

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TATIANA LAZUTKINA

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

TATIANA LAZUTKINA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



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

Lazutkina Tatiana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

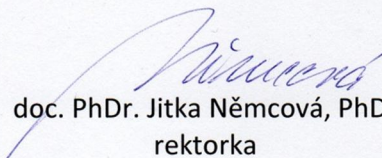
Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou

Case Report of a Patient with Acute Pancreatitis

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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 doc. PhDr. Jitce Němcové PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podněty, připomínky a pomoc při jejím zpracování.

ABSTRAKT

LAZUTKINA, Tatiana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 59 s.

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje onemocnění akutní pankreatitida. U akutní formy pankreatitidy je popsána charakteristika onemocnění, jeho etiopatogeneze, komplikace, klinické projevy, diagnostika a léčba. Dále je popsána specifika ošetrovatelské péče u pacientů s daným onemocněním. Praktická část bakalářské práce je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s akutní pankreatitidou. V této části je popsán konkrétní případ jedince jsou uvedeny problémy pacienta, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský cíl, výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace a na závěr je vyhodnoceno splnění či nesplnění stanovených ošetrovatelského cíle.

Klíčová slova

Akutní pankreatitida. Dietní režim. Ošetrovatelství. Ošetrovatelská proces. Pankreatitida.

ABSTRACT

LAZUTKINA, Tatiana. *Case Report of a Patient with Acute Pancreatitis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2017. 59 pages.

The theme of this thesis is case report of a patient with acute pancreatitis. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part focuses on the acute pancreatitis. The acute form of pancreatitis is described into characteristics, etiopathogenesis, complications, clinical symptoms, diagnostics and treatment. The second part describes a specifics of nursing care for the patients with the pancreatitis. The practical part of this thesis is focused on nursing process for patient with acute pancreatitis. In this part is described a specific case of an individual patient and his issues, which are later on processed into an actual and potential diagnoses by NANDA I. Taxonomi II. 2015-2017. At selected diagnoses we set a short-term and long-term goal, final criterias and create nursing intervention plan, his realization and summerization of either completion or failure of selected goals.

Keywords

Acute pancertitis. Pancreatitis. Nursing. Nursing proces. Diet.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	
ÚVOD.....	10
1 CHARAKTERISTIKA A VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ....	12
2 ETIOPATOGENEZE.....	13
3 KLINICKÝ OBRAZ.....	14
4 KOMPLIKACE	15
5 DIAGNOSTIKA.....	17
5.1 Laboratorní vyšetření	17
5.2 Zobrazovací metody	18
5.3 Diferenciální diagnostika	19
6 LÉČBA	21
6.1 Konzervativní léčba.....	22
6.2 Endoskopická léčba	23
6.3 Chirurgická léčba	24
6.3.1 Terapie pankreatické nekrózy	24
6.3.2 Terapie abscesu a pseudocyst	25
6.3.3 Chirurgické výkony na biliárním systému	26
7 VÝŽIVA	27
8 SPECIFIKA OŠETŘEVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	29
9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	30
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
PŘÍLOHY.....	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CVK	centrální venózní katetr
D	dechová frekvence
DK	dolní končetina
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
HK	horní končetina
ICHS	ischemická choroba srdeční
i. v.	intravenózní
JIP	jednotka intenzivní péče
p. o.	per orální
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	permanentní žilní katetr
P	puls
RTG	rentgenové vyšetření
s.c.	subkutánní
SpO₂	saturace krve kyslíkem
St.P.	statust post
TK	tlak

TTteplota

FRfyziologický roztok

USGultrasonografie

v.vena

(VOKURKA a kol., 2015), (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2017)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkáně

Anikterický – bez přítomnosti žloutenky ikteru.

Aseptický – bez přítomnosti mikroorganismů, sterilní

Amyláza – enzym štěpící škroby na jednodušší cukry

Biliární – týkající se žlučového systému

Drenáž – odstraňování tekutiny z ran po úrazu, operaci

Epigastrium – nadbříšek

Choledocholitiáza – přítomnost žlučových kamínků ve žlučovodu

Izokorický – stejně velké zorničky

Leukocytóza – chorobné zmnožení bílých krvinek

Lipáza – enzym rozkládající tuky na glycerol a mastné kyseliny

Nauzea – subjektivní pocit nevolnosti

Oddiho sfinkter – svěrač uzavírající společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu do dvanáctníku duodena

Pankreatitida – zánětlivé onemocnění slinivky břišní

Resekce – odstranění části nebo celého orgánu

Tachykardie – zvýšená tepová frekvence

(VOKURKA

a

kol.,

2015)

ÚVOD

„Být nemocen, to je událost, která se týká celého člověka. Protože nemůže být pochopena jen z dílčích diagnostických nálezů“

W. Ninow

Škála gastrointestinálních onemocnění je velice široká a jejich výskyt stále stoupá. Pankreatitida je zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které se podle délky trvání dělí na akutní a chronickou formu. Akutní pankreatitida patří k náhlým příhodám břišním a může skončit smrtí nebo způsobit vážné dlouhodobé komplikace. Letalita se u tohoto onemocnění pohybuje v rozmezí 15-20 %. Prevencí vzniku tohoto onemocnění je dodržování zdravého životního stylu, omezení konzumace alkoholu a tučných jídel (ŠPIČAK a kol.,2008).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje onemocnění akutní pankreatitida. Popisuje charakteristika onemocnění, jeho etiopatogeneze, komplikace, klinické projevy, diagnostika a léčba. Dále popisuje specifika ošetrovatelské péče u pacientů s daným onemocněním.

Cílem praktické části bakalářské práce je vytvoření ošetrovatelskému procesu u pacienta s akutní pankreatidou. V této části jsou uvedeny problémy pacienta, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský cíl, výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace a na závěr je vyhodnoceno splnění či nesplnění stanovených ošetrovatelského cíle.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Získat informace o onemocnění akutní pankreatitida.

Cíl 2: Uvést čtenáře do problematiky péče o pacienta s daným onemocněním.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vytvořit ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatidou a stanovit ošetrovatelské diagnózy.

Cíl 2: Přiblížit problematiku onemocnění akutní pankreatitida především z hlediska náročnosti ošetrovatelské péče.

Vstupní literatura

1. ŠPICÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.
2. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
3. NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
4. NĚMCOVÁ, Jitka. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou, proběhlo v časovém období listopad 2016 až březen 2017. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Theses (databáze vysokoškolských prací), katalog Národní lékařské knihovny (Medvik), online katalog NCO NZO, jednotná informační brána a souborný katalog ČR.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: pankreatitida, akutní pankreatitida, ošetrovatelství, ošetrovatelský proces a dietní režim. V jazyce anglickém byly těmito slovy: pancreatitis, acute pancreatitis, nursing, nursing proces, diet.

1 CHARAKTERISTIKA A VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ

Pankreatitida patří mezi onemocnění zažívacího traktu, nebo přesněji řečeno, slinivky břišní.

Akutní pankreatitida je akutní zánět slinivky břišní, který vzniká zvýšením koncentrace trávicích enzymů, především lipázy, které vyvolávají samonatravení slinivky břišní těmito vlastními enzymy. Začíná z plného zdraví, většinou velice prudce. Akutní zánět slinivky postihuje nejen vlastní žlázu, ale často i okolní tkáně a orgány. Patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní. Může vyústit do multiorgánového selhání a skončit smrtí nemocného. Vzniká po vyvolávajícím impulzu (alkohol, dietní chyba). Skoro vždy, i po těžkém průběhu, dojde k úpravě funkcí pankreatu. Onemocnění zcela výjimečně přechází do chronického stadia (ROKYTA a kol., 2008).

Výskyt tohoto onemocnění má vzestupný charakter, který souvisí se změnami v životosprávě obyvatelstva. Celkově není rozdílů mezi muži a ženami, avšak akutní pankreatitida způsobená žlučovými kameny je častější u žen, u mužů zase dominuje akutní pankreatitida způsobená alkoholem (LUKÁŠ a kol., 2007),(NAVRÁTIL a kol., 2008).

„Incidence akutní pankreatitidy se pohybuje mezi 11–23 případy/100 000 obyvatel/rok. Přibližně ve 20 % jde o těžký tvar (hemoragicko-nekrotická AP) a 80 % případů představuje lehká forma“ (LUKÁŠ a kol., 2007 s.151).

2 ETIOPATOGENEZE

Akutní pankreatitida má široké spektrum příčin. Nejčastější příčinou akutní pankreatitidy je choledocholithiaza. Jde o biliární etiologii, kdy žlučový konkrement, nádor nebo anomalie (stenóza-zúžení) způsobí obstrukci Vaterovy papily nebo kompresi pankreatických vývodů. To brání odtoku pankreatické šťávy do duodena. Ve slinivce se tak zvýší koncentrace lipáz, které vyvolají autodigesci (samonatravení) tkáně. V důsledku poškození lipázami a žlučí vznikne edém až nekrózy a zánět (MAČÁK a kol., 2012).

Hned za choledocholithiazou následuje nadměrná konzumace alkoholu. „Alkoholická akutní pankreatitida se rozvíjí u 10% chronických alkoholiků po 10-20leté pravidelné konzumaci alkoholu“ (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007, s.157).

Existuje celá řada léčiv, které mohou vyvolat akutní záchvat slinivky břišní. Vyvolávají ho některá antibiotika, diuretika, cytostatika a hormonální přípravky. Příčina akutního zánětu slinivky břišní může být i traumatická, následkem tupého poranění slinivky břišní, kdy bývají obvykle poraněny i další orgány břišní dutiny.

Akutní pankreatitidu může vzniknout také z iatrogenních důvodů. Při ERCP vyšetření nebo biopsii může být tkáň slinivky nechtěně podrážděná a odstartovat záchvat pankreatitidy (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Další častou příčinou bývá vážná dietní chyba způsobená především tučnou stravou. Mezi další rizikové faktory patří vrozené anomálie slinivky, divertikly dvanáctníku, hyperkalcemie, hyperlipidemie. Pankreatitidu vyvolávají i některá virová a bakteriální onemocnění. Asi u 15 % nemocných není etiologie tohoto onemocnění objasněna (ŠPIČÁK a kol., 2008).

3 KLINICKÝ OBRAZ

Akutní pankreatitida je onemocnění široké škály závažnosti. Podle průběhu můžeme chorobu rozdělit na lehkou a těžkou formu. Lehká forma je edematózní, bez nekróz a v 80 % dobře reaguje na konzervativní léčbu.

Zásadním klinickým příznakem při akutní pankreatitidě je neustupující silná bolest v oblasti středního epigastria, která se šíří do zad, podbřišku a podžebří. Pacienti zaujímají úlevovou polohu „na všech čtyřech“. Bolest může přetrvávat několik hodin až dnů (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Již v raném stádiu dochází ke zvýšené pohotovosti k trombózám a mohou se objevovat známky pleurální iritace a změny na elektrokardiogramu.

U závažnějších případů se vyskytují symptomy peritoneálního dráždění, nauzey, kolikovitě bolesti a auskultačně je zřejmá porucha pasáže. Bolest je často doprovázena zvracením (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Mohou se objevovat červenofialové skvrny (*tzv. Cullenovo znamení*) nebo fialové skvrny v oblasti třísel a hypogastriu v důsledku průsaku krve z retroperitonea (*tzv. Greyovo-Turnerovo znamení*). K běžným příznakům patří ikterus, subikterus a febrilie s třesavkou.

Při nepříznivém průběhu se mohou objevit známky selhání orgánů: respirační insuficience, renální selhání, oběhová nestabilita. Dále může docházet k rozvoji DIC společně s krvácením do trávicího ústrojí. Při příznivém průběhu během třetího nebo čtvrtého dne dochází k obnově střevní pasáže, což se projeví jako jednorázová vodnatá stolice, kdy dochází k akumulaci sekvestrované tekutiny do střev (KEIL, 2012), (ZADÁK, HAVEL, 2007).

V případě velmi závažných stavů se objevují známky šoku a dochází k rozvoji oběhového selhání (tachykardie, hypovolémie, dušnost a hypotenze) (ŠPIČÁK a kol., 2008).

4 KOMPLIKACE

Akutní pankreatitida obvykle probíhá ve shodě se změnami ve slinivce. Takovými změnami jsou nekrózy, při kterých dochází k jejímu častému infikování. Infekce má nepříznivý vliv na celkový průběh onemocnění a je indikací k chirurgické léčbě. Zdrojem infekce je jakékoliv infekční ložisko, které se v těle nemocného dále šíří a může být přímé, lyzogenní či hematogenní. V případě pankreatitidy se infekce šíří ze střev, ledvin či žlučových cest (ZADÁK, HAVEL, 2007).

Další komplikaci představuje pankreatický absces, který vzniká z kolekce tekutiny nebo ze subakutní pankreatické nekrózy. Infekce bývá zpravidla charakterizovaná větším počtem mikroorganismů, avšak bakteriální spektrum odpovídá spíše aerobní střevní mikroflóře. U abscesu i u infikované nekrózy se vyskytují bolesti břicha, leukocytóza, febrilie až subfebrilie. Diagnóza je určována na základě počítačové tomografie, která zhodnotí mimo jiné anatomickou souvislost. Léčba abscesu je chirurgická intervence. Pacientovi jsou současně podávána antibiotika, která musí být účinná vůči předpokládaným patogenům (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Vznik cyst představuje další komplikaci během akutního zánětu slinivky. Cysty jsou tvořeny koncentrací pankreatického sekretu, ohraničeného neepitelizovanou fibrózní či granulační tkání. Obsah cyst může být tmavě zbarvený, bělavý nebo čirý, který je původně sterilní, ale může být i kontaminován. Cysty se mohou objevovat v jakékoliv části slinivky, ale i v jejím okolí. Hlavním symptomem je především tupá bolest v oblasti pupku. Mezi další symptomy patří ileus, ikterus, úbytek na váze, zvracení a nauzea. Cysty o větších rozměrech mohou být hmatatelné a mohou způsobovat zevní útlak trávicí trubice.

Další komplikaci může představovat vnitřní píštěl, vznikající ze zasaženého menšího pankreatického vývodu. Vnitřní píštěl vzniká zpravidla v důsledku alkoholické pankreatitidy a může pronikat do retroperitonea, peritonea, a také do pleurální dutiny. Diagnóza je stanovena na základě vyšetření peritoneálního ascitu nebo pleurálního výpotku, ve kterém je stanovena zvýšená hladina amyláz. Léčba probíhá konzervativním způsobem. Je potřeba zavést nasogastrickou sondu a vyloučit perorální příjem. Pacientovi je nasazena totální parenterální výživa. Chirurgickou léčbu lze

indikovat až v momentě selhání léčby konzervativní (KOSTKA, 2006), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Častou komplikací představuje mobilizace tekutiny v oblasti slinivky, která není ohraničená a vyskytuje se téměř u 50 % všech nemocných, kteří trpí akutní pankreatitidou. Tato tekutina však ve většině případů samovolně regreduje, v opačném případě se mění v cystu (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Krvácivé komplikace akutní pankreatitidy jsou poměrně vzácné, avšak jejich letalita je poměrně vysoká. Pankreatické aktivované enzymy způsobují narušení cév a způsobují krvácení do slinivky nebo do omentální burzy, příčného tračníku nebo do retroperitonea. Další komplikací je vznik pseudoaneuryzmatu. Jedná se o velmi závažný stav s nepříznivou prognózou. Projevem akutního krvácení je hemoragický šok, vzednutí břicha a náhlé zhoršení bolestí v oblasti epigastria. Při prudkém krvácení se provádí Laparotomie. K neodkladné operaci je však nutné přistoupit jen u části nemocných. Optimální postup představuje cílená angiografie s transkatetrální embolizací místa krvácení a až následně operace (ŠPIČÁK a kol., 2008), (LATA a kol., 2010).

5 DIAGNOSTIKA

Východiskem pro správné určení diagnózy je důkladné fyzikální vyšetření a anamnéza. Součástí anamnézy je životní styl pacienta, jeho současné problémy, výskyt onemocnění u členů v rodině, úrazy a prodělaná onemocnění (KOSTKA, 2006).

Pacient je dotazován na stravu, na zátěž alkoholem, jestli se někdy v minulosti léčil pro biliární problémy a co předcházelo danému onemocnění. Součástí diagnostiky je rovněž fyzikální vyšetření pacienta. Lékař vyšetřuje pacienta pohmatem (palpace), poslechem (auskultace), poklepem (perkuse) a pohledem (inspekce).

Při vyšetření daného pacienta asistuje lékaři všeobecná sestra. Pohledem hodnotí celkový stav pacienta, jeho polohu a stav výživy. Dále hodnotí barvu kůže, její napětí, jizvy, hematomy a případné kýly. Lékař provádí poklep břicha pomocí dvou prstů jedné ruky na článek prstu druhé ruky. Při poklepu rozeznáváme poklep bolestivý, zkrácený, temný a bubínkový. Pacient, kterého lékař vyšetřuje pohmatem, leží na zádech a má pokrčená kolena. Při pohmatu hodnotí lékař velikost orgánů a všímá si patologických rezistencí a svalového napětí pacienta. Prostřednictvím poslechu hodnotí lékař střevní peristaltiku. Fyzikální vyšetření zahrnuje také vyšetření per rektum. Lékař provádějící vyšetření sleduje kromě patologické rezistence také bolestivost konečníku a příměsí, nacházející se ve stolici (KOHOUT a kol., 2007).

5.1 Laboratorní vyšetření

Podstatná jsou rovněž laboratorní vyšetření, během kterých provádí všeobecná sestra pacientovi odběr moči a krve. Pacient je před odběrem krve informován sestrou o úkonu. Odběr krve se provádí do předem označených a nachystaných zkumavek, aby nedocházelo ke zkreslování výsledků. Nejdříve je odebírána krev k biochemickým a ke koagulačním vyšetřením. Sestra provádí odběry zpravidla nalačno. Zkumavky, obsahující protisrážlivý roztok, se nesmí po odběru krve třepat a převracet. U pacientů s pankreatitidou se v krevním obrazu často nachází leukocytóza; při obstrukci žlučových cest bývají zvýšeny jaterní testy; přítomnost C reaktivního proteinu je signálem zánětu; na základě hodnoty iontů je posuzován stav vnitřního prostředí; kreatinin a urea nám podávají informaci o funkci ledvin; albumin, celková bílkovina

a krevní plyny nás informují o stavu výživy pacienta; dochází ke zvýšení glykemie a pankreatických enzymů (lipáza a amyláza), vyskytující se i v moči (NAVRÁTIL a kol., 2008).

5.2 Zobrazovací metody

K určení diagnózy jsou často používány i některé ze zobrazovacích metod, jež nás informují o rozvoji onemocnění. Nejběžněji se užívá sonografie společně s nativním RTG snímkem břicha. Na RTG je patrná velká plynatost zejména v oblasti příčného tračníku. V případě vyšetření pomocí ultrazvuku se využívají vysokofrekvenční zvukové vlny, umožňující zobrazit tělesné struktury. Jedná se o neinvazivní způsob vyšetření za použití vodivého gelu a sondy a před samotným vyšetřením by měl být pacient nalačno (ZADÁK, HAVEL, 2007).

V případě nedostatečného zobrazení slinivky pacienta rozhoduje doktor o provedení počítačové tomografie, umožňující zobrazit anatomické struktury v několika vrstvách a zachytit tak rozsah pankreatitidy. Všeobecná sestra poučí pacienta před samotným úkonem o způsobu jeho provedení a nezbytnosti, aby byl pacient při vyšetření nalačno. V případě, že bude provedena CT s kontrastní látkou, musí být hodnoty kreatininu a urey pacienta v normě a to z důvodu, že by mohlo dojít k poškození ledvin pacienta v důsledku použité kontrastní látky v případě, že budou zvýšeny laboratorní hodnoty u těchto renálních parametrů. Pacientům, kteří perorálně užívají antidiabetika obsahující látku Metformin, je předepsán inzulin a to v důsledku nefrotoxického působení kontrastní látky ve vztahu k diabetické nefropatie, kdy se během pravidelných kontrol hodnot glykemie neužívají antidiabetika dva dny před a dva dny po vyšetření. Na základě lékařského vyšetření podává všeobecná sestra pacientovi před samotným úkonem antihistaminika jako prevenci na možnou alergickou reakci na použitou kontrastní látku. Pacient by měl mít pro podání dané kontrastní látky zavedenou kanylu (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Mezi další specifická vyšetření žlučových cest a pankreatu patří ERCP neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, která je zpravidla indikována do 48 hodin od počátku onemocnění. Před samotným výkonem je pacient lékařem informován o výkonu a možných komplikacích, které mohou nastat. Následně

podepíšu informovaný souhlas. Pacient je všeobecnou sestrou poučen o tom, aby byl před samotným vyšetřením 6 až 8 hodin lačný. Pacient ráno malým množstvím vody zapije předepsané léky, zejména antihypertenziva a kardiotonika. Všeobecná sestra zajistí před vyšetřením žilní vstup. Na vyšetření si pacient s sebou přinese výsledky jaterních testů, koagulací, lipázy a amylázy. Na základě ordinace lékaře podává sestra před samotným úkonem pacientovi premedikaci.

Vyšetření je terapeutické i diagnostické, kdy může být odstraněn konkrement ze žlučových cest, aby došlo k odstranění biliární příčiny akutního zánětu slinivky. Po vyšetření jsou pacientovi podávány tekutiny intravenózně a nemůže přijímat nic per os. Odpoledne provede všeobecná sestra kontrolní odběr krve a na základě výsledků může pacient začít přijímat tekutiny per os (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Jako zobrazovací metodu lze k diagnostice využít také tzv. magnetickou rezonanci, která upřesňuje samotný nález a dokáže zobrazit možná nádorová ložiska v těle. Magnetická rezonance funguje tak, že dojde k zmagnetizování vodíkových jader v daném organismu a na základě toho lze pak odlišit patologickou tkáň od zdravé. Před samotným vyšetřením musí pacient odložit veškeré kovové věci, kdy kontraindikaci představuje například kardiostimulátor pacienta. Vyšetření trvá přibližně 30 minut. Sluch pacienta je chráněn sluchátky s hudbou nebo špunty do uší a oči musí mít po celou dobu trvání úkonu zavřené (NAVRÁTIL a kol., 2008).

5.3 Diferenciální diagnostika

Diagnostikování akutního zánětu slinivky může být značně obtížné, protože je vždy nezbytné diferenciatně odlišit celou řadu jiných onemocnění, jež mohou napodobovat příznaky akutní pankreatitidy.

Bolesti v oblasti břicha, totožné jako v případě pankreatitidy, se mohou vyskytovat i u celé řady jiných onemocnění. Jedná se zejména o onemocnění gastrointestinálního traktu, jako je například perforace střeva, akutní apendicitida, perforovaný peptický vřed, mimoděložní těhotenství nebo nemoci žlučníku (cholangitida, cholecystitida) apod. V případě těchto patologických stavů se může u pacienta vyskytovat také zvýšená hladina amylázy, která diagnostiku opět znesnadňuje. Jelikož mohou být podobné bolesti zaznamenány nejen u onemocnění

gastrointestinálního traktu, ale také v případě pneumonie či infarktu myokardu, musí být pacient, který trpí akutními bolestmi břicha bezodkladně vyšetřen (ŠPIČÁK a kol., 2008).

6 LÉČBA

Léčba akutního zánětu slinivky závisí na zjištěném rozsahu tohoto onemocnění. Lehkou formu zánětu slinivky, vyskytující se přibližně u 80 % pacientů, lze snadno zvládnout endoskopickou či konzervativní léčbou. Ošetrovatelská péče a léčba pacienta při nekrotizující pankreatitidě je poměrně obtížná, prognóza bývá nepříznivá a mnohdy končí smrtí pacienta. Zatímco se dříve úmrtnost pacientů postižených akutním zánětem slinivky pohybovala okolo 50 %, za posledních dvacet let se úmrtnost snížila na 10 až 30 % a to především v důsledku zlepšujících se možností léčby tohoto onemocnění. Pacienti s akutním zánětem slinivky, bývají na základě celkového stavu zpravidla hospitalizováni na jednotce intenzivní péče (KOSTKA, 2006).

Lékaři nejdříve přistupují ke konzervativnímu způsobu léčby. Pacient nemůže přijímat nic per os a všeobecná sestra zavede na základě vyšetření doktora nasogastrickou sondu, která umožní odtok žaludečního obsahu. Pacientovi je podáváno velké množství tekutin, které mu jsou společně s výživou podávány centrálním žilním katétrem. Blíže o konzervativní léčbě v kapitole 6.1.

V případě pacientů, kteří trpí akutní biliární pankreatitidou, se indikuje endoskopická léčba. Pomocí endoskopické papilosfinkterotomie dochází k uvolňování odtoku žluče a k odstranění konkrementů z oblasti žlučovodu. Endoskopická papilosfinkterotomie tvoří součást ERCP, a z tohoto důvodu se role všeobecné sestry před úkonem a po něm, shoduje s ošetrovatelskou péčí po ERCP. Velmi podstatnou úlohu zde hraje kromě kontroly životních funkcí pacienta také kontrola krvácení v oblasti gastrointestinálního traktu, které se může projevit melénou, enteroragií nebo poklesem krevního tlaku (NAVRÁTIL a kol., 2008).

K operaci přistupuje lékař až v momentě, kdy nastanou komplikace jako je například septický stav, nekróza, symptomatická pankreatická pseudocysta či pankretický absces.

Chirurgický zásah akutního zánětu slinivky je spojen s vyšší mírou úmrtnosti. Druh operace je lékařem volen dle nálezu. Lékař se rozhoduje mezi tím, jestli provede totální pankreatektomií nebo derivaci žluči T-drénem, punkci abscesu pod CT nebo ultrazvukem, levostrannou hemipankreatektomií s drenáží, digitiklasií neboli vydrolení

nekrotických hmot s drenáží, popřípadě proplachovou drenáž do burza omentalis. Mnohdy je potřeba provést opakované revize (KOHOUT a kol., 2007).

Důležitou roli při léčbě akutního zánětu slinivky hraje také ošetřovatelská péče o daného pacienta. Přibližně 20 % případů akutního zánětu slinivky může přecházet až do chronického stavu (SVAČINA a kol., 2008).

Další důležitou součástí terapie je léčba bolesti. Pacientovi jsou podávány anodyna (fentanyl) a spasmolytika. Morfin je v důsledku svého efektu na Oddiho svěrač kontraindikován. Běžnou součástí komplexní terapie pacienta, který je v těžkém stavu představuje oxygenoterapie. Aby došlo k potlačení pankreatické, střevní a žaludeční exokrinní sekrece, je pacientovi podávány i. v. somatostatin popřípadě jeho analogy, inhibitory protonové pumpy nebo H₂ – blokátory. Nazogastrické odsávání se indikuje v případě vysokého ileu, žaludeční atonie nebo u neztížitelného zvracení nemocného. Z antibiotik jsou voleny ciprofloxacin popřípadě cefalosporiny třetí generace, které jsou podávány intravenózně. V současné době se dříve doporučované užívání tetracyklinových antibiotik považuje za nevhodné.

Nepostradatelnou součástí terapie je rovněž nutriční podpora pacienta. Akutní zánět slinivky je charakteristický svým extrémním hyperkatabolismem, kdy se klidový energetický výdej může zvýšit téměř o 70 %. Úplná parenterální výživa je zahájena po úpravě hypovolémie, během druhého nebo třetího dne. Jestliže se sérová koncentrace triacylglycerolů nachází v normě, mohou být součástí totální parenterální výživy rovněž tukové emulze. V případě lehčích forem akutního zánětu slinivky se perorální přívod potravy obnovuje během pátého až sedmého dne. V případě druhé fáze těžkých akutních zánětů slinivky, především s komplikacemi, uvedených níže, po obnově střevní pasáže, lze enterální výživu zahájit pomocí nazojejunální sondy (SVAČINA a kol., 2008).

6.1 Konzervativní léčba

V případě konzervativní léčby, jak již bylo řečeno, nesmí pacient přijímat nic per os a všeobecná sestra zavádí podle ordinace lékaře nasogastrickou sondu určenou pro odtok žaludečního obsahu. Veškerá výživa a tekutiny jsou pacientovi podávány centrálním žilním katétrem, parenterální cestou. Pacientovi musí být podáváno velké

množství tekutiny (cca 5–15 litrů/den), sloužící jako prevence hypovolemického šoku, všeobecná sestra měří centrální žilní tlak a kontroluje diurézu moči. Jestliže pacient trpí bolestmi, sestra mu dle předpisu lékaře podává analgetika. Pacientovi však nesmí být podáván Morphin, neboť ten může vyvolat nežádoucí spazmus Oddiho svěrače. Spazmus vytváří bariéru, která zabraňuje odtoku pankreatické šťávy a dochází tak k hromadění enzymů v oblasti slinivky čímž způsobuje nekrózu žlázy (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Pro snížení produkce pankreatické šťávy se intravenózně podávají antisekretorika popřípadě antibiotika při infekčních komplikacích. V případě šokového stavu, selhání oběhu a ledvin, se pacient připojuje na umělou plicní ventilaci a nasazuje se oxygenoterapie. V některých případech je nezbytné provést hemodialýzu, a to i opakovaně. Pacient je při zlepšení jeho stavu postupně navykán na perorální příjem potravy, odpovídající zásadám pankreatické diety (ŠPIČÁK a kol., 2008).

6.2 Endoskopická léčba

Endoskopická léčba (urgentní ERCP) se indikuje v případě akutní biliární pankreatitidy, u které jsou zjevné známky biliární obstrukce. Je nutné ji provést vždy v prvních 24 hodinách. Peritoneální laváž odstraní z dutiny pankreatický exsudát a další toxické látky, čímž se přispěje k ekvilibraci poruch vnitřního prostředí. V tomto případě je velmi důležitá úzká spolupráce gastroenterologa s chirurgem. V případě potřeby chirurgické léčby je důležité její správné načasování, neboť v rané fázi těžké akutní pankreatitidy představuje chirurgická léčba odstranění nekrotických hmot a založení dostatečné kapacitní drenáže. V minulosti se zkoušely mnohé další terapeutické postupy, od kterých se v současnosti již upustilo.

Ve fázi rekonvalescence, tzn. po obnovení perorálního přívodu potravy, dochází k podání substituční léčby pankreatickými enzymy (ŠPIČÁK a kol., 2008).

6.3 Chirurgická léčba

K chirurgické léčbě se přistupuje jedině v případě, že pacient je postižen těžkou pankreatitidou, která se vyznačuje výskytem lokálních komplikací, především infikované nekrózy slinivky. Indikace jsou kontroverzní a k chirurgické léčbě se přistupuje v případě jasně projevených peritoneálních symptomech, nebo jestliže se objevují septické komplikace, dekompenzace celkového stavu přes intenzivní léčbu.

Chirurgická léčba se zaměřuje na odstranění zdroje sepse, zejména infikované pankreatické nekrózy. Mimo infikovanou nekrózu je chirurgická léčba nezbytná i v případě dalších komplikací, jako je například krvácení nebo nekróza tlustého střeva. Terapie krvácivých komplikací je odvislá od klinického stavu daného pacienta a v případě krvácení ohrožující život, je nezbytné provedení laparotomie. V některých případech, které jsou méně závažné, je zjišťován zdroj krvácení včetně jeho možného zastavení a udržení základních hemodynamických parametrů (NAVRÁTIL a kol., 2008).

6.3.1 Terapie pankreatické nekrózy

Terapeutický postoj se ve vztahu k infikované pankreatické nekróze v průběhu let poměrně změnil, neboť v důsledku účinné ATB terapie a intenzivní terapie, může být operační řešení provedeno v delším časovém odstupu. V případě pozdějšího operačního zásahu je infikovaná nekróza slinivky částečně kolikvační, a proto je výrazněji a lépe ohraničená od zbytku okolních tkání. Problémem však zůstává správné naplánování chirurgického zásahu, neboť rozhoduje o úspěšnosti terapie. Chirurgická intervence se provádí jen v případě závažného průběhu pankreatitidy, která je zatížená vysokou mírou úmrtnosti, ať se již k operaci přistoupí nebo ne (MICHALSKÝ, 2008).

V dalších případech je upřednostňována zejména vyčkávací strategie, aby se pankreatická nekróza demarkovala. Technika, kterou se provádí operace je zaměřena na debridement, spočívající v důsledném a šetrném odstranění nekrotických tkání. Jedná se o nekrektomii, při které dochází k chirurgickému odstranění devitalizované tkáně pankreatu včetně jeho okolí s cílem maximálního zajištění funkčního parenchymu vlastní žlázy (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Odstranění nekrotické hmoty je prováděno pomocí digitoklasie, zajišťující šetrné odstranění nekróz od zbytku zdravé tkáně, neboť se provádí digitálně, pomocí prstů chirurga (ILIN, 2013).

Nekrektomii doprovází dostatečná zevní drenáž, v některých případech s uzavřenou kontinuální poplachovou laváží, zajišťující kontinuální způsob odstranění devitalizačních hmot. V nejtěžších případech je potřeba se opakovaně dostávat do břišní dutiny, a z tohoto důvodu se ponechává „open abdomen“ neboli dočasný uzávěr břišní dutiny. Tento uzávěr je pouze provizorní (např. sítíkou, fólií nebo etizipem), neboť se předpokládá chirurgická revize v dvaceti čtyř hodinových intervalech, a to až do doby, kdy bude vyjmuta veškerá nekrotická tkáň. Vlivem opakovaných manipulací dochází často k intraabdominálnímu krvácení. Nekrotická tkáň slinivky může být zcela jistě odstraněna také resekcí přístupem, který se ale v důsledku velkých ztrát i zdravé tkáně slinivky provádí velmi zřídka. Od tohoto přístupu se upouští také z důvodu vyšší pooperační letality a výrazného krvácení (MICHALSKÝ, 2008).

6.3.2 Terapie abscesu a pseudocyst

Chirurgický zásah lze v případě obvyklých místních komplikací provést u cystoidu, abscesu i stenózy duodena. Tyto komplikace se vyvíjejí až v průběhu řady týdnů a léčba se zahajuje v období klinické stabilizace. V případě pankreatických pseudocyst může docházet k jejich samovolnému ústupu, z tohoto důvodu se před chirurgickým zákrokem vyčkává přibližně šest týdnů, avšak pouze za podmínky, že se nejedná o cystoid, který se zvětšuje a který by způsoboval pacientovi bolesti či mechanické komplikace. Chirurgická léčba pankreatických pseudocyst spočívá v jejich resekcii nebo zevní či vnitřní drenáži. Z chirurgických metod se v případě ohraničených a nekomplikujících se cystoidů nejběžněji používá vnitřní drenáž a dále pak cystojejunostomie, cystogastrostomie a cystoduodenostomie. Výjimečně se provádí zevní drenáž a to zejména v případech, kdy jsou cysty infikovány nebo krvácejí. Nevýhoda spočívá ve vývoji perzistující pankreatické píštěle a maceraci pokožky. Drenážní operace mohou být vykonávány laparoskopicky, které jsou charakteristické svou menší invazivitou, a tudíž zajišťují kratší hospitalizaci pacienta a hojení ran (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Cysta může být resekována v oblasti kaudy. V současnosti jsou chirurgické zákroky zajišťující odstranění pseudocyst, nahrazeny endoskopickými metodami.

V mnohých případech se využívá perkutánní drenáž, která však není vhodná u cyst, které komunikují s pankreatickými vývody. Dále se využívá také endoskopická transduodenální nebo transgastrická drenáž prostřednictvím duodenoskopu s poměrně velkou úspěšností. Terapie abscesu slinivky spočívá buď v chirurgickém zákroku, zákroku endoskopickém nebo zákroku perkutánním. V případě nechirurgického přístupu však dochází často k jeho selhání, protože obsah abscesu není homogenní, což zabraňuje dlouhodobě efektivní drenáži. Součástí léčby je bezesporu užívání ATB s účinnosti proti možným patogenům, avšak samotná aplikace ATB bez dalšího zásahu je bezúčelná (ŠPIČÁK a kol., 2008).

6.3.3 Chirurgické výkony na biliárním systému

Po odeznění akutního zánětu slinivky a stabilizaci stavu pacienta je nezbytné vyřešit výskyt konkrémentů ve žlučniku, aby opětovně nedošlo k rozvoji zánětu slinivky z biliárních příčin. V těchto případech je indikována cholecystektomie – operativní odstranění žlučniku, která v současnosti patří mezi nejčastěji prováděné operace. Přibližně 90 % všech plánovaných cholecystektomií se v současnosti provádí miniinvazivně – laparoskopicky. Miniinvazivita je zajištěna přístupem do těla pacienta ze 3–4 vpichů, kterými se zavádí trokary a následně optika s nástroji. Jestliže nemůže být operace provedena laparoskopicky, nebo se vyskytnou kontraindikace miniinvazivní léčby, je nezbytný klasický přístup, který spočívá v pravostranném šikmém či transrektálním řezu v oblasti podžebří. Možným vstupem může být také horní střední laparotomie, tato varianta je však nejméně využívána. Drén se zpravidla zavádí do podjaterní krajiny a zajišťuje odvod krve s tkáňovým mokem. Jakmile dojde k ustání sekrece, drén se odstraní. V dnešní době se již pouze ojediněle provádí při obstrukci žlučových cest jejich revize, neboť ji poměrně úspěšně nahradila ERCP. Vstupem je opět subkostální řez, provede se choledochotomie a cholecystektomie, kdy se choledodus podélně rozřízne, což umožní jeho výplach a sondáž. Jakmile dojde k extrakci konkrémentů a sondáži také vaterské papily, zavede se do choledochu T-drén, který se vyvádí mimo břišní dutinu pacienta. Tento drén zajistí derivaci žluči (MICHALSKÝ, 2008).

7 VÝŽIVA

Časná a vhodným způsobem sestavená nutriční podpora je plnohodnotnou součástí terapie. Pro možnost zahájení nutriční podpory je nutná oběhová stabilita pacienta. Nejsou-li kontraindikace, je vhodné se pokusit o zavedení nazojejunální sondy a zahájení časně enterální výživy v doplňkové formě v prvních 24 hodinách. Parenterální výživa většinou na úvodu slouží jako plnohodnotná, ale postupně podle tolerance vyšší dávky enterální výživy, ji lze redukovat. Potřeba energetických substrátů je zvýšená a v případě podávání enterální výživy je nutno v úvodní fázi volit oligopeptidové formule, parenterální cestou je nutná kontrola tolerance příjmu sacharidů při riziku hyperglykémie a lipidů při sérové hladině triacylglycerolů nad 5 mmol/l. V případě roztoků aminokyselin je nutno dodržovat doporučené dávky v čase z důvodů možné stimulace zevně sekretorické sekrece (ZAVORAL a kol., 2007).

Pankreatická dieta v akutní fázi

Podává se po akutním záchvatu slinivky břišní a má 4 stadia. V I. stádiu se pacientovi nasazuje parenterální výživa a nic per os. Na II. stádium se přechází asi po třech dnech prvního stádia. Podáváme čaj, sacharidové potraviny, hlenové polévky, odvary z vloček, odvar z rýže nebo z ovesných vloček, vodová bramborová kaše, starší pečivo, mrkvové pyré. Ke konci stádia můžeme do jídelníčku přidat netučné mléko, jemné omáčky. Technologická úprava je kašovitá a bez koření. 12. až 15. den po akutním stavu přecházíme na III. stádium. Do jídelníčku přidáváme piškoty, jemné těstoviny, banány, ovocné šťávy, mrkev, petržel, cuketu, netučný tvaroh, kuřecí a telecí mleté maso, ryby. Technologická úprava je stále bez koření a kašovitá. IV. stádium zahajujeme 3. týden začátku onemocnění. Přecházíme na dietu s omezením tuků (KOHOUT a kol., 2007).

Dieta šetřící s omezením tuků

Základním principem diety je omezení množství příjmu tuků, toto množství by nemělo překročit hranici 60 g denně a dále je důležité v průběhu dne rozdělit si porce jídla na menších 5-6 dávek.

Dále je důležité vyhýbat se pálivým a nadýmavým potravinám, nevhodná je také konzumace alkoholu. Při přípravě jídla by se neměly používat tuky, výjimkou

je malé množství olivového oleje. Jinak se doporučuje pouze vaření a dušení nebo pečení bez použití tuku (ZLATOHLÁVEK, 2016).

8 SPECIFIKA OŠETŘEVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Pacienti s akutní pankreatitidou jsou obvykle hospitalizováni na chirurgickém oddělení nebo na jednotce intenzivní péče, ale mohou být také umístěni na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (těžké formy).

Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou je komplexní, zahrnuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči.

Časté ošetrovatelské problémy:

Akutní bolest

Riziko infekce

Snížený objem tělesných tekutin

Nauzea

Strach, úzkost

Porucha soběstačnosti

Porucha spánku

V rámci základní ošetrovatelské péče se nemocnému poskytuje pomoc při hygieně, vylučování a zajištění klidného spánku a odpočinku.

U nemocného se sleduje celkový stav, fyziologické funkce, bolest (charakter, intenzita,...), dodržování zákazu příjmu *per os*, laboratorní výsledky, invazivní vstupy (známky infekce,..), účinky léků, vyprazdňování (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (KAPOUNOVÁ, 2007).

Pacientům s akutní pankreatitidou ze začátku bývá nasazena dieta *nic per os* a parenterální výživa. Po zavedení nazojejunální sondy se postupně přechází na výživu enterální. Nazojejunální sonda musí být pravidelně polohována a převazována. Později se nasazuje dieta č. 4 s omezením tuků (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2016), (TRACHTOVÁ a kol., 2013) .

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: žena

Věk: 64

Povolání: v důchodě, brigádně pracuje jako skladnice

Stav: vdaná

Datum přijetí: 2. 9. 2016

Typ přijetí: akutní

Oddělení: Gastroenterologické oddělení intenzivní péče

Lékařská diagnóza hlavní:

K851 Akutní pankreatitida biliární etiologie

Lékařské diagnózy vedlejší:

K26 Ulcerace bulby duodena á 10 mm

J449 Chronická obstrukční plicní nemoc

G700 Myasthenia gravis

I259 Ischemická choroba srdeční

I10 Esenciální hypertenze

Vitální funkce při přijetí:

TK: 110/70 – normotenze

P: 87' – normokardie

D: 16 dechů/min – eupnoe

TT: 36,5°C – normotermie

Výška: 167 cm

Hmotnost: 87 kg

BMI: 31,2 – obezita I. stupně

Stav vědomí: lucidní

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

orientace: plně orientována místem, časem, osobou

hlas a způsob řeči: klidný, srozumitelný. Řeč je plynulá.

chápe myšlenky a otázky: plně rozumí otázkám, psanému textu

úroveň slovní zásoby: slovní zásoba dostačující, odpovídá normě. Vyjadřuje se klidně, rozvinutými větami

oční kontakt: udržuje po celou dobu rozhovoru

aktivní/pasivní: aktivní, optimista, sangvinik

Nynější onemocnění:

V srpnu po smrti otce v noci pacientka měla silné křeče a bolesti v epigastriu. Pacientka se dostavila na pohotovost a následně byla hospitalizována na interním oddělení pro akutní pankreatitidu, kde jí byla nasazena enterální výživa. Později byla propuštěna domů, kde bolesti a křeče pokračovaly. Následovala hospitalizace na chirurgickém oddělení a později překlad na gastroenterologickém oddělení intenzivní péče

Informační zdroje: zdravotnická dokumentace, lékař, rodina, pozorování

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná

Osobní anamnéza:

Thymom mediastina 2002

Hospitalizace a operace:

St.p. operačním řešením Thymomu mediastina, disp. na onkologii

St.p. hysterektomii

St.p. operačním řešením tříselné kýly

Úrazy: žádné

Transfúze: žádné

Očkování: běžné

Léková anamnéza

Seropram 20 mg tbl. p. o. v 7 hod.

Alergologická anamnéza:

Léky: Furantoin, Nalgezin

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzy: nejuje

Gynekologická anamnéza:

Porody: 2

Potraty: 0

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí s rodinou

Vztahy, role a interakce v rodině: bez narušení

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: bez narušení

Volnočasové aktivity: čtení, procházky

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: důchodce, brigádně pracuje jako skladnice

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: žádné

Posouzení současného stavu

Posouzení současného stavu je ze dne 02. 09. 2016

Dutina ústní, zuby, nos: jazyk povleklý, sliznice nosu suchá, zavedena nasogastrická sonda, trvalý chrup fyziologicky

Hlava: normocefalická, bez jizev, defektů a známek traumatu

Zrak: zornice izokorické, skléry anikterické, dalekozrakost, používá brýle na čtení, v poslední době zhoršení zraku

Sluch: šepot slyší

Krk: symetricky, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza a lymfatické uzliny nehmatné. Bez jizev, deformit a jiných abnormit

Hrudník: souměrný, jízva po sternotomii

Břicho: měkké, bolest lokalizována 2 prsty nad pupkem. Peristaltika plná. Jizvy po hysterektomii a tříselné kýle

Končetiny: HK bez otoku, symetrické; otoky obou DK, metličkovité varixy, kompenzační punčochy

Kůže: anikterická, četné hemotomy na obou HK po odebírání krve

Invazivní vstupy: trojcestná centrální žilní kanyla zavedena do v. jugularis interna sin., průchodná; arteriální linka zavedena do a. radialis, funkční. Invazivní vstupy bez známek infekce a jiných komplikací.

Vývody/cévky: permanentní močový katetr č. 14, funkční, 1. den, bez známek infekce a jiných komplikací.

Chybění části těla: tělo je celistvé, žádná část nechybí

Medicínský management

Monitoring:

Odběry: biochemie, krevní obraz, koagulace, moč + sediment

Glykemický profil 6-11-17-21

CVT 6-12-18-24

Fyziologické funkce: TK, P, TT

SpO₂ denně

Bilance tekutin

Diferenciální diagnostika:

V rámci diferenciální diagnostiky byla pacientce provedena CT a ERCP vyšetření, odebrány krevní vzorky (krevní obraz, biochemie, koagulace) a laboratorně vyšetřena moč + sediment.

Výživa:

Parenterální a enterální výživa

AIO vak 1 765 ml + 10% NaCl 40 ml, 7,5% KCl 60 ml, 13,6% KH₂PO₄ 15 ml, Ca glucon 10 ml, 10% MgSO₄ 20 ml, Cernevit, addamel i. v. v 11 hod.

Nutrisone standard fibre (34 ml/hod.) v 15 hod.

Pohybový režim: klid na lůžku z důvodu invazivních vstupů + RHB

RHB: samostatná chůze

Medikamentózní léčba:

Fraxiparine 0,8 ml s. c. v 8.00; 1,0 ml s. c. ve 20 hod.

Helicid 40 mg/100 ml FR i. v. (kape 1 hod.) v 6-14-22 hod.

Furosemid 20 mg i. v. v 8-18 hod.

Novalgín 2 ml/100 ml FR i. v. v 6-12-22 hod.

Albumin 20% 100 ml i. v. v 11 hod.

Solumedrol 40 mg/100 ml FR i. v. v 10 hod.

Metronidazol 500 mg i. v. (kape 1 hod.) v 8-16-24 hod.

Tazocin 4,5 g/100 ml FR i. v. (kape 1 hod.) v 6-14-22 hod.

Amikin 1 G/100 ml FR i. v. (kape 30 min) v 9 hod.

AIO vak 1 765 ml + 10% NaCl 40 ml, 7,5% KCl 60 ml, 13,6% KH₂PO₄ 15 ml, Ca glucon 10 ml, 10% MgSO₄ 20 ml, Cernevit, addamel i. v. v 11 hod.

Nebulizace: Atrovent 2 ml + Ventolin 1 ml + Aqua 2 ml 4x denně

Seropram 20 mg tbl. p. o. v 7 hod.

Oxazepam 10 mg tbl. p. o. ve 22 hod.

Kreon 25 000 tbl. p. o. v 7-12-17 hod.

Nutrisone standard fibre (34 ml/hod.) v 15 hod.

Proplachy NGS 60 ml aqua 4x denně

Proplach arteriální linky 500 ml FR denně

Bandáže dolních končetin (nízké)

O₂ brýlemi 1-2 l/min d. p.

Zhodnocení stavu pacienta dle diagnostických domén M. Gordon – 13 domén koncepčního modelu funkčního zdraví

02. 09. 2016

Podpora zdraví

„Nesportuji a necvičím, ale pracuji na zahrádce a chodím na procházky se psem. Nekouřím, nepiju alkohol. Snažím se své zdraví udržovat v dobrém stavu, proto pravidelně chodím na preventivní prohlídky. Myslím si, že současné onemocnění vyvolal stres ze smrti tatínka.“

Zdravotní stav v předchozím období bez potíží. Pacientka se o svoje zdraví snaží starat, ale nedodržuje zdravý životní styl. Pravidelně chodí na preventivní prohlídky a pokyny lékařů dodržuje. Během posledního roku nehody či úrazy neměla. Pacientka má vlastní chrup a 1x za rok chodí na prohlídku ke stomatologovi. O péči o chrup je plně informována a pokyny dodržuje. V domácím prostředí se stravovala nepravidelně, jedla ráda tučná a sladká jídla. Žádnou dietu nedodržovala.

Ošetrovatelský problém: Nedodržování zdravého životního stylu

Použita měřicí technika: 0

Výživa

„Já moc nejím a neobědvám. Většinou si dám něco malého, rada mlsám. Někdy mě pálí žába, ale chuť k jídlu mám pořád dobrou. Za poslední rok jsem hodně přibrala, ale netrápí mě to.“

Pacientka nemívá klasický oběd, místo toho si dopřeje něco sladkého, chlebičky nebo jiné nezdravé jídlo, večere taktéž, ke snídani si pacientka dá šálek kávy. Problémy s polykáním nemá, občas trpí pálením žáhy. Problém s hydratací nemá, preferuje kávu, vodu, limonády. Chuť k jídlu beze změn. Kůže a sliznice jsou dostatečně hydratované.

Za poslední rok měla nárůst hmotnosti 10 kg. V nemocnici pacientka má parenterální a enterální výživu.

Ošetrovatelský problém: Obezita, deficit znalostí v oblasti dietního režimu a zdravé výživy

Použita měřicí technika: Body Mass Index = 31,2 – obezita I. stupně

Vylučování

„Přes den problém s močením nemám, ale v noci je to špatné, počurávám se. Stolicí mám pravidelnou, žádné problémy nemám. Akorát tady jsem měla 2 dny průjem.“

V domácím prostředí se žádné problémy se stolicí nevyskytují. Stolica je pravidelná, fyziologická, v nemocnici pacientka má průjem. Problémy při močení přes den nejsou, močí 5x denně. V noci se objevuje inkontinence. Pacientka mívá návaly horka. V nemocnici byl zaveden permanentní močový katetr č. 14, který je funkční, má ho 1. den. Katetr odvádí čistou moč.

Ošetrovatelský problém: Inkontinence, průjem

Použita měřicí technika: 0

Aktivita – Odpočinek

„Doma spím bez problémů. Tady mě pořád někdo nebo něco vyrušuje. Rada se procházím, ale tady jsem napojená na různé přístroje a také mě bolí břicho.“

Doma má dostatek energie pro denní aktivity, zabývá se domácí prací, přes den hodně chodí. Volný čas tráví sledováním televize. Na procházky se vydává s manželem, psem nebo jde nakoupit potraviny. Ráno se probouzí odpočatá a svěží. Na základě testu všedních činností dle Barthelové pacientka má lehkou závislost na pomoci kvůli občasně inkontinenci moči (65–95 bodů). Pacientka má ICHS syndrom a po prodělané angině pectoris má dušnost při námaze, také má otok obou dolních končetin a nosí kompresní punčochy. Spí přibližně 8-10 hod. denně, problém s usínáním nemá. V nemocnici pacientka spí špatně a je neodpočatá. Nemůže si zvyknout na nemocniční prostředí.

Ošetrovatelský problém: Porucha spánku

Použita měřicí technika: Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)

Vnímání – Poznávání

„Se sluchem problémy nemám, ale nosím brýle na čtení. Myslím, že se mi hodně zhoršil zrak v poslední době, protože vidím s nimi špatně. Snažím se udržovat pozornost, ale déle, než 5-10 min ji neudržím.“

U očního lékaře byla naposledy asi před dvěma lety. Problémy s vyjadřováním, mluvou se vyskytovaly v období manifestace myastenia gravis, v současnosti nejsou. Problémy s pamětí pacientka nemá a neužívá na to žádnou medikaci. Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Problém s udržováním pozornosti nemá. Na Snellenově tabulce přečetla sedmý řádek.

Ošetrovatelský problém: Narušené smyslové vnímání – vizuální

Použita měřicí technika: Snellenova tabulka

Sebepojetí

„Jsem se sebou spokojená, doma a v práci se cítím šťastná a naplněná Myslím pozitivně.“

Pokud to situace vyžaduje, umí se rychlé rozhodovat, ale raději rozhodování ponechává manželovi. Pacientka myslí pozitivně, zvýšení tělesné hmotností jí nevadí. Současný zdravotní stav znepokojuje, ale zvládat stres ji pomáhá manžel a dvě dcery.

Ošetrovatelský problém: Nebyl zjištěn

Použita měřicí technika: 0

Role, vztahy

„Bydlím s manželem a dcerou v rodinném domku. Druhá dcera bydlí ve vzdálenosti pětiminutové chůze od nás, takže hodně času trávíme všichni spolu jako velká rodina.“

Smrt otce pacientky zvládají společně. Pacientka pomáhá svým dcerám, víkendy tráví s vnoučaty. Se sousedy má dobrý vztah, občas si k sobě navzájem chodí na šálek kávy.

Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn

Použita měřicí technika: 0

Sexualita

„Mám dvě děti a se svým sexuálním životem jsem spokojená.“

Období první menarche v 14 letech. Pacientka 2x prodělala porod a před deseti lety jí byla provedena hysterektomie.

Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn

Použita měřicí technika: 0

Zvládání zátěže

„V poslední době stresovou situací je smrt otce, ale zvládám to s pomocí rodiny.“

Občas mívá pocit napětí, protože si myslí, že toho je víc, než by mohla zvládnout. V nemocnici a mimo nemocnici užívá Seropram (antidepresivum).

Ošetřovatelský problém: Stres ze smrti otce

Použita měřicí technika: 0

Životní hodnoty

„Jsem křtěná, ale do kostela nechodím. Nejdůležitější ze všeho pro mě je moje rodina.“

Pacientka se těší, až si bude moct užít své chaloupky a až vnučka půjde do školy. Pacientka je křtěná, ale do kostela nechodí. Nejdůležitější ze všeho pro ni je rodina.

Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn

Použita měřicí technika: 0

Bezpečnost – ochrana

„V průběhu pobytu v nemocnici mám suchou pokožku. Alergii mám na Furantoin, Nalgezin.“

Na horních končetinách jsou patrné hematomy po odběrech. Pacientka má zaveden centrální žilní katetr, kterým jsou jí dodávány tekutiny ve formě infuzí.

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce, porušená tkáňová integrita

Použita měřicí technika: 0

Komfort

„Ještě trochu mě pobolívá břicho, ale dostávám na to medikaci. Chvilkami je mi na zvracení.“

CHOPN, ICHS, esenciální hypertenze částečně omezují kvalitu života. Udává, že bolesti v epigastriu spojené s onemocněním působí diskomfort. Bolest hodnotí 5 body dle numerické škály měření bolesti, po podání analgetik udává pokles bolesti na 3 body. Od začátku onemocnění se vyskytuje nauzea a vomitus, kvůli kterému se pacientce musela vícekrát zavádět nasogastrická sonda.

Ošetrovatelský problém: Bolest v epigastriu, nauzea

Použita měřicí technika: Numerická škála měření bolesti

Jiné

„Žádné jiné problémy nemám.“

Pacientka neudává žádné jiné problémy či potíže.

Ošetrovatelský problém: Nebyl zjištěn

Použita měřicí technika: 0

Situační analýza

02. 09. 2016

V srpnu po smrti otce v noci pacientka měla silné křeče a bolesti v epigastriu. Pacientka se dostavila na pohotovost a následně byla hospitalizována na interním oddělení pro akutní pankreatitidu, kde jí byla nasazena enterální výživa. Později byla propuštěna domů, kde bolesti a křeče pokračovaly.

Následovala hospitalizace na chirurgickém oddělení a později překlad na gastroenterologické oddělení intenzivní péče. Při přijetí na oddělení pacientka je při vědomí, orientována místem, časem, osobou. Fyziologické funkce při příjmu: TK – 110/70, P – 87', TT – 36,5°C, D – 16/min. Udává bolest v epigastriu, kterou hodnotí 5 body dle numerické stupnice měření bolesti (0–10). Pacientka nedodrhuje zásady zdravého životního stylu, v důsledku čeho za poslední rok měla nárůst hmotnosti 10 kg, BMI má zvýšené (31,2). Pacientce byla zavedená nasogastrická sonda, která se musela z důvodu nauzey a následného vomitu zavádět opakovaně. Dne 02. 09. 2016 byla zavedená trojcestná centrální žilní kanyla do v. jugularis interna a arteriální linka. Invazivní vstupy bez známek infekce. Lékařem byla naordinovaná parenterální a enterální výživa. Stolice má charakter průjmu. Močení přes den bez problémů, v noci se objevuje inkontinence. Zaveden permanentní močový katetr č. 14, který je funkční, odvádí čistou moč. Na základě testu všedních činností dle Barthelové pacientka má lehkou závislost na pomoci kvůli občasné inkontinenci moči (65–95 bodů). Pacientka nosí brýle na čtení kvůli zhoršenému zraku, ale v poslední době v nich nevidí dostatečně dobře. Na Snellenově tabulce přečetla sedmý řádek. Pacientka je nevyspalá a neodpočatá, má problém zvyknout si na nemocniční prostředí. Ze smrti otce má stres, ale zvládá ho s dopomocí blízkých.. Pacientka má otok na obou dolních končetinách a nosí kompresní punčochy. V rámci diferencíální diagnostiky byla pacientce provedena CT a ERCP vyšetření, odebrány krevní vzorky (krevní obraz, biochemie, koagulace) a laboratorně vyšetřena moč + sediment.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz:

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Akutní bolest (000132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Porušené vyprazdňování moči (00016)

Doména 3: Vylučování

Třída 1: Vyprazdňování moči

Průjem (00013)

Doména 3: Vylučování

Třída 2: Gastrointestinální funkce

Nauzea (00134)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Narušené smyslové vnímání vizuální (00122)

Doména 5: Vnímání/poznávání

Třída 3: Čítí - vnímání

Porušená tkáňová integrita (00044)

Doména 11: Bezpečnost – ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Porušený spánek (00095)

Doména 4: Aktivita – odpočinek

Třída 1: Spánek – odpočinek

Riziko posttraumatického syndromu (00145)

Doména 4: Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Třída 1: Posttraumatická odezva

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost – ochrana

Třída 1: Infekce

Ošetřovatelská péče byla realizovaná 02. 09. 2016. Pro účel bakalářské práce byly rozpracovány pouze 2 aktuální a jednu potencionální ošetřovatelská diagnóza.

Akutní bolest (000132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý

nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než šest měsíců.

Určující znaky:

- verbální sdělení bolesti
- očividné důkazy bolesti (mimické projevy bolesti)
- vyhledávání polohy snižujících bolest
- pacientka je soustředěná na sebe sama

Související faktory:

- poškozující agens

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepocítuje žádnou bolest - do 5 dnů..

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení léčby bolesti udává zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 3 na 10 stupňové číselné škále bolesti – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka je poučená o nutnosti analgetické léčby – do 1 hodiny

Pacientka používá metody zmírňující bolest (úlevovou polohu, dechová cvičení, poslech relaxační hudby) – do 3 hodin

Pacientka chápe příčinu bolesti – do 24 hod.

Pacientka umí sledovat a zaznamenávat bolest – do 1 hod.

Pacientka používá numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti – do 24 hod.

Pacientka udává zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 3 při zavedené léčbě bolesti – do 2 dnů

Intervence:

1. Sleduj lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti a vše zapisuj do dokumentace - sestra, denně
2. Podávej ordinovanou medikaci - dle ordinace lékaře, sestra

3. Pouč pacientku o metodách zmírnění bolesti - sestra, fyzioterapeut, do 3 hodin
4. Edukuj pacientku o nutnosti analgetické léčby - sestra, do 1 hodiny
5. Sleduj neverbální projevy bolesti (mimika, pohyby, poloha...) - sestra, denně
6. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky medikace (v případě výskytu nežádoucích účinků informuj lékaře) - sestra, po podání léku
7. Pečuj o pohodlí, klid a komfort pacientky - sestra, denně

Realizace: 02. 09. 2016

- 11:20 – pacientka je transportována na JIP po zavedení centrálního žilního katetru.
- 11:30 – kontrola fyziologických funkcí – krevní tlak, puls, teplota, dechová frekvence, stav vědomí
- 11:45 – kontrola intenzity bolesti – zjištění rozsahu, stupně, lokalizace a charakteru bolesti + provedení záznamu
- 12:00 – poučení pacientky o analgetické léčbě, podání analgetik dle ordinací lékaře – 2 ml Novalginu do 100 ml fyziologického roztoku, zápis do dokumentace
- 12:10 – sledování žádoucích i nežádoucích účinků medikace a celkového stavu pacientky
- 12:30 – kontrola intenzity bolesti, pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nyní hodnotí bolest 3 body
- 13:45 – edukace pacientky o metodách zmírnění bolesti
- 14:00 – zajištění pohodlí a klidu pacientky
- 17:00 – kontrola fyziologických funkcí – krevní tlak, puls, teplota, dechová frekvence, stav vědomí, zápis do dokumentace
- 22:00 – podání analgetik dle ordinací lékaře – 2 ml Novalginu do 100 ml fyziologického roztoku, zápis do dokumentace
- 22:20 – kontrola intenzity bolesti, sledování žádoucích i nežádoucích účinků medikace a celkového stavu pacientky, zápis do dokumentace

Hodnocení (po 24 hodinách):

Efekt: částečný

Po podání analgetické terapie pacientka udává zmírnění bolesti na intenzitu 3 (bezprostředně po podání medikace).

Pacientka chápe příčinu bolesti a aktivně používá metody zmírňující bolest (úlevovou polohu, dechová cvičení, poslech relaxační hudby), spolupracuje při sledování a zaznamenávání intenzity bolesti.

Pokračují intervence: 1, 2, 5, 6 a 7.

Porušené vyprazdňování moči (00016)**Doména 3: Vylučování****Třída 1: Vyprazdňování moči**

Definice: Porucha ve vyprazdňování moči.

Určující znaky:

- inkontinence moči
- potřeba močit v noci

Související faktory:

- rozmanité souvislosti podporující rozvoj a působení určujících znaků

Rizikové faktory:

- destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenům z okolí
- invazivní vstupy (PMK)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá začervenání pokožky, opruzeniny nebo infekci močových cest - do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je plně informovaná o zásadách hygienické péče – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka nemá začervenání pokožky nebo vzniklé opruzeniny v okolí genitálu – do konce hospitalizace

Pacientka ví jak zabránit začervenání pokožky a vzniku opruzenin – do 3 hodin

Pacientka je poučená o nutnosti řádné hygieny – do 3 hodin

Intervence:

1. Dbej na dostatečnou hygienu genitálu - sestra, denně
2. Hodnot' stav kůže a sliznic - sestra, denně
3. Všímej si známek močové infekce - sestra, denně
4. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce - sestra, denně
5. Sleduj a dokumentuj délku zavedení invazivního vstupu - sestra, à 24 hodin
6. Všímej si výskytu bolestí s ohledem na lokalizaci, trvání, intenzitu - sestra, denně
7. Dbej na prevenci dekubitů a opruzenin - sestra, à 12 hodin
8. Edukuj pacientku jak předcházet vzniku infekce, začervenání pokožky a vzniku opruzenin - sestra, do 3 hodin
9. Pouč pacientku o nutnosti řádné hygieny - sestra, do 3 hodin

Realizace: 02. 09. 2016

8:00 – zaveden permanentní močový katetr č. 14

9:00 – edukace pacientky jak předcházet vzniku infekce, začervenání pokožky a vzniku opruzenin

14:20 – kontrola funkčnosti PMK

14:35 – edukace pacientky o nutnosti řádné hygieny

19:00 – zajištění intimity pacientky

19:05 – večerní toaleta a kontrola stavu kůže a sliznic

Hodnocení (po 24 hodinách):

Efekt: částečný

Pacientka zná zásady hygienické péče a dodržuje je. Pacientka nemá začervenání pokožky, vzniklé opruzeniny nebo známky infekce močových cest.

Pokračují intervence: 1–7

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost – ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu.

Rizikové faktory:

- destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenům z okolí
- invazivní vstupy (arteriální linka, CŽK, PMK)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá místní ani celkové příznaky infekce - po celou dobu zavedení invazivních vstupů.

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá známky místní infekce – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka ví jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku – denně

Pacientka nemá známky místní infekce v okolí invazivních vstupů – po celou dobu zavedení invazivních vstupů.

Invazivní vstupy pacientky jsou průchodné – po celou dobu zavedení invazivních vstupů.

Intervence:

1. Kontroluj okolí invazivních vstupů - sestra, denně
2. Prováděj převazy invazivních vstupů dle standardů oddělení - sestra, à 24 hodin
3. Postupuj asepticky při manipulaci a převazu krytí invazivních vstupů - sestra, po celou dobu zavedení
4. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce - sestra, denně
5. Sleduj a dokumentuj délku zavedení invazivního vstupu - sestra, à 24 hodin
6. Chraň pacienta před nozokomiální infekcí - sestra, vždy
7. Sleduj a dokumentuj fyziologické funkce (TK, P, D, TT) - sestra, à 12 hodin
8. Edukuj pacientku o zásadách péče o invazivní vstupy - sestra, do 3 hod.

Realizace:

02. 09. 2016 (6:00–18:00)

Byly provedeny převazy invazivních vstupů. Při provedení převazů se postupovalo asepticky. Jsou aktivně sledovány místní a celkové známky infekce a rizikové faktory jejich vzniku. Délka zavedení invazivního vstupu byla zdokumentována. Funkčnost invazivních vstupů byla pravidelně sledována. Fyziologické funkce jsou u pacientky sledovány kontinuálně.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Efekt: částečný

U pacientky se neprojeví ani místní ani celkové příznaky infekce. Invazivní vstupy jsou průchodné.

Pokračují intervence: 1–7

Celkové zhodnocení realizované ošetrovatelské péče

Pacientka byla přijata na oddělení se silnými bolestmi. Udávané bolesti měly hodnotu 5 bodů na 10 stupňové číselné škále bolesti. Pomocí analgetické léčby a jiných metod na zmírnění bolesti zdravotní stav pacientky se zlepšil a intenzita bolesti klesla

z 5 na 3 body. Invazivní vstupy pacientky byly pravidelně převazovány, jejich okolí kontrolováno a při manipulaci se postupovalo asepticky v důsledku čeho se neobjevily ani místní ani celkové známky infekce. V noci pacientka trvale trpí inkontinencí. V průběhu hospitalizace pacientka byla edukována jak předcházet vzniku infekce, začervení pokožky a vzniku opruzenin, zásady hygienické péče pacientka dodržovala. Při poskytování ošetrovatelské péče pacientka aktivně spolupracovala. Stanovený plán individuální péče byl efektivní.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pacienti s akutní pankreatitidou jsou významnou součástí každodenní praxe na gastrointestinálním oddělení, proto jsme v rámci bakalářské práce vytvořili obecná doporučení pro zdravotníky (především sestry), pacienta a rodinu pacienta. Doporučení jsou primárně zaměřena na oblast psychického pohodlí pacienta, které je důležitou složkou na cestě k uzdravení nemocného.

Doporučení pro zdravotníky:

Edukovat pacienta a jeho příbuzní o zdravém životním stylu, odkázat na vhodné zdroje, které se tématu věnují.

Vytvořit si s pacientem pozitivní zpětnou vazbu.

Být pacientovi i jeho rodině oporou po celou dobu hospitalizace.

Naslouchat pacientovi a zodpovídat na jeho otázky, poskytovat rady, vysvětlovat nejasné.

Pamatovat si, že pacient má právo na svůj názor a respektovat ho.

Nezapomínat zapojovat pacienta do léčebného režimu.

Doporučení pro pacienta:

Dodržovat zásady zdravého životního stylu.

Dodržovat zásady dietního režimu.

Být trpělivý a snažit se myslet pozitivně.

Dodržovat léčebný režim.

Doporučení pro rodinu pacienta:

Motivovat pacienta k dodržování léčebného režimu.

Podporovat pacienta v průběhu onemocnění.

Nebát se zapojit do léčebného procesu.

Nekoncentrovat veškerou pozornost na onemocnění a žít všední život.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou byla zpracována ve Fakultní nemocnici v Brně na gastrointestinálním oddělení.

Cílem práce bylo získat informace o onemocnění akutní pankreatitida a realizovat ošetrovatelský proces v rámci problematiky péče o pacienta s daným onemocněním, a to bylo splněno. V teoretické části práce byla rozebrána charakteristika onemocnění, jeho etiopatogeneze, komplikace, klinické projevy, diagnostika a léčba. Dále byla popsána specifika ošetrovatelské péče u pacientů s daným onemocněním.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vytvoření ošetrovatelskému procesu u pacienta s akutní pankreatitidou. V této části byly uvedeny problémy pacienta, které byly následně zpracovány do aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz byl stanoven krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský cíl, uvedená výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace a na závěr bylo vyhodnoceno splnění či nesplnění stanoveného ošetrovatelského cíle. Tím byl splněn cíl praktické části.

Zjištěné informace a získané zkušenosti v dané problematice byly použity pro vytvoření doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5334-8.

ILIN, Viktor, 2013. *Pankreatitida. Nejlepší metody léčby.* Petrohrad: Věktor. ISBN 978-5-9684-0686-6.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii.* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KEIL, Radan, 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.

KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ, 2007. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická.* Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOSTKA, Radomil, 2006. *Akutní pankreatitida.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-427.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

MICHALSKÝ, Rudolf, 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství.* Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-465-2.

MAČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

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

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

ROKYTA, Richard a kol., 2008. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-86642-47-X.

SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠPIČÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf. [cit. 20. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.lekarske.slovníky.cz/>

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZAVORAL, Miroslav, Johana VENEROVÁ a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-902-3.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš, 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	II
Příloha C – Rešeršní protokol	III

Příloha A – Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01. Najedení, napití		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
02. Oblékání		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
03. Koupání		Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
04. Osobní hygiena		Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
05. Kontinence moči		Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06. Kontinence stolice		Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07. Použití WC		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
08. Přesun lůžko-židle		Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09. Chůze po rovině		Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10. Chůze po schodech		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00–40 bodů
	Závislost středního stupně	45–60 bodů
	Lehká závislost	65–95 bodů
	nezávislý	96–100 bodů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31. 3. 2017

.....
Tatiana Lazutkina



Ošetřovatelská proces u pacienta s akutní pankreatidou

Klíčová slova: pankreatitida (pancreatitis), akutní pankreatitida (acute pancreatitis), ošetřovatelství (nursing), ošetřovatelská proces (nursing proces), dietní režim (diet)

Rešerše č. 11/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 35 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 14, články a sborníky – 16)
Časové omezení:	2007-2017
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a další
Datum:	3. 3. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO