

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DG. AKUTNÍ
PANKREATITIDA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MAGDA ŠINDELÁŘOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DG. AKUTNÍ
PANKREATITIDA**

Bakalářská práce

MAGDA ŠINDELÁŘOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2019



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

ŠINDELÁŘOVÁ Magda

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

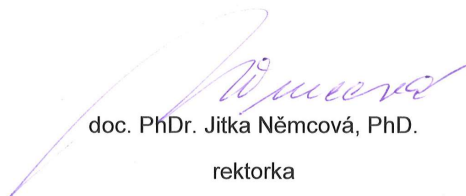
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. akutní pankreatitida

Die Pflege von Patienten mit der dg. Akute Pankreatitis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 18. února 2018



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 30. 04. 2019

.....
Magda Šindelářová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., za její cenné rady a podporu při tvorbě bakalářské práce.

ABSTRAKT

ŠINDELÁŘOVÁ, Magda. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. akutní pankreatitida*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Praha. 2019. 79 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s dg. akutní pankreatitida. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku pankreatitidy. Praktická část se zabývá reálným popisem příkladu pacienta, který trpěl onemocněním akutní pankreatitidou. Pro zpracování je využit ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové a jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta podle NANDA International Taxonomie II. 2015 – 2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven ošetrovatelský cíl, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, je popsána realizace ošetrovatelských intervencí a na závěr je uvedeno vyhodnocení splnění, či nesplnění ošetrovatelského cíle. Cílem této bakalářské je popsat problematiku akutní pankreatitidy z pohledu všeobecné sestry a vypracovat pro pacienty s akutní pankreatitidou edukační kartu s názvem Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou.

Klíčová slova

Edukace. Ošetrovatelský proces. Pankreatitida. Slinivka břišní.

ABSTRACT

ŠINDELÁŘOVÁ, Magda. *Die Pflege von Patienten mit der dg. Akute Pankreatitis*. Krankenpflegehochschule, o. p. s. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Prag, 2019. 79 s.

Das Thema der Bachelorarbeit ist die Pflege eines Patienten mit der Diagnose akute Pankreatitis. Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Die theoretische Teil konzentriert sich auf die Merkmale der pankreatitis. Der praktische Teil befasst sich mit der Beschreibung eines realen Beispiels eines Patienten, der an der Erkrankung der akuten Pankreatitis litt. Für die Bearbeitung wurde der Pflegeprozess nach dem Modell von Marjory Gordon angewendet und Pflegediagnosen wurden nach den Patientenprioritäten gemäß NANDA International Taxonomie II. 2015 – 2017 gemacht. Bei ausgewählten Pflegediagnosen wird das Pflegeziel bestimmt, ein Plan von pflegerischen Interventionen verfasst, die Umsetzung von pflegerischen Interventionen beschrieben und zum Schluss wird die Erfüllung oder Nichterfüllung des Pflegeziels ausgewertet. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die Problematik der akuten Pankreatitis aus der Sicht einer Krankenschwester zu beschreiben und eine Bildungskarte namens Lebensqualität eines Patienten mit akuter Pankreatitis für patienten mit akuter Pankreatitis zu erarbeiten.

Schlüsselwörter

Bauchspeicheldrüse. Belehrung. Pankreatitis. Pflegeprozess.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM UŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 CHARAKTERISTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	16
1.1 ETIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	19
1.2 KLINICKÝ OBRAZ A DĚLENÍ AKUTNÍ PANKREATITIDY	20
1.3 DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	21
1.4 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ AKUTNÍ PANKREATITIDY	21
1.5 KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY	24
1.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA A ROLE SESTRY S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	24
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU	29
2.1 IDENTIFIKACE PACIENTA	29
2.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA.....	32
2.3 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA TAXONOMIE II 2015-2017	34
2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	39
2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA 2. 11. 2017.....	42
2.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	56
3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
3.1 DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNOU SESTRU	58
3.2 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA.....	59
3.3 DOPORUČENÍ PRO RODINU A BLÍZKÉ OSOBY NEMOCNÉHO	60
ZÁVĚR	62
SEZNAM UŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Posouzení fyzického stavu.....	32
Tabulka 2: Laboratorní výsledky krve.....	39
Tabulka 3: Medikamentózní léčba.....	41

SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK

AIO	all-in-one, parenterální výživa
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AMS	amyláza
APPE	apendektomie
AST	aspartátaminotransferáza
ARDS	syndrom akutní dechové tísně
ATB	antibiotika
BMI	bodymass index
CB	celková bílkovina
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CVT	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
DK	dolní končetina
EPT	endoskopická papilosfinkterotomie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FF	fyziologické funkce
FN	Fakultní nemocnice
GIT	Gastrointestinální trakt
GGT	γ -glutamyltransferáza
HK	horní končetina
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče

LD	lineární dávkovač
LPS	lipáza
NPO	nic per os
NGS	nazogastrická
NJS	nazojejunální
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgen
RZS	zdravotnická záchranná služba
s.c.	subkutánní
SpO₂	saturace hemoglobinu kyslíkem
TK	krevní tlak
TEN	tromboembolická nemoc
TT	tělesná teplota
UPV	umělá plicní ventilace
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála bolesti

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM UŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus	nadměrné užívání
Alterace	změna, poškození
Antalgická poloha	poloha, kterou člověk trpící bolestí zaujímá
Gastroenterologie	oddělení v nemocnici, kde se léčí nemoci zažívacího traktu
Cyanóza	modravé až modrofialové zbarvení kůže při nedostatečném okysličení krve
Konkrement	patologický útvar v dutých orgánech
Laváž	výplach
Nekróza	smrt buněk a tkání
Papilosfinkterotomie	protěti Vaterovy papily a Oddiho svěrače
Pseudocysta	dutina, která připomíná cystu a na rozdíl od cysty neobsahuje epitel
Punkce	nabodnutí tělní dutiny za účelem diagnostickým, terapeutickým
Cholelithiáza	přítomnost žlučových kaménků v žlučových cestách a žlučníku
Sipping	popíjení tekuté výživy
Spasmolytika	léky odstraňující křeč hladkého svalstva
Sepse	celková reakce organismu na infekci
Stenóza	zúžení
Rehydratace	náhrada tekutin a minerálů
Retroperitoneum	prostor mezi nástěnnou pobřišnicí a zadní stěnou břišní

(VOKURKA, HUGO, 2015)

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s dg. akutní pankreatitida. Kostka, (2005) uvádí, že především těžká forma akutní pankreatitidy je stále závažným medicínským problémem, přičemž těžká nekrotická forma onemocnění představuje okolo 20 % všech onemocnění. Proto jsme se rozhodli zaměřit právě na toto onemocnění a poukázat na rizikové faktory a závažnost onemocnění.

Hlavním cílem teoretické části je především získání a popsání informací o tématu akutní pankreatitidy. Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- **Cíl 1:** Popsat aktuální medicínskou problematiku u pacienta s onemocněním akutní pankreatitida.
- **Cíl 2:** Popsat aktuální ošetrovatelskou problematiku u pacienta s onemocněním akutní pankreatitida a roly všeobecné sestry.

Cílem praktické části bakalářské práce:

- **Cíl 3:** Detailně popsat kazuistiku pacienta hospitalizovaného na chirurgické jednotce intenzivní péče za využití metodologie ošetrovatelského procesu.
- **Cíl 4:** Dílčím cílem je vytvořit doporučení pro všeobecnou sestru, pro pacienta a pro blízké osoby nemocného pečující o pacienta s akutní pankreatitidou.
- **Cíl 5:** Vytvoření edukační karty pro pacienty s akutní pankreatitidou s názvem Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou.

Text je rozdělen do tří hlavních kapitol. První kapitola je teoretická a tvoří základní teoreticko-pojmový rámec k následující praktické části.

První kapitola se věnuje samotnému onemocnění a jeho charakteristice. Je v ní nastíněna etiologie onemocnění a rozepsány jsou jednotlivé příčiny jeho vzniku (například alkohol, infekce a další). Uvádí také čtenáře do onemocnění akutní pankreatitidou, věnuje se klinickému obrazu, diagnostice a terapii onemocnění.

Druhá kapitola se věnuje podrobnému popisu případu 54letého pacienta, který byl na naše oddělení přijat s diagnózou akutní pankreatitidy. Je popsán průběh hospitalizace a vypracován podrobný plán ošetrovatelské péče.

Ve třetí kapitole jsou uvedena doporučení, a to jak pro pacienta samotného, tak pro všeobecnou sestru a pro blízké osoby pečující o nemocného s akutní pankreatitidou.

Vstupní literatura:

KLENER, P. a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.

NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2017. *Vnitřní lékařství*. 2., vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-271-0210-5.

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

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity k tvorbě bakalářské práce na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. akutní pankreatitida, proběhlo v časovém rozmezí od listopadu 2016 do dubna 2019. Pro vyhledání bylo použito elektronických databází Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje. Česká národní bibliografie – bibliografická databáze českých článků a statí, Bibliomedica – bibliografická databáze Národní knihovny, Anopress–plnotextová databáze z vybraných českých periodik, portál Jednotná informační brána (JIB) – české i zahraniční katalogy a databáze a vyhledávač Google.

Tištěné publikace a odborné vědecké články, které tvoří základ textu, jsou vhodně doplněny aktuálními informacemi a postřehy z ověřených internetových zdrojů.

Hlavními kritérii pro zařazení a zpracování vyhledaných podkladů v bakalářské práci bylo, aby tematicky odpovídala stanoveným cílům bakalářské práce, byla napsaná v českém nebo německém jazyce a byla vydána odbornými a recenzovanými periodiky v časovém období 2007 až po současnost.

Ve výběrové rešerši bylo vyhledáno 14 publikací a 18 článků. Zpracovaná rešerše se nachází v příloze.

1 CHARAKTERISTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY

První teoretická část pojednává o charakteristice onemocnění a věnuje se rizikovým faktorům vzniku onemocnění.

Akutní pankreatitida je primárně neinfekční zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Přes nesporné pokroky v diagnostice a léčbě zůstává mortalita těžké formy vysoká. Pankreatitidy jsou převážně biliární etiologie nebo vyvolané abúzem alkoholu. Diagnóza onemocnění je postavena na klinickém obraze, zobrazovacích metodách a laboratorních vyšetřeních, ze kterých jsou v rutinní klinické praxi nejčastěji používány CRP, amyláza, lipáza a prokalcitonin. Používání skórovacích systémů může usnadnit včasnou identifikaci rizikových pacientů a umožnit tak okamžité zahájení léčby. Terapie akutní pankreatitidy je postavena na komplexní multidisciplinární intenzivní péči se zaměřením na dostatečný obrat tekutin a profylaktické podávání antibiotik. Chirurgická léčba je rezervována pro pacienty s prokázanou infikovanou nekrózou pankreatu, zejména je-li spojená s rozvojem sepse a multiorganové dysfunkce. U biliární pankreatitidy je indikována endoskopická léčba (KLENER a kol., 2011), (LATA a kol., 2010), (NAVRÁTIL a kol., 2008), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (ŠPIČÁK, 2005), (TRNA a kol., 2016).

V rámci péče o pacienta s akutní pankreatitidou je zastáván názoru, že je především důležité diagnostikovat onemocnění u pacienta co nejdříve. Problémem zůstává především druhá fáze onemocnění, která nastupuje po 10 až 14 dnech a je charakterizována systematickou odezvou organismu a vysokou úmrtností z důvodu nekrózy, proto je nutno začít podávat specifické ATB co nejdříve (REZZULLI et al., 2005).

GROFOVÁ, (2008) zastává názor, že v případě akutní pankreatitidy se osvědčuje především enterální výživa do jejunu. Podle ní je také velmi důležité, aby pacient znal etiologii nemoci a naučil se s ní žít i v domácím prostředí.

Z hlediska monitorování pacienta je doporučováno především sledování fyziologických funkcí dle ordinace lékaře, krevního tlaku, pulzu, dechu, tělesné teploty a EKG. Ošetřující personál nesmí zapomínat na stav bolesti na hrudníku pacienta z důvodu možného protržení jícnu. Dle odborného článku ošetřujícího personálu

metabolické JIP Ostrava jsou hlavními cíli především minimalizace vzniku komplikací, ulevění pacienta od bolesti, informování pacienta a jeho podpora pacienta z hlediska psychologického (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010).

Dle odborného vědeckého článku publikovaného na konci minulého roku jsou hlavní příčinou akutní pankreatitidy kromě alkoholu také žlučové kameny. Nicméně z hlediska následné péče je nutné pacienta převést na novou formu stravování, a to především nízkotučné diety, popřípadě stravování skrz tekutiny (především u středně těžké formy akutní pankreatitidy) (SHAH, MOUSTAFA, BRAMHALL, 2018). I autor Shah dospívá k názoru, že je nutné užít také antibiotika a reagovat tak na bakterie, které jsou přítomny v pankreatické infekci, tím lze mimo jiné předejít vzniku sepse (SHAH, MOUSTAFA, BRAMHALL, 2018). Dle stejného zdroje bylo zjištěno, že pokud je při přijetí indikována ERCP během prvních 72 hodin, pak je možno redukovat úmrtnost pacientů (SHAH, MOUSTAFA, BRAMHALL, 2018).

Je všeobecně přijímaným faktem, že musíme také dodržovat pravidelný příjem tekutin, což někteří autoři vidí jako zásadní pro celkové uzdravení pacienta (ZAZULA, WOHL, 2005). *Při lehké formě postačí péče na běžném oddělení, naopak při těžší formě onemocnění je nezbytně nutný pobyt na specializovaných odděleních typu JIP, kde je poskytnuta multioborová péče* (ZAZULA, WOHL, 2005, s. 150).

Evropská společnost pro parenterální výživu udává, že v případě lehké formy akutní pankreatitidy se prvních 2–5 dní léčí příčina akutní pankreatitidy, od 3. do 7. dne léčby se podává strava bohatá na sacharidy a od 7. dne léčby nastupuje normální dieta. V případě těžké akutní pankreatitidy je zastáván názor, že je nutné přijímat (mimo jiné) 5–10 litrů tekutin za den (ZAZULA, WOHL, 2005, s. 150).

Kostka, (2005) také uvádí, že především těžká forma onemocnění je stále závažným medicínským problémem, přičemž těžká nekrotická forma onemocnění představuje okolo 20 % všech onemocnění. Z hlediska R. Kostky je důležité, aby měl pacient postižený těžkou akutní pankreatitidou šanci na přežití, je nutná především včasná diagnóza, účinná terapie ATB, komplexní léčba na JIP a ARO, správné načasování chirurgického výkonu, ale také otevřená drenáž pro další reexploraci.

V rámci terapie akutního onemocnění pankreatitidy se zaměřují léčebné postupy především na následující aspekty léčby bolesti skrz analgetika, podporu vitálních funkcí, užívání antibiotik při nekrotizující pankreatitidě, odstranění toxického materiálu

a odstranění příčin akutního onemocnění a následné přísné dodržování diety (FRUHAUF, 2003).

Z hlediska dodržování diety, což se jeví jako zásadní pro další vývoj nemoci, je obecně v prvním týdnu léčby doporučována například konzumace slabého slazeného čaje po malých doušcích, bílková pěna, dietní suchar či tvaroh. Od druhého týdne léčby je již povoleno maso, listová zelenina, máslo, vejce, ale také tuk. Pokud je to vhodné, je možné zkusit přechod k „volnější dietě“, avšak při jakýchkoliv náznacích obtíží je nutné se okamžitě vrátit k přísné dietě (FRUHAUF, 2003, s. 69).

Douglas Adler tvrdí, že většina pacientů se uzdravuje v rámci konzervativní péče, která se podle něj a podle metod zažitých ve Spojených státech amerických skládá především z faktu, že nic není přijímáno ústy, dodržování příjmu tekutin, péče z hlediska snášení bolesti. Douglas také udává, že je nezbytně nutné určit příčinu akutní pankreatitidy, aby se zabránilo dalšímu opakování (DOUGLAS, VANWOERKOM, 2009).

Druhou stranou mince je také umět onemocnění rozpoznat a naučit se s ním žít. Je jistě nutné být informován o akutní pankreatitidě a umět ji včas rozpoznat, a to jak z hlediska pacienta, tak z hlediska ošetřujícího personálu. Avšak nesmíme zapomínat na fakt, že prevence je vždy lepší než samotná léčba, tudíž je mnohem důležitější akutní pankreatitidě předcházet. Vzhledem k tomu, že určité procento akutní pankreatitidy je způsobeno nezdravým životním stylem a konzumací alkoholu, je nezbytně nutné jak omezit konzumaci alkoholu, tak také dodržovat pravidla zdravého životního stylu. Pokud pacient onemocní akutní pankreatitidou, je poté nutné dodržovat dietní režim, ale především a zásadně se vyhýbat konzumaci alkoholu. Pacienti, ale ani rodinní příslušníci pacientů nesmí zapomínat na zásady zdravého životního stylu – to si ve většině případů uvědomujeme, až když je pozdě. Přístup k dostupným informacím o akutní pankreatitidě by měly mimo jiné umožnit také například edukační karty se základními informacemi o onemocnění. V dnešní době internetu si většina pacientů bohužel hledá informace na webových stránkách. Problémem je, že ne všechny informace na webových stránkách jsou kvalitní a vhodné, tudíž čerpání z neověřených či pochybných zdrojů (většinou různých blogů a domén třetího řádu) může mít závažné důsledky v podobě zhoršení stavu. Proto chceme poukázat na nutnost čerpání informací z ověřených zdrojů, popřípadě přímo od zdravotnického personálu.

1.1 ETIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Ke dvěma nejčastějším příčinám pankreatitidy patří zaklínění žlučových konkrementů v papile Vateri a chronický abúzus alkoholu. Typy akutní pankreatitidy se dělí podle příčin na biliární, alkoholickou, iatrogenní, pooperační, polékovou, traumatickou a infekční (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (ŠVÁB, 2007).

Biliární příčina vzniku: Biliární se označuje tehdy, když je příčina pankreatitidy ve žlučových cestách. Biliární pankreatitida vznikne při obstrukci papila Vateri nebo kompresi ductus pancreaticus žlučovým konkrementem, nádorem nebo anomálií (stenózou). Pankreatické enzymy (lipázy) a žluč proto přestanou odtékat do duodena. Ve slinivce se tak zvýší koncentrace lipáz, které tkáň natráví, tzv. autolýza. Do slinivky pronikne žluč, která je pro ni toxická. Následkem poškození lipázami a žlučí vznikne edém až nekrózy a zánět (LATA a kol., 2010), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (ŠVÁB, 2007).

Alkoholická příčina vzniku: Alkoholická – příčinou je alkohol, který přímo poškozuje tkáň pankreatu, ale také stimuluje sekreci pankreatických enzymů pro hormonální linii, kyselý obsah žaludku zvyšuje tvorbu sekretinu a cholecystokininu a tím produkci pankreatických lipáz. Poškození pankreatu alkoholem s následným zánětem je časté u etyliků s abúzem alkoholu nebo po dietní chybě po konzumaci velkého množství tučného jídla (KLENER a kol., 2011), (NAVRÁTIL a kol., 2017), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Traumatická příčina vzniku: Traumatická – vzniká jako následek tupého poranění v dutině břišní, zejména pokud náraz vede přímo proti páteři, kde se slinivka zhmoždí o obratlové trny nebo se natrhne a enzymy prosakují do okolní tkáně (LATA a kol., 2010).

Infekční příčina vzniku: Infekční – některé virové bakteriální i parazitární infekce mohou být komplikovány zánětem pankreatu. Typicky je akutní pankreatitida s bolestmi břicha udávána jako komplikace infekční epidemické parotitidy. Výjimečně byla popsána i jako následek vakcinace (LATA a kol., 2010), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (TRNA a kol., 2016).

Iatrogenní příčina vzniku a pooperační příčina vzniku: Iatrogenní – po vyšetření žlázy endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií. Dle literatury se

vyskytuje u 3 – 5% pacientů po výkonu, ale ve většině případů je zánět lehký a lečí se jen dietou (KLENER a kol., 2011).

Pooperační vzniká po operacích v dutině břišní, kdy operátor manipuluje se slinivkou a způsobí mechanické poškození slinivky tlakem (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

1.2 KLINICKÝ OBRAZ A DĚLENÍ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Základním příznakem onemocnění je bolest. Přesto však existují zcela ojediněle zprávy o bezbolestném průběhu akutní pankreatitidy, fatálně končící a diagnostikované až při pitvě. Pankreatogenní bolest je lokalizována ve středním epigastriu a mezogastriu, někdy se propaguje do páteře, je typicky stálého, neproměnlivého charakteru a vyznačuje se neobyčejně velkou intenzitou. Úlevová poloha je na všech čtyřech. Většinou se dostaví nauzea a zvracení bez úlevy. Častým příznakem u těžké formy je tachykardie, hypotenze a febrilie. Při dalším rozvoji nemoci dochází ke vzniku hypovolemického šoku vedoucího k selhání ledvin s oligurií až anurií. Dochází ke zhoršování plicních funkcí, dušnosti a cyanóze, rozvíjí se ARDS. Změnou krevního oběhu vzniká na kůži tzv. mramorování, v okolí pupku a v třísllech se objevuje modravé či žlutavé zbarvení kůže. Nemocný může být zmatený, psychická alterace je prognosticky neobyčejně závažným znamením (LATA a kol., 2010), (KLENER a kol., 2011), (NAVRÁTIL a kol., 2008), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (ŠPIČÁK, 2005), (ŠVÁB, 2007).

DĚLENÍ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Akutní pankreatitida může být dělena například dle takzvané atlantské klasifikace, což je ve své podstatě celosvětově uznávaný a pravidelně revidovaný mezinárodní standard (STIBŮREK, 2013). Autor dále uvádí, že *k dělení akutní pankreatitidy je používána nejčastěji Atlantská klasifikace z roku 1992, je to uznávaný pravidelně revidovaný mezinárodní konsenzus nejvýznamnějších odborníků z oboru pankreatologie (STIBŮREK, 2013, s. 11). Definiuje samotné onemocnění a základní pojmy s ním spojené. V roce 2012 proběhla její poslední revize a mimo redefinice některých pojmů je zcela zásadní zavedení tříbodové stupnice závažnosti akutní pankreatitidy. Vedle „mild“ lehká a „severe“ těžká se objevuje i pojem „moderate“*,

které překládáme do češtiny jako středně těžká akutní pankreatitida (STIBŮREK, 2013, s. 11).

1.3 DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY

Diagnóza akutní pankreatitidy je založena na anamnéze, klinickém obraze, laboratorních a zobrazovacích metodách. Anamnesticky, za jakých okolností stav vznikl, např. zátěž alkoholem, dietní chyba či onemocnění žlučníku. U klinického vyšetření se zaměřujeme na charakter bolesti, přítomnost tzv. Cullenova znamení (namodralé nebo žlutozelené skvrny okolo pupku). Z laboratorních vyšetření se stanovuje hladina amylázy, lipázy, CRP, glykémie, AST, ALT, ALP, GMT, Ca, urey, kreatininu, natria, kalia, Cl, CB, albuminu a krevního obrazu. Hladina amylázy je nejběžnějším markrem akutní pankreatitidy, C-reaktivní protein je významným ukazatelem, jehož hodnota vyšší než 150mg/l (norma 0 - 10mg/l) podporuje diagnózu těžké formy nemoci. Je nutno sledovat hladinu draslíku, jeho změny jsou jedním z ukazatelů ledvinového selhání, které těžkou formu pankreatitidy provází jako důsledek hypovolemického šoku. Ze zobrazovacích metod se k diagnostice používá ultrasonografie, která je základním grafickým vyšetřením. Její význam spočívá především v rozpoznání cholelithiázy a ve sledování vývoje komplikací akutní pankreatitidy. Zásadním vyšetřením je výpočetní tomografie (CT), významné je hlavně při odlišení lehké formy od těžké formy. CT by mělo být indikováno nejdříve 4. – 5. den od počátku klinických příznaků, v této době již dochází k rozvoji nekrotických tkání v pankreatu. ERCP vyšetření se provádí, pokud je tam podezření na pankreatitidu biliární etiologie. Toto vyšetření přináší cenné informace o biliárním systému. ERCP umožňuje také provést endoskopickou papilosfinkterotomii a odstranit kámen ze žlučových cest (LATA a kol., 2010), (KLENER a kol., 2011), (NAVRÁTIL a kol., 2017), (VODIČKA a kol., 2014).

1.4 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění, a proto je nezbytná intenzivní terapie na odděleních, kde se touto problematikou zabývají, ať už se jedná o chirurgický nebo interní typ. Postup závisí na rozsahu onemocnění, lehká forma většinou nevyžaduje intenzivní opatření, včetně antibiotické terapie. Kdežto pacient s těžkou formou akutní pankreatitis ventilačním selháním a multiorgánovou dysfunkcí

bývá naopak hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Léčbu u tohoto onemocnění rozdělujeme na konzervativní, jež zahrnuje léčbu šoku, bolesti, hypoxie, úpravu vnitřního prostředí, substituci tekutin, a léčbu chirurgickou (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (NAVRÁTIL a kol., 2017), (KLENER a kol., 2011).

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Eliminuje se per os příjem jak tekutin, tak stravy a následuje zavedení nazogastrické sondy a odsávání žaludečního obsahu. Dále se zavede permanentní močový katétr pro sledování diurézy (MALINA, CEJP, JABOR, 2012).

Z léčebných opatření je nejdůležitější masivní intravenózní rehydratace. K terapii používáme koloidní a krystaloidní roztoky. Množství podaných roztoků činí 6000 – 8000 ml/24h., případně i více, za přesného monitorování oběhových parametrů a diurézy, která nesmí poklesnout pod 50 ml/h. U nemocných s těžkým oběhovým a ventilačním selháním je doporučena katetrizace CŽK pro případné podávání katecholaminů, sledování CVT a následné podávání parenterální výživy. Od 2. dne je možné podávat v plném rozsahu parenterální výživu, jako jsou aminokyseliny, sacharidy a tukové emulze. U pacientů s lehkou formou onemocnění můžeme trávicí trakt po 5 dnech zatížit stravou, přičemž nejprve se doporučuje sipping, později přechod na dietu 4s. U středně těžké a těžké formy nemoci zahajujeme cca 5. den enterální výživu pomocí nazojejunální sondy (KLENER a kol., 2011), (MALINA, CEJP, JABOR, 2012), (NAVRÁTIL a kol., 2017), (ŠVÁB, 2007).

Pro léčbu méně intenzivní bolesti aplikujeme v infuzi prokain nebo mesocain, popřípadě tramal, avšak u těžkých dlouhotrvajících bolestí je nezbytné parenterální podávání opiátů především fentanylového typu, v žádném případě však ne morfium, protože vyvolává spasmus Oddiho svěrače. Efektivní léčba bolesti je pomocí kontinuální epidurální analgezie. Zejména u nemocných, u kterých je dýchání omezováno bolestí. Nevhodná jsou spasmolytika, hrozí nebezpečí paralytického ileu (KLENER a kol., 2011), (ROKYTA a kol., 2009).

Z léků je doporučován somatostatin, tlumí pankreatickou i žaludeční sekreci. Dále se osvědčila aplikace blokátorů protonové pumpy a aplikace H₂ antagonistů. Podávání těchto preparátů má svůj význam v prevenci stresových vředů (ŠVÁB, 2007).

Antibiotická léčba je indikována u infekčních pankreatických nekróz. Přibližně polovina nekróz je v průběhu 72h. od svého vzniku již nesterilních, a proto úmrtí na sepsi patří mezi časné smrtelné komplikace. Antibiotika je vhodné volit cíleně podle výsledku mikrobiologického vyšetření z nekróz pankreatu, získaných při punkci pod CT kontrolou. Indikovány jsou cefalosoriny vyšší generace, metronidazol, chinolony (např. ciprofloxacin), karbapenemy (např. imipenem, meropenem). Kontraindikovány jsou tetracyklinové preparáty, protože mohou poškodit pankreatický parenchym. (NAVRÁTIL a kol., 2017), (ZEMAN, KRŠKA 2014).

Nezbytně nutná je oxygenoterapie, popřípadě řízená ventilace v těžkém stavu s plicními komplikacemi, jako jsou výpotky v pleurální dutině, atelektázy, pneumonie, respirační insuficience a ARDS. Základním opatřením je podávání ohřátého a zvlhčeného kyslíku polomaskou, při rozvíjející se respirační insuficienci je nutná umělá plicní ventilace (LATA a kol., 2010), (KLENER a kol., 2011).

U akutní biliární pankreatitidy je účinné včasné provedení endoskopické papilosfinkterotomie. Účelem zákroku je zprůchodnit vývodné cesty žlučové, které jsou blokovány většinou kaménkem. Efekt zásahu je závislý na intervalu mezi vznikem akutní pankreatitidy a provedením EPT. Efekt tohoto výkonu bývá ve většině případů okamžitý, v průběhu několika hodin dochází k poklesu TT a většinou po uplynutí 24h. je možno zaznamenat snížení hladin amyláz, bilirubinu a aminotransferáz. Pokud se vyskytne infekce ložiskových kolekcí či abscesů, provádí se cílená punkce pod CT nebo USG kontrolou (KLENER a kol., 2011), (LATA a kol., 2010), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (ŠVÁB, 2007), (VODIČKA a kol., 2014).

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Patologické změny akutní pankreatitidy od edému k nekróze, abscesu a peritonitidě vyžadují v indikovaných případech chirurgickou léčbu. Chirurgická léčba spočívá v revizi dutiny břišní s odstraněním nekrotických tkání, preoperační výplach a založení drénů pro další laváž retroperitonea. Při postižení celé žlázy je možno provést totální pankreatektomii, avšak je zde vysoká mortalita. Chirurgické řešení dále vyžadují i komplikace typu krvácení, cévní obstrukce či píštěle. Pseudocysty pankreatu by neměly být operovány dříve než za 8 týdnů od akutního onemocnění (VODIČKA a kol., 2014).

1.5 KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Každé onemocnění s sebou přináší jisté komplikace. V rámci akutní pankreatitidy může dojít k poškození celkových systémů: kardiovaskulárního systému, respiračního systému, renálního systému. A dále mohou vzniknout lokální problémy: tekutinová kolekce, pseudocysta, nekrotická kolekce, ohraničená nekróza. Zajisté se mohou objevit i jiné komplikace, každý pacient a každý průběh onemocnění je jiný. Vše závisí na řadě faktorů jako je zdraví, okolí či příčina nemoci (KLENER a kol., 2011), (LATA a kol., 2010), (STIBŮREK, 2013).

Stibůrek ke komplikacím k onemocnění dodává, že *po prodělání tohoto onemocnění může dojít k postižení tří orgánových systémů kardiovaskulárního, respiračního a renálního. Lokální komplikací akutní pankreatitidy jsou akutní peripankreatická tekutinová kolekce, pankreatická pseudocysta, akutní nekrotická kolekce a ohraničená nekróza. Další lokální komplikací může být porucha vyprazdňování žaludku, trombóza portální žily a nekróza colon. Na lokální komplikace bychom měli brát zřetel především při dlouhodobé břišní bolesti nebo při opakovaném zvýšení aktivity sérové amylázy nebo lipázy a při rozvoji orgánové dysfunkce anebo při známkách sepse. Vznik lokálních komplikací většinou souvisí se závažnějším průběhem onemocnění, zatímco přirozený vývoj pankreatických i peripankreatických nekroz je různorodý. Nekróza může zůstat solidní nebo se změnit v tekutinu, zůstat sterilní nebo se infikovat, dlouhodobě přetrvávat nebo postupem času vymizet. Především infekce nekrotických hmot zvyšuje morbiditu a mortalitu nemocných* (STIBŮREK, 2013, s. 12).

1.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA A ROLE SESTRY S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Ošetrovatelská péče je součástí hospitalizace každého pacienta. Pacient s akutní pankreatitidou bývá většinou v akutní fázi hospitalizován na jednotkách intenzivní péče, ať už chirurgické či interní. Pacienti s touto diagnózou potřebují intenzivní ošetrovatelskou péči, kterou zajišťují na jednotkách intenzivní péče specializované všeobecné sestry. Po přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče, s diagnózou akutní pankreatitida uložíme pacienta do nemocničního lůžka do mírně zvýšené polohy na zádech, zajistíme jeho pohodlí a provedeme základní ošetrovatelskou péči. Během

hospitalizace pacienta všeobecná sestra plní ordinace lékaře, podává parenterální výživu, analgetika, měří vitální funkce, sleduje laboratorní hodnoty, bolest, diurézu, vyprazdňování, pečuje o invazivní vstupy, provádí celkovou hygienu pacienta a dbá na prevenci dekubitů (KAPOUNOVÁ, 2007), (VYTEJČKOVÁ a kol., 2013).

Po uložení všeobecná sestra poučí pacienta o dietě nic per os a zavede dle ordinace lékaře nazogastrickou sondu na spád. Sondu zavádíme za účelem odvedení žaludečního obsahu a jako prevenci před zvracením a následnou aspirací. Před zavedením sondy, všeobecná sestra pacienta edukuje o důvodu a postupu zavedení a vyzve ho ke spolupráci. Po dobu zavedení všeobecná sestra pečuje o dutinu nosní, dutinu ústní, pravidelně mění polohu sondy, kontroluje správné uložení sondy, množství a barvu žaludečního odpadu. V pokročilejší fázi onemocnění, se pacientovi zavádí nazojejunální sonda, kterou zavádí pacientovi gastroenterologové. Sonda je RTG kontrastní a její uložení ověřujeme rentgenologicky. Nazojejunální sonda nám slouží k postupnému zatížení a obnovení trávicího traktu, kdy se do sondy kontinuálně aplikují enterální výživové přípravky (INTESTAMIN, NUTRISON, FRESUBIN). Rychlost a lačnicí pauzu u podávané výživy do tenkého střeva určuje lékař. U nazojejunální sondy jsou důležité pravidelné proplachy vodou nebo nesladkým čajem a to alespoň 6x denně, aby nedocházelo k ucpávání sondy. Během hospitalizace pravidelně sledujeme zánětlivé parametry pacienta, pokud pacient toleruje zavedenou výživu dobře a zánětlivé parametry postupně klesají k normě, tak se výživa pomocí nazojejunální sondy snižuje a pacient začíná znovu per os příjem (KLENER a kol., 2011), (STREITOVÁ a kol., 2015), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ 2006), (VYTEJČKOVÁ a kol., 2013).

K základní intenzivní péči při akutní pankreatitidě patří monitorace vitálních funkcí, kdy monitorujeme kardiovaskulární systém pomocí EKG křivky, která nám umožňuje 24 hodin sledovat srdeční činnost. A poskytne nám tím informaci o srdečním rytmu, frekvenci a dechách monitorovaného pacienta. Dále nedílnou součástí je monitorace krevního tlaku, které zajišťujeme buď neinvazivní cestou pomocí tlakové manžety a lůžkového monitoru nebo invazivní cestou kanylací arterie nejčastěji arteria brachialis, arteria radialis nebo arteria femoralis, kterou provede lékař za asistence všeobecné sestry. A pak za pomoci speciálního setu propojíme arterii s lůžkovým monitorem (BARTŮŇEK a kol., 2016), (KAPOUNOVÁ, 2007), (STREITOVÁ a kol., 2015).

Dále sledujeme tělesnou teplotu pomocí teplotního čidla a lůžkového monitoru a oxygenaci pacienta pomocí pulzního oxymetru. V akutní fázi tohoto onemocnění je důležité zajištění přívodu zvlhčeného kyslíku pacientovi dle ordinace lékaře. Kyslík je k pacientovi přiváděn z centrálního rozvodu přes regulační ventil kyslíkovými brýlemi nebo maskou (KLENER a kol., 2011).

Po přijetí na jednotku intenzivní péče zajišťujeme u pacienta spolu s lékařem kvalitní žilní přístup, zavedením centrálního žilního katétru nejčastěji do vena subclavia, vena jugularis interna nebo vena femoralis. Po zavedení následně rentgenologicky kontrolujeme uložení katétru. Centrální žilní katétr zavádíme z důvodu nutnosti zajištění dostatečného parenterálního příjmu tekutin, měření CVT, tlumení bolesti a podávání antibiotické léčby. Všeobecná sestra připravuje sterilní stolek, asistuje lékaři a po celou dobu kanylace sleduje EKG křivku a vitální funkce pacienta. Pro komplexní parenterální výživu užíváme all-in-one a infuzní roztoky, které aplikujeme dle ordinace lékaře, pomocí infuzní pumpy přes infuzní set do žilního systému pacienta. O všechny invazivní vstupy musí všeobecná sestra pečovat a výjimkou není ani centrální žilní vstup, důležité je zde pravidelně kontrolovat místo vpichu a asepticky převazovat místa vpichu dle standardu oddělení. U pacienta s akutní pankreatitidou monitorujeme centrální žilní tlak, který nám dává hodnotu o náplni žilního řečiště a o funkci pravé srdeční komory. Centrální žilní tlak monitorujeme dle ordinace lékaře a hodnoty zaznamenáváme do dokumentace pacienta. Hodnota CVT v normě je 2 - 8 mmHg (BARTŮNĚK a kol., 2016), (KAPOUNOVÁ, 2007), (STREITOVÁ a kol., 2015).

Pacienti při akutní pankreatitidě trpí nesnesitelnými akutními bolestmi a proto je nutné pravidelné sledování. Bolest je účelná a slouží pro pacienta jako varovný signál. Bolest je subjektivním prožitkem a pro kvalitní ošetrovatelskou péči je důležité bolest nemocnému věřit. Všeobecná sestra bere pacientovo nářky vážně, aktivně mu naslouchá a respektuje individuální citlivost pacienta. Každý pacient, má jiný práh bolesti a prožívá ji jiným způsobem. Bolest na JIP monitoruje pomocí analogové škály bolesti VAS, která má stupnici 0 - 10 a zaznamenáváme do dokumentace. Při léčbě bolesti všeobecná sestra s pacientem aktivně spolupracuje, hodnotí bolest, podává analgetika dle VAS a ordinace lékaře. Dále učí pacienta zvládat bolest pomocí nefarmakologických prostředků např. úlevovou polohu, přikládání studených obkladů a zajišťuje nepřerušovaný spánek. Podpůrné jsou i psychologické prostředky jako je vlídné slovo,

vstřícné chování, zájem a konejšivé uklidňování (BARTŮNĚK a kol., 2016), (KAPOUNOVÁ, 2007), (KLENER a kol., 2011), (ROKYTA a kol., 2009), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Dále na jednotce intenzivní péče monitorujeme bilanci tekutin pomocí PMK a hodinové diurézy. Úkolem všeobecné sestry je jak každodenní péče o zavedený PMK, tak i zajištění zavedení katétru. U žen zavádí katétru všeobecná sestra. U mužů může zavádět katétru lékař nebo všeobecná sestra se specializací v oboru intenzivní péče anebo po úspěšném ukončení akreditovaného kurzu. Permanentní močový katétru zavádíme za aseptických podmínek. Katétrů jsou v několika velikostech a typech, nejčastěji používáme Foleyův, Nelatonův a pro muže Tiemannův katétru. Pacient je po zavedení edukován o manipulaci se zavedeným katétre. Všeobecná sestra o zavedený permanentní močový katétru pečuje a provádí pravidelnou hygienu genitálu. Kontroluje průchodnost katétru, množství, barvu, příměsi a zápach moči, které zapisuje do dokumentace. Permanentní močový katétru vyměňujeme po 10 dnech, z důvodu prevence infekce. Z důvodu deficitu sebepéče u pacienta hospitalizovaného na JIP. zajišťujeme dostatečnou hygienickou péči včetně hygieny dutiny ústní, vyprazdňování, prevenci dekubitů a jiné. Při tomto onemocnění a následném upoutání pacienta na lůžko dbáme na prevenci tromboembolické nemoci a to aplikací nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře. A použití bandáží nebo kompresivních punčoch na dolní končetiny. Jestliže dojde k selhání životně důležitých funkcí, je pacient intubován a napojen na umělou plicní ventilaci a následně přeložen na oddělení ARO. Při selhání činnosti ledvin je u pacienta indikována hemodialýza. Naopak pokud se pacientův stav stabilizuje, bývá přeložen k následné ošetrovatelské péči a rehabilitaci na standardní oddělení (BARTŮNĚK a kol., 2016), (STREITOVÁ a kol., 2015), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Na standardní lůžkové oddělení se pacienti překládají, pokud jejich stav se stabilizoval a již nevyžadují péči na jednotkách intenzivní péče. O překládu rozhoduje ošetřující lékař spolu s primářem oddělení. Pacienti přeložení na standardní lůžkové oddělení jsou soběstačnější a deficit sebepéče je menší, ale pokud však potřebují pomoci se základní hygienickou péči, je jim poskytnuta kvalitním ošetrovatelským týmem. I na standardním oddělení nadále sledujeme bolest, bilance tekutin, postupně i příjem stravy, pečujeme o invazivní vstupy a podáváme léky dle ordinace lékaře. Z počátku se u pacientů začíná per os příjem sippingem (Nutridrink) a při toleranci se

přechází na dietu pankreatickou. O následné dietě je pacient dostatečně edukován nutričním terapeutem. Postupně dochází k odstraňování invazivních vstupů jako je CŽK, který je nahrazen periferní žilní kanylou. Konec CŽK se po odstranění odesílá na mikrobiologii. Odstranění PMK je na zvážení ošetřujícího lékaře, zda již není potřeba sledování bilance tekutin a zda je pacient schopen sám močit. Před propuštěním do domácí péče je pacient edukován o způsobu stravování, abstinenci alkoholu, fyzické aktivitě a celkové životosprávě. Edukaci zajišťuje ošetřující lékař, všeobecná sestra a nutriční terapeutka, k edukaci jsou využity edukační materiály o pankreatické dietě a o způsobu sebepéče po propuštění z nemocnice, které by měly pacientovi zlepšit prognózu onemocnění.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Druhá kapitola pojednává o ošetrovatelském procesu u pacienta s akutní pankreatitidou, popisuje průběh příjmu pacienta na chirurgickou jednotku intenzivní péče, hospitalizace a dalších změn. Identifikační údaje a časová data byla pozměněna z důvodu dodržení dikce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů. Ošetrovatelský proces byl realizován na Chirurgickém oddělení – JIP ve Fakultní nemocnici v Plzni.

2.1 IDENTIFIKACE PACIENTA

Jméno a příjmení: XY

Datum a čas příjmu: 2. 11. 2017 06:00 hod.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1963

Věk: 54

Adresa trvalého bydliště: Plzeň

Rodné číslo: 630000/0000

Vzdělání: střední odborné s výučním listem

Zaměstnání: zedník

Stav: ženatý

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: manželka a dva synové

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: Fakultní nemocnice Plzeň – Chirurgické oddělení – JIP

Pacient byl poučen o léčebném řádu: informovaný souhlas s hospitalizací podepsal

Důvod přijetí udávaný pacientem: Pacient přijel ve večerních hodinách na chirurgickou ambulanci pro nauzeu, zvracení a silné bolesti břicha, které vznikly asi 8 hodin po jídle. Pacient bolesti charakterizuje jako nesnesitelné kolikovitě a dále si stěžuje na zástavu plynů a stolice. *K večeri sem si dal salát Rumcajs a zapil to lahví bílého vína.*

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ:**Pancreatitisacuta K 850***Medicínské diagnózy vedlejší:**Arteriální hypertenze**Stav po APPE v minulosti***VITÁLNÍ FUNKCE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘIJETÍ (2. 11. 2017)
A NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ**

TK: 105/60 mmHg

Výška: 175 cm

P: 125/min (sinusový)

Hmotnost: 120 kg

D: 26/min

BMI: 39, 2

TT: 37,8 °C

Saturace: 90 %

Krevní skupina: nezjištěno

Glykémie: 11,1 mmol/l

Stav vědomí: GCS 15

Řeč: bez obtíží

Pohyblivost: zhoršená, přivezen na lehátku

VAS: 9

Orientace: orientován místem, časem i osobou

Pacienta 8 hodin po jídle intenzivně bolí břicho, bolest je silná, kolikovitá, palpačně bolestivost břicha s maximem okolo pupku. Poklep po celém břiše bubínkový, bolestivý. Subfebrilní.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela ve věku 83 let doma, po pádu, asi na neléčený vysoký tlak

Otec: zemřel na CMP v 65 letech

Sourozenci: bratr zdrav

Děti: 2 synové, zdraví, pouze běžné nemoci

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: Pacient v dětství neprodělal žádné vážnější onemocnění.

Hospitalizace a operace: hospitalizován v 10 letech pro apendektomii

Úrazy: běžné úrazy v dětství, ale nic vážného

Transfúze: žádné

Očkování: Běžná povinná dětská očkování. Očkování proti tetanu v roce 2015.

Léková anamnéza:

Název léku:	Forma:	Síla:	Dávkování:	Skupina:
NOLPAZA	tbl.	40 mg	1–0–0	inhibitor protonové pumpy
BETALOC	tbl.	25 mg	1–0–0	antihypertenzivum
TRITACE	tbl.	10 mg	1–0–0	antihypertenzivum

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach, pyl

Abúzy:

Alkohol: dvě až čtyři piva denně, občas víno, někdy tvrdý alkohol

Kouření: 20 cigaret denně

Káva: 2 × turecká káva denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Urologická anamnéza:

bez obtíží

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije v bytě s manželkou a jedním synem

Vztahy, role a interakce v rodině: bez narušení, pouze klasické rodinné problémy, které se většinou vyřeší

Záliby: TV, fotbal

Volnočasové aktivity: občas jde do hospody na pivo a dívá se na fotbal

Spirituální anamnéza:

Žádná

(Informační zdroje: pacient, ošetrovatelská dokumentace)

2.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA

Posouzení zdravotního stavu ze dne 2. 11. 2017 (1. den hospitalizace).

Tabulka 1: Posouzení fyzického stavu

System:	Subjektivní a objektivní údaje:
Hlava a krk:	Subjektivně: „Vadí mně sonda v nosu, špatně se mi přesto dýchá, škrábe mě to v krku a špatně se mně polyká a mám sucho v ústech.“ Objektivně: Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické reagují na fotoreakci. Uši, oči bez výtoků, bělmo mírně žluté, spojivky přiměřeně prokrvené. Dutina ústní, chrup vlastní, jazyk mírně povleklý, plazí ve střední rovině, sliznice suché. V pravé nosní dírce zavedena NGS č 16, bez otlaků, fixace náplastí. Krk souměrný, bez otoků. Štítná žláza nezvětšena. Karotidy tepou symetricky.
Hrudník a dýchací systém:	Subjektivně: „Špatně se mi dýchá.“ Objektivně: Hrudník symetrický, bez patologie, na hrudníku nalepené hrudní elektrody ke kontinuálnímu monitorování EKG, P, TK, D a saturace. Saturace na O ₂ - 3l /min za pomoci nosních brýlí 95 - 99 %, Dech 20/min. Dýchání vpravo oslabené, ojediněle slyšitelné chrupky, vlevo dýchání čisté.
Srdečně cévní	Subjektivně: „Při námaze cítíuji bušení srdce“

system:	<p>Objektivně: Srdeční akce sinusová tachykardie, frekvence 110 – 120/min, pulz dobře hmatný, TK 106/60 mmHg. Na pravé horní končetině umístěna manžeta, na neinvazivní monitorování TK. Na dolních i horních končetinách hmatný pulz, bez známek TEN. Trojcestný CŽK zaveden cestou vena subclavia dextra, CVP 14 cm. Norma CVP 2 – 8 mmHg.</p>
Břicho a GIT:	<p>Subjektivně: „Bolí mě břicho, plyny a stolice neodchází. Občas mám škytavku.“</p> <p>Objektivně: Břicho nafouklé, nad úroveň hrudníku, palpačně bolestivé s maximem v epigastriu a kolem pupku. Poklep bubínkový. Peristaltika zatím neslyšitelná. Pravé hypogastrium – zhojená jizva po APPE. Murphyho znamení negativní. NGS odvádí žaludeční odpad.</p>
Kosterní a svalový systém:	<p>Subjektivně: „Občas mě bolí záda v kříži a momentálně mám pocit horkosti kolem páteře.“</p> <p>Objektivně: Pacient je z části soběstačný, polohuje se sám podle potřeby na lůžku. Dolní končetiny bez otoků.</p>
Močový a pohlavní systém:	<p>Subjektivně: „Vadí mi ta hadička v močové trubici, doma jsem s močením problémy neměl, občas mám pocit, že se mi chce pořád na záchod.“</p> <p>Objektivně: Kvůli nutnosti sledování hodinové diurézy zaveden Tiemannův PMK č. 16. Průměrná hodinová diuréza je kolem 80 ml/hod., moč je tmavší barvy, bez známek hematurie. Mírný otok genitálu. Zevní hemeroidy.</p>
Nervový systém a smysly:	<p>Subjektivně: „Přemýšlím, jak tady budu dlouho, musím spěchat do zaměstnání. Jsem hospitalizován na Chirurgické jednotce intenzivní péče v Plzni první den.“</p> <p>Objektivně: Pacient orientovaný místem, časem i osobou. Je nervózní, má obavy, jak bude léčba probíhat. S vybavováním a pamětí nemá problém. Čich a sluch bez problémů, na čtení nosí brýle.</p>
Endokrinní systém:	<p>Subjektivně: „Na nic si nestěžuji, o problému se štítnou žlázou nevím. Cukrovku nemám.“</p>

	Objektivně: Štítná žláza nezvětšena, nebolestivá, bez patologie Nyní při příjmu glykémie 11,1 mmol/l.
Imunologický systém:	Subjektivně: „Jsem alergický na prach a pyl, občas mám rýmu.“ Objektivně: Lymfatické uzliny nehmatné, nezvětšené, alergie: prach, pyl, na alergologii nechodí.
Kůže a její adnexa:	Subjektivně: „Nemám žádný problém.“ Objektivně: Pokožka suchá, bez iktu a cyanózy, turgor v normě. Dekubity a jiné rány nepřítomny. Horní a dolní končetiny bez otoku. Celkový vzhled odpovídá věku.

Zdroj: Autor

2.3 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA TAXONOMIE II 2015-2017

Posouzení zdravotního stavu ze dne 2. 11. 2017 (1. den hospitalizace).

1. Podpora zdraví

- Uvědomování si zdraví
- Management zdraví

Pacient si úroveň zdraví uvědomuje dobře. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře a k zubaři chodí jedenkrát ročně, přestože by tam měl chodit dvakrát ročně. Říká, že tam chodí jednou, protože žádné problémy se zuby nemá. Pacient je lékařem informován o svém onemocnění v plném rozsahu. A dále je edukován o léčebných a diagnostických metodách, specifikách ošetrovatelské péče, dietě a přibližné délce hospitalizace, ale samozřejmě s tím, že se stav může kdykoliv změnit.

Ošetrovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

2. Výživa

- Příjem potravy
- Trávení
- Vstřebávání
- Metabolizmus
- Hydratace

Pacient se před onemocněním stravoval nepravidelně, žádné dietní opatření nedodržoval i přesto, že je obézní BMI: 39, 2. Jedl všechno, převážně maso, tučné a nezdravé jídlo. Pitný režim dodržoval, vypil 3 litry tekutin za den a k tomu občas víno, 2 – 4 piva, příležitostně i tvrdý alkohol a vykouřil 20 cigaret denně. Pacient měří 175 cm, váží 120 kg. Nyní má dietu NPO, k jídlu chuť zatím nemá, ale trápí ho pocit žízně. U pacienta je per os příjem nahrazen parenterální výživou přes trojcestný CŽK. Kůže pacienta je prokrvená, stav nehtů a vlasů je v normě.

Ošetrovatelský problém: Obezita II.stupně, Rizikový životní styl (alkohol, kouření, tučné jídlo).

Použitá vyšetřovací škála: Body mass index (39, 2).

3. Vylučování a výměna

- Funkce močového systému
- Funkce gastrointestinálního systému
- Funkce kožního systému

Pacient má první den zavedený Tiemannův PMK č. 16 ke sledování bilance, hodinové diurézy a k odebrání vzorků moče na vyšetření. Stolici zatím neměl a plyny zatím také neodchází. Před onemocněním byla stolice pravidelná 1x denně naposledy 1. 11. 2017. Pocení je u pacienta zvýšené vzhledem k tomu, že je subfebrilní. Vzhledem k onemocnění se pacientovi při větší zátěži hůře dýchá např. sed na lůžku, stoj u lůžka.

Ošetrovatelský problém: PMK (1. den) č. 16., Dušnost při zátěži.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

4. Aktivita a odpočinek

- Spánek a odpočinek
- Aktivita, cvičení
- Rovnováha energie
- Kardiovaskulární – pulmonální reakce
- Sebepéče

Pacient má jako koníčky TV, fotbal a občas si zajde do hospody na pivo. Jiné zájmy nemá. Vzhledem k tomu, že je nyní hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče, kde jsou kolem něj přístroje, které vydávají zvuky, domnívá se, že bude mít problém se spánkem. Doma žádné léky na spaní neužíval, nyní má dle lékaře ordinován ve 22 hodin Hypnogen. V hygienické péči je částečně soběstačný v rámci svých možností a stavu, vyžaduje přípravu pomůcek a provedení hygieny zad, dolních končetin a genitálu. Vyprazdňuje se do podložní mísy a močení je zajištěno pomocí PMK. Barthelové test byl vyhodnocen se 45 body jako závislost středního stupně. Pacient je zčásti soběstačný, pokud nemá bolest, dokáže si za pomoci sednout a stoupnout vedle lůžka. Na stupnici Nortonové dosahuje 29 bodů. Vzhledem k tomu, že pacient dostává riziková léčiva, jako jsou diuretika, opiáty a jeho zdravotní stav vyžaduje pomoc při pohybu a vyprazdňování je riziko pádu vyhodnoceno 3 body.

Ošetrovatelský problém: Částečně soběstačný v hygieně a vyprazdňování.

Použitá vyšetřovací škála: Barthelové test (45bodů – závislost středního stupně). Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové (29 bodů – riziko vývoje dekubitů je nízké. Riziko pádu (3 body) – riziko pádu hrozí při skóre 3 a vyšším.

5. Percepce/kognice

- Pozornost
- Orientace
- Kognice
- Komunikace

Pacient je plně orientován místem, časem i osobou. Glasgow coma scale u pacienta dosahuje 15/15 bodů. S očima a sluchem se pacient neléčí. Brýle nosí pouze na čtení a to ani ne pravidelně. Komunikace a dorozumívání je s pacientem bez problémů. Pacient je schopen edukace ohledně léčby a ošetrovatelské péče, pokud mu není něco jasné, dotazuje se.

Ošetrovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Glasgow coma scale (15 bodů plný počet).

6. Seberecepce

- Sebepojetí

- Sebeúcta
- Obraz těla

Pacient před onemocněním byl soběstačný, dokázal se postarat sám o sebe i o svoji rodinu. Ve spojení s onemocněním, které mu diagnostikovali, je pacient momentálně smutný a má strach jak to s ním bude dál. Uvědomuje si, že z větší části si za onemocnění může sám. Zdravému životnímu stylu a úpravě jídelníčku nikdy nevěnoval pozornost, přestože věděl, že má nadváhu. Nyní je rozhodnutý, že nebude pít alkohol a bude se snažit dodržovat dietu, kterou mu lékaři určí.

Ošetrovatelský problém: Nejistota, co bude dál.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

7. Vztahy mezi rolemi

- Role pečovatelů
- Rodinné vztahy
- Plnění rolí

Pacient žije v bytě s manželkou a jedním synem. Celá rodina chodí za pacientem na návštěvu a podílí se na ošetrovatelské péči. Vztahy mezi rodinou jsou kladné a rodina je mu oporou. S ošetrovatelským týmem vychází bez problému.

Ošetrovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

8. Sexualita

- Sexuální funkce
- Reprodukce

Pacient je ženatý a s manželkou má dva dospělé syny. První syn 24 let již bydlí sám a druhý mladší syn 20 let zatím bydlí v bytě s rodiči. Rodina je pro něj na prvním místě. Sexuální funkce bez problémů, nechce podrobněji rozebírat.

Ošetrovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

9. Zvládání/tolerance zátěže

- Posttraumatické reakce
- Reakce na zvládání zátěže

- Neurobehaviorální stres

Pacient si začíná uvědomovat, že jeho onemocnění je velmi závažné a že může být v nemocnici několik týdnů až měsíců. Nikdy vážněji nestonal. Léčí se pouze s vysokým krevním tlakem. Momentálně se bojí o zdraví, ale i přesto věří, že se vyléčí a půjde domů.

Ošetřovatelský problém: Obavy z vývoje akutního onemocnění.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

10. Životní principy

- Hodnoty
- Přesvědčení
- Soulad hodnot/ přesvědčení/ jednání

Pacient žádnou víru nevyznává, věří ve svou rodinu a štěstí.

Ošetřovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

11. Bezpečnost a ochrana

- Infekce
- Fyzické poškození
- Násilí
- Environmentální rizika
- Obranné procesy
- Termoregulace

Pacient se léčí pouze s vysokým krevním tlakem. Jinak doposud, vážněji nestonal. Alergie žádné neudává. Pacient má první den zavedený trojcestný CŽK, Tiemannův PMK č. 16 a NGS č. 16 a z toho důvodu hrozí vznik infekce. Jako prevence před TEN jsou pacientovi aplikovány injekce nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře a na dolních končetinách kompresivní punčochy.

Ošetřovatelský problém: Invaze CŽK (1. den), PMK (1. den), NGS(1. den), Aplikace antikoagulancií.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

12. Komfort

- Tělesný komfort
- Komfort prostředí
- Sociální komfort

Při příjmu pacient udával šílenou bolest břicha na VAS (0 – 10) č. 9, po intenzivní analgetické terapii pomocí kontinuální aplikace Dipidoloru 45mg do 20 ml F1/1 rychlostí 1,5 ml / hod. a Novalginu 2500mg ve 20 ml F1/1 i.v. se pacient cítí lépe, už nemá takové bolesti jako při přijetí. V obličeji je vyčerpaný zamračený, smutný vyjadřující bezmoc, popisuje bolest břicha jako velkou těžce zvládnutelnou. Nyní udává bolest na VAS číslo 3. Pacient pravidelně dostává analgetika dle rozpisu lékaře a dle hodnocení na stupnici VAS. Pacient si sám při bolesti vyhledá úlevovou polohu na pravém boku, která mu vyhovuje a zmírňuje bolest břicha.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest břicha.

Použitá vyšetřovací škála: VAS – (0 – 10), nyní VAS č 3.

13. Růst vývoj

- Růst
- Vývoj

Pacient vyrůstal bez obtíží, žádné vývojové problémy v dětském věku neměl.

Ošetrovatelský problém: Žádný.

Použitá vyšetřovací škála: Žádná.

2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: Odběr krve (KO, GLY, AST, ALT, GTT, ALP, Bilirubin Amylázy, Lipázy, CRP, Celková bílkovina, Albumin, Prealbumin, Urea, Kreatinin, Ionty, Vápník, Fosfor, Hořčík).

Tabulka 2: Laboratorní výsledky krve

Výsledky krve:			
Krevní obraz:	Leukocyty	18,70	x 10 ⁹ l
	Erytrocyty	2,80	x 10 ¹² l

	Hemoglobin	120	g/l
	Hematokrit	0,284	l
	Objem ery	99	fl
	Hbery	25,1	pg
	Hbkonc	334	g/l
	Erytr. křivka	13,7	g/l
	Trombocyty	119	x10 ⁹ /l
Biochemie:	Glukóza	6,2	mmol/l
	AST	3,34	ukat/l
	ALT	0,93	ukat/l
	GGT	0,31	ukat/l
	ALP	0,99	ukat/l
	Bilirubin	17	umol/l
	AMS	8,78	ukat/l
	LPS	3,83	ukat/l
	CRP	369	mg/l
	Celková bílkovina	44,2	g/l
	Albumin	16,4	g/l
	Prealbumin	0,06	g/l
	Sodík	130	mmol/l
	Draslík	4,8	mmol/l
	Chloridy	100	mmol/l
	Vápník	1,87	mmol/l
	Fosfor	1,78	mmol/l
	Hořčík	1,12	mmol/l
	Urea	15	mmol/l
	Kreatinin	90	umol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta, 2017

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os

Pohybový režim: polohování na lůžku, sed, stoj

RHB: 1 × denně

Ventilace: Oxygenoterapie 3 l/min pomocí nosních brýlí

Výživa parenterální: CŽK - trojcestný zaveden ve vena subclavia dextra

- 1) Linka AIO: Oliclinomel N6 2200 ml a 40 ml KCl 7,45% a 30 ml NaCl 5,85% a 1 apm. Cernevit a 1 amp. Tracutil rychlostí 80 ml/hod. kontinuálně
- 2) Linka infúze: Plasmalyte roztok 1000 ml rychlostí 60 ml/ hod. kontinuálně a mocí Y spojky a lineárního dávkovače Dipidolor 45 mg do 20 ml F1/1 rychlostí 0 – 1,5/ hod. úprava dle bolesti pacienta.
- 3) Linka Furosemid 40 mg do 20 ml F1/1 rychlostí dle hodinové diurézy pacienta cíl kolem 80–100 ml/hod.

Chirurgická léčba: zatím neindikovaná

Tabulka 3: Medikamentózní léčba

Název léku a ředění:	Skupina	Síla	Forma	Dávkování
Nolpaza do 20ml F 1/1	Antiulcerotikum	40 mg	i.v.	8 – 20 hod.
Ambrobene do 20ml F1/1	Expektorans, Mukolytikum	15 mg	i.v.	8 – 16 – 24 hod.
Sytostigmin do 20ml F1/1	Parasympatomimetikum	0,5 mg	i.v.	9 hod.
Degan do 20ml F1/1	Antiemetikum, Prokinetikum	10 mg	i.v.	8 – 16 – 24 hod.
Augmentin do 20ml F1/1	Antibiotikum	1,2 g	i.v.	6 – 14 – 22 hod.
Metronidazol do 100ml F1/1	Antibiotikum	500 mg	i.v.	6 – 14 – 22 hod.
Ciphin do 200 F1/1	Antibiotikum	400 mg	i.v.	8 – 20hod.
Fraxiparin	Antikoagulancium	0.4 ml	s.c.	20 hod.
Hypnogen	Hypnotikum	10 mg	tbl.	22 hod. na spaní
Novalgin do 20ml F1/1	Analgetikum, Antipyretikum	2500 mg	i.v.	při TT nad 38,3 °C

2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA 2. 11. 2017

Pacient X. Y. ve věku 54 let byl přivezen dne 2. 11. 2017 RZS na chirurgickou ambulanci Fakultní nemocnice Plzeň. Pacient trpí nauzeou, silnou bolestí břicha a zvracením po dietní chybě. Pacient vypověděl, že má intenzivní, nesnesitelnou bolest břicha (dle VAS číslo 9), která vystřeluje do zad. Bylo provedeno CT břicha a diagnostikována akutní pankreatitida. Následně byl přijat na chirurgickou jednotku intenzivní péče ke konzervativní léčbě. Při příjmu na oddělení byl pacient při vědomí, snažil se spolupracovat, orientován místem, časem, osobou i prostorem, byl trochu úzkostný, bojí se, co bude dál s jeho rodinou, když nemůže pracovat. Po napojení na monitor fyziologické funkce P: 125/min, TK: 105/60 mmHg, D: 26/min, saturace bez O₂ 90 %, s O₂ pomocí nosních brýlí 95 - 99 % TT: 37,8 °C, BMI: 39, 2 obezita II. stupně. Obezita se u pacienta nyní neřeší, protože pacient má dietu nic per os a výživa je zajištěna parenterální cestou. Glykémie je zvýšená 11,1 mmol/l. Pacient je bledý, schvácený a lehce opocený. Z RZS byl ponechán periferní žilní katétr. Krátce po přijetí byl pacientovi zaveden trojcestný centrální žilní katétr do vena subclavia dextra a provedeno RTG plic, periferní žilní katétr byl následně odstraněn. Na příjmu měl nauzeu a zvracel proto zavedena NGS přes pravou nosní díрку č 16. – sonda na spád odvádí žaludeční obsah. Pro sledování bilance a hodinové diurézy zaveden permanentní desetidenní Tiemanův katétr č. 16. se sběrným hodinovým sáčkem. Od příjmu má pacient klidový režim, dietu nic per os a výživa je zajištěna parenterálně přes centrální žilní katétr. O dietním režimu je edukován, při pocitu žízně si dutinu ústní vyplachuje vodou nebo zvlhčuje pomocí štětiček s borglycerinem. Pacient je nesoběstačný v oblasti hygieny a vyprazdňování Barthelové test je 45 bodů, hodnocení dekubitů dle Nortonové 29 bodů. Dle ordinace lékaře jsou mu aplikována parenterální antibiotika, analgetika, antiulcerika, mukolytika, parasympatomimetika a antiemetika. Preventivně proti trombóze je mu aplikován subkutánně Fraxiparin. K dnešnímu dni 2. 11. 2017 má pacient tyto ošetrovatelské problémy: akutní bolest břicha, nejistotu a strach z toho, co bude dál, obezitu II. stupně, která se nyní s ohledem na dietu nic per os a akutní zdravotní stav neřeší, nevyvážená výživa z důvodu nepřijímání potravy per os. Deficit v oblasti hygieny a vyprazdňování. Pacient má zavedený invaze CŽK, PMK, NGS. S ohledem na aplikaci nízkomolekulárního heparinu je pacient ohrožen rizikem

krvácení. Vzhledem k tomu, že pacient dostává riziková léčiva, jako jsou diuretika, opiáty a jeho zdravotní stav vyžaduje pomoc při pohybu a vyprazdňování je ohrožen rizikem pádu. U pacienta také hodnotíme rizikový životní styl (alkohol, kouření, tučné jídlo).

Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Jsou stanovené všechny ošetrovatelské diagnózy, které byly u pacienta zjištěny první den hospitalizace a byly uspořádány dle priorit pacienta. Podrobné informace jsou rozepsány na následujících stránkách.

Zjištěné ošetrovatelské diagnózy jsou:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy název + kód:

1. Akutní bolest (00132)
2. Strach (00148)
3. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)
4. Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)
5. Deficit sebepěče při koupání (00108)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

6. Riziko infekce (00004) (CŽK)
7. Riziko infekce (00004) (PMK)
8. Riziko infekce (00004) (NGS)
9. Riziko krvácení (00206)
10. Riziko pádů (00155)

A. Akutní bolest (00132)

Doména: 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Kódovým číselným záznamem (slovní vyjádření pacienta 9 na VAS desetistupňová stupnice bolesti, kdy 10 je nejvíce a 0 žádná bolest).
- Výraz bolesti v obličeji (zbitý pohled, grimasa).
- Vyhledávání antalgické polohy.
- Beznaděj.

Související faktory: průvodci zranění (biologičtí)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá mít bolest při propuštění z nemocnice (intenzita bolesti na VAS – 0) do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient po podání analgetika má zmírněnou bolest za 24 hodiny z VAS 9 na hodnotu 5.

Očekávané výsledky:

- Pacient je seznámen ze stupnicí VAS do 2 hodin a je schopen analogovou stupnicí bolesti používat při hodnocení své bolesti do 1 hodiny.
- Pacient spolupracuje při vyplňování dotazníku bolesti do 2 hodin.
- Pacient ví, že jsou mu kontinuálně aplikovány léky na bolest a pokud se bolest zvýší, ihned musí informovat sestru.
- Pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hod.
- Pacient dodržuje pohybový režim, dietní omezení a provádí relaxační techniky od 12 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' bolest s pacientem pomocí dotazníku bolesti (lokalizace, charakter, trvání, intenzitu dle VAS), změny bolesti během dne,

- všeobecná sestra, průběžně po 2 hodinách maximálně, a pokud se bolest zvýší, informuj lékaře a záznam zapiš do ošetrovatelské dokumentace.
2. Aplikuj kontinuálně analgetika dle lékaře Dipidolor 45 mg do 20 ml F1/1 rychlostí 1,5 ml/hod. a zhodnot' jejich účinek do 1 hodiny, všeobecná sestra, zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace denně.
 3. Edukuj pacienta o nutnosti spolupráce při hodnocení intenzity a charakteru bolesti á 2 hod., všeobecná sestra vždy a proved' ihned zápis do záznamu o edukaci pacienta.
 4. Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy (pláč, vzdychání, grimasy) pacienta při bolesti, všeobecná sestra, vždy.
 5. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, D, TT) á 1 hodinu monitorem à 24 hod. a proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace à 1 hod., v případě výrazné změny informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned
 6. Zajisti klidné a pohodlné prostředí a pečuj o pohodlí pacienta, všeobecná sestra při každém kontaktu.
 7. Sleduj účinky a vedlejší účinky analgetik po podání, a pokud se vyskytne nějaký nežádoucí účinek, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, vždy po podání léku.
 8. Edukuj pacienta o úlevové poloze (na boku, v předklonu nebo v kleče, na všech čtyřech“) a proved' záznam o edukaci do formuláře o edukaci do 2 hodin, všeobecná sestra.
 9. Ved' pacienta k provádění nefarmakologických postupů (přikládání ledu na břicho) pro zmírnění bolesti, sestra, vždy.
 10. Prováděj pečlivé záznamy do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

Realizace: (2. 11. 2017první den hospitalizace 6 – 18 hodin)

- 06:00 – pacient přivezen na JIP a napojen na lůžkový monitor ke sledování fyziologických funkcí

- 06:05 – pacient si stěžuje na bolest břicha o intenzitě 9 na (VAS 0 - 10), kontrola fyziologických funkcí TK 105/60, P 125, D: 26/min, TT 37,8 °C.
- 06:10 – kontinuální analgezie Dipidolor 45 mg do 20 ml F1/1 na 1,5 ml/hod. a při úvodu 2ml Dipidoloru bolusově dále po domluvě s lékařem podána 1amp. 2500mg (5 ml) Novalginu i.v., sestra u lůžka, doporučena úlevová poloha na boku pro lepší psychické pohodlí, sestra u lůžka.
- 07:00 – kontrola intenzity bolesti, setra u lůžka, pacient uvádí zlepšení z hodnoty 9 na hodnotu 5.
- 07:15 – pacient zaujímá úlevovou polohu na pravém boku a přitom má zavřené oči.
- 08:00 – pacient udává výrazný pokles bolesti, momentálně intenzita bolesti na VAS č. 3. TK 120/70, P 110, D 23/min, TT 37,0 °C
- 09:00 pacient pospává na pravém boku, fyziologické funkce TK 110/70, P 107, D 23/min, TT 36,9°C
- 10:00 – kontrola stupně bolesti, pacient udává na škále bolesti VAS č. 3., pokračuje kontinuální analgezie Dipidolor 45mg do 20ml F1/1 na 1,5 ml/hod.
- 11:00 – pacient v klidu pospává, změřené fyziologické funkce TK 106/73, P 103/min, D 22/min, TT 36,9°C
- 12:00 – kontrola stupně bolesti, pacient udává na škále bolesti VAS č. 2., v klidu leží a sleduje okolí
- 13:00- pacient má návštěvu (manželku a syna) v klidu s nimi komunikuje (kontrola fyziologických funkcí TK 130/80, P 125/min, D 26/min, TT 37,0°C
- 14:00 – po odchodu návštěvy si pacient stěžuje na zvýšení bolesti na VAS z č. 3 na č. 5. a vyžaduje další léky na bolest, ke kontinuální analgezii Dipidolor 45mg do 20ml F1/1 na 1,5 ml/hod. je pacientovi aplikován Novalgin 2500mg ve 20ml F1/1 i.v. a přiložen chladivý obklad na břicho
- 15:00 – pacient udává zmírnění bolesti z VAS č. 5 na č. 4, pacient leží na zádech a chladí si břicho, fyziologické funkce TK: 125/80, P 115/min, D 23/min, TT 36,8°C

- 16:00 – kontrola bolesti na VAS pacient udává č. 3, úprava polohy a lůžka, chlazení břicha ukončeno
- 17:00 – kontrola fyziologických funkcí TK 110/80, P 104/min, D 20/min, TT 36,8°C, pacient ospává
- 18:00 – při předání směny kontrola stupně bolesti z VAS č. 3 udává pacient č. 2. výrazné zlepšení od příjmu z VAS č. 9, kontrola fyziologických TK 110/79, P 105/min, D 23/min, TT 36,8°C, pacient v klidu leží a sleduje televizi

Hodnocení: (3. 11. 2017 druhý den hospitalizace)

Pacient říká, že pociťuje zmírnění bolesti po aplikaci analgetik, udává zlepšení bolesti na intenzitu č. 3 v průběhu dvou dnů pobytu v nemocnici. Analgetická terapie a metody zmírňující bolest jsou přínosné. Pokud je to nutné, pacient automaticky zaujímá úlevovou polohu na boku a aktivně spolupracuje při zaznamenávání intenzity do ošetrovatelské dokumentace. Dodržuje dietní a pohybový režim. Před spaním sleduje televizi, přestože se v noci občas probudí, říká, že je odpočínutý. Očekávané výsledky i krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl nebyl splněn, pacient je nadále hospitalizovaný.

Pokračující intervence: 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10

U pacienta je nutno pokračovat v podávání analgezie dle ordinace, sledovat její efekt a možné vedlejší účinky. Monitorovat fyziologické funkce pacienta a vytvářet klidné a pohodlné prostředí a vést pacienta ke zmírňování bolesti, pomocí nefarmakologických postupů (úlevová poloha, přikládání ledu na břicho).

B. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

Určující znak

- Bolest břicha.
- Odpor k jídlu.

Související faktory:

- Biologické faktory.
- Zákaz přijímat potravu per os.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient si uvědomí do 24 hodin, že je potřeba pro zachování zdraví dodržet dietu nic per os a zahájit výživu parenterální cestou přes CŽK.

Cíl dlouhodobý: Pacient se bude trvale snažit dodržovat zdravý životní styl, především stravovací zvyklosti, a bude se snažit vyvarovat alkoholu do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná důvod nepřijímání potravy per os do 2 hodina a bude ho dodržovat.
- Pacient si uvědomuje nutnost parenterální výživy do 6 hodin.
- Pacient nemá úbytek hmotnosti větší než 0,5 kg, během 12 hod.
- Pacient ví, že nesmí manipulovat s CŽK do 2 hod.

Ošetrovatelské intervence:

1. Vysvětlí pacientovi léčebný režim a alternativy výživy do 2 hodin od přijetí na jednotku intenzivní péče všeobecná sestra.
2. Edukuj pacienta do 2 hodin od přijetí na oddělení o zákazu příjmu potravy, tekutin per os a proved' záznam do edukační dokumentace, všeobecná sestra.
3. Edukuj spolu s lékařem do 2 hodin pacienta o nutnosti parenterální výživy přes zavedený CŽK a proved' záznam spolu s lékařem do edukační dokumentace.
4. Dle ordinace lékaře podávej parenterální výživu AIO Oliklinomel N6 2200 ml a 40 ml KCl 7,45% a 30 ml NaCl 5,85% a 1 apm. Cernevit a 1 amp. Tracutil rychlostí 80 ml/hod. kontinuálně všeobecná sestra, denně.
5. Edukuj pacienta o ošetrovatelské péči o zavedený CŽK dle standardu pracoviště, všeobecná sestra 1 den hospitalizace a proved' záznam do edukační dokumentace.

6. Kontroluj tělesnou hmotnost 1 × denně a vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace.
7. Prováděj pacientovi v pravidelných intervalech à 2 hod. hygienu dutiny ústní pomocí štětiček a Borglycerinu, všeobecná sestra denně.
8. Dokumentuj příjem a výdej tekutin a zaznamenávej do chorobopisu, všeobecná sestra za 24 hodin, denně.
9. Prováděj odběry biologického materiálu, dle ordinací lékaře všeobecná sestra, denně.
10. Zajisti pacientovi při vyprazdňování stolice soukromí, sleduj barvu, množství a zápach stolice a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

Realizace: (2. 11. 2017 první den hospitalizace 6 – 18 hodin)

- 06:00 pacient byl přijat na oddělení a ihned byl napojen na lůžkový monitor ke sledování fyziologických funkcí
- 08:00 pacient byl edukován lékařem a sestrou o nutnosti diety nic per os a náhrady výživy parenterální cestou přes CŽK a byl proveden záznam do edukační dokumentace
- 09:30 lékařem zaveden CŽK do vena. subclavia. dextra, provedeno RTG plic pro kontrolu uložení CŽK
- 10:30 podána parenterální výživa AIO Oliklinomel N6 2200 ml a 40 ml KCl 7,45% a 30 ml NaCl 5,85% a 1 apm. Cernevit a 1 amp. Tracutil rychlostí 80 ml/hod. kontinuálně pomocí infuzní pumpy přes CŽK, dle ordinace lékaře
- 11:00 pacient spolupracuje při hygieně dutiny ústní, vyplachuje si dutinu ústní vodou nebo si jí vytírá pomocí štětiček namočených v Borglycerinu, sliznice bez defektu
- 12:00 odběry biologického materiálu odebrány dle ordinace lékaře, o výsledcích odběrů pravidelně lékař informován v průběhu dne a následně založeny do chorobopisu
- 13:00 pacient má návštěvu manželku a syna

- 14:00 kontrola a hygiena dutiny ústní pomocí štětiček namočených v Borglycerinu, pacient to prozatím bez pití zvládá dobře
- v průběhu dne podávány ostatní medikace dle ordinace lékaře, bez komplikací
- hmotnost pacienta při příjmu byla 120kg, pacient na stolici nebyl
- 16:00 pacient má zájem spolupracovat a souhlasí s léčebným režimem
- bilance tekutin byla sledována v průběhu 24 hodin a zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace
- 18:00 pacient zavedenou dietu nic per os zatím zvládá dobře, pravidelně si vyplachuje nebo vytírá dutinu ústní, sliznice dutiny ústní bez defektu, zavedenou parenterální výživu toleruje bez problému

Hodnocení: (3. 11. 2017 druhý den hospitalizace)

Pacient chápe důvody léčebného opatření a snaží se spolupracovat. Pacient souhlasil s léčbou a slíbil, že bude dodržovat léčebná režimová opatření. Pacient nemá známky malnutrice. Chápe ošetrovatelské intervence týkající se péče o CŽK. Chut' na jídlo nemá a pocit žízně zahání pomocí hygieny dutiny ústní. Na medikamentózní léčbu reaguje dobře. Cíl krátkodobý a očekávané výsledky byly splněny, dlouhodobý cíl byl splněn částečně z důvodu přetrvávající hospitalizace pacienta.

Pokračující intervence: 4, 6, 7, 8, 9, 10

U pacienta je nutno dále dodržovat dietu nic per os, podávat léky a parenterální výživu dle ordinace lékaře přes CŽK. Monitorovat hmotnost, stolici a bilanci tekutin.

C. Riziko infekce (00004) (CŽK)

Doména: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- Invazivní vstupy (CŽK).
- Nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům.

Nedostatečná sekundární obrana:

- Potlačení zánětlivé reakce, C- reaktivní protein.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient spolupracuje při sledování infekčních příznaků do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce CŽK do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná způsoby, v rámci svých možností jak předcházet infekci v důsledku zavedení CŽK, do 5 hodin po zavedení.
- Pacient dodržuje všechna preventivní opatření, která předcházejí vzniku infekce do 24 hodin.
- Pacient dokáže odhalit včasné příznaky infekce do 12 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta o zásadách péče o CŽK a proved' záznam do edukační dokumentace, všeobecná sestra 1. den hospitalizace.
2. Denně pátrej po známkách infekce v místech, kde jsou zavedeny invazivní vstupy CŽK, všeobecná sestra.
3. Vždy dodržuj aseptický přístup při provádění všech invazivních zákroků a při ošetrování invazivních vstupů CŽK dle standardu, všeobecná sestra.
4. Vždy dodržuj dostatečnou hygienu a aseptický postup při odběrech vzorků, dle standardu nemocnice, všeobecná sestra.
5. Kontroluj tělesnou teplotu á 1hodinu a zapisuj záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra denně.
6. Udržuj lůžko pacienta čisté a prováděj celkovou hygienu pacienta, všeobecná sestra, dvakrát denně.
7. Vždy pomysli na možnost sepse, k příznakům sepse patří horečka, zimnice, pocení, pozitivní hemokultura, všeobecná sestra.
8. Aplikuj antibiotika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
9. Vždy dodržuj bariérový způsob ošetrování, všeobecná sestra, denně.

Realizace: (2. 11. 2017 první den hospitalizace 6 – 18 hodin)

- 09:30 byl lékařem pacientovi zaveden CŽK do vena subclavia dextra a provedeno RTG plic k ověření správného uložení katétru
- 11:30 pacient byl informován o péči o zavedený katétr a především o tom, že nesmí s katétrem manipulovat. Zavedený CŽK je ošetřen semipermeabilním krytím Tegaderm
- 12:00 kontrola TT 37,0°C tělesná teplota byla všeobecnou sestrou měřena v pravidelných intervalech à 1 hod. a hodnota byla vždy zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace
- 14:00 podány parenterální antibiotika dle ordinace lékaře Augmentin 1,2g a Metronidazol 500mg á 8hod., místo vpichu je klidné, bez známek infekce, dobře průchodný
- 16:00 pacient zná rizikové faktory a s katétrem nemanipuluje, TT 36,8°C, pacient zvýšenou teplotu nemá
- 16:30 pravidelných intervalech 2 × denně (ráno, večer) bylo kontrolováno místo zavedení CŽK a hodnoceno dle Madonovy stupnice a vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace
- 17:00 pacient prováděl celkovou hygienu za asistence všeobecné sestry, lůžko pacienta bylo udržováno čisté, suché a bylo pravidelně kontrolováno
- 18:00 pacient v klidu leží, TT 36,8°C, místo vpichu klidné, ošetření místa vpichu pomocí Tegaderm snáší dobře, antibiotická terapie proběhla bez problému, pacient zná rizikové faktory a s katétrem nemanipuluje

Hodnocení: (3. 11. 2017 druhý den hospitalizace)

Pacient nemá příznaky místní ani celkové infekce. Krátkodobý cíl a očekávané výsledky byly splněny. Pacient zná způsoby jak předcházet infekci a jak snížit riziko vzniku komplikací u zavedeného CŽK. Pacient byl informován o péči o CŽK a zejména o manipulaci s katétrem. Antibiotika byla podávána dle ordinace lékaře, bez komplikací a vedlejších účinků. Tělesná teplota pacienta byla pravidelně měřena a zaznamenávána.

Pokračující intervence: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

U pacienta je dále nutné sledovat rizikové faktory výskytu infekce a pečovat dle standardu nemocnice o CŽK. U pacienta je nutné dále monitorovat rizikové faktory týkající se výskytu infekce a dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Sledovat tělesnou teplotu pacienta.

D. Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Pociťuje strach.
- Pociťuje obavy.
- Zvýšené napětí.
- Nausea.
- Bledost.
- Zrychlený pulz.

Kognitivní znaky:

1. Snížená schopnost řešit problémy.
2. Snížená produktivita.
3. Identifikuje předmět strachu.

Behaviorální znaky:

1. Zaměření na zdroj strachu.
2. Zvýšená ostražitost.

Fyziologické znaky:

1. Změny ve fyziologických reakcích (např. vysoký pulz).
2. Zrychlené dýchání.
3. Zvýšené pocení.
4. Únava.

Související faktory:

- Neznámé prostředí.

Priorita: střední**Cíl krátkodobý:** Pacient bude schopen o strachu hovořit do 24 hodin.**Cíl dlouhodobý:** Pacient nebude pociťovat strach do konce hospitalizace.**Očekávané výsledky:**

- Pacient má při přijetí na oddělení do 5 hodin pak každý den hospitalizace dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském plánu.
- Pacient umí vyjádřit své pocity strachu od 12 hodin.
- Pacient bude mluvit o svém strachu do 3 hodin.
- Pacient užívá všechny druhy podpory prevenci strachu od ošetrovatelského personálu od 1 dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Informuj při přijetí a pak každý den podle svých kompetencí pacienta o léčebném a ošetrovatelském plánu, všeobecná sestra.
2. Zjisti od pacienta všechny příčiny strachu, všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
3. Zhodnot' projevy strachu (zrychlený pulz, zvýšené pocení, nervozita) a v případě výskytu proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace a informuj lékaře, všeobecná sestra průběžně.
4. Buď pacientovi nablízku a naslouchej mu, hovoř klidně, pomalu, všeobecná sestra, vždy.
5. Zapojuj pacienta do aktivit (sledování televize, četba, tablet) které odvedou pozornost od problému, všeobecná sestra od 1. dne hospitalizace.
6. Umožni pacientovi vyjádřit své pocity a emoce, všeobecná sestra, vždy.
7. Naslouchej pacientovi se zájmem a úctou, všeobecná sestra, vždy.

8. Zapisuj záznamy do ošetrovatelské dokumentace pacienta, všeobecná sestra, denně.
9. Informuj pravidelně rodinu o léčebných a ošetrovatelských intervencích po domluvě s pacientem, všeobecná sestra.

Realizace: (2. 11. 2017 první den hospitalizace 6 – 18 hodin)

- 06:10 – pacient od přijetí na JIP má o sebe strach, ví, že je hospitalizován na jednotce intenzivní péče a tímto se domnívá, že jeho stav je vážný, má strach z onemocnění slinivky břišní, neznámé délky hospitalizace a zda se zánět vyléčí bez nutnosti operačního výkonu
- 06:30 – pacient je lékařem informován o jeho zdravotním stavu, nutnosti a délky předpokládané hospitalizace na jednotce intenzivní péče a dále je všeobecnou sestrou edukován o poskytování ošetrovatelské péče
- 11:00 – pacient je schopný o svém strachu a obavách mluvit, ošetrovatelský personál je pacientovi nablízku, a je-li potřeba, vše s ním probere
- 12:00 pacient pospává a snaží se zvládnout svou bolest, zatím nebyl zapojen do žádné aktivity, čeká, až přijde manželka se synem na návštěvu
- 13:00 – pacient komunikuje s manželkou, synem a vypadá spokojeně, pacient souhlasí s informováním rodiny o všem, co se sním děje
- 15:00 – pacient říká, že je klidnější přestože jeho tepová frekvence je 115/min a bolest břicha je na ústupu, jeho obavy a strach jsou menší než v ranních hodinách
- 18:00 – pacient při předání směny v klidu leží a pokouší se sledovat televizi, udává zmírnění bolesti dle VAS č. 2, tepová frekvence pacienta je 105/min, pacientovo obavy z onemocnění a délky hospitalizace jsou menší, než při příjmu

Hodnocení: (3. 11. 2017 druhý den hospitalizace)

U pacienta se snížil pocit strachu, dokáže se sestrou mluvit otevřeně o všem, co ho trápí. Občas ho napadá myšlenka, zda se zánět vyléčí bez nutnosti operace. Pomalu

se snaží zapojovat do denních aktivit, jako jsou hygiena, rehabilitace, sledování televize, poslouchání rádia. Pro pacienta je důležitý každodenní kontakt s rodinou. Krátkodobý cíl a očekávané výsledky byly splněny. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, vzhledem k tomu, že je pacient nadále hospitalizovaný.

Pokračující intervence: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

U pacienta je důležité dále monitorovat projevy strachu. Vytvářet klidné a vstřícné prostředí. Aktivně pacientovi nabízet pomoc. Využívat rodinu a jejich zájem k aktivní spolupráci při péči o pacienta.

2.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient ve věku 54 let 2. 11. 2016 byl akutně hospitalizován na chirurgickou jednotku intenzivní péče pro silné bolesti břicha. Při přijetí pacient trochu úzkostný, spolupracoval, byl orientován místem, časem, osobou i prostorem.

Při zpracování ošetřovatelského procesu bylo identifikováno pět aktuálních a pět potencionálních ošetřovatelských diagnóz. Z nich byly vybrány a podrobně rozpracovány tři aktuální diagnózy, jedna potencionální diagnóza a následně u nich byla realizovaná ošetřovatelská péče. Zhodnocení stavu pacienta a vytvoření ošetřovatelského plánu bylo uskutečněno první den hospitalizace (2. 11. 2017). Realizace ošetřovatelských intervencí probíhala též první den hospitalizace. Hodnocení bylo provedeno druhý den hospitalizace (3. 11. 2017). Stanovené splnění krátkodobých cílů u každé z diagnóz bylo splněno, dlouhodobý cíl byl splněn částečně, některé ošetřovatelské intervence musí pokračovat po celou dobu hospitalizace, ale samozřejmě záleží na vývoji zdravotního stavu pacienta.

Pacient bolest zvládal, po zahájení analgetické medikace došlo ke zmírnění a toleranci bolesti pacientem. Pacient neměl známky infekce ani malnutrice. Strach z onemocnění se zmírnil, dodržoval všechny postupy léčby a měl zájem se uzdravit. Aktivně se zapojoval do léčebného a rehabilitačního programu. Pacient po celou dobu hospitalizace spolupracoval a snažil se ošetřovatelskému týmu vyjít vstříc. Rodina za pacientem každý den docházela a všichni členové rodiny měli aktivní zájem o pacienta. Rodina byla pro pacienta velkou motivací, uzdravit se. Ve většině případů, pacienti, kteří onemocní akutní pankreatitidou, nežijí zdravým životním stylem ale rizikovým stylem života. A tak to bylo i u našeho pacienta a záleží jen na něm, jak se po uzdravení

postaví ke svému zdraví. Zda to zvládne sám nebo bude muset vyhledat specializovanou odbornou pomoc.

3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pacienti s onemocněním akutní pankreatitidy potřebují ve většině případů intenzivní péči, která někdy bývá dlouhá a náročná. Důležité je pacienta informovat jak po medicínské, tak po ošetrovatelské stránce. Proto také chceme v textu poukázat na doporučení, která jsou určena pro všeobecnou sestru, pacienta a pro blízké osoby nemocného především rodinu. Níže uvedená doporučení vychází z teoretického i praktického studia onemocnění.

3.1 DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNOU SESTRU

- Aktivní přístup ve sdělování informací. Pro každého pacienta jsou informace důležité z toho důvodu, aby se lépe dokázal vypořádat s nemocí a akutními problémy s ní spojenými. Zvláště v případech těžké akutní pankreatitidy mohou být pacienti především vystresováni, mohou prožívat oprávněný strach a obavy, dále je nutno pacienty informovat o všem, co s nimi bude prováděno a jaké se předpokládá léčení.
- Komunikovat s příbuznými a spolupracovat s rodinou pacientů. Je bezpodmínečně nutné komunikovat s rodinou pacienta, a to především také proto, aby rodinní příslušníci byli nápomocni jak během hospitalizace a léčby, tak především v pozdějším domácím prostředí, a aby mohli pacientovu stavu přizpůsobit chod rodiny a okolí. Jedná se například o:
 - Zamezení konzumace alkoholu, zamezení kouření.
 - V rámci přípravy jídla – dle možností pacienta a dle dietologických pokynů.
- Být empatický, ochotný, trpělivý a mít individuální přístup ke každému pacientovi. Toto doporučení má za cíl povzbudit pacienta po stránce psychické, která zajisté také souvisí se zdravotním stavem a může urychlit, či naopak zpomalit léčebný vývoj pacienta a jeho návrat do normálního životního cyklu.
- Dostatečná edukace pacienta o jeho onemocnění, následné léčbě, ošetrovatelské péči, zdravém životním stylu a pankreatické dietě.

- Vzdělávat se. Vzdělávání je vždy důležitou a nezbytnou součástí profesionála. Léčebné metody a postupy v oblasti akutní pankreatitidy se i nadále zlepšují, je proto důležité pravidelně aktualizovat své znalosti v zájmu své profesní kariéry, ale především v zájmu blaha pacienta.
- Nevyhýbat se očnímu kontaktu s pacientem, protože ten vždy hraje velmi důležitou roli pro jeho psychiku.
- Dodržovat zásady slušné komunikace. I přes napjatou situaci je důležité dodržovat základní zásady slušné komunikace, která opět souvisí s lidskou důstojností a psychickým stavem pacienta.
- Vybudovat si důvěru mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Opět souvisí s psychickým stavem pacienta. Není totiž důležité pouze správně určit postup léčby dle léků a dalších zákroků, ale je také nezbytně nutné pacientovi pomoci po stránce psychické, tím uspíšit celý léčebný proces.

3.2 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA

Omezit rizikové faktory. Pro pacienta je nezbytně nutné omezit rizikové faktory. Mezi doporučení patří mimo jiné omezení kouření, konzumace alkoholu, dodržování diety, dodržování zásad zdravého životního stylu, naučit se předcházet dalším záchvatům akutního pankreatického stavu v budoucnu. Mimo jiné ale také z praxe víme, že je nutné naučit se s onemocněním žít – vědět, co pacientovi jeho zdravotní stav a slinivka břišní takzvaně „dovolí“, ale co je již nepřipustné a mohlo by způsobit nové závažné komplikace.

Komunikovat se zdravotnickým personálem. I pacient by se měl v rámci svých možností snažit komunikovat s personálem nemocnice, což pomůže především jeho psychickému stavu – komunikace obecně je velmi důležitým prvkem samotné léčby.

Snažit se dodržovat všechna doporučení od zdravotnického týmu. Vždy se objeví pacienti, kteří nedodržují všechna doporučení zdravotnického týmu. I přes akutní stav nedělá některým pacientům problém pokračovat v konzumaci alkoholu či kouření, což může působit (působí) naprosto opačným efektem, než je léčba samotná.

Snaha změnit životní styl a dodržovat dietní opatření. Většina pacientů, kteří onemocní akutní pankreatitidou, nežijí zdravým a správným životním stylem, což se

v mnoha případech stává příčinou vzniku onemocnění. Je potřeba změnit životní styl, styl konzumace jídel či styl zábavy (konzumace alkoholu).

Pokud pacient potřebuje najít aktuální informace o akutní pankreatitidě, mohu doporučit například webové stránky Medicíny pro praxi, na kterých je uveřejněn přehledový článek o onemocnění (ZAZULA, WOHL, 2005), popřípadě je možné pacienty odkázat mimo jiné na některý z následujících zdrojů:

- Článek Akutní pankreatitida (pankreatitis acuta) – Lékařská fakulta Palackého univerzity v Olomouci (JANČAŘÍKOVÁ, 2018).
- Článek Pankreatická bolest – Ústřední vojenská nemocnice, Praha (FRIČ, 2007).
- Gastronomické oddělení fakultních a jiných nemocnic, poradenská centra zřizovaná při nemocnicích.

Existují zajisté i jiné zdroje, z nichž lze čerpat, avšak výše uvedené jsou ověřené a spolehlivější než jiné. Kromě toho jsou také velmi jednoduše dostupné na internetu.

3.3 DOPORUČENÍ PRO RODINU A BLÍZKÉ OSOBY NEMOCNÉHO

- Mít zájem o pacienta, podporovat ho, věřit mu, motivovat ho, zapojit ho do aktivního života. Pacienta je třeba v jakékoliv nemoci podporovat a je nutné mu pomáhat. V případě akutní pankreatitidy se může jednat o podporu:
 - Nabádání pacienta k dodržování zdravého životního stylu.
 - Psychická podpora pacienta – vyslechnutí, fyzická i psychická náklonnost, být pacientovi na blízku.
 - Takzvané „hlídání“ pacienta, aby dodržoval všechna doporučení a pravidelně užíval potřebné léky.
- Zájem o informace o pacientovi. Myslím, že je nutné se o pacienta zajímat, ale také se zajímat o celkový kontext jeho zdraví. V případě akutní pankreatitidy je potřeba například:

- Dotazovat se na jeho zdravotní stav.
- Dotazovat se na pacientovy pocity po konzumaci jídel, na jeho zdravotní stav, zda nemá nějaké bolesti či necítí jiný nekomfortní stav (tím například odhalit, které potraviny pacientovi prospívají a které nikoliv).
- Nepřístupovat k pacientovi negativně. Nelze brát pacientovu novou roli po prodělaném záchvatu akutní pankreatitidy negativně, nelze jej odsuzovat (například za nesprávný životní styl, konzumaci alkoholu). Ba naopak je potřeba jej povzbudit a dodat pacientovi motivaci ke změně životního stylu (není-li pro pacienta dostatečnou motivací jeho špatný zdravotní stav).

ZÁVĚR

Slinivka břišní je poměrně malý orgán, ale představuje jednu z nejdůležitějších žláz v našem těle (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006). Pokud funguje správně, mnoho lidí o ní ani neví. Ale pokud slinivka onemocní, přinese postiženému velké potíže a mnohdy nemocného ohrožuje na životě. Bakalářská práce je věnována ošetrovatelskému procesu právě u pacienta, jemuž byla diagnostikována akutní pankreatitida, což je nejzávažnější forma zánětu pankreatu.

V teoretické části bakalářské práce bylo prvním cílem popsat aktuální medicínskou problematiku u pacienta s onemocněním akutní pankreatitida. Bylo charakterizováno akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní, včetně etiologie, klinického obrazu, dělení pankreatitidy dle Atlantské klasifikace, diagnostiky a léčby. Druhým cílem bylo popsat aktuální ošetrovatelskou problematiku a roly všeobecné sestry u pacienta s onemocněním akutní pankreatitida. Zde byl kladen důraz na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou.

V praktické části byl vypracován ošetrovatelský proces u pacienta, kterému byla diagnostikována akutní pankreatitida po dietní chybě. Povedlo se zmapovat ošetrovatelskou péči, pacient byl vstřícný a měl zájem spolupracovat. Dále bylo vytvořeno doporučení pro všeobecnou sestru, pro pacienta a pro blízké osoby nemocného pečující o pacienta s akutní pankreatitidou. Nakonec byla vypracována edukační karta pro pacienty s názvem Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou. Cíle praktické části byly splněny. Je důležité vědět, že po prodělání akutní pankreatitidy je slinivka velmi oslabená a v běžném životě znamená dodržování doživotní každodenní diety, a tudíž by se měla stát životním stylem nemocného.

Z textu lze implicitně vyvodit několik praktických pilířů, které mohou sloužit k dalšímu zkoumání a výzkumu v dané oblasti. Mimo jiné se jedná například o:

- Návrh doporučení, jak žít s akutní pankreatitidou.
- Po obhájení bakalářské práce a po schválení zdravotnického zařízení tisk a distribuce edukační karty pro pacienty s názvem Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou.
- Myšlenka založení neziskové organizace sdružující pacienty trpící formami pankreatických onemocnění.

SEZNAM UŽITÉ LITERATURY

- BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- DOUGLAS, A. a R. VANWOERKOM, 2009. Acute Pancreatitis: Review and Clinical Update. *Hospital Physician*. 1, 9-19.
- FRIČ, P., 2007. Pankreatická bolest. *Interní Med.*[online]. 9(9), 374–377 [cit. 21-10-2018]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/09/03.pdf>
- FRUHAUF, P., 2003. Pankreatitidy v dětském věku. *Pediatric pro praxi*. 2, 67-70. ISSN 1213-0494.
- GROFOVÁ, Z., 2008. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicina pro Praxi*. 5(4), 179-180. ISSN 1214-8687.
- HVOZDOVIČOVÁ, A. a K. STOLINSKÁ, 2010. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, s 77-79. ISSN 1210-0404.
- JANČAŘÍKOVÁ, M., 2018. *Akutní pankreatitida* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 21-10-2018]. Dostupné z: http://old.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF-kliniky/hippokrat/Obory/Interna_Gastro/Akutni_pankreatitida.pdf
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KLENER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KOSTKA, R., 2005. Možnosti chirurgické léčby nekrotizující pankreatitidy. *Bulletin hepato-pankreato - biliární chirurgie* [online]. 2018 [cit. 5-10-2018]. Dostupné z: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=07-1-05>
- KOTÍKOVÁ, K., 2010. Časná enterální výživa u geriatrických pacientů. *Sestra* [online]. 2010 [cit. 3. 10. 2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/casna-enteralni-vyziva-u-geriatrickych-pacientu-450967>.

- KRŠKA, Z., 2012. Akutní pankreatitida – komplexní problematika. *Rozhledy v chirurgii*. roč. 91, č. 12, s. 692-696. ISSN 0035-9351.
- LATA, J. a kol., 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- MALINA, P., CEJP, V., JABOR, A., 2012 Těžká akutní pankreatitida – laboratorní monitorování zaměřené na rozlišení sterilní a infikované nekrózy. *Klinická biochemie a metabolismu*. roč 20, č. 4, s. 244-247. ISSN 1210-7921.
- NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.
- NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada ISBN 978-80 247-2319-8.
- NAVRÁTIL, L. a kol., 2017. *Vnitřní lékařství*. 2., vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-271-0210-5.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- PROCHÁZKA, J., 2016. Jaké jsou současné možnosti ambulance bolesti a kdy tam posílat pacienty? *Med. praxi*. [online]. 13(3), 106–111 [cit. 2.10.2018]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/03/02.pdf>
- RENZULLI, P., STEPHAN, M., TAUBER, M., D. CANDINAS a B. GLOOR, 2005. Severe acute pancreatitis: Case-oriented discussion of interdisciplinary management. *Pancreatology*. 5(2–3), 146-156. DOI: 10.1159/000085266.
- ROKYTA, R., a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SHAH, P., M. MOUSTAFA a S. BRAMHALL, 2018. Acute pancreatitis: current perspectives on diagnosis and management. *Dovepress*. 2018(11), 77–85. DOI: 10.2147/JIR.S135751.

STIBŮREK, O., 2013. *Diagnostika a terapie akutní biliární pankreatitidy v terciárním centru*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dizertační práce.

STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., a kol., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada. ISSN 978-80-247-5215-0.

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

ŠPIČÁK, J., 2005. *Akutní pankreatitida*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0942-2.

ŠTEFÁNEK, J., 2011. Rakovina slinivky břišní. *Stefajir.cz*[online]. 2011 [cit. 5-10-2018]. Dostupné z:<https://www.stefajir.cz/?q=rakovina-slinivky-brisni>

ŠVÁB, J., 2007. *Náhlé příhody břišní*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-485-0.

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

VODIČKA, J. a kol., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2462-512-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1.vyd. Praha:Grada ISBN 978-80-247-3420-0.

ZAZULA, R. a P. WOHL, 2005. Akutní pankreatitida. *Medicína pro praxi*. 4, 147-151. ISSN 1214-8687.

ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2014. *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

Ostatní zdroje:

Ošetřovatelská dokumentace pacienta X. Y.

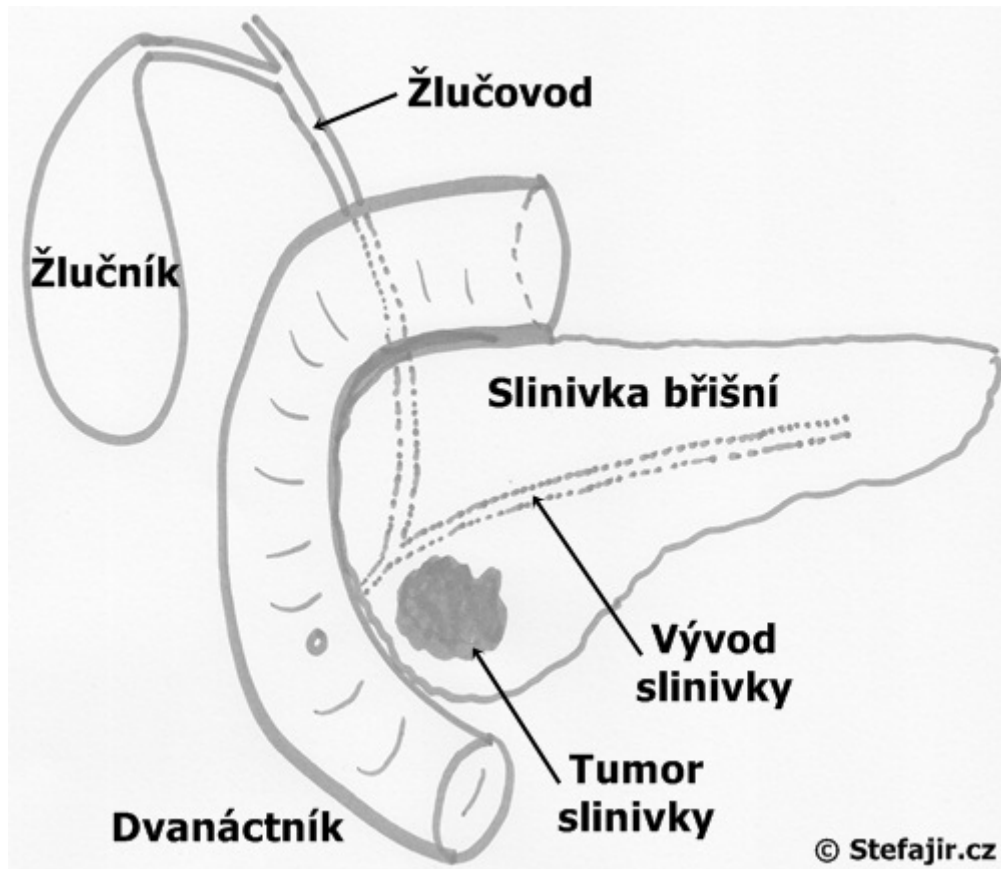
Vlastní dotazování.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Obrázková příloha– slinivka břišní	I
Příloha B – Obrázková příloha – vizuální škála bolesti dle VAS.....	II
Příloha C - Obrázková příloha - parenterální výživa	III
Příloha D - Obrázková příloha - enterální výživa	IV
Příloha E – Edukační karta – Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou.....	V
Příloha F – Bibliografická rešerše	VIII
Příloha G – Obrázková příloha – nazogastrická sonda	XIII
Příloha H – Čestné prohlášení.....	XIV

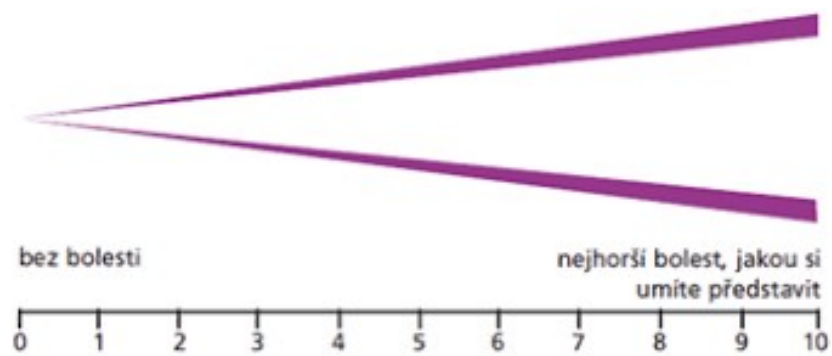
PŘÍLOHY

Příloha A – Obrázková příloha – slinivka břišní



Zdroj: (ŠTEFÁNEK, 2011)

Příloha B – Obrázková příloha – vizuální škála bolesti dle VAS



Zdroj: (PROCHÁZKA, 2016)

Příloha C – Obrázková příloha – parenterální výživa



Zdroj: Autor

Příloha D – Obrázková příloha – enterální výživa



Zdroj: Autor

Příloha E – Edukační karta – Kvalita života pacienta s akutní pankreatitidou

Vážený pane/ Vážená paní

Dovolujeme si Vám poskytnout několik základních informací a užitečných rad, které se týkají momentálně Vašeho onemocnění – Akutní pankreatitidy neboli zánětu slinivky břišní. Doufáme, že Vám tato edukační karta bude nápomocná k zvládnutí léčby a následně i motivací k začátku zdravého životního stylu.

Co to je akutní pankreatitida?	
„Je to jen zánět, ten se brzo vyléčí.“	Akutní pankreatitida je závažný zánět slinivky břišní, který vznikl v důsledku samonatrávení žlázy vlastními enzymy a může vést i k úmrtí pacienta.
Jak dlouho probíhá léčba	
„Myslel jsem, že za týden budu doma, ale nakonec jsem zůstal v nemocnici dva měsíce.“	Samotná léčba a její délka závisí především na formě onemocnění. Kritická je druhá fáze onemocnění, která může končit až smrtí např. z důvodu nekrózy a sepse.
Projevy akutní pankreatitidy	
„Svíjel jsem se v bolestech, které nepřestávaly.“	Prvotní projevy nemoci jsou silná bolest břicha okolo pupku, která může vystřelovat do zad, nauzea, zvracení a horečka s třesavkou.
Rizikové faktory pro vznik akutní pankreatitidy	
„Piji 2 – 4 piva denně, občas víno a tvrdý alkohol a kouřím cca 20 cigaret za den.“	Mezi rizikové faktory patří především nezdravý životní styl, konzumace alkoholu a tučného jídla. Dále biliární příčina kameny ve žlučníku a žlučových cestách nebo iatrogenní příčina způsobená vyšetřením nebo operací v blízkosti slinivky břišní.
Trpíte akutní pankreatitidou? Co Vás čeká?	
„Dostanu antibiotika, léky proti“	Nejprve Vás čeká odběr krve na stanovení

bolesti a za týden půjdu domů.“	pankreatických enzymů, jaterních testů, ledvinných testů, hladiny cukru v krvi a zánětlivých parametrů (CRP - C reaktivní protein). Déle sonografické vyšetření břicha, CT břicha a u pankreatitidy s biliární příčinou i vyšetření žlučových cest, které se nazývá ERCP.
Léčba akutní pankreatitidy	
„Týden si poležím v nemocnici a pak půjdu domů a všechno bude jako dřív.“	Hospitalizace v nemocnici. Podle velikosti poškození slinivky břišní budete ležet buď na standardním oddělení, nebo na jednotce intenzivní péče. Bude Vám zajištěna žíla na ruce nebo pod klíční kostí, kde se nachází velká žíla, kterou napichuje lékař, dále Vám bude zaveden permanentní močový katétr, ke sledování příjmu a výdeje tekutin. Přes zavedené hadičky do žíly budete dostávat léky proti bolesti, všechny tekutiny a výživu, protože nebudete přijímat tekutiny ani jídlo ústy. Budou vám sledovat krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a okysličení krve. Preventivně proti zvracení Vám bude zavedena sonda přes nosní díрку do žaludku.

Po prodělání akutní pankreatitidy je slinivka velmi oslabená a běžný život velmi závisí mimo jiné na dodržování doživotní každodenní diety.

Zdraví životní styl by se měl stát vaším koníčkem, ne povinností. Nemocem a potížími je vždy lepší předcházet, než je poté léčit.

Po akutní fázi onemocnění, začnete znovu zatěžovat trávicí trakt. Z počátku tekutinami a pak lehce stravitelnou stravou s omezením tuků.

Důležité je stravu od sebe oddělovat, nemíchat sladké a slané dohromady, jíst pravidelně, nepřejídat se, konzumovat menší porce, dostatečně stravu kousat, dodržovat pitný režim (zhruba 3 litry tekutin denně). Sledovat obsah masa u uzenin v procentuálním podílu, soli a konzervační látky.

Technologie vhodné pro přípravu masa: dušení, vaření nebo pečení na vodě.

Doporučujeme do jídelníčku zařadit: vaječný bílek, maso - kuřecí, krutí, králíčí, telecí, ryby, mléčné výrobky – tvaroh polotučný, odtučněný, podmásli, acidofilní mléko, cottage, plátkový sýr s obsahem 30% tuku, obilné sirupy, slady, med, zeleninu spíše tepelně upravenou, ovoce – banány, jablka, meruňky, broskve, pomeranče, hroznové víno, ovocné kaše. Koření do jídel používat uvážlivě – vhodná zeleninová nať, kopr, kmín, citronová kůra. Tekutiny - vodu, neperlivé minerální vody, zelený nebo bylinný čaj.

Důležité je omezit rizikové faktory: jídla bohatá na tuky, přepálená jídla připravovaná fritováním, maso - skopové, kachní, husí, vepřové, uzeniny, mastné výrobky, vejce především žloutky, syrové mléko, dále nedoporučujeme zeleninu - česnek, cibuli, pórek, květák, kapustu, zelí. Omezení pití černé kávy, konzumace bílého rafinovaného cukru a úplný zákaz konzumace alkoholu.

Příloha F – Bibliografická rešerše

Knihy

1. BAJČIOVÁ, Viera et al. *Náhlé příhody v dětské onkologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 287 s. ISBN 978-80-204-2877-6. (kapitola 7.3, Akutní pankreatitida, s. 180–183)
signatura SVK PK: 31B56302 **umístění ve volném výběru: 616-053.2**
2. ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, eds. *Anatomie 2*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0. (kapitola Pancreas – slinivka břišní, s. 135–142)
signatura SVK PK: 32A15248
3. DÍTĚ, Petr et al. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 262 s. ISBN 978-80-7262-704-2. (kapitola 12, Farmakologická léčba akutní pankreatitidy, s. 195–203)
signatura SVK PK: 31B45523 **umístění ve volném výběru: 616.3**
4. KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství*. 4.přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2011. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9. (kapitola 19.3.3, Akutní pankreatitida, s. 736–738)
signatura SVK PK: 32A15184 **umístění ve volném výběru: 616**
5. KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. *Onemocnění slinivky břišní – dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007. 132 s. ISBN 978-80-903820-3-9.
signatura SVK PK: 31B62954
6. KOSTKA, Rodomil. *Akutní pankreatitida: komplexní přístup*. Praha: Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X.
signatura SVK PK: 31B16886
7. NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 2 sv. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1710-7. (kapitola 5.5.2, Pankreatitidy, s. 464–466).
signatura SVK PK: 31B64769-1 **umístění ve volném výběru: 616-092**
8. PÁČ, Libor. *Anatomie člověka II: splanchnologie, kardiovaskulární systém, žlázy s vnitřní sekrecí*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 192 s. ISBN 978-80-210-4291-9. (kapitola Slinivka břišní, s. 51–52)

ve fondu některých jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna Praha), signatura K 82448

9. PAFKO, Pavel et al. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7. (Akutní pankreatitida, s. 115)

signatura SVK PK: 32A13310

10. SEIDL, Zdeněk et al. *Radiologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 368 s. ISBN 978-80-247-4108-6. (Pankreas, vyšetřovací metody, s. 183)

signatura SVK PK: 31B51666 **umístění ve volném výběru: 616-07**

11. SEIFERT, Bohumil a Julius ŠPIČÁK. *Poruchy exokrinní funkce pankreatu: suplementum k doporučenému postupu CDP-PL gastroenterologie*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2014. 5 s.

signatura SVK PK: 392A44905

12. TRNA, Jan et al. *Klinická pankreatologie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 270 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4.

signatura SVK PK: 31B71965 **umístění ve volném výběru: 616.3**

Doporučujeme:

ŠPIČÁK, Julius. *Akutní pankreatitida*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2.

signatura SVK PK: 31B9629

Články

13. BĚLUNEK, Pavel. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 11, s. 17–20. ISSN 1801-464X.

signatura SVK PK: 36A3153/2009

14. BERKOVÁ, Marie, Zdeněk BERKA a E. TOPINKOVÁ. Akutní pankreatitida, obávaná diagnóza i ve starším věku. *Geriatric a gerontologie*. 2015, roč. 4, č. 1, s. 19–25. ISSN 1805-4684.

v SVK PK t. č. nedostupné z důvodu vazby, dostupné ve fondu některých jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna Praha, signatura B 2670)

15. BOJKOVÁ, Martina et al. Chronická pankreatitida diagnostikovaná po první atace akutní pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*. 2016, roč. 62, č. 2, s. 100–104. ISSN 0042-773X.

t.č. bez předchozího objednání v čítárně časopisů

16. ČESÁK, Vojtěch et al. Výživa u akutní pankreatitidy. *Diabetologie - Metabolismus – Endokrinologie – Výživa*. 2015, roč. 18, č. 3, s. 136–140. ISSN 1211-9326.

v SVK PK t.č. nedostupné z důvodu vazby, ve fondu některých jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna Praha, signatura B 2034)

17. DASTYCH, Milan a Michal ŠENKYŘÍK. Využití léčebné enterální výživy v gastroenterologii. *Acta medicae*. 2012, roč. 1, č. 5, s. 12–14. ISSN 1805-398X. Dostupné také z: <http://www.avkv.cz/Novinky-a-aktuality/Novinky-a-aktuality/Vyuziti-lecebne-enteralni-vyzivy-v-gastroenterologii/7-L-36.article.aspx>. (Enterální výživa u akutní pankreatitidy)

signatura SVK PK: 36A4097/2012

18. DOLEŽALOVÁ, L. et al. Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací mini invazivních přístupů. *Rozhledy v chirurgii*. 2014, roč. 93, č. 4, s. 216–219. ISSN 0035-9351.

signatura SVK PK: 35A512/2014

19. FLOREÁNOVÁ, Katarína et al. Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory. *Vnitřní lékařství*. 2014, roč. 60, č. 7–8, s. 567-574. ISSN 0042-773X.

signatura SVK PK: 35A226/2014-2

20. HVOZDOVIČOVÁ, Alena a Kateřina STOLINSKÁ. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, s. 77–79. ISSN 1210-0404.

signatura SVK PK: 36A1361/2010-2

21. KEIL, Radan. Přínos urgentně provedené endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie pro terapii akutní pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*. 2016, roč. 62, č. 7–8, s. 588–591. ISSN 0042-773X.

t.č. bez předchozího objednání v čítárně časopisů

22. KRŠKA, Zdeněk. Akutní pankreatitida – komplexní problematika. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, roč. 91, č. 12, s. 692–696. ISSN 0035-9351.

signatura SVK PK: 35A512/2012

23. LATA, Jan a Oldřich STIBŮREK. Preventivní podání antibiotik a probiotik u těžké akutní pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 6, s. 582–584. ISSN 0042-773X.
signatura SVK PK: 35A226/2010-1
24. LAYER, Peter et al. Akute Pankreatitis. *DoctorConsult–TheJournal. Wissenfür Klinik und Praxis*. 2011, vol. 2, no. 1, s. 57–61. ISSN 1879-4122.
text článku dostupný v databázi Science Direct (ve speciální studovně nebo pro registrované čtenáře SVK PK, také prostřednictvím vzdáleného přístupu: <http://ez-proxy.svkpl.cz>)
25. MALINA, Pavelet al. Možnost predikce závažnosti akutní pankreatitidy stanovením adipokinů (adiponektinu, FGF-21 a A-FABP) při přijetí. *Klinická biochemie a metabolismus*. 2014, roč. 22, č. 1, s. 16–21. ISSN 1210-7921.
signatura SVK PK: 36A1626/2014
26. SCHUMACHER, Beate. Akute Pankreatitis immerabklären! *CME: PremiumFortbildungfürdiemedizinischePraxis*. 2016, vol. 13, no. 12, s. 18. ISSN 1614-371X.
text článku dostupný v databázi SpringerLink (ve speciální studovně nebo pro registrované čtenáře SVK PK také prostřednictvím vzdáleného přístupu: <http://ez-proxy.svkpl.cz>)
27. SOBOTKA, Luboš. Akutní pankreatitida u diabetika. *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 57, č. 4, s. 372–374. ISSN 0042-773X.
signatura SVK PK: 35A226/2011-1
28. STIBŮREK, Oldřich et al. Časování chirurgické a endoskopické terapie akutní biliární pankreatitidy v podmínkách terciární nemocnice v České republice. *Vnitřní lékařství*. 2014, roč. 60, č. 5–6, s. 417–422. ISSN 0042-773X.
signatura SVK PK: 35A226/2014-1
29. ŠPIČÁK, Julius. Antibiotická profylaxe u akutní pankreatitidy. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2012, roč. 66, č. 3, s. 196–201. ISSN 002173128.
signatura SVK PK: 36A4017/2012
30. VÁVROVÁ, Lucie et al. Oxidační stres v průběhu akutní pankreatitidy. *Klinická biochemie a metabolismus*. 2012, roč. 20, č. 3, s. 188–193. ISSN 1210-7921.
signatura SVK PK: 36A1626/2012

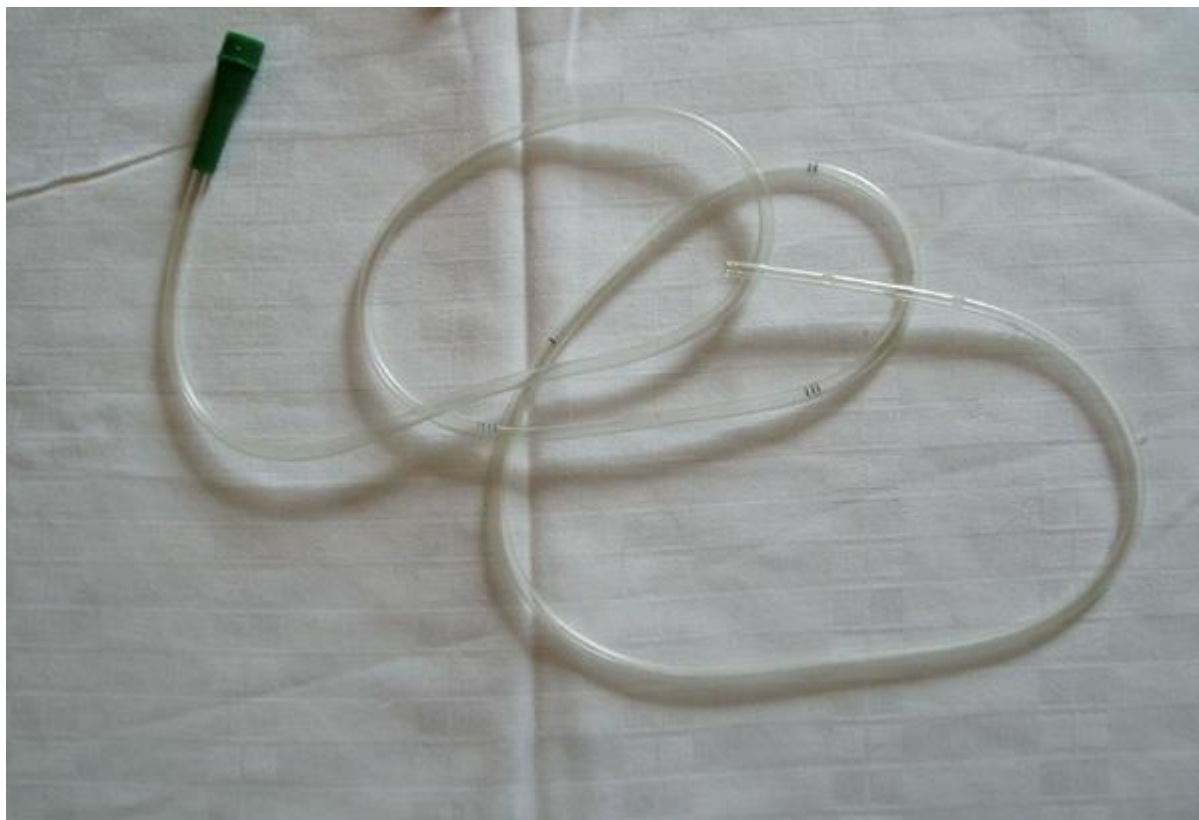
Doporučuji:

BÜHLER, Hugo a Philipp BERTSCHINGER. Akute Pankreatitis: Diagnostik und Therapie. *Swiss Medical Forum*. 2004, no. 3, s. 43–48. ISSN 1424-3784. Dostupné také z: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2004/2004-03/2004-03-369.pdf>

Zdroj: Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje – oddělení prezenčních služeb.

Vypracovala: Stanislava Stehlíková

Příloha G – Obrázková příloha – nazogastrická sonda



Zdroj: (KOTÍKOVÁ, 2010)

Příloha H – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 30. 04. 2019

.....

Jméno a příjmení studenta