



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelský proces u nemocného s dg.
Akutní pankreatitida**

*Nursing Care of the Client with acute
pancreatitis*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Michaela Kerlová

Autor práce: Michaela Kerlová

Bakalářský studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejčková

Pracoviště vedoucího práce: KU v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: Doc. MUDr. Pavel Těšínský

Pracoviště odborného konzultanta: FN Královské Vinohrady v Praze
II. interní klinika

Termín obhajoby: 8. dubna 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15.2.2009

Michaela Kerlová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení panu Doc. MUDr. Pavlu Těšínskému, paní Mgr. Renatě Vytejkové a mnoha dalším lidem za cenné rady a podporu při psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat panu B., který mi svým souhlasem s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace umožnil zpracování této práce.

V Praze, dne 15.2.2009

Michaela Kerlová

OBSAH

1. Úvod	7
2. Klinická část	8
2.1. Charakteristika onemocnění	8
2.1.1. Anatomie a fyziologie	8
2.1.2. Řízení sekrece pankreatu	9
2.1.3. Hormony slinivky břišní	9
2.1.4. Patofyziologie akutní pankreatitidy	10
2.1.5. Patogeneze	11
2.1.6. Etiologie	11
2.1.7. Dělení akutní pankreatitidy dle patologických změn	12
2.1.8. Formy akutní pankreatitidy	13
2.1.9. Klinický obraz	13
2.1.10. Diagnostika	13
2.1.11. Komplikace akutní pankreatitidy	15
2.1.12. Léčba	16
2.2 Základní údaje o nemocném	19
2.2.1. Základní údaje o nemocném z dokumentace	19
2.2.2. Okolnosti přijetí	19
2.2.3. Lékařská anamnéza	19
2.2.4. Diagnostické metody	20
2.2.4.1. Stav při přijetí	20
2.2.5. Průběh hospitalizace – shrnutí	21
2.2.5.1. Průběh hospitalizace	22
2.2.6. Souhrn terapeutických opatření	23
2.2.7. Laboratorní výsledky	28
2.2.8. Farmakoterapie	31
3. Ošetrovatelská část	34
3.1. Úvod	34
3.1.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu	34
3.2. Ošetrovatelská anamnéza	35
3.2.1. Charakteristika modelu dle Marjory Gordonové	37
3.3. Stanovení ošetrovatelských diagnóz	44

3.4. Dlouhodobý ošetrovatelský plan	62
3.5. Psychologie nemocného	64
3.6. Sociální problematika	65
4. Edukační plán nemocného	66
5. Prognóza	71
6. Závěr	72
Seznam použité literatury	
Seznam zkratk	
Seznam příloh	

1. ÚVOD

Akutní pankreatitida (AP) je závažné onemocnění, jehož výskyt v dnešní době stále stoupá. Příčinou je stále vyšší spotřeba alkoholických nápojů, ale i stále se vyskytující chyby ve stravování. Při léčbě tohoto onemocnění je důležitá včasná a správná diagnostika, neboť toto onemocnění může v mnoha případech skončit i smrtelně.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta B.B. přijatého s akutní nekrotizující pankreatitidou na oddělení jednotky intenzivní péče interního oddělení.

Práce je rozdělena na část klinickou a část ošetrovatelskou.

V klinické části své práce se zaměřuji na anatomii, fyziologii a patofyziologii, etiologii, příznaky, komplikace, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Informace v této části jsou čerpány z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Zahrnuje informace o nemocném, diagnostická vyšetření, terapeutická opatření, medikaci.

Ošetrovatelská část se zabývá definicí ošetrovatelského procesu, modelem fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové, ošetrovatelskou anamnézou, zjištěním aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz stanovených podle potřeb pacienta. Zpracováním ošetrovatelského plánu podle aktuálních a potencionálních diagnóz, stanovením cílů, jejich realizací a hodnocením výsledků péče. Na konci ošetrovatelské části se zabývám dlouhodobým ošetrovatelským plánem a dalším postupem péče po propuštění.

V závěru práce je popsán návrh edukace pro nemocného a jeho nejbližší příbuzné a prognóza nemocného. Seznam použité literatury, seznam zkratk a přílohy tuto práci uzavírají.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika onemocnění

2.1.1. Anatomie a fyziologie

Slinivka břišní (pankreas) je exokrinní a endokrinní žláza produkující trávicí enzymy a hormony. Hormony jsou skladovány a uvolňovány endokrinní složkou, jsou syntetizovány v buňkách endokrinní tkáně tzv. Langerhansových ostrůvcích.

Slinivka břišní je protáhlý útvar cca 20 centimetrů dlouhý a vážící cca 80 gramů. Je uložena horizontálně a kříží páteř v oblasti obratlů L2 a L3. Má narůžovělou barvu a na povrchu lalůčkovitou strukturu. Na slinivce rozeznáváme **hlavu (caput)**, která je uložena v oblouku dvanáctníku, **tělo (corpus)**, které leží za žaludkem napříč před bederní páteří a **ocas (cauda pancreatis)**, který míří až k hornímu pólu sleziny. Slinivka břišní patří mezi tuboalveolární serózní žlázy. Uvnitř žlázy se nachází pankreatický vývod – **ductus pancreaticus**, který ústí do sestupné části duodena na **Vaterské papile (papilla duodeni major)** spolu se **žlučovodem (ductus choledochus)**. **Ductus pancreaticus** odvádí sekret ze všech tří částí slinivky. **Ductus pancreaticus accessorius** odvádí sekret z části hlavy pankreatu a ústí na papilla duodeni major. Slinivka břišní je žlázou s vnitřní sekrecí. Obsahuje endokrinní složku – Langerhansovy ostrůvky, které vyměšují hormony inzulin a glukagon, které regulují hladinu glukózy v krvi a její transport do buněk. (6, str. 34-35)

Slinivka břišní denně odvádí do duodena 1- 2 litry pankreatické šťávy, která má pH až 8,5. Pankreatická šťáva je zásaditá, tvořená hlavně vodou, ionty HCO₃ a enzymy: proteázami (enzymy štěpící bílkoviny), pankreatickou alfa-amylázou (v ústech štěpí naštěpené škroby), pankreatickou lipázou (enzym štěpící tuky), nukleázami, elastázami, fosfolipázami a kolagenózou. (12, str.140)

2.1.2 Řízení sekrece pankreatu

Sekrece pankreatu je řízena nervově, podmíněnými a nepodmíněnými reflexy. Složení pankreatické šťávy závisí na podnětu z duodena, pokud je v duodenu tuk, vyplaví se cholecystokinin (CCK) a zvýší sekreci pankreatické šťávy. Cholecystokinin zároveň posílí i sekreci žluči a tak umožní žlučovým kyselinám tuky emulgovat (nechat rozpadnout na malé kapičky a urychlit proces jejich trávení.) Pokud se do duodena dostane chymus s nízkým pH, stimuluje vydávání sekretinu, který způsobí, že pankreas začne tvořit šťávu s bohatým obsahem vody, HCO_3^- (tím dojde ke zředění a neutralizaci chymu) a nízkým obsahem enzymů.(12, str. 140)

2.1.3 Hormony slinivky břišní

Slinivka břišní svoji stavbou připomíná slinnou žlázu. Její vnitřněsekretorickou částí jsou Langerhansovy ostrůvky umístěné ve tkáni žlázy. Jsou tvořeny různými typy: **buňky A** - produkují **glukagon**, **buňky B**- syntetizují **inzulín**, **buňky D**- produkují peptid **somatostatin**, který snižuje sekreci pankreatické šťávy a inhibuje produkci glukagonu a gastrinu. **Buňky F**- produkují pankreatický polypeptid, který inhibuje sekreci bikarbonátů a enzymů pankreatické šťávy. Inzulín a glukagon regulují hladinu glykémie tak, aby se udržovala ve fyziologickém rozmezí 3,5- 5,5 mmol/l.

Inzulín

Jedná se o hormon bílkovinné povahy, tvořený dvěma polypeptidovými můstky. Hlavní funkcí inzulínu je snížit glykémii a zvýšit utilizaci glukózy.

- 1) Inzulín snižuje glykémii:
 - a) Zvýšením utilizace glukózy (zvýšením propustnosti membrán pro glukózu a zvýšením aktivity enzymů, které odpovídají za zpracování glukózy)
 - b) Zvyšuje tvorbu glukagenu
 - c) Zvyšuje tvorbu tuků z glukózy (lipogeneze)
- 2) Snižuje katabolismus tuků a bílkovin (šetří bílkoviny)
- 3) Pomáhá transportu K^+ do buněk, snižuje kalémii a má pozitivní vliv na stabilizaci membrány buněk

Sekrece inzulínu je řízena jednoduchou zpětnou vazbou, zvýšená hladina glukózy v plazmě zvyšuje sekreci inzulínu. (12, str.202)

Glukagon

Hormon, který se tvoří v A-buňkách pankreatu. Jeho hlavní funkcí je zvyšování glykémie. Sekrece glukagonu je řízena jednoduchou zpětnou vazbou. Glukagon se vyplavuje při snížení hladiny glukózy v plazmě. Sekreci glukagonu zvyšuje i zvýšená zátěž organismu. (12, str.203)

Pankreatický somatostatin

Hladinu somatostatínu zvyšuje hyperglykémie, aminoacidémie, zvýšená hladina mastných kyselin a některé z gastrointestinálních hormonů. Hlavním úkolem je : blokovat sekreci inzulínu a glukagonu, zpomalit motilitu žaludku, duodena a žlučníku, snížit sekreci a resorpci v trávicím traktu. (12, str.204)

2.1.4 Patofyziologie akutní pankreatitidy

Záněty slinivky břišní probíhají jako akutní nebo chronické. Akutní zánět slinivky břišní je závažné onemocnění, které je zařazováno mezi náhlé příhody břišní a život ohrožující onemocnění.

Jedná se o syndrom, jehož příznaky vyplývají z akutního zánětového procesu a destruktivní autodigestce pankreatu a tkáně obklopující pankreas. Akutní pankreatitida je důležitou příčinou akutních břišních bolestí, nauzey, zvracení a horečky.

2.1.5 Patogeneze

Akutní pankreatitida (AP) vzniká na základě aktivace trypsinogenu v intracelulárním a extracelulárním prostoru pankreatu. *Trypsin* působí proteolyticky, aktivuje další enzymy a poškozuje buněčné membrány. *Elastáza*, štěpí elastin v cévních stěnách, vlivem poškození elastinu dochází k hemoragiím v pankreatické tkáni. Pankreatický kalikreinogen je aktivován na kalikrein a jeho účinkem jsou uvolněny kininy (bradykinin a kalidin) do systémové cirkulace. Dochází k vazodilataci a zvýšené cévní permeabilitě, to může vyvolat rozvoj šoku. Působením kininu jsou ovlivněna i nervová zakončení vedoucí bolestivé podněty, vzniká pocit bolesti, který může též způsobit rozvoj šoku. Pankreatické enzymy uvolněné do intersticia se podílejí na vyvolání zánětové reakce. Na vzniku nekrózy pankreatu a přilehlé tukové tkáně se podílejí lipolytické enzymy (**pankreatická lipáza a fosfolipáza A2**). Štěpením fosfolipidů vznikají lyzosloučeniny, které jsou cytotoxické. Lyzolecitin poškozuje buněčné membrány, působí systémově a může vyvolat poruchy funkce plic a ledvin. Při akutní pankreatitidě jsou do systémové cirkulace zvýšeně vylučovány proteiny akutní fáze. Jejich hladina slouží k posouzení stupně zánětové odpovědi. (9, str. 464- 465)

2.1.6 Etiologie

Na vzniku akutní pankreatitidy se uplatňuje řada faktorů, ale žádný z nich přesně nevysvětluje mechanismus poškození tkáně. Mezi nejčastější příčiny patří abúzus alkoholu a onemocnění vývodných žlučových cest.

- a) *Alkohol*: poškozuje buňky pankreatických acinů, může vyvolat zánět Oddiho svěrače, což vede k retenci pankreatické šťávy a proteolytických enzymů v acinech a pankreatických vývodech. Dojde ke snížení tonu Oddiho svěrače a umožnění reflexu žluči a obsahu duodena do vývodů pankreatu.
- b) *Poruchy vývodných cest žlučových*: jedná se o obstrukci společného vývodu žluči a pankreatického sekretu způsobenou zaklíněním kamene ve Vaterské papile. Poškození parenchymu je vyvoláno refluxem žluči do

pankreatického vývodu. Přestup žlučových kyselin ze žlučového ústrojí do slinivky břišní.

- c) *Virová a bakteriální onemocnění*: Virus příušnic, virus hepatitidy A, cytomegalovirové infekce a infekce vyvolané hemolytickým streptokokem mohou též vyvolat vznik akutní pankreatitidy.
- d) *Traumata*: vzniká následkem velkého traumatu břicha (při kompresi tkáně k páteři)
- e) *Pooperační*: po operacích v oblasti pankreatu, kdy dochází k mechanickému poškození slinivky tlakem.
- f) *Poléková*: po podávání některých léků, jako jsou některá diuretika, estrogeny, sulfonamidy, kortikoidy a tetracyklin a další např. (Imuranu)
- g) *Iatrogenní*: pankreatitida vznikající většinou po ERCP nebo biopsii, která mívá lehčí průběh a léčí se dietou.
- h) *Hypercalcémie*: jejími příčinami může být mnohočetný myelom, hypervitaminóza D, hyperparatyreoidismus). Vysoká hladina kalcia může způsobit jeho precipitaci v pankreatickém vývodu a vyvolat obstrukci
- i) *Hyperlipidémie*: volné mastné kyseliny uvolněné účinkem pankreatické lipázy mohou vyvolat zánětový proces. (9, str.465)

2.1.7 Dělení AP podle patologických změn

- *Edematózní* : postihuje 80% všech pankreatitid, vzniká při ní zánětlivý intersticiální edém bez tvorby nekróz. Poškození je reverzibilní.
- *Hemoragicko-nekrotická, ložisková nebo difúzní s krvácením a nekrózami* (ve slinivce se objevují Balzerovy tukové nekrózy), které mohou být buď sterilní nebo infikované například bakteriemi, které do nich přestoupily z okolního střeva. Jedná se o nejtěžší formu poškození slinivky samonatrávením žlázy lipázami, které vyvolávají tvorbu vápenných mýdel. Lipázy mohou pronikat i do mezenteria a poškozovat žlázu i zvenčí.

2.1.8 Formy AP

Podle Atlantské konference se akutní pankreatitida dělí na lehkou a těžkou formu.

Lehká forma AP je charakterizována lehkým průběhem a projevuje se edémem a zánětlivou infiltrací pankreatu. Může být provázena reverzibilní orgánovou dysfunkcí. Představuje přibližně 80% všech AP a její mortalita nepřesahuje 1-2%.

Těžká forma AP je charakterizována těžkým průběhem, který je spojen s orgánovým selháváním nebo lokálními komplikacemi, kterými jsou nekróza, absces nebo pseudocysta. Má průběh podobný jako je průběh sepse a septického šoku (SIRS, CARS, MODS, MOF). Mortalita těžké formy AP dosahuje 90%.

2.1.9 Klinický obraz

- **pankreatogenní bolest** v epigastriu nebo mezogastriu, která je krutá, šokující a objevuje se 12-48 hodin po alkoholovém excesu, zvyšuje se ve vzpřímené poloze, má pásový charakter, vyzařuje do zad. Pacient nachází úlevovou polohu na všech čtyřech.
- Nauzea a zvracení bez úlevy
- Vzednutí břicha, napětí až stažení břišní stěny (meteorismus, subileus, ileus)
- Ikterus z obstrukce žlučových cest kamenem nebo edematózní hlavou pankreatu
- Horečka vyvolaná nekrotickými toxiny v krvi nebo infekcí
- Šok v důsledku hypovolémie a hemokontrace
- Psychické změny

2.1.10 Diagnostika

- **Anamnéza-** pro správnou diagnostiku je důležitá správně stanovená anamnéza, ve které se zjišťují další onemocnění, častost výskytu příznaků, užívané léky, stres, stravovací návyky atd.
- **Fyzikální vyšetření** – pohledem, poslechem, pohmatem

- **Laboratorní vyšetření** – biochemie (sérová amyláza, lipáza, glykémie, lipidy, minerály, CRP, urea, kreatinin, obstrukční jaterní testy), hematologie (KO – leukocytóza). Při onemocnění dochází ke zvýšení pankreatických amyláz v plazmě a v moči, lipázy v plazmě, hyperglykémii, leukocytóze, zvýšení CRP, snížení kalcémie. Jsou zvýšené hladiny obstrukčních enzymů (GGT, ALP), bilirubinu a jaterních enzymů (ALT, AST), které mohou svědčit pro možnou přítomnost konkrementu ve žlučových cestách, glykosurie, zvýšení urey, kreatininu.

- **Ransonova kritéria**

Tato kritéria slouží k posouzení závažnosti akutní pankreatitidy. Při těchto vyšetřeních se hodnotí různé klinické laboratorní ukazatele a jejich změny v průběhu určitého časového období. Ransonova kritéria hodnotí stav při přijetí a stav 48 hodin po přijetí. Mezi tato kritéria patří věk, počet leukocytů, hladina glykémie, AST a LDH – hodnotí se při přijetí. Mezi kritéria 48 hodin po přijetí patří pokles hematokritu o více než 10%, zvýšení urey o 1,8 a více mmol/l po i.v. rehydrataci, hypocalcémie, hypoxémie atd. Pokud je skóre vyšší než 3 je pravděpodobná těžká pankreatitida.

- **Skórovací systémy** závažnosti onemocnění: GCS, APACHE, SOFA

- **Přístrojové vyšetřovací metody**

- ❖ **Rtg-nativní snímek břicha a hrudníku:** jde o vstupní vyšetření, které by mělo být provedeno u každého nemocného s podezřením na AP. Často se objevují výpotky v pleurální dutině, atelektázy, elevace bránice a bazální plicní infiltráty.

- ❖ **CT – Počítačová tomografie:** vyšetřovací metoda, při které rentgenové paprsky rotují kolem těla nemocného a jsou zpracovány do obrazu na monitoru. Provádějí se dvě varianty CT vyšetření: nativní CT vyšetření, které má být provedeno do 72 hodin po vzniku potíží s cílem stanovení

popisu dle Baltazara klasifikace a vyšetření s aplikací kontrastní látky, přibližně 5.den po vzniku potíží, kdy je možné nalézt již viditelné nekrózy.

- ❖ **Sono břicha:** jedná se o jedno z nejjednodušších vyšetření, které se provádí při podezření na akutní pankreatitidu a nemocného nijak nezatěžuje. Při tomto vyšetření může lékař posoudit přítomnost konkrementů, zjistit cystu, pseudocystu nebo absces. Pro vlastní diagnostiku AP je USG vyšetření málo přínosné, protože je ovlivněno zvýšenou plynatostí.
- ❖ **ERCP (Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie):** vyšetření se provádí pomocí endoskopu zaváděného do oblasti Vaterské papily. Kanylou je pacientovi vstříknuta kontrastní látka do vývodných cest pankreatu a žlučovodu. Při tomto vyšetření může lékař zhodnotit náplň pankreatického vývodu, jeho průsvit. V případě konkrementů může lékař incidovat Vaterovu papilu a odstranit žlučové kaménky. Vyšetření je vysoce obtížné a vyžaduje spolupráci pacientů, přináší jistá rizika. U některých případů těžké AP je může jít o akutně indikovaný výkon, který je toho času upřednostněn operačnímu výkonu na žlučových cestách a pankreatu. Před vyšetřením je nutná příprava a po vyšetření monitorace. Komplikací vyšetření může být vznik akutní pankreatitidy, cholangitida, krvácení nebo perforace.

2.1.11 Komplikace akutní pankreatitidy

Komplikace AP se dělí na lokální a systémové. Mezi lokální komplikace patří nekróza, která může být buď sterilní nebo infikovaná; kolekce pankreatické tekutiny (pankreatický absces nebo pseudocysta), bolesti, ruptura, krvácení, infekce nebo obstrukce GIT (žaludku, duodena, kolon); pankreatický ascites. Mezi systémové komplikace řadíme *komplikace plicní*: ty tvoří pleurální výpotky, atelektázy, abscesy v mediastinu, plicní záněty nebo ARDS. Ke *kardiovaskulárním komplikacím* patří: hypotenze, hypovolémie, hypoalbuminémie, náhlá smrt a perikardiální výpotky.

Hematologické komplikace: Disseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC).

Krvácení do GIT: vředová choroba, eroze velkých cév, erozivní gastritida, trombóza portální žíly.

Ledvinné: selhání ledvin při MODS

Metabolické: k těmto komplikacím patří hyperglykémie, hypertriglyceridémie, hypocalcémie, hypokalémie a hypoalbuminémie.

Komplikace postihující CNS: tukové embolie nebo encefalopatie.

(5, str.146- 147)

2.1.12 Léčba

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění, které může mít různý průběh a stupeň závažnosti. Při zjištění tohoto onemocnění je nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Nemocný je trvale sledován, jsou monitorovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dechová frekvence, saturace O₂, tělesná teplota, hodinová diuréza..)

Lehká AP probíhá od začátku lehce, nemocní jsou většinou oběhově stabilní, uzdravení probíhá nekomplikovaně v průběhu několika dnů. Léčba je hlavně podpůrná, je nutno sledovat kardiovaskulární systém, protože vlivem opakovaného zvracení, kumulaci volné tekutiny v dutině břišní a úniku do retroperitonea může dojít k oběhově nestabilitě. Při léčbě je pečlivě sledována bilance příjmu a výdeje tekutin, TK, P a TT. Její mortalita nepřesahuje 1-2% procenta.

Těžká AP probíhá většinou těžce již od začátku onemocnění, pacienti jsou oběhově nestabilní, často se objevují lokální i celkové komplikace, které mohou často skončit i smrtelně. Nejzávažnější komplikací je infekce pankreatické nekrózy. Pacienti s touto formou AP jsou hospitalizováni na JIP nebo ARO, kde je možnost kompletního monitorování základních životních funkcí, hodinové diurézy, hemodynamiky. Pacienti jsou zajištěni centrálním žilním katetrem a nasogastrickou případně nasojejunální sondou. Při léčbě je zahájena masivní objemová resuscitace, aby nedošlo k hypovolemii a udržela se dobrá perfuze

tkání. Při vzniku akutní respirační nedostatečnosti je nutná umělá plicní ventilace. Při vzniku renální insuficience jsou indikovány eliminační metody. Její mortalita je až 90%.

Konzervativní léčba

Konzervativní léčba spočívá v tišení bolestí podáváním analgetik (Tramal, Dolsin, Morfin se nesmí podávat, může způsobit spasmus Oddiho svěrače) a spasmolytika (mohou vyvolat paralytický ileus). Je naprosto vyloučen perorální příjem tekutin a potravy (pacient nesmí ani čistou vodu, která by mohla dráždit pankreas k sekreci enzymů). Proto je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin, iontů, glukózy a dalších životně důležitých látek. Cílem konzervativní léčby je snaha zabránit selhání základních životních funkcí, zabránění rozvoji nekrotického procesu a vzniku sekundární infekce pankreatických i peripankreatických nekróz.

Analgetika

Léky určené ke zmírnění bolestí. Podává se tramal v lineárním dávkovači. Obvyklá dávka je 300mg Tramalu v 50ml fyziologického roztoku. Nebo se podávají opiáty – Dolsin 3-4 denně podle ordinace lékaře. U pacientů se závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin musí být dávky zredukovány.

Antibiotika

Léky s antimikrobiálním účinkem, podávají se především cefalosporiny (Claforan) po 6-8 hodinách v dávkách určených podle hmotnosti pacienta a s přihlédnutím k renálním funkcím a se sledováním sérových hladin. Antibiotika se podávají při těžkém průběhu AP s prokázanou těžkou rozsáhlou nekrózou pankreatu.

Léčba hypoxie

Hypoxie je vedle hypovolémie nejvýznamnějším faktorem, který se podílí na vysoké mortalitě nemocných s těžkou AP. U všech těchto nemocných je nutné již od začátku zvlhčený kyslík maskou nebo nosní sondou v dávce 6-8 l/min. Je nutné kontinuálně sledovat O₂ saturaci a paO₂, při vzniku akutní respirační nedostatečnosti (ARDS) je nutná umělá plicní ventilace.

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována v případě, kdy konzervativní léčba není dostatečně účinná, je prokázána infikovaná nekróza pankreatu a pokud jsou známky peritoneálního dráždění. Při operaci se nachází zduřelá, zvětšená slinivka s výpotkem v dutině břišní. Během operace se výpotek v dutině břišní odsává a dutina břišní se drénuje, provádějí se laváže fyziologickým roztokem. Po operaci je nadále nutná intenzivní péče.

2.2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

2.2.1 Základní údaje o nemocném z lékařské dokumentace

Jméno: B.B.

Věk: 56 let

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Národnost: česká

Bydliště: Praha

Povolání: ředitel

Nejbližší příbuzní: manželka

Důvod přijetí: akutně vzniklá bolest v epigastriu po dietní chybě, zvracení, elevace amylázy/lipázy, dehydratace s prerenální renální insuficiencí

Lékařská diagnóza: těžká akutní nekrotizující pankreatitida

2.2.2 Okolnosti přijetí

Pacient byl přijat na JIP interního oddělení pro akutní nekrotizující pankreatitidu, která si v průběhu hospitalizace vyžádala chirurgickou léčbu a přechodnou hospitalizaci na ARU. Po stabilizaci stavu byl pacient přeložen zpět na interní Jip. Zde byla v plánu monitorace, sledování základních životních funkcí, redukce medikace a vstupů a intenzivní rehabilitace.

2.2.3 Lékařská anamnéza

OA: častější angíny

1954 infekční hepatitida

1961 operace fimózy

1982 zjištěna arteriální hypertenze

1994 hypercholesterolémie

RA: otec má dnu, matka zdráva, děti jsou zdraví.

SA: žije s manželkou v Praze

PA: ředitel

FA: alkohol příležitostně, kouří asi 5-10 cigaret/den.

AA: Není si vědom žádné alergie

NO: Pacient navštívil lékaře pohotovostní služby pro náhle vzniklé bolesti v oblasti epigastria se zvracením, elevací amylázy a lipázy v plazmě, dehydrataci s prerenální renální insuficiencí. Na CT zjištěna rozsáhlá nekróza hlavy a části těla pankreatu. Pacientovi byla naordinována ATB, nasojejunální sonda a enterální výživa (Peptisorb dle tolerance.)

2.2.4 Diagnostické metody:

2.2.4.1 Stav při přijetí:

Stav vědomí: mírná sedace, pacient orientován, místem i časem, spolupracující, rehabilituje, chodí v chodítku, sedí v křesle.

Hlava: Oči, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, hrdlo klidné.

Krk: šije volná, karotidy tepou symetricky a bez šelestů, náplň krčních žil přiměřená,

Hrudník: symetrický, axily volné, klidné a zhojené jizvy po drénech, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, CVK zaveden do v.subclavia dx.

Oběh: srdce pokleповě nezvětšeno, akce pravidelná, dvě ohraničené ozvy, na EKG sinusový rytmus.

Břicho: nad úrovní hrudníku, v dolní části kryto obvazem. Operační rána v horní části zhojena, bez krytí. V dolní polovině břicha dehiscence. Peristaltika živá, stolice hnědá, kašovitá. Nezvrací. Ze žaludeční sondy odchází žaludeční obsah bez příměsí krve.

Per rectum: ampula se zbytky hnědé stolice.

Zevní genitál: hypospadie, jinak bez patologie, PMK odvádí čistou světlou moč.

Končetiny: horní končetiny bez otoků, známek zánětu, známek trombózy, pulsace na periférii hmatná. Dolní končetiny bez otoků, známek zánětu, pulsace na periférii hmatná.

Kůže: anicterická, bez patologických eflorescencí, bez známek hemorhagické diatézy.

Invaze a přístupy v průběhu onemocnění:

Permanentní močový katetr

Jejunostomická kanyla

Nasopseudocystální sonda

Centrální žilní katetr ve vena subcl.dx. (CVK)

Arteriální katetr

Nasogastrická a nasojejunální sonda

Objektivně při příjmu: TK 138/80 mmHg, TF 105/min. SpO2 95%, DF 14/min, TT 36,7 st.C, GCS 4-5-6

2.2.5 Průběh hospitalizace – shrnutí

24/7/08 Pacient přijat na oddělení JIP interního oddělení pro těžkou akutní nekrotizující pankreatitidu, onemocnění se projevilo náhle vzniklými bolestmi v oblasti epigastria, zvracením. Při přijetí byl pacient bez teploty, dehydratovaný. Byla nasazena ATB, dehydratace. Postupně docházelo ke zlepšení stavu, klinických i laboratorních výsledků.

18/8/08 Nová ataka AP, rozvoj kruté bolesti v PDQ až známky peritoneálního dráždění, pacient byl indikován k chirurgickému řešení. Během operace provedena laváž peritoneální dutiny, drenáž hemithoraxu l.dx. Po operaci byl pacient přeložen k další léčbě na oddělení ARO k UPV, ATB a antimykotické léčbě.

4/9/08 provedena cystotomie z pseudocyst, pacientův zdravotní stav se zlepšil, postupně realimentován.

27/9 zvracení

8/10 operační revize – provedena gastroanastomóza, založena nutriční jejunostomie

4/10 katetrová seps – úprava ATB

23/10 zavedena nasopseudocystální sonda, pacient zlepšen

29/10 pozitivní HMK, vstupy odeslané na mikrobiologické vyšetření – výsledek negativní, kultivace pseudocysty, úprava ATB, úprava polohy sondy

3/11 hemateméza – provedena GSK, výplach koagul, zdravotní stav pacienta se zlepšil

8/11 pacient dekanylován

10/11 pacient přeložen na INT JIP

2.2.5.1 Průběh hospitalizace:

Pacient byl přeložen z oddělení ARO dne 10.11.2008 na jednotku intenzivní péče interního oddělení. Na tomto oddělení byl pacient hospitalizován opakovaně, první hospitalizace proběhla od 24.7.2008 do 18.8.2008, kdy došlo u pacienta k prudkému zhoršení stavu a byla indikována revize dutiny břišní z vitální indikace. Důvodem byly známky peritoneálního dráždění a rozvíjející se šokový stav. Při chirurgickém konsiliu byl stav hodnocen jako difuzní peritonitis. Na sále byla provedena otevřená laváž peritoneální dutiny.

Při operaci 18/8 bylo nejprve provedeno zavedení hrudního drénu ze střední axiální čáry vlevo, zavedený drén odváděl serózní tekutinu. Poté byla otevřena dutina břišní, ze které odtékal hnisavý výpotek. V subfrenickém prostoru bylo odsáto 1600ml serózní tekutiny. Při revizi dutiny břišní byly dilatované střevní kličky se zachovalou peristaltikou. V oblasti hlavy pankreatu byla nalezena pseudocysta, ze které po jejím otevření odtékal nekrotický pankreatický obsah. Po výplachu dutiny břišní byl zleva do Douglasova prostoru zaveden drén, zprava byl zaveden větší drén do subfrenického prostoru. Tenčí drén byl zaveden do foramen Winslovi a hrudní drén zprava pod hladinu.

Během operace byla nutná podpora oběhu a vyšší FiO₂. Po operaci byl pacient přeložen na oddělení ARO. Zde probíhala komplexní terapeutická i ošetrovatelská péče, monitorace fyziologických funkcí, diurézy, celkového stavu, UPV a celková sedace. Postupně docházelo ke zlepšování stavu, pacient byl odpojován od ventilátoru, z režimu SIMV byl pomalu převáděn na CPAP s PS a Ayrovo-T. Po zdařilém odpojení od ventilátoru, bylo u pacienta provedeno bronchoskopické vyšetření pro zjištění, zda je možné pacienta úspěšně dekanylovat. Po shledání příznivého výsledku byl pacient 8.11.2008 dekanylován, dechová frekvence nepřesahovala 25 dechů za minutu a saturace kyslíkem byla

stále kolem 95%. V průběhu hospitalizace na ARU mu byly postupně odstraňovány invazivní vstupy. Vzhledem k celkovému zlepšení stavu byl na 10.11.2008 naplánován překlad na jednotku intenzivní péče interního oddělení. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče interního oddělení byl postupně odstraněn centrální žilní katetr, arteriální katetr, žaludeční sonda. Do centrálního žilního katetru kapal kontinuálně fyziologický roztok s 10ml 10% NaCl a 10 ml 7,45% KCl rychlostí 41ml/h. Jako proplach do nasopseudocystální sondy byl naordinován čistý fyziologický roztok rychlostí 20ml/h. Pacient byl tlakově stabilní (TK byl stabilně 130/80), pravidelný sinusový rytmus se srdeční frekvencí 90 tepů za minutu, afebrilní (TT stále kolem 36,5 stupňů Celsia), dechová frekvence byla pravidelná (TF: cca 20 dechů za minutu). Pacient byl spolupracující, snažil se rehabilitovat, i když zvýšená fyzická námaha ho vyčerpávala. Byl v dobrém kontaktu a náladě a těšil se, že se brzo uzdraví a půjde domů.

2.2.6 Souhrn terapeutických opatření

Průběh dne přijetí, 10.11.2008

Ihned po přijetí byl pacient napojen na monitor, aby bylo možné monitorovat fyziologické funkce. Interval měření byl nastaven na 1 hodinu a naměřené hodnoty jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace (viz tabulka č.1)

Tabulka č.1

	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	18.00
TK mmHg	135/86	140/80	140/80	136/75	140/75	135/70	130/70	125/80
P	102/min	90/min	105/min	105	100	105	105	100
D	22	18	20	18	22	18	20	22
SpO2 %	95%	96%	98%	97%	98%	96%	97%	95%
TT °C	36,5 °C							36,3°C

Bilance tekutin 1.den hospitalizace:

Celkový příjem : 2924ml

Celkový výdej: 1660 ml

Celková bilance: + 1264 ml

Po uložení pacienta na lůžko bylo natočeno EKG, odebrány základní odběry na krevní obraz, biochemii, koagulační vyšetření a arteriální Astrup, který se odebíral ze zavedeného arteriálního katetru pravidelně po 6ti hodinách se sledoval příjem, výdej tekutin a bilance tekutin. Pravidelně dvakrát denně se měřil centrální žilní tlak (CŽT). Do zavedeného centrálního žilního katetru kapal Plasmalyte 1000ml s 10ml 10% NaCl a 10ml 7,45% KCl rychlostí nejprve 100ml/hodinu, poté byla rychlost infuze upravena na 41ml/h. Do zavedené tenké nasopseudocystální sondy kapal fyziologický roztok rychlostí 20ml/h a pravidelně po osmi hodinách se sonda proplachovala 100ml FR, ve kterém byly 2ml Betadiny v intervalu (6-14-22). Pacient měl nutriční jejunostomii, do které kontinuálně kapal Peptisorb Nutricia rychlostí 80ml/h bez noční pauzy.

(14h- 5,6; 17h 7,1; 20h 7,6; 24h 7.5; 11.11 6.00 7.6; 11h 6.7)

Sledovaly se odpady ze žaludeční sondy, která v prvním dnu hospitalizace odvedla 500ml za 24 hodin. Během druhého dne se množství odpadů snížilo a sonda odvedla jen 180ml za 24hodin. Vzhledem ke zavedenému permanentnímu močovému katetru se sledovala hodinová diuréza, která byla průměrně 60 – 80ml/h.

Pacient byl při přijetí orientovaný, klidný, ležící na lůžku, ale spolupracující. Po zpracování lékařské vizity mu byla navržena rehabilitace, která spočívala v tom, že byla aktivní na lůžku, poté vertikalizace a sed. Nakonec chůze v chodítku s rehabilitační sestrou.

Důležité bylo sledování operační rány na břicho. Část rány byla zhojena, v dolní části rány byly dehiscence s odlučující se nekrózou. Na části zhojené bylo pouze suché sterilní krytí, oblast dehiscence s nekrózou, která se postupně odlučovala jsme ošetřovaly Nu-gelem s Opsitem a sterilním krytím.

Z dalších ordinací bylo důležité vyšetření Rtg plic + Nativ břicha, ke zjištění poloh zavedených katetrů. Výsledek byl uspokojivý, všechny katetry byly na svém místě. Na 13.11. bylo objednáno CT břicha.

Mezi terapeutická opatření patřila i prevence vzniku infekce zavedených invazivních vstupů, prevence tromboembolické nemoci (TEN), které jsme zabraňovaly bandážemi a podáváním nízkomolekulárního heparinu (Fraxiparinu v dávce 0,6ml s.c. 1x denně), prevence vzniku dekubitů a předcházení rizika pádu.

Průběh 2.dne hospitalizace, 11.11.2008

U pacienta byly nadále monitorovány fyziologické funkce (*puls, krevní tlak, dechová frekvence, saturace O₂, tělesná teplota*).

Zaznamenané fyziologické funkce 2. den hospitalizace viz tabulka č.2

Pacient se cítil lépe, byl afebrilní. Byl schopen sníst ½ až ¾ porce. Enterální výživu do nutriční jejunostomie nadále toleroval. Stále se sledovala hodinová diuréza a ta činila 60-75 ml/h. Nadále zůstávala nasopseudocystální sonda, do které kapal fyziologický roztok stejnou rychlostí tzn. 20ml/h. Opět se sledoval příjem a výdej tekutin a celková bilance. Byla odstraněna arteriální kanyla.

Tabulka č.2

	6.0	7.00	8.00	9.00	11.00	12.00	13.00	15.00	17.00	18.00
TK mmHg	130/60	140/75	145/70	130/55	145/70	130/80	120/60	135/75	120/80	126/70
P	110´	115´	120´	115´	110´	115´	110´	100´	110´	100´
D	16´	20´	20´	22´	17´	16´	20´	22´	20´	18´
SpO ₂ %	96	97	97	95	97	98	99	98	97	95

Bilance tekutin 2.den hospitalizace

Celkový příjem: 3500 ml

Celkový výdej : 2380 ml

Celková bilance: +2320 ml

Průběh 3.dne hospitalizace 12.11.2008

Pacient byl nadále afebrilní, fyziologické funkce byly v normě, u pacienta se nadále sledovala hodinová diuréza a množství žaludečních odpadů, které byly již minimální. Pacientovi byl odstraněn centrální žilní katetr a jeho konec byl odeslán na mikrobiologické vyšetření. Pacient spolupracoval při jeho ošetřování, snažil se hodně rehabilitovat. S rehabilitační sestrou zkoušel sedět v lůžku s dolními končetinami dolů, stoj v chodítku a chůzi. U pacienta jsme stále sledovaly orientační kvantifikaci perorálního příjmu, toleranci enterální výživy podávané do nutriční jejunostomie. Pravidelně 4x denně byla sledována hladina glykémie.

Naměřené hodnoty fyziologických funkcí ze dne 12.11.2008 viz tabulka č.3

Tabulka č. 3

	6.00	7.00	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	15.00	17.00	18.00
TK	130/60	140/80	135/70	135/60	140/70	138/80	142/80	145/60	136/70	145/75	130/80
P	110´	115´	120´	111´	110´	115´	118´	110´	111´	120´	110
D	16´	22´	20´	24´	20´	18´	16´	16´	20´	18´	16´
SpO2	98%	96%	97%	95%	96%	96%	97%	96%	99%	96%	96%
TT	36,3°C						36,6°C				36,9°C

Bilance tekutin 12.11.2008

Celkový příjem: 3950 ml

Celkový výdej: 2580 ml

Celková bilance: + 1370 ml

Průběh 4. dne hospitalizace 13.11.2008

Během noci došlo u pacienta k prudkému zhoršení stavu, pacient začal zvracet žaludeční obsah. Ráno v 6.30 došlo k aspiraci vlivem zvracení, u pacienta došlo k prudkému zvýšení tělesné teploty, bradykardii, poklesu krevního

tlaku a saturace. Pacientovi byla okamžitě zavedena zpět tracheostomická kanyla Portex č.7, pacient byl napojen na ventilátor, režim SIMV, FiO₂ 0,8, PS/PC 20, PEEP 10., při saturaci O₂ 92%. Pacientovi vystoupala teplota na 39,4 °C, podle ordinace byly odebrány 2x periferní hemokultury. Lékařem byla naordinována tako vyšetření: Rtg srdce a plic, statimové bronchoskopické vyšetření, natočení EKG z důvodu supraventrikulární tachykardie (140- 170 tepů za minutu) bez reakce na vagové manévry, aplikaci Betalocu, Isoptinu i Cordaronu, TK 82/55. Bylo objednáno i arytmiologické konsilium. Zaváděla se arteriální kanyla a centrální žilní katetr. Mezi další ordinace lékaře patřilo sledování hodinové diurézy, odebírání arteriální acidobazické rovnováhy, měření glykémie po 4x denně. Vzhledem k tomu, že pacient nereagoval na medikaci ke zvýšení tlaku ani při podávání katecholaminů a docházelo k celkové nestabilitě pacienta, bylo nutné ho přeložit zpět na ARO.

Naměřené hodnoty fyziologických funkcí ze 13.11.2008 viz tabulka č.4

Tabulka č.4

	0.00	2.00	4.00	6.00	7.00	8.00	9.00	10.00
TK (mmHg)	150/70	160/90	160/80	160/70	110/50	90/50	90/50	110/70
AS	110'	110'	120'	60'	80'	100'	100'	110'
DF	21'	21'	21'	20'	16'	14'	14'	16'
SpO ₂ (%)	96	96	97	85	90	92	92	92
TT (°C)	36,6			36,6	37,6	39,5	38,8	38,2
diuréza ml/h	50	40	100	100	50	50	50	20

2.2.7. Laboratorní výsledky

Biochemie:

	referenční rozmezí	den přijetí	2.den	4.den
Sodík	135 – 146	-	135	138
Draslík	3,6 - 5,5	-	4	4,3
Chloridy	97 – 115	-	104	104
Vápník	2,05 - 2,90	2,16	2,1	2,18
Vápník ionisovaný	1,10 - 1,30	1,05	1,01	-
Hořčík	0,70 - 1,07	0,9	0,9	0,81
Fosfor anorg.	0,65 - 1,61	1,32	1,13	1,18
Močovina	2,50 - 8,30	4,3	5,3	-
Kreatinin	57,00 - 113,00	46	45	-
S-osmolalita	278 – 305	290	-	-
U- osmolalita	50 – 1400	567	-	-
Celková bílkovina	65,00 - 83,00	52	51	55,4
Albumin	30,00 - 52,00	24	24	25
Bilirubin celkový	3,0 - 21,0	11	13,9	-
ALT	0,15 - 0,73	0,89	0,94	-
AST	0,10 - 0,66	0,38	0,48	-
GGT	0,18 - 0,84	5,16	4,73	-
ALP	0,73 - 2,60	3,92	5,04	-
S-AMS	0,05 - 1,67	1,77	1,24	-
U-AMS	0,00 - 7,50	2,14	-	-
Cholesterol	3,90 - 5,20	4,47	4,63	-
Triacylglyceroly	0,10 - 2,10	2,81	3,44	-
CRP	0,00 - 5,00	15,1	17,4	23,1

KREVNÍ OBRAZ

	referenční rozmezí	den přijetí	2.den	4.den
Hemoglobin (g/l)	133- 170	112	108	130
Erytrocyty (T/l)	4,30- 5,50	3,89	3,77	4,4
Hematokrit (arb.jednotky)	0,40- 0,50	0,35	0,34	0,38
Hb koncentrace (g/dl)	32,00 - 36,00	32,2	31,8	33,8
Objem ery (um3)	85,0 - 96,0	89,3	90,3	87,3
Leukocyty (G/l)	4,0 - 10,0	11,6	10,2	22,9
Trombocyty (G/l)	130 - 350	420	447	444

KOAGULACE

	referenční rozmezí	den přijetí	2.den	4.den
APTT (ratio)	0,80 - 1,20	1,08	1,42	-
QUICK (INR)	0,80- 1,20	-	1,05	1,06
Fibrinogen (g/l)	2,0 - 4,0	-	-	4,4
Antrombin III (%)	75,0 - 125,0	102,1	-	82,1
Kvantit.D-dimer (ng/ml)	75,0 - 300	-	-	872

ARTERIÁLNÍ ASTRUP

	den přijetí	4.den
pH	7,408	7,39
pCO ₂	5,72	5,35
pO ₂	10,64	18,54
SpO ₂ (%)	95,4	98,7
Hct	39	33
Hb	130	111
Na ⁺	139	143
K ⁺	4,3	4,4
Cl ⁻	100	104
Glu	5,64	9,76

2.2.8 FARMAKOTERAPIE

CIPRINOL 600mg i.v

Indikační skupina: širokospektré chinolonové ATB

Indikace: Infekce urogenitálního a respiračního traktu

Abdominální a hepatobiliární infekce

Závažné systémové infekce

Nežádoucí účinky: tromboflebitidy, GIT obtíže, bolesti břicha, průjmy, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, hučení v uších, nervozita

MERONEM 1g a 6 hodin (6- 12- 18- 24)

Indikační skupina: betalaktamová ATB

Indikace: těžké infekce dýchacích cest (chronické plicní sepse)

Infekce močových cest, sepse

Intraabdominální infekce

Infekce způsobené směsí aerobních a anaerobních bakterií

Nežádoucí účinky: zánětlivé reakce v místě vpichu

Nauzea, zvracení, trombocytopenie

FRAXIPARIN 1x denně (18)

Indikační skupina: antikoagulans, antitrombikum

Indikace: prevence TEN v oblasti všeobecné chirurgie,

Léčba rozvinuté žilní trombózy

Nežádoucí účinky: zjevné nebo skryté krvácení

DEGAN (6- 14 – 22)

Indikační skupina: prokinetikum, antiemetikum

Indikace: při pocitu plnosti a nevolnosti v oblasti epigastria, pooperační atonie žaludku

Nežádoucí účinky: ospalost, únava

HELICID (6-18)

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Indikace: léčba žaludečních a duodenálních vředů, k léčbě funkční dyspepsie

Nežádoucí účinky: dyspeptické potíže- tlak v epigastriu, flatulence, průjem nebo nauzea

CIPRALEX (8)

Indikační skupina: antidepresivum

Indikace: léčba depresivních epizod

Léčba panické úzkostné poruchy

Nežádoucí účinky: únava, zvýšení teploty, snížení chuti k jídlu, nevolnost, průjem, zácpa, nespavost, pokles libida

MUCOSOLVAN

Indikační skupina: expektorans, mukolytikum

Indikace: léčba akutního nebo chronického bronchopulmonálního onemocnění spojených se zvýšeným sekrecí hlenu

Nežádoucí účinky: -

STILNOX (22)

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: krátkodobá léčba nespavosti

Nežádoucí účinky: mohou se vyskytnout závratě, ospalost, pocit slabosti, nauzea nebo zvracení

PLASMALYTE 1000ml

Isotonický roztok

Indikační skupina: slouží k doplnění vody a elektrolytů

PEPTISORB

Indikační skupina: enterální výživa patří mezi PZLÚ

Indikace: u nemocných s těžkou poruchou trávicí a vstřebávací funkce zažívacího ústrojí nebo při nutnosti nutriční podpory

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Úvod

V ošetřovatelské části své bakalářské práce se zabývám péčí o pacienta s akutní nekrotizující pankreatitidou, který byl na oddělení jednotky intenzivní péče interního oddělení přijat dne 10.11.2008 v 10.00 překladem z anesteziologicko- resuscitačního oddělení. Při přijetí byl pacient zajištěn centrálním žilním katetrem, arteriálním katetrem, měl zavedenu nasopseudocystální sondu, žaludeční sondu, nutriční jejunostomii a permanentní močový katetr. Měl operační ránu, která byla v horní části zhojena, v dolní části byly dehiscence s odlučující se nekrózou.

Tohoto pacienta jsem si vybrala, protože problematika onemocnění akutní pankreatitidou je velmi zajímavá a zaujala mě. Při sepisování ošetřovatelské anamnézy jsem postupovala podle modelu Marjory Gordonové.

3.1.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocného, které může ovlivnit sestra. Jedná se o metodu poskytování ošetřovatelské péče, která spočívá ve zhodnocení nemocného, stanovení problémů (ošetřovatelských diagnóz), vytvoření ošetřovatelského plánu, realizaci ošetřovatelských intervencí a zhodnocení reakce nemocného na poskytovanou péči. Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které jsou prováděny ve prospěch nemocného, za jeho případné spolupráce a při individuální ošetřovatelské péči, která vychází z potřeb nemocného. Ošetřovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sestry.

Fáze ošetřovatelského procesu:

- 1) **Zhodnocení nemocného:** znamená získání informací o jeho aktuálním zdravotním stavu, předchozím vývoji, sociální situaci a vztah jeho osobnosti ke zdraví a nemoci. Hlavním nástrojem v této fázi je rozhovor nejen s pacientem, členy rodiny a dalšími členy

ošetřovatelského týmu. Stav nemocného se hodnotí i podle dalších kritérií: hodnocením stavu vědomí (Glasgow Coma Scale- GCS), zjištění aktivit denního života (Barthelův test), zhodnocení rizik pádu, vzniku dekubitů. Cílem této fáze je zjistit potřeby pacienta a podle nich stanovit aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy.

- 2) **Ošetřovatelská diagnóza:** shrnutí zjištěných informací o nemocném. Jde o identifikaci potřeb pacienta, které jsou narušeny nemocí nebo jsou nemocí vyvolány. Cílem této fáze je najít, co pacienta trápí a stanovení ošetřovatelských problémů, které je sestra schopna řešit.
- 3) **Ošetřovatelský plán:** znamená stanovení cílů a očekávaných výsledků ošetřovatelské péče. Určení priorit řešení problémů, stanovení cílů péče, určení jakým způsobem cíle dosáhneme a zápis do ošetřovatelského plánu.
- 4) **Realizace plánu:** aplikace ošetřovatelských činností. Každý člen týmu vykonává svoji roli a plní úkoly ošetřovatelského plánu k zajištění pohody pacienta k jeho prospěchu.
- 5) **Zhodnocení:** zhodnocení sestry i pacienta, zda došlo ke splnění očekávaných výsledků, měření úspěchu poskytnuté péče. V případě, že nedošlo ke splnění cílů, je nutné změnit postup a vytvořit jiný. (14, str.16- 18)

3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Pacient	B.B.
Věk	56 let
Rodinný stav	Ženatý
Nejbližší příbuzní	Manželka, dcera, syn
Kontaktní osoba	Manželka
Zaměstnání	Ředitel firmy
Státní občanství	Česká Republika
Národnost	Česká

Pobyt v nemocnici	Dlouhodobý, opakovaný
Datum přijetí	10.11.2008 v 10.00
Lékařská diagnóza	Stav akutní nekrotizující pankreatitidě
Výška	175 cm
Váha	90 kg
BMI	29,4
Alergie	Neudává
Vědomí	Při vědomí, orientovaný místem i časem
Fyziologické funkce při příjmu	TK: 138/80 TF: 80tepů/min, pravidelná, sinusový rytmus DF: 14 dechů/min TT: 36,7 st. Celsia SpO2: 95%
Výživa	Parenterální i enterální
Vylučování	Permanentní močový katetr, žaludeční sonda
Riziko pádu	3 body
Barthelův test každodenních aktivit	60 bodů (závislost středního stupně)
Riziko infekce	Ano, z důvodu zavedených invazivních vstupů
Invazivní vstupy:	
Centrální žilní katetr (CŽK)	Zaveden 29/10 / 12.den
Arteriální katetr a.radialis dx.	Zaveden 29/10 // 12.den
Permanentní močový katetr (PMK) silikon č.14	Zaveden 10.11 //1.den
Nutriční jejunostomie	Od 8.10., průchodná, okolí klidné
Nasopseudocystální sonda	Od 23.10., průchodná
Žaludeční sonda	Zavedena 3.11, průchodná, odvádí žaludeční šťávy
Tracheostoma	Klidné, bez známek infekce, pomalu se hojící
Operační rána	1.(18.8.)- 51.den 2.(8.10) – 31.den, klidná, v horní části zhojena, v dolní části- dehiscence

3.2.1 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordon

Model fungujícího zdraví vychází z holistické filosofie a jeho cílem je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Podle tohoto modelu sestra rozeznává funkční a dysfunkční stav pacienta. Model je odvozen z interakcí osoba- prostředí. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase, které reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Model popisuje dvanáct vzorců zdraví a obsahuje (8, str.100-101). Podle tohoto modelu jsem postupovala při zpracovávání této části bakalářské práce

- 1) Vnímání zdraví - udržování zdraví
- 2) Výživa - metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita – cvičení
- 5) Spánek – odpočinek
- 6) Citlivost - poznávání
- 7) Sebepojetí – sebeúcta
- 8) Role – vztahy
- 9) Reprodukce – sexualita
- 10) Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
- 11) Víra – životní hodnoty
- 12) Jiné

1) Vnímání zdravotního stavu – udržování zdraví

Pacient neprodělal žádná vážnější onemocnění, v dětství měl jen běžné dětské nemoci. Úroveň jeho zdraví před vznikem onemocnění byla dobrá. Pro udržení zdraví a kondice rekreačně plaval a chodil na túry. Cítil se dobře a neměl žádné problémy. Alkohol pil jen příležitostně, denně vypil cca 2 šálky kávy. Kouřil 5-10 cigaret denně. Neprodělal žádné úrazy ani nehody. Doporučení lékaře se snažil dodržovat.

Dne 24.7 měl k obědu lečo z konzervy a navečer kolem půl šesté se objevily bolesti v oblasti thorakální páteře s vyzařováním do epigastria, byl

opocení a měl nauzeu. Při objevení příznaků akutních bolestí ho manželka přivezla v 18.30 do nemocnice na Akutní interní ambulanci, kde zvracel zbytky jídla. Dietní chybu neudával.

Svou nemoc vnímá jako nenadálou věc, která ho donutila vyhledat lékaře a vyžádala si dlouhodobou hospitalizaci. Nemoc ho omezuje v tom, že nemůže chodit do práce, je závislý na pomoci druhých a musí dodržovat klid na lůžku.

2) Výživa – metabolismus

Před přijetím do nemocnice, vážil pacient 95 kg, měřil 175 cm, BMI bylo 29,4. Pacient nepozoroval žádný výrazný přírůstek nebo úbytek váhy. Byl mírně obézní. Doma se snažil stravovat pravidelně, ale vzhledem ke svému povolání a k tomu, že hodně cestoval se mu to ne vždycky podařilo. Udával, že má sklony k přejídání se. Doma nedodržoval žádná dietní opatření, jedl 3x denně. Pitný režim byl dostatečný. Denně vypil cca dva litry tekutin, preferoval minerálky, ovocné šťávy nebo čaje. Nemíval pocit sucha v ústech, obtíže při polykání. Kožní léze se hojily dobře. Stav kůže, vlasů, nehtů byl dobrý, sliznice byly růžové.

Při překladech z oddělení ARO vážil pacient 100kg, měřil 175 cm, BMI bylo 32,7. Přírůstek váhy činil 5 kg. U pacienta nebylo nutné volat nutričního terapeuta vzhledem k jeho uspokojivému BMI. Při přijetí měl zaveden centrální žilní katetr, do kterého kapal kontinuálně Plasmalyte s 10ml 10% NaCl a 10 ml 7,45% KCl, rychlostí 41ml/h. Měl zavedenu nutriční jejunostomii, do které byla podávána enterální výživa Peptisorb Nutricia rychlostí 80 ml/h bez noční pauzy. Enterální výživu toleroval pacient dobře, neměl žádná žaludeční rezidua. Lékař naordinoval sledování glykémie po 3 hodinách a sledování příjmu tekutin za 6 hodin. Pacient měl naordinovanou pankreatickou kašovitou dietu, podle tolerance a nutridrinky. Pacient zkoušel přijímat potravu ústy a proto se monitorovala orientační kvantifikace perorálního příjmu. Pacient toleroval stravu dobře, snědl vždy polovinu porce. Do pseudocysty byla zavedena nasopseudocystální sonda, do které kapal fyziologický roztok rychlostí 20 ml/h. Pacientovi byly aktivně nabízeny tekutiny, denní příjem tekutin byl cca 2 litry.

Oše.dg: Porucha výživy z důvodu zavedené žaludeční sondy, jejunostomie a snížené chuti k jídlu

Potencionální riziko infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů
Potencionální riziko poruchy dýchání z důvodu možné aspirace

3) Vylučování

Pacient v mládí trpěl retencí moče, proto mu byla provedena plastika zevního ústí uretry, poté neudával žádné problémy s močením. Udával, že moč byla čirá a bez zápachu. Pacient neměl sklon ke zvýšenému pocení, odér potu byl normální. Na stolicí chodil pravidelně 1x den, stolice byla hnědá, formovaná bez zápachu. Žádná projímadla neužíval.

Při překladu na oddělení interního Jipu měl zavedený permanentní močový katetr, který odváděl čirou moč bez zápachu. Po hodině se sledovala hodinová diuréza. Sledovaly se odpady z nasogastrické sondy a jejich charakter v pravidelných intervalech po 6-ti hodinách. Hodnotil se výdej tekutin za 6 hodin. Ani v době hospitalizace neměl pacient sklon ke zvýšenému pocení, jen se objevily obtíže s vyprazdňováním stolice, proto byla lékařem naordinována Lactulóza 3x5ml. Při potřebě vyprázdnění stolice mu byla donesena podložní mísa.

Oše.dg.: Zácpa z důvodu zpomalení střevní peristaltiky a menší tělesné aktivity
Potencionální riziko infekce z důvodu zavedení PMK

4) Aktivita – cvičení

Pacient před vznikem onemocnění rekreačně sportoval, chodil na túry, plaval. Do projevu onemocnění byl zcela soběstačný v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování. Mezi jeho záliby patřila četba literatury faktu nebo historické romány. Volný čas trávil odpočinkem, četbou, rekreačním sportem. Chodil do zaměstnání, pracoval jako ředitel firmy.

Při příjmu pacienta na oddělení byla zjištěna závislost pacienta v základních všedních činnostech podle Barthela. Stupeň závislosti pacienta jsem ohodnotila 60 body, což znamená závislost středního stupně. Podle ordinace lékaře byl zvolen pohybový režim pacienta podle celkového stavu pacienta a jeho schopnosti spolupráce. Pacient měl naordinován klid na lůžku, ale i aktivní

rehabilitaci 2x denně. Pacient byl přes den posazován v lůžku s dolními končetinami dolů, posazován do křesla, polohován na boky po dvou hodinách, v noci po třech hodinách. Prováděl se nácvik sebeděže v oblastech hygieny, jídla, vyprazdňování.

Oše.dg: Potencionální riziko vzniku dekubitů z důvodu dlouhodobé imobilizace

Porucha sebeděže z důvodu celkového stavu pacienta

Riziko vzniku pádu z důvodu tělesné slabosti

5) Spánek – odpočinek

Při rozhovoru pacient neudával žádné problémy se spánkem, doma usínal dobře, v noci se probouzel jen na chvíli, hned zase usnul. Doma neužíval žádné léky na spaní. Spát chodil kolem jedenácté večer, spal asi sedm hodin. Vstával pravidelně kolem šesté hodiny ranní. Ráno po probuzení se cítil dobře a odpočínutě.

Během hospitalizace začal mít problémy s usínáním, proto požádal lékaře o lék na spaní. Po dohodě s lékařem mu byl naordinován Stilnox 1 tbl, který užíval kolem desáté hodiny večerní. Při zjišťování příčiny poruchy spánku jsem se dozvěděla, že pacienta ruší hluk přístrojů na oddělení a světlo ze sesterny. Po podání hypnotika, ale pacient usnul a spal přibližně 6-7 hodin, během noci se neprobouzel. Ráno se cítil dobře odpočínutý.

Oše.dg: Porucha spánku z důvodu změny prostředí

6) Vnímání – poznávání

Před vznikem onemocnění neměl pacient žádné problémy se sluchem, nepoužíval žádná sluchadla ani jiné kompenzační pomůcky. Pacient používá tři různé typy brýlí: na čtení, na dálku a doma má i jedny brýle na počítač. Při překladu na oddělení JIP udával zhoršení sluchu, zřejmě vlivem léků. Pacient byl při vědomí, klidný, orientovaný osobou, místem i časem. Neudával žádné problémy s pamětí, dobře si vzpomíná na začátek i průběh onemocnění. Ví, že byl několikrát operován. Mluvenému slovu rozumí dobře, řeč je plynulá, odpovídá přiměřeně. Při rozhovoru dokáže udržet pozornost a udržuje oční kontakt. Během

mé služby si pacient stěžoval jen na malé bolesti v oblasti nezhojené operační rány, která se zvyšovala při pohybu a v klidu se mírnila. Při vzniku bolesti jsem její intenzitu hodnotila podle Analogové škály bolesti (viz příloha č.5), zjištěnou hodnotu jsem zapsala do ošetřovatelské dokumentace.

Oše.dg.: Bolest břicha z důvodu operačního výkonu

7) Sebepojetí - sebeúcta

Před vznikem onemocnění byl pacient spokojen sám se sebou, v rodině i v zaměstnání neměl žádné problémy. Sám sebe hodnotí jako klidného člověka, který se rozčil, jen když je to nezbytně nutné a snaží se vše raději zvládat v klidu. V krizových situacích se v době zdraví spoléhal hlavně sám na sebe a věřil sám sobě. Při zvládání krizových situací mu částečně svojí psychickou podporou pomáhala manželka.

V době hospitalizace se jeho nálady střídaly podle toho, jak se zrovna cítil. Když se špatně vyspal nebo ho něco bolelo, neměl příliš velkou chuť komunikovat. Působil klidným dojmem. Po postupném zlepšování zdravotního stavu se cítí dobře. V krizových situacích se spoléhá sám na sobě a věří sám sobě. Jeho největším problémem a obavou je to, že nemůže pořádně chodit a proto se snažil s rehabilitační sestrou hodně cvičit.

Problémem byla i provedená jejunostomie. Pacient se obával, že mu už zůstane natrvalo a bude se s ní muset naučit žít. Proto jsme mu vysvětlili, že její provedení je jen dočasné řešení a že po odeznění akutní fáze onemocnění mu bude zase odstraněna.

Oše.dg.: Porucha sebepojetí v důvodu zavedené jejunostomie

8) Role – mezilidské vztahy

Pacient je ženatý, žije s manželkou v rodinném domku. Má dvě dospělé děti a těší se z malého vnoučete. Rodina projevuje velký zájem o jeho zdravotní stav. Manželka ho navštěvuje každý den a je mu velkou psychickou podporou. V nemocnici ho navštěvuje i jeho otec a děti.

Velkou radost mu udělalo, když za ním na návštěvu přišla rodina i s jeho malým vnoučkem. Aby ho pacient mohl vidět, vzala ho rodina na vozíku ven mimo oddělení. Vzhledem k tomu, že pacient pracoval jako ředitel firmy, musel jeho zodpovědnost a vedoucí řídicí funkci v zaměstnání převzít někdo jiný. Při rozhovoru s pacientem mi sdělil, že po svém uzdravení plánuje návrat do původní práce a dál pracovat ve vedoucí funkci, jen chce pracovat v mírnějším tempu.

Oše.dg: Osamělost pacienta z důvodu dlouhodobé hospitalizace

9) Reprodukce – sexualita

Vzhledem ke zdravotnímu stavu, brzké únavě i k nedostatku soukromí na pokoji, který pacient sdílel i s jinými pacienty, nepřišlo mi vhodné, ptát se ho na toto téma.

10) Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Pacient byl vlivem své práce často ve stresu, ale nepoužíval žádné relaxační techniky, léky nebo alkohol k jeho odstranění. Spíše se věnoval odpočinku. Před onemocněním byl zcela soběstačný a nezávislý ve všech oblastech.

Vznik nemoci byl pro pacienta zdroj stresu, protože nemoc vznikla náhle, bez jakýchkoliv varovných příznaků. Pacient měl strach z průběhu onemocnění, další bolesti a nutných vyšetření. Vadí mu, že je závislý na svém okolí, nemůže se sám napít, najíst, dojit si na WC. Vadí mu, že o pomoc musí požádat rodinné příslušníky, ošetřovatelský personál. A proto se snaží cvičit, rehabilitovat, nebýt na nikom závislý, spoléhat se jen na sebe a naučit se všechno zvládat sám. I přesto, že během dlouhodobé hospitalizace došlo k mnoha komplikacím, zachoval si pacient víru v uzdravení a svůj boj o uzdravení nikdy nevzdal, i když byly chvíle, kdy jsme měli pocit, že už nemá sílu dál bojovat a vůli se uzdravit. I v těchto chvílích mu velkou podporou byla manželka, která mu věnovala veškerý svůj volný čas, snažila se ho povzbuzovat a motivovat k uzdravení.

Oše.dg.: Strach z důvodu závažné diagnózy

11) Víra – životní hodnoty

Pacient nevěří v Boha, ani v jiná náboženství. Nejvíce věří sám sobě. Rodina a vztahy v ní pro něj mají největší hodnotu. Věřící tomu, že se jeho zdravotní stav brzo zlepšit a bude moci jít domů. Nejprve ho ale ještě čeká měsíční pobyt v rehabilitačním zařízení.

Během nemoci se změnilo jeho životní hodnoty. Po návratu domů plánuje návrat do práce, ale již v mírnějším tempu, chce více odpočívat, věnovat se rodině a svým zálibám.

12) Jiné

Pacientovi byly monitorovány základní životní funkce po jedné hodině a zapisovány do ošetrovatelské dokumentace. Pacient byl oběhově stabilní TK měl 138/80, P 80 tepů/min, DF: 14 dechů/min, SpO2 95%, TT: 36,7°C

Pacient měl zavedeno mnoho invazivních vstupů, o které bylo nutné pečovat, sledovat jejich vzhled, průchodnost, příznaky infekce. Vše bylo nutné zapisovat do ošetrovatelské dokumentace.

Centrální žilní katetr : od 29/10, převaz dne 10/11, okolí bez známek infekce

Arteriální katetr a. radialis dx: od 29/10, převaz dne 10/11

Permanентní močový katetr, silikon č.16: od 10/11, průchodný

Nutriční jejunostomie: od 8/10, převaz 10/11, průchodná, okolí klidné

Nasopseudocystální sonda: od 23/10, převaz dne 10/11, průchodná

Žaludeční sonda: od 3/11, převaz 10/11, průchodná, na spád, odvádí žaludeční obsah

Tracheostoma: od 8/11, převaz 10/11, klidná, bez známek infekce, pomalu se uzavírající

Operační rána: 1. (18/8), 51.den

2. (6/10), 31.den, klidná, bez sekrece, v horní části zhojena, v dolní části dehiscence.

V průběhu hospitalizace byl pacient přechodně napojen na umělou plicní ventilaci (UPV), proto bylo nutné pravidelné odsávání dýchacích cest, odebírání sputa na mikrobiologické vyšetření, odebírání krve na vyšetření krevních plynů,

krvní obraz, biochemické vyšetření, koagulace a imunologické vyšetření. Po dekanylaci dostával zvlhčený kyslík, kyslíkovými brýlemi s průtokem O₂ 2-4 l/min.

3.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Pacient byl na oddělení interního JIPU hospitalizován opakovaně. První hospitalizace proběhla v době od 24.7.2008 do 18.08.2008, druhá hospitalizace v době od 10.11. do 13.11.2008. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k 10.11.2008, ke dni kdy byl pacient přijat. Podle celkového stavu pacienta jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Stanovila jsem cíle na 12 hodin a sestavila krátkodobý ošetrovatelský plán. Zhodnocení stanovených cílů ošetrovatelských diagnóz jsem provedla druhý den hospitalizace, 11.11.2008.

I. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Bolest břicha z důvodu operačního výkonu
- 2) Porucha soběstačnosti v oblasti výživy, hygieny a vyprazdňování z důvodu celkového stavu pacienta
- 3) Strach z důvodu závažné diagnózy
- 4) Porucha integrity kůže z důvodu operačního výkonu
- 5) Osamělost pacienta z důvodu dlouhodobé hospitalizace
- 6) Porucha výživy z důvodu zavedené žaludeční sondy, jejunostomie a snížené chuti k jídlu
- 7) Zácpa z důvodu zpomalení střevní peristaltiky a menší tělesné aktivity
- 8) Porucha spánku z důvodu změny prostředí

II. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, arteriálního katetru, tracheostomy)
- 2) Potencionální riziko vzniku tromembolických komplikací z důvodu dlouhodobé imobilizace
- 3) Riziko pádu z důvodu tělesné slabosti
- 4) Riziko vzniku dekubitů z důvodu omezení pohyblivosti
- 5) Potencionální riziko infekce z důvodu zavedení PMK

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1) Bolest břicha z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- Bolest se do jedné hodiny zmírní na hodnotu 2 dle škály VAS
- Pacient bude klidně spát

Plán:

- Zjistí lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti
- Podávej léky v pravidelných intervalech
- Sleduj účinek léků v průběhu léčby
- Změny v charakteru bolesti hlaš lékaři

Realizace:

Při přijetí z oddělení ARO byl pacient bez bolesti, cítil se dobře. V průběhu dne si začal stěžovat na bolest v oblasti operační rány. Intenzitu bolesti ohodnotil pacient podle škály VAS jako bolest 4 (viz příloha č.6) což znamená zneklidňující bolest, která u pacienta vyvolávala bolestivé grimasy, sevřené pěsti a vyhledávání úlevové polohy. Proto lékař naordinoval Tramal 50mg i.v podle potřeby. Pacienta jsem edukovala o tom, že dostane analgetikum a aby bolest sledoval a změny hlásil ošetřujícímu personálu. Zároveň jsem pacienta edukovala o tom, že mezi jednotlivými dávkami musí být odstup minimálně čtyři hodiny. Pacient byl poučen o tom, aby hlásil případné nežádoucí účinky léků, kterými mohou být zvracení, nauzea nebo bolesti hlavy.

Hodnocení

Pacient si byl vědom, že může požádat o lék proti bolesti, pokud bude bolest horší. Svou bolest dokázal popsat a zhodnotit její intenzitu a charakter. Během mé služby požádal pacient o injekci proti bolesti jen jednou. Při dotazu na účinek podaného analgetika mi sdělil, že se bolest zmírnila(viz příloha č.6), ohodnotil ji jako bolest č.2, cítí se lépe a nepocítuje žádné nežádoucí účinky.

2) Porucha soběstačnosti v oblasti výživy, pohybu, vyprazdňování z důvodu celkového stavu pacienta

Cíl:

- pacient se podílí na hygienické péči
- Bude mít uspokojeny základní potřeby

Plán:

- Zjistí míru soběstačnosti pacienta Barthelovým testem
- Zapoj pacienta do aktivní účasti na řešení jeho problémů
- Kontroluj dodržování rehabilitačního programu pacientem
- Zajisti bezpečnost pacienta s ohledem na prevenci úrazů
- Informuj pacienta o nutnosti střídání aktivity se spánkem

Realizace:

Pacient měl naordinován klid na lůžku, ale měl předepsánu i aktivní rehabilitaci na lůžku, zkoušel se sed na lůžku, stoj a chůze v chodítku. Při hodnocení stupně pacientovi závislosti v základních všedních činnostech jsem zjistila závislost středního stupně (60 bodů- viz příloha č.7). Pacient byl schopen se sám najíst a napít, když měl vše potřebné u sebe, ale potřeboval pomoc ošetřovatelského personálu při hygieně a vyprazdňování. Pacient byl informován, že běžné aktivity musí vykonávat sám, aby se zvýšila jeho soběstačnost. Potřebné pomůcky mu ošetřovatelský personál přinese. Při hygieně mu pomůže se posadit, donese umyvadlo s vodou, hygienické potřeby, jako je mýdlo, žínka a ručník. Pacient se umyje sám, ale já mu umyji záda a namažu větrovým krémem. Pacient měl při ruce noční stoleček, kde měl hrneček s pitím, aby se mohl sám napít a nad hlavou zvoneček k přivolání ošetřovatelského personálu.

Hodnocení

Ráno při mém příchodu do služby byl pacient posazen v lůžku tak, aby mohl provést ranní hygienu sám. Jen když potřeboval, byla jsem poblíž, abych mu pomohla. Později když už se pacient cítil lépe, odvezl ho sanitář do sprchy. Pacient měl radost, když se mu dařilo a mohl si své potřeby obstarat sám.

3) Strach z důvodu závažné diagnózy

Cíl:

- Pacient bude mít dostatek informací o svém onemocnění a zdravotním stavu
- Dokáže o svém strachu hovořit

Plán:

- Zjistí příčinu strachu
- Sleduj verbální a neverbální reakce pacienta na strach
- Zjistí, zda pacient strach popírá a do jaké míry je depresivní
- Sleduj vitální funkce pacienta, TK, puls, dech
- Pobízej pacienta, aby své pocity vyjádřil
- Kontroluj účinek podávaných léků

Realizace:

Pacient byl hospitalizován dlouhodobě, během hospitalizace došlo několikrát ke zhoršení stavu, proto už měl pacient strach z toho, co bude dál. Zda se jeho onemocnění zase nezhorší a nebude muset na další vyšetření nebo operaci. Vzhledem k jeho strachu mu byly všechny plánované výkony pečlivě a srozumitelně vysvětlovány. Pacienta jsme edukovali o tom, aby svůj strach nedržel v sobě, ale hovořil o něm. U pacienta se objevily známky deprese a proto byl přivolán nemocniční psycholog, který si s pacientem popovídal. Jako diagnózu stanovil prohloubený hospitalismus vlivem dlouhodobé hospitalizaci a exhausci organismu. Naordinoval Olwexyu 150mg 1x denně. Pacient byl průběžně informován o výsledcích vyšetření i případných dalších vyšetřeních. Pro lepší pocit pacienta u něj byly povoleny návštěvy příbuzných během celého dne.

Hodnocení:

Během mých služeb při kterých jsem měla možnost spolupracovat s pacientem, byl pacient klidnější, dokázal popsat z čeho má strach. Přiznal, že psychologické vyšetření mu pomohlo a nové léky mu jeho strach a deprese pomáhají lépe zvládat. Velkým plusem byly i návštěvy jeho manželky, která mu byla velkou oporou.

4) **Porucha integrity kůže z důvodu operační rány**

Cíl:

- Pacient bude bez známek infekce
- Rána se bude hojit bez komplikací

Plán:

- Kontroluj hydrataci
- Pečuj o operační rány
- Zajisti adekvátní příjem potravy

Realizace

Operační rána byla pravidelně převazována. Při převazech rány jsem si všímala, zda je rána klidná, bez sekrece a nedochází k rozpadu jizvy. Operační rána byla v dolní části břicha. Při pravidelných převazech jsem operační ránu nejprve odezinfikovala, poté jsem již zhojenou část rány kryla Novikovem, na spodní část jsem aplikovala Nu-gel, kryla Opsitem, překryla sterilními čtverečky a přelepila hypoalergenní náplastí

Při převazech operační rány jsem postupovala přísně asepticky, používala sterilní nástroje a sterilní převazový materiál.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo částečně, operační rána na břiše, která se nacházela v dolní části břicha, byla zčásti zhojena a nejevila známky infekce. V dolní části byly dehiscence s odlučující se nekrotickou tkání. Ránu jsem nejprve odezinfikovala roztokem Betadiny a poté jsem použila Nu-gel, Opsite a sterilní krytí.

5) Osamělost pacienta z důvodu dlouhodobé hospitalizace

Cíl:

- Pacient vyjádří uspokojení z návštěvy
- Pacient se necítí osamělý

Plán:

- Sleduj vliv členů rodiny na psychický stav nemocného
- Podporuj k návštěvě
- Urči pravidla pro kontakt rodiny s pacientem
- Komunikuj laskavě, respektuj, naslouchej
- Rodina se aktivně zajímá o průběh léčby, spolupracuje
- Rodinní příslušníci budou pacienta aktivizovat

Realizace:

Pacientovi byly umožněny návštěvy během celého dne, aby se necítil sám a rodina ho podpořila v touze se uzdravit a jít domů. Rodinu jsem edukovala o tom, aby pacientovi přinesli něco na čtení, případně rádio. Snažili se s pacientem i cvičit, motivovat ho. Vyprávět mu o všem a snažit se ho udržet v obraze, aby neměl pocit, že vlivem hospitalizace je mimo veškeré dění.

Hodnocení

Za pacientem chodily návštěvy během celého dne. Střídaly se u něj rodinní příslušníci, manželka, děti i otec. Po každé návštěvě se pacient cítil lépe, lépe spolupracoval a komunikoval. Největší radost pacient měl, když za ním přišla návštěva s malým vnoučkem a vzali ho mimo oddělení, aby si vnoučka mohl užít.

6) **Porucha výživy z důvodu zavedené nasogastrické sondy, jejunostomie, snížené chuti k jídlu**

Cíl:

- Pacient sní alespoň polovinu porce jídla
- Nedojde ke snížení hmotnosti
- Pacient bude mít dostatečný kalorický příjem a dostatek tekutin

Plán:

- Zhodnot' stav výživy, stravovací návyky, medikaci
- Zhodnot' související faktory např. nedostupnost potravy, změnu chuti
- Sleduj příjem potravy a hmotnost
- Sleduj laboratorní hodnoty: krevní obraz, elektrolyty
- Nabízej potravu v klidném prostředí
- Zajisti pohodlnou tělesnou polohu během jídla
- Spolupracuj s nutričními terapeuty při přípravě speciální stravy
- Povzbuzuj rodinu nebo přátele, k zapojení se do přípravy jídel a nosili mu jídlo z domova

Realizace:

Pacient měl naordinovány enterální výživu do nutriční jejunostomie, pacient přijímal výživu bez reziduí a proto ani neměl příliš velkou chuť k jídlu. Přesto měl kvůli zatěžování gastrointestinálního traktu naordinovány pankreatickou kašovitou dietu. Pacienta jsem za pomoci sanitáře posazovala do lůžka s dolními končetinami dolů, aby se mu lépe polykalo a nedošlo k případné aspiraci. Pacienta jsem edukovala, že nemusí sníst úplně všechno, ale snaží se sníst alespoň půl porce. K doplnění energetického příjmu měl pacient naordinovány nutridrinky. Pacient byl seznámen s tím, že by měl denně vypít alespoň 3.

Hodnocení

Cíl byl splněn částečně. Pacient zkoušel přijímat potravu ústy, měl chuť k jídlu a vždy snědl přibližně polovinu porce, určený počet Nutridrinků, ale nevypil. U pacienta nedošlo k poklesu tělesné hmotnosti, rodina mu nosila jídlo z domova podle určené diety.

7) Zácpa z důvodu zpomalení střevní peristaltiky a snížené tělesné aktivity

Cíl:

- Pacient se vyprázdní do 24 hodin
- Nepocit'uje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku

Plán:

- Zjistí možnou příčinu zácpy
- Zjistí dobu trvání obtíží s vyprazdňováním
- Zajisti soukromí pacienta při defekaci
- Podávej dostatečné množství tekutin
- Podávej stravu bohatou na vlákninu
- Podle ordinace lékaře podej laxantia nebo proved' klyzma

Realizace:

U pacienta jsem zjišťovala způsob, kterým se dříve vyprazdňoval a faktory, které u něj vyprazdňování podporovaly. Pacientovi jsem nabízela dostatek tekutin, edukovala jsem ho o tom, že když bude dostatečně pít, stolice bude měkčí a její vyprazdňování bude snadnější. Zároveň jsem ho informovala o tom, že pro vyprázdnění stolice je nutný dostatek vlákniny. Podle ordinace lékaře jsem podávala roztok Laktulózy. V okamžiku kdy měl pacient nucení na stolicí, donesla jsem mu podložní mísu a zajistila, aby měl dostatek soukromí, protože byl na pokoji ještě s jedním pacientem. Pro snadnější vyprazdňování stolice jsem podávala Lactulózu 5x denně podle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Do konce mé služby se pacient vyprázdnil, stolice byla hnědá, kašovitá, bez patologických příměsí a nebylo nutné provádět klyzma.

8) **Porucha spánku z důvodu změny prostředí**

Cíl:

- Pacient bude spát alespoň 6 hodin v kuse

Plán:

- Uprav pacientovi lůžko
- Vyvětrej pokoj
- Všiměj si známek únavy pacienta
- Aplikuj hypnotika dle ordinace lékaře
- Sleduj u pacienta změny spánku

Realizace:

Během dne jsem se snažila pacienta aktivizovat, cvičit s ním, posazovala jsem ho do křesla. Snažila jsem se, aby byl přes den vzhůru a pak mohl v noci spát. Při zjišťování příčina poruchy spánku jsem se od pacienta dozvěděla, že ho ruší světlo a hluk na oddělení. Proto jsem se snažila tyto rušivé elementy eliminovat a po půlnoci jsem nechala svítit jen malá světla na denní místnosti, aby pacienta světlo zbytečně nerušilo. Před spánkem jsem mu pomáhala nalézt správnou a pohodlnou polohu, ve které by se mu dobře usínalo. Podle ordinace lékaře jsem mu dávala hypnotika (Stilnox 1 tbl). Sledovala jsem účinek hypnotik.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, protože po podání hypnotika se pacientovi lépe usínalo a spal přibližně 6- 7 hodin. Ráno se budil odpočinutý a dobře vyspalý. Svůj spánek pacient hodnotil jako dobrý.

II. POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1) Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, arteriální katetr, tracheostoma)

Cíl:

- Invazivní vstupy nebudou jevit známky infekce
- Pacient nebude mít celkové nebo lokální známky infekce

Plán:

- Kontroluj hydrataci
- Pečuj o katetry, kanyly
- Sleduj laboratorní hodnoty (CRP, leukocyty)
- Zajisti adekvátní příjem potravy
- Sleduj vyprazdňování moči a stolice
- Pravidelně invazivní vstupy převazuj

Realizace:

U pacienta jsem pravidelně kontrolovala vzhled zavedených invazivních vstupů. Všimla jsem si místa vpichu, zda okolí není zarudlé, zda je bez sekrece a není bolestivé. Pacient měl zavedený dvojcestný centrální žilní katetr, který byl určený k parenterální výživě (Plasmalyte 1000ml+ 10ml 10%NaCl a 10ml 7,45%KCl rychlostí 41ml za hodinu). Do centrálního žilního katetru jsem podávala také ATB ve 100ml fyziologického roztoku. Celkový příjem tekutin za 18hodin byl 1324ml. Pacient měl centrální žilní katetr zavedený 12.den, oba vstupy byly průchodné a okolí v místě vpichu nejevilo známky infekce. Pacient měl zavedenu i arteriální kanylu k měření invazivního tlaku krve, kanylu měl 12.den, byla funkční a průchodná.

Centrální žilní katetr i arteriální katetr jsem převazovala za přísně aseptických podmínek. Nejprve jsem si připravila všechny potřebný materiál určený k převazu invazivních vstupů. Poté jsem odstranila semipermeabilní fólii a sterilní štětičkou jsem setřela okolí místa vpichu a označený materiál odeslala do mikrobiologické vyšetření. Poté jsem okolí místa vpichu řádně odezinfikovala, osušila a přelepila semipermeabilní fólií. Pokud bude místo vpichu klidné,

nebolestivé a bez sekrece je možné další převaz provést až po 3 dnech. Stejným způsobem jsem postupovala i při převazu arteriálního katetru. Pravidelně jsem sledovala tělesnou teplotu pacienta, zánětlivé parametry a vše zapisovala do ošetřovatelské dokumentace.

. Pacient byl 2.den po dekanylaci a proto jsem sledovala i oblast tracheostomy. Zde jsem si všímala případných známek infekce, zda nedochází k dehiscenci rány a jak se rána hojí. Při převazu jsem nejprve odezinfikovala okolí tracheostomy, poté jsem použila sterilní čtverečky a místo přelepila pruhem náplasti Mefix.

Hodnocení:

Cíle byl splněn. Centrální žilní katetr i arteriální katetr byly průchodné, místa zavedení nejevila žádné známky infekce. U pacienta nedošlo ke zvýšení laboratorních hodnot. Okolí tracheostomy bylo klidné, nezarudlé a otvor se pomalu uzavíral.

2) Potencionální riziko vzniku trombembolické nemoci z důvodu omezení pohyblivosti

Cíl:

- Zabránit vzniku trombembolické nemoci
- Pacient nejeví známky trombembolické nemoci

Plán:

- Prováděj bandáže dolních končetin nebo zajisti elastické punčochy
- Pravidelně aplikuj nízkomolekulární heparin
- Zajisti rehabilitaci pacienta
- Informuj pacienta jak má cvičit
- Sleduj případné známky vzniku trombembolické nemoci (náhlá klidová dušnost, stenokardie, tlak na hrudi)

Realizace:

S pacientem pravidelně cvičila rehabilitační sestra 2x denně. Pokud rehabilitační sestra nebyla přítomna, edukovala jsem pacienta o tom, jak má cvičit. Vysvětlila jsem mu, že při ležení v lůžku může posilovat svalovou pumpu tím, že bude kroužit chodidly, střídavě dolní končetiny pokrčovat a natahovat, střídát flexi a extenzi končetin a střídavě natahovat a pokrčovat prsty u nohou. Podle ordinace lékaře jsem mu v pravidelných časových intervalech aplikovala nízkomolekulární heparin (Fraxiparin v dávce 0,6 ml s.c./24hodin).

Hodnocení

Cíl byl splněn. U pacienta se neprojeví známky trombembolické nemoci, dolní končetiny byly dobře prokrvené a bez otoků. Během dne na nich byly bandáže z elastického obinadla.

3) Riziko pádu z důvodu tělesné slabosti

Cíl:

- nedojde k pádu pacienta
- Nedojde ke zranění pacienta

Plán:

- Edukovat pacienta o tom, že nesmí sám vstávat
- Zhodnotit riziko pádu
- Zvednout postranice lůžka
- Pravidelně pacienta sledovat
- Při posazování bude pomáhat další osoba
- Pacient bude mít při ruce denní potřeby

Realizace:

U pacienta bylo hned po přijetí a základním zajištění, zjištěno riziko pádu. Pro zhodnocení rizika pádu jsem použila skórovací schéma podle Conleyové (viz příloha č.12). Pacient byl při přijetí při vědomí, orientovaný, klidný, ležící. Neshledala jsem u něj žádné smyslové poruchy a proto, jsem riziko pádu u pacienta ohodnotila třemi body. Pacient dostal žlutý identifikační náramek, jako označení rizikového pacienta. Lůžko jsem označila žlutým plastovým označením, aby i ostatní členové ošetřovatelského týmu věděli, že u pacienta hrozí riziko pádu. Dokumentace byla označena žlutým puntíkem a do ošetřovatelské dokumentace jsem zapsala počet bodů.

Pacient byl edukován, že má naordinovaný klid na lůžku a nesmí sám vstávat. Pro větší bezpečí pacienta i větší bezpečnost jsem u lůžka zvedla postranice. Pacienta jsem pravidelně kontrolovala. Pacient ležel na lůžku na zádech, hlavu měl zvednutou do 30-ti stupňů, aby se zabránilo případné aspiraci. Pacient měl nad hlavou zavěšený zvonek tak, aby v případě potřeby mohl přivolat ošetřovatelský personál. Všechny předměty denní potřeby měl umístěny tak, aby je měl v dosahu. Na stolečku měl hrneček s uzavíratelným víčkem a brčkem, aby se mohl sám napít.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo, protože během mé služby nedošlo k pádu pacienta ani k jeho zranění. Všechna opatření k zabránění pádu splnila svůj účel. Pacient byl srozuměn se všemi opatřeními k prevenci pádu a souhlasil s nimi.

4) Riziko vzniku dekubitu z důvodu omezení pohyblivosti

Cíl:

- Nedojde ke vzniku dekubitu
- Nedojde k porušení integrity kůže

Plán:

- Zhodnot' riziko vzniku dekubitu podle Stupnice dle Nortonové (viz příloha č.8)
- Pravidelně kontroluj kůži a sliznice
- Věnuj pozornost predilekčním místům
- Aktivizuj nemocného k udržení rozsahu pohyblivosti kloubů
- Zaznamenávej vše do ošetrovatelské dokumentace
- Sleduj příjem potravy, dohlížej, aby byla strava bohatá proteiny a vitamin C
- Minimalizuj poranění kůže při polohování a přesunu

Realizace:

Při přijetí pacienta na oddělení a základním zajištění jsem u pacienta zjišťovala riziko vzniku dekubitu podle rozšířené stupnice dle Nortonové. Počet zjištěných bodů jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Pacienta jsem edukovala o tom, že je nutné, aby se otáčel na boky a snažil měnit svoji polohu co nejvíce. Tím se zabrání vzniku dekubitu. Vzhledem k tomu, že pacient nebyl schopen tuto činnost zvládnout zcela sám, polohovali jsme ho přes den po dvou hodinách, posazovali do křesla a snažili se ho aktivizovat. V noci byl pacient polohován po třech hodinách. Dbali jsme na to, aby měl pacient suché a upravené lůžko a vše bylo dobře vypnuto.

Hodnocení

Cíl byl splněn. Pacient neměl známky vzniku dekubitů, snažil se sám aktivně otáčet, spolupracoval. V křesle vydržel sedět přibližně dvě hodiny.

5) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK

Cíl:

- Nedojde k infekci urogenitálního ústrojí
- Pacient nebude mít známky infekce

Plán:

- Pacient bude mít dostatečný příjem tekutin
- Drenážní systém rozpoj u co nejméně
- Sleduj a zaznamenávej celkové známky infekce (subfebrilie, tachykardie, pocení, třesavka)
- Sleduj a zaznamenávej lokální známky infekce (bolest, pálení, řezání)
- Sleduj barvu, zápach, příměsi a množství moči
- Dbej na řádnou hygienu genitálií
- Pravidelně odebírej vzorky moči na bakteriologické vyšetření

Realizace:

Pacientovi byl zaveden permanentní močový katetr silikonový (Ch č.14), který byl napojen na sběrný sáček. U pacienta jsem sledovala hodinovou diurézu a pečlivě ji zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Katetr byl průchodný a odvedl 1160ml za 18 hodin, který odváděl čistou moč. Podle ordinace lékaře jsem pravidelně odebírala vzorky na bakteriologické vyšetření. Při odběrech vzorků moči jsem postupovala přísně asepticky. Nejprve jsem pečlivě odezinfikovala místo, které bylo na PMK určeno ke vpichu, poté jsem sterilní stříkačkou a sterilní jehlou odebrala vzorek moči. Po odebrání vzorku jsem zkumavku s materiálem pečlivě označila štítkem se jménem a dalšími potřebnými věcmi a odeslala do laboratoře ke zpracování. Dále jsem sledovala, zda u pacienta nedochází k výskytu lokálních nebo celkových známek infekce. Dbala jsem i na to, aby byl uzavřený systém co nejméně rozpojován. O výsledcích vyšetření jsem pravidelně informovala lékaře.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u pacienta nedošlo k výskytu lokálních ani celkových známek infekce. Pacient neměl žádné potíže související se zavedeným PMK. PMK odváděl čistou moč. Výsledky vyšetření byly pečlivě zaznamenány do dokumentace.

3.4. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Během hospitalizace byl pacient ohrožen vznikem dekubitů, vznikem tromboembolických komplikací, bylo nutné zvýšit míru jeho soběstačnosti, pravidelně s ním rehabilitovat. Proto jsem si v dlouhodobém ošetřovatelském plánu stanovila tyto cíle:

- ❖ během hospitalizace nedojde ke vzniku dekubitů, ani jiným poraněním kůže
- ❖ během hospitalizace nedojde ke vzniku tromboembolických komplikací
- ❖ pacient bude schopen provést hygienu na lůžku nebo ve sprše
- ❖ pacient zvýší míru své soběstačnosti v základních denních činnostech
- ❖ během hospitalizace nedojde u pacienta k poklesu nebo zvýšení hmotnosti
- ❖ během hospitalizace nedojde u pacienta k poruše dýchání vlivem aspirace

Realizace:

Během hospitalizace jsem dbala o pravidelné polohování pacienta po dvou hodinách, masírovala predilekční místa, na kterých by mohlo dojít ke vzniku dekubitu. Kontrolovala stav kůže. Dbala jsem o to, aby lůžko bylo stále čisté, suché a upravené a nebyly nikde záhyby vlivem kterých by mohlo dojít k otlaku a porušení kůže. Při manipulaci s pacientem jsem spolupracovala s dalším členem ošetřovatelského týmu a snažili jsme se zabránit střížnému mechanismu např. při posouvání pacienta v lůžku.

Jako prevenci tromboembolické nemoci jsem pacientovi pravidelně prováděla bandáže dolních končetin elastickým obinadlem. Kontrolovala prokrvení dolních končetin a případné známky tromboembolické nemoci, kterými jsou klidová dušnost, stenokardie, tlak na hrudi. Podle ordinace jsem v pravidelných časových intervalech podávala nízkomolekulární heparin (Fraxiparine 0,6ml s.c./24hod)

S pacientem nacvičovala míru soběstačnosti, při ranní hygieně jsem mu pomáhala jen částečně a nechala ho, ať se tuto činnosti snaží zvládnout pokud možno sám.

U pacienta jsem kontrolovala tělesnou hmotnost každé ráno. Pacient vážil 95 kg, měřil 175 cm, jeho BMI činilo 29,4. Pacient byl mírně obézní. Nebyl potřeba nutriční terapeut. Během hospitalizace pacient přibral 5 kilogramů, jeho váhový přírůstek nepřesáhl stanovených 5%.

Při jídle jsem pacienta ve spolupráci se sanitářem posazovala do lůžka tak, aby nedošlo u pacienta k aspiraci. Elevace hrudníku činila 30 stupňů. Pacientovi jsem vysvětlila, že má jíst pomalu a dostatečně vše rozžvýkat.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Během hospitalizace nedošlo u pacienta ke vzniku dekubitu, ani jinému poranění kůže. U pacienta se neobjevily žádné známky trombembolické nemoci. Pacient se snažil běžné denní aktivity zvládat sám, nebylo mu příjemné, když byl na někom závislý. Během hospitalizace nedošlo u pacienta k výraznějšímu přírůstku hmotnosti, ani k jeho vývoji.

Bohužel během 4.dne hospitalizace došlo u pacienta k aspiraci vlivem zvracení, prudkému zhoršení stavu, oběhovému selhání a pacient musel být přeložen zpět na anesteziologicko-resuscitační oddělení.

3.5. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Pacient navštívil lékaře z důvodu krutých bolestí břicha, které vznikly náhle a způsobovaly mu velké potíže. Aniž to pan B. tušil byla u něj nevyhnutelná hospitalizace. To pro něj byla velkou neznámou, protože nikdy dříve vážněji nestonal a proto měl po přijetí do nemocnice obavy, co se s ním bude dít, jak se bude dál vyvíjet jeho onemocnění a jak dlouho v nemocnici bude muset ležet a zda se vůbec uzdraví. Během hospitalizace se jeho stav několikrát zhoršil, několikrát musel být operován. Proto začal mít sklony k depresím, navštívil ho nemocniční psycholog a bylo mu naordinováno antidepresivum Cipralex 1x denně. Panu B velmi pomáhaly návštěvy rodiny, které ho vždy povzbudily k boji proti svému onemocnění.

Se zdravotnickým personálem vycházel velmi dobře a když se zrovna cítil lépe, rád si popovídal. Je si vědom toho, že po návratu domů bude muset změnit své návyky, nepít alkohol, stravovat se dietně (podle předepsané diety) a zvolnit své tempo v práci. Povahově je ale velký bojovník a i když mu několikrát bylo velmi špatně, svůj boj s nemocí nikdy nevzdal.

Prožívání nemoci: Pacient byl zaskočen nutností hospitalizace i vznikem onemocnění. Raději chtěl být doma a věnovat se své práci a rodině. Byl zvyklý být nezávislý na svém okolí a všechno si udělat sám. Během hospitalizace mu nevyhovoval naordinovaný klid na lůžku a částečná závislost na pomoci zdravotnického personálu.

Postoj k nemoci: Pacient si již od začátku hospitalizace nepřipouštěl, že by se neměl uzdravit a že by mohlo dojít ke zhoršení jeho zdravotního stavu. A proto i přes náhlé zhoršení stavu, kdy musel být operován, svůj boj nevzdal, snažil se rehabilitovat a věřil v uzdravení.

Reakce na pobyt v nemocnici: Zpočátku bylo pro pacienta obtížné zůstat v nemocnici, obával se toho, že se jeho stav zhorší a tím se prodlouží délka hospitalizace. Postupem času si ale na režim oddělení zvykl, měl radost, když ho navštívila rodina a jeho stav se začal zlepšovat. Nerad si zvykal na změny a byl klidnější, když u něj byl stejný ošetřovatelský personál.

Zhodnocení komunikace: Pro pacienta bylo zpočátku těžké navázat komunikaci, necítil se dobře a proto ani neměl chuť příliš komunikovat. Bylo důležité získat jeho důvěru. O sobě a o svých problémech nerad hovořil.

Zvládání komunikace: Při rozhovoru s pacientem bylo důležité být trpělivý, nikdy sám s rozhovorem nezačínal. Teprve v okamžiku, kdy jsem se ho na něco zeptala sama, byl ochotný odpovědět.

Zvládání stresu: Vlivem své zodpovědné práce ředitele, byl pacient vystaven stresu hodně. Při dotazu, zda používá nějaké prostředky k jeho zvládnutí, jsem se dozvěděla, že nepoužívá žádné. Stresové situace snaží zvládat sám nebo s podporou rodiny, hlavně manželky.

Obranné mechanismy: I přesto, že se mi podařilo získat při rozhovorech pacientovu důvěru. Nepodařilo se mi zjistit, zda pacient některý z obranných mechanismů používá. Pacient na mě působil klidným dojmem, dojmem pacienta smířeného se svou nemocí a s velkou touhou po uzdravení.

Motivace k léčbě: Velkou motivací byla pro pacienta rodina, která ho v nemoci velmi psychicky podporovala. Těšil se, že až přijde domů, bude se rodině více věnovat, užívat si malého vnoučka, více odpočívat.

3.6 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Pan B. žije se svou manželkou, která se o něj bude starat v době rekonvalescence. Svou pomoc přislíbily i dcera a syn, kteří mu budou pomáhat. Pacient má doma velmi dobré zázemí, velmi se těšil domů, pobyt v nemocnici už pro něj byl dlouhý. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče interního oddělení ležel pacient na pokoji s ještě jedním nemocným. S ošetrovatelským personálem vycházel velmi dobře. Mezi ním ani personálem nevznikaly během hospitalizace žádné konflikty, s ošetrovatelskou péčí o něj byl spokojen. I se svými spolupacienty vycházel velmi dobře, byl klidný a nevyhledával konflikty. Po svém uzdravení by se rád vrátil ke své práci ve vedení firmy, ale je si vědom toho, že vše bude záležet na jeho zdravotním stavu a doporučení lékaře.

4. EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO

Při přijetí na jednotku intenzivní péče byl pacient seznámen s chodem oddělení, signalizačním zařízením a zvyklostmi oddělení. Poté jsem pacienta edukovala o výživě, kterou mu lékař naordinoval pro dobu hospitalizace, pohybovém režimu, polohování, péči o invazivní vstupy, respirační terapii, péči o chronickou ránu. Pacient byl edukován o nácviku sebezpečí, rehabilitaci, nutnosti dostatku tekutin a nutnosti sníst alespoň polovinu porce jídla, prevenci tromboembolické nemoci. Pacienta jsem edukovala především ústně a opakovaně. Pacient neměl žádné komunikační bariéry.

Při nácviku sebezpečí jsem pacienta edukovala o tom, že je nutné, aby zvyšoval svou soběstačnost a snažil se běžné dovednosti v oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny zvládat jen s minimální pomocí.

Při rehabilitaci jsem ve spolupráci s rehabilitační sestrou vysvětlovala pacientovi, jak zvládnout posazení se v lůžku, zvládnout se s pomocí postavit do chodítka. Při polohování jsem pacientovi vysvětlovala, že je nutné, aby se otáčel na boky, aby se snížilo riziko vzniku dekubitů.

Při pravidelných převazech invazivních vstupů jsem pacientovi vysvětlovala, jak budu při převazech postupovat a aby všechny negativní známky, jako např. bolest hlásil.

V oblasti výživy jsem pacientovi vysvětlovala, že je nutný dostatek tekutin proto, aby nedošlo k dehydrataci, stagnaci moči v močovém měchýři a vzniku infekce močových cest. Pacientovi jsem říkala, že pro jeho uzdravení je nutný i dostatečný příjem energie a proto aby pacient snědl alespoň polovinu porce jídla.

Při propuštění by byl pacient lékařem edukován o nutnosti dodržování nejprve přísné pankreatické diety, později o dietě žlučnickové a nutnosti užívání léků. Nutriční terapeut edukoval pacienta o způsobech přípravy pokrmů, doporučených a zakázaných potravinách.

Edukační standard k onemocnění akutní pankreatitidy

Edukace slouží k tomu, aby se nemocný seznámil s příčinami, příznaky, způsobem léčby i nutné diety při onemocnění akutní pankreatitidou a aby se nemocný i jeho blízcí seznámili s tím, jak jídla připravovat, jaké potraviny jsou mu doporučeny a které naopak zcela zakázány. Cílem edukace je, aby nemocný zvládl nový způsob života a svou nemoc.

1) Co je akutní pankreatitida?

Jedná se o závažné akutní zánětlivé onemocnění při kterém dochází k samonatrávení žlázy pankreatu pankreatickými enzymy.

2) Jak se onemocnění projevuje?

Onemocnění se projevuje prudkou bolestí břicha, která je lokalizována v oblasti epigastria, vyzařuje do celého břicha a do zad. Dalšími příznaky jsou nauzea a zvracení, může být zvýšená teplota až na 39 st. Celsia, zrychlený puls a dech.

2) Jaké jsou rizikové faktory vzniku AP?

Mezi rizikové faktory patří převážně žlučové kameny, při nedodržování žlučnickové diety, nebo alkohol, který je konzumován opakovaně a dlouhodobě.

3) Jaká jsou preventivní opatření?

K preventivním opatřením patří dodržování zdravé životosprávy a opatrná konzumace alkoholu. Správnou životosprávou se rozumí připravovat pokrmy předepsaným způsobem, což znamená vařením, dušením, zapékání pokrmů ve formě s teflonovým povrchem nebo vařené v páře. Při přípravě pokrmů používat jen tuky se středně dlouhými mastnými kyselinami. Při zvolnění diety je možné použít tuk s nízkým obsahem (např. Perla). Je vhodné ho použít ke slabému potření pečiva, na přílohy nebo těsně nebo před dokončením do pokrmu.

4) Co dělat při vzniku onemocnění?

Při vzniku obtíží je nutné včas navštívit lékaře, aby bylo onemocnění správně diagnostikováno a mohlo se začít s včasnou léčbou. Při zanedbání může toto onemocnění skončit i smrtelně.

5) V čem spočívá léčba?

Po správném diagnostikování spočívá léčba v důsledném dodržování diety, při které je naprosto vyloučena konzumace alkoholu a přepálených tuků. V akutní fázi je vyloučen perorální příjem potravy i tekutin, aby nedocházelo ke zvyšování sekrece pankreatických enzymů a dalšímu poškození pankreatu. K zajištění výživy je nutné zavedení žilního katetru, kterým je výživa dodávána. Po zklidnění stavu se začíná s podáváním potravy ústy. Nejprve jsou podávány sacharidy, poté vhodné bílkoviny a nakonec se dodává malé množství tuků.

6) Doporučení pro pacienty

V počáteční fázi onemocnění je nutné přísné dodržování diety a proto jsou nemocní edukováni o tom, jakým způsobem jídla připravovat, co mají dovoleno a co naopak zakázáno.

DOPORUČENÉ POTRAVINY:

Nápoje: neperlivé nápoje ochucené ovocným sirupem, černý čaj, ovocné šťávy, ředěné džusy.

Ryby: netučné druhy- pstruh, losos, candát, treska, štika, filé

Maso: libové kuřecí, králíčí, krůtí, hovězí, telecí, drůbeží šunka

Mléčné výrobky: nízkotučné tvarohy, žervé, Eidam s 20-30% tuku v sušině, nízkotučné tavené sýry, jogurty do 1% tuku v sušině, mléko do 2% tuku v sušině.

Zelenina: mrkev, brokolice, špenát, hlávkový salát, ledový salát.

Ovoce: banány, broskve, meruňky, jablka, ovocné přesnídávky – meruňkové, jablečné, broskvové

Vejce: žloutky se omezují na 1-2 kusy týdně, přidávají se do pokrmů, nepodávají se samostatně, množství bílků není nutné omezovat.

Koření: petrželová nať, kopr, majoránka, kmín, bazalka, pomerančová a citrónová šťáva a kůra, libeček, tymián.

Omáčky: nesmí být tučné, lze použít např. rajčatovou, pažitkovou, koprovou, petrželovou, citronovou omáčku.

ZAKÁZANÉ POTRAVINY, POCHUTINY A POKRMY

Masa: tučná masa, vykrmovaná drůbež, tučné ryby (úhoř, sumec), smažené masité pokrmy, uzeniny, vnitřnosti, masové a rybí konzervy.

Tuky: sádlo, přepuštěné máslo, skopový a hovězí lůj, tuk z ryb, ztužené 100% tuky

Zelenina: kysané zelí, kapusta, růžičková kapusta, celer, cibule, česnek, pálivé papriky, pórek, kukuřice

Mléčné výrobky: tučný tvaroh, smetana, šlehačka

Nápoje: všechny alkoholické nápoje, káva

Omáčky: všechny tučné a silně dráždivé

Polévky: silné vývary z masa a kostí, zeleninové vývary ze zakázaných druhů zeleniny.

Koření: paprika, černý pepř, zázvor, kari, nové koření, kmín, bedrník, muškátový květ i oříšek, polévkové koření.

REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

- Dietní režim by měl energeticky vydatný, bohatý na vitaminy
- Malé, ale časté dávky jídla
- Snížený obsah tuku v potravě

5. PROGNOZA

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění, které může skončit i smrtí, pokud je ale onemocnění včas rozpoznáno a léčba zahájena včas, je prognóza dobrá. I když je nutné již doživotně dodržovat dietu, je naprosto zakázán alkohol. A nemocný člověk by měl být v klidu, příliš se nestresovat a více odpočívat. Dbát na správnou životosprávu, raději konzumovat více porcí jídel po malých dávkách.

Prognóza onemocnění u tohoto pacienta je velmi dobrá, pacient má dobrou šanci se zcela uzdravit. Podle gastroenterologa bude pacient muset prodělat ještě jedno endoskopické vyšetření, při kterém mu budou vyměněny dlouhé stenty zavedené z pseudocysty do žaludku, za stenty kratší. Dále pacient bude muset být pravidelně sledován u svého lékaře. Pravidelně bude odebírána krev na krevní obraz, biochemii. Při vzniku obtíží bude muset pacient vyhledat pomoc lékaře. U pacienta bude po propuštění nutné dodržovat přísnou žlučnickovou dietu, vyhýbat se tučným jídlům a hlavně zcela vynechat alkohol.

6. ZÁVĚR

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění, které může skončit i smrtelně, pokud není dostatečně včas správně diagnostikováno a léčeno. V současné době má její výskyt stále stoupající tendenci. Příčinou je stále větší spotřeba alkoholických nápojů a výskyt cholelitiázy. Pacienti s lehkou formou akutní pankreatitidy se většinou uzdraví bez následků. U těžkých forem závisí prognóza na Ransonových kritériích, zjišťovaných při přijetí a 48 hodin po přijetí.

Ošetrovatelská péče o pacienty s těžkou akutní pankreatitidou je velmi náročná a vyžaduje neustálé sledování a monitoraci fyziologických funkcí pacienta a laboratorních hodnot. Vlastní ošetrovatelská péče spočívá v péči o osobní hygienu, pravidelné sledování bilance tekutin, prevenci dekubitů.

Zpracovávání této bakalářské práce mě obohatilo o větší znalost tohoto závažného onemocnění. Získala jsem větší přehled o příčinách, patogenezi, formách, způsobech diagnostiky a možnostech léčby tohoto onemocnění.

Díky této práci jsem měla možnost navázat užší kontakt s pacientem, o které tato práce pojednává. Seznámit se s příčinou vzniku jeho obtíží, celkovým stavem před vznikem onemocnění. Z lékařské dokumentace jsem získala informace o základní diagnóze, laboratorních výsledcích, výsledcích diagnostických metod, terapeutických opatřeních.

U pacienta jsem podle modelu Marjory Gordonové sepsala ošetrovatelskou anamnézu, stanovila ošetrovatelské diagnózy a cíle. Zpracovala krátkodobý ošetrovatelský plán jejich realizace a hodnocení.

Po stabilizaci stavu a částečném obnovení soběstačnosti byl pacient přeložen k další rehabilitaci a nácviku sebek péče do rehabilitačního zařízení Malvazinky. Pacient se cítil dobře a byl v dobré psychické pohodě.

POUŽITÁ LITERATURA:

- 1) Adams, B., Harold, C.D.: Sestra a akutní stavy od A do Z, Grada Publishing 1999, 1.vydání, ISBN 80-7169-393-8, 488 s.
- 2) Červinková, E. a kolektiv: Ošetrovatelské diagnózy, NCO NZO, Brno 2005, 165 str., ISBN 80-7013-283-3
- 3) Hrabovský, J. a kol.: Chirurgie, Eurolex Bohemia, Praha 2006, 445str., ISBN 80-86861-49-X
- 4) Kapounová, G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči, Grada Publishing, Praha 2007, 350 str., ISBN 978-80-247-1830-9
- 5) Kostka, R.: Akutní pankreatitida- komplexní přístup, Galén, Praha 2006, 233 str., ISBN 80-7262-427-X
- 6) Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Grada Publishing Praha 2002, 198str., ISBN 80-247-0179-0
- 7) Linc, R., Doubková, A: Anatomie hybnosti- Splanchnológia, Karolinum, Praha 2001, 155 str., ISBN 80-246-0363-2
- 8) Mačák, J.; Mačáková, J.: Patologie, Grada Publishing, Praha 2004, 347str., ISBN 80-247-0785-3
- 9) Mastiliaková, D: Úvod do ošetrovatelství, II.díl – Systémový přístup, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, 160 str., ISBN 80-246-0428-0
- 10) Nečas, E.: Patofyziologie, Karolinum 2005, Praha, ISBN 80-246-0675-5
- 11) Pavlíková, S.: Modely ošetrovatelství v kostce, Grada Publishing, Praha 2006, 150 str., ISBN 80-247-1211-3
- 12) Recepty, rady lékaře: Diety při onemocnění slinivky břišní, vydavatelství MAC, spol.s.r.o, 2004, 31 str., ISBN 80-86783-07-3
- 13) Rokyta, R. a kol.: Fyziologie, Praha 2000, ISV nakladatelství, 360 str., ISBN 80-85866-45-5
- 14) Staňková, M.: České ošetrovatelství III.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, Brno, NCO NZO 2005, 50 str., ISBN 80-7013-282-5

- 15) Staňková, M.: České ošetřovatelství IV.: Jak provádět ošetřovatelský proces, Brno, NCO NZO 2005,67 str., ISBN 80-7013-283-3
- 16) Šafránková, A; Nejedlá, M.: Interní ošetřovatelství I., Grada Publishing, Praha 2006, 260 str., ISBN 80-247-1148-6
- 17) Špičák, J.: Akutní pankreatitida, Grada Publishing 2005 Praha, 216 str.,ISBN 80-247-0942-2
- 18) Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Brno, NCO NZO 2006,186 str., ISBN 80-7013-324-4
- 19) Zadák, Z.: Výživa v intenzivní péči, 2.rozšířené vydání., Grada Publishing 2008, 542 str., ISBN 978-80-247-2844-5

SEZNAM ZKRATEK

AA	anamnéza alergií
AP	akutní pankreatitida
ARDS	syndrom dechové tísně dospělých (Adult respiratory distress syndrome)
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	antibiotika
CARS	kompenzační protizánětlivá odpověď (compensatory antiinflammatory response syndrome)
CPAP	ventilační režim umožňující spontánní dýchání při kontinuálním přetlaku v dýchacích cestách (Continue Possitive Airway Pressure)
CT	výpočetní tomografie
CVT	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katetr
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiografie
FA	farmakologická anamnéza
Fi O ₂	frakce kyslíku
GCS	Glasgow Coma Scale
GSK	gastroskopie
HMK	hemokultura
i.v.	intravenózní podání
JIP	jednotka intenzivní péče
MODS	syndrom mnohočetného orgánového selhání (multiple organ dysfunction syndrome)
MOF	multiorgánové selhání (multiple organ failure)
NO	nynější onemocnění

OA	osobní anamnéza
PA	pracovní anamnéza
PDQ	pravý dolní kvadrant
PMK	permanentní močový katetr
PS	tlaková podpora
RA	rodinná anamnéza
s.c.	subkutánní podání
SA	sociální anamnéza
SIRS	systémová zánětová odpověď organismu (systemic inflammatory response syndrome)
SIMV	ventilační režim, který dodává do spontánní ventilace řízené dechy v určitých časových intervalech
TEN	trombembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
UPV	umělá plicní ventilace
V.subcl.dx	vena subclavia dextra

SEZNAM PŘÍLOH:

- Příloha č.1: Souhlas s použitím ošetrovatelské dokumentace
- Příloha č.2: Souhlas pacienta s použitím údajů z jeho zdravotnické dokumentace
- Příloha č.3: Ošetrovatelská anamnéza- dotazník
- Přílohy č.4: Záznam o edukaci
- Příloha č.5: Visuální analogová škála bolesti
- Příloha č.6: Záznam o bolesti
- Příloha č.7: Barthelův test každodenních aktivit
- Příloha č.8: Stupnice dle Nortonové
- Příloha č.9: Dieta č.4/S – s přísným omezením tuků
- Příloha č.10: Pankreatická dieta
- Příloha č.11: Plán ošetrovatelské péče
- Příloha č.12: Scóre rizika pádu

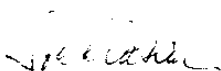
Mgr. Eva Holá
Nemocnice na Homolce
Roentgenova 2
Praha 5 – Motol

Věc: Žádost o udělení svolení s použitím ošetrovatelské dokumentace pro bakalářskou práci

Žádám o svolení s použitím ošetrovatelské dokumentace (edukačního materiálu pro pacienty s pankreatitidou, záznamu o bolesti a hodnotící škály VAS, skóre pro hodnocení rizika pádu dle Conleyové, záznamu o edukaci) pro tvorbu své bakalářské práce, která bude sloužit jen ke studijním účelům.

V Praze dne19.2.2009.....


.....
Michaela Kerlová




19.2.2009
Nemocnice Na Homolce
náměstky pro ošetrovatelskou péči
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
tel.: 57 27 25 20

Souhlas s použitím údajů z ošetrovatelské dokumentace

Souhlasím s tím, aby údaje z mé zdravotnické dokumentace mohly být použity pro tvorbu bakalářské práce, která bude použita pouze ke studijním účelům.

V Praze 23.2.2009


.....
Podpis pacienta

STUDYJÍCÍ:


Kerňová Michaela

Příloha č.4

Záznam o edukaci

<input checked="" type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> pac. needukovatelný		Preferované metody edukace¹⁾: <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> praktický nácvik		
<input type="checkbox"/> rodinný příslušník		Komunikační bariéra: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jazyková: <input type="checkbox"/> smyslová (nedoslýchavost, hluchota, slepota,...):		
Datum: 10/11/2008 čas:	Datum: čas:	Datum: čas:	Datum: čas:	Datum: čas:
Téma edukace: <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input checked="" type="checkbox"/> dieta č. 45 + Nubri <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input checked="" type="checkbox"/> Sebepéče <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input checked="" type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input checked="" type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. ____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebepéče <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. ____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebepéče <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. ____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebepéče <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. ____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebepéče <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN
Poznámky²⁾: pacient se nám s chodem oddělil a stáhl si teni nemoci		Poznámky²⁾:		
Použitá metoda edu.: <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná:		Použitá metoda edu.: <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná:		Použitá metoda edu.: <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná:
Reakce pacienta: <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input checked="" type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe		Reakce pacienta: <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe		Reakce pacienta: <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe
Podpis edukátora: <input checked="" type="checkbox"/> oš. sestra Kutar <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> dietní sestra <input type="checkbox"/> lékař		Podpis edukátora: <input type="checkbox"/> oš. sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> dietní sestra <input type="checkbox"/> lékař		Podpis edukátora: <input type="checkbox"/> oš. sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> dietní sestra <input type="checkbox"/> lékař

Použité zkratky: pac.: pacient chron.: chronickou ICHS: ischemická choroba srdeční TEN: tromboembolická nemoc oš.: ošetřující edu.: edukace
 PID: pacientova identifikační data

1) Pacient si určí sám, které z metod edukace mu vyhovují

2) Doplnující a upřesňující poznámky k edukačnímu tématu (např. sebepéče, medikace, pohybový režim, užívání pomůcek,...)

Pacientova hranice snesitelné bolesti: 3															
Datum: 10. 11. 2005															
Čas: 14:00 - 17:00															
VAS a															
charakter															
Pulzující	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Kolikovitá	N 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Řezavá	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Neurčitá	2	N 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Svíravá	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Vystřelující	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lokalizace bolesti	Důležité: oblast operace hruď														
Projevy bolesti (při změněném stavu vědomí, komunikační bariéry pacienta)	Neverbální signály bolesti														
	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	
	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	
	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	
	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	
	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid
	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti
	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.
	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné
	Vegetativní signály bolesti														
Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	
Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	
Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	
Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	
Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	
Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	
Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	
Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	
Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	
RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	
Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	
Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	
Vývoj medikace *)	Tramal 50mg i.v.														
Poznámky	po polamí analgetika ne bolest zmenšila														
Podpis sestry:	S. Kůrková														
Podpis lékaře:															

*) Vývoj medikace: ↑ zvýšení medikační dávky
 → dávka zůstala stejná
 ↓ snížení dávky

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace - Nemocnice na Homolce

Příloha č.7 - |Barthelův test základních všedních činností

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

Zdroj: Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, str.23

Příloha č.8 Hodnocení rizika vzniku dekubitu

Rozšířená stupnice dle Nortonové

	body			
	4	3	2	1
Schopnost spolupráce	úplná	malá	částečná	žádná
Věk	do 10	do 30	do 60	60 +
Stav pokožky	normální	alergie	vlhká	suchá
Další nemoci	žádné	*)	*)	*)
Tělesný stav	dobrý	zhoršený	špatný	velmi špatný
Stav vědomí	dobrý	apatický	zmatený	bezvědomí
Pohyblivost	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná
Inkontinence	není	občas	převážně močová	stolice i moč
Aktivita	chodí	doprovod	sestačka	upoután na lůžko

*) diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom, atd. Dle stupně závažnosti 3 až 1 bod.

Riziko vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně, než 25 bodů (včetně). Čím je méně bodů, tím vyšší je riziko!

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace – Nemocnice na Homolce

Dieta č. 4/S – S PŘÍSNÝM OMEZENÍM TUKU

Indikace:

Dieta se podává pacientům v akutním stádiu infekční žloutenky, při akutním zánětu žlučníku, při akutní pankreatitidě.

Složení:

KJ	B	T	S	vit.C
7000	35g	10g	350g	60mg

Charakteristika:

Převážně sacharidová dieta bez bílkovin masa, s omezením bílkovin mléčných, s naprostým vyloučením volného tuku a přísným omezením tuku vázaného.

Energeticky a biologicky je dieta neplnohodnotná, proto ji podáváme velmi krátkou dobu (max. 3-5 dní) než odezní akutní stádium chorob jater, žlučníku a slinivky břišní.

Základní pravidla:

- 1) dostatečná zásoba sacharidů
- 2) minimální přísun bílkovin
- 3) vyloučení volného tuku
- 4) strava je mechanicky, chemicky a termicky šetřící
- 5) strava je poměrně chudá na vit.C
- 6) po odeznění akutního stádia postupně přecházíme na d č.4

Technologická úprava:

- vaření
- dušení
- pečení v páře

Výběr potravin:

Maso:

- nepodáváme

Mléko a mléčné výrobky:

- na přípravu pokrmů používáme mléko ředěné vodou
- z mléčných výrobků lze podávat netučný tvaroh, po zlepšení stavu pacienta i žervé

Vejce:

- používáme jen bílek na přípravu pokrmů (denně alespoň 1 bílek – je to jediný zdroj plnohodnotných bílkovin)
- sedlina

Tuky:

- jsou přísně zakázané
- zařazujeme potraviny s ohledem na obsah vázaného tuku

Obiloviny:

- bílá pšeničná mouka, krupice, lisované krupky, rýže,

Zelenina:

- dušená mrkev a špenát
- vařený chřest
- rajčatová šťáva
- hlávkový salát

Ovoce:

- banán
- kysely, přesnídávky (jablečná, meruňková, broskvová)
- ovocné šťávy z hroznového vína, jablek, meruněk, broskví

Nápoje:

- čaj šípkový, ruský
- ovocné šťávy ředěné

Koření:

- nepoužíváme

Výběr pokrmů:

Polévky:

- připravujeme zásadně z vody
- mrkvová, špenátová, bramborová třená, obilninová lisovaná, žemlová sedlina

Příkrmy:

- brambory vařené, bramborová rýže, bramborová kaše (z polovičního mléka)
- rýže
- bezvaječné těstoviny
- žemlová sedlina

Omáčky:

- slabá rajská, citrónová, meruňková

Zelenina:

- povolené druhy upravené vařením a dušením

Hlavní pokrmy:

Zeleninové – rýže s mrkví, dušená mrkev, dušený špenát

Sladké – bramborové placičky s meruňkovým džemem, rýže s meruňkami, žemlové řezy s jablky

Obilninové – vařené těstoviny s opraženou strouhankou a netučným tvarohem

Vaječné – bílková sedlina

Pečivo:

- suchary, starší bílé pečivo, veka
- piškoty

Zvlášť nevhodné potraviny:

- všechny druhy kromě uvedených

Zdroj: Nemocnice na Homolce – informace pro pacienty

Pankreatická dieta

Doporučení jsou uzpůsobené většině pacientů, ale je třeba individuálně je upravit při konzultaci s odborníkem na výživu.

Indikace:

Dieta je určena pacientům při akutním nebo chronickém zánětu slinivky břišní (pankreatitidě).

Stravu je třeba postupně upravovat ve vazbě na stravovací možnosti a aktuální zdravotní stav pacienta.

Úpravu je třeba vždy konzultovat s ošetřujícím lékařem a nutričním terapeutem.

Charakteristika diety:

- 1.) V prvních fázích akutní pankreatitidy vylučujeme potravu úplně a pacienty živíme pouze nitrožilně (parenterálně).
- 2.) V další fázi se pokračuje dle laboratorních výsledků a vyšetření ultrasonografie nebo CT.
 - a.) Pacienta převádíme na kompletní tekutou výživu do střeva (enterální výživa), kdy se do tenkého střeva zavádí sonda. Délka podávání enterální výživy je individuální – může trvat i několik týdnů.

- b.) Anebo pokud vyšetření prokáží zklidnění zánětu, nezavádí se sonda, ale pacient začíná popíjet čaj po lžičkách.
Poté přidáváme do potravy lehce stravitelná jídla obsahující sacharidy (cukry) – starší pečivo, med, džem, přesnídávky, bramborovou kaši připravenou s vodou.

V tomto období obsahuje dieta 20g tuku. Podává se podle potřeby 2–3 dny, ale opět je to individuální.

Jedná se o dietu nedostačující (karenční) a proto je nutná nitrožilní (parenterální) podpora nebo popíjení kompletní tekuté výživy (sipping – Nutridrink fat free, Nutridrink, Resource, Resource protein, Fresubin).

3.) V dalším období zařazujeme bílkoviny – dáváme přednost libovému bílému masu (kuře bez kůže, králík, krůta), nízkotučným mléčným výrobkům. Mléko podáváme dle snášenlivosti. Dieta obsahuje 40g tuku. V této fázi je dieta stále nedostačující a proto je nutné přidání sippingu.

3.) Pokud se funkce slinivky břišní **upraví k normě**, přecházíme na dietu žlučnickovou 60g tuku, jejímž základem je vyloučení přepalovaných tuků, prorostlého masa, nadýmavých potravin a ostrého koření.

Obecně v dietě omezujeme potraviny, které vedou ke zvýšené tvorbě pankreatické šťávy.

Jídlo by se mělo rozdělit do více malých dávek.

Doporučuje se snížit množství tuků v dietě, vynechat smažená jídla, majonézy, tučná masa, salámy, tučné mléčné výrobky, alkohol.

Pokrm by neměl být horký ani příliš studený.

Zdroj: Nemocnice na Homolce – Informace pro pacienty

Příloha č.12: Scóre rizika pádu

Skóre rizika pádu (modifikace stupnice dle Conleyové)

Anamnéza	pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2 body
Vyšetření	zmatenost, nedostatečné vnímání rizik	3 body
	agitace, neklid	2 body
	porucha chůze	1 nebo 2 body ^{*)}
	porucha zraku	1 nebo 2 body ^{*)}
Přímé dotazy	Stává se vám, že neudržíte cestou na WC stolicí nebo moč?	1 nebo 2 body ^{*)}
Další okolnosti^{**)}		1 nebo 2 body ^{*)}
Součet:		

Je-li součet > 2, jedná se o rizikového pacienta

^{*)} Skóre rizika p
Hodnotíme dle závažnosti poruchy

^{**)} Anamnéza

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace – Nemocnice na Homolce