

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S AKUTNÍ PANKREATITIS**

Bakalářská Práce

MICHAELA KOCOURKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Petra Přenosilová

Praha 2015



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

Kocourková Michaela
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitis

Nursing Process in Patients with Acute Pancreatitis

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Petra Přenosilová

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářkou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Michaela Kocourková, DiS

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Petře Přenosilové za cenné rady, přívětivé a trpělivé jednání a za připomínky při realizaci této práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a partnerovi za trpělivost a morální podporu, kterou mi po celou dobu zpracování této práce poskytovali.

Dále děkuji staniční sestře Bc. Pavlíně Bendové a celému kolektivu na interním oddělení C FN v Plzni za pomoc při hledání pacienta.

ABSTRAKT

KOCOURKOVÁ, Michaela, DiS. *Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Petra Přenosilová 2015. 56s.

Akutní pankreatitis patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní. Četnost výskytu stále stoupá v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu a nesprávným dietním návykům s vysokým zastoupením živočišných tuků ve stravě. Ošetrovatelská péče u těchto pacientů je náročná a vyžaduje teoretické i praktické znalosti sester.

Tato práce je sestavena jako teoreticko - praktická. První, teoretická část práce je věnována slinivce břišní a jejím funkcím. Dále jsou popsány subjektivní obtíže a objektivní příznaky akutní pankreatitidy, její klasifikace, etiologie, klinický obraz a diagnostika onemocnění včetně laboratorních vyšetření. Zahrnuty jsou i skórovací systémy používané při posuzování závažnosti onemocnění, a tím i předpokládané mortality. Dále jsou zde vypsány možné komplikace a nakonec i terapie spolu s možnostmi rekonvalescence a zapojením nemocného do běžného života.

Praktická, ošetrovatelská část zahrnuje jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu, edukaci pacienta a jeho prognózu ve vztahu k následné ošetrovatelské péči.

Klíčová slova:

Slinivka břišní. Akutní pankreatitis. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

KOCOURKOVÁ, Michaela, DiS. *Nursing process in a patient with acute pancreatitis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Petra Přenosilová. Pilsen. 2015. 56 pages.

Acute pancreatitis among the most serious acute abdomen. The incidence rise owing to excessive use of alcohol and improper dietary habits with a high proportion of animal fats in the diet. Nursing care for these patients is difficult and requires theoretical and practical knowledge of nurses.

This work is conceived as a theoretical - practical. First, theoretical part describes anatomy and physiology of the pancreas. The following describes the subjective symptoms and objective signs of acute pancreatitis, it's classification, etiology, clinical features and diagnosis of disease, including laboratory tests. Included are both scoring systems used in assessing the severity of the disease, and thus the predicted mortality. There are also listed the possible complications and eventually therapies along with the possibilities of recovery and patient involvement in everyday life.

Practical nursing section includes individual steps of the nursing process, patient education and his prognosis in relation to subsequent nursing care.

Key words:

Pancreas. Acute pancreatitis. Nursing Care.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 9 |
| SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ | 10 |
| ÚVOD | 12 |
| 1 SLINIVKA BŘIŠNÍ | 13 |
| 2 FUNKCE SLINIVKY BŘIŠNÍ | 15 |
| 2.1 EXOKRINNÍ FUNKCE | 15 |
| 2.2 ENDOKRINNÍ FUNKCE..... | 16 |
| 3 AKUTNÍ PANKREATITIS | 17 |
| 3.1 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ..... | 17 |
| 3.2 ETIOPATOGENEZE | 17 |
| 3.3 KLINICKÝ OBRAZ | 19 |
| 3.4 DIAGNOSTIKA | 19 |
| 3.5 KLASIFIKACE | 23 |
| 3.6 KOMPLIKACE | 23 |
| 3.7 PRŮBĚH..... | 24 |
| 3.8 TERAPIE | 25 |
| 3.9 PROGNÓZA..... | 27 |
| 4 SBĚR OŠETŘOVATESKÝCH INFORMACÍ | 29 |
| 4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE | 29 |
| 4.2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU DNE 17. 11. 2014..... | 29 |
| 4.3 ANAMNÉZA..... | 30 |
| 4.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘIJETÍ (17. 11. 2014) | 31 |
| 4.5 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II..... | 34 |
| 4.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT | 37 |
| 4.7 KONZERVATIVNÍ LÉČBA..... | 40 |
| 4.8 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA | 40 |
| 4.9 USPOKOJOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB | 43 |
| 4.10 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 17. 11. 2014 | 45 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH | |
| | USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT | 46 |
| 5.1 | OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II | 46 |
| 6 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 53 |
| | ZÁVĚR..... | 54 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 55 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|---------------|--|
| apod. | a podobně |
| cca | cirka, přibližně |
| CT | počítačová tomografie |
| event. | eventuelně |
| ERCP | endoskopická retrográdní cholangiopankretografie |
| mj. | mimo jiné |
| NPB | náhlá příhoda břišní |
| NPO | nic per os |
| p.p. | podle potřeby |
| PŽK | periferní žilní katetr |
| USG | ultrasonografie |
| viz. | to znamená, jmenovitě |

(VOKURKA et al., 2006)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus - nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich zneužívání v nevhodnou dobu (práce, těhotenství). Může jít o stav jednorázový, málo častý, či trvalý, pravidelný. Kromě drog v běžném slova smyslu se a. týká i alkoholu, kofeinu, tabáku, některých léků aj.

Autodigesce – samonatrávení.

Duodenum – dvanáctník. Počáteční a nejkratší část tenkého střeva, do kterého ústí žaludek a vývody slinivky břišní a žlučníku (jater). Klasický je podkovovitý tvar, přičemž v okénku podkovy je umístěn pankreas.

Epigastrium - nadbříšek. Horní část břicha zhruba v úhlu mezi žeberními oblouky.

Gastrin - peptidový hormon tvořený v trávicím traktu, stimuluje vylučování žaludeční šťávy, zejm. kyseliny, ovlivňuje žaludeční motilitu, průtok sliznicí a má i trofický vliv. Tvoří se zejm. v G buňkách v antru žaludku a duodenu, tvorbu stimuluji některé potraviny, distenze stěny či parasympatická inervace (n.vagus).

Ikterus - žloutenka. Žluté zbarvení kůže a sliznic způsobené zvýšeným obsahem žlučového barviva (bilirubinu).

Incidence - počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období. Je obvykle dávana do poměru k velikosti exponované populace ve studovaném období, např. jako roční incidence nově hlášených zhoubných nádorů na 10 000 obyvatel ČR.

Kolikvace - zkapalnění.

Konkavita – vyhloubenina.

Management - řízení.

Mezogastrium - krajina středního břicha zhruba v okolí pupku.

Mortalita – úmrtnost (na určitou nemoc nebo celková).

Noncompliance - nespolupráce pacienta v rámci léčby.

Noxa – škodlivina, látka vyvolávající poškození.

Permeabilita – propustnost, zejm. určité vrstvy. Je různá pro různé látky, obecně nižší pro větší molekuly, závisí též na elektrickém náboji (záporně nabitá vrstva nepropouští anionty apod.).

Recipročně - zpětnovazebně.

Serózní - podobající se krevnímu séru.

Sipping - upíjení tekutého definovaného dietetika během dne.

Trigger – spouštěč, spouštět.

Vaskularizace – vznik krevních cév v tkáni. V. je důležitým mechanismem při vývoji tkání a orgánů a dnes jsou známy látky tvořené v organismu, které ji podporují.

(VOKURKA et al., 2006)

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsme zvolily ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitis. Toto téma jsme zvolily proto, že pracuji ve Fakultní nemocnici v Plzni na interním oddělení se zaměřením na léčbu onemocnění gastrointestinálního traktu, kde je výskyt pacientů s akutní pankreatitidou poměrně vysoký s ohledem na možnost poskytnutí komplexní péče.

Téma jsme považovaly za aktuální pro stoupající výskyt onemocnění a jeho závažnost ve smyslu vysoké mortality. Ošetrovatelská péče o nemocné je podstatnou součástí ke zvládnutí onemocnění.

V teoretické části jsme stručně shrnuly slinivku břišní a funkce slinivky břišní, mechanismy vzniku a průběh onemocnění spolu s možnými komplikacemi, klasifikací, diagnostikou a léčbou.

Praktickou část jsme zpracovaly formou obecného ošetrovatelského procesu u pacienta s akutní pankreatitis dle sběru informací fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. Zde jsme shrnuly základní anamnestické údaje o pacientovi, sesterský a lékařský management.

Za cíl bakalářské práce jsme si vytyčily stanovení individuálního ošetrovatelského plánu s jeho zhodnocením a zpracováním u pacienta s akutní pankreatitis

Bakalářská práce je vhodná jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů, všeobecným sestřím a bakalářům ošetrovatelství.

1 SLINIVKA BŘIŠNÍ

Slinivka břišní (lat. pancreas)

Pankreas je smíšená žláza se zevní a vnitřní sekrecí. Dlouhá 14-18cm, protáhlá, hruškovitého tvaru. V dutině břišní je uložena téměř horizontálně mezi duodenem a slezinou. Slinivka břišní je uložena hluboko v břišní dutině za žaludkem, prakticky na zadní stěně trupu. Na povrchu je patrná kresba lalůčků, má zevní vzhled šeděružové až nažloutlé velké žlázy. Obvykle má tvar písmene J. Hmotnost se průměrně pohybuje mezi 60 až 90g.

Tvarově lze rozlišit na orgánu hlavu slinivky břišní a plynuje navazující oploštělé tělo, vybíhající v ocas. Dělí se tedy na tři hlavní části:

Hlava pankreatu (*caput pancreatis*) je rozšířená, na obvodu zaoblená, předozadně oploštělá část, uložená v konkavitě duodena před tělem obratle L1-2. Hlava je nejmohutnějším oddílem žlázy.

Tělo pankreatu (*corpus pancreatis*) je užší než hlava a na rozdíl od hlavy není ploché. Probíhá napříč břišní dutinou k levé ledvině přes břišní aortu. Na těle pankreatu nacházíme zploštění zepředu, zezadu a zdola (takže vzniká plocha přední, zadní a dolní).

Ocas pankreatu (*cauda pancreatis*) je zaoblená, protažená část, která dosahuje jako prodloužený výběžek těla doleva až ke slezině.

Endokrinní část

Patří k systému žláz s vnitřní sekrecí. Tato část je tvořena skupinami buněk, které jsou roztroušeny jako ohraničené ostrůvky (*insulae pancreaticae*, Langerhansovy ostrůvky) v exokrinní tkáni slinivky břišní. Ostrůvky jsou o velikosti 0,1-0,5 mm, v počtu jednoho až dvou miliónů, přičemž tvoří pouze 1,5% celkového objemu žlázy. Ve slinivce jsou rozptýleny nerovnoměrně, často se endokrinní buňky nachází i v exokrinní složce. Nejvíce ostrůvků je v ocasu pankreatu, nejméně pak v hlavě. Uvnitř ostrůvků probíhá síť krevních kapilár, kterými se produkty dostávají do krevního oběhu. Soubor ostrůvků tvoří totiž endokrinní žlázu, produkující hormony inzulin, glukagon, somatostatin a gastrin.

Exokrinní část

Je složená tuboalveolární serózní žláza, která je pokrytá tenkým vazivovým pouzdrém. Z tohoto pouzdra do žlázy vstupují jemná septa dělicí žlázu na lalůčky. Lalůčky jsou různého tvaru a nestejně velikosti, jsou tvořeny ze žlázových acinů. Ty jsou tvořeny serózními buňkami, které produkují až 2 litry pankreatické šťávy denně.

Vývodné cesty

Začínají vsunutými vývody z acinů. Odtud pokračují jako intralobulární (uvnitř lalůček) a interlobulární vývody (mezi lalůčky). Interlobulární vývody dále vstupují kolmo do hlavních vývodů pankreatu - ductus pancreaticus (Wirsungi) a ductus pancreaticus accessorius (přídatný vývod). Průměr hlavního vývodu je asi 2-3 mm. Probíhá celou délkou žlázy od ocasu až k hlavě pankreatu, lehce vinutě, až k vyústění do duodena. U 77 % případů ústí spolu se žlučovodem v místě Vaterské papily, méně často samostatně. Ústí v papile je vytvořeno svěračem z hladké svaloviny na společném ústí pankreatického vývodu a vývodu žlučového. Přídatný vývod pankreatu (ductus pancreaticus accessorius) vychází jen z hlavy pankreatu a probíhá do duodena nad hlavním vývodem samostatně (DYLEVSKÝ et al., 2000).

2 FUNKCE SLINIVKY BŘIŠNÍ

Pankreas se funkčně skládá ze dvou oddílů, a to s exokrinní a endokrinní funkcí. Exokrinní část pankreatu tvoří přibližně 84% orgánu, endokrinní část cca 2%, zbytek připadá na pojivovou tkáň s cévami a nervovým zásobením (ŠPIČÁK, 2005).

2.1 Exokrinní funkce

Denně se u dospělého člověka tvoří 1000-1500 ml pankreatické šťávy. Pankreatická šťáva je alkalická díky vysokému obsahu bikarbonátů a obsahuje enzymy, které mají rozhodující význam při trávení. Většina enzymů je uvolňována ve své inaktivní formě jako proenzymy (trypsinogen, chymotrypsinogen, prokarboxypeptidáza, proelastáza, fosfolipáza A2). Tyto proenzymy jsou aktivovány kontaktem se sliznicí duodena aktivací trypsinu, který spouští další řetězec reakcí. Potencionální nebezpečí uvolnění malého množství trypsinu do pankreatu spočívá v riziku autokatalytické řetězové reakce vedoucí ke vzniku aktivních enzymů, které by mohly natrávit pankreas (GANONG, 2005).

K mechanismům řízení pankreatické sekrece patří vlivy nervové, hormonální a humorální. Sekreci pankreatické šťávy můžeme rozdělit do tří fází. Tyto fáze na sebe navazují, nebo se ovlivňují. Vzájemně se v určitých momentech překrývají.

Nervovou fází stimulují především břišní větve vagového nervu spolu s splachnickými nervy. Ta je důsledkem odpovědi pankreatu na zrakové a čichové podněty. Z vagových zakončení působí na buňky acinů hormon acetylcholin, stimulující jejich sekreci.

Žaludeční fáze je spouštěná také podrážděním vagu, ale podstatnou úlohu hraje také mechanická distenze žaludku potravou a kontakt sliznice s potravou, vedoucí k uvolnění gastrinu (KLENER et al., 2006).

Nejdůležitější pro regulaci pankreatické sekrece je střevní fáze. Sekrece šťávy podléhá zejména účinku dvou hormonů produkovaných v duodenální sliznici,

cholecystokininu a sekretinu. Hormony jsou uvolňovány vstupem okyseleného žaludečního obsahu s produkty trávení do duodena. Výdej cholecystokininu je stimulován štěpí trávení proteinů a tuků, a vede k produkci malého objemu šťávy bohaté na enzymy. Ke stimulaci produkce hydrogenuhličitanové sekrece a tekuté složky pankreatické šťávy je nutný sekretin. Výdej sekretinu je stimulován žaludeční šťávou s produkty trávení bílkovin (NEČAS, 2006).

Funkce produkovaných enzymů je nezbytnou součástí procesu trávení a vstřebávání živin. Na ovlivnění emulgace a štěpení tuků, bílkovin a škrobu se podílejí pankreatické enzymy, společně s enzymy produkovanými dutinou ústní, žaludkem, střevními enzymy a přítomností žluči. Role slinivky břišní je tedy nezastupitelná, zejména připočteme-li i endokrinní funkci (KLENER et al., 2006).

2.2 Endokrinní funkce

Langerhansovy ostrůvky pankreatu tvoří nejméně 4 produkty s hormonální aktivitou. Endokrinní část produkuje buňkami typu A glukagon, buňkami typu B inzulin, buňkami typu D somatostatin a za normálních okolností fyziologicky nevýznamné množství gastrinu, buňkami typu F pankreatický polypeptid. Dva z těchto hormonů, inzulin a glukagon, mají nezastupitelné funkce v řízení metabolismu cukrů, částečně i bílkovin a tuků. Třetí hormon, somatostatin, se uplatňuje při regulaci sekrece ostrůvků a čtvrtý hormon, pankreatický polypeptid pravděpodobně primárně působí na gastrointestinální funkce. Langerhansovy jsou bohatě vaskularizovány. Krev z ostrůvků pak přechází cestou portální žíly do jater, hlavního místa účinku inzulinu a glukagonu, a teprve poté do systémové cirkulace (NEČAS, 2006).

Nejdůležitější úlohou endokrinní části je regulace hladiny krevního cukru, glykémie. To zajišťují již zmíněné dva působky s protichůdnou aktivitou. Inzulin snižuje glykémii ukládáním glukózy, mj. i mastných kyselin a aminokyselin. Naopak glukagon uvolňuje glukózu ze zásob do krve. Za většiny situací jsou secernovány recipročně, ve vzájemné vazbě. Za patologických okolností, vedoucích k nadbytku inzulinu, může nastat hypoglykémie. Nedostatek inzulinu, jak absolutní tak i relativní, vyvolává diabetes mellitus (GANONG, 2005).

3 AKUTNÍ PANKREATITIS

Akutní pankreatitis je zánětlivé neinfekční onemocnění pankreatu, charakterizované samonatrávením žlázy. Jedná se o náhlou příhodu břišní. Typicky se projevuje krutou bolestí v epigastriu, kterou obvykle provází zvýšená koncentrace pankreatických enzymů v krvi a v moči. Klinický průběh je značně variabilní od lehkých forem s otokem tkáně pankreatu až po těžký život ohrožující stav při rozvoji nekrotizující pankreatitidy s multiorgánovou dysfunkcí (ŠEVČÍK, 2014).

3.1 Výskyt onemocnění

Roční incidence se pohybuje od 4,9 k 35 případům na 100 000 obyvatel (SANTHI, 2013). Ve střední Evropě se pohybuje mezi 5 až 20 případy na 100 000 obyvatel. Stoupající incidence je pozorována v řadě evropských a skandinávských zemích při narůstající konzumaci alkoholu (ČEŠKA et al., 2010).

3.2 Etiopatogeneze

Většina pankreatických enzymů je produkována v neúčinné formě, která je aktivována až ve střevě. Aktivace trypsinogenu na trypsin je klíčovým krokem, neboť trypsin vede k řetězu dalších reakcí aktivujících další enzymy. Je-li trypsin aktivován v buňkách acinů, trypsin inhibující protein zajišťuje jeho inaktivaci. Pokud tento ochranný mechanismus selže, dojde k aktivaci trypsinu v samotném pankreatu a jeho natrávení, tedy rozvoji akutní pankreatitidy (SILBERNAG et al., 2001).

Akutní pankreatitida je nejčastěji způsobena žlučovými kameny (50-60%) nebo abúzem alkoholu (20-40%). Je však nutné pamatovat i na řadu dalších, i když méně častých příčin (ŠEVČÍK et al., 2014).

Akutní biliární pankreatitida je vysvětlována refluxem žluči do pankreatického vývodu. Dochází k tomu tehdy, jestliže tlak v ductus choledochus je vyšší než tlak v ductus pancreaticus. Dalším možným vysvětlením je vcestování drobného konkrementu ze žlučovodu do pankreatického vývodu, či zaklínění konkrementu

v oblasti Vaterovy papily. Tím dochází k zabránění odtoku jak žluči, tak pankreatického sekretu. Obstrukce žlučových/pankreatických cest vzniká nejčastěji na podkladě choledocholitiázy. Následným přetlakem vede k uvolnění pankreatických enzymů a samonatrávení pankreatu.

Alkohol bývá další častou příčinou akutního poškození žlázy. Pankreas může poškozovat několikerým mechanismem. Pro pankreatickou sekreční tkáň je alkohol toxickou noxou. Dále alkohol svým působením v žaludku vede k stimulaci žaludeční kyseliny solné. Kyselý obsah pak uvolňuje enterohormony, sekretin a cholecystokinin, které provokují exokrinní sekreci pankreatu. Alkohol vede k hypertonii a ke spasticitě svaloviny Oddiho svěrače. Tím vzniká překážka volného odtoku pankreatické šťávy do duodena, intraacínární aktivace pankreatických enzymů a autodigestivní aktivitě.

Jako infekční agens způsobující akutní pankreatitidu byly popsány virus parotitidy, Coxsackie viry, virové hepatitidy, AIDS, paraziti.

Rozvoj akutní pankreatitidy byl popsán také v souvislosti se zhmožděním pankreatické tkáně, ke kterému mohou vést tupá poranění dutiny břišní. Pankreas je zhmožděn především přímým nárazem přes stěnu břišní přímo proti páteři, kdy se pankreas narazí na obratlové trny. Může také nastat disrupce pankreatické tkáně včetně pankreatického vývodu s následným prosakováním pankreatického sekretu do dutiny břišní (KLENER et al., 2006).

Polékové postižení je méně časté, ale je popsána řada léčiv s rizikem vzniku akutní pankreatitidy. Jako příklad lze uvést některá diuretika (furosemid, hydrochlorothiazid), imunosupresiva (cyklosporin, azathioprin), antibiotika (erythromycin, rifampicin, tetracyklin) a další (ČEŠKA, 2010).

Mezi další možné etiologické faktory patří dyslipidémie, hyperkalcémie, vrozené anomálie, iatrogenní příčiny po ERCP či perioperačně při operaci v této oblasti.

Přibližně v 10% se příčina nezjistí, v těchto případech se jedná o idiopatickou pankreatitidu.

U osob s akutní pankreatitidou nastávají patofyziologické změny, které nejsou jednoznačně vysvětlitelné. Velmi časně při začátku zánětlivého procesu dochází k ultrastrukturálním změnám acinózních buněk, pravděpodobně z ischemie. K ovlivnění cévní permeability a ke vzniku nekrotů vede poškození buněčných membrán a aktivace proenzymů na enzymy. Aktivace tzv. kininové kaskády a uvolnění látek, které mají vztah k cévnímu tonu, pomáhá ke vzniku hypovolemického šoku (KLENER et al., 2006).

Tabulka 1 Příčiny akutní pankreatitidy ve vybraných státech Evropy

| Stát | Biliární | Alkoholická | Jiná |
|----------------|----------|-------------|-------|
| Německo | 34,9% | 37,9% | 27,2% |
| Maďarsko | 24% | 60,7% | 15,3% |
| Itálie a Řecko | 60,3% | 13,2% | 26,5% |

Zdroj: (GÜRLICH et al., 2006, s. 437).

3.3 Klinický obraz

Základním příznakem je bolest a zvracení. Bolest bývá velmi intenzivní, obvykle trvalého charakteru, nemá ráz koliky. Zhoršuje se v poloze vleže na zádech, typická je úlevová poloha v předklonu. Bolest je lokalizovaná do středního epigastria a mezogastria, propaguje se do páteře, levého, ale i pravého podžebří a do podbřišku. U většiny nemocných je rozvoj akutní pankreatitidy vedle bolesti provázen nauzeou a zvracením. Neklid, agitace a vyhledávání úlevové polohy jsou typické obtíže.

Časným příznakem těžké formy onemocnění je tachykardie, hypotenze, teplota, v dalším průběhu rozvoj hypovolemického šoku s vyjádřeným multiorgánovým selháním (KLENER et al., 2006).

3.4 Diagnostika

Akutní pankreatitida, která je klinicky suspektní, vyžaduje vždy laboratorní a radiologickou diagnostiku. Jen komplexní posouzení všech výsledků vede ke správnému stanovení diagnózy, protože diferenciální diagnostika bolesti v epigastriu je

široká. Cílem diagnostiky je určit etiologii a závažnost onemocnění a následný terapeutický postup. Tíže onemocnění by u každého měla být stanovena během 48 hodin (ZAZULA et al, 2005).

Fyzikální vyšetření

V iniciální fázi nemoci bývá nepoměr mezi velkými subjektivními potížemi a chudým fyzikálním nálezem na břiše. V závislosti na závažnosti postižení slinivky břišní lze při fyzikálním vyšetření palpací prokázat vzdučné břicho. Poslechově nacházíme obraz paralytického ileu. Kromě toho mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění. Při biliární formě často můžeme pozorovat ikterus kůže. Při plně rozvinutém stavu nacházíme známky hypovolémie, arteriální hypotenzi, tachykardii. Povrchní ventilace, způsobená drážděním bránice zánětem, může velmi rychle progredovat do dušnosti až dechové insuficience. Redistribucí krevního oběhu vzniká na kůži tzv. „mramorování“ (Cullenovo znamení) a v okolí pupku a třísech se objevuje žlutavé zbarvení kůže (Grey-Turnerovo znamení). Jejich výskyt je vzácný, ale specifický a signalizuje závažný průběh onemocnění (ŠEVČÍK et al., 2014).

Zobrazovací metody

K diagnostice onemocnění přispívá břišní USG, ale její možnosti jsou limitované a pouze orientační z důvodu plynatosti, konstituce apod. přibližně u 25-30% pacientů. Nadměrné množství plynu ve střevních kličkách, které bývá typické pro akutní pankreatitidu, představuje značnou limitaci vyšetření, protože brání dobré vizualizaci žlázy. Při dobré vyšetřitelnosti zobrazí prosáklou tkáň pankreatu, event. i okolí, žlučnickové kameny a obstrukci žlučových cest. Na druhé straně vyšetření neumožní posoudit rozsah extrapancreatické zánětlivě změněné tkáně a identifikovat nekrózy pankreatu (SANTHI, 2014).

CT břicha je v současnosti nejdůležitější metodou ve stanovení diagnózy i určení tíže, a tím i prognózy onemocnění. Umožňuje posoudit, zda se jedná o edematózní či nekrotický zánět slinivky břišní. S odstupem 3-5 dnů od počátku obtíží s jistotou posoudí rozvoj nekrosů a lokálních komplikací, zároveň pomáhá posoudit i etiologii onemocnění u biliárních příčin, event. tumorů pankreatu. Zároveň umožňuje cílený odběr tenkou jehlou při podezření na infekci pseudocyst s využitím k cílené antibiotické léčbě (KLENER et al., 2006).

K určení rozsahu/stagingu postižení pankreatu dle CT nálezu slouží tzv. Baltazarovo schéma:

- **Stupeň A:** normální pankreas
- **Stupeň B:** fokální či difuzní edematózní zvětšení pankreatu bez zánětu v okolí
- **Stupeň C:** edém a peripankreatická inflamace
- **Stupeň D:** C a ojedinělá kolekce tekutiny
- **Stupeň E:** C a dvě nebo více kolekce tekutiny, plyn v pankreatu (ŠEVČÍK et al., 2014).

Při podezření na biliární etiologii akutní pankreatitidy je suverénní metodou ERCP. Vyšetření umožňuje posoudit průchodnost žlučových cest a oblast Vaterovy papily. Má význam nejen diagnostický, ale může též významně přispět k terapii iniciální fáze akutní biliární pankreatitidy odstraněním překážky ve žlučovém stromu. U alkoholické formy nemoci není tento výkon indikován (ČEŠKA et al., 2010).

Prostý snímek břicha a rentgen plic mají vedle ostatních vyšetření také svůj význam. Nativní snímek břicha je důležitý pro potvrzení či vyloučení paralytického ileu, na snímku plic je možné posoudit další komplikace ve smyslu pleurálních výpotků, elevaci pravé poloviny bránice při rozsáhlém infiltrátu v pravém podžebří apod. Rentgenový snímek nemá úlohu diagnostickou, ale pomocnou (SANTHI, 2014).

Laboratorní diagnostika

Typickým nálezem je zvýšení amyláz v krevním séru a v moči. Jedná se o enzymy, které se do krevního oběhu dostávají v abnormálním množství při akutní pankreatidě. Sérová amyláza je nejčastějším používaným markerem v diagnostice, hodnota však neodpovídá tíži postižení. Zvýšení amyláz také není specifické pro akutní pankreatitidu, zvýšené hodnoty má za následek i celá řada dalších příčin, například perforovaný žaludeční vřed, mimoděložní těhotenství, ischemie v oblasti splachnického řečiště (ČEŠKA et al., 2010) .

Vzestup je pozorován v prvních 6-12 hodinách od vzniku obtíží. Pro rozvoj akutní pankreatitidy svědčí, je-li hodnota alespoň trojnásobně zvýšená oproti

fyziologickému rozmezí. Samotné mírné zvýšení amylázy bez doprovodné symptomatologie je nespecifický nález (ŠEVČÍK et al., 2014).

Hodnocení celkové amylázémie není zcela spolehlivé a je lépe stanovit tzv. izoenzymy amylázy. Celková amylázémie je tvořena amylázou produkovanou slinnými žlázami a pankreatickou amylázou. Poměr těchto amyláz je konstantní a jeho změna ve prospěch jedné nebo druhé frakce může diferenciální diagnostiku usnadnit, ale stanovení izoenzymů se dnes diagnosticky nepoužívá. Spolu se zvýšením amyláz krevního séra nacházíme rovněž zvýšení amyláz v moči (KLENER et al., 2006).

Diagnostický význam má současné stanovení sérové lipázy, dalšího enzymu uvolňovaného postižením pankreatem. Její specifita i senzitivita je pro diagnostiku výrazně lepší a dosahuje 85-100%, zejména během prvních tří dnů od vzniku onemocnění. Ke vzestupu dochází 4-8 hodin od vzniku symptomů s vrcholem za 24 hodin.

Mezi další standardní laboratorní vyšetření patří stanovení zánětlivé odpovědi, a to stanovení C reaktivního proteinu jako prognostického markeru. Jeho zvýšení přes 150mg/l za 48 hodin podporuje těžký průběh akutní pankreatitidy. Hodnota odráží stupeň systémové zánětlivé odpovědi, ale nepřináší informaci o bakteriální infekci. Tu nám pomáhá posoudit hodnota prokalcitoninu. Pravidelně je viděna leukocytóza.

Častým nálezem je i zvýšení hematokritu způsobené hemokoncentrací při extravazaci tekutiny do třetího prostoru s hypovolémií.

Metabolické abnormality zahrnují zvýšení renálních testů (urea, kreatinin), poruchy iontogramu. Podstatné je vyšetření kalcia, jehož pokles je závažným prognostickým ukazatelem. Pokles je dán jeho vazbou s mastnými kyselinami při vzniku nekróz tukové tkáně. Dále je nutná pravidelná monitorace kalémie, jejíž hodnota stoupá při těžké formě akutní pankreatitidy s rozvojem ledvinového selhání jako důsledek hypovolemického šoku (SANTHI, 2014).

U 25-75% případů je pozorována hyperglykemie v souvislosti s akutní pankreatitidou. V pokročilém stádiu bývá akutní pankreatitida zdrojem rozsáhlých změn

ve vnitřním prostředí vedoucí k depleci iontů Ca, Na, K, Cl, a Mg, poruch acidobazické rovnováhy, hemokoagulace a laboratorních změn souvisejících s poruchou funkce ledvin a jater.

Při těžkých formách akutního zánětu slinivky břišní s rozsáhlejším poškozením žlázy dochází k poruše sekrece inzulinu, což je příčinou hyperglykémie s glykosurií. Bilirubinémie, alkalická fosfatáza a aminotransferázy často bývají zvýšené. Hodnoty se liší dle etiologie onemocnění (KLENER et al., 2006).

3.5 Klasifikace

Akutní pankreatitida se dělí na dvě základní formy podle morfologických změn.

Edematózní forma

Je nejčastější (80%) a v klinické praxi se projevuje pouze zánětlivým otokem tkáně bez tvorby nekrotů. Poškození pankreatu v této podobě je ve většině případů úplně reverzibilní.

Nekrotizující forma

Je nejzávažnější forma poškození slinivky břišní, naštěstí relativně méně častá s výskytem cca v 10%, často s fatálním koncem. Při této formě dochází k samonatravení žlázy na základě uvolnění pankreatických enzymů a změněné permeability pankreatických vývodů. Důsledkem úniku pankreatické lipázy do mezenteriálního tuku s následnou tvorbou vápenných mýdel vznikají v okolí pankreatu tzv. Balserovy nekrózy. Tato forma onemocnění vyžaduje velmi komplexní terapeutický postup v prostředí jednotky intenzivní péče, je charakterizována multiorgánovým selháním se vznikem lokálních komplikací (KLENER et al., 2006).

3.6 Komplikace

Komplikace akutní pankreatitidy jsou odlišeny na lokální, systémové a orgánové. Většinou jsou spojené s akutní nekrotizující pankreatitidou.

Lokální komplikace

Mezi lokální komplikace patří kolekce tekutiny kolem pankreatu, pankreatické pseudocysty, nekróza či absces pankreatu.

U 15-20% se akutní pankreatitida může rozvinout do těžké nekrotizující formy, která je spojena s rizikem multiorgánového selhání. Pankreatické nekrózy v dalším průběhu kolikují s následným rozvojem pseudocyst v místě nekros. Pseudocysty mohou působit mechanické komplikace útlakem na okolní tkáně a orgány. Obvykle se vyvíjejí čtyři týdny od vzniku onemocnění.

Jestliže se tkáň nekros pankreatu infikuje, vznikají pankreatické abscesy, přičemž rozvoj závažných komplikací a letalita je u infekcí vyšší než u sterilní nekrosy (ŠEVČÍK et al., 2014).

Systémové komplikace

Systémové komplikace akutní pankreatitidy jsou definovány jako exacerbace základních komorbidit, například koronární nemoci, chronické obstrukční plicní nemoci apod.

Orgánové komplikace

Souvisí se zánětlivou odpovědí organismu v návaznosti na akutní poškození pankreatu s vyplavením celé řady zánětlivých buněk, vedoucí k tzv. syndromu systémové zánětlivé odpovědi s možnou rychlou progresí do multiorgánového selhání během prvních 48 hodin od vzniku onemocnění (SANTHI, 2014).

3.7 Průběh

Průběh zánětu slinivky břišní závisí na několika faktorech, na rozsahu nekros, věku pacienta i způsobu léčení. Těžké případy mohou končit fatálně, u lehkých případů po několikadenní bolesti se stav upravuje. U těžkých forem je stále vysoká mortalita, pohybuje se mezi 20 – 45%. Jednoznačný prognostický marker, který by predikoval, jaký průběh bude pankreatitida mít, v současné době neznáme. Z tohoto důvodu byla

vypracována různá prognostická kritéria, která umožňují odhad vývoje postižení (KLENER et al., 2006).

Z predikce tíže vyplývají organizační opatření. Nemocní s lehkou pankreatitidou mohou mít volnější režim a jsou hospitalizováni na standardním oddělení (interním či chirurgickém) jakékoli nemocnice. Naopak nemocní s předpokládanou těžkou pankreatitidou by měli být umístěni v centrech s nepřetržitou dostupností všech diagnostických a terapeutických metod, včetně specializované chirurgie (ŠPIČÁK, 2010).

3.8 Terapie

Konzervativní opatření

Základem pro terapeutická opatření při hospitalizaci pacienta je kontinuální monitorování klinického stavu. Nejdůležitější je tišení bolesti a lačnění pacienta. Z analgetik je vhodný například Tramadol, nedoporučují se morfinové preparáty, protože mohou překrýt rozvíjející se závažnou břišní symptomatologii. K opiátům přistupujeme až v krajních situacích. Také léky se spasmolytickým účinkem je třeba aplikovat s rozvahou pro riziko zhoršení obtíží po podání spasmolytik.

V případech zvracení nebo žaludeční atonie je absolutně indikována nazogastrická sonda na spád a zahájení totální parenterální výživy, jejímž cílem je korekce hypovolémie. Podané množství tekutin činí 6000-8000ml/24h při monitorování pulsu, krevního tlaku a diurézy, která nemá poklesnout pod 30 ml/h.

Ve všech případech těžké pankreatitidy, kdy se stav rychle rozvíjí a je provázen horečkami, je též důležité podání antibiotik. Reakce na uvolněné toxiny z nekrotických mas může způsobovat febrilie, také mohou být způsobeny i sekundární infekcí pankreatických nekrotéz. U těžkých forem akutní pankreatitidy bylo prokázáno, že v průběhu 1 až 3 týdnů dochází ke vzniku infekce v nekrotázách u 30 - 60% pacientů. V žádném případě však neplatí, že osobám, které přichází s obrazem pankreatitidy, se musejí vždy preventivně antibiotika aplikovat. Optimální výběr antibiotik by měl být založen na kultivačních záchytech, nejlépe z odebrané nekrotické pankreatické masy.

Mezi antibiotika se zvláště vysokou penetrační schopností do pankreatické tkáně patří kromě cefalosporinů a chinolonů do určité míry též aminoglykosidy.

Logickým opatřením při znalosti fyziologické stimulace pankreatu je potlačení pankreatické sekrece. Nazogastrická sonda byla v této souvislosti doporučována, avšak neexistují práce, které by prokazovaly významné ovlivnění stavu jejím zavedením.

Další nezbytnou součástí léčby nemocného s akutní pankreatitidou je korekce hyperglykémie inzulinem.

Při akutní biliární pankreatitidě se známkami obstrukce žlučových cest či v koincidenci se zánětem ve žlučových cestách, je vyhrazena endoskopická terapie. Ta spočívá v provedení endoskopické papilosfinkterotomie s následným odstraněním patologického obsahu ze žlučových cest (konkrement). Výkon musí být proveden nejdéle do 48 hodin od vzniku symptomů (KLENER et al., 2006).

Pro správnou léčbu akutní pankreatitidy je nezbytná správně zvolená a sestavená dieta. Dietu je třeba sestavit podle zdravotního stavu nemocného a samozřejmě i s ohledem na jeho stravovací návyky. Po odeznění nejhorších projevů onemocnění a po částečném zklidnění trávicího traktu je možné začít pacienta pomalu rozjídat. Nejdříve přijímá pouze malá množství tekutin po lžičkách, pokud tekutinu toleruje, je možné přejít přes suchary nebo piškoty k samotné pankreatické dietě. Dieta jako taková by měla být bez tuků a výrazného kořenění, měkkí konzistence. Pacient by měl pamatovat na to, že každé sousto je nutné dobře rozžvýkat. Vhodné způsoby úpravy jídel jsou vaření dušením, pečení bez tuku. Příjem tekutin kolem 2 – 3 litrů denně je nedílnou součástí diety (MAREČKOVÁ et al., 2004).

Chirurgická intervence

Při léčbě pankreatického abscesu přichází v úvahu chirurgické řešení. Cílem je odstranění nekrotické tkáně, evakuace a drenáž bakteriálně infikované nekrózy, evakuace pankreatogenního ascitu. Základním pravidlem je odstranění avitální a infikované tkáně s maximálním možným zachováním tkáně vitální či ještě schopné zotavení (KLENER et al., 2006).

3.9 Prognóza

Bez sledování tzv. prognostických kritérií je dnes naprosto nemyslitelná diagnostika a především léčení akutní pankreatitidy. S dost značnou přesností určí další vývoj nemoci, včetně příslušných léčebných opatření. Existuje několik prognostických schémat.

Klasickým prognostickým ukazatelem jsou tzv. Ransonova kritéria (viz. tabulka č. 2). Toto schéma posuzuje při přijetí věk pacienta, leukocytózu, glykémii, LD (laktát dehydrogenázu), AST (asparát aminotransferázu), pokles kalcémie po 48 hodinách od přijetí, PaO₂ (parciální tlak kyslíku), hematokrit, zvýšení urey, deficit bazí, a odhadovou sekvestrací tekutin. Na základě bodového zhodnocení umožňuje odhad tíže onemocnění i mortalitu. Hranice mezi lehkým a těžkým průběhem je 3 a více bodů.

Tabulka 2 Ransonova kritéria

| | |
|---------------------------------|---|
| Při přijetí | věk > 55 let |
| | LD > 5,5 μ kat/l |
| | leukocytóza > $16 \times 10^9/l$ |
| | glykémie > 11,1 mmol/l |
| | AST > 4,2 μ kat/l |
| 48 hodin po přijetí | pokles hematokritu o 10 % |
| | PaO ₂ < 8 kPa |
| | deficit bazí > 4 mmol/l |
| | vzestup urey o 1,7 mmol/l |
| | koncentrace Ca ²⁺ < 2 mmol/l |
| Počet rizikových faktorů | Mortalita |
| 0-2 | < 1% |
| 3-4 | ≈ 15% |
| 5-6 | ≈ 40% |
| >6 | ≈ 100% |

Zdroj: (LUKÁŠ et al., 2007)

Dalším používaným schématem je APACHE II (Acute physiological and chronic health evaluation). Toto skóre se vypočítává po příjmu pacienta na intenzivní péči a informuje o závažnosti celkového stavu a s tím související předpokládané mortalitě. Vyšší skóre znamená těžší onemocnění a vyšší pravděpodobnost úmrtí, udává se v rozmezí 0 – 71. Hodnoceny jsou tyto parametry: střední krevní tlak, teplota, tepová frekvence, dechová frekvence, oxygenace, natrium v séru, arteriální pH, kreatinin v séru, hematokrit, leukocyty, Glasgow Coma Scale, věk, těžká chronická orgánová nedostatečnost nebo snížená obranyschopnost.

Glasgowská kritéria (viz. tabulka č. 3) vychází z Ransonova skóre. Hodnotí 9 kritérií do 48 hodin po přijetí. Špatnou prognózu obvykle znamenají hodnoty větší než 3.

Tabulka 3 Glasgowská kritéria

| | |
|------------------|-----------------------------|
| věk | > 55 let |
| albumin | < 32 g/l |
| PaO ₂ | < 8 kPa |
| Ca ²⁺ | < 2 mmol/l |
| glykémie | > 10 mmol/l (u nediabetiků) |
| LD | > 8,7 µkat/l |
| urea | > 16 mmol/l |
| leukocyty | > 15 x 10 ⁹ /l |
| AST | > 4 µkat/l |

Zdroj: (LAMBERT, 2008)

Jednou z možností k určení tíže a prognózy onemocnění je také CT skórování podle Baltazara (viz. kap. 3.4 Diagnostika).

Mortalita akutní pankreatitidy se pohybuje kolem 5-10%, z toho cca 3% u lehké formy nemoci a 30% u nekrotizující pankreatitidy. U pacientů s nekrotizující pankreatitidou se mortalita liší podle přítomnosti sterilních nekróz (12%), infikovaných nekróz (30%) a multiorgánového selhání (47%). Souhrnná mortalita je však signifikantně nižší u nemocných léčených na specializovaných pracovištích (6 vs. 9%) (SANTHI, 2013).

4 SBĚR OŠETŘOVATESKÝCH INFORMACÍ

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 4 Identifikační údaje pacienta

| | |
|--|--|
| Jméno a příjmení: X. X. | Pohlaví: muž |
| Datum narození: 1956 | Věk: 58 let |
| Adresa bydliště a telefon: Plzeň, xxx | |
| Adresa příbuzných: xxx | |
| RČ: xxx | Číslo pojišťovny: xxx |
| Vzdělání: SOU zámečnick | Zaměstnání: OSVČ v potravinářském průmyslu |
| Stav: rozvedený | Státní příslušnost: ČR |
| Datum přijetí: 17. 11. 2014 | Typ přijetí: akutní |
| Oddělení: Interní oddělení – C | Ošetřující lékař: MUDr. X |

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Bolelo mi břicho po jídle. Bolest mi vystřelovala do zad a mezi lopatky.

Medicínská diagnóza hlavní:

Akutní biliární pankreatitida.

Medicínská diagnóza vedlejší:

Žádná.

4.2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 17. 11. 2014

Tabulka 5 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu

| | |
|---|-----------------------------|
| TK: 135/90 diastolický tlak je vyšší | Výška: 182 cm |
| P: 72´ normální frekvence, pravidelný pulz | Hmotnost: 89 kg |
| D: 14´ eupnoe | BMI: 27 (nadváha) |
| TT: 36,7 °C normotermie | Pohyblivost: v normě |

| | |
|--|--------------------------------|
| Stav vědomí: při vědomí | Orientace: bez problémů |
| Řeč, jazyk: srozumitelná, český | Krevní skupina: xxx |

Nynější onemocnění:

Pacient se s ničím neléčí, neudává ani žádnou alergii.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem, zdravotnický personál, zdravotní dokumentace Interního oddělení C FN Plzeň.

4.3 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: 85 let, zdráva

Otec: zemřel v 76 letech na komplikace KCH operace (náhrada chlopně)

Sourozenci: je jedináček

Děti: dcera - zdráva

Osobní anamnéza

Onemocnění: pacient se na nic neléčí

Úrazy: v roce 1991 si zlomil pravou nohu

Očkování: běžná dětská, tetanus 2012

Pacient pravidelně dodržuje lékařské prohlídky – zubní.

Alergologická anamnéza

Pacient si není vědom žádné alergie.

Abúzy

Alkohol: občas

Kouření: nyní 5 cigaret denně, od mládí 20 cigaret denně, intermitentní pauzy (cca půl roku)

Léky: neguje

Káva: 3 – 4 denně

Jiné drogy: neužívá

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: neudává žádné urologické obtíže

Poslední návštěva u urologa: nedochází k urologovi

Samovyšetření varlat: provádí pravidelně čtyřikrát do roka

Sociální anamnéza

Stav: rozvedený, žije s přítelkyní

Vztahy a role v rodině: bez konfliktů

Bytové podmínky: bydlí v rodinném domě s přítelkyní

Záliby: jízda na kole, čtení knih, když má více času, jezdí na výlety

Pracovní anamnéza

Vzdělání: SOU – truhlář

Pracovní zařazení: OSVČ – potravinářský průmysl

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza

Pacient není věřící

4.4 Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí (17. 11. 2014)

Tabulka 6 Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí

| Wyšetření systému | Subjektivní údaje | Objektivní údaje |
|-------------------|-------------------------------------|---|
| Hlava | Občas trpím na zánět středního ucha | Hlava: bez deformit, nebolestivá Oči: obočí symetrické, víčka bez prosáknutí, oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé ve všech směrech, izokorické (stejně velké, reagují na osvit), skléry jsou bílé Uši, nos: nos přiměřené |

| | | |
|-----------------|--------------|--|
| | | <p>velikosti a tvaru, symetrický, volně průchodný, bez sekrece, uši běžné konfigurace, zevní zvukovod bez výtoku</p> <p>Rty: symetrické, růžové, s ragádami, oschlé</p> <p>Dutina ústní: sliznice dutiny ústní růžová, oschlá, bez zánětlivých změn, dásně růžové, pevné, bez krvácivých projevů, chrup vlastní</p> <p>Jazyk: plazí ve střední čáře, oschlý, bez povlaku, bez známek pokousání</p> <p>Mandle: souměrné, bez zánětlivých změn</p> |
| Krk | Bez problémů | <p>tvar a délka krku přiměřené tělesnému habitu, pohyb volný všemi směry, bez známek opozice šíje, náplň krčních žil nezvětšena; pulzace a. carotis hmatné symetricky, lymfatické uzliny nehmatné; štítná žláza nezvětšena</p> |
| Hrudník a srdce | Bez potíží | <p>Hrudník: symetrický, při dýchání rovnoměrně se rozvíjející, běžné konfigurace; prsy symetrické, volně prohmatné, bez hmatné rezistence, kůže hladká bez vpáčenin a nerovností, dvorec a bradavka bez sekrece</p> |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | | <p>Srdce: srdeční akce je pravidelná</p> <p>Krevní tlak a pulz: TK–135/90 (diastolický tlak je vyšší), P-72' pravidelný, D-14' pravidelné,</p> <p>Cyanóza: není přítomna</p> <p>Kašel: nepřítomen</p> <p>Pacient kouří cigarety (denně 5 cigaret)</p> |
| Břicho | Nyní mě bolí, bolest mi vystřeluje až do zad | <p>nad úrovní hrudníku, podfouklé, souměrného tvaru, dýchá volně, poklep dif. bubínkový, palpačně měkké, bolestivé v epigastriu, peristaltika obleněná, stěna břišní pevná, bez jizev a kýl</p> |
| Končetiny a páteř | Nemám žádný problém, záda mě nikdy neboleli | <p>Postoj: vzpřímený, chůze normální</p> <p>Páteř: volně se rozvíjí, pokleповě nebolestivá, symetrická</p> |
| Kůže, vlasy, nehty | Šedivý mi vlasy, jinak nemám problémy | <p>Kůže: snížený kožní turgor, bez patologických kožních změn</p> <p>Vlasy: bez patologických změn</p> <p>Nehty: na PHK zažloutlé (pacient kouří)</p> |

4.5 Utřídění informací dle domén NANDA I Taxonomie II

Doména 1: Podpora zdraví

Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako narušený protože trpí bolestmi břicha, ale nevidí to jako problém, protože věří lékařům a v uzdravení. Řekl: „Jsem rád, že to není rakovina“. Přesto si nijak nedokáže vysvětlit, jak u něj mohlo dojít k rozvoji akutní pankreatitidy, jeho životospráva prý nebyla nikdy tak špatná, aby z toho onemocněl. Pacient pracuje jako OSVČ v potravinářství, jeho práce ho baví. V práci tráví přibližně deset hodin denně mimo víkendů. Protože se v práci občas dostává do stresových situací, kouří. Z důvodu toho, že mu to pomáhá zvládat stres. Už několikrát se pokoušel přestat, ale vždy vydržel nekouřit maximálně půl roku a potom se ke svému zlovyku opět vrátil. Ve volném čase pacient jezdí na kole a v zimě jezdí na běžkách.

Požítá měřící technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 2: Výživa

Pacient je zvyklý jíst pravidelně čtyřikrát denně. Ráno se nasnídá, na oběd jezdí domů, kde má obvykle uvařený oběd od přítelkyně. Odpoledne si většinou vezme nějaké ovoce, večere má rád studené. Denně vypije asi 2 litry tekutin, převážně slazené nápoje. Tady v nemocnici zatím ještě nejedl, může jen čaj po doušcích, zítra, podle laboratorních výsledků má od lékařky slíbený bujon a kaši.

Použitá měřící technika: BMI (body mass index) 27 (nadváha, nezvyšuje zdravotní rizika)

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 3: Vylučování a výměna plynů

Doma se vyprazdňuje pravidelně, většinou chodí na stolicí dvakrát denně. S močením nemá problém. V nemocnici s tím taky nemá problém, na stolicí už byl a močení bez potíží.

Použitá měřící technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména: 4 Aktivita a odpočinek

V létě pacient jezdí na kole a má rád turistiku. V zimě rád jezdí na běžkách. Velmi mu záleží na volném čase, kterého pacient přes týden moc nemá. Má přiměřeně času na své koníčky, volného času si váží.

Tady v nemocnici se moc nepohybuje, má naordinovaný klidový režim, chodí zatím jen na WC. Co potřebuje, mu přinesou příbuzní. Jinak je pacient soběstačný.

Doma spí pacient většinou sedm hodin. Se spánkem nemá žádné problémy. Chodí spát kolem třiadvacáté hodiny a do práce vstává kolem sedmé ráno. Je takhle zvyklý už dlouho, i o víkendu je to stejné. Když má čas, rád zajde relaxovat do přírody. Tady na oddělení se prospí dostatečně. Rád čte knihy. Říká, že si alespoň odpočine, protože doma by si nedokázal najít volný čas.

Použitá technika: 0

Ošetrovatelský problém: Pacient uvádí změnu denního a spánkového režimu. Spí i přes den, protože se cítí unavený. Udává bolest při prudkém pohybu.

Doména 5: Percepce a kognice

Potřebuje brýle při čtení, jinak vidí dobře. Potíže se sluchem neuvádí. Bez problémů je také vnímání a orientace. Paměť má dobrou, pamatuje si vše, co potřebuje. Jazyk mu také nedělá problém, na základní škole se učil rusky, pár slovíček by si vybavil.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 6: Sebepercepce

Pacient je se sebou spokojený, tvrdí že je zarytý optimista. Má se rád, hodnotí se jako sangvinik. Obklopuje se přáteli, kterým je ochoten pomáhat.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Pacient je rozvedený, žije s přítelkyní v rodinném domě v Plzni. Jsou spolu osm let, uvažuje, že ji požádá o ruku. Občas dojde na menší hádku, vždy se ale usmíří. Jinak žádné problémy v partnerství nemají. Přítelkyně ho navštěvuje každý den.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 8: Sexualita

Pacient má jednu sedmadvacetiletou dceru. Na toto téma jsme se dál s pacientem nebavili.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 9: Zvládání a tolerance zátěže

Stres je pro něj pomalu každodenní rutinou. Myslí, že ho zvládá dobře. Říká, že by jinak nemohl podnikat, kdyby byl pro něj stres překážkou. Teď když je v nemocnici, tak se bojí, jak to bez něj v práci kolega zvládne, i když to určitě zvládne. Odbourat stres mu pomáhá výlet do přírody.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 10: Životní principy

Na svém životě by pacient nic neměnil, je spokojený. Nejvíc ze všeho je hrdý na svoji dceru. Těší se, že bude dědečkem. Jeho dcera je těhotná a brzy bude rodit. Pacient není věřící.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 11: Bezpečnost a ochrana

Pacient má pocit bezpečí a strach nemá. Věří, že vše zvládne a bude se moct brzo vrátit do běžného života. Ví, že bude muset dodržovat určitá lékařská doporučení, ale nebojí se toho.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 12: Komfort

Pacient ví, že si může říct kdykoliv o lék na bolest. Snaží se řešit bolest úlevovou polohou. V tabulkách 15 – 18 můžeme vidět měření bolesti.

Použitá měřicí technika: numerická škála bolesti Melzack - od 0 do 5 (0 – bez bolesti, 5 – nesnesitelná bolest)

Ošetrovatelský problém: Bolest břicha vystřelující do zad, která pacienta omezuje v pohybu. Vznikla následkem akutní pankreatitis. Bolest je o intenzitě 3 (zaokrouhleno – průměr celého dne).

Doména 13: Růst a vývoj

Pacient trpí nadváhou BMI 27. V dětství neměl žádné problémy s vývojem.

Použitá měřicí technika: BMI (body mass index – 27 nadváha)

Ošetrovatelský problém: 0

4.6 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

Laboratorní vyšetření - Biochemické vyšetření, krevní obraz, hemokoagulační vyšetření, moč + sediment

Přístrojové vyšetření – CT, RTG břicha

Výsledky:

Výsledky krve a moče

Tabulka 7 Výsledky biochemického vyšetření krve ve dnech 17. a 20. 11. 2014

| Biochemické vyšetření | Hodnota pacienta 17. 11. | Hodnota pacienta 20. 11. | Jednotka | Referenční hodnota |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| Bilirubin celkový | 11 | 11 | umol/l | 3 – 25 |
| AST | 0,37 | 0,54 | ukat/l | 0 – 0,8 |
| ALT | 0,48 | 0,47 | ukat/l | 0 – 1 |
| GGT (GMT) | 4,78 | 4,39 | ukat/l | 0 – 1,9 |
| ALP | 3,45 | 2,65 | ukat/l | 0,7 – 2,2 |
| AMS | 7,23 | 3,81 | ukat/l | 0 – 1,5 |
| LPS | 3,68 | - | ukat/l | 0,12 – 1 |
| Močovina | 4,3 | 4,3 | mmol/l | 3 – 8 |

| | | | | |
|-------------------|-------------|-----------|--------|-----------|
| Kreatinin | 86 | - | umol/l | 62 – 106 |
| Sodík | 137 | 139 | mmol/l | 137 – 145 |
| Draslík | 4,2 | 4,7 | mmol/l | 3,6 – 4,8 |
| Chloridy | 105 | 105 | mmol/l | 98 – 109 |
| Vápník | 2,13 | - | mmol/l | 2,2 – 2,6 |
| Fosfor | 0,61 | 0,94 | mmol/l | 0,7 – 1,6 |
| Celková bílkovina | 67,7 | - | g/l | 65 – 85 |
| Albumin | 42,3 | - | g/l | 35 - 50 |
| CRP | 75 | 10 | mg/l | 0 - 8 |

V biochemickém vyšetření přítomna elevace obstrukčních enzymů (vzhledem k dynamice poklesu nelze vyloučit pasáž žlučového kamene jako triggeru akutní pankreatitidy), dále elevace AMS a LPS nad trojnásobek horní hranice normy (jasně splňuje laboratorní kritérium pro dg pankreatitidy), dále lehká iontová dysbalance a střední elevace CRP (zde jako projev iritace pankreatu, bez infekčního podkladu).

Tabulka 8 Výsledky hematologického vyšetření krve ve dnech 17. a 20. 11. 2014

| Krevní obraz | Hodnota pacienta 17. 11. | Hodnota pacienta 20.11. | Jednotka | Referenční hodnota |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
| Erytrocyty | 3,85 | 4,68 | 10 ¹² /l | 4 – 5,8 |
| Leukocyty | 8,40 | 6,20 | 10 ⁹ /l | 4 – 5,8 |
| Trombocyty | 223 | 270 | 10 ⁹ /l | 150 - 400 |
| Hemoglobin (HGB) | 118 | 143 | g/l | 135 – 175 |

Vstupně přítomna normocytární normochromní anémie, která v dalším průběhu se spontánní reparací do normálních hodnot. Ostatní parametry krevního obrazu bez patologie.

Tabulka 9 Výsledky hemokoagulačního vyšetření ve dnech 17. a 20. 11. 2014

| Hemokoagulační vyšetření | Hodnota pacienta 17. 11. | Hodnota pacienta 20. 11. | Jednotka | Referenční hodnota |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|--------------------|
| | | | | |

| | | | | |
|-----------------|------|------|---|-----------|
| APTT | 33,9 | 32,2 | s | |
| APTT – R | 1,04 | 0,99 | l | 0,8 – 1,2 |
| Protrombin. Čas | 13,8 | 14,6 | s | |
| PT – R | 1,05 | 1,11 | l | 0,8 – 1,2 |
| INR | 1,1 | 1,1 | l | |

Hodnoty hemokoagulačního vyšetření jsou bez patologického nálezu.

Tabulka 10 Výsledky vyšetření moče ve dnech 17. a 20. 11. 2014

| Moč + sediment | Hodnota pacienta 17. 11. | Hodnota pacienta 20. 11. | Jednotka | Referenční hodnota |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|-----------------------|
| pH | 6,0 | 5,0 | jedn. | 5 – 6,5 |
| Bílkovina | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Glukóza | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Ketolátky | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Krev | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Bilirubin | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Urobilinogen | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Leuko chem. | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Nitrity | 0 | 0 | arb.j. | 0 – 0 |
| Specifická hmotnost | 1,018 | 1,018 | g/ml | 1,01 – 1,03 |

Hodnoty moče a močového sedimentu jsou bez patologického nálezu.

RTG vyšetření:

18. 11. 2014 - Drobná žaludeční bublina pod levou kopulí brániční, bez známek NPB, tenké kličky a tračník bez distenze, bez hladin, nález toho času nemá charakter rozvinutého ileu.

CT vyšetření:

19. 11. 2014 - Akutní edematózní pankreatitida v oblasti kaudy. Steatóza jater.

4.7 Konzervativní léčba

Dieta:

Tabulka 11 Dietní režim pacienta ve dnech 17. – 20. 11. 2014

| Datum | Dieta | Snídaně | Oběd | Večeře |
|---------|---------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|
| 17. 11. | 0S | - | čaj po doušcích | čaj po doušcích |
| 18. 11. | S přísným omezením tuků (dále jen 4S) | přesnídávka, piškoty | mrkvová polévka, hrášková rýže | suchary, meruňkový kompot |
| 19. 11. | 4S | dvakrát med, dvakrát rohlík | rajská polévka, zapečené brambory s mrkví | dvakrát rohlík, dvakrát džem |
| 20. 11. | 4S | přesnídávka, piškoty | zeleninová polévka, brambory se špenátem | suchary, jablečný džus |

Naordinovaný dietní režim pacient toleruje dobře, žádné problémy neudává.

Pohybový režim:

17. – 18. 11. – relativní klid – Režim, při kterém si pacient může dojít na toaletu a může jíst u stolu, jinak dodržuje klidový režim na lůžku, od 19. 11. – bez omezení.

4.8 Medikamentózní léčba

Intravenózní:

Ceftazidim 1g (antibiotikum) i. v. à 8 hod. 6–14-22 hod.

Helicid 1 amp.(40 mg)(antacida) i. v. à 12 hod. 6-18 hod.

Algifen 1 amp. do 100 ml FR (analgetikum) i.v. d.p.

Měření fyziologických funkcí

Tabulka 12 Vitální funkce při příjetí dne 17. 11. 2014

| | |
|---|-------------------------|
| TK – 135/90 diastolický tlak je vyšší | Stav vědomí: při vědomí |
| TT - 36,7 °C normotermie | Váha: 89kg |
| P - 72' normální frekvence, pravidelný pulz | Výška: 182 cm |
| D - 14' eupnoe | BMI: 27 (nadváha) |

Tabulka 13 Vitální funkce ze dne 18. 11. 2014

| |
|---|
| TK – 120/80 normotenze |
| TT – 36,4 °C |
| P - 74' normální frekvence, pravidelný pulz |
| D - 17' eupnoe |

Tabulka 14 Vitální funkce ze dne 19. 11. 2014

| |
|---|
| TK – 120/70 normotenze |
| TT - 36,6 °C normotermie |
| P - 69' normální frekvence, pravidelný pulz |
| D - 18' eupnoe |

Tabulka 15 Vitální funkce ze dne 20. 11. 2014

| | |
|---|-------------------------|
| TK - 120/90 diastolický tlak je vyšší | Stav vědomí: při vědomí |
| TT - 36,7 °C normotermie | Váha: 88kg |
| P - 68' normální frekvence, pravidelný pulz | Výška: 182 cm |
| D - 15' eupnoe | BMI: 27 (nadváha) |

Hodnocení bolesti:

Tabulka 16 Zhodnocení bolesti ze dne 17. 11. 2014 (příjem pacienta)

| Čas a činnost | Lokalizace bolesti | Charakter bolesti | Intenzita bolesti |
|--|--------------------|---|-------------------|
| 14:00 – příjem pacienta | pravé podžebří | „Bolest mi vystřeluje do zad.“ | 5 |
| 14:15 – aplikace Algifenu i.v. (proti bolesti) | | 14:45 – „už je to lepší, po té kapačce“ | 15:00 – 3 |
| | | 16:00 – „konečně si | |

| | | | |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------|
| 16:00 - odpočíval | | můžu zdřímnout“ | 16:00 - 1 |
| 23:00 – „šel jsem na toaletu.“ | Pravé podžebří | Mírná, vystřelující bolest. | 1 – 2 |

Tabulka 17 Zhodnocení bolesti ze dne 18. 11. 2014 (druhý den hospitalizace)

| Čas a činnost | Lokalizace bolesti | Charakter bolesti | Intenzita bolesti |
|--|--------------------|--|-------------------|
| 7:30 – ranní hygiena | Pravé podžebří | „Asi kolikovitá bolest.“ | 2 |
| 10:20 – přivezen z RTG vyšetření | Pravé podžebří | 11:00 – „nemůžu dostat něco proti bolesti, bolí to hodně.“ | 11:00 – 4 – 5 |
| 12:15 – aplikace Algifenu i.v. (proti bolesti) | | 12:30 – „děkuji, cítím se mnohem lépe“ | 12:30 – 2 |
| 16:00 – návštěva rodiny | | 16:00 – „ještě bolest cítím“ | 16:00 - 3 |
| 22:00 – v klidu na lůžku | Pravé podžebří | Normální bolest „Těším se, že budu spát celou noc.“ | 1 - 2 |

Tabulka 18 Zhodnocení bolesti ze dne 19. 11. 2014 (třetí den hospitalizace)

| Čas a činnost | Lokalizace bolesti | Charakter bolesti | Intenzita bolesti |
|--|--------------------|---|-------------------|
| 7:00 – ranní hygiena | Pravé podžebří | „Jsem rád, že už se bolesti zmírnily.“ Normální bolest | 1 - 2 |
| 12:00 – návrat z CT vyšetření | Pravé podžebří | 12:00 – silná, intenzivní bolest | 12:00 – 3 |
| 15:30 – „Četl jsem si.“ (v klidu na lůžku) | | 15:30 – Mírná bolest | 15:30 - 1- 2 |
| 22:05 – před spaním | Pravé podžebří | Pulzující bolest | 3 |

Tabulka 19 Zhodnocení bolesti ze dne 20. 11. 2014 (čtvrtý den hospitalizace)

| Čas a činnost | Lokalizace bolesti | Charakter bolesti | Intenzita bolesti |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| 7:00 – ranní hygiena | Pravé podžebří | Pulzující bolest | 3 |
| 15:00 – pacient byl v klidu, koukal na televizi | Pravé podžebří | Mírná bolest | 1 |

4.9 Uspokojování základních potřeb

Před hospitalizací

Pohyb: v pořádku, pacient se nemusel nijak omezovat

Spánek: žádná hypnotika neužívá, v noci se někdy budí, protože musí na toaletu

Stravování: zvládá sám

Hygiena: bez obtíží, soběstačný

Vyprazdňování: vyprazdňuje se pravidelně a bez obtíží

Během hospitalizace

Pohyb je omezený, jelikož má pacient bolesti. Z počátku dodržuje klid na lůžku, v noci se ale neprobouzí. Žádná hypnotika si nežadá. Hygienu provádí sám, první dva dny se pacient omyl na pokoji u umyvadla. Zbylé dny provádí hygienu v koupelně, o pomoc nežadá. Pacient má od druhého dne dietu číslo 4S (dieta s přísným omezením tuků) nají se sám, jídlo toleruje dobře, bolesti po jídle nepocítuje. Pacient má vlastní chrup, chuť k jídlu je normální. Denní množství vypitých tekutin je asi 1500 – 2000 ml. Vyprazdňování provádí sám na WC, je bez potíží.

Psychický stav

Pacient je ochotný spolupracovat. Veselý a přátelský. Řeč je srozumitelná a dobře si pamatuje. Nejvíce se bojí, že to v práci nebudou bez něj zvládat. Žije s přítelkyní. Jeho zájmy během hospitalizace jsou luštění křížovek, četba, občas jede sledovat televizi, ale obtěžuje ho „dohadování“ ohledně programu s ostatními pacienty.

Posouzení sociálního stavu pacienta

Tabulka 20 Posouzení sociálního stavu

| | | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
|---|---|---|--|
| Komunikace | Verbální | Žádné problémy s mluvením nemám. Cizí jazyk žádný neumím. | Problémy s řečí nemá, mluví pomalu a srozumitelně. Umí se vyjádřit. |
| | Neverbální | | Neverbální komunikace odpovídá verbální komunikaci. |
| Informovanost | O Onemocnění | Jsem srozuměný onemocněním a vím, jak se bude postupovat dál. | Pacient má dostatek informací, žádné dotazy už nemá. |
| | O délce a důvodu hospitalizace | Vím, že tu budu, dokud se to nezahojí. Jsem informovaný. | Souhlasí s návrhy lékaře. |
| Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací, a změnou životního stylu v průběhu nemoci | Primární (role související s věkem a pohlavím) | Muž 58 let, jedno dítě. | Svůj život by neměnil, je spokojený. |
| | Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi) | Partner, otec, kamarád. | Pracující muž. Partnerka i dcera ho navštěvují. |
| | Terciální (související s volným časem a zálibami) | Luštění je moje záliba. | Ve volných chvílích luští křížovky, nebo si čte. Zvládá roli pacienta dobře. |

4.10 Situační analýza ke dni 17. 11. 2014

Dne 17. 11. 2014 v 13:30, byl přivezen na interní centrální příjem muž 57 let rychlou záchrannou službou, jako plánovaný překlad z Klatovské nemocnice s diagnózou akutní pankreatitis.

V 14:00 byl přijat na interní oddělení, pacient zcela při vědomí. Bylo mu provedeno základní laboratorní vyšetření krve a moče, které poukazovalo na příjmovou diagnózu akutní pankreatitis. Zaveden PŽK pro i.v. terapii. Naordinována analgoterapie ve formě analgetik, antibiotická terapie a relativní klid na lůžku. Pacient popíjí čaj po doušcích, toleruje dobře. Udává bolesti při pohybu, z tohoto důvodu si hledá úlevovou polohu a snaží se být v klidu. Po podání analgetik nastává úleva od bolesti, před spaním byl bez bolestí, další bolest se objevila ve 23:00, bolest zvládnul bez analgetik, do rána byl bez bolestí a spal.

5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Přehled stanovených ošetřovatelských diagnóz

(pořadí odpovídá prioritám pacienta)

- 1 Akutní bolest – 00132
- 2 Nespavost – 00095
- 3 Narušený vzorec spánku – 00198
- 4 Riziko infekce – 00004

5.1 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Plán péče u vybraných ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest – 00132

Doména 12: komfort

Třída 1: tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: pozorované známky bolesti

Související faktory: průvodci zraněním (zánět slinivky břišní)

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zmírnění bolesti pacienta do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Do 7 dnů bolest zcela pomine.

Výsledná kritéria:

1. Pacient je poučen o příčinách bolesti – do 1,5 hodiny.
2. Pacient je schopen sledovat a zaznamenávat bolest dle stupnice bolesti – do 1 hodiny.
3. Pacient je seznámen s možností úlevové polohy a používá pomůcky k tomu určené – do 4 hodin.
4. Pacient zaznamenává zmírnění bolesti – do 3. Dne.

Intervence 17. 11. 2014:

1. Posuď bolest spolu s pacientem, mluv o bolesti, sleduj neverbální projev – průběžně (sestra).
2. Zaměř se na lokalizaci, charakter, nástup, intenzitu a frekvenci bolesti – průběžně (sestra).
3. Intenzitu znázorni na stupnici 0 – 5 – každých 5 hodin (sestra).
4. O všech změnách informuj lékaře a zapiš do sesterské dokumentace (sestra).
5. Posuď možnost ovlivnitelnosti bolesti, doporuč pacientovi úlevovou polohu a používání pomůcek k tomu určených – do 1 hodiny (sestra).
6. Podávej analgetika dle ordinace lékaře (sestra).
7. Kontroluj žádoucí a nežádoucí účinky podávaných léků – průběžně (sestra).

Realizace:

Povídali jsme s pacientem o bolesti a pozorovali jsme neverbální projevy. Zapisovali jsme do ošetrovatelské dokumentace stupně bolesti, které jsme spolu sledovali. Lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti jsme hodnotili společně. Zaujímání úlevové polohy, bylo pacientovi doporučeno.

Zhodnocení 20. 11. 2014:

Splněn byl krátkodobý cíl. Pacient pocítuje zlepšení bolesti během dne, dlouhodobý cíl ale stále trvá. Při neopatrném pohybu udává stupeň bolesti 3.

Tabulka 21 Hodnocení bolesti během hospitalizace

Stupnice 0 – 5 (5 = bolest nesnesitelná)

| | | | | |
|------------------|--|---|--|---|
| Hodnocení | Den přijetí na interní odd. 17. 11. 2014 | 18. 11. 2014 | 19. 11. 2014 | 20. 11. 2014 |
| Stupeň | 3 (zaokrouhleno – průměr celého dne) | 3 (zaokrouhleno – průměr celého dne) | 2 (zaokrouhleno – průměr celého dne) | 2 (zaokrouhleno – průměr celého dne) |
| Charakter | Mírná, vystřelující bolest v pravém podžebří | Silná, kolikovitá bolest pravého podžebří | Intenzivní, pulzující bolest v pravém podžebří | Mírná, pulzující bolest. |

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Narušený vzorec spánku – 00198

Doména 4: aktivita/odpočinek

Třída 1: spánek/odpočinek

Definice: časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky: změna normálního vzorce spánku, nespokojenost se spánkem

Související faktory: přerušení z důvodu léčby, nedostatek soukromí při spánku

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Pacient se aklimatizuje na nemocniční prostředí, zlepši pocit celkové pohody a odpočatosti do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient se cítí odpočínutý a spí nepřerušeně dle svých zvyklostí do 6 dnů.

Výsledná kritéria:

1. Pacient zná důvody, které zapříčiňují poruchu spánku – do 4 hodin.
2. Pacient ví, že když chce večer usnout, neměl by spát přes den – do 2 hodin.
3. Pacient je seznámen s návyky, které podporují dobré usínání – do 2 hodin.
4. Pacient ví, že pro navození dobrého usínání je vhodné mít vyvětranou místnost a upravené lůžko – do 2 hodin.

Intervence 17. 11. 2014:

1. Zjistí příčiny, které způsobují poruchu spánku – do 1 dne (sestra).
2. Omez rušivé podněty před spaním, zajisti klid na oddělení – denně (sestra).
3. Přizpůsob a uprav pacientovi lůžko před spaním – denně (sestra, ošetřovatelka).
4. Vyvětrej před spaním pokoj – denně (sestra, ošetřovatelka).
5. Nevyrušuj zbytečně spánek pacienta v době nočního klidu – denně (sestra, ošetřovatelka).
6. Edukuj pacienta o návycích podporujících usínání, např. četba – do 3 hodin (sestra).
7. Podej dle ordinace lékaře léky na spaní (sestra).
8. Kontroluj žádoucí a nežádoucí účinky podávaných léků – průběžně (sestra).

Realizace:

S pacientem jsme hovořili o návycích podporující dobré usínání. Lůžku měla upravené, bylo vyvětráno.

Zhodnocení 20. 11. 2014:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient je spokojený se všemi opatřeními a cítí se odpočatý. Dlouhodobý cíl nadále trvá.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3**Strach – 00148**

Doména 9: zvládání tolerance/zátěže

Třída 2: reakce na zvládání zátěže

Definice: reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky: uvádí obavy

Související faktory: přirozené (bolest)

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient má snížený pocit strachu do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient je v duševní a psychické pohodě do 7 dnů.

Výsledná kritéria:

1. Pacient je schopen rozpoznat objekt strachu a diskutovat o něm – do 2 dnů.

2. Pacient umí využívat psychické podpory své rodiny a také zdravotnického personálu – vždy.
3. Pacient je dostatečně informovaný o průběhu léčby – každý den.

Intervence 17. 11. 2014

1. Najdi u pacienta zdroj strachu – do 1 dne (sestra).
2. Pozoruj u pacienta projevy strachu, informuj lékaře o změnách psychiky – do 1 dne (sestra).
3. Naslouchej pacientovi, a povzbuzuj ho – vždy (sestra).
4. Dostatečně pacienta informuj, dávej prostor pro možné dotazy - do 1 dne (sestra).
5. Zvol vhodnou relaxaci a nauč pacienta relaxační techniky – do 1 dne (sestra).
6. Zapoj rodinu do různých aktivit pro odbourávání strachu – do 1 dne (sestra).

Realizace:

Řešili jsme s pacientem jeho strach, má strach, že bolesti neustoupí. Pacient byl poučen o možných technikách, jak bolest zvládat. Pacient se uklidnil, když zjistil, že si může kdykoli říct o „něco“ na bolest. Vždy se nám podařilo bolest zvládnout.

Zhodnocení 20. 11. 2014

Krátkodobý cíl, byl splněn. Pacient hodnotí pozitivně doporučená opatření (úlevová poloha), udává, že již nemá takové obavy jako na začátku hospitalizace. Dlouhodobý cíl nadále trvá.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Riziko infekce – 00004

Doména 11: bezpečnost/ochrana

Třída 1: infekce

Definice: zvýšené riziko napadení patogenními organismy

Rizikové faktory: nedostatečná primární obrana - porušená kůže (i.v. katetrizace)

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Pacient zná principy péče o periferní žilní katetr a možné komplikace do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce do 4 dnů.

Výsledná kritéria:

1. Pacient zná možné projevy a komplikace infekce – do 3 hodin.
2. Pacient má sterilně kryté místo vpichu – vždy.
3. Pacient nemá zvýšenou tělesnou teplotu – denně.

Intervence 17. 11. 2014:

1. Kontroluj okolí místa vpichu a okolní tkáň – denně (sestra).
2. Informuj pacienta o příznacích infekce – bolest, zarudnutí, zvýšená teplota – do 1 hodiny (sestra).
3. Vysvětli pacientovy péči o periferní žilní katetr – netahat si za „hadičku“, nesundávat krytí – do 1 hodiny (sestra)
4. Postupuj při výměně periferního žilního katetru asepticky – vždy (sestra).
5. Seběmenší známky zánětu řekni lékaři – ihned (sestra).

Realizace:

Pacient byl poučen o projevech infekce a zásadách péče. Výměna katetru proběhla vždy včas, postupovali jsme asepticky a dodržovali zásady. Kontrolovali jsme a zapisovali denně TT.

Zhodnocení 20. 11. 2014

Jak krátkodobý, tak dlouhodobý cíl byl splněn. Místo a okolí vpichu jsou bez infekce.

5.1.1 Celkové zhodnocení péče

Stav pacienta se během hospitalizace na interním oddělení výrazně zlepšil na základě lékařské a ošetrovatelské péče. Pacient byl přijat s akutní pankreatitis, tedy s onemocněním, které se nedalo zvládnout ambulantní léčbou. Ihned na počátku hospitalizace jsme si stanovily ošetrovatelské diagnózy, které jsme realizovaly za pomoci intervencí a následně jsme mohly provést hodnocení.

Pacient přišel jako prvozáchyt pankreatitidy, při přijetí měl velké bolesti, na číselné stupnici 0 – 5 udával stupeň 5. Podaná analgetika měla dobrý efekt a bolest během hospitalizace mizela. Pacient bolest zvládal dobře, byl pozitivně psychicky naladěný, i pro to, že viděl, že léčba je efektivní a jeho stav se den ode dne zlepšuje.

Pacient se během hospitalizace řídil pokyny lékařů i ošetrovatelského personálu což byla jeden z hlavních faktorů ovlivňujících bezproblémový a nekomplikovaný průběh léčby.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě osobních zkušeností z dvouletého působení na interním oddělení, kde se s pacienty s akutní pankreatidou můžeme setkat prakticky denně, a při možnosti realizace ošetrovatelské péče u pacientů se zmíněným onemocněním, tak i díky studiu odborné literatury zabývající se tímto tématem, jsme si dovolili sestavit několik rad pro pacienty, zdravotníky a také rodinné příslušníky.

Doporučení pro pacienta

Dbát všech rad lékařského a ošetrovatelského personálu. Vyvarovat se dietních chyb jako je konzumace tučných, smažených a kořeněných jídel, vyhnout se nadýmavým potravinám a samozřejmě konzumaci alkoholu.

Doporučení pro zdravotnický personál

Pro každého nemocného je třeba volit individuální přístup s ohledem na jeho biopsychosociální potřeby. Je nutné mít s pacientem trpělivost. Naslouchat mu. Pacienta musím průběžně edukovat o jeho léčbě a případných změnách. Důležitá je zpětná vazba od pacienta.

Doporučení pro veřejnost

Je nutné edukovat rodinu pacienta o úskalích akutní pankreatitidy, zejména o dietních omezeních, abychom předešli případné recidivě onemocnění. Pacientovi blízcí se z jeho stavu mohou poučit, jaké může mít následky špatný životní styl a že je dobré toto onemocnění nepodceňovat a včas vyhledat lékařskou péči.

ZÁVĚR

Přístup personálu i síla většiny pacientů bojovat se svým osudem na 1. Interní klinice Fakultní nemocnice Plzeň se nám velice líbila a byla v mnoho směrech přínosem.

Bakalářská práce je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacienta s akutní pankreatitis. Akutní pankreatitida je závažné onemocnění, které v poslední době postihuje stále širší spektrum pacientů. Pacient, o kterého jsme se starali, měl akutní biliární pankreatitis, na naordinovanou léčbu zareagoval velmi dobře a proto nebylo pro pacienta tak složité vrátit se zpět do běžného života a k běžným činnostem.

Celkový stav pacienta při přijetí byl dobrý, krevní vyšetření potvrzují akutní pankreatitis. Pacient se snažil po celou dobu hospitalizace být co nejvíce soběstačný. Snažil se dodržovat a dbát všech rad lékařů a zdravotnického personálu, tím hodně přispěl ke svému uzdravení.

Myslíme si, že i když pacient bude muset nadále dodržovat jistá opatření, bude moci vykonávat běžné činnosti.

Cílem bakalářské práce bylo, přiblížení problematiky onemocnění akutní pankreatitidou, její léčbu, ošetrovatelský plán a ošetrovatelské intervence. Bylo získáno mnoho teoretických i praktických poznatků o akutní pankreatitis, které bychom v budoucnu dále mohli rozšířit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEŠKA, R. et. al. 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.

DYLEVSKÝ, I., et. al. 2000. *Funkční anatomie člověka*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-681-1.

GANONG, W., F. 2005. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-311-7.

GÜRLICH, Robert, Pavel MARUNA a Julius ŠPIČÁK. 2006, roč. 145, č. 6. *Predikce a monitorace těžké akutní pankreatitidy, Prediction and monitoring of severe acute pancreatitis*. Časopis lékařů českých. ISSN 0008-7335.

HEATHER HERDMAN, T., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy – definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

HOLUBOVÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.

HŘIB, R., HAKL, M.. Akutní bolest. *Remedia*. [online]. [2005] [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Anesteziologie-a-intenzivni-pece/Akutni-bolest/8-R-aX.magarticle.aspx>

KLENER, P. et. al. 2006. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-430-X.

KOUKALOVÁ, M.. Hodnocení rizika pádu. *Zápisky zdravotní sestřičky*. [online]. 2011. [17.3.2014]. Dostupné z: http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAREČKOVÁ, Olga, Eva PATLEJCHOVÁ a Markéta HOVORKOVÁ, 2003. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-412-8.

NEČAS, E., 2006. *Patologická fyziologie orgánových systémů 2*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0674-7.

SANTHI, S., V. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. *UpToDate*. [online]. 23.4.2014a [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?source=search_result&search=acute+pancreatitis&selectedTitle=2~150

SANTHI, S., V. Etiology of acute pancreatitis. *UpToDate*. [online]. 30.7.2014b [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?source=search_result&search=acute+pancreatitis&selectedTitle=2~150

SILBERNAGL, S., LANG, F, 2001. *Atlas patofyziologie člověka*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-968-3.

ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠPIČÁK, J., 2005. *Akutní pankreatitida*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0942-2.

ŠPIČÁK, J. Léčba akutní pankreatitidy. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. 31.5.2010 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-akutni-pankreatitidy-452141>

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2006. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-105-0.

ZAZULA, R., WOHL, P. Akutní pankreatitida. *Medicína pro praxi*. [online]. 04/2005 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2005/04/03.pdf>

PŘÍLOHY

| | |
|--|-----|
| Příloha A: Hodnocení rizika pádu | II |
| Příloha B: Léčba bolesti | III |
| Příloha C: Pravidla diety při onemocnění slinivky břišní | IV |
| Příloha D: Čestné prohlášení | V |

PŘÍLOHA A

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

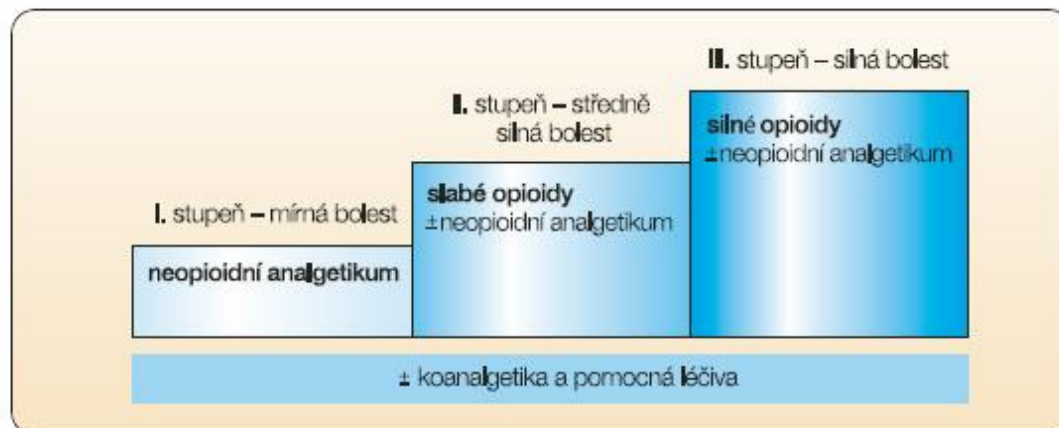
| | | | |
|---------------------------------|---|----------------------------|---|
| Pohyb | neomezený | 0 | |
| | používá pomůcky | 1 | |
| | potřebuje pomoc k pohybu | 1 | |
| | neschopen přesunu | 1 | |
| Vyprazdňování | nevyžaduje pomoc | 0 | |
| | nykturie / inkontinence | 1 | |
| | vyžaduje pomoc | 1 | |
| Medikace | neužívá rizikové léky | 0 | |
| | užívá následující léky: <i>diuretika, antiepileptika,</i> <i>antiparkinsonika,</i> <i>antihypertenziva,</i> <i>psychotropní látky,</i> <i>benzodiazepiny</i> | 1 | |
| | Smyslové poruchy | žádné | 0 |
| | | vizuální, smyslový deficit | 1 |
| | Mentální status | orientován | 0 |
| občasná noční dezorientace | | 1 | |
| dřívější dezorientace / demence | | 1 | |
| Věk | 18 až 75 let | 0 | |
| | nad 75 let | 1 | |
| Pád v anamnéze | ano | 1 | |
| | ne | 0 | |

Vyhodnocení: skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: KOUKALOVÁ, 2011

PŘÍLOHA B

LÉČBA BOLESTI



Graf 1 Analgetický žebříček WHO

Zdroj: HŘIB, R., HAKL, M., 2005

PŘÍLOHA C

PRAVIDLA DIETY PŘI ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY BŘIŠNÍ

- Jídlo se podává v menších porcích, které jsou podávány během dne.
- Nové druhy pokrmů zařazujeme vždy v průběhu dne a nikoliv večer.
- Absolutní zákaz konzumace alkoholu.
- Nevyhovující je čerstvé pečivo a kynutá těsta, je nutno vyloučit je z jídelníčku.
- Nevhodné jsou všechny druhy semen a ořechů a nedoporučuje se i ovoce, které drobná semena obsahuje (kiwi, meloun, hroznové víno, rybíz, jahody, borůvky, angrešt, apod.).
- Z jídelníčku zcela vynechat tučná a nakládaná masa a snažíme se snížit užívání uzenin.
- Nad 45% tuku zákaz tučných mléčných výrobků.
- Pacient by se měl vyhýbat nápojů sycených oxidem uhličitým a kávě. Tyto nápoje
- mohou výrazně zhoršit onemocnění.
- Nevhodná jsou koření jako pálivá paprika, pepř, chilli, masox, ocet či hořčice.
- Není vhodná konzumace zeleniny jako je kapusta, houby, zelí, květák, papriku, česnek,
- syrovou cibuli a sterilizovanou zeleninu.
- Pokrmy je nutné připravovat na menším množství tuku.

Zdroj: HOLUBOVÁ, et al., 2013.

PŘÍLOHA D

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

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

V Praze dne.....

Jméno a příjmení studenta

.....