

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA MALÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

KATEŘINA MALÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD, MPH.

Praha 2017



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

Malá Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou

Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit akuter Pankreatitis

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

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 10. 3. 2017

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD, MPH. Za odborné vedení práce, poskytnutí cenných rad, za čas a připomínky, které mi byly přínosem při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pacientovi z oddělení gastroenterologie a poruch metabolismu za skvělou spolupráci a podklady, které sloužily k vypracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

MALÁ, Kateřina. Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD, MPH. Praha. 2017. 74 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou. Práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou. V teoretické části se budeme zabývat pankreatitidou, příčinami, příznaky, diagnostikou, zobrazovacími metodami, léčbou, komplikacemi a dietoterapií. Vzhledem ke zvolenému tématu bakalářské práce jsem pro zpracování (praktické části) zvolila ošetrovatelský proces za využití koncepčního modelu Marjory Gordononové. Pro zpracování budou použity techniky pozorování, rozhovor s pacientem z oddělení gastroenterologie, hepatologie a poruch metabolismu, a rozhovor s rodinnými příslušníky. Práce s lékařskou a sesterskou dokumentací. Získané informace o pacientovi jsou utříděny do třinácti domén NANDA I a taxonomie II. Součástí práce je také informační leták obsahující dietní doporučení pro pacienty se zánětem slinivky břišní.

Klíčová slova

Diagnóza. Dietoterapie. Gastroenterologie. Léčba. Pankreatitida. Zánět slinivky.

ABSTRAKT

MALÁ, Kateřina. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit akuter Pankreatitis*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD, MPH. Prag. 2017. 74 p.

Das Thema meiner Bakkalaureatsarbeit ist der Behandlungs- und Pflegeprozess beim Patienten mit akuter Pankreatitis. Die Arbeit wird in zwei Teile eingeteilt, in den theoretischen und in den praktischen. Im theoretischen Teil befassen wir uns mit der Pankreatitis, mit Ursachen, Merkmalen, mit der Diagnostik, Abbildungsmethoden, Behandlung, Komplikationen und mit der Diättherapie. In Hinsicht auf das gewählte Thema habe ich für die Bearbeitung des praktischen Teiles den Pflegeprozess nach dem Konzeptionsmodell von Marjora Gordonova gewählt. Für die Bearbeitung benutze ich Beobachtungstechniken, Gespräche mit Patienten aus der Gastroenterologie-, Hematologie- und Metabolismusstörungenabteilung, auch Gespräche mit Familienmitgliedern. Auch benutze ich die Arzt- und Pflegedokumentation. Gewonnene Informationen über den Patienten werden in dreizehn Domänen NANDA I und Taxonomie II sortiert. Ein Teil meiner Arbeit widmet sich auch einem Informationsflyer mit Diätempfehlungen für Patienten mit Pankreasentzündung.

Schlüsselwörter

Diagnose. Diättherapie. Gastroenterologie. Behandlung. Pankreas. Pankreasentzündung.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
ÚVOD.....	12
1. PATOFYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	14
1.1 AKUTNÍ PANKREATITIDA	14
1.1.1 KLINICKÉ PŘÍZNAKY AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	17
2. DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	19
2.1 KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY	23
3. LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY	26
3.1 DIETOTERAPIE	28
3.2 PREVENCE AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	30
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	30
4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU 33	
4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI.....	33
4.2 ANAMNÉZA	35
4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘIJETÍ 06.01. 2017	38
4.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	42
4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT	51
4.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6.1 2017	57
4.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 6. 1. 2017	58
4.8 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	59
4.9 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA.....	65
4.10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	68
4.11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	69
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
PŘÍLOHY	75

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
DK	dolní končetina
D	dech
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NPO	nic per os
NGS	nasogastrická sonda
PŽK	periferní žilní katétr
PMK	permanentní močový katétr
OGHM	oddělení gastroenterologie hepatologie a poruch metabolismu
P	pulz
Sp02	saturace
TT	tělesná teplota
TK	krevní tlak
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Gastroenterologie- oddělení v nemocnici, kde se léčí onemocnění zažívacího traktu

Hepatologie- obor zabývající se studiem a léčením jaterních chorob

Elektrokardiogram – je záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného srdeční aktivitou

Sonografie- ultrazvukové vyšetření srdce

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie- je vyšetřovací a zároveň léčebná metoda pro choroby žlučových cest a slinivky břišní

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi.....	33
Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu	34
Tabulka 3 Chronická farmakologická medikace	36
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou provedené při přijetí 6. 1. 2017.....	38
Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 6. 1. 2017 dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordononové	42
Tabulka 6 Aktivity denního života	49
Tabulka 7 Fyziologické funkce pacienta	52
Tabulka 8 Bilance tekutin (P+V)	52
Tabulka 9 Bilance NGS	52
Tabulka 10 Hematologické vyšetření během hospitalizace.....	53
Tabulka 11 Hemokoagulační vyšetření ze dne 6. 1. 2017	53
Tabulka 12 Hodnoty glykemického profilu během hospitalizace	53
Tabulka 13 Výsledky M+S.....	54
Tabulka 14 Biochemické vyšetření během hospitalizace	54
Tabulka 15 Medikamentózní léčba per os	56
Tabulka 16 Medikamentózní léčba intravenózně	56

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si zvolili téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou“. Toto téma jsme vybrali z důvodu našich zkušeností práce na gastroenterologickém oddělení.

Práce je rozdělena na dvě části. V první teoretické části se zabýváme obecnou charakteristikou pankreatitidy, příčinami, příznaky, diagnostikou, léčbou, komplikacemi a dietoterapií.

Ve druhé praktické části se zabýváme pacientem, který byl hospitalizován na gastroenterologickém oddělení. Náš pacient byl sedmdesátiletý muž, kterému byla diagnostikována akutní pankreatitida. Práce se skládá z fyzikálního vyšetření sestrou, odebráním kompletní anamnézy dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I a taxonomie II. Na závěr je vypsaná použitá literatura a zdroje. Cílem této práce je v teoretické části shrnutí všech dosavadních poznatků, o tomto onemocnění. Určení nejčastějších ošetrovatelských problémů, které se vyskytly za mé přítomnosti na odborné praxi v rámci studia na VŠZ, o.p.s. Práce bude sloužit jako zdroj informací pro zdravotnický nelékařský personál, ale i pro laickou veřejnost, která projeví zájem zdokonalit si znalosti z oblasti akutní pankreatitidy. Součástí práce je také informační leták obsahující dietní doporučení pro pacienty se zánětem slinivky břišní.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout dosavadní publikované poznatky týkající se tématu akutní pankreatitidy.

Cíl 2: Zjistit, zda je pacient a rodinný příslušníci dostatečně informováni o této problematice.

Cíl 3: Představit průběh ošetrovatelského procesu u pacienta s akutní pankreatitidou.

Vstupní literatura:

KOSTKA, R., 2006. Akutní pankreatitida: komplexní přístup. Praha: Galén. ISBN 80-7262-427-X.

TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016. Klinická pankreatologie. Praha: Mladá fronta, a.s., ISBN 978-80-204-3902-4.

ŠVAB, J., 2007. Náhlé příhody břišní. Praha: Galén-Karolinum. ISBN 978-80-246-1394-9.

Popis rešeršní strategie

Vyhledání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u klienta s akutní pankreatitidou, proběhlo v období říjen 2016 až leden 2017.

Rešerše byla zpracována v knihovně Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Zde byly použity elektronické databáze katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz), databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz), online katalog NCO NZO, a volný internet. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: pankreatitida, gastroenterologie, zánět slinivky, diagnóza, dietoterapie, léčba. Klíčová slova v německém jazyce byla zvolena: Diagnose. Diättherapie. Gastroenterologie. Behandlung. Pankreas. Pankreasentzündung.

Časové vymezení v českém a německém jazyce bylo zvoleno od roku 2006 až po současnost.

Bylo vyhledáno celkem 33 záznamů: 24 knih, 6 článků a sborníků, 3 vysokoškolských prací. Nepodařilo se najít žádný zahraniční zdroj v německém jazyce. Byl použit jeden zdroj z anglického jazyka. Jsme si uvědomili, že některé zdroje přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let. Tyto zdroje jsme i přes to využily, neboť informace v nich obsažené jsou stále platné. Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito celkem 29 zdrojů. Z toho 24 knih, 1 vysokoškolské práce, 1 článků a sborníků, 1 zahraniční zdroj, 1 skripta pro vytvoření bakalářské práce, 1 internetový zdroj.

1. PATOFYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ

I přes významný rozvoj lékařské diagnostiky a zůstávají pankreas a jeho onemocnění, pro mnoho lékařů značně tajemnými. Možnosti úspěšného řešení onemocnění pankreatu vyžaduje péči multidisciplinárního týmu, kam patří gastroenterolog, chirurg, radiolog a onkolog (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

1.1 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní pankreatitida je akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které je způsobené v důsledku neregulovatelné aktivace proteolytických enzymů, které se nacházejí uvnitř slinivky břišní. Následně, v důsledku, působení těchto enzymů, dochází k autosugesci žlázy, kdy se rozvíjí zánětlivá reakce místního charakteru. V některých případech může zánětlivá reakce probíhat i celkově, tj. systémově (KOSTKA, 2006). Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: „*zánětlivá reakce někdy spontánně uhasne, jindy může pokračovat do nekrózy pankreatu nebo obklopující tukové tkáně*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 28). Také vzdálené nitrobřišní orgány mohou být zánětlivým procesem zasažené, až dojde k postižení či dokonce selhání jejich funkce.

Vlastní průběh onemocnění bývá poměrně mírný, ale záleží na rozsahu zánětlivého postižení slinivky břišní (KOSTKA, 2006). Trna, Kala a kolektiv prezentují, že: „*tíže onemocnění je dána rozsahem postižení pankreatu a systémovými projevy. Průběh onemocnění je většinou mírný (cca v 80% případů) a vede k relativně rychle k úpravě*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 28).

Rozvoj akutní pankreatitidy nastává tehdy, když jsou přetíženy mechanismy, které v buňkách brání aktivaci pankreatického enzymu trypsinogenu na trypsin. Poté dojde k nerovnováze ve prospěch aktivního trypsinu a tím dojde k zahájení jeho enzymatického působení na nesprávném místě uvnitř slinivky břišní (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Příčinu vzniku akutní pankreatitidy lze odhalit asi u 75 až 85% pacientů. Nejasná etiologie zůstává u zbylých zhruba 20% pacientů, kde se jedná o tzv.

idiopatickou pankreatitidu. Mezi základní etiologické faktory pro vznik akutní pankreatitidy patří následující příčiny:

- biliární příčiny (např. cholelitiáza do velikosti 5 milimetrů nebo mikrolitiáza).
- alkohol a abusus alkoholem.
- metabolické příčiny jako je např. hypertriglyceridemie, hyperkalcemie aj.).
- působení některých farmak a toxické účinky léků.
- provedení endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie (tzv. post-ERCP pankreatitida).
- trauma dutiny břišní, tj. poranění břicha, podstoupení břišních a retroperitoneálních operací, biopsie, balónková enteroskopie.
- hypoperfúze v důsledku ischemie nebo hypotenze.

Mechanická obstrukce výtoku pankreatického sekretu (ampulární tumor, pankreatolitiáza, stenóza vývodu, expanze pankreatu včetně přítomnosti karcinomu, zahuštění sekretu nebo přítomnost parazitárního onemocnění (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Biliární akutní pankreatitida vzniká při obstrukci distálního žlučovodu v těsné blízkosti pankreatického vývodu nebo ve společné části, v důsledku cholelithiázy. Teoretickým mechanismem vzniku pankreatitidy je zvýšení intraduktálního tlaku s následnou intrapancreatickou aktivací enzymů. K rozvoji pankreatitidy vedou především drobné kameny, jejichž velikost je do 5 milimetrů nebo tzv. žlučové bláto. Pro biliární příčinu pankreatitidy nasvědčují již dříve se prezentující biliární koliky, drobná litiáza, která je detekovatelná v oblasti žlučníku a také vstupní zvýšení hladin transamináz (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Alkohol je druhou nejčastější příčinou vzniku akutní pankreatitidy, kdy vzniká tzv. **alkoholová akutní pankreatitida**. Alkohol působí toxicky na acinární buňky, což vede k hyperstimulaci prostřednictvím cholecystokininu (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Trna, Kala uvádějí, že: „*bezpečnou dávkou alkoholu, která akutní pankreatitidu nevyvolá, nelze stanovit*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 31).

Akutní pankreatitida při hyperlipidémii, kdy je hypertriglyceridemie častým nálezem. Jako vůbec prvotní vyvolávající příčina bývá určena u 1 až 10% pacientů (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Platí, že čím je hladina triglyceridů vyšší, tím

pravděpodobnější je jejich vliv na vznik akutní pankreatitidy (NAVRÁTIL a kol., 2008). Sekundárně může být hypertriglyceridemie vyvolána požitím alkoholu, potravy s vysokým obsahem tuků, hypothyreózou, podáváním estrogenů, retinolů, těhotenstvím nebo diabetem mellitem. Z hlediska patofyziologie je akutní pankreatitida nejspíše spuštěna nadbytkem volných mastných kyselin, které vznikají v důsledku nadměrné nabídky triglyceridů pro pankreatickou lipázu v kapilárních pleteních slinivky břišní. Volné mastné kyseliny spolu agregují, narušují membrány a přispívají k ischemii tkáně a následné acidóze (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Traumatická akutní pankreatitida se rozvíjí po poranění břicha. Tupé poranění břicha vede ke kompresi slinivky břišní proti páteři. Nejčastěji tato situace nastává jako následek dopravních nehod. Kromě zhmoždění tkáně pankreatu, může dojít až k její ruptuře (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Post-ERCP pankreatitida vzniká jako následek provedené endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), která se užívá k léčbě biliopankreatických chorob. Jde o invazivní výkon, jehož indikační přínos by měl převažovat nad riziky (KOSTKA, 2006). Akutní pankreatitida je jednou z nejčastějších komplikací ERCP (KAPOUNOVÁ, 2007).

Idiopatická akutní pankreatitida je stav, kdy není zjevná žádná základní známá příčina, která by ataku pankreatitidy způsobila. Zvláště opakovaná ataka akutní pankreatitidy bez zjevné příčiny by měla vést, především u osob vyššího věku, k pečlivé dispenzarizaci. Pod obrazem idiopatické akutní pankreatitidy se může skrývat časné stadium chronické pankreatitidy (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

1.1.1 KLINICKÉ PŘÍZNAKY AKUTNÍ PANKREATITIDY

Projevy akutní pankreatitidy a jejich závažnost jsou širokého spektra. Vlastní tíže onemocnění je dána rozsahem postižení pankreatu a také systémovými projevy (KAPOUNOVÁ, 2007). Mezi základní klinické symptomy akutní pankreatitidy patří následující symptomy:

- **Bolest břicha**, která může klinicky odpovídat pankreatitidě. Bolest náhle vzniká, je prudkého charakteru s lokalizací v horní části břicha. Někdy se může bolest propagovat až do oblasti zad (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Bolest břicha přetrvává i několik hodin nebo dnů. Zcela typicky jsou přítomné projevy peritoneálního dráždění. Břicho je výrazně vzedmuté a břišní stěna je napnutá a vyklenutá (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (NEJEDLÁ, 2006).
- **Zvýšená hodnota sérové amylázy či lipázy** a to až nad trojnásobek horní hranice normální hodnoty.
- **Morfologický korelát** což je obraz odpovídající akutní pankreatitidě při kontrastním vyšetření břicha počítačovou tomografií nebo při provedení magnetické rezonance (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).
- Dále z hlediska klinických příznaků dominují **pocity nauzey či zvracení**, po němž ale nepřichází úleva. Současně se objevuje i **nedostatečný odchod plynů** (plynatost). Typická je zpomalená peristaltika střevní (SLEZÁKOVÁ, 2010).
- Velmi často se objevuje i zarudlost v obličejí, což je příznakem zvýšené tělesné teploty nebo se objevuje ikterus (KAPOUNOVÁ, 2007).

Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: „*součástí diagnostiky akutní pankreatitidy je*

snaha o zjištění její příčiny i predikce závažnosti průběhu onemocnění a s tím spojený způsob monitorování, léčby a předpoklad prognózy“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 29).

Dle klinického průběhu je možné akutní pankreatitidu diferencovat na lehkou a těžkou formu. Lehká forma akutní pankreatitidy představuje edematózní charakter a vzniká nejčastěji jako zánětlivý intersticiální edém, kdy se ale nevytvářejí nekrotická ložiska ve slinivce břišní. Tento typ akutní pankreatitidy má, ve většině případů, lehký

průběh a jeho incidence a prevalence se pohybuje kolem 80%. Jedná se o typ akutní pankreatitidy, jež velmi dobře reaguje na konzervativní terapii (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (NEJEDLÁ, 2006).

Při těžké formě akutní pankreatitidy se rozvíjejí tzv. Balzerovy tukové nekrózy. Při této formě akutní pankreatitidy lipáza uniká do oblasti mezenterálního tuku a následkem tohoto vznikají nekrózy, které se nacházejí mimo slinivku břišní. Pro tento typ akutní pankreatitidy jsou zcela typické hemoragie (HVOZDOVIČOVÁ, 2010), (STOLINSKÁ, 2010). Zhruba až ve 20 % případů je těžká forma akutní pankreatitidy komplikována multiorgánovým selháním, jež si vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci a poměrně náročnou terapii, která vyžaduje pobyt pacienta na jednotkách intenzivní péče (např. interního typu) nebo na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. V důsledku těchto komplikací také velmi výrazně vzrůstá mortalita, jež se pohybuje v mezích od 10 do 30 % (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Akutní pankreatitida se tedy prezentuje velmi silnými, krutými a zničujícími bolestmi břicha, které jsou lokalizované v místě epigastria a vystřelují do oblasti zad. Pacienti mnohdy zaujímají tzv. úlevovou polohu „na čtyřech“ (ŠVAB, 2007).

V těch nejtěžších případech akutní pankreatitidy dochází k rozvoji šokového stavu, který je doprovázen výraznou hypotenzí, tachykardií a také pocením. Jedná se o projev tzv. hypovolemického šoku, který velmi často způsobuje renální insuficienci až ledvinové selhání. V podkoží se vzácně prezentují skvrny modravé barvy, které jsou nazývány jako Turnerovo znamení. V místě kolem pupku se nacházejí modravé skvrny, jež se nazývají jako Cullenovo znamení a vznikají jako následek krvácení do retroperitonea (NAVRÁTIL a kol., 2008).

2. DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY

Trna, Kala a kolektiv prezentují, že: „*přestože je akutní pankreatitida podmíněna mnohými faktory, jedná se o patofyziologicky relativně uniformní proces, což lze říci i v rámci zobrazení jednotlivými modalitami*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 43).

Pro možnost adekvátního stanovení diagnózy akutní pankreatitidy je nutné odebrat efektivně a důkladně anamnézu nemocné osoby (osobní anamnéza, rodinná anamnéza, současné projevy onemocnění, farmakologická anamnéza apod.). Dále je potřeba provést fyzikální vyšetření pacienta (NEJEDLÁ, 2006).

Anamnéza musí zahrnovat informace, které se týkají, v minulosti, prodělaných onemocnění, úrazů, ale i familiárního výskytu rozmanitých chorob v rodině. Důležitými informacemi jsou i ty, které se týkají aktuálního životního stylu pacienta, jeho stravovací návyky aj. Nemocný je tázán na skutečnost, co předcházelo vzniku a prvotním projevům onemocnění, zda se jednalo o zátěž spojenou s příjmem alkoholu, tučné nebo kořeněné stravy, zda se, v minulosti, léčil s biliárními obtížemi (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Dalším hlediskem pro možnost diagnostiky je provedení fyzikálních vyšetření. Jedná se o vyšetření pohledem (čili inspekce), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace) a pohmatem (palpace) (NEJEDLÁ, 2006). Za využití vyšetření pohledem si lékař všímá jakýchkoli změn v celkovém visu pacienta, změn ve stavu jeho výživy, kvality pokožky (modravé skvrny na pokožce, příznaky ascitesu apod.). Na pokožce je hodnocena její barva (bledost pokožky a sliznic), napětí pokožky, přítomnost edémů a hematomů a další. Vyšetření poklepem lékař provádí za užití dvou prstů ruky, kdy jimi poklepává na článek prstu druhé ruky. Z hlediska typů poklepu jsou diferencovány poklep temný, poklep bubínkový a také poklep, jež je provázen výraznou bolestivostí. Pohmatem lékař pacienta vyšetřuje v poloze na zádech, kdy má pacient pokrčené dolní končetiny. V oblasti břicha si všímá přítomnosti svalového napětí, přítomnosti patologických rezistencí a také kontroluje velikost jednotlivých nitrobřišních orgánů. Poslechem břicha se vyšetřuje a hodnotí úroveň a kvalita střevní peristaltiky.

K fyzikálním vyšetřením se řadí také vyšetření per rektum, kdy se zjišťuje bolestivost v okolí rekta, přítomnost patologických rezistencí nebo příměsi hlenu a krve ve stolici (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (NEJEDLÁ, 2006).

Důležitým aspektem, z hlediska diagnostiky akutní pankreatitidy, jsou laboratorní vyšetření je prováděn jak odběr krve, tak i moči. Při odběru krve je důležité, aby bylo dodrženo správné pořadí zkumavek, neboť jinak by mohly být výsledky krevních testů zkreslené. Je důležité, aby nejdříve byla odebrána krev na koagulační vyšetření (např. QUICK), dále k biochemickému vyšetření krve a poté následují ostatní krevní odběry jako je hematologické vyšetření, sedimentace a další. Krevní odběry je důležité provádět nalačno (SLEZÁKOVÁ, 2010).

V krevním obrazu u nemocných s akutní pankreatitidou dominuje leukocytóza a hodnoty jaterních testů, v důsledku obstrukce žlučových cest, bývají výrazně zvýšené (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Také bývá vysoká hodnota CRP neboli C reaktivního proteinu a sedimentace, který „ukazuje“ na to, že v organismu probíhá zánět. Hladiny iontů (při biochemickém vyšetření krve) ukazují na aktuální stav vnitřního prostředí, popřípadě na jeho dekompenzaci. Hodnoty urey a kreatininu ukazují na funkci ledvin. Dále hodnoty krevních plynů, celkové bílkoviny a albuminu lékaře informují o úrovni výživy nemocného jedince. Velmi často bývají také zvýšené hodnoty glykémie (tj. krevního cukru) a pankreatické enzymy jako je amyláza a lipáza se objevují v moči (NAVRÁTIL a kol., 2008).

K možnosti stanovení diagnózy jsou čteně využívány i vybrané zobrazovací metody, které mohou informovat i o závažnosti a pokročilosti choroby. Za vůbec nejčastěji používanou metodu je považován **nativní rentgenový snímek břicha** a dále také **sonografie (ultrazvuk)**. Na rentgenovém snímku může být zjištěna poměrně výrazná plynatost a to především v oblasti příčného tračníku. Při vyšetření za užití ultrazvuku jsou používány zvukové vlny, jež mají vysokou frekvenci, a proto umožňují zobrazení vyšetřovaných tělesných struktur. Obě metody, jak rentgenové zobrazení, tak i ultrazvukové vyšetření jsou bezbolestné a neinvazivní metody. Důležitým opatřením před vyšetřením je fakt, aby byl pacient vylučněn (KOHOUT, 2007), (LIŠKOVÁ, 2007), (MENGEROVÁ, 2007).

V případě, že je slinivka břišní, rentgenovým vyšetřením nebo ultrazvukem, nedostatečně zobrazena, je rozhodnuto o vyšetření za využití **počítačové tomografie** neboli CT (FILIPOVÁ, 2010). Počítačová tomografie umožňuje zobrazení anatomických struktur, jen je v několika vrstvách, proto je možné jejím prostřednictvím zobrazit například rozsah zánětlivého procesu na pankreatu. Opět je zde nutné, aby byl pacient před vyšetřením vylučněn. V případě, že je realizováno vyšetření počítačovou tomografií s využitím kontrastní látky, je potřeba, aby měl pacient hodnoty urey a kreatininu ve fyziologických hladinách, neboť by mohlo dojít k riziku poškození ledvin v důsledku užití právě kontrastní látky. Na základě ordinace ošetřujícího lékaře sestra pacientovi před vyšetřením podá antihistaminikum jako prevenci alergické reakce na použitou kontrastní látku (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Za další speciální vyšetřovací metodu pankreatických a žlučových cest je považováno tzv. **ERCP** neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie. Uvedené vyšetření je realizováno, ve většině případů, do doby 48 hodin od propuknutí choroby (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). U tohoto vyšetření je nutné, aby byla nemocná osoba, před jeho provedením, dostatečně a adekvátně poučena a edukována o riziku vzniku možných komplikací po vyšetření. Současně pacient podepisuje i informovaný souhlas s vyšetřením. Sestra musí pacienta poučit, aby zhruba 6 až 8 hodin před vyšetřením lačnil (JUŘENÍKOVÁ, 2010). Před samotným vyšetřením se podává tzv. medikace, jako jsou kardiotonika a antihypertenziva, jež snižují riziko vzniku komplikací. K samotnému vyšetření je potřeba, aby sestra připravila a zajistila dostatečný žilní vstup. Před provedením vyšetření je také nutné, aby měl pacient provedená krevní vyšetření na koagulaci, jaterní testy, hodnoty amylázy a lipázy (MIKŠOVÁ, 2006), (FRONKOVÁ, 2006), (ZAJÍČKOVÁ, 2006).

Před vyšetřením ERCP sestra podává pacientovi premedikaci, která je stanovena dle ordinace ošetřujícího lékaře. Vyšetření ERCP je jak diagnostickou, tak i terapeutickou metodou, neboť lze za jejího využití odstranit například kámen ze žlučových cest, čímž je odstraněna biliární příčina vzniku akutního zánětu slinivky břišní (NAVRÁTIL, 2008). Po provedení vyšetření by neměl pacient přijímat nic per os a tekutiny jsou mu podávány pouze intravenózně v podobě infuzních roztoků. Po vyšetření se dále provádí kontrolní odběry krve a podle jejich výsledků je pacientovi buď dovoleno, nebo nedovoleno přijímat tekutiny per os (KOTRLÍKOVÁ a kol., 2007).

Mezi zobrazovací metody, jež slouží k diagnostice onemocnění pankreatu, patří i **magnetická rezonance** neboli MRI. Při využití magnetické rezonance dochází k upřesnění nálezu a také jsou zde zobrazena případná ložiska nádorového bujení apod. Magnetická rezonance funguje na principu zmagnetizování vodíkových jader v organismu, a proto lze diferencovat zdravou, tj. "normální" tkáň od tkáně, jež je zasažena patologickým procesem (ŠVAB, 2007). Před vyšetřením MRI je potřeba, aby pacient odložil veškeré kovové věci. Důležitou kontraindikací MRI vyšetření je situace, kdy má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kovové stenty aj. v organismu. Samotné vyšetření trvá zhruba kolem 30 minut a je neinvazivní a bezbolestné (WORKMAN, 2006), (BENNETT, 2006).

V roce 1985 Balthazar uvedl skórovací systém akutní pankreatitidy (viz obrázek), který je založený na radiologických nálezech, které diferencují závažnost pankreatitidy do pěti základních skupin dle nativního CT vyšetření. Tento poměrně jednoduchý systém neodlišoval vlastní rozsah nekrózy pankreatu a rovněž nerozlišoval akutní tekutinové kolekce od pseudocyst nebo již ohraničených nekrotických ložisek (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Původní Baltazarova klasifikace

A	Normální pankreas
B	Fokální či difúzní zvětšení žlázy při otoku (nepravidelné kontury, nehomogenní sycení, dilatace ductu apod.)
C	Peripankreatický zánět odpovídající zvýšené denzitě kolem tuku
D	Přítomnost jedné tekutinové kolekce v okolí pankreasu. Slinivka je nehomogenní, peripankreatický tuk má zvýšenou denzitu.
E	Vícečetné tekutinové kolekce tekutiny či plynu v retroperitoneu.

Zdroj (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 270)

Dalším důležitým kritériem pro predikci prognózy pacienta je posouzení rozsahu nekrózy slinivky břišní. V roce 2002 Balthazar navrhl rozšířit svůj skórovací systém o parametr podílu nekrózy a vznikl tzv. CT Severiny index (CTSI). Rozsah nekrózy je zde kvantifikován jako lehký stupeň (méně jak 30 % parenchymu slinivky je zasaženo nekrózou), střední stupeň (30 až 50 %) a těžký stupeň (více jak 50%) (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

2.1 KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Komplikace akutní pankreatitidy je možné rozdělit na místní a celkové či-li systémové.

Za lokální komplikace akutní pankreatitidy je považována například akutní pankreatická kolekce tekutiny, vznik pseudocysty, akutní nekrotická kolekce, vznik ohraničené nekrózy a krvácení či další cévní komplikace nebo vznik výpotků (KOHOUT, 2007), (LIŠKOVÁ, 2007), (MENGEROVÁ, 2007).

Akutní pankreatická kolekce tekutiny vzniká ve velmi časném období onemocnění a obsahuje na enzymy velmi bohatou pankreatickou šťávu (KOSTKA, 2006). Ke vzniku této komplikace dochází asi u 30 a 50 % pacientů v průběhu 48 hodin od vzniku onemocnění. Jsou lokalizované peripankreaticky, nejsou přítomné ve žláze, ve více jak 50 % případů dochází k jejich regresi v průběhu kolem 2 až 6 týdnů. V případě, že nedojde k jejich resorpci, tak z nich vznikají pseudocysty.

Většina těchto kolekcí je sterilních. Tvarem jsou spíše nepravidelné a nebývají ohraničené stěnou. Může jich být rozmanitý počet (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Pankreatická pseudocysta je ohraničená, homogenní kolekce se stěnou, jež je složena z granulační tkáně. Pseudocysty komplikují akutní pankreatitidu zhruba v 10 až 20 % případů. Pseudocysty se vytvářejí opouzdřením akutní tekutinové kolekce a to v průběhu 4 až 8 týdnů. Pseudocysta se může šířit do přilehlých orgánů a orgánových systémů, jako je slezina, tenké a tlusté střevo nebo prostor mediastina. Chronická pseudocysta může být klinicky dlouhodobě asymptomatická, vazivové pouzdro této kolekce může být silné i několik milimetrů. Její obsah se může infikovat, kdy poté vzniká infikovaná pseudocysta nebo infikovaný absces (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Akutní nekrotická kolekce znamená, že aktivované pankreatické enzymy podmiňují vznik akutních nekrotických kolekcí (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Často také nekrotické kolekce obsahují tekutinu, nekrotickou tkáň žlázy a nekrotické extrapancreatické tkáně. Velmi četně vykazují zcela symptomatický průběh a samovolně dochází k jejich zmenšení (KOSTKA, 2006).

Ohraničená nekróza je dobře ohraničenou kolekcí, jež obsahuje tekutinu a solidní komponentu. Další diferenciací například od cyst je skutečnost, že mají nepravidelný okraj. Téměř až 90 % nekroz je lokalizováno v těle nebo kaudě slinivky břišní. Opět se může jednat o nekrózy, které jsou infikované, nebo sterilní (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Krvácení a cévní komplikace představují především trombózu portální nebo lineální žíly, což jsou poměrně časté komplikace, které provázejí recidivující stavy akutní pankreatitidy (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Trna, Kala a spolupracovníci prezentují, že: „*krevní sraženina typicky tvoří defekt v náplni tabulární struktury na postkontrastním vyšetření* (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 270). Krvácení jako takové představuje poměrně vzácnou komplikaci akutní pankreatitidy, kdy nejčastěji se jedná o zakrvácení do tkáně pankreatu nebo do okolních tkání, které jsou uloženy v blízkosti slinivky břišní (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Pleurální výpotky se diagnostikují zhruba u jedné třetiny nemocných s akutní pankreatidou. Četněji vznikají v těžkých případech zánětlivého postižení, které je spíše levostranně orientováno. Volná tekutina v dutině břišní, tzv. pankreatický ascites, bývá detekovatelná u zhruba 10 % případů, u nichž akutní pankreatitida probíhá v závažné formě (KAPOUNOVÁ, 2007).

Za celkové, systémové komplikace akutní pankreatitidy jsou považovány rozvoj infekce, vznik paralytického ileu, šokový stav nebo selhání ledvin a krevního oběhu. V důsledku poškození Langerhansových ostrůvků slinivky břišní může dojít k rozvoji sekundárního diabetu mellitu (NAVRÁTIL, 2008).

Vznik a rozvoj **pankreatická infekce** je velmi závažným faktorem u akutního zánětu slinivky břišní. Úmrtnost nemocných osob u infikované pankreatické nekrózy je mnohem vyšší, nežli tomu je u nekrotického postižení, jež je sterilního charakteru. Důvodem je skutečnost, že zánětlivé postižení přechází velmi hluboko do oblastí retroperitonea. Následkem působení pankreatických enzymů může dojít až k porušení pankreatických cév, což vede ke **krvácení** do oblasti retroperitonea, do příčného tračníku, burzy omentalis nebo přímo do tkáně slinivky břišní. Následně zánět i

aktivované enzymy slinivky břišní mohou vést k natrávení stěny velkých cév, kdy vznikají pseudoaneurysmata, jež velmi masivně krvácejí (ZADÁK a kol., 2007).

Krvácení mírnější intenzity do pankreatických vývodů se prezentuje melenou nebo anémií. Akutní a intenzivní krvácení se projevuje náhle vznikající bolestí břicha, kdy dominují symptomy **hemoragického šoku** (PAFKO, 2006), (KABÁT, 2006), (JANÍK, 2006).

3. LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY

Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: „*akutní pankreatitida stále patří k častým onemocněním s nemalými náklady na léčbu, zvláště komplikovaných forem*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016. s. 55). Léčebné přístupy u akutní pankreatitidy jsou závislé na rozsahu a intenzitě choroby. Lehký typ akutní pankreatitidy, jež se prezentuje zhruba v 80 %, je velmi dobře ovlivnitelný buď konzervativní, nebo i endoskopickou léčbou (ZADÁK a kol., 2007). V případě, že se jedná o formu akutní pankreatitidy mající nekrotizující charakter, zde je jak léčba, tak i ošetrovatelská péče velice náročná a také specifická. Také prognóza této formy akutní pankreatitidy je závažná a poměrně čteně je spojená s vysokou mortalitou a morbiditou nemocného jedince. Dle celkového zdravotního stavu jsou nemocní s akutní pankreatidou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (NEJEDLÁ, 2006). Ze všeho nejdříve je volena léčba konzervativního typu, kdy nemocní nesmějí přijímat nic per os a sestra dle ordinace lékaře u nich zavádí nasogastrickou sondu, jejímž prostřednictvím dochází k odtoku žaludečního obsahu. Tekutiny a výživa jsou pacientovi podávány prostřednictvím infuzní terapie a to parenterální cestou (KOTRLÍKOVÁ a kol., 2007). Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: „*enterální a parenterální výživa mají své nezastupitelné místo v nutriční podpoře i léčbě pacientů s těžkou akutní pankreatidou*“ (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016, s. 68).

Tyto dvě uvedené léčebné metody nestojí proti sobě, ale naopak se vhodně kombinují a doplňují, čímž se zvyšuje u obou jejich přínos a efekt. Vyjma nutričního zajištění a střevní trofiky má enterální výživa i význam a přínos terapeutický, neboť velmi příznivě ovlivňuje bakteriální střevní flóru. V případě akutní pankreatitidy může být, spolu se změnou střevní flóry, v akutním stavu onemocnění, příčinou bakteriálního zdroje osídlení pankreatické nekrózy (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Jako prevence hypovolemického šoku je důležité podávat dostatečné množství tekutin. Sestra musí kontrolovat také denní diurézu u pacienta a měřit jeho centrální žilní tlak. V případě bolesti sestra aplikuje analgetika na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Z analgetik se, u akutní pankreatitidy, nesmí podávat morfin, neboť vede ke vzniku nežádoucího spasmu v oblasti Oddiho sfinkteru. Tento spasmus by vytvořil překážku, která by znemožňovala odtok pankreatické šťávy, tudíž by došlo ke stavu, že

by se enzymy hromadily v pankreatu a následně by vedly k rozvoji nekrózy slinivky břišní (ZADÁK a kol., 2007).

Ke snížení tvorby pankreatické šťávy se intravenózně aplikují léky, tzv. antisekretorika, a dále se, v případě infekce, podávají antibiotika. V případě, že dochází k rozvoji šokového stavu, k selhávání ledvin a krevního oběhu, je pacient napojen na umělou plicní ventilaci, je u něho indikována oxygenoterapie, hemodialýza a je hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (WORKMAN, 2006), (BENNETT, 2006).

U pacientů, u nichž došlo k rozvoji akutní biliární pankreatitidy je indikována endoskopická terapie za využití endoskopické papilosfinkterotomie dochází k uvolnění odtoku žluče a k následnému odstranění konkrementů z oblasti žlučodů a žlučových cest. Výkon endoskopické papilosfinkterotomie bývá součástí ERCP. Při tomto výkonu sestra kontroluje a hodnotí základní fyziologické funkce, celkový stav pacienta apod. Například krvácení do trávicího traktu se prezentuje náhlým poklesem krevního tlaku, enteroragií nebo melenou. Je zde tedy velmi důležitá úloha sestry a jejich schopností a kompetencí, neboť pacienta kontroluje nejen v průběhu samotného výkonu, ale i bezprostředně po něm (HVOZDIČOVÁ, 2010), (STOLINSKÁ, 2010). K operačnímu řešení lékař - operátor přistupuje tehdy, jestliže se jedná o například pankreatický absces, symptomatickou pankreatickou pseudocystu, nekrózy nebo v případě rozvoje těžkého septického stavu u pacienta (BESSELINK, 2007), (BERWER, 2007), (SHOENMAECKERS, 2007). Vždy před rozhodnutím chirurgickým řešením je nutné si uvědomit, že léčba chirurgická je spojena s výraznou mortalitou. Typ operačního přístupu je lékařem – operátorem volen jak dle aktuálního celkového nálezu, tak i nálezu, jež pochází z vyšetřovacích metod (MRI, CT, rentgenologické snímky, výsledky krevních rozborů apod.). Nejčastěji se jedná o punkci abscesu pod CT či sonografií, proplachovou drenáž, vydrolení nekrotických hmot s následnou drenáží. Dále se provádí levostranná hemipankreatektomie s drenáží nebo totální pankreatektomie. Často je potřeba opakovaných revizí a ošetření (PAFKO, 2006), (KABÁT, 2006), (JANÍK, 2006).

3.1 DIETOTERAPIE

V případě zlepšení celkového stavu je postupně pacient převáděn z parenterální výživy na perorální příjem stravy. U pacienta je indikována tzv. pankreatická dieta, jež má za úkol stále ještě šetřit trávicí trakt, především slinivku. Dietoterapie čili léčebná výživa je důležitou a zcela nepostradatelnou součástí léčebné, ale i zároveň i preventivní péče, jež výrazně ovlivňuje průběh a také vznik případných následků onemocnění (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Akutní pankreatitida vyžaduje dodržování poměrně přísných dietních opatření, která jsou hlavní léčenou zásadou u akutní pankreatitidy. Pankreatická dieta vykazuje zcela specifické postupy. V průběhu 3. až 5. dne onemocnění platí, že pacient nesmí přijímat nic per os, a proto je veškerý příjem makronutrientů i mikronutrientů zajišťován prostřednictvím infuzní terapie. V této fázi nesmí pacient přijímat žádnou stravu, a to jak perorální cestou, tak prostřednictvím žaludeční či duodenální sondy. Ve chvíli zlepšení celkového stavu a při symptomech obnovení střevní pasáže mohou začít nemocní přijímat per os nejdříve tekutiny, kdy je podáván slabý černý čaj. Čaj je podáván pouze po lžičkách, může být obohacen o sacharidy, aby měl vyšší energetickou hodnotu. Dále mohou být podávány i suchary nebo starší pečivo (SVAČINA a kol., 2008). V případě, že toto pacient akceptuje, je možné postupně začít přidávat i bramborovou kaši nebo bramborové pyré, které je ale připraveno za využití vody, nikoli mléka. Dále je možné připravit odvary z rýže nebo ovesných vloček, jablečné pyré s mrkvovou šťávou aj. Tato výše uvedená pankreatická dieta trvá zhruba čtyři dny a poté se přechází na dietu označenou jako 4S (dieta s přísným omezením tuků) (HVOZDIČOVÁ, 2010), (STOLINSKÁ, 2010).

Mezi důležitými zásadami dietoterapie u akutní pankreatitidy je skutečnost, že strava by měla být podávána v menších dávkách, ale častěji během dne. Postupně jsou přidávány nové potraviny. V případě, že se objeví jakékoli obtíže, je potřeba ihned přejít zpět k dietnímu opatření, jež bylo užíváno v prvních dnech choroby. Strava by při jídle neměla být ani horká, ale ani příliš studená. Pokud pacient stravu během prvních čtyř dnů toleruje, je možné přejít na dietu 4S. Strava by měla být dostatečně bohatá na sacharidy, pro zajištění energetického příjmu, s malým množstvím mléčných bílkovin a

s úplným vyloučením živočišných bílkovin a tuku. Strava by měla být podávána především v kašovitě konzistenci.

Tato dieta není zcela plnohodnotná a z tohoto důvodu je indikována pouze pro krátkodobý časový úsek. Adekvátní se jeví být zeleninové omáčky například z rajčat, z mrkve apod. Za vhodné přílohy je považována rýže, těstoviny či brambory. Asi od 10. až 11. dne onemocnění již strava obsahuje jednoduché sacharidy. Postupně je přidáván vaječný bílek, mléko a mléčné výrobky netučného charakteru, libové maso a libová šunka. V této fázi se pozvolna přechází na dietu č. 4, tj. dieta s omezením tuků (SVAČINA, 2008). Po celou dobu léčby až do úplného vyléčení je nutné dodržovat úplný zákaz alkoholu, požívání ostrých kořenících přípravků nebo smažení na přepalovaném tuku (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016).

Při dietoterapii akutní pankreatitidy je důležitá spolupráce s nutričním terapeutem. Pacient je hodnocen na základě nutričního screeningu, kdy se zjišťuje a hodnotí především riziko malnutrice. Hodnoty a riziko malnutrice je nutné realizovat opakovaně, neboť se hodnotí úroveň a stav výživy. Dále se sestavují dílčí doporučení pro realizaci dalších dietních zatížení, o obsahu živin v potravě apod. (KOHOUT, 2007), (LIŠKOVÁ, 2007), (MENGEROVÁ, 2007).

3.2 PREVENCE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Důležitý význam pro prevenci opakovaných atak prezentace akutní pankreatitidy je životní styl a zejména úroveň a styl výživy (TRNA, J., KALA, Z., a kol., 2016). Preventivní opatření vycházejí především z vyvolávajících příčin onemocnění (KAPOUNOVÁ, 2007).

Riziko vzniku rozvoje akutní pankreatitidy je možné, velmi výrazně, snížit adekvátním životním stylem, životosprávou a především adekvátním a omezeným příjmem alkoholu. Pro riziko zánětu slinivky břišní je rizikem to, jestliže člověk vypije jednorázově velké množství alkoholu, tudíž by se měl pacient těmto excesům v příjmu alkoholu, zcela vyvarovat. Důležité je také opakovaně kontrolovat a hodnotit, při vyšetření krve, hodnoty tuků v krvi, hodnoty pankreatických enzymů apod. Z obecného hlediska prevence je důležité se vyvarovat konzumace tučných a „těžkých“ jídel, velkého množství alkoholu a také kouření (KOSTKA, 2006).

3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Pacient s akutní pankreatitidou je uložen na standardní oddělení. V případě těžkého projevu a septicémie, rozvratu vnitřního prostředí, šokového stavu, s projevy poruchy hemokoagulace a renálního selhávání pak na JIP chirurgie nebo ARO.

Při přijetí na oddělení byl pacient seznámen s chodem oddělení, signalizačním zařízením a zvyklosti oddělení. Poté jsem pacienta edukovala o výživě, kterou mu lékař naordinoval. Poté jsem pacienta poučila o zákazu přijímání tekutin, stravy a léků per os. Pacient může dutinu ústní vytírat pomocí glycerinových štětiček. Pacient si může dutinu ústní vypláchnout vodou, nesmí vodu polykat. U pacienta byla zavedena nasogastrická sonda (NGS). Nasogastrická sonda se zavádí, dle ordinace lékaře za účelem úlevy od zvracení a odčerpání žaludeční šťávy do sběrného sáčku. Poučím pacienta o důvodu a postupu výkonu, pacienta požádám o spolupráci a upozorním ho na nepříjemné dráždění a pocity na zvracení. Žaludeční sondy jsou vyráběny z pružného materiálu o několika velikostech. Pro snadnější zavádění se sonda uchovává v lednici, aby byla

pevná a nestáčela se. Uložíme pacienta do Fowlerovy polohy. Na konec namražené sondy naneseeme znečitlivující gel a sondu opatrně zavádíme nosní dírkou do žaludku. Pro snadnější zavedení pacient během posouvání sondy polyká, popíjí malé množství tekutiny, která po zavedení sondy odteče do sběrného sáčku. Při vyvolání nauzey, zavádění sondy sestra přeruší a požádá pacienta, aby hluboce, ale klidně dýchal.

O správnosti zavedení se sestra přesvědčí Jannetovou stříkačkou, kterou aspiruje obsah žaludku. Jestliže se neobjeví žaludeční obsah, aplikuje sestra Jannetovou stříkačkou do sondy asi 30 ml vzduchu a v oblasti žaludku provede poslech fonendoskopem. Jestliže slyší bublání, je sonda zavedena správně. Po zavedení (NGS) sledujeme množství a charakter tekutiny při odčerpávání žaludečního obsahu. Kontrolujeme, zda nedošlo k dislokaci sondy a sondu řádně fixujeme. Fixujeme pomocí nasofixu, který měníme dle zvyklosti oddělení nebo dle potřeby. Pohybujeme sondou v nosním průchodu, aby nedošlo k slizničnímu dekubitu. Při dlouhodobém zavedení sondy střídáme nosní průchody. Pravidelně proplachujeme, aby nedošlo k ucpaní sondy. Sondu proplachujeme černým a ovocným čajem, sterilní i nesterilní vodou, převařenou vodou a můžeme použít i fyziologický roztok. Pravidelně měníme jednotlivé části systému. Vše zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace (VYTEJČKOVÁ, 2013).

U pacienta byl zavedený periferní žilní katétr G 20 (PŽK). Periferní žilní katétr zaveden do horní končetiny. Periferní žilní katétr byl zaveden z důvodu dehydratace, infuzní a analgetické terapie. PŽK pravidelně kontrolujeme místo vpichu (dle zvyklosti oddělení nebo dle standardu ošetrovatelské péče (HORÁK, 2014), (EHRMANN, 2014).

Také byl zaveden permanentní močový katétr (PMK). Permanentní močový katétr (PMK) zavádíme za aseptických podmínek. Pacient je poučen lékařem/sestrou o důvodu a o způsobu provedení výkonu. Sestrou je poučen o spolupráci při výkonu a o manipulaci se zavedeným katétrem. Sestra o zavedený permanentní močový katétr pečuje. Dohlíží na důslednou hygienu genitálu. Sleduje průchodnost katétru, barvu, zápach, příměsí v moči a množství, které zapisuje do záznamu o bilanci tekutin. Moč ze sběrného sáčku pravidelně vyprazdňuje a také sleduje celkový stav pacienta, obzvláště si všímá známků infekce. Močový systém rozpojuje jen v nejnútnejších případech a při opětovném napojení oba konce dezinfikuje. Permanentní močový katétr vyměňuje přibližně jednou za tři týdny (TRACHTOVÁ a kol., 2013).

Pacient u akutní pankreatitidy mívá ukrutné bolesti abdominální oblasti, a proto je nutné pravidelné sledování bolesti. Pro určení intenzity bolesti používá stupnici 0-10 na posuvném pravitku či u dětských pacientů stupnici obličejů. Tato metoda hodnocení bolesti je nazývána metodou VAS (Visual Analogue Scale), podle které bývají lékařem ordinována analgetika. Po podání analgetik, musí proběhnout přehodnocení bolesti, kdy sestra sleduje úlevu a efekt podaných analgetik. Po podání analgetik per os, sestra přehodnotí bolest za jednu hodinu, po podání injekčních analgetik sestra přehodnotí bolest již za 30 minut. Každý pacient je sestrou při příjmu na ošetrovatelskou jednotku o bolesti, její stupnici a o možnosti se kdykoli přihlásit o analgetika řádně informován. Vše zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace (NOVÁ, M., 2015).

4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

V praktické části je popsán průběh ošetrovatelského procesu u sedmdesátiletého pacienta s akutní pankreatitidou. Ošetrovatelský proces byl proveden během tří dnů mého odborného působení na gastroenterologickém a hepatologickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, kde nadále pracuji jako všeobecná sestra. Sběr anamnestických údajů byl realizován dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II. Zdrojem informací byla metoda pozorování, anamnestický rozhovor s pacientem a práce s lékařskou a sesterskou dokumentací. Pacient byl velice ochotný spolupracovat a souhlasil s uvedením jeho případu do mé bakalářské práce. Identifikační údaje byly u pacienta změněny dle Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: A. A.	Datum narození: 1947
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Věk: 70let
Pohlaví: mužské	Bydliště: X
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	Zaměstnání: důchodce
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: X. Y.
Bydliště: X	Vzdělání: vysoká škola ekonomická
Datum příjmu: 6. 1. 2017	Čas příjmu: 12:00 hodin
Typ přijetí: neplánované/akutní	Účel příjmu: neplánovaný
Oddělení: OGHM (oddělení gastroenterologie hepatologie a poruch metabolismu	Přijal: MUDr. P. H.
Ošetřující lékař: MUDr. P. H.	Obvodní lékař: MUDr. A. H.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Důvod přijetí udávaný pacientem: „ Měl jsem tak silné bolesti břicha, že jsem nemohl ani chodit, do toho jsem dostal zvýšenou teplotu a bylo mi na zvracení. V noci jsem zvracel požitou stravu a žaludeční šťávy. Moje manželka měla strašný strach, co se se mnou děje a zavolala mi rychlou záchrannou službu. “.

Medicínská diagnóza hlavní:

- Akutní pankreatitida biliární etiologie **K 851**

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Arteriální hypertenze **I 10**
- Fibrilace, flutter **I 481**
- Hypokalémie **E 876**
- Hyponatrémie **E 871**

Vitální funkce při příjmu dne 6. 1. 2017

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu

TK: 179/100 torr	výška: 165 cm
P: 77/min., pravidelný	hmotnost: 51 kg
TT: 36,5 °C	BMI: 18.73
D: 17/min., pravidelný	pohyblivost: neomezená, pravidelné procházky s manželkou a vnoučaty
stav vědomí: orientovaný, při vědomí	orientace místem, časem, osobou: plně orientován
řeč, jazyk: řeč srozumitelná	krevní skupina: 0 Rh negativní
glykémie: 4,5 mmol/l	SpO2: 98 %

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Nynější onemocnění: Pacient byl přijat 06. 01. 2017 cestou emergency pro silnou bolest břicha v 12:00 na oddělení OGHM na oddělení (gastroenterologie hepatologie a poruch metabolismu) ÚVN (Ústřední vojenská nemocnice) Praha.

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacient, vlastní pozorování a účast v péči o pacienta, lékařská a ošetřovatelská dokumentace.

4.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 75 letech na CA prsu. (léčila se)

Otec: zemřel v 89 letech na cévní mozkovou příhodu.

Sourozenci: sestra zdravá, bezdětná, bratr- diabetes mellitus 2. typu

Děti: s manželkou má 2 děti, zdravé pouze dětské nemoci

dcera 36 let podnikatelka 2 zdravé děti, pouze běžná dětská onemocnění

syn 32 let truhlář 1 dítě zdravé

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství prodělané běžné dětské nemoci

Hospitalizace a operace: 1951- tonzilektomie, 1955- appendektomie, 1970- operace zlomenina dolní končetiny

Úrazy: fraktura dolní končetiny

Transfúze: 0

Očkování: běžná očkování dle očkovacího kalendáře. Očkování proti tetanu naposledy v roce 2008, očkování proti chřipce v roce 2016.

Léková anamnéza

Tabulka 3 Chronická farmakologická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Rosumop	tableta	20 mg	0 – 0 – 1	hypolipidemika
Telmisartan sandoz	tableta	80 mg	0.5 – 0 – 0	antihypertenzivum
Ocutein forte lutein	tobolka	15 mg	1 – 0 – 0	doplněk stravy

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta 2017

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: pyl, roztoče, plísně, prach, náplasti

Abúzy:

Alkohol: příležitostně, při oslavách

Kouření: neguje, dříve kuřák za den vykouřil 24 cigaret, v posledních 5 letech nekuřák

Káva: 2x denně (preferuje tureckou kávu)

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Urologická anamnéza:

Překonaná urologická onemocnění: neguje

Samovyšetření varlat: prováděl pravidelně, teď už neprovádí

Poslední návštěva urologa: březen 2014

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: pacient žije se svojí manželkou, a se svým bratrem v dvojdomku, který si sám postavil, domek má velkou zahradu o, kterou se stará. Dům se nachází se na okraji Prahy.

Vztahy, role a interakce: pacient se pravidelně schází se svým bývalými kolegy z práce, vztahy v rodině jsou velmi dobré. Celá rodina se pravidelně navštěvuje. Pacient je komunikativní, přátelský, optimistický.

Záliby: čtení historických knih, soutěžní pořady (AZ-KVÍZ), luštění křížovek, péče o zahradu.

Volnočasové aktivity: procházky se svojí manželkou, dětmi, vnoučaty, plavání, divadlo.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysoká škola ekonomická

Pracovní zařazení: důchodce. Dříve pracoval na pracovní pozici technik s opravou zemědělských strojů, práce ho velice bavila a rád na ni vzpomíná. Měl dobrý kolektiv spolupracovníků. Práce ho naplňovala.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Pacient pracoval 30 let jako technik v zemědělské firmě, která se zabývala opravou zemědělských strojů. Nyní je 21 let ve starobním důchodu.

Ekonomické podmínky: vyhovující, s manželkou mají 2 starobní důchody

Psychologická anamnéza:

Vývojové období: vysoký dospělý věk, sangvinik, emoční oblast – stabilita, podpora rodiny.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: ateista, pacient nevěřící, do kostela nechodí. Preferuje životní cíle : láska, rodina a zdraví.

4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘIJETÍ 06.01. 2017

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou provedené při přijetí 06. 01. 2017

<i>Vyšetření systému</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Hlava a krk</i>	„Bolesti hlavy nemívám snad jen ojediněle.“	<p>Hlava mezocefalická, bez deformit poklepově nebolestivá, bez zjevných deformit a defektů.</p> <p>Tvář: oči – spojivky růžové, bez zánětu, brýle používá na dálku i na blízko, oči ve středním postavení, bulby volně pohyblivé, skléry bílé, zornice izokorické.</p> <p>Nos bez deformit a výpotku, uši bez výtoků.</p> <p>Kůže prokrvená, bez patologických změn, rty souměrné bez ragád a bez známek cyanózy.</p> <p>Chrup – sanován, jazyk je bělavě povleklý, okoralé rty, bez poranění, plazící se středem. Zápach z úst nepřítomný.</p> <p>Krk souměrný, bez otoků, šíje volná, pohyb krku nebolestivý, karotidy tepou sym.bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, uzliny a štítnice nehmatné.</p>
<i>Hrudník a dýchací systém</i>	„Bolesti na hrudi nyní nemám.“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí.

		Počet dechů: 16/ min., pravidelný rytmus. Dýchání čisté, sklípkovité bez vedlejších fenoménů.
<i>Srdeční a cévní systém</i>	„Doma mám digitální tlakoměr, pravidelně si měřím krevní tlak.“	<p>Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, frekvence 77/min.</p> <p>TK 179/100 torrů.</p> <p>Puls je dobře hmatný.</p> <p>Dolní končetiny klouby volně pohyblivé, bez otoků, bez varixů, pulzace na periferii hmatná.</p> <p>Periferní žilní kanyla zavedená 6. 1. 2017 na periferii levé horní končetiny, bez patologií.</p>
<i>Břicho a gastrointestinální trakt</i>	„Břicho bolestivé, hlavně při pohmatu, bolest se šířila až do zad, zvracení požití stravy a žaludeční šťávy, na nic nemám chuť, snažil se dodržovat dietní opatření, bolesti neustávají.“	<p>Břicho nad úrovní hrudníku, poklep bublinkovitý, citlivé v oblasti epigastria a pupku, jinak bez hmatné rezistence, peristaltika oslabená, skoro až neslyšitelná.</p> <p>Pacient udává nauzeu a zvracení dohromady zvracel 3x.</p> <p>Nasogastrická sonda zavedena 6. 1. 2017 odvádí žaludeční obsah, je ordinováno měření diurézy za 12 hodin.</p> <p>Úbytek hmotnosti za poslední měsíc neudává.</p>

		<p>Poslední stolice včera 1x formová</p> <p>(5.1 2017) – průjmy ani zácpou netrpí</p> <p>Játra, slezina a pankreas nezvětšené.</p> <p>Podbříšek klidný.</p>
<i>Močový a pohlavní systém</i>	<p>„S močením problémy nemám.“</p>	<p>Genitál mužský, 6. 1. 2017 byl zaveden periferní močový katétr, je průchodný, odvádí čistou moč bez příměsí. Je ordinováno měření diurézy za 12 hodin.</p>
<i>Kosterní a svalový systém</i>	<p>„S pohybem problém nemám, rád s manželkou a vnoučaty chodím na procházky, kompenzační pomůcky nepoužívám.“</p>	<p>Poloha aktivní.</p> <p>Stoj a chůze v normě.</p> <p>Hrubá i jemná motorika v normě.</p> <p>Páteř bez patologických změn. Svalový aparát – normotonus.</p> <p>Pohyblivost pacient soběstačný, chodící - bolesti při pohybu neudává.</p> <p>Kosterní aparát bez deformit.</p>
<i>Nervový a smyslový systém</i>	<p>„Brýle používám na blízko i na dálku.“</p> <p>„Potíže žádné nemám, jsem úplně orientovaný.“</p>	<p>Při vědomí. Orientován místem, časem, osobou a prostředím, spolupracuje.</p> <p>Tremor a tiky nepřítomné.</p> <p>Čich a sluch bez patologie.</p> <p>Používá brýle na čtení.</p>

		<p>Paměť v normě.</p> <p>Smyslová citlivost v normě.</p>
<i>Endokrinní systém</i>	„V tomto směru jsem zdrav, problémy se štítnou žlázou nemá.“	<p>V anamnéze nemá poruchy endokrinního systému. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená, patologické projevy poruch endokrinního systému nepozorovány.</p> <p>Dne 6. 1. 2017 -založen kontrolní glykemický profil, měření glykémie 4 denně. Naměřená hladina glykémie je 4,5 mmol/l.</p>
<i>Imunologický systém</i>	„Mám alergii na pyl, roztoče, plísně, prach, náplasti.“	<p>Alergie na pyl, roztoče, plísně, prach a náplasti.</p> <p>Infekty horních a dolních dýchacích cest nejsou časté.</p> <p>TT: 36,5 °C.</p>
<i>Kůže a její adnexa</i>	„V pořádku.“	<p>Kůže prokrvená, bez ikteru a cyanózy, bez erytému, turgor v normě. Otoky, dekubity a hematomy nepřítomné.</p> <p>Vlasy krátké, prošedivělé, čisté.</p> <p>Nehty čisté, upravené, zastřižené do obloučku.</p>

Zdroj: fyzikální vyšetření provedené studentkou, 2017

4.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 6. 1. 2017 dle modelu fungujícího zdraví
Marjory Gordononové

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: „Léky užívám pravidelně, chodím na pravidelné preventivní prohlídky, dodržuji veškerá doporučení lékaře a zdravotnického personálu. Cítím se dobře, jsme nekuřák posledních 5 let. Rád chodím s manželkou, dětmi a vnoučaty na procházky.“</p> <p>Objektivně: Na preventivní prohlídky chodí, pravidelně, svého praktického lékaře navštěvuje 2x do roka nebo dle obtíží. K zubnímu lékaři dochází 2x do roka. Pacient v rámci hospitalizace spolupracující snaží se dodržovat léčebný režim.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolizmus • Hydratace 	<p>Subjektivně: „Sním skoro vše, vůbec nejsem vybíravý v jídle, preferuji pestrou a vyváženou stravu. Miluji sladká a domácí upečené moučníky. Dříve jsem jedl nepravidelně, postupně se to snažím měnit. Teplé jídlo jím 1x denně většinou v poledne. Během dopoledne jím ovoce a zeleninu. Během dne sním 5-6 porcí jídla. Z domu jsem, zvyklý dodržovat pitný režim za 24 hodin vypiji 2-2,5 litru tekutin. Preferuji čistou vodu, neslazené ovocné čaje. Během dne si dopřeji 2 šálky kávy, preferuji tureckou kávu. Alkohol piji jen výjimečně, dám si pivo a víno. Od doby kdy se objevila bolest, pocit na zvracení, v noci i zvracení pije jen tekutiny po lžičkách.“</p>

	<p>Objektivně: Pacient od příjmu NPO, z důvodu základního onemocnění. Pouze svlažení rtů, nebo vytírání dutiny ústní pomocí glycerinových štětiček. Pacient je zavodňován, pomoci infuzních terapií, dle ordinace lékaře. Na bolest se podává analgetická terapie, dle ordinace lékaře. Sledujeme analgetickou terapii a zaznamenáváme do dokumentace.</p> <p>Kontrolujeme a zaznamenáváme příjem a výdej tekutin, odpady a příměsi z NGS. Pravidelně kontrolujeme, průchodnost PMK, PŽK, NGS.</p> <p>Pacient je dostatečně hydratován, kožní turgor je v normě.</p> <p>Pacientovo BMI 18,73- optimální, pacient neudává za poslední 3. měsíce váhový úbytek</p> <p>Ošetrovatelský problém: riziko nevyváženého objemu tekutin</p> <p>Priorita: nízká</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: „S močením a s vyprazdňováním jsem doma žádné problémy nikdy neměl, netrpím zácpou ani průjmy. Na stolici chodím pravidelně 1x denně každý ráno po snídani. Nemohu nic jíst tak na stolici moc nechodím. V nemocnici jsem byl zatím pouze 1x. Na toaletu chodím s dopomocí zdravotnického personálu. Na vyprazdňování moči mám zavedenou cévku. Na kůži nemám žádné hematomy, ani dekubity. Kůži mám sušší, každý den po koupeli si kůži promazávám kokosovým olejem. Netrpím žádným onemocněním dýchacích cest.“</p> <p>Objektivně: Pacient byl naposledy na stolici ráno</p>

	<p>5. 1. 2017 doma. Problémy se stolicí neuvádí. V době hospitalizace se vyprázdnil 1x, ale to je způsobeno tím, že nic nejí, na toaletu chodí s doprovodem zdravotnického personálu. Potíže s močením neuvádí. Nyní je vyprazdňování moče zajištěno pomocí PMK. PMK odvádí čistou moč bez příměsí a zápachu. Okolí vstupu katétru klidné bez známek infekce. Měření diurézy za 12 hodin byla 1 100ml. Pokožka pacienta je hydratovaná. Dýchání je pravidelné, frekvencí 16 dechů za minutu. Pocení je v normě.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek – odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: „Doma problémy se spánkem nemám. V průměru naspím kolem 8 hodin. Doma pravidelně chodím spát kolem 23:00 hodiny. Včera v nemocnici jsem nemohl usnout a po celou noc jsem se probouzel. Probouzení bylo způsobeno jiným prostředím, hlukem spolu pacientů a teplo v místnosti. Z důvodu nespavosti mi pan doktor předepsal tabletku na spaní. Ve volném čase chodím pravidelně na procházky s manželkou a přáteli.“</p> <p>Objektivně: Pacient doma netrpí žádnou formou nespavosti. V noci spí, dostatečně a přes den se věduje svým aktivitám a volnočasové činnosti. V domácím prostředí neužívá žádné tablety na spaní. V nemocničním prostředí se budil celou noc, a ráno se cítil neodpočatý, proto byla předepsána tabletka na spaní, teď se cítím lépe. Ve volném čase chodí na procházky s manželkou a dětmi. Pacient je soběstačný, chodící všechny aktivity běžného</p>

	<p>denního života zvládá sám. Ranní hygienu provedl zcela samostně v koupelně na pokoji. Dýchání bez potíží, srdeční akce pravidelná 77/minutu. Barthel test základních činností- 100 bodů- nezávislý. Hodnocení rizika vzniku dekubitů- dle stupnice Nortonové – 33 bodů- bez rizika dekubitů. Riziko pádů- dle stupnice Morse- 35 bodů- nízké riziko pádu.</p> <p>Ošetrovatelský problém: narušený spánek z důvodu nemocničního prostředí, cítí se unavený.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Vnímání – poznávání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: „Slyším dobře, na blízko a na dálku nosím jedny brýle, mám je tu sebou v nemocnici. Doma díky internetu sleduji děni kolem sebe s rodinou si píšu email. Komunikace s lidmi mi nedělá žádné problémy.“</p> <p>Objektivně: Pacient plně orientován časem, místem, osobou. Spolupráce s pacientem velice dobrá. Řeč srozumitelná, paměť dobrá. Pacient nemá problémy se sluchem. Na blízko a na dálku nosí jedny brýle, které má i v nemocnici. Je velice trpělivý, a snaží se dodržovat léčebný režim.</p> <p>Ošetrovatelský 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: „Vnímám sebe jako optimistu. Nejdůležitější je pro mě rodina, láska. Těším se domů na manželku a známé. Ležení v nemocnici mě nebaví. Snažím se dodržovat všechny léčebné režimy, abych mohl co nejdříve domů. Zajímá mě</p>

	<p>dění ve světě, rád chodím na každoroční třídní srazy.“</p> <p>Objektivně: Pacient je naladěn pozitivně i přes bolest a všechny okolnosti. Je informován a poučen o léčbě, lačnění, vše dodržuje. Chce jít brzo domů.</p> <p>Ošetrovatelský problém: bolest</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: „Jsem šťastně ženatý, se svou manželkou bydlíme v rodinném dvojdomku, který jsme si sám postavil. Kolem rodinného domku je velká zahrada o, kterou se sám starám. Se všemi vycházím dobře, jak v nemocnici tak i doma. Rodina je pro mě nejdůležitější věcí na světě.“</p> <p>Objektivně: Pacient pochází z harmonické rodiny. Má dvě děti, tři vnoučata. S celou rodinou má velmi vřelé vztahy. S rodinou se během roku často schází. Mimo rodinu má několik kamarádů, se kterými se pravidelně schází. Během hospitalizace byla manželka a rodinný příslušníci několikrát navštívit pacienta v nemocnici.</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: „Mám šestatřicetiletou dceru, a dvaatřicetiletého syna.“</p> <p>Objektivně: Pacient neměl problém mluvit o svém intimním životě. Nyní už nechodí na pravidelné urologické kontroly, poslední kontrola proběhla v roce 2014. Dříve prováděl pravidelně samovyšetření</p>

	<p>varlat, teď už neprovádí.</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: „Myslím si, že jsem optimista. Pokud zažívám nějaký stres, pomáhá mi vyzpovídat se někomu blízkému, přečíst si nějakou pěknou knihu nebo jít na procházku do přírody. Nemocniční prostředí nemám rád, přijde mi sterilní, člověk tu nemá velké soukromí. Vždycky se těším na návštěvu manželky, dětí a vnoučat.“</p> <p>Objektivně: Ač pacient udává, že je optimistka, z rozhovoru je vidět že je nervózní, necítí se komfortně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: strach a obavy z důvodu nemocničního prostředí.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot /presvědčení/jednání 	<p>Subjektivně: „Jsem ateista, pacient nevěřící, do kostela nechodí. Preferuje životní cíle : láska, rodina a zdraví.“</p> <p>Objektivně: Pacient a celá jeho rodina je nevěřící. Do kostela nikdy nechodil.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození 	<p>Subjektivně: „V nemocnici se cítím bezpečně a věřím, že tu pracuje profesionální zdravotnický tým. Důvěřuji veškerému zdravotnickému personálu.“</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Objektivně: Přetrvává riziko infekce NGS, PŽK, PMK. Všechny vstupy jsou bez známek infekce. Všechny vstupy se pravidelně kontrolují, a vše se zapisuje do zdravotnické dokumentace. Pacient byl řádně poučen, jak rozpoznat známky začínající infekce. Pacient je edukován o všech rizicích. TT byla 36,5 °C.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>riziko narušené integrity kůže z důvodu PŽK.</p> <p>riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK.</p> <p>riziko krvácení z důvodu antikoagulační léčby.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: „Doma jsem pociťoval bolestivost břicha, bolest se šířila až do zad. Doma jsem proti, bolesti užíval algifenové kapky, ale bolest neustávala. Úlevová poloha klečení na všech čtyřech.“</p> <p>Objektivně: Bolest je u pacienta tlumena analgetiky, která jsou podávány dle ordinace lékaře. Pacient je edukován o probíhající analgoterapii, aktivně tuto možnost využívá.</p> <p>Ošetrovatelský problém: akutní bolest z důvodu základního onemocnění.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>13. Růst, vývoj</p>	<p>Subjektivně: „Držím si celý život stejnou váhu, tady možná něco zhubnu, když nemůžu nic jíst.“</p>

	<p>Objektivně: Pacient neudává, váhový úbytek za poslední 3. měsíce. BMI: 18.73(optimální).</p> <p>Použité vyšetřovací škály: BMI: 18.73optimální</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
--	---

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2017, s. 10.

Aktivity denního života

Tabulka 6 Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	„Doma žádnou dietu nedržím, preferuji pestrou a vyváženou stravu. Jím pravidelně 5-6 denně. Za den vypiji kolem 2-2.5 litru vody či čaje.“	Doma nedodržíže žádnou dietu. Pacient neudává úbytek na váze v posledních měsících. BMI 18.73-optimální. Od příjmu NPO. Kožní turgor v normě.
Vylučování moče a stolice	„S močením a s vyprazdňováním jsem doma žádné problémy nikdy neměl, netrpím zácpou ani průjmy.“	Zavedený PMK pro sledování denní diurézy (1100 ml). Poslední defekace 5. 1. 2017.
Spánek a bdění	„Doma problémy se spánkem nemám. V průměru naspím kolem 8 hodin. Doma pravidelně chodím spát kolem 23:00 hodiny.“	Pacient má v nemocničním prostředí problém s usínáním (usne asi do 2 hodin), spánek je lehký, pacient se cítí neodpočatý.
Aktivita a odpočinek	„Myslím si, že jsme docela aktivní rád, chodím s manželkou na výlety, procházky. Pokud jsem unavený, odpočinu si u knížky, nebo poslouchám hudbu.“	Režim: klidový z důvodu nynějšího onemocnění. Odpoledne pacienta navštěvuje manželka s vnoučaty.

Hygiena	„Doma vše zvládám sám, sprchuji se každý den večer před spaním, mám rád teplejší vodu.“	Pacient si sám zajišťuje hygienickou péči. Dle potřeby dopomoc sestry.
Samostatnost	„Jsem rád, že v mém věku jsem samostatný a chodící, vše zvládám sám. “	Barthelův test základních všedních činností ADL: 100 bodů – nezávislý

Zdroj: rozhovor s pacientem, 2017

Posouzení psychického stavu

- **Vědomí:** lucidní
- **Orientace:** pacient je správně orientován v čase, prostoru, osobě a situaci
- **Nálada:** obavy z dlouhodobé hospitalizace
- **Paměť:** staropaměť i novopaměť je výbavná bez poruch
- **Myšlení:** logické
- **Temperament:** optimista
- **Sebehodnocení:** „Mám skvělou rodinu.“
- **Vnímání vlastního zdraví:** „Na nic si zatím nestěžuji, jsem zcela nezávislý, vše si obstarám sám.“
- **Popis sociálního stavu:** vlastní dům
- **Komunikace:** pacient využívá verbální i neverbální komunikaci
- **Sociální role:**
 - *Primární:* 70 letý muž – bez patologií
 - *Sekundární:* otec, děda
 - *Terciální:* chápe svoji situaci a snaží se přizpůsobit
- **Sociální interakce:** je komunikativní, cítí podporu rodiny. Rád chodí na procházky s manželkou, dětmi a vnoučaty.
- **Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci:** pacient je v důchodu. Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.
- **Popis spirituálního stavu:** pacient je ateista, nevěřící

4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření

6. 1. 2017 Sono břicha, RTG S+P, EKG, monitorace fyziologických funkcí 2x denně (TK, P, SPO2, TT)

6. 1. 2017 vyšetření krve

Hematologické- KO

Hemokoagulační - APPT, Quickův test, INR

Biochemické- urea, krea, Na, K, Cl, BilC, BilP, ALT, AST, GGT, ALP, AMS, AMSP, osmo, gly, CRP

Biochemické vyšetření moče (moč+ sediment)

Měření glykemického profilu 4X denně (R-P-V- 22)

7. 1. 2017 vyšetření krve

Hematologické- KO

Biochemické- urea, krea, Na, K, Cl, Mg, P, Ca, laktát, AMS, AMSP, BilC, BilP, ALT, AST, GGT, ALP

8. 1. 2017 ERCP

8. 1. 2017 vyšetření krve

Hematologické- KO

Biochemické- urea, krea, Na, K, Cl, Mg, P, Ca, laktát, AMS, AMSP, BilC, BilP, ALT, AST, GGT, ALP

Výsledky dne 6. 1. 2017

RTG S+P- Hrudník symetrický. Plicní parenchym bez ložiskových změn.

EKG – FIS s vyrovnanou odpovědí komor, TF 74/ min, QRS 0.06.

SONO břicha- zvětšená hlava slinivky se střelou echostrukturou, dilatovaný ductus hepatocholedochus, cholecystolitiáza bez zn.cholecystitidy, susp.ložisko AML v levé ledvině. Klinicky dominující bolesti břicha a zvracení.

Tabulka 7- Fyziologické funkce pacienta během hospitalizace

Datum	6. 1. 2017	6. 1. 2017	7. 1. 2017	7. 1. 2017	8. 1 2017	8. 1. 2017
Čas	12:00	17:00	12:00	17:00	12:00	17:00
TK(mmHg)	179/100	165/90	170/100	175/80	155/90	145/85
P	77	70	72	80	75	65
D	17	16	17	18	20	16
SpO2%	96%	96%	95%	94%	98 %	99 %
TT	36,5 °C	36,4 °C	36,7°C	36,5 °C	37,0 °C	36,5 °C

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 8 Bilance tekutin (P+V)

Datum	06- 18	18-06
6. 1. 2017	3000/1100	1500/1000
7. 1. 2017	3400/1500	1000/1000
8. 1. 2017	2500/2000	1700/800

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 9 Bilance NGS

Datum	06- 18	18-06
6. 1. 2017	2500 ml	2000 ml
7. 1. 2017	1500 ml	1100 ml
8. 1. 2017	1000 ml	800 ml

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 10 Hematologické vyšetření během hospitalizace

Hematologické vyšetření	Referenční hodnoty	Jednotka	Hodnoty 6. 1. 2017	Hodnoty 7. 1. 2017	Hodnoty 8. 1. 2017
Erytrocyty	4,2 - 5,3	10 ¹² /l	4,94	4,13	3,88
Trombocyty	150-350	10 ⁹ /l	300	290	287
Leukocyty	3,8-10	10 ⁹ /l	13,96	17,85	20,1
Hematokrit	0,40-0,54	l	0,45	0,42	0,42
Hemoglobin	135-175	g/l	145	130	125
FW	4,0 -27,0	arb. j.	30	29	28

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 11 Hemokoagulační vyšetření krve ze dne 6. 1. 2017

Hemokoagulační vyšetření	Referenční hodnota	Jednotka	Hodnota pacienta
aPTT	25,9- 40,0	s.	35
Quickův test	0,8-1,25	INR	1,05
INR	0,8-1,20	1/1	1,1

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 12 Hodnoty glykemického profilu během hospitalizace

Datum	Ráno	Poledne	Večer	22:00
6. 1. 2017	-	4,5 mmol/l	2,5 mmol/l	4,5 mmol/l
7. 1. 2017	5,2 mmol/l	4,7 mmol/l	9,5 mmol/l	4,1 mmol/l
8. 1. 2017	2,5 mmol/l	3,2 mmol/l	4,1 mmol/l	4,5 mmol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 13 Vyšetření M+S ze dne 6.1 2017

Moč+ sediment	Referenční hodnota	Jednotka	Hodnota pacienta
Specifická hmotnost	1003 – 1030	kg/m ³	1020
pH	4,7-7,4	jedn.	5,2
Glukóza	0	arb.j.	1
Erytrocyty	< 10	počet/μl	6
Leukocyty	< 14	počet/μl	8
Proteiny	0	arb.j.	0
Bakterie	0	arb.j.	0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta. 2017

Tabulka 14 Biochemické vyšetření během hospitalizace pacienta

Biochemické vyšetření	Referenční hodnota	Jednotka	Hodnoty	Hodnoty	Hodnoty
			6. 1. 2017	7. 1. 2017	8. 1. 2017
Urea	2,0-6,7	mmol/l	4,25	4,5	4,25
Krea	73-120	mmol/l	66,7	66,7	70
Na	136-145	mmol/l	141,4	146	141
K	3,5- 5,1	mmol/l	3,36	3,4	4,1
Cl	98-107	mmol/l	98,8	103	100
BilC	0,0-21	mmol/l	55	52	50
BilP	0,00-5,00	mmol/l	45,00	45,6	46
ALT	0,10- 0,75	μkat/l	4,11	4,11	2,26
AST	0,10-0,60	μkat/l	1,87	1,80	1,80
GGT	0,18- 0,84	μkat/l	5,47	5,25	5

ALP	0,5- 2,0	μkat/l	2,68	2,55	2,65
AMS	0,46-1,66	μkat/l	119,36	117,36	117, 35
AMSP	0,220- 0,880	μkat/l	115,410	115, 400	115
OSMO	278-305	mmol/kg	300	-	-
Gly	3,60- 5,60	mmol/l	5,20	-	-
CRP	0,00-5,00	mg/l	7,10	-	-
Mg	0,73 – 1,3	mmol/l	-	0,75	0.85
Ca	2,2 – 2,6	mmol/l	-	2,23	2,18
P	0,7 – 1,45	mmol/l	-	1,07	1,22
Laktát	0,5 – 2,2	mmol/l	-	0,7	0, 9

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Výsledky vyšetření ze dne 8.1 2017

ERCP- U akutní pankreatitidy je ERCP indikováno při podezření na akutní biliární pankreatitidu. V praxi se jedná o laboratorní známky obstrukce, dilataci žlučových cest podle břišní ultrasonografie, cholecystolitiázu, choledocholitiázu a akutní cholangitidu, podezření na vrozenou anomálii (pancreas divisum). ERCP při akutní pankreatitidě má být indikováno uvážlivě s ohledem na možnou rizikovost výkonu. V indikovaných případech je současně i terapeutickou metodou.

Konzervativní léčba:

Dieta: NPO, pouze vypláchnutí, vytření dutiny ústní pomocí glycerinových štětiček

Výživa: infuzní, analgetická terapie

Pohybový režim: chodící, soběstačný nutný klidový režim

RHB: klidový režim

Monitoring: fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO₂), diurézu za 24 hodin, odpady z NGS, monitorace bolesti, monitorace glykemického profilu.

Medikamentozní léčba

Tabulka 15 medikamentozní léčba per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Oxazepam	tableta	10 mg	0-0-0-1	anxiolytikum
Tolura	tableta	80 mg	0,5-0-0	antihypertenzivum
Torvacard neo	tableta	20 mg	0-0-1	hypolipidemika
Tensiomin	tableta	12,5 mg	0-0-1	ACE inhibitory

Zdroj : zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 16 medikamentozní léčba intravenózně

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Novalgin	injekční roztok	1 ampulka (2 ml)	po 4 hodinách nebo dle potřeby	analgetikum antipyretikum
Novalgin	injekční roztok	1 ampulka (5 ml)	po 4 hodinách nebo dle potřeby	analgetikum antipyretikum
Neodolpasse	infuzní roztok	1 infuze (250 ml)	po 12 hodinách, 2x denně	infundabilium- analgetikum, antirevmatikum
Paracetamol	infuzní roztok	100 ml	po 6 hodinách nebo dle potřeby	analgetikum
Controloc	prášek pro injekční roztok	40 mg	1-0-0 (09)	antacidum
Fraxiparine	předplněná injekční stříkačka	0,4 ml	09-21	nízkomolekulární heparin
Plasmalyte	infuzní roztok	1000 ml	09:00 (300 ml/h)	elektrolyty
Plasmalyte	infuzní roztok	1000 ml	12: 00 (250 ml/h)	elektrolyty
Plasmalyte	infuzní roztok	1000 ml	18:00 (200 ml/h)	elektrolyty

Zdroj : zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Chirurgická léčba: neindikovaná

4.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6.1 2017

Sedmdesátiletý pacient byl hospitalizován 6.1 2017 v 12:00 na oddělení OGHM na oddělení (gastroenterologie hepatologie a poruch metabolismu) ÚVN (Ústřední vojenská nemocnice) Praze. Přijat pro opakovatelné zvracení a bolesti břicha, které se šířily až do zad. Dle slov pacienta ho 2 dny bolelo intenzivně břicho, na bolesti bral algifenové kapky, které ale nezabíraly. Snažil se dodržovat klidový režim, ale bez efektu. Manželka mu zavolala rychlou záchrannou službu. Při příjmu pacient plně orientovaný časem, místem, prostorem. Při příjmu byly odebrány fyziologické funkce, odebrány vzorky krve a moče, odebrána ošetrovatelská anamnéza, zaveden PŽK, PMK, NGS. Seznámen s chodem oddělení, signalizačním zařízením, ošetřujícím lékařem a zvyklosti oddělení. Dále také pacient podepisuje souhlas s hospitalizací a obdrží identifikační náramek. Poučen o zákazu přijímání tekutin, stravy a léků per os.

Pacient chodící, soběstačný, ranní hygienu zvládá sám, dopomoc zdravotnického, personálu dle stavu a dle potřeby pacienta. Pacient ze začátku hospitalizace klidový režim na lůžku z důvodu bolestivosti břicha. Při bolesti břicha vyhledává úlevovou polohu. Pacient je poučen o zákazu přijímání potravin, tekutin per os. Pouze vypláchnutí nebo vytření dutiny ústní pomocí glycerinových štětiček. Monitorace glykemického profilu 4x denně. Monitorace fyziologických funkcí 2x denně. Monitorace bilance tekutin P+V za 12 hodin, odpady z NGS za 12 hodin. Pravidelná kontrola VAS. Na bolesti pravidelně podávány analgetika. Pacient tuto možnost pravidelně využívá. Při bolesti si sám řekne o analgetika. Analgetika pacientovi zabírají během 15. minut. Účinek analgetik 6. hodin od dokapání infuze. Infuzní terapie kape dle ordinace lékaře. Naordinován plasmylyte 1000 ml. Za den vykape 3000 ml roztoku. 1) roztok kape od 08:00 rychlostí 300 ml/hodinu. 2) roztok kape od 12:00 rychlostí 250 ml/hodinu. 3) roztok kape od 18:00 rychlostí 200 ml/h. Infuzní terapii toleruje. Preventivně byl indikován nízkomolekulární heparin Fraxiparine 0,4 ml 2x denně subkutánně. Pravidelně kontrolujeme všechny invazivní vstupy. Pacient poučen o riziku spojených s invazivními vstupy. Vše zapisujeme do zdravotnické dokumentace pacienta. Pacient dodržuje všechny léčebné postupy.

4.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 6. 1. 2017

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- Akutní bolest (00132)
- Nevyvážená výživa- méně než je potřeba organismu (00002)
- Deficit tělesných tekutin (00027)
- Zhoršená pohyblivost (000085)
- Narušená integrita tkáně (00044)
- Narušený vzorec spánku (00198)
- Nauzea (00134)
- Strach (00148)
- Narušený obraz těla (00118)
- Únava (00093)
- Nedostatečné znalosti (00126)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

- Riziko nestabilní glykemie (00179)
- Riziko pádů (00155)
- Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu (00025)
- Riziko infekce (00004) - (PŽK, PMK, NGS)
- Riziko krvácení (00206)

4.8 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Zde jsou uvedeny dvě podrobně rozpracované ošetřovatelské diagnózy, stanovené dle priorit pomocí NANDA I TAXONOMIE II. Tyto ošetřovatelské diagnózy jsou vybrány z toho důvodu, že byly z hlediska ošetřovatelské péče nejaktuálnější první den hospitalizace.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsaný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2016, s. 404).*

Určující znaky

- výraz obličeje (verbální i neverbální projevy pacienta)
- bolest (intenzita bolesti dle numerické škály bolesti 0-10 pacient udává č. 7)
- vyhledání antalgické polohy
- narušený vzorec spánku

Související faktory

- způsobena základním onemocněním

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: při dimisi nebude pacientova bolest dle numerické škály bolesti vyšší než č. 1.

Cíl krátkodobý: pacientovi se po podání analgetik zmírní bolest, dle numerické škály bolesti z č. 7 na č. 4 do 30. minut po vykapání analgetik.

Očekávané výsledky

Pacient je schopen určit intenzitu bolesti dle numerické škály do 1. dne hospitalizace

Pacient je schopen při bolesti zaujmout úlevovou polohu do 1. dne hospitalizace

Pacient zná a dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře denně

Pacient nemá rušený spánek bolestí do 2. dnů

Plán intervencí

Sleduj verbální a neverbální projevy bolesti (intenzitu, lokalizaci, četnost) všeobecná sestra, průběžně nebo dle zvyklosti oddělení.

Informuj pacienta o možnosti sledování její bolesti pomocí numerické škály bolesti, nauč ji hodnotit bolest všeobecná sestra, do jedné hodiny.

Pouč pacienta o signalizačním zařízení všeobecná sestra, při příjmu na oddělení.

Sleduj účinek ordinovaných analgetik všeobecná sestra, průběžně.

Informuj o úlevové poloze, o podpurných prostředcích chlad, teplo všeobecná sestra, průběžně.

Zajistit klidné prostředí pacienta, všeobecná sestra, sanitář, ošetřovatel, vždy.

Monitoruj fyziologické funkce a zapiš je do ošetřovatelské dokumentace všeobecná sestra, třikrát denně.

Založ záznam hodnocení bolesti a prováděj pečlivý záznam do dokumentace všeobecná sestra, průběžně.

Realizace: (6.1 2017 od 12:00 do 18:30)

12:00-pacient přijat na oddělení gastroenterologie a poruchy metabolismu, seznámen s chodem oddělení a se signalizačním zařízením, polohovacím ovládním lůžka, všeobecná sestra, při příjmu.

13:00-pacient udává bolest břicha, dle hodnotící škály bolesti udává nesnesitelnou bolest břicha intenzita bolesti č. 7 dle numerické škály (0-10), všeobecná sestra, při příjmu.

13:10-podána analgetika dle ordinace lékaře, podána neodolpasse 250ml, analgetika kapou 1 hodinu všeobecná sestra u lůžka.

13:10-zapsání bolesti do zdravotnické dokumentace pacienta, všeobecná sestra.

13:30-pravidelná kontrola pacienta při kapání analgetické terapie, změřeny fyziologické funkce (TK, P, D, TT, SpO2), TK 179/100, P77, D17, TT 36.5 °C, SpO2 96% všeobecná sestra.

13:45-doporučená úlevová poloha pro lepší psychické pohodlí pacienta všeobecná sestra u lůžka.

14:10-dokapána analgetická terapie, kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) pacient udává mírnou úlevu bolesti, dle numerické škály bolesti udává bolest číslo 4.

14:10-zhodnocení intenzity bolesti, zapsání do zdravotnické dokumentace pacienta všeobecná sestra.

15:00-pacient zaujímá úlevovou polohu, bolesti neudává.

16:30-pacient využívá nefarmakologické techniky ke zmírnění bolesti.

17:00-změřeny fyziologické funkce (TK, P,TT, SpO2) TK 165/90, P70, D16, TT 36,4°C, SpO2 96% všeobecná sestra.

17:30-pacient udává zvýšení bolesti na stupeň číslo 5.

17:35-aplikace analgetik (fyziologický roztok 100 ml+ 1amp. Novalgin 2 ml) kapat 30. minut všeobecná sestra.

17:35-zapsání bolesti do zdravotnické dokumentace pacienta, všeobecná sestra.

18:30-kontrola intenzity bolesti, pacient udává zlepšení bolesti na stupeň číslo 2.

18:30-zhodnocení bolesti, zapsány do dokumentace pacienta, všeobecná sestra.

Monitorace bolesti, prováděna každou hodinu, pokud pacient spí, není buzen.

Hodnocení 6.1 2017- 8. 1. 2017

Pacient umí používat numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti, dodržuje farmakologický, klidový režim. Umí zacházet se signalizačním zařízením a s ovládacím zařízením lůžka. Analgetika užívá v pravidelných intervalech. Aktivně spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Pravidelně využívá úlevové polohy.

Krátkodobý cíl: byl splněn částečně.

Dlouhodobý cíl: díky kvalitní lékařské a ošetrovatelské péči předpokládáme, že při dimisi nebude mít pacient žádnou bolest.

Narušený obraz spánku (00189)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: *Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů (NANDA, 2016, s. 186).*

Určující znaky

- změna normálního vzorce spánku
- potíže s usínáním
- nespokojenost se spánkem
- pocit nedostatečného odpočinku
- nechtěné probouzení

Související faktory

- narušení způsobené spolunocležníkem
- okolní bariery (okolní hluk, okolní teplota, neznámě prostředí)

- nedostatek soukromý při spánku
- bolestivost způsobena nynějším onemocněním

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient bude spát minimálně 7 hodin nepřerušovaně od 3. dne hospitalizace. Pacient bude odpočatý, maximálně se bude věnovat běžným denním činnostem.

Cíl krátkodobý: pacient po podání, hypnotik usne do 1. po podání léku.

Očekávané výsledky

Pacient nebude mít během noci bolesti vyšší intenzity než č. 4 od 1. dne hospitalizace

Pacient zná a dodržuje zásady spánkové hygieny do 1. dne hospitalizace

Pacient bude usínat mezi 22-23 hodinou do 2. dne hospitalizace

Pacient se během noci bude méně probouzet od 3. dne hospitalizace

Plán intervencí

Edukuj pacienta o zásadách spánkové hygieny, všeobecná sestra, zdravotnický asistent jednou denně. (vyvětrej pokoj, uprav lůžko před spánkem).

Pomocť pacientovi, zajistit úlevovou polohu ke spánku, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, každý večer nebo dle potřeby v průběhu noci.

Sleduj intenzitu bolesti a podávej analgetika, dle ordinace lékaře a prováděj zápisy do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, dle potřeby.

Odstraň rušivé faktory, všeobecná sestra, zdravotnický asistent jednou denně.

Podej pacientovi hypnotika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, jednou denně večer.

Monitoruj spánek pacienta a zapiš je do ošetrovatelské dokumentace všeobecná sestra, zdravotní asistent, každou noc.

Zhodnotit spánek pacienta a zapiš je do ošetrovatelské dokumentace všeobecná sestra, zdravotní asistent, každé ráno.

Realizace (6.1 2017 od 18:30 do 06:30)

19:00- pacient zaujímá úlevovou polohu, bolesti neudává.

20:00- pacient udává zvýšení bolesti na stupeň číslo 5.

20:10- aplikace analgetik (fyziologický roztok 100 ml+ 1amp. Novalgin 2 ml) kapat 30. minut všeobecná sestra.

20:10- zapsání bolesti do zdravotnické dokumentace pacienta, všeobecná sestra.

20:45- kontrola intenzity bolesti, pacient udává zlepšení bolesti na stupeň číslo 3, všeobecná sestra.

21:10- zhodnocení bolesti, zapsány do dokumentace pacienta, všeobecná sestra.

22:00- pacient edukován o spánkové hygieně, proveden zápis do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra.

22:00- pacient odmítá podání hypnotik.

23:00- pacient nemůže usnout, udává hluk v pokoji, vyžaduje podání hypnotik, všeobecná sestra.

23:10- podána hypnotika, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý večer.

23:10- zapsání do zdravotnické dokumentace pacienta, všeobecná sestra, každý večer.

24:00- monitorace spánku, pacient usíná, všeobecná sestra, každou noc.

01:00- monitorace spánku, pacient spí, všeobecná sestra, každou noc.

01:00- 06:00- monitorace spánku, pacient spí, zapsání do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, každé ráno.

Hodnocení 7.1 2017 od 18:30 do 06:30

Pacient byl edukován a zná zásady spánkové hygieny. Pacient umí používat numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti, dodržuje farmakologický, klidový režim. Umí zacházet se signalizačním zařízením a s ovládacím zařízením lůžka. Analgetika užívá v pravidelných intervalech. Aktivně spolupracuje s ošetřovatelským personálem. Pravidelně využívá úlevové polohy. Z důvodu hluku na oddělení podána hypnotika, dle ordinace lékaře. Monitorace spánku pacienta, od 01:00 pacient spí, bolesti ani jiné obtíže neudává.

Krátkodobý cíl: byl splněn částečně.

Dlouhodobý cíl: byl splněn částečně, pacient spal 5 hodin, doba spánku se prodloužila, o 1 hodinu poslední 3. dny doma nemohl spát z důvodu bolesti.

4.9 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Zde je uvedena jedna podrobně rozpracovaná potencionální ošetřovatelská diagnóza, stanovená dle priorit pomocí NANDA I TAXONOMIE II.

Riziko nestabilní glykémie (00179)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: *Náchylnost ke změně glykémie oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví (NANDA, 2016, s. 147).*

Určující znaky

- změna zdravotního stavu
- nedostatečné monitorování glykémie
- nedostatečný příjem potravy

Související faktory

- způsobena základním onemocněním

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientova glykémie neklesne pod 2,5 mmol/l. Pacient při dimisi, bude mít normální hodnoty glykémie.

Cíl krátkodobý: pacient je edukován o monitoraci glykémie od 1. dne hospitalizace.

Očekávané výsledky

Pacient nebude mít projevy hypoglykémie, hyperglykémie od 1. dne hospitalizace

Pacient rozumí svému onemocnění, je edukován o monitoraci glykémie od 1. dne hospitalizace

Pacient bude mít stabilní hodnoty glykémie do 3. dne hospitalizace

Plán intervencí

Monitoruj hodnoty glykémie, všeobecná sestra, 4x denně nebo dle potřeby

Hodnoty zapiš do glykemické karty pacienta všeobecná sestra, zdravotnický asistent, 4x denně.

Sleduj projevy hypoglykémie a hyperglykémie, všeobecná sestra, vždy.

Informuj ošetřujícího lékaře při výkyvu glykémie z normy, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, vždy.

Realizace (6.1 2017 od 12:30 do 18:30)

13:00- založena glykemická karta, změřena glykémie, při příjmu všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

17:00- monitorace glykémie, hodnota glykémie 2,5 mmol/l, všeobecná sestra, večer.

17:00- hodnota, glykémie zapsání do glykemické karty, večer, všeobecná sestra

17:05- informován lékař konající službu, pacientovi podána 5% glukóza s inzulinem, všeobecná sestra.

18:00- monitorace glykémie, hodnota glykémie 3,5 mmol/l, všeobecná sestra, večer.

18:30- předání nestabilní glykémie noční směně, večer všeobecná sestra, večer.

Hodnocení 6.1 2017 od 12:30do 18:30

Pacient byl o důležitosti monitorování glykémie. Monitorace glykémie zahájena z důvodu nynějšího onemocnění. Ošetřující lékař je pravidelně informován o hodnotách glykémie. Dle hodnot glykémie kape 5% Glukóza s inzulínem.

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Dlouhodobý cíl: byl splněn, pacientova glykémie neklesla pod 2,5 mmol/l.

4.10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl přijat na oddělení gastroenterologie a poruchy metabolismu Ústřední vojenské nemocnice v Praze 6.1 2017 z důvodu silného bolesti břicha a zvracení.

Pacient uložen na lůžko, seznámen s chodem oddělení, signalizačním zařízením a zvyklosti oddělení. Poté jsme pacienta edukovala o výživě, kterou doktor naordinoval. Poučila jsme pacienta edukovala o zákazu přijímání tekutin, stravy a léků per os. Pacient může dutinu ústní vytírat pomocí glycerinových štětiček. Pacient si může dutinu ústní vypláchnout vodou, nesmí vodu polykat. Pacientovi zavedena nasogastrická sonda, zaveden permanentní močový katétr, měření bilance tekutin (P+V). Každý den probíhala pečlivá hygiena genitálu. Pacient byl po dobu hospitalizace bez známek močové infekce. U pacienta zaveden periferní žilní katétr G 20, periferní žilní katétr zaveden do horní končetiny, zaveden z důvodu dehydratace, infuzní a analgetické terapii. Pacient udává silnou bolest břicha VAS 7 podána analgetika, dle ordinace lékaře. V průběhu kapaní analgetik pravidelná kontrola, bolest zapsána do dokumentace pacienta, po dokapání analgetik zhodnocená bolest, pacient udává zmírnění bolesti z č. 7 na č. 4. Pacient aktivně využívá analgetickou terapii. Všechny invazivní vstupy se kontrolují, dle zvyklosti oddělení, pravidelně se převazují za aseptických podmínek. Pacient při příjmu poučen o rizicích invazivního vstupu.

Pacientovi měřeny fyziologické funkce 2x denně, pacient se léčí se zvýšeným krevním tlakem. U pacienta se projevuje hypertenze. Monitorace glykemického profilu 4x denně, při příjmu hodnota glykémie 4,5 mmol/l. Lékař informován o hodnotách glykémie. Večer hodnota glykémie klesla na 2,5 mmol/l, informován lékař konající službu, pacientovy podána 5% Glukóza s inzulinem, změření glykemického profilu za 30. minut.

Pacient chodící, soběstačný. Hygienu zvládá sám, dopomoc dle potřeby, z důvodu nynějšího onemocnění.

Během hospitalizace měl problémy se spánkem, z důvodu hluku na oddělení a nedostatkem soukromí na pokoji. Od ošetřujícího lékaře byl naordinován oxazepam 10 mg. Pravidelná monitorace spánku.

Celkově je možno zhodnotit péči za efektivní, pacient aktivně spolupracuje při léčbě a péči. Dodržuje všechny dohodnuté postupy, má velký zájem se co nejrychleji uzdravit. Rodina ho v nemocnici navštěvuje, má zájem o aktivní spolupráci při péči o pacienta.

4.11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky zkušenostem z odborné praxe a čerpáním poznatků z odborné literatury na téma akutní pankreatitida, uvádíme následné doporučení pro zdravotnický personál, pacienty a rodinné příslušníky.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- přistupovat ke každému pacientovi individuálně a s trpělivostí
- spolupracovat s blízkými osobami pacienta (manželka, rodinný příslušníci)
- edukovat pacienta, pozitivně ho motivovat
- informovat o podpůrných metodách péče
- informovat se o nových postupech v ošetrovatelské péči
- spolupracovat s celým zdravotnickým týmem

Doporučení pro pacienty:

- spolupracovat a dodržovat léčebný režim
- porozumět své nemoci a možným komplikacím
- dodržovat dietní doporučení (tučná masa, tučné mléčné výrobky, hranolky)
- zákaz alkoholických nápojů
- edukace pacientů o tom jak jídlo připravovat
- při dimisi obdrží informační leták
- dodržovat dietní režim i po ukončení hospitalizace

- ocenit podporu rodiny
- malé a časté dávky jídla
- snížený obsah tuku ve stravě
- pravidelné kontroly u gastroenterologa

Doporučení pro rodinu:

- snažit se být pro pacienta oporou
- získat dostatek informací o daném onemocnění
- trpělivost a snaha pacienta pozitivně motivovat
- umět vhodně připravit dané potraviny
- dostatek času při jídle
- vybírání vhodných potravin

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala tématu akutní pankreatitida a ošetrovatelské péči o pacienta, kterému byla diagnostikována akutní pankreatitida. Cílem bylo seznámit a přiblížit diagnostiku, léčbu, klinický obraz a péči o pacienta s touto diagnózou. Tyto cíle se podařilo splnit.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První teoretická část se věnuje obecnou charakteristikou pankreatitidy, příčinami, příznaky, diagnostikou, léčbou, komplikacemi a dietoterapií.

Nosná část práce se věnuje konkrétnímu pacientovi, který byl přijatý cestou emergency na oddělení gastroenterologie v Praze přijatý pro silné bolesti břicha a zvracení. V praktické části byla sepsána medicínská anamnéza pacienta, zpracováno fyzikální vyšetření sestrou a zhodnocena ošetrovatelská anamnéza dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Tři nejaktuálnější ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány pomocí NANDA I taxonomie II. se sestavením ošetrovatelských cílů, intervencí a jejich zhodnocení. V praktické části jsme popsala 2 aktuální a 1 potencionální diagnózy. Součástí praktické části je doporučení pro praxi. Toto doporučení je určeno zdravotnickému personálu, pacientovi a rodinným příslušníkům. Součástí práce je i informační leták, dietní doporučení pro pacienty (vhodné a nevhodné potraviny).

Data pro ošetrovatelský proces byly sesbírány na oddělení gastroenterologie, kde pracuji jako všeobecná sestra. Pacienta jsme přijala, data shromáždila za dva dny během mé služby. Nějaké data mám i od svých kolegyň z oddělení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BESSELINK, MG., TJ. BERWER, EJ. SHOENMAECKERS a kol., 2007 Timing of surgical intervention in necrotizing pankreatitis. *Arch Surgical*. 1194-1201.

FILIPOVÁ, T. 2010. *Ošetrovatelství - interna: pracovní sešit. 2. díl, Onemocnění trávicího ústrojí - endokrinní - metabolické - vylučovacího ústrojí*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3212-1.

HORÁK, J. a J. EHRMANN, 2014. *Hepatologie do kapsy*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, a.s., ISBN 978-80-204-3299-5.

HVOZDOVIČOVÁ, A. a K. STOLINSKÁ, 12/2010. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOSTKA, R. 2006. *Akutní pankreatitida*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-427-X.

KOHOUT, P., M. LIŠKOVÁ a O. MENGEROVÁ, 2007. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vydání. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOTRLÍKOVÁ, E. a kol., 2007. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-20420701.

MALÁ, 2017. *Fotografie archiv autora*.

MERGEROVÁ, O., O. MAREČKOVÁ, 2008. *Nemoci slinivky břišní- dieta a rady lékaře*. 1. vydání. Medica Publishing. ISBN 80- 85936-52-6.

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

NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-802-4711-508.

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

NOVÁ, M., 2015. *Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotních studií. Bakalářská práce.

PAFKO, P., J. KABÁT a V. JANÍK, 2006. *Náhlé příhody břišní: operační manuál*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-0981-3.

Sharepoint [online]. 2017. *Ošetrovatelské dokumentace*. [cit. 2017-1-20] Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%C5%99ovate%20l%C5%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncep%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

SLEZÁKOVÁ, L. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-802-4731-308.

SVAČINA, Š. a kol., 2008. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada.

ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. 1. vydání. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠVAB, J. 2007. *Náhlé příhody břišní*. 1. vydání. Praha: Galen-Karolinum.

ISBN 978-80-246-1394-9.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ, a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. 3. vydání. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-532

TRNA, J., Z. KALA a kol., 2016. *Klinická pankreatologie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, a.s., ISBN 978-80-204-3902-4.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYTEJČKOVÁ, R. 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-200

WORKMAN, B. A. a C. L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X .

ZADÁK, Z., E. HAVEL a kol., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol.....	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	II
Příloha C – Leták pro pacienty při dimisi.....	III



Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou

Klíčová slova: pankreatitida, akutní pankreatitida, ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, gastroenterologie, zánět slinivky, diagnóza, dietologie, léčba

Rešerše č. 55/2016

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 33 záznamů (vysokoškolské práce – 3, knihy – 24, články a sborníky – 6)
Časové omezení:	2007-2016
Jazykové vymezení:	čeština
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	8. 11. 2016

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
- volný internet

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou 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

Příloha C – Leták pro pacienty při dimisi