

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
INZULINOMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA EIGLOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
INZULINOMEM**

Bakalářská práce

HANA EIGLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2017



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

Eiglová Hana
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 5. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces o pacienta s inzulinomem

Nursing Proces in Patient with Insulinoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Karolině Moravcové za její ochotu, pomoc a schopnost vystihnout vhodnou podporu při psaní mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

EIGLOVÁ, Hana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s inzulinomem*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2017. 65 stran

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces o pacienta s inzulinomem. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. V prvních kapitolách je popsána obecná teorie o pankreatu - fyziologie slinivky břišní, histologie. Zmínka je o neuroendokrinních nádorech. Následuje popis a definice inzulinomu jeho epidemiologie, etiologie a typické projevy. Další kapitola je věnována diagnostice, nejnovějším zobrazovacím technikám a léčbě.

Praktická část bakalářské práce je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta/klienta s inzulinomem. Zde je uveden konkrétní příklad pacienta s inzulinomem. Ošetrovatelská anamnéza je zhotovena dle ošetrovatelské dokumentace Majory Gordon. Všechny objektivní poznatky a problémy pacienta jsou zpracovány do aktuálních a potencionálních diagnóz a to dle Nanda taxonomie II 2015-2017. U těchto diagnóz je stanoven cíl, dále plán ošetrovatelských intervencí následně jejich realizace. Na závěr je vyhodnoceno, zda byl ošetrovatelský cíl splněn či nesplněn.

Klíčová slova

Inzulinom. Pankreas. Pacient. Ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelský proces. Neuroendokrinní nádor.

ABSTRACT

EIGLOVÁ, Hana; The nursing process in patient with insulinoma; Medical College of Nursing; Degree: Bachelor (BS.); Thesis Supervisor: DPhil. Karolína Moravcová; Prague. 2017. 65 pages.

This thesis deals with the nursing process in a patient suffering from insulinoma. It consists of two sections- one covering theory and one outlining practical issues. The first chapters describe the theoretical aspects of the pancreas- its physiology and histology and also include an overview of neuroendocrine tumours. This is followed by a description and definition of insulinoma, its epidemiology, aetiology and typical manifestations. The next chapter discusses diagnostic methods, the latest imaging techniques and treatment.

The practical section of this thesis discusses the nursing process in a patient/client suffering from an insulinoma. It includes the concrete example of a patient suffering from this disease. The nursing history has been drawn up based on the Marjory Gordon functional health patterns. All objective findings and the patient's complaints have been processed into current and potential diagnoses according to the Nanda taxonomy II 2015-2017. In these diagnoses, the goal, the plan of nursing interventions and their subsequent implementation are drawn up. The conclusion then discusses whether the nursing goal has been met or not.

Key words:

Insulinoma; Pancreas; Patient; Nursing Diagnosis; Nursing Process; Neuroendocrine tumour

OBSAH

OBSAH	6
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	9
SEZNAM TABULEK.....	10
ÚVOD	13
1 INZULINOM PANKREATU	14
1.1 FYZIOLOGIE PANKREATU.....	14
1.2 NÁDORY.....	15
1.2.1 NEUROENDOKRINNÍ NÁDORY	17
1.2.2 NEUROENDOKRINNÍ NÁDORY PANKREATU	19
1.3 KLINICKÉ SYMPTOMY	20
1.3.1 HYPOGLYKEMIE.....	21
1.3.2 HYPERINSULINISMUS.....	22
1.4 WERMERŮV SYNDROM – SYNDROM MNOHOČETNÉ ENDOKRINNÍ NEOPLAZIE	23
1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY A DIAGNOSTIKA	24
1.6 LÉČBA.....	27
1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	27
1.6.2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA.....	27
2 OŠTEŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S INZULINOMEM	29
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	29
2.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ 9.9. 2016	30
2.3 ANAMNÉZA	31
2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÉ SESTROU PŘI PŘIJETÍ.....	34
2.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	36
2.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	47

2.7	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10.9.2016.....	49
2.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT ZE DNE 10.9.2016	50
2.8.1	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 1	51
2.8.2	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2	54
2.8.3	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3	56
2.9	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ.....	58
3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	Centrální nervový systém
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiogram
G1-4	Diferenciované nádory
IGF2	Variabilita DNA genu
MEN	Mnohočetná endokrinní neoplazie
MR	Magnetická rezonance
NET	European Neuroendocrine Tumor Society
PICC	Periferní intravenózní katétr
WHO	Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenom	nádor složený ze žlázového epitelu
Antihypertenziva	farmaka pro snížení tlaku
Glykemie	koncentrace glukózy v krvi
Grading	určení stupně diferencovanosti nádoru
Grand mal	velký epileptický záchvat
Intravenózní	žilní vstup nebo zavedení
Intralobulární	uvnitř lalůčku
Metastázy	druhotné ložisko nádorových buněk
Neuroglykopenie	nedostatek sacharidů v nervovém systému
Osteopenie	onemocnění kostí, předstupeň osteoporózy
Pluripotentní	kmenová buňka schopna dělení do mnoha různých typů buněk
Resekce	odstranění části nebo celého orgánu
Staging	určení rozsahu nádoru
Secernovat	vylučovat
Sarkom	zhoubný nádor pojivové tkáně
Typing	určení typu nádoru
Vazoaktivní	lék působící zúžení nebo rozšíření cévy

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 - IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	29
TABULKA 2 - VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ.....	30
TABULKA 3 - FARMAKOLOGICKÁ MEDIKACE.....	31
TABULKA 4 - FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÉ SESTROU PŘI PŘIJETÍ 9.9.2016.....	34
TABULKA 5 - POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 11.9. 2016 PODLE MODELU FUNKČNÍHO ZDRAVÍ MAJORY GORDON.....	36
TABULKA 6 - AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	44
TABULKA 7 - MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	48

ÚVOD

Inzulinom slinivky břišní je méně řešené a vyskytující se téma. Jde o vzácný endokrinní nádor se specifickými projevy. Příčiny vzniku inzulinomu většinou nejsou známy. Dochází k němu například v závislosti na MEN syndromu.

Incidence inzulinomu se uvádí 0,1–0,4 případů na 100 000 obyvatel za rok. Z neuroendokrinních tumorů pankreatu se vyskytuje nejčastěji (50 %), přitom častěji postihuje ženy (60–70 %). Až 90 % těchto nádorů je benigních, jsou lokalizované v pankreatu se stejnou distribucí i v oblasti hlavy, těla i ocasu pankreatu. Většinou (více než 80–90 %) jde o dobře opouzdržené malé nádory velikosti 1–3 cm, které vznikají spontánně. Klinicky významné nádory (nejčastější adenomy) mají v čase diagnózy průměr 10–20 mm. Našli se i tumory velikosti 150 mm nebo také velmi malé velikosti cca 5 mm.

Cílem teoretické části je přiblížit tuto problematiku veřejnosti. Zároveň souhrn poznatků a faktů může působit jako přehledný zdroj informací o tomto vzácném typu nádoru.

Cílem praktické části je představit problematiku a léčebné postupy v ošetrovatelském procesu pacienta s inzulinomem. Dále to může posloužit všeobecným sestřám při zájmu a rozšíření specifík ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

1 INZULINOM PANKREATU

Pankreatické endokrinní tumory vznikají z plně diferencovaných endokrinních buněk anebo pluripotentní buňky, která je schopná se diferencovat do různých endokrinních buněčných typů (MOUREK, 2012).

Inzulinom je nádor z B-buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu, který produkuje inzulin, proinzulin a C peptid. Bývá doprovázen hypoglykemiemi (glykemie nižší než 2,5 mmol/l). Na rozdíl od ostatních neuroendokrinních tumorů bývá obvykle benigní. Následkem typických pestrých klinických projevů inzulinomu se stává neuroglykopenie. Pokud klesá koncentrace glukózy v plazmě, tak se aktivují postupně kontraregulační hormony, z nichž prvním je glukagon. Hodnoty glykemie jsou kolem 3,6-3,8 mmol/l. Další pokles na hodnoty mezi 3,2-3,7 mmol/l obvykle způsobí reakci katecholaminů, jejichž aktivace je provázena zřetelnými klinickými příznaky (neklid, úzkost, třes, palpitace, pocení aj.). Při poklesu glykemie pod 3,0 mmol/l dochází ke snížení dostupnosti glukózy pro nervové buňky, k poklesu koncentrace glukózy uvnitř jejich cytoplazmy, a to vede k neuroglykopenii (MOUREK, 2012).

1.1 FYZIOLOGIE PANKREATU

Slinivka břišní (pankreas) je orgán trávicí soustavy, který se nachází za žaludkem. Konkrétně svým protáhlým tvarem je uložena na zadní stěně břišní od duodena doleva ke slezině. Pro život je zcela nezbytný. Skládá se ze tří částí hlava (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda). Hlava je největší částí pankreatu. Je částečně spojen s dvanáctníkem. Do něj ústí velký a malý vývod pankreatu. Tělo dosahuje až k levé ledvině. Ocas směřuje ke slezině (MOUREK, 2012).

Pankreas je žláza s vnitřní (endokrinní) a vnější (exokrinní) sekrecí. Hlavní funkcí exokrinní složky je produkce pankreatické šťávy. Systémem vývodů je odváděna do dvanáctníku. Setkávají se s tráveninou ze žaludku. Součástí pankreatické šťávy jsou ionty HCO_3^- , které určují zásaditý charakter a neutralizují tráveninu. Zároveň chrání sliznice před působením žaludečních kyselin. Sekrece a tvorba

pankreatická šťáva je řízena autonomně a hormonálně. Mikroskopicky se tato část pankreatu dělí na laloky a lalůčky. Ty jsou od sebe odděleny vazivovými přepážkami, ve kterých se nachází vývody, cévy a autonomní nervy. Lalůčky se skládají z acinů. Dále z rozvětvených vývodů vystlané plochým nebo kubickým epitelem. Spojují se do intra a interlobulárních vývodů a následně do hlavního vývodu ductus pancreaticus, Tím je pankreatická šťáva odváděna do tenkého střeva (MOUREK,2012).

Endokrinní žláza tvoří asi 2 % z celku pankreatu. Obsahuje 4 buněčné typy A-buňky, B-buňky, D-buňky, F-buňky (neboli PP-buňky). Tyto buňky jsou uspořádány do Langerhansových ostrůvků. Každý typ buňky produkuje určitý hormon. A-buňky (α -buňky) uvolňují glukagon. B-buňky (β -buňky) tvoří insulin a amylin. C-buňky (γ -buňky) produkují somatostatin. F-buňky (PP-buňky) secernují pankreatický polypeptid. Insulin jako jediný hormon snižuje hladinu glukózy v krvi (glykemii) a je schopen umožnit její další využití. Receptory pro tento hormon se nachází v játrech, svalové a tukové tkáni. Je to anabolický hormon. Jeho funkce spočívá v umožnění vstupu glukózy, aminokyselin a draslíku do těchto buněk. Následně stimuluje proteosyntézu a tvorbu glykogenu. V posledním kroku tvorbu tuků. Pokud hodnota glykemie stoupne nad 5,5 mmol/l, dojde ke stimulaci beta-buněk k sekreci inzulinu. Inzulínom způsobuje nadměrnou tvorbu inzulinu, což vede ke snížení glukózy v krvi k tzv. hypoglykemii. Nekontrolovatelná sekrece inzulinu, jako jeden z dalších projevů, může poukazovat na výskyt určitého typu endokrinního nádoru. V alfa-buňkách se tvoří glukagon, kdy při hypoglykemii dochází k jeho sekreci. Jeho hlavní glykogenolytický účinek spočívá v uvolnění enzymů, které štěpí jaterní glykogen na glukózu. Následně se glukóza uvolňuje do krve a hladina glykemie se normalizuje. Glukagon tak zajišťuje energetický přísun jak glukózy, tak i mastných kyselin (MOUREK, 2012).

1.2 NÁDORY

Jedná se o samovolný autonomní nekontrolovatelný růst buněk. Za normálních okolností jsou buňky schopny svou mutaci ovlivnit nebo rozložit. Některé bujení může být neškodné, některé naopak ohrožující na životě. Nádor může vzniknout v jakékoliv tkáni organismu. Nejčastějším místem jsou dýchací a trávicí soustava. Buňky mohou být stimulovány hormony, potom je výskyt například na vaječníku, prostatě nebo jsou

zasazeny prsy. Charakteristické rysy buněk vypadají následovně. Mají schopnost růst bez růstového faktoru. Neschopné většinou odpovídat na různé přístupy pro ukončení bujení. Schopné zásobovat nádor. Šíří se do vzdálenějších tkání. Neomezeně se dokáží dělit. Nereagují na vlastní imunitní systém. Vlastností nádorových buněk je mnoho (ČEŠKA 2015).

Rizikovými faktory přispívání ke vzniku a bujení nádorů bývá mnoho. Na prvním místě vliv prostředí a životního stylu. Příkladem může být obezita a nedostatek pohybu. Tyto faktory bývají součástí příčiny rakoviny tlustého střeva, slinivky břišní, ledvin, prsu a dalších. Mezi další rizikové faktory patří alkohol, kouření. Do skupin vnitřních rizikových faktorů můžeme zařadit genetiku nebo chronickou pankreatitidu. Konkrétním onemocněním diabetem mellitem II. typu zvýšíme pravděpodobnost vzniku nádoru dvojnásobně. Vliv má také věk jedince. Inzulinom pankreatu se vyskytuje u osob většinou nad 60 let. Častěji postihuje ženy (VORLÍČEK, 2006).

Nádory můžeme rozdělit podle několika hledisek. Podle typu tkáně, ze které vycházejí.

1. **Nádory mezenchymální** (z pojivové a krvetvorné tkáně) – nádory z tukové tkáně, z řídkého vaziva, z cév, z hladké nebo příčné svaloviny, z chrupavky, z kostní tkáně, z krvetvorné tkáně
2. **Nádory epitelové** (epitelové nádory) – nádory krycích blan, nádory z tkáně žláz, nádory z výstelky
3. **Nádory neuroektodermální** (nervového původu) – nádory z podpůrných buněk, z pigmentových buněk, z nervových uzlů
4. **Nádory smíšené** – nádory ze zárodečných buněk, ze smíšených tkání

Z hlediska biologického chování můžeme nádory rozdělit na maligní a benigní. Benigní nádory jsou nezhoubné a biologicky příznivé. Rostou pomalu a nešíří se. Od ostatních tkání bývají oddělené. Často bývají opouzdřené. Mezenchymové nádory bývají podobné výchozí tkáni. Epitelové jsou většinou šedé, šedobílé a tuhé. Nádor roste jako celek, tzn. okolí roztlačuje. Nezakládají metastázy a pomalu rostou. Jejich komplikace spočívá v utlačování okolní tkáně. Mohou způsobovat bolestivost, krvácení

nebo vyplavování hormonů. Chirurgicky se lépe odstraňují než maligní nádory. Ovšem některé benigní nádory se mohou v čase vyvinout v maligní. Maligní nádory nejsou ostře ohraničené. Šíří se a v parenchymu se častěji objevují nekrózy. Později nemusí jít přesně určit jaká je zdravá tkáň a co je nádor. Mezenchymové nádory se stávají sarkomy. Epitelové nádory jsou tuhé a šedobílé. Často se objevují nekrózy a krvácení v parenchymu. Maligní nádory recidivují, šíří se do okolí, zakládají metastázi. Mají kachektizující vliv na pacienta. Obecně se rozlišuje toto šíření na spojitě a nespojitě. Při spojitěm šíření je zachována kontinuita celého nádoru. Při šíření nespojitěm vznikají vzdálené sekundární nádory (SLÁMA,2007).

Při klasifikaci nádorů se používají speciální termíny. Typing znamená stanovení histologického typu nalezeného nádoru. Grading stanovuje stupeň ztráty podobnosti nádoru s původní tkání. Jedná se o určení stupně diferencovanosti nádoru. Obecně platí, že čím je nádor méně diferencovaný, tím je agresivnější. Zároveň citlivější k léčbě. Můžeme rozlišovat: G1, G2, G3, G4. G1 je dobře diferencovaný nádor. G2 znamená středně diferencovaný nádor. G3 je málo diferencovaný. G4 je potom nediferencovaný nádor. Staging označuje klinickou pokročilost onemocnění. Určuje rozsah primárního nádoru, velikost a počet metastáz. (TOMÁŠEK, 2015).

1.2.1 NEUROENDOKRINNÍ NÁDORY

Tyto nádory vychází z neuroendokrinního systému. Diagnostika a léčba neuroendokrinních nádorů se od ostatních klasických maligních nádorů liší v mnoha úkazech. Proto jsou z klinického hlediska velmi důležité. Je jim věnována čím dál větší pozornost. Nachází se na hranici onkologie, endokrinologie, gastroenterologie a jiných medicínských oborů. Hlavními zásadami při jejich diagnostikování jsou morfologické přístupy. Definitivní diagnóza je v rukou klinického patologa. Posouzení biologické povahy bývá obvykle velmi obtížné a matoucí. Vyžaduje vysoce erudovaného pracovníka. Endokrinologie jako taková se zabývala jednotlivými morfologicky definovanými endokrinními orgány jako např.: nadledvinky, štítná žláza, hypofýza a podobně. Následně se přišlo na to, že schopnost secernovat hormonálně aktivní látky můžeme dokázat v celé řadě orgánů. Hlavní funkce těchto orgánů je definována odlišně (zažívací systém, plíce atd.). V orgánech jsou přítomny buňky, které se odlišují

způsobem barvení od okolní tkáně. To bylo zjištěno už v 19. století. Byly pojmenovány jako chromafinní, protože byly barvitelné stříbrem (ŠKRHA, 2009).

Popisují se tyto funkce neuroendokrinního systému.

Autokrinní funkce – látky vytvořené v buňkách ovlivňují metabolismus

Parakrinní funkce – látky pronikající do tekutina a ovlivňující okolí

Endokrinní funkce – látky hormonální povahy pronikající do krevního oběhu

Neuromodulační funkce – látky ovlivňující nervové synapse v mozku (pocit hladu)

Charakteru nádorů je odlišný podle jednotlivých typů, lokalizace a funkční aktivity buněk. Najdeme však společné rysy. Nacházejí se převážně v gastrointestinálním systému. Vzhledem k biologické povaze jsou většinou maligní, výjimkou je právě inzulinom. Buňky nádoru si zachovávají stupeň hormonální aktivity z buňky, z které vznikají. Nejčastějšími nádory neuroendokrinního systému jsou gastrinom, vipom, inzulinom, glukagonom, somatostatinom, ostatní hormonálně aktivní neuroendokrinní nádory (ZAMRAZIL, 2007).

Tyto nádory se velmi špatně jako skupina neuroendokrinních tumorů morfologicky a funkčně definují. Jsou ale nejčastější. Svou histologickou strukturou jsou podobné karcinomům trávicího systému (odtud název karcinoid). Liší se však biologickou povahou a sekreční aktivitou. Produkují látky jako je například serotonin a látky bradykininové povahy. Spektrum sekrece a biologická záleží na lokalizace a morfologie (ZAMRAZIL, 2007).

Na statistiku jak celosvětovou, tak naši se nejde zcela spolehnout. Teprve v poslední době byla vytvořena mezinárodní evropská organizace pro studium nádorů vycházejících z NET (European Neuroendocrine Tumor Society), která má za úkol koordinovat epidemiologii, diagnostiku a léčbu NET včetně karcinoidů. Obecně se uvádí incidence 1,5/100 000 osob/rok. V České republice bylo za 5 let 706 karcinoidů, z toho přes 80 % v zažívacím systému. Pokud jde o lokalizaci, u nás je nejčastější v oblasti céka (asi třetina osob). Pětileté přežívání činilo u žen 70 % a u mužů 57 % (SVATONĚ, 2009).

Klinický obraz je závislý více na lokalizaci. Téměř jsou karcinoidy bez symptomů. Setkávat se můžeme s návaly horka a zarudnutí. Dále je doprovázen úporný průjem, prudké změny krevního tlaku, bronchospasmus. Hromadně se příznaky označují jako tzv. karcinoidová krize. Vznikne působením stresových faktorů (anestezie, operace apod.) (ŠKRHA,2009).

Karcinoidy jsou diagnostikovány dvěma kroky. Prokázání sekreční aktivity tumoru a lokalizace tohoto nádoru. Základem je vyšetřování kyseliny v moči, která je základním metabolitem serotoninu. Výsledek testu může být ovlivněn řadou potravin a léků. Stanovují se další látky v plazmě. Místo určení primárního tumoru může být někdy obtížné. Probíhají diskuze, zda může vymizet. Mohou se uplatňovat i fibroskopická technika, přičemž se odebírá rovnou vzorek. Nelze opomenout klasické postupy od běžné sonografie, rentgenová vyšetření, CT vyšetření. Nově zavedená se používá pozitronová emisní tomografie (ZAMRAZIL, 2007).

Terapie spočívá v konzervativní nebo chirurgické léčbě. K vyléčení však je použita chirurgická léčba. Při volbě konzervativní léčby se postupuje paliativním režimem. Při konzervativní léčbě se postupuje podáním derivátů somatostatinu. Léky se aplikují parenterálně 3-5 týdenních intervalech. Může se použít i lék zvaný interferon. Tato léčba vede ke zpomalení růstu tkáně, popřípadě její regresi. Klasická onkologická léčba bývá méně často účinná vzhledem k diferenciaci tumoru. Existují bezpečně neproověřené metody, které nevyšly v platnost. Chirurgická léčba spočívá k odstranění primárního tumoru a metastáz. Při radikálním výkonu může být prognóza dobrá. U jaterních metastáz byla použita i transplantace jater, nejen její resekce (ZAMRAZIL, 2007).

1.2.2 NEUROENDOKRINNÍ NÁDORY PANKREATU

Nádory jsou nejčastěji lokalizované v oblasti hlavy pankreatu, Vaterské papily a sestupného raménka duodena. Jsou typické svým invazivním růstem a hormonální aktivitou. Do skupiny se řadí inzulinom, gastrinom, vipom, glukagonom a somatostatinom (ZAMRAZIL, 2007).

Inzulinom bývá na rozdíl od ostatních neuroendokrinních nádorů benigní, jen asi 10 % tvoří formy maligní. Podle poslední klasifikace WHO 2010 jsou všechny neuroendokrinní tumory hodnoceny a kódovány jako maligní, proto je lépe na všechny inzulinomy nahlížet jako na tumory maligní. Je lokalizovaný v pankreatu. Projevuje se tzv. Whippleovou triádou. Ta se skládá ze spontánní hypoglykemie při normálním hladovění s autonomními symptomy, poruchy centrálního nervového systému při hypoglykémii a dobrá reakce na podání glukózy. Stanovení diagnózy probíhá na základě provokačního testu. Nemocný pacient hladoví pod odborným dohledem 72 hodin. Následně se stav vyhodnotí a po vyšetřeních, jako jsou zobrazovací metody MR s MR angio, scintigrafie, případně selektivní katetrizace žil s vyšetřením inzulinemie, se stanoví léčba. Ta je opět chirurgická. Pokud je nádor neoperabilní přistupuje se k pravidelnému přívodu glukózy podávání derivátů somatostatinu. Jsou prokázány účinky glukokortikoidů (ZAMRAZIL, 2007).

1.3 KLINICKÉ SYMPTOMY

Klinické symptomy (projevy) vznikají na základě patofyziologických změn a jeví v organismu. Obecně se rozdělují na specifické a nespecifické. Specifické symptomy jasně svědčí pro danou skupinu nebo typ nemoci. Nespecifické naopak nejistě a špatně určují konkrétní onemocnění. Příkladem nespecifických projevů může být bolest na hrudi, kašel, nauzea nebo kachexie (vyhublost). Existují příznaky měřitelné a objektivní a dobře zpozorovatelné lékařem nebo nelékařským zdravotním personálem. Naproti tomu subjektivní symptomy vyjadřují pocit pacienta (nevolnost, únava, pocit chladu). Pokud probíhá současně více klinických příznaků nebo po sobě jdoucích a neznámé příčiny, pak se označuje tento stav za syndrom.

Klinické příznaky inzulinomu souvisejí s neuroglykopenií. Je to stav nedostatku sacharidů glycidů v nervové soustavě. Jde o snižování glykemie pod 3 mmol/l a nastávání pocitu zmatenosti, poruchy chování a řeči, křeče a v nejhorším případě koma. U inzulinomu jsou právě hypoglykemické stavy velmi typické a je třeba na to dbát zřetel. U pacientů zastižených inzulinomem se vyskytuje hyperinzulinemie. Proto jsou tyto stavy často označovány jako organický hyperinzulinismus. Příznaky vyplývají z neuroglykopenie, které se u pacientů projevují z 80 %. Na druhé straně projevy

autonomní stimulace bývají přiřazovány k neurologickým potížím (bolesti hlavy, křečové stavy, poruchy vědomí, řeči, rozmazané vidění či změny nálad a chování apod.). Teprve opakující se hypoglykemie při rozvíjejících se příznacích, které vznikají na lačno pokračuje vyšetření správným směrem (CIBIČKOVÁ, 2014).

1.3.1 HYPOGLYKEMIE

Definice hypoglykemie zní: *Hypoglykemie je patologický pokles glykemie pod 3,3 mmol/l doprovázený klinickými projevy, jež jsou způsobeny vylučováním antiregulačních hormonů a dalšími procesy* (ČEŠKA, 2015, str. 235). Hypoglykemie může vzniknout uměle podaným větším množstvím inzulínu, kdy dochází ke snížení glukózy v krvi. Po podání inzulínu je potřeba se hned najíst. Další možné příčiny vzniku hypoglykemie jsou intoxikace alkoholem, dědičné poruchy metabolismu a jiné (POMAHAČOVÁ, 2015).

Jednou z příčin opakovaných hypoglykemií bývá přítomnost neuroendokrinního nádoru inzulínomu, který způsobuje hyperinzulinismus. Za hypoglykemiemi se může skrývat funkční poškození B buněk Langerhansových ostrůvků. Hypoglykemie je vyvolaná přítomností protilátek proti inzulínu. Odpovědnou látkou není konkrétně inzulín, ale jemu podobný polypeptid tzv. somatomedin označovaný zkratkou IGF2. Pro tuto hypoglykemií je typická Whippleova trias (hypoglykemie při lačnění, poruchy CNS a kladná odpověď při podání glukózy). Při takové hypoglykemií dochází k nekontrolovatelné sekreci inzulínu. Nutné je důkladné vyšetření při neuroglykopenických příznacích. Jako každá hypoglykemie i tato vyžaduje příjem sladkého cukru, infuze glukózy nebo injekci glukagonu. Za další léčbu se může považovat podání glukokortikoidů proti IGF2. Další možností je podání somatostatinů a rekombinantních růstových hormonů dokonce v kombinaci s prednisonem. Výhradně se při stanovení diagnózy výskytu inzulínomu může použít látka zvaná diazoxid. Snižuje glykemií aktivací draslíkových kanálků. Hypoglykemie může být doprovázena těžkými stavy bezvědomí. Mezi další nejčastější příčiny hypoglykemie se řadí choroby jater, onemocnění ledvin, poruchu výživy, požití alkoholu, zneužívání exogenního inzulínu. Vzácnějšími příčinami se mohou stát dědičné poruchy metabolismu,

přítomnost protilátek proti inzulinovému receptoru. Velmi vzácné příčiny hypoglykemie popisují tumory secernující růstový faktor IGF2 (FRYŠÁK, 2016).

Hypoglykémie je zodpovědná přibližně za 1–13 % úmrtí pacientů s diabetes mellitus 1. typu (DM1T) a 4–7 % úmrtí pacientů s diabetes mellitus 2. typu (DM2T) (FRYŠÁK, 2016).

1.3.2 HYPERINSULINISMUS

Při opakujících se hypoglykemií, které bývají podmíněny autonomní sekrecí inzulinu z nádorových buněk, je tento stav označován jako organický hyperinzulinismus. Nejčastější příčinou bývá právě inzulinom. Organický hyperinzulinismus bývá doprovázen pestrými klinickými projevy, které způsobují neuroglykopenii. Diagnóza se stanovuje při rozvoji spontánní hypoglykemie a neuroglykopenických příznaků, a to na základě testu s kontrolovaným hladověním. Test s kontrolovaným hladověním může trvat 2–60 hodin (průměr 18 hodin). V průběhu testu se hodnotí hladiny glykemie a koncentrace inzulinu v séru. Hodnoty hypoglykemie na konci testu se pohybují nižší než 2,5 mmol/l a hodnoty inzulinu většinou kolem 46 mU/l. Po prokázání hyperinzulinismu se může překročit k topografickému vyšetření a brát ohled na plánovaný chirurgický výkon. Nejperspektivnější vyšetřovací metodou se jeví endoskopická ultrasonografie. Může být doplněná tenkostěnnou aspirační cytologií. Při nabrání materiálu může být tumor identifikován a typizován. Pokud je topografický náleznegativní, je nutné provést revizi slinivky a rozhodnout se o typu výkonu. Některý typy inzulinomu se dají lokalizovat peroperačně. Na druhé straně konzervativní léčba podáním diazoxidu je vhodná pro pacienty, u kterých se chirurgická léčba zdroj hyperinzulinémie nepodařil odstranit, ale klinické hypoglykemie na základě podání diazoxidu vymizely (BURDA, 2007).

Úspěšnost chirurgické léčby organického hyperinzulinismu bývá vyšší než 80 %. Při přetrvávajícím hyperinzulinismu po výkonu a zápornou odpovědí na diazoxid a pokračující hypoglykemie, se musí vyřešit druhou operací tzv. pankrektomií. Aby nebyla druhá operace bez výsledku a negativním nálezem, řeší se vše hned během operace. K tomu je třeba znát kompletně klinický stav pacienta, jak je nádor

hormonálně aktivní a samozřejmě závažnost hypoglykemií. Pokud je riziko operačního výkonu opravdu vysoké je možné v dnešní době použít endoskopickou techniku pomocí etanolové ablace na léčbu tumoru (STARÝ, 2015).

Pro chirurgicky neodstranitelný nebo závažný zdravotní stav u pacienta se přechází ke konzervativní léčbě. Řešení spočívá v režimových opatřeních (terapie diazoxidem). Pacienti mají nastavenou diabetickou dietu. Důvodem je omezení cukrů, které snižují sekreci inzulínu a brání tak vzniku hypoglykemií. Pacienti se chovají podle diabetického režimu. Konzumace jídla je rozdělená do více dávek během dne. Zahrnuto je i jídlo v noci. Při rozvinutém hypoglykemickém stavu je teprve možné v rámci terapie podat sladký pokrm. Další opatření zahrnuje snížení fyzické aktivity. Co se týká farmakoterapie, tak ta má za účel snížit sekreci inzulínu diazoxidem, derivátem thiazidu.. Pro většinu pacientů je přiměřenou dávkou 100-200 mg/den. Jsou pacienti, u kterých ani vysoké dávky nefungují při odstranění hypoglykemických stavech. Léčba pak ztrácí smysl. K farmakoterapii patří používání somatostatinu a jeho analoga, která opět působí inhibičně na sekreci inzulínu (BURDA,2007).

1.4 WERMERŮV SYNDROM – SYNDROM MNOHOČETNÉ ENDOKRINNÍ NEOPLAZIE

Mnohočetná endokrinní neoplazie MEN syndrom je stav, při kterém se u jedince buď současně, nebo v různém pořadí v různém období života vyskytne postižení několika endokrinních orgánů adenomem, hyperplazií, méně často i karcinomem. Syndrom byl poprvé popsán americkým lékařem Paulem Wermerem v roce 1954. Je způsobeno mutací genu pro menin na 11. chromozomu. Prevalence Wermerova syndromu je 1-10 z 100000 obyvtel. Penetrance dosahuje až 95 % ve věku 40 let. Adenom je nádor složený ze žlázového epitelu. Svou strukturou i funkcí se podobá původní žláze. Přestože bývá benigní, může malignizovat. Vyskutují se ve žlázách jak exokrinních, tak právě endokrinních. Až u třetiny pacientů se vyskytuje hypofyzární adenom s horší prognózou a léčbou. U hyperplazie se jedná o zmnožení buněk a tkáně. Objevuje se v blízkosti žláz, sliznic a kůže (DRABALOVÁ a kol., 2016).

Rozlišujeme MEN1, MEN2 i MEN4 v závislosti na dalších endokrinních poruch. MEN1 postihuje tyto oblasti: pankreatickou část, hypofýzu a příštítná tělíska. Jednou z prvních klinických příčin je výskyt kamenů nebo částic v parenchymu ledvin nebo v močových cestách. Dále se manifestuje oblast pankreatu (slinivka, žaludek, duodenum). Které mohou dále metastazovat. V primární péči je dobré nezanedbat prodělání přítomnosti kamenů v ledvinách, močových cestách mezi 30.-40. věkem. Spolu s hyperparathyreózou nebo vředovými stavy v gastroduodenu poté směřovat vyšetření k diagnóze k MEN1. K dalším klinickým příznakům patří osteopenie, zvýšená sekrece žaludečních šťáv. Laboratorní obraz poukazuje na vyšší hladiny parathormonu, kalcia, nižší hladiny fosforu. Zvyšovat se může i kalcium v moči a hodnoty kostního metabolismu. Syndrom se diagnostikuje snadno. Na základě laboratorních testů a sonografického vyšetření a dalších scintigrafií. Vždy se uchyluje k chirurgickému odstranění. Endokrinní neoplazie pankreatické oblasti (slinivka, žaludek a duodenum) se vyskytují ze 75–100 % u pacientů. Nejčastěji ze 40 % se objevují gastrinomy. Projevují se velkými průjmy a vředovými stavy. Lokalizované jsou nejpravděpodobněji ve slinivce. Nej přesněji se diagnostikují endosonografií. Inzulinomy vyskytující se z 10 % jsou druhým nejčastějším pankreatickým neuroendokrinním tumorem u pacientů s MEN1 (DRBALOVÁ a kol.,2016).

1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY A DIAGNOSTIKA

Pro kvalitní diagnostiku karcinomu pankreatu konkrétně inzulinomu je nutné znát podrobnou anamnézu a klinickou analýzu pacienta. Jak již bylo zmíněno příznaky vyplývají z neuroglykopenii a projevy autonomní stimulace. Pacienti vykazují neurologické příznaky (poruch řeči, bolesti hlavy, rozmazané vidění, křečové stavy, tzv. grand mal, změny nálad, chování atd.) v průběhu tzv. hladovění. Vyloučit nemůžeme zesilování klinických obtíží při poruchách centrálního nervového systému. Tyto poruchy mohou vést až ke ztrátě vědomí pacienta. Může to vést v nejhorším případě až ke kómatu. Dochází k aktivaci sympatiku (svalový třes, nervozita, slabost, bušení srdce, pocit hladu). V celé řadě případů se však tyto obtíže nevyskytují. Všem těmto příznakům předchází zjedna z nejdůležitějších a typických projevů záchvatovité hypoglykemické stavy. Na základě toho se provádí kontrolované hladovění, kdy se sleduje a hodnotí vývoj a průběh glykemií hladin inzulinu v krvi. V diagnostice

inzulinomu se tak stává nejdůležitějším a přesvědčivým vyšetřením. Z klinického obrazu se pak stanovuje organický hyperinzulinismus. V laboratorních výsledcích se většinou nalezne zvýšená hladina inzulínu a C-peptidu. (GABALEC, 2007)

Pokud dojde k potvrzení diagnózy začne se hodnotit vzájemný vztah mezi dvěma procesy. První z nich je nadměrná inzulinémie, jde o zvýšenou hladinu hormonu inzulínu v krvi. Je stanovována metodou tzv. radioimunoanalýzy. Radioimunoanalýza obsahuje metody radioizotopové mikroanalýzy, jejichž základem je imunochemická reakce antigenu se specifickou protilátkou. Reakce je prováděna v laboratoři za přítomnosti vhodné radioaktivní sloučeniny (radioindikátoru). Druhá z nich je nalezená glykémie (CIBIČKOVÁ, 2014).

Ovlivnit a napodobit chování inzulínu může hypoglycemia facticia. Hypoglycemia facticia je považována za jednu z manifestací tzv. Münchhausenovho syndromu (duševní porucha, kdy dotyčný předstírá tělesnou nebo duševní poruchu a poté se na základě těchto poruch léčí). Cílem v tomto případě je úmyslné navození hypoglykemie. Její odlišení může být velmi obtížné. Jde tedy o sebepoškozování, které se může týkat pacientů bez onemocnění diabetes. Většinou se to týká zdravotního personálu. Na druhé straně může být těžká hypoglykemie navozena při suicidálním pokusu, který užije velkou dávkou antidiabetik. Většinou jde o velkou dávku inzulínu nebo derivát sulfonylmočoviny. Ani laboratorní testy neprokáží tento fakt. Pokračuje se s myšlenkou, že jde o inzulinom, k chirurgické léčbě (CIBIČKOVÁ, 2014).

Pokud klinicko – biochemický obraz prokáže organický hyperinzulinismus, provede se topografická (lokalizační) diagnostika. Před lokalizací inzulínu je tedy nezbytné stanovit diagnózu inzulínu. Vyšetření, se kterými se zdravotní personál setkává nejčastěji jako sonografické vyšetření, počítačová tomografie a magnetická rezonance, nejsou zcela vhodnými a stoprocentně potvrzujícími vyšetřovacími metodami. Sonografické vyšetření spolehlivě vyhodnotí inzulínu asi u třetiny pacientů. Počítačová tomografie určuje rozdílné výsledky, tudíž se na ni také nelze zcela obrátit. Ani magnetická rezonance nepřispívá k odhalení těchto zákeřně skrytých karcinomech. Vše záleží i na hustotě a složení inzulínu vzhledem k okolnímu parenchymu pankreatu. V posledních letech se využívá **ultrasonografické endoskopické vyšetření** dále jen endoskopická ultrasonografie, která je osvědčenou

metodou v gastroenterologii. Jedná se o kombinaci endoskopického a ultrasonografického zobrazení. Používá se pro vyšetření horní části zažívacího traktu, pankreatu, prostaty a tlustého střeva. Pro horní zažívací trakt je zaváděn ústy, pro tlusté střevo konečníkem. V průběhu vyšetření je možné odebrat vzorek pro histologii. V případě inzulinomu tato metoda úspěšně diagnostikuje 77-89 % pacientů (STARÝ, 2015).

Další vhodnou metodou je **oktreotidový scan**. Jedná se o scintigrafii somatostatinových receptorů. Somatostatin je hormon, tvořící se v hypotalamu a endokrinní části pankreatu. Snižuje mimo jiné sekreci inzulinu a glukagonu. Scintigrafie je vyšetřovací metoda, která se používá v nukleární medicíně. Podávají se tzv. radiofarmaka (radioaktivní látka, která má krátký čas rozpadu, radioaktivita rychle vymizí). Následně se sleduje jejich pohyb po těle a vyšetřovacím orgánu. Vyšetření přináší své výhody, pro pacienty je nebolestivé a nezatěžující. Nález inzulinomu je u třetiny až poloviny pacientů pozitivní (STARÝ, 2015).

Používá se i **arteriografie**. Jedná se o zobrazovací metodu vyšetřující cévy. Kam se vstříkne kontrastní látka a následně se sleduje ještě pomocí rentgenu. Většinou se zavádí stehenní tepnou v třísele. Šance na úspěch diagnostiky se pohybují mezi 40-60%. *Na některých pracovištích se provádí transhepatická katetrizace portálního řečiště se separovaným náběrem vzorků krve z různých úseků portální žíly, v nichž se pak stanoví koncentrace inzulinu. Z jeho gradientu je pak možno stanovit regionální zdroj hyperinzulinemie.* (STARÝ, 2015, s. 896).

Nepochybně platí, že všem zobrazovacím technikám a metodám předchází správné určení diagnózy na základě klinického obrazu, který je doložený biochemickým obrazem hypoglykemií. Je to správný předpoklad pro další určení správné léčby, například radikální chirurgické léčby. Nejprve se tedy potvrdí diagnóza organického hyperinsulinismu a následně se přechází k vyšetřovacím topografickým metodám. Bylo by zbytečné provádět tato vyšetření bez určení této diagnózy. Pokud je tedy indikována chirurgická léčba, lékař si musí být jistý stanovenou diagnózou hyperinsulinismu (inzulinomem) (ŠKRHA, 2009).

1.6 LÉČBA

Léčba inzulinomu je velmi individuální. Záleží na mnoha okolnostech. Typu nádoru, jeho rozšíření, dalších příznacích, stádiu, včasné diagnostice, celkovému stavu pacienta, věku a dalších. Mezioborová spolupráce v tomto případě je důležitou součástí, jak úspěšně diagnostikovat a zahájit léčbu. Léčba bývá nejčastěji chirurgická poté je doplněna další léčbou konzervativní. Pokud není možné provést chirurgický zákrok, přistupuje se k léčbě konzervativní. Úspěšnost chirurgického zákroku se pohybuje mezi 80-85 %. Úspěšnost pouze konzervativní léčby bez jakéhokoliv chirurgického zákroku 20-40 % (ŠKRHA, 2009).

1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Základní léčbou u inzulinomu je právě chirurgická. Prokázán může být až během operace a to těmito způsoby: pohledem, pohmatem nebo peroperační ultrasonografií. Zkušený chirurg dokáže palpačně nahmatat inzulinom. Velikostně se pohybuje většinou mezi 1-2 cm. Cílem chirurgické léčby je odstranění inzulinomu tzv. enukleace. V takovém případě dochází k resekcímu výkonu. Je provedena tzv. hemipankreatektomie nebo splenektomie. Hovoří se o tělu a ocase pankreatu. Resekce je vždy upřednostňována. Stane se, že první resekce nemusí být úspěšná. Po chirurgickém odstranění inzulinomu dochází k vymizení obtíží spojených s hyperinzulinismem. Přednost chirurgického výkonu se dostává hlavně u mladých lidí. U starších se musí projevovat hypoglykemie. Pokročilejší léčbou by se mohlo stát laparoskopické odstranění tumoru. Při nezdařilém chirurgickém výkonu se přechází ke konzervativní léčbě k farmakoterapii. (SVATONĚ, 2009).

1.6.2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

V případě nedoporučení pro chirurgický zákrok přechází se ke konzervativnímu řešení. Tato léčba může nastat i v situaci po resekcii jako podpůrná léčba k jistému odstranění všech nádorových buněk. Dále může fungovat jako paliativní způsob léčby, kdy je základem pomoc od bolesti a dostatečná hydratace a přísun výživy. Jen u konzervativní léčby bývá bohužel nižší šance na úplně vyléčení. Pro pacienty to může

znamenat velkou psychickou a po podávání medikace i fyzickou zátěž (LÜLLMANN, 2004).

V případě léčby inzulinomu se ubírá k režimovým opatřením. Doporučuje se diabetický režim. A to hlavně dieta. Spočívá v omezení běžných cukrů, což má za následek snížení sekrece inzulinu a tím nezpůsobuje hypoglykemie. Fyzická námaha by se měla také snížit, další zdroj vyvolání hypoglykemií. Sladké se podává až při hypoglykemickém stavu. Další nezbytnou součástí je rozložení stravy po celý den, která by měla zahrnovat i malé jídlo v noci (LÜLLMANN, 2004).

Cílem farmakoterapie je snížit sekreci inzulinu lékem, který působí opačně než antidiabetika stimulující jeho uvolnění. Takto působí diazoxid (Proglidem, Schering Plough, 25 a 100mg kapsle), derivát thiazidu, který otvírá ATP-dependentní draslíkový kanál, což vede k hyperpolarizaci buněčné membrány a k zablokování vzestupu koncentrace intracelulárního kalcia s následnou inhibicí sekrece inzulinu. Většině pacientům postačuje dávka mezi 100-200 mg. Diazoxid může být podán intravenózně i per os. Další medikace zahrnuje podání somatostatinu a jeho analoga, která prodlužují účinek a působí na snižování uvolňování inzulinu. Tato léčba bývá nákladná (LÜLLMANN, 2004).

2 OŠEŤROVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S INZULINOMEM

Ošetrovatelský proces byl zpracován u pacientky s inzulinomem na geriatrické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Pro zhodnocení celkového stavu pacientky byly využity všechny dostupné možnosti jako ošetrovatelské a lékařské dokumentace, fyzikální vyšetření a pozorování, rozhovory s pacientkou a rodinou. Zpracování ošetrovatelského procesu bylo zpracováno dle Majory Gordon. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a zpracovány podle taxonomie II. NANDA I domény 2012–2014. Pacientka byla hospitalizovaná od 9.9.2016 – 5.12.2016 na geriatrické klinice. Ke zpracování procesu byl proto dostatečný prostor a možnost rozsáhlého pozorování a komunikace.

2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Tabulka 1 Identifikační údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: ženské
Datum narození: 1932	Věk: 85
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Číslo pojišťovny: XXX
Vzdělání: vyšší odborné	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 9.9. 2016	Čas přijetí: 11:30
Oddělení: geriatrická klinika	Typ přijetí: terapeutické
Ošetřující lékař: X.Y.	Obvodní lékař: X

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2016

Důvod příjmu udávaný pacientem

Mám nádor a upadám do bezvědomí, musí mi dávat glukózu

Medicínská diagnóza hlavní

- Inzulinom se susp. Lokalizací v kaudě pankreatu

Vedlejší medicínské diagnózy

- Arteriální hypertenze III. Stupeň
- St.p. krvácení z vředu duodena
- Chronická fibrilace síní
- Generalizovaná ateroskleróza AS cerebri
- Chronická renální insuficience III. Stupeň

2.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ 9.9. 2016

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 150/95	Hmotnost: 56 kg
P: 60	Výška: 158 cm
TT: 36,5 °C	BMI: 22
D: 16/ min, pravidelné	Orientace místem, časem i osobou
Stav vědomí: při vědomí	Pohyblivost: omezená
Řeč: plynulá, srozumitelná	SpO2: 97 %
Krevní skupina: AB RH neg	Glykémie: 5,5 mmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2016

Nynější onemocnění

- Pacientka přijata z 3. interní kliniky pro inzulinom a progresi srdečního selhávání. Podány diuretika, pro melenu provedena gastroskopie při zjištění

krvácení z vředu duodena. Přeléčená uroinfekce antibiotiky. Pro inzulinom sledována.

Informační zdroje

- Informace byly čerpány z lékařské a ošetřovatelské dokumentace. Dále z pozorování a fyzikálního vyšetření pacienta. Z rozhovorů s pacientem, rodinou a personálem.

2.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 65 letech na rakovinu prsu.

Otec: otec zemřel v 74 letech na akutní infarkt myokardu.

Sourozenci: sestra zemřela v 78 letech na karcinom tlustého střeva.

Děti: dcera, 55 let, má dvě děti, pracuje jako učitelka na střední škole, zdráva

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství prodělané běžné dětské nemoci

Hospitalizace a operace: 1967 - mastektomie

Úrazy: 0

Transfúze: 2016 3. interní klinika podána erymasa bez známek reakce

Očkování: běžná očkování, proti tetanu naposledy v roce 2008

Léková anamnéza

Tabulka 3 Farmakologická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Proglidem	tableta	100 mg	0-0-1	antihypertenziva
Digoxin	tableta	125 mg	1-0-0	antiarytmikum
Verospiron	tableta	25 mg	0-1-0	diuretikum

Furon	tableta	40 mg	1-1/2-0	diuretikum
Helicid	tableta	20 mg	1-0-0	antacidum
Buronil	tableta	25 mg	0-0-1	antipsychotika

Zdroj: Zdravotní dokumentace pacientky, 2016

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: neguje

Káva: jednou denně

Návykové látky: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarche: v 15 letech

Menstruace: byla pravidelná, antikoncepci neužívala

Menopauza: v 57 letech

Potíže klimakteria: zvýšený stres a třes rukou, nadměrné pocení a změny nálad

Porody: 1

Kojení: 8 měsíců

Potravy: 0

UPT: 0

Poslední gynekologická prohlídka: duben 2008

Samovyšetřování prsou: poučena a provádí

Sociální anamnéza

Stav: vdova

Bytové podmínky: Pacientka žije v domě s ošetrovatelskou péčí, kde má zajištěný svůj byt. Navštěvuje ji ošetrovatelka dvakrát denně. V posledním půl roce těžko zvládá samostatnost a vzhledem k hypoglykemickým stavům je závislá na odborné pomoci.

Vztahy, role a interakce: Pacientka se pravidelně navštěvuje se svojí dcerou a její rodinou. Má dvě vnučky. Rodina mezi sebou komunikuje a pomáhá si. Dcera je velmi ochotná a starající se. Pacientka je přátelská, občas žije v domnění, že vše zvládne sama.

Záliby: luštění křížovek, čtení, pletení, domácí práce

Volnočasové aktivity: procházky se svojí dcerou a její rodinou, nákupy

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyšší odborná škola

Pracovní zařazení: nyní důchodkyně

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacientka pracovala 40 let jako učitelka na základní škole. Nyní 21 let v důchodu

Ekonomické podmínky: dostatečně vyhovující

Psychologická anamnéza

Vývojové období: Normálně probíhající dětství a puberta, v dospělém věku poporodní psychóza, celkový pohled spíše pesimista.

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: Pacientka je nevěřící.

2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÉ SESTROU PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření provedené sestrou při přijetí 9.9.2016

Wyšetření systému	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	<i>Občas se mi motá hlava</i>	Hlava mezocefalická, poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení bez nystagmu. Ptoza víčka vlevo. Snímatelné zubní protézy. Karotidy bez šelestu. Štítná žláza nezvětšena.
Hrudník a dýchací systém	<i>Občas se mi špatně dýchá.</i>	Fyziologické konfigurace, dýchací pohyby symetrické, dýchání čisté sklípkové.
Srdeční a cévní systém		Srdce poklepově nezvětšené. 2 ozvy se systolickým šelestem. Puls není dobře hmatný. Končetiny bez otoků. Zaveden periferní intravenózní vstup PICC 9.9.2016. Bez patologie.
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>Břicho mě nebolí. Prodělala jsem velké průjmy.</i>	Břicho měkké, nebolestivé, bez známek perit. Dráždění, peristaltika přiměřená. Játra a slezina nepřesahují oblouk žeberní.

Močový a pohlavní systém	<i>S močením nemám problémy.</i>	Ženský pohlavní systém. Bez obtíží. Zaveden Foleyův katétr č. 16. Průchodný a odvádí čistou moč.
Kosterní a svalový systém	<i>Už to není to, co to bývalo.</i>	Pohyb omezený v kloubech obou humerů. Vše v normě vzhledem k věku pacientky. Páteř pokleповě nebolestivá. Bolest kyčlí při vstávání.
Nervový a smyslový systém	<i>Používám brýle na čtení.</i>	Při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Čich v normě. Nedoslýchá. Astigmatismus. Smyslová citlivost v normě.
Endokrinní systém	<i>Mám cukrovku.</i>	Inzulinom způsobující hyperinzulinismus a hypoglykémii. Naměřeno 5,5 mmol/l.
Imunologický systém	<i>Netrpím na alergie.</i>	Veškeré alergie negovány. Imunologický systém oslabený vzhledem k diagnóze.
Kůže a její adnexa	<i>Mám jen jizvu na prsou.</i>	Bez známek kožních defektů a efloresencí. Jizva po mastektomii.

Zdroj: Fyzikální vyšetření provedené studentkou, 2016

2.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 11.9. 2016 podle modelu funkčního zdraví Majory Gordon

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>V životě jsem si prožila hodně sestřičko. V nemocnici jsem strávila spoustu času. Chodila poctivě po doktorech a brala léky. Dnes už bych chtěla mít klid a rodinu kolem sebe. Vnímám tu bolest a že si nemůžu sama dojít ani na záchod. Hodně doktorů mi slíbilo, že to spraví ale čas utíká a bohužel se bojím, že to spěje ke konci.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka si uvědomuje svůj stav a závažnosti. Je vyčerpaná a unavená. Vše, na čem jí záleží je zdraví jejích blízkých.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Trpím už třicet let cukrovkou. Naučila jsem se s tím žít a dbát diety a pravidelně jíst i pít. S inzulinomem to začalo být o mnoho náročnější. Omdlívám, mívám průjmy a zvracím. Do toho jsem málo pila a v poslední době mě často hospitalizovali. Je to dost vyčerpávající i pro mou rodinu.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má povinný</p>

	<p>diabetický režim. Musí dodržovat jak konzumaci jídla tak i pití. Musela si projít testem hladovění, aby se přesně stanovila diagnóza. Její kolísavá glykemie je nebezpečná a musí se pravidelně kontrolovat. Pokud hodnota klesne do hypoglykemie je nutné podat glukózu ve formě infuzního roztoku. Její dieta na geriatrické klinice je č. 9. Má zavedený PICC, kterým je snadno zavést infuzní set a dostat tak glukózu hned do krve. Její BMI je v normě. Pacientka musí být v neustálé kontrole.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Riziko nestabilní glukózy v krvi, nevyvážená výživa, riziko nerovnováhy elektrolytů, riziko nevyváženého množství tekutin</p> <p>Priorita: Riziko nestabilní glukózy v krvi – střední, nevyvážená výživa – střední, riziko nerovnováhy elektrolytů – střední, riziko nevyváženého množství tekutin - střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: <i>Když potřebuju čůrat, tak to cítím. Problém byl teď s průjmem. Dávali mi černé uhlí a enterol. Šlo to ale nekontrolovatelně. Těžko se přesouvám na wc křeslo. Bolí mě kyčle. Když cítím, že málo jím a piju tak se opotím a rozklepu a většinou se mi i hůř dýchá.</i></p> <p>Objektivně: Pacientce byl poté zaveden</p>

	<p>močový katétr z důvodu inkontinence moči. Průjem již ustal. Prodělala melénu z důvodu krvácení z vředu duodena. To byl důvod částečného vyčerpání a připoutání na lůžko. Pacientka se ale znovu rehabilituje a snaží sama postavit a přesunout na WC křeslo. Dýchání je většinou klidné a pravidelné. Dušnost je způsobena hypoglykemickým stavem, kterému se na klinice snažilo zabránit.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Narušená pohyblivost, dušnost</p> <p>Priorita: Narušená pohyblivost – nízká, dušnost - nízká</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek – odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: <i>Ještě před pár lety jsem spala celou noc. Od té doby, co trávím tolik času v nemocnici je to horší. Nejen kvůli rannímu buzení a ordinacím, ale ruší mě často i pacienti vedle mě. Snažím se nebyť závislá na ostatních. I když to v poslední době jde velmi těžko. Ale myslím, že se zase stávám aktivnější. Akorát s tou hadičkou na čůrání je to horší. Člověk to pořád kontroluje, aby se nic nestalo. Umýt se taky snažím sama i když mi sestřička musí pomoci. Všechno jde prostě pomaleji, než bych chtěla.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má narušený</p>

	<p>spánek. Přes den se to snaží vyrovnat. Její zvláštní režim nařizuje i večerní svačiny a tedy další probuzení. Bolest břicha a kloubů ji občas znemožňují usnout a plnohodnotně spát. Personál se však snaží vyjít vstříc. Ranní hygienu zvládá s dopomocí. Dvakrát týdně probíhá celková hygiena s ošetřovateli.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Porucha sebedpěče, narušený vzorec spánku, bolest</p> <p>Priorita: Porucha sebedpěče – nízká, narušený vzorec spánku – střední, bolest - vysoká</p>
<p>5. Vnímání – poznávání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>V posledních asi pěti letech se to docela zhoršilo. Když je mi zle a začnu se třást a mám svůj stav tak jsem opravdu mimo svět. Ale doktorka říká, že mám i světlý chvílky, ale prý spíš matu okolí. Těch nemocnic jsem prostrídala tolik, že se kolikrát sama sebe ptám, kde to jsem? Ve volných chvílích se snažím si číst a luštit. Ale už mi to nejde jako dřív. Přes den bych si ráda povídala s pacientkami vedle mě, ale jsem příliš unavená a slabá.</i></p> <p>Objektivně: Vzhledem k věku a prodělaným i současným diagnózám se v podstatě není čemu divit. Pacientka je většinou orientovaná, občas ale potřebuje kolem sebe své blízké, aby se její stav</p>

	<p>zlepšil.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>6. Vnímání sebe sama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebepercepce • Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Mám trochu strach. Ani ne tak o sebe jako o svou rodinu. Mám pocit, že trpí a je na nich kladena velká odpovědnost za mě. Mě už je všechno docela jedno. Těším se spíš, až si odpočinou. Vždy jsem byla spíš pesimista nebo jsem si říkala nějak to dopadne. Určitě bych se kvůli ničemu zvlášť nestresovala. V nemocnici se o mě vždy dobře starají.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka si celou situaci dostatečně uvědomuje a vnímá ji spíše pesimisticky nebo sangvinisticky. Má zájem o svou rodinu a jde jí o její štěstí. Přijde si na obtíž. Personál ji edukuje ve všech směrech a psychicky podporuje. Rehabilitační sestra zaznamenává pokroky.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Narušený obraz těla, strach</p> <p>Priorita: Narušený obraz těla – nízká, strach - nízká</p>
<p>7. Vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Tady na geriatrické klinice jsem velmi spokojená s personálem. Všichni jsou moc hodní a pomáhají mi ve všech směrech. Dá se říct, že takovou zkušenost mám i jinde. Rodinka za mnou</i></p>

	<p><i>chodí každý den a snaží se do mě dostat vždy nějaké jídlo. Můžu se na ně určitě spolehnout, ale nechci je tolik obtěžovat. Manžel mi umřel už je to pár let. Bylo mi smutno a možná jsem ztratila vůli. Ale příchod vnoučat se snaží mi ji vrátit zase zpět. Dcera za mnou chodila i do mého bytu. Tam jsem se přestěhovala z domu, co jsme měli s manželem.</i></p> <p>Objektivně: V tomto ohledu je o pacientku dobře postaráno. Má spolehnutí a podporu od své rodiny a přátel. Radost ji dělají vnoučata.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně: <i>Z manželství máme jen dcerušku. Nepodařilo se mi víckrát otěhotnět.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka netrpěla závažnými problémy během dospívání. Prodělala mastektomii.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatická reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: <i>Ze začátku mých nemocí jsem všechno docela špatně nesla. Neuměla jsem si představit, že nedokážu si jít nakoupit, osprchovat se. Člověk to</i></p>

	<p><i>těžko nese. Střídala jsem často nemocniční prostředí s domovem a to je ubíjející. Teď už jsem se vším tak nějak smířená. Říkám si, že to přichází s věkem.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je smířená se situací a obklopena rodinou. V minulosti to pro ní nebylo lehké, ale díky podpoře rodiny vše zvládá.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot /přesvědčení/jednání 	<p>Subjektivně: <i>Největším smyslem a hodnotou byla a je má rodina. Jsem nevěřící. Prostě vše je nějak dané a dopadne jak má.</i></p> <p>Objektivně: V tomto směru má pacientka jasný názor.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Subjektivně: <i>Nemocniční prostředí mi spíš přitěžuje, ale obejít se bez toho nemůžu. Cítím se dobře.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má zavedený PMK, PICC. Vše bez známek infekce. Teplota naměřena 36,6. Výsledek při hodnocení rizika pádu dle Conleyové je 8 bodů</p>

	<p>Ošetřovatelský problém: Riziko vzniku infekce, riziko pádu, porušená integrita kůže, narušená integrita tkáně</p> <p>Priorita: Riziko vzniku infekce – střední, riziko pádu – střední, porušená integrita kůže – střední, porušená integrita tkáně - nízká</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: <i>Trápí mě nevolnosti a bolest. Ale jak říkám, nemocniční prostředí na geriatrické klinice je velmi dobré, což mě psychicky uklidňuje.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má bolest. Byla edukována o použití analgetik a jiných úlevových polohách. Využívá tuto možnost.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Bolest</p> <p>Priorita: Bolest - střední</p>
<p>13. Růst, vývoj</p>	<p>Subjektivně: <i>Vždy jsem byla spíš hubená a po porodu jsem rychle shodila. S tím jídlem to jde pomalu. Musím se překonávat.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má BMI v normě 22. Dodržuje dietu diabetickou se všemi náležitostmi pro její diagnózu.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>

Aktivity denního života

Tabulka 6 Aktivity denního života

Stravování a pitný režim	Subjektivně: <i>Snažím se dodržovat režim. To znamená jíst alespoň pětkrát denně a hlavně večer. Samozřejmě dodržovat pitný režim. Ale jde to těžko a trpím nechutenstvím.</i> Objektivně: Zahájena diabetická dieta. Pacientka je závislá na zdravotním personálu. BMI 22 v normě.
Vylučování moče a stolice	Subjektivně: <i>Zvládala jsem to na záchod sama. Nyní potřebuji pomoc a necítím, kdy to přijde. Stolice je spíš průjmová.</i> Objektivně: Pacientka má zavedený PMK bez známek infekce. Moč je čirá bez sedimentu. Denní výdej 1500 ml. Stolice průjmovitá.
Spánek a bdění	Subjektivně: <i>V nemocničním prostředí spím špatně a probouzím se. Často se stává, že mi sestřička dává infuzi.</i> Objektivně: Pacientka má v noci spíše přerušovaný spánek. Vlivem večerní svačiny, měření glykemie a okolních pacientů.
Aktivita a odpočinek	Subjektivně: <i>Denně se mnou rehabilitují. Snažím se udržet se</i>

	<p><i>v chodítku a dojít si na záchod. Nejradyji odpočívám odpoledne nebo se svou rodinou.</i></p> <p>Objektivně: U pacientky probíhají denní rehabilitace. Zvládne s dopomocí přesun na wc křeslo. Jsou zajištěné různé terapie pro pacienty na geriatrické klinice (muzikoterapie, canisterapie).</p>
Hygiena	<p>Subjektivní: <i>Doma mi pomáhala ošetřovatelka s koupáním.</i></p> <p>Objektivní: Pacientka závislá na personálu.</p>
Samostatnost	<p>Subjektivní: <i>Samostatnost se u mě velmi zhoršila. Skoro ve všem jsem bohužel závislá na ostatních.</i></p> <p>Objektivní: Pacientka středně závislá. Barthelův test základních všedních činností ADL: 50 bodů</p>

Zdroj: Rozhovor s pacientkou, 2016

Posouzení psychického stavu

Vědomí: lucidní

Orientace: pacientka je orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci, občas stavy zmatenosti

Nálada: dobře naladěná, smířená se situací

Paměť: současnost v podobě pár let si vybavuje bezchybně, minulost je zmatená

Myšlení: logické, navazující, smysluplné

Temperament: sangvinik až pesimista

Sebehodnocení: *Jsem ráda za vše, co jsem v životě udělala, mám skvělou rodinu.*

Vnímání vlastního zdraví: *Jsem na obtíž své rodině, to mě trápí.*

Popis sociálního stavu: bydlí v bytě s ošetřovatelskou službou

Komunikace: pacientka využívá verbální i neverbální komunikaci

Sociální role:

- Primární: 85 letá žena
- Sekundární: matka, babička, prababička
- Terciální: chápe svoji situaci a smiřuje se s ní

Sociální interakce: Je komunikativní, vstřícná, cítí podporu rodiny. Nejraději je ve svém bytu obklopena rodinkou. Domlouvá se s ošetřovatelkou na různých postupech.

2.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření

KO, CRP, QUICK, gastroskopie, kontrolní endoskopická ultrasonografie, EKG

Výsledky

KO (krevní obraz) – mírně snížená bílkovina, vše v normě

CRP (zánětlivé parametry) – bez známek zánětu v normě

QUICK (koagulační vyšetření krve) – hladina v normě

Gastroskopie – přes žaludek je zaveden endoskop do duodena, kde zjištěn krvácivý vřed. Na místě je odstraněn a krvácení zastaveno.

Kontrolní endoskopická ultrasonografie – nalezen inzulinom ve velikosti 6 cm na ocase slinivky břišní. Chirurgicky neodstraněn. Pouze konzervativní léčba na základě dalších diagnóz by byla operace riskantní a život ohrožující.

EKG - sinusový rytmus, srdeční rytmus 65'/min., osa intermediální., p.z. V2-V3, převodní intervaly v normě, PQ 0,12, QRS 0,08, ST bez patologických denivelací, T ploché ve III., V2, fyziologický nález.

Konzervativní léčba

Dieta: 9 – diabetická

Výživa: Cubitan per os 1x denně dopoledne, Protifar 3x denně odměrka do pití

Pohybový režim: rehabilitace, nácvik stoje a chůze s fyzioterapeutkou RHB v chodítku, aktivizace zdravotnickým personálem během dne,

Medikamentózní léčba:

Tabulka 7 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Proglidem	tableta	100 mg	0-0-1	antihypertenziva
Digoxin	tableta	125 mg	1-0-0	antiarytmikum
Verospiron	tableta	25 mg	0-1-0	diuretikum
Furon	tableta	40 mg	1-1/2-0	diuretikum
Helicid	tableta	20 mg	1-0-0	antacidum
Buronil	tableta	25 mg	0-0-1	antipsychotika
Novalgin	tableta	500 mg	1-1-0	analgetikum
Diazoxid	tableta	100 mg	1-0-1	antihypertenzivum
Fraxiparine	roztok	0,6 ml	0-0-1	antikoagulancium

Zdroj: Lékařská dokumentace pacientky, 2016

Chirurgická léčba

Chirurgická resekce slinivky neprovedena. Vzhledem k věku pacientky a okolním diagnózám by operace byla velmi riskantní a mohl by ohrozit životní funkce. Přešlo se pouze ke konzervativní léčbě.

2.7 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10.9.2016

Pacientka ve věku 85 let byla plánovaně přijata dne 9.9.2016 ve 11:30 na Geriatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice ve stabilizovaném stavu. Přeložena z III. Interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice, kde byla hospitalizována pro inzulinom a progresi srdečního selhávání. Přijata pro konzervativní terapeutickou léčbu a rehabilitační péči. Chirurgický zákrok pro diagnózu inzulinomu nebyl proveden.

Pacientka je na nyní na Geriatrické klinice 1. den ve stabilizovaném stavu. Dne 5.9.2016 byl zaveden permanentní močový katétr číslo 16., který odvádí čistou moč, bez příměsí a sedimentů, bez známek infekce. Denní diuréza činná 1500 ml. TK: 146/90 mmHg, P: 65/min, TT: 36,6°C. Pacientka spolupracuje, orientuje se místem časem i osobou. Proveden test MMSE.

Celkový stav pacientky nechodící, sed a přesun na wc křeslo s dopomocí. V lůžku se pacientka polohuje sama. Plnění rehabilitace dle ordinace lékaře každý den dopoledne a odpoledne. Dýchá se jí dobře, při větší námaze je dušná. Trpí nechutenstvím, dnes ráno zvracela. Stav výživy přiměřený, podává se cubitan dle ordinace. Má zavedený PICC dne 9.9. 2016. Bez patologických projevů, průchodný, okolí bez známek infekce. Převaz se koná jednou za den s použitím betadine, sterilního krytí (čtverce a tegaderm). Proplachuje se jednou za den fyziologickým roztokem pomocí deseti mililitrové stříkačky. Heparinová zátka se nepodává. Převaz a proplach naposledy proveden dnes 10.9.2016.

Pacientka je od rána slabá a trpí nauzeou. Podán roztok Glukózy 10%/2 hod do PICC. Dodržen diabetický režim a dohled dle ordinace lékaře. Hygiena provedena s pomocí. Pacientka nemá žádné kožní defekty. Hydratace kůže podporována ošetřujícími krémy Menalind. Péče o PMK, bez známek infekce. Pacientka si stěžuje na bolest břicha a ramenních kloubů. Edukována o podání analgetik a o zajištění úlevových poloh a přikládání chladivých obkladů. Pacientka se jeví dnes depresivně a bez nálady. Komunikuje pouze o důležitých problémech. Odpoledne probíhá návštěva rodiny. Léky podány dle ordinace. Antikoagulancia zařazena do ordinace lékaře. Bez krvácivých projevů. Aktivizace v lůžku je dnes omezená vzhledem ke zhoršenému stavu.

Proveden Barthelovův test základních denních činností: 50 bodů – střední stupeň závislosti. Hodnocení rizika pádu: 8 bodů- vzniká riziko pádu.

2.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT ZE DNE 10.9.2016

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle Taxonomie II NANDA international 2012 – 2014.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest (00132)
- Chronická bolest (00133)
- Narušená integrita kůže (00044) a narušená integrita tkáně (00046)
- Strach (00148)
- Narušený vzorec spánku (00198)
- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)
- Funkční inkontinence moči (00020)
- Snaha zlepšit sebepéči (00182)
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko infekce (00004)
- Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)
- Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)

2.8.1 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 až po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců (NANDA, 2013).*

Určující znaky: bolest, pozorované známky bolesti, hledání úlevové polohy, výraz obličeje, číselný zaznamenání škály bolesti (slovní vyjádření intenzity bolesti na hodnotící škále bolesti VAS)

Související faktory: inzulinom v posledním stádiu rakoviny

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: pacientka hodnotí bolest po podání analgetik alespoň o dva stupně méně na hodnotící škále bolesti sedmi dnů.

Cíl dlouhodobý: pacientce se zmírní bolest o dva stupně do jednoho měsíce.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka spolupracuje při určení stupně bolesti na škále od 1-10
2. Pacientka umí určit místo bolesti.
3. Pacientka po podání analgetik nejeví vedlejší příznaky do 4 hodin od podání.
4. Pacientka je edukována o jiných úlevových metodách od bolesti.
5. Pacientka vnímá zlepšení své bolesti do tří dnů od podávání analgetik alespoň o dva stupně na hodnotící škále.
6. Analgetika budou podávány dle ordinace lékaře.

Plán intervencí:

- Proveď důkladné posouzení bolesti, přesnou lokalizaci, charakter, jaké faktory přispívají ke zhoršení nebo zlepšení, vše zapisuj do tabulky od 0 do 10 hodnotící škály
- Kontroluj a dohlížej na postoj pacienta, jeho verbální i neverbální projevy, pravidelně kontroluj verbální i neverbální projevy pacienta (mimiku, změny chování, práce s tělem) po celou dobu
- Komunikuj s pacientkou a ptej se na hodnotu bolesti alespoň dvakrát denně
- Vše důkladně zapisuj
- Podej pacientce analgetika dle ordinace lékaře, následně zapiš do dokumentace název léku, gramáž a čas podání
- Zhodnoť účinek/efekt podaného léku za jednu hodinu po podání
- Informuj se, zda se jí ulevilo po podání analgetik a na jakém stupni hodnotí bolest
- Sleduj možné nežádoucí účinky, které by se mohly u pacientky projevit
- Edukuj pacientku o úlevových polohách a dalších možných metodách, které by mohly pomoci
- Důležité je aby si zajistila pacientce klid, vyžadované soukromí a pohodlí po dobu hospitalizace a trvání bolesti

Realizace:

Dne 10.9.2016 začíná den ranní hygienou v 7:00. Pacientka zvládne mytí s dopomocí. V 7:45 pacientka dostává snídani. Trpí nechutenstvím. Je obtížné, aby snědla celou snídani. Po dalších deseti minutách dostává ranní léky, v které je Novalgín 500 mg 1 tbl per os. Pacientku se seznamujeme s hodnotící škálou bolesti a uvádíme ji do situace měření intenzity bolesti a zaznamenávání. Pacientka hodnotí bolest před podáním na stupni 6. Následně probíhá po dvou hodinách dotazování, zda intenzita bolesti je mírnější. Pacientka odpovídá, že je to stupeň 5. Vše jsme zapsali do dokumentace a pokračovali v ordinacích. Poté v 10:00 probíhá u pacientky převaz PICC v aseptickém prostředí za přítomnosti lékaře. Pacientka neprojevuje žádné nežádoucí účinky. Edukovali jsme pacientku o úlevové poloze a metodách chladiivých obkladů. Pacientka úlevovou polohu aplikuje. V 10:30 probíhá rehabilitace. Pacientka cvičí stoj v chodítku a přesun na WC křeslo. Pacientka si po rehabilitačním cvičení stěžuje na

nevolnost a bolest na stupni číslo 6. Vše je zapsáno do dokumentace. Pacientka dostává v 11:30 oběd a deset minut poté polední medikaci dle ordinace. Novalgin 500 mg 1 tbl per os. Po obědě usíná. Následně je dotazována v 15:00 na zmírnění bolesti, pacientka udává stupeň číslo 4. Opět jsme vše řádně zapsaly do dokumentace. Kolem 18:00 hodiny pacientka udává bolest na stupnici číslo 5. Opět jsme vše zapsaly do dokumentace. Večerní léky v 20:00 jsou podávány a pacientka dostává Novalgin 500 mg per os 1 tbl. Buronil 50 mg 1 tbl per os. Pacientka spí klidně celou noc.

Dne 16.9.2016 má pacientka naordinován Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-1-1 dle ordinace lékaře. Před podáním chronické medikace si pacientka stěžuje na intenzitu bolesti na numerologické škále bolesti číslo 6. Bolest lokalizuje v oblasti pravého kvadrantu břicha. V 7:50 jí podáváme nastavenou chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-01. V 9:30 zjišťujeme, zda se pacientce ulevilo. Pacientka konstatuje, že bolest se zmírnila na stupeň číslo 4. Vše jsme opět zapsaly do dokumentace a vyplnily tabulku škály bolesti. Pacientce je proveden převaz. Při převazu si pacientka na bolest nestěžuje. Komunikuje a spolupracuje je v dobré náladě. Po převazu probíhá rehabilitační cvičení s fyzioterapeutkou. Pacientka vykonává v chůzku pár kroků po pokoji. Poté je napolohována do úlevové polohy. Pacientka udává bolest v 15:00 na stupni číslo 3. Večer v 18:00 podán Novalgin 500mg 1 tbl per os. V noci spala klidně.

Dne 26.9.2015 dostává pacientka jako chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os už dvakrát denně a v případě potřeby v intervalech šesti hodinách. Před snídaní je dotazována na bolest, uvádí stupeň číslo 4. V 9:00 uvádí bolest na stupni číslo 3. Odpoledne po rehabilitačním cvičení uvádí bolest číslo 3. Pacientka dostala Novalgin 500 mg 1 tbl per os dle ordinace lékaře. V 18:00 pacientka po návštěvě rodiny a podání analgetik a úlevové poloze uvádí bolest na stupni číslo 2. Vše jsme vyhodnotili a zapsali do ošetřovatelské dokumentace. Pacientka se cítila mnohem lépe a spolupracovala. projevy neverbální nevykazovaly větší bolest než uváděla.

Hodnocení:

U pacientky byl splněn krátkodobý a následně i dlouhodobý cíl. Medikace byla upravena pro potřeby pacientky dle ordinace lékaře. Dávka medikace analgetik byla snížena na dvakrát denně. V tomto intervalu se pokračuje s medikací. Úlevové polohy byly využity. Pacientka se cítí lépe a na prostředí geriatrické kliniky se přizpůsobila.

2.8.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2

Narušená integrita tkáně - 00046

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: *Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.* (Nanda, 2013)

Určující znaky: Ischemický okrsek kožní, nekróza, puchýř, cizí těleso v ráně, poškozená tkáň, zničená tkáň

Související faktory: Změny oběhu, zhoršená tělesná mobilita, nedostatek znalostí

Rizikové faktory: Do narušené tkáně se dostane infekce.

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka po zavedení katétru PICC bude mít pokožku v okolí dobře prokrvenou hydratovanou a bez známek infekce.

Cíl dlouhodobý: Kůže kolem vstupu bude bez infekce a zarudnutí. Tkáň bude zcela zhojená.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka si uvědomuje závažnost a důvody vedoucí k zavedení PICC.
2. Pacientka je seznámena a edukována o zavedení tohoto vstupu a o omezeních.
3. Pacientka se umí starat o tento vstup a chovat se podle jeho omezení.
4. Proces hojení probíhá bez známek infekce do 1 týdne.
5. U pacientky dojde k celkovému vyléčení poškozené kůže a tkáně bez jakýkoliv známek infekce.

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o zavedení invazního vstupu, o jeho nutnosti a péči. O nahlášení změny ošetřujícímu personálu

- Pravidelně kontroluj místo vpichu a podle standardů jeho funkčnost. Pacientku nech spolupracovat
- Udržuj okolí operační rány a invazivního vstupu v suchém prostředí, prováděj převazy v aseptickém prostředí dle ordinace lékaře a zaznamenávej proces hojení operační rány.
- Edukuj pacientku o zásadách hygienické péče v okolí narušené integrity kůže.
- Dodržuj preventivní opatření k předcházení infekce.
- Pravidelně zaznamenávej průběh hojení, převazy a funkčnost invazivního vstupu do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace:

Dne 9.9.2016 v 9:00 pacientka převezena na chirurgický sál na chirurgickou kliniku do Všeobecné fakultní nemocnice. Poučena a edukována o zavedení periferního intravenózního katétru do vény subclavie přes horní paži levé končetiny. Nejprve je uděláno RTG vyšetření horní paže levé končetiny. Vše probíhá v aseptickém prostředí chirurgického sálu. Po převázání je pacientka přeložena v 11:00 zpět na geriatrickou kliniku. Cítí bolest v místě vpichu a nepříjemný pocit. Katétr je funkční, plný krevní návrat. Probíhá proplach 10 ml fyziologického roztoku a podání glukózy 10 % infuzního roztoku. Pacientka poučena o sledování rány a hlášení jakýchkoliv komplikací. V 15:00 probíhá kontrola převazu. Okolí vpichu je mírně zarudlé. Rána je následně převázána v přítomnosti lékaře. Je použit pouze sterilní materiál v aseptickém prostředí. Kontrola rány probíhá v 17:00. Rána se zdá čistá jen s minimálním zarudnutím. Vše se následně zapisuje do dokumentace.

Dne 11.9. 2016 v 9:00 probíhá převaz rány po zavedení PICC. Rána nejeví známky infekce. Je čistá, bez zarudnutí a otoku. Pacientka si na bolest v okolí vstupu nestěžuje. Katétr také splňuje všechnu funkci. Infekce se nevyskytuje. Vše zapsáno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

U této diagnózy byl splněn krátkodobý i dlouhodobý cíl. Katétr je plně funkční a tkáň i kůže zhojena. Prováděny dále převazy dle ordinace lékaře. Pacientka si na bolest u vstupu katétru nestěžuje.

2.8.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3

Zhoršená tělesná pohyblivost – 0085

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: *Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin (NANDA, 2013).*

Určující znaky: Snížená rychlost reakce, zpomalený pohyb, nestabilita vzpřímené polohy těla při každodenních činnostech, omezený rozsah pohybu, pohybem navozená dušnost.

Související faktory: Bolest, naordinované omezení pohybu, snížení svalové síly

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou dopomoc při všech činnostech během dne. Tato dopomoc je do měsíce méně intenzivní.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopná se pohybovat ve větším rozsahu a zvládat více činnosti sama.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka si uvědomuje své omezení a závislost v denních činnostech.
2. Pacientka rozumí, že je nutná dopomoc personálu nebo rodiny.
3. Pacientka dodržuje terapeutický režim a je edukována o pádu a své imobilizaci.
4. Pacientka se snaží a učí zvládat vykonávat některé činnosti sama, pokud ji to tělesná aktivita dovolí, následně schváleno fyzioterapeutkou.

Plán intervencí:

- Zhodnot' úroveň soběstačnosti pacientky a riziko pádu.
- Edukuj pacientku o nutnosti dopomoci personálu a rodiny při určitých denních činnostech a aktivitách.
- Edukuj pacientku o prevenci pádu.

- Zajisti dopomoc pacientce. Dohlédni na bezpečnost, potřebu pomůcek k různým činnostem a aktivitám. Dodržuj prevence pádu.
- Zajisti a dohlédni na aktivizaci a rehabilitaci s fyzioterapeutkou s pacientem.
- Vše důkladně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace:

Dne 10.9. 2016 je pacientka od rána edukována a informována, jaké činnosti se budou konat během dne na geriatrické klinice. Je seznámena s provozem a konkrétních činností s pacientkou. Pacientka je dotazována, co všechno zvládne sama a co s dopomocí. V 7:00 je potřeba dopomoc při hygieně. V 7:40 pacientka se sama nasnídá. Je však nutné zkontrolovat, jaké množství snědla. Má zvláštní diabetický režim, který se musí hlídat. Kontrola spolknutí léků. V 10:30 probíhá rehabilitace. Pacientka je schopná se s fyzioterapeutkou v chodítku postavit a přesunout se na WC křeslo opět s dozorem. Vše je zapsáno do ošetrovatelské dokumentace. Na lůžku se polohuje samostatně bez pomoci a dozoru. V 11:30 se sama naobědvá, opět je nutná kontrola nad příjmem. Medikace polední je zkonsumována pod dozorem všeobecné sestry. Odpolední rehabilitace probíhá kolem 14:00 hodiny ve stejné sestavě. Pacientka cítí únavu. Poté usíná. V 16:00 přichází rodina a pacientku aktivizuje. Pacientka se zdá být komunikativní a čilá. V 18:00 probíhá večeře a následně večerní hygiena s dopomocí. Pacientka je ale samostatnější. Vše je zapsáno do ošetrovatelské dokumentace a odpovězeny dotazy od pacientky.

Dne 18.9.2016 pacientka ranní hygienu zvládla jen s minimální pomoci. Sebepéče v tomto ohledu se zlepšuje a pacientka dbá na svůj vzhled. Dozor nad jídlem je minimální. U pacientky se zlepšila chuť k jídlu. Pacientka se během dne sama bez pomoci přesouvá na WC křeslo. Rehabilitace probíhají dvakrát denně a fyzioterapeutka s pacientkou provádí kroky v chodítku po pokoji. Pacientka se aktivně účastní muzikoterapie a canisterapie. Vše je následně zapsáno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý a dlouhodobý cíl byl v tomto případě splněn. Tělesný komfort a rozsah pohybu je značně lepší. Pozitivní dopad to má i na pacientovu psychiku.

2.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ

Pacientka ve věku 85 let byla hospitalizována na geriatrické klinice po dobu tří měsíců pro inzulinom a progresí srdečního selhávání. V prvních dnech bylo pro ni náročné přizpůsobit se novým podmínkám a prostředí. Velmi ochotný personál a spolehlivá rodina pacientku informovali o celkovém dění a jednotlivých činnostech. Její celkový stav se zlepšil. Ve třech diagnózách, které jsme zaznamenali byl splněn krátkodobý i dlouhodobý cíl. Bolest pacientky ustala a medikace byla přizpůsobena. Integrita tkáně je bez infekce a známek zarudnutí. Snížená tělesná pohyblivost se v rámci rehabilitace a aktivizačního cvičení a stravovacímu i medikamentózního režimu napravila a byla vyhodnocena kladně. Nyní již pacientka sama zvládne přesun na WC křeslo a bez pomoci se nají. Její psychický stav se zlepšil, což mělo dopad i vůli zlepšovat se v dalších ohledech. Poučila jsem se a získala cenné zkušenosti jak s takovými pacienty jednat a spolupracovat a jak je v dalších krocích motivovat a vést k lepším výkonům.

3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Hospitalizace takové pacienta vyžaduje specifický režim a chování. Pacient v pokročilém důchodovém věku s mnohými diagnózami přičemž hlavní je inzulinom bývá velmi ojedinelý a jeho léčba se musí mnohému přizpůsobit. Je komplikovaná a dlouhodobá. V tomto věku je velmi riskantní přejít k chirurgickému výkonu, mnohdy proto bývá léčba závislá na farmakologickém přístupu. U této konkrétní pacientky byl zpracován ošetrovatelský proces se stanovením diagnóz. Na mnohé tak poukazuje. Čerpali jsme z lékařské, ošetrovatelské dokumentace, z pozorování a vyšetření, z rozhovorů s pacientkou a rodinou. Bylo by vhodné a prospěšné na základě těchto poznatků poukázat na doporučení pro zdravotnický personál a pacienty s inzulinomem a jejich rodiny.

Doporučení pro zdravotnický personál

- Vzdělávat a získávat nové poznatky o inzulinomu a jeho projevům a léčbě
- Spolupracovat s ostatním zdravotním personálem a sdílet své vědomosti
- Smysluplně a se zájmem předávat informace a edukovat pacienty
- Dodržovat a plnit ordinace lékaře
- Motivovat pacienty k nelehkým činnostem
- Být soustředěný, empatický a rozhodný vůči pacientovi
- Být schopný projevovat zájem a podporu pacientovi

Doporučení pro pacienta

- Nepodceňovat své síly, schopnosti a bolest
- Preventivně docházet na kontroly k doktorům
- Ihned při počátečních příznacích vyhledat lékařskou pomoc
- Pokračovat v léčbě do konce
- Být aktivní a mít vůli pečovat o sebe a své zdraví
- Dodržovat postupy a rady zdravotního personálu
- Včas oznamovat defekty a nefunkčnosti

Doporučení pro rodinu

- Zachovat trpělivost a loajálnost
- Pacienta motivovat a podporovat
- V domácím prostředí vytvořit vhodné podmínky, fyzicky nezatěžovali

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo seznámit se s diagnózou inzulinomu a to na konkrétním pacientovi. Co taková nemoc obnáší. Zpracovat možné teoretické údaje a následně vypracovat ošetrovatelský proces právě o takto specifickém a ojedinělém onemocnění. Poskytnout ucelený soubor informací o inzulinomu a jeho chování v lidském organismu. Důležitý je čas. Vědět, co přináší a jak se projevuje, co nejdříve ho podchytit a začít radikálně léčit. Celá léčba může být velmi psychicky i fyzicky náročná.

Cílem teoretické části bylo seznámit se s neuroendokrinními nádory, jejich charakteristiku a chování. Následně přiblížit klinické symptomy inzulinomu. Objasnit jeho typické projevy a jejich funkci v lidském organismu. Poukázat na druhy vyšetřovacích metod, kterými se dá inzulinom najít a vyhodnotit. Následně ho umět vyléčit buď radikálně chirurgickou resekcí nebo přistoupit ke konzervativnímu řešení. Definovat přesné typické léčebné postupy a jejich zavádění v praxi.

Cílem praktické části bylo posbírat všechno dostupné informace u konkrétního pacienta a to pomocí lékařské, ošetroující dokumentace, fyzikálním vyšetřením, rozhovory. Tyto informace následně zpracovat do ošetrovatelského procesu pomocí ošetrovatelské dokumentace Majory Gordon a určit a vyhodnotit ošetrovatelské diagnózy dle dle Taxonomie II NANDA 2012 – 2014. Na konci byly individuálně zhodnoceny potřeby pacienta a doporučení pro praxi jak pro zdravotnický personál, tak i pro pacienty jejich rodiny a širokou veřejnost.

Cíl práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BURDA, Lukáš, [2007]. *Kazuistiky v diabetologii*. Krnov:Roč. 5, č. 1, s. 42-44. [cit. 2016-16-11]. ISSN: 1214-231X.
- CIBIČKOVÁ, Ľubica a kol, 2014 [online]. *Interní medicína pro praxi*. FN Olomouc, 3. interní klinika - nefrologická, revmatologická, endokrinologická. [cit. 2016-16-11] ISSN: 1212-7299; 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>
- ČEŠKA, Richard a kol., 2015. *Interna – učebnice medicíny*. Praha. ISBN 97-88-0738-78-856.
- DRBALOVÁ, Karolina a kol, 2016 [online]. *Vnitřní lékařství*. Interní ambulantní oddělení Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN – Vojenská fakultní nemocnice Praha. [cit. 2016-16-11]. ISSN: 0042-773X; 1801-7592. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/mnohocetna-endokrinni-neoplazie-i-wermeruv-syndrom-formy-klinicke-manifestace-5-kazuistik-59265>
- ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.
- FRYŠÁK, Zdeněk. KARÁSEK, David, 2016 [online]. *Vnitřní lékařství - III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc*. [cit. 2016-16-11]. ISSN: 0042-773X; 1801-7592. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/hypoglykemie-jako-symptom-maligniho-onemocneni-v-dospalem-veku-58994>
- GABALEC, Filip a kol. *Lékařské zprávy Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové*: 2007. ISSN: 0457-4206
- LÜLLMANN, Heinz a kol. *Farmakologie a toxikologie*. Praha:Grada 2004. ISBN: 978-80-247-0836-2.
- MOUREK, Jindřich. *Fyziologie – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. 208 s. ISBN 978-80-247-1190-4.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

POMAHAČOVÁ, Renata a kol. *Vox pediatryae : časopis praktických dětských lékařů*. Plzeň: 2015. ISSN: 1213-2241

SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. VORLÍČEK, Jiří. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 361 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

STARÝ, Karel, 2012 [online]. *Vnitřní lékařství*. Endokrinologické pracoviště Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice. [cit. 2016-16-11] ISSN: 0042-773X; 1801-7592. Dostupné z: <http://neuroendokrinni-nadory.cz/pro-odborniky/somatuline-bulletin/>

SVATONĚ, Roman. *Využití přípravku TachoSil v neurochirurgii, hrudní a břišní chirurgii: vybrané kasuistiky*. Nycomed:2009. ISBN: 978-80-87135-13-6

ŠKRHA, Jan, 2009 [online]. *Časopis lékařů českých*. 3. interní klinika 1. Lf Uk a VFN, Praha: 2009. ISSN: 0008-7335; 1805-4420. Dostupné z: <http://neuroendokrinni-nadory.cz/pro-odborniky/somatuline-bulletin/>

TOMÁŠEK, Jiří a kol. *Onkologie- minimum pro praxi*. Praha: Axonite, 2015. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

VORLÍČEK, Jiří. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN-10: 80-247-1716-6.

ZAMRAZIL, Václav a kol, 2007, [online]. *Neuroendokrinní tumory – interní medicína pro praxi*. Praha. ISSN 1212-7299; 1803-5256. [cit. 2016-16-11]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/11/08>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – Rešeřší protokol	II
PŘÍLOHA B – Čestné uznání	III

PŘÍLOHA A - Rešeršní protokol

Jméno: Hana Eiglová

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s inzulinomem

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

inzulinom – ošetrovatelská péče – ošetrovatelský proces

Klíčová slova angličtina:

Insulinoma – Nursing

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

U českých zdrojů: 2006-2016

U zahraničních zdrojů: 2006-2016

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 31 (knihy: 1; články a abstrakta: 30)

Zahraníční zdroje: záznamů: 42

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: bursky@nlk.cz

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
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