky ošetřeno místo zavedení kanyly a nově přelepeno (17. 11. 2013)

Kontrola projevů infekce a provedení zápisu do dokumentace (16. - 18.11.2013)

Hodnocení: Cíl krátkodobý splněn, pacient zná projevy místní i celkové infekce

Cíl dlouhodobý splněn, u pacienta se neprojevila infekce během hospitalizace v místě zavedení periferní kanyly

- Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedostatečného příjmu tekutin p.o., nedostatečné znalosti s ohledem na příjem tekutin, faktorů ovlivňující potřebu tekutin

Priorita: střední (ohrožuje zdraví)

Cíl: Krátkodobý: Pacient neudává pocit žízně, sliznice jsou vlhké, pitný režim pacienta je za den min. 1,5l tekutin do 2 dnů

Dlouhodobý: Tělesný objem tekutin je udržen, příjem tekutin a diuréza jsou adekvátní do 5 dnů

Výsledná kritéria: Pacient neudává pocit žízně do 1 dne

Pacient zvládá dodržovat pitný režim do 2 dnů

Pacient má přiměřenou diurézu k příjmu tekutin

Plán intervencí: Zjistí jaké tekutiny pacient preferuje – sestra, ošetřovatelka, do 1 dne
Všiměj si známk nedostatku tekutin (suché sliznice, snížení kožní turgor) - sestra, do 1 dne
Sleduj příjem a výdej tekutin – sestra, ošetřovatelka, vždy
Sleduj charakter moče (barvu, příměsi) – sestra, vždy
Podávej tekutiny intravenózně dle ordinace lékaře – sestra, vždy
Nabádej pacienta k příjmu tekutin – sestra, ošetřovatelka – vždy
Zapiš příjem a výdej tekutin do dokumentace – sestra, vždy

Realizace: 16. - 18. 11. 2013

Při rozhovoru s pacientem zjištěny tekutiny, které pacient preferuje, pacient seznámit s nutností zapisování příjmu a výdeje tekutin, doporučen zvýšený příjem tekutin (16. 11. 2013)

Dle rozpisu podávány infúze intravenózně (16. - 18. 11. 2013)

Pravidelně sledován příjem a výdej tekutin a zaznamenáváno do dokumentace (16. - 18. 11. 2013)

Sledovány známky dehydratace (suché sliznice) (16. - 18. 11. 2013)

Hodnocení: Cíl krátkodobý splněn, pacient neudává pocit žízně a jeho pitný režim za 2 4/hodin je minimálně 1,5l tekutin
Cíl dlouhodobý splněn, pacient má adekvátní výdej tekutin k příjmu tekutin (1700/1700ml/24hodin) bez intravenózní aplikace infúzí

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacient přijat plánovaně k výměně stentu v choledochu metodou ERCP, pacient schopný spolupracující, plně při vědomí při příjmu a během celé hospitalizace. Jeho fyziologické hodnoty naměřené během hospitalizace se nevychylovaly od norem. Výměna stentu proběhla bez výrazných obtíží a komplikací, fyziologické funkce byly po vyšetření v normě, kontrolovány á ½ hodiny, po dobu 2 hodin. Během hospitalizace nedošlo k žádným výrazným změnám zdravotního stavu a 19. 11. 2013 byl pacient propuštěn domů.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V posledních letech díky neustálému rozvoji diagnostických metod (nové přístroje) se stále častěji setkáváme s novými postupy v diagnostice a léčbě různých onemocnění, které vyžadují jejich znalost ze strany zdravotníků a tím i pacientů, kteří jsou právě zdravotníky o těchto metodách a postupech informováni.

Doporučení pro pacienta

- dodržovat dietní opatření
- upozornit na bolest
- dodržovat předepsané ordinace (léky)
- pravidelné kontroly u lékaře

Doporučení pro zdravotníky

- pravidelné proškolení v dané problematice a zájem o nové informace (semináře, školení)
- empatický přístup k pacientovi
- podávat informace o dané problematice (možné komplikace, průběh vyšetření, dodržování léčebného režimu) a dát prostor na dotazy
- získat pacientovu důvěru

Doporučení pro rodinu

- informovat se o dané problematice (vyšetření, dietní opatření)
- přizpůsobení se rodiny dietnímu režimu
- podpora pacienta (psychika)
- nevystavovat pacienta fyzickému a psychickému napětí

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou a specifikou ošetrovatelské péče u pacienta podstupující ERCP vyšetření.

ERCP je sice trochu nepříjemné vyšetření, ale na druhou stranu je potřeba říci, že je velmi přesné a mnohdy se pomocí něho i bezprostředně léčí. Žádná jiná vyšetřovací metoda ERCP vyšetření nenahradí.

Cílem práce bylo seznámit pacienty s daným vyšetřením a informovat zdravotníky o vyšetření, které se stále častěji využívá jako terapeutická metoda u pacientů s různým typem onemocnění.

Práce byla pojata teoreticko – prakticky. V teoretické části jsme se zabývali charakteristikou, indikacemi, průběhem, komplikacemi samotným vyšetřením ERCP. Dále jsme se zaměřili na specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s ERCP, před, během a po výkonu. V ošetrovatelském procesu, kde jsme si stanovili ošetrovatelské diagnózy podle Nanda I Taxonomie I se podařilo všechny ošetrovatelské cíle splnit pomocí ošetrovatelských intervencí, realizace a následným zhodnocením.

Detailní zaměření do problematiky vyšetření ERCP nám přineslo jak teoretické znalosti o samostatném vyšetření, tak spoustu nových informací a poznatků ať už z průběhu vyšetření samotného či specifiky ošetrovatelské péče o pacienta. Zjistili jsme, že ošetrovatelská péče o pacienta s ERCP nese jistá specifika a je nutné, aby je sestra znala při výkonu práce a provádění péče o pacienta s daným vyšetřením. Dostatek informací, jak o výkonu, přípravě k vyšetření, režimových opatření v celkové péči o pacienta je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

*Denně děláme jednu ze dvou věcí – buď upevňujeme své zdraví,
nebo podporujeme nemoc.*

Adelle Davisová

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AABAKKEN, L. a kol., *Gastrointestinálna endoskopia*. Praha: Maxdorf. 1999. 233 s. ISBN 80-85800-11-X.

BRODANOVÁ, M., *Onemocnění žlučníku a žlučových cest*. Praha: Grada Publishing. 1998. 260s. ISBN: 80-7169-562-9.

DÍTĚ, P. a kol., *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno. 1994. 146 s. ISBN 80-7013-183-7.

DÍTĚ, P., *Chronická pankreatitida*. 1.vydání, Praha: Scientia medica. 1994. 56s. ISBN: 80-85526-24-7.

DÍTĚ, P. a kol., *Základy digestivní endoskopie*. Praha: Grada Publishing. 1996. 240s. ISBN 80-7169-237-9.

FRIČ, P., *Endoskopie*. Občanské sdružení endoskopie. Roč. 8, č. 4. 1999. \s. 59-64. ISSN 1211-1074.

HOLUBOVÁ, A., H. NOVOTNÁ, a J. MAREČKOVÁ, *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 2013. 267 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.

MARILYNN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

LATA, J., J. BUREŠ, T. VAŇÁSEK, *Gastroenterologie*. Praha: Galén. 2010. 256s. ISBN 978-80-7262-2.

LUKÁŠ, K., *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 2005. 287 s. ISBN 80-247-1283-0.

MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

NAVRÁTIL, L., *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

NĚMCOVÁ, J., a kol., *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. 2013. 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

NOVOTNÁ J., J. UHROVÁ a J. JIRÁSKOVÁ, *Klinická propedeutika*. Praha: Fortuna. 2007. 136s. ISBN: 80-7168-940-8.

PROCHÁZKA, V., *Česká a slovenská gastroenterologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně. Roč. 53, č.5 . 1999. s.140-144. ISSN: 1210-7824.

REJCHRT, S., *Česká a slovenská gastroenterologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně. Roč. 54, 2000. s. 14-22. ISSN: 1210-7824.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. , 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-5.

ZADOROVÁ, Z., Indikace, diagnostické a terapeutické možnosti endoskopických metod. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Roč. 7, č. 5, 2005. s. 30-36. ISSN 1212-4184.

ZAVORAL, M., P. DÍTĚ, J. ŠPIČÁK, J. BUREŠ a P. FRIČ, *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada Publishing. 2000. 316s. ISBN 80-7169-999-3.

ZBOŘIL, V., *Česká a slovenská gastroenterologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně. Roč. 53, č.2. 1999. s. 47-50. ISSN: 1210-7824.

Endoskopie [online]. IKEM, 2014. [6. 11. 2013]. Dostupné z:<http://www.ikem.cz/www?docid=1004132>

ERCP [online]. [6. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.aviva.co.uk/health-insurance/home-of-health/medical-centre/medical-encyclopedia/entry/test-ercp/>

Krevní obraz [online]. Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, 2013. [cit. 4. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.propedeutika.cz/met_lab_KO.html

Laboratorní vyšetření [online]. NOVÁKOVÁ, Tereza, 2011. Interní klinika 2. LF UK a FN Motol. [cit. 2. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.innera.cz/cs/laboratorni-vysetreni>

VSZDRAV [online]. [6. 1. 2014]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20O%C5%A1et%C5%99ovatel%20sk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20typ%C5%AF%20p%C3%A9%20C4%8De.aspx>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu ERCP	II.
Příloha B – Záznam ošetřovatelské péče po invazivních výkonech	IV.
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	V.

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE

1. Identifikační údaje zdravotnického zařízení, jeho oddělení a lékaře, který poučení provádí

název zdravotnického zařízení : Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s., nemocnice Středočeského kraje
sídlo : Václava Klementa 147, Mladá Boleslav
IČ :
oddělení : Gastroenterologie
telefonní číslo :326 74 2810

Lékař, který provedl poučení _____

Pacient _____
Jméno, příjmení, rodné číslo

Zákonný zástupce pacienta _____
Jméno, příjmení, rodné číslo, trvale bytem

2. Údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) je kombinované endoskopické a rentgenové vyšetření, které slouží k zobrazení žlučového systému a slinivky břišní. Provádí se pomocí ohebné sondy o průměru cca 11-13 mm. Obraz je přenášen optickými vlákny nebo elektronikou. Pomocí endoskopu je do žlučových cest a do vývodu slinivky břišní podána kontrastní látka. Jejich náplň je pak hodnocena pod rentgenovou kontrolou. Vyšetření trvá v průměru 20-30 minut, u léčebných výkonů i déle.

Ke každému ERCP vyšetření je třeba donést výsledky krevního obrazu, Quickova času (INR) a aPTT. Toto vyšetření Vám zajistí lékař, který u Vás ERCP doporučuje. U žen v produktivním věku se ERCP vyjma urgentních případů provádí jen v prvních 10 dnech menstruačního cyklu. Při sjednání termínu vyšetření je potřeba udat termín poslední menstruace, neméně důležitý je údaj o případném těhotenství.

K vyšetření je potřebná příprava, kterou absolvuje pacient za hospitalizace, která je plánována dnen před výkonem. Další den se provádí samotné vyšetření a po výkonu je pacient 24 hodin sledován na lůžku. V některých případech je nutná i delší hospitalizace.

Před vyšetřením je potřeba alespoň 8 hodin nejíst, pít jen malé množství čirých tekutin. Pokud je vyšetření prováděno v ranních hodinách, doporučujeme užít ranní léky až po vyšetření. Informujte sestru či ošetřujícího lékaře o případných alergických reakcích na léky a o závažných onemocněních, pro která jste léčen(a) (např. ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, cukrovka, epilepsie či průduškové astma) Vyndejte a uložte snímatelné zubní náhrady. Odložte a uschovejte šperky a hodinky.

Těsně před výkonem Vám bude na sliznici dutiny ústní aplikován spray s místním znecitlivěním. Poté dostanete nitrožilní injekci se sedativem a spasmolytikem, která zajistí klidný průběh vyšetření. Injekce může způsobovat ospalost.

Po této přípravě Vám bude zaveden přístroj ústy do žaludku a dvanáctníku. Během vyšetření dýchejte klidně nosem či ústy, sliny nepolykejte a nechte je vytékat do připravené misky.

Pokud si to povaha Vašeho onemocnění žádá, je někdy během vyšetření nutno rozetnout Vaterovu papílu (místo vyústění žlučových cest a vývodu slinivky břišní do dvanáctníku), odstranit kameny ze žlučových cest nebo slinivky, nebo u zúžených žlučovodů zavést tzv. endoprotézu. Tyto léčebné procedury jsou nebolestivé. Přínos ERCP pro diagnostiku a léčbu výsoce převažují míru rizika. Tak jako při každém invazivním vyšetření, může i při ERCP dojít k nečekaným komplikacím, které si mohou vyžádat delší hospitalizaci, nebo i chirurgický výkon. Tyto komplikace jsou však vzácné.

3. Poučení o tom, za plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ

Alternativou ERCP je vyšetření magnetickou rezonancí (MRCP), to však neumožňuje léčebný výkon ani odběr biopsií. Alternativou léčebných procedur při ERCP je buď klasická operace, nebo tzv. transhepatální přístup, kdy se do žlučovodů proniká přes jaterní tkáň. Rizikovost obou přístupů je vyšší než u ERCP. Pokud vyšetření odmítnete, vystavujete se riziku různých komplikací v závislosti na povaze onemocnění – např.

nerozpoznání nádorového onemocnění v časném stádiu, zánětu žlučových cest, poruše funkce jater – které mohou ohrozit Váš zdravotní stav a v některých případech i život

4. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti

Po výkonu se doporučuje příjem pouze nevelkého množství čirých nesycených tekutin. Dieta se nasazuje zpravidla až druhý den. Pacient je hospitalizovaný do následujícího dne po výkonu

5. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů

Dostaví-li se obtíže po propuštění pacienta z nemocnice (nově vzniklé bolesti břicha, zvracení či krvácení z konečníku nebo výskytu teplot) je nezbytně neprodleně konzultovat lékaře.

Prohlášení a souhlas pacienta

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi sdělil shora uvedené údaje a poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu s poskytnutím zdravotního výkonu a měl/a jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.

Současně **prohlašuji**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné a neodkladné výkony a léčebné postupy nutné k záchraně života nebo zdraví mého/osoby, které jsem zákonným zástupcem.

V Mladé Boleslavi:

.....
Vlastnoruční podpis pacienta/ zákonného zástupce

.....
Podpis lékaře, který údaje a poučení poskytl

.....
Podpis svědků poučení a souhlasu, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat nebo odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat

.....
Důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jak tedy projevil svou vůli

Příloha B

Identifikační údaje pacienta (štítek)

Jméno: X.Y
Datum narození / RČ: XXX

KLAUDIÁNOVA
NEMOCNICE

Oblastní nemocnice
Mladá Boleslav

Oddělení: INTERNA METABOLIKA

Záznam ošetrovatelské péče po invazivních výkonech ERP

Datum a čas převzetí do péče: 18/11 13³⁰

Stav pacienta při převzetí:

Vědomí: spavý odpovídá na otázky plně při vědomí

Sledování po dobu: 2 hod.

Monitoring FF: TK, P á.....12.....hod

Hodina	13 ³⁰	14 ⁰⁰	14 ³⁰	15 ⁰⁰	15 ³⁰						
TK	115/70	120/70	125/75	120/65	120/70						
P	62'	42'	81'	79'	62'						
TT											
vědomí	+ V	V+	V+	V+	V+						
O2 (lit/hod)											
sat. O2											
stav rány											
drény (+ -)											
močení (ml)				+							
NGS (ml)											
zvracení (ml)	-	-	-	-	-						
bolest /analgetika	-	-	-	-	-						
i.v. (roztok)											
ml											
příjem per os											
podpis sestry	X	X	X	X	Y						

Stav rány: N – neprosakuje

P – prosakuje

převaz : čas

Sledování stavu vědomí: S - spavý

O - odpovídá na otázky

V - plně při vědomí

Další ordinace: (dieta, Rtg, bilance.....)

D: Včej po lůžkách, pitná 4g

Ostatní sdělení : (neklid, zmatenost, kurtace.....)

Sledování ukončeno: 18/11 15³⁰
(datum a hodina)

Podpis sestry: JX

Příloha C

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetřovatelský proces u pacienta s ERCP v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 3. 2014

Kristýna Prekopová DiS.