

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jaroslava Chlumská

**Ošetřovatelská péče o pacientku
s pankreatickou píštělí jako důsledek
splenektomie**

*Nursing Care of a Patient with pancreatic fistula
as a result of Splenectomy*

Bakalářská práce

Praha, červen 2013

Autor práce:	Jaroslava Chlumská
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Vytejšková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. lékařské fakulty Karlovy Univerzity
Odborný konzultant:	MUDr. Lukáš Havlůj
Pracoviště konzultanta:	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, chirurgická klinika
Předpokládaný termín obhajoby:	červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Zároveň prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 23. května 2013

Jaroslava Chlumská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Vytejškové za odborné rady a vedení při zpracování mé bakalářské práce. Ráda bych poděkovala MUDr. Lukáši Havlůjovi, za jeho odborné poznatky a vstřícný přístup při poskytování konzultací.

Obsah

1	Úvod.....	6
2	Klinická část.....	7
2.1	Embryologie	7
2.2	Anatomie pankreatu.....	7
2.3	Fyziologie pankreatu	11
2.3.1	Exokrinní funkce	11
2.3.2	Endokrinní funkce	11
2.4	Onemocnění pankreatu.....	13
2.5	Diagnostika při onemocnění pankreatu.....	14
2.5.1	Anamnéza	14
2.5.2	Fyzikální vyšetření.....	15
2.5.3	Laboratorní vyšetření.....	16
2.5.4	Zobrazovací metody	16
2.6	Pankreatická píštěl.....	18
2.7	Splenektomie	23
2.7.1	Změny v organismu po splenektomii	23
2.7.2	Komplikace splenektomie	25
2.8	Prognóza.....	26
3	Základní údaje o pacientce.....	26
3.1	Identifikace nemocného	27
3.2	Lékařská dokumentace	27
3.3	Objektivní vyšetření	28
3.4	Průběh hospitalizace (17. 10. 2012 – 7. 11. 2012)	30
3.5	Farmakoterapie ke dni 26. 10. 2012	40
4	Ošetrovatelská část.....	44
4.1	Definice a cíle ošetrovatelství	44
4.2	Ošetrovatelský proces	45
4.3	Model ošetrovatelské péče Marjory Gordon	47
4.4	Ošetrovatelská anamnéza podle modelu M. Gordon	48
4.5	Ošetrovatelské diagnózy ke dni 26. 10. 2012.....	53
4.6	Dlouhodobý plán péče.....	61
4.7	Psychosociální stránka pacientky	63
4.8	Edukace	65
4.8.1	Edukace o dietě.....	66
5	Závěr.....	68
	Seznam zkratk.....	69
	Seznam tabulek.....	72
	Použitá literatura.....	73
	Seznam příloh.....	75

1 Úvod

Cílem mé bakalářské práce je nastínit problematiku ošetrovatelské péče o pacientku s pankreatickou píštělí, která vznikla v souvislosti s dříve provedenou splenektomií. O pacientku jsem se starala tři dny a jako hlavní pro popis ošetrovatelské péče jsem si vybrala den, kdy podstoupila vyšetření ERCP.

Práce je členěna na dvě části. První je část klinická, kde se zabývám anatomii a fyziologií pankreatu, popisují příznaky, diagnostiku a následnou léčbu pankreatické píštěle. Stručně uvádím problematiku splenektomie, její komplikace a změny v organismu člověka. Tato část obsahuje také údaje o pacientce J. K. a informace o průběhu její léčby od příjmu do propuštění.

Druhá část je ošetrovatelská, kde řeším teorii ošetrovatelského procesu a aplikuji ošetrovatelský proces na danou kazuistiku.

V závěru práce shrnuji seznam použitých zkratk a literatury. Přílohy obsahují formulář pro ošetrovatelský plán péče a sběr anamnestických dat, edukační materiál a obrázky.

Veškeré informace byly odebrány a použity se souhlasem pacientky. Materiály Fakultní nemocnice Královské Vinohrady byly použity se souhlasem vrchní sestry chirurgie.

2 Klinická část

2.1 Embryologie

Vývoj pankreatu začíná ve čtvrtém týdnu embryonálního vývoje a to z dolní části předního střeva v podobě dvou pupenů. Jedná se o dorzální a ventrální pupen. V postupném vývoji rotují oba pupeny doprava a poté se spojí. Při pozdější rotaci duodena se celý pankreas posouvá v dutině břišní směrem doleva. V dospělosti pochází z dorzálního pupenu tělo, ocas a kraniální část hlavy pankreatu. Dolní část hlavy pochází z ventrálního pupenu. Hlavní pankreatický vývod – Ductus Wirsungi vzniká spojením ventrálního a dorzálního vývodu pankreatu. Pouze malá část přetrvává jako akcesorní vývod – Ductus Santorini. V populaci u 5–10 % nedochází ke spojení ventrálního a dorzálního vývodu a větší část žlázy ústí vývodem Ductus Santorini na papilla minor. Na papillu Vaterí zůstává drénována pouze malá část ventrálního pankreatu. V tomto místě se sbíhají vývody společně se žlučovodem. (Way, 1998)

2.2 Anatomie pankreatu

Slinivka břišní je žláza s vnitřní a vnější sekrecí. Jedná se o retroperitoneálně uložený orgán, který je elipsovitého, podlouhlého tvaru. Má šedorůžový povrch podobný velké slinné žláze, na kterém jsou patrné drobné lalůčky. U dospělého člověka je dlouhý 12–16 cm a váží 60–90 g. Je uložen za nástěnným peritoneem v prostoru, který se nazývá bursa omentalis. Táhne se napříč za žaludkem po zadní stěně břišní, od duodena vlevo až ke slezině.

Na slinivce je možno rozlišit tři hlavní části:

Caput pancreatis – hlava pankreatu

Corpus pancreatis – tělo pankreatu

Cauda pancreatis – ocas pankreatu

Hlava pankreatu je rozšířená, na obvodu zaoblená, předozadně oploštělá část, uložená v prostoru zahnutí duodena, před tělem obratle L2. K zadní stěně břišní je pankreas připojen řídkým vazivem. Za hlavou pankreatu je kmen v. portae, který vzniká soutokem v. mesenterica superior a v. splenica. Vpravo do ní probíhá v. cava inferior. Do duodena ústí společně jak žlučový vývod ductus choledochus, tak ústí pankreatu. Od aorty je hlava dělena vazivovou membránou zvanou retropankreatická membrána Treitzova. Tato membrána vznikla z mesoduodena, kde se původně hlava pankreatu vyvíjela.

Tělo pankreatu se táhne přes břišní aortu a dosahuje až k levé ledvině a dolním okrajem se dotýká s flexurou duodenojejunalis. Vyklenutá přední strana těla se svým peritoneálním povrchem dotýká se zadní plochou žaludku. Na těle se objevují přední, zadní a dolní zploštění – fascies. Po horním okraji těla probíhá a. lienalis, trochu kaudálněji poté v. lienalis.

Ocas pankreatu dosahuje vlevo před levou ledvinu až k hilu sleziny. Ligamentum pancreaticosplenicum je řasa peritonea, ve které probíhají v. et a. lienalis. (Čihák, 2002; Way, 1998)

Stavba pankreatu

Slinivka je žláza se dvěma hlavními složkami – vnitřní a vnější sekrecí.

a) Exokrinní složka pankreatu – pars exocrina pancreatis

Exokrinní složka je tubuloalveolární žláza, na povrchu pokrytá vazivovým pouzdrém, z něhož vstupují do žlázy drobná septa. Ty dělí žlázu na lalůčky různých velikostí i tvarů. Lalůčky se skládají ze žlázových acinů, které jsou tvořeny serózními buňkami pyramidového tvaru, s jádrem v bazální třetině. Začáteční úseky vývodů jsou označovány jako vsunuté vývody, utvořené jednovrstevným kubickým epitelem s jádry buněk uloženými centrálně. Jsou vsunuty do acinů, kde se překrývají s centroacinosními buňkami.

b) *Endokrinní složka pankreatu – pars endocrina pancreatis*

Endokrinní složka je tvořena skupinami buněk, které jsou roztroušeny v exokrinní složce a podobají se ostrůvkům – Langerhansovy ostrůvky. Počet těchto ostrůvků je 1–2 miliony a velikost 0.1–0.5 mm. Jejich shlukovaný počet je různý, mohou se v exokrinní složce nacházet i jednotlivě. Více ostrůvku se tvoří v ocasu pankreatu. Ostrůvky tvoří celkem 1,5 % objemu pankreatu a váží kolem 1 g. Langerhansovy ostrůvky obklopuje síť krevních kapilár charakteru sinusoid. Povrch ostrůvků je obalen vazivovým pouzdem s kolagenními a retikulárními vlákny. (Rokyta et al., 2008; Čihák, 2002)

Pankreatické vývody

Vývody pankreatu začínají formou vsunutých vývodů a pokračují jako intralobulární a interlobulární vývody, jež jsou vystlány jednovrstevným plochým epitelem. Ty poté vstupují do hlavních vývodů pankreatu.

Ductus pancreaticus Wirsungi je hlavním vývodem pankreatu, o průměru 2–3 mm. Prochází podélně celou žlázou od ocasu po hlavu pankreatu a dále do pars ascendens duodeni. Ductus pancreaticus vyústí spolu se žlučovodem do papilly duodeni major. Ve 33 % může ductus pancreaticus vyústit samostatně. (Čihák, 2002, str. 121)

Ductus pancreaticus accessorius Santorini je přídatný vývod, který vybíhá z hlavy pankreatu a anastomuje do duodena kraniálně nad hlavním vývodem do papilla duodeni minor. Tento ductus může být zakrnělý, ve 3 % vyloženě chybí, v 5–8 % vybíhá z ocasu pankreatu a slučuje se s vývodem hlavním. (Čihák, 2002, str. 121)

Oba dva vývody jsou vystlány dvojitým cylindrickým epitelem, ve kterém jsou přítomny endokrinní buňky a jednotlivé pohárkové buňky. Povrchy vývodu jsou pokryty kolagenním vazivem, do něhož se zanořují malé mucinózní žlásky.

Krevní zásobení pankreatu

Slinivka je zásobena z větví a. celiaca a a. mesenterica superior.

Z a. gastroduodenále pokračuje a. pancreaticoduodenalis superior, která probíhá podél duodena a větví se do přední a zadní části hlavy pankreatu, kde anastomozuje s a. pancreatoduodenalis inferior. K zadní části hlavy pankreatu také sbíhají drobné větve arterií retroduodenales. Z a. splenica přicházejí drobné větve, které zásobují celé tělo a ocas pankreatu.

Žíly z hlavy a části těla pankreatu se sbíhají do v. mesenterica superior a do jejích přítoků. Z těla a ocasu se vv. pancreaticae vlévají do v. splenica. (Čihák, 2002; Way, 1998)

Inervace pankreatu

Inervace vychází ze splachnických a vagových nervů. Eferentní vlákna procházejí celiackým plexem, který je tvořen celiackou větví pravého nervus vagus, a končí v gangliích interlobulárních septech žlázy. Postganglionární vlákna svými synapsemi inervují aciny, ostrůvky a vývody pankreatu. Viscerální aferentní vlákna putují z pankreatu cestou vagových a splachnických nervů. Sympatická vlákna jdou ze splachnických nervů přes celiacký plexus a inervují pankreatický cévní systém. (Way, 1998)

Lymfatická drenáž

Lymfatická drenáž ústí do peripankreatických uzlin kolem odvodných žil. Mízní cévy odtékají třemi směry. Do nodi hepatici (kraniální část hlavy, dorsálně), nodi coeliaci (přitéká sem míza i z ostatních uzlin – směr kraniální a dorzální) a do nodi pancreatici superiores, který je uložen podél v. splenica. Sbírá se do něj míza z těla a ocasu pankreatu. (Čihák, 2002)

2.3 Fyziologie pankreatu

Slinivka je žláza s vnější i vnitřní sekrecí. Proto zaujímá v těle spoustu funkcí, především související s trávením živin a ovlivňováním hladiny glykémie v krvi.

2.3.1 Exokrinní funkce

Zevní sekrece pankreatu zahrnuje pankreatické šťávy s obsahem trávicích enzymů. Hodnota pH je 7,0–8,3 obsahuje vodu, ionty, bikarbonáty a enzymy. Za jeden den se vyprodukuje 1-2 l pankreatické šťávy. Sekrece enzymů se stimuluje hormony sekretinem, cholecystokininem a parasympatickou inervací. Sekretin a cholecystokinin se syntetizuje a ukládá v buňkách duodenální sliznice. Z buněk se vylučují na specifický podnět. Sekreci sekretininu stimuluje kyselý obsah v duodenu, naopak cholecystokinin podněcují produkty trávení tuků a bílkovin. Hodnota koncentrace aniontů, bikarbonátů a chloridů je závislá na množství sekrece. Se zvýšenou sekrecí roste koncentrace bikarbonátů, naopak koncentrace chloridů klesá. Funkce pankreatické šťávy je neutralizovat kyselost žaludečního obsahu v duodenu a upravovat pH tak, aby mohlo dojít k aktivaci pankreatických enzymů.

Enzymy jsou syntetizovány, skladovány a vylučovány acinárními buňkami pankreatu, po cholecystokininové a vagové stimulaci. Vyplavení cholecystokininu stimuluje také větší přítok žluči do duodena, kde dojde k lepší emulgaci tuků. Lipáza štěpí tuky triglyceroly na monoglyceroly a mastné kyseliny. Amyláza štěpí škroby a cukry na monosacharidy. Tyto enzymy se skladují v aktivní formě. Proteázy štěpí bílkoviny na aminové kyseliny. Proteolitické enzymy (trypsin, chymotrypsin, elastáza, fosfolypáza) jsou produkovány jako inaktivní prekurzory a aktivují se až v duodenu. Při onemocněních pankreatu může docházet k aktivaci proteáz v samotných acinárních buňkách. (Rokyta et al., 2008; Way, 1998)

2.3.2 Endokrinní funkce

Všechny hormony, pomocí kterých je regulována využitelnost a uskladňování živin po jídle, jsou tvořeny buňkami Langerhansových ostrůvků. Patří sem inzulin, glukagon, pankreatické polypeptidy a somatostatin.

Inzulín

Beta-buněk je v Langerhansových ostrůvcích nejvíce, okolo 60-80 %. Polypeptidový hormon, inzulín, se produkuje v Beta-buňkách pankreatu. Inzulín je jediný hormon, který dokáže snížit hladinu glukózy v krvi a zvyšuje tak její využitelnost. Jeho sekrece je ovlivněna koncentrací metabolických substrátů v krvi, zejména glukózy a aminokyselin. Tvorba inzulínu je řízena zpětnou vazbou, kdy k sekreci dojde při zvýšení glykémie. Normální hodnoty glykémie jsou 3,5–6,4 mmol/l. Výdej může být dále stimulován glukagonem, sekretinem, cholecystektoninem, vazoaktivním intestinálním polypeptidem nebo gastrinem.

Glukagon

Jedná se o polypeptidový hormon, tvořený v alfa-buňkách Langerhansových ostrůvků. Alfa buněk, je v ostrůvcích poněkud méně asi, 20 % a shlukují se převážně v periférii ostrůvků. Uvolňování glukagonu je stimulováno při nízké glykémii, aminokyselinami a katecholaminy, inervací sympatikem a cholecystektoninem. Vylučování je potlačeno při hyperglykémii a sekreci inzulínu.

Glukagon podporuje glykogenolýzu v játrech, proteolýzu a lipolýzu v tukové tkáni i v játrech. Zvýšením lipolýzy dochází ke ketogenezi a glukoneogenezi. (Way, 1998; Rokyta, 2000)

Somatostatin

Hormon je tvořen D-buňkami Langerhansových ostrůvků, kterých je v celém pankreatu nejméně. Somatostatin je polypeptidový hormon, jehož funkcí je utlumit jak endokrinní, tak exokrinní produkci pankreatu a zároveň snížit průtok krve orgánem. Je považován za inhibitor sekrece celého trávicího traktu. Hladinu somatostatinu zvyšuje hyperglykémie a zvýšená hodnota mastných kyselin. Jeho nevýhodou je krátký biologický poločas rozpadu, musí se tedy vždy podávat kontinuálně. Proto se často využívá jeho syntetický analog Okteroid. Velký význam má při léčbě pankreatických píštělí, kdy je snahou utlumit gastrointestinální sekreci, aby mohlo dojít k zaléčení píštěle. (Čečka et al., 2013; Rokyta, 2000)

2.4 Onemocnění pankreatu

Vrozené vady – nejčastěji se jedná o prstenčitý pankreas (pancreas anulare). Při této vadě pankreas obkružuje sestupné duodenum a tím dochází k jeho obstrukci. U dětí se projevuje zvracením po jídle. Jako léčbu je možno provést v dané oblasti duodenojejunoanastomózu. (Way, 1998)

Záněty – mohou být akutní a chronické. Akutní zánět vzniká jako náhlá příhoda břišní. Jedná se o závažný stav, vzniklý na podkladě samonatrávení vlastní žlázy aktivovanými pankreatickými enzymy. Chronický zánět pankreatu bývá způsoben biliární etiologií nebo nadměrným požíváním alkoholu. Tkáň pankreatu se kalcifikuje a dochází k zúžení a následnému rozšíření pankreatických vývodů nad překážkou.

Cysty a pseudocysty – pravé cysty se objevují vzácně. Častěji vznikají pseudocysty po akutní pankreatitidě, kdy dojde k opouzdření výpotku. Drobné pseudocysty jsou asymptomatické a jsou diagnostikovány při UZ a CT vyšetření. U velkých pseudocyst je problém utlačování okolních orgánů (žaludek, duodenum)

Nádory – jsou děleny na nádory endokrinní části a exokrinní části. Nádory exokrinní bývají často karcinomy, mohou být ale také pouze benigní adenomy a cystadenomy. Nádory exokrinní části bývají z větší části benigní. Zařazujeme sem inzulinom, kdy dochází ke zvýšené tvorbě inzulinu, což vede k hypoglykemiím, zmatenosti a kolapsovým stavům. Dále sem patří gastrinom, který zvyšuje sekreci žaludečních šťáv, jejichž pH je acidózní. Na tomto podkladě vznikají žaludeční a duodenální vředy, mohou se objevit i v jícnu a tenkém střevě. Tyto nádory bývají malé a těžce se zjišťuje jejich přesná lokalizace. Je snaha o operační odstranění nádoru. (Valenta et al., 2007)

Pankreatická píštěl – Pankreatická píštěl je označována jako častá komplikace po resekci pankreatu, většinou pro nádorové onemocnění. Incidence je po těchto operacích 10–30 %. (Čečka et. al., 2013, str. 78) Dalšími příčinami vzniku pankreatické píštěle může být traumatické poranění, iatrogenní poranění při operacích okolních orgánů, akutní pankreatitida. Pankreatické píštěle mají různé klinické formy s různým stupněm závažnosti. (Čečka et al., 2013)

2.5 Diagnostika při onemocnění pankreatu

Účel diagnostických metod je zjistit co nejvíce informací o pacientovi a jeho potížích a na jejich základě stanovit správnou diagnózu. Zahrnujeme sem anamnézu, fyzikální vyšetření (pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem), laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

2.5.1 Anamnéza

Anamnéza tvoří nedílnou součást vyšetření každého pacienta. Jde o řízený rozhovor, kdy lékař získává informace o pacientovi a pomocí nichž stanoví prvotní diagnózu. Úlohou pacienta je popsat detailně své subjektivní potíže, které ho přivedly do nemocnice. (Klener et. al., 2003)

Při odebrání anamnézy je důležité zjistit aktuální problém pacienta a rozpoznat, jedná-li se o vzplanutí akutního onemocnění, nebo projevy chronické choroby. U vyšetřování břicha je vedoucím znakem bolest. U té je zapotřebí si všimnout charakteru, lokalizace a vyzařování bolesti do okolí. Bolest můžeme rozdělit na pozvolně se rozvíjející nebo náhlou. Její intenzita může být mírná až nesnesitelná. Projevuje se krátkodobě, v záchvatech, nebo je stálá. Někdy se může objevit tzv. bolest přenesená, například u poranění sleziny (Kehrův příznak). Potíže s pankreatem jsou provázeny trvalou bolestí v nadbříšku, pásovitě se šířící podél obou žeberních oblouků do zad. Bolest se může objevovat zejména v noci, v oblasti zad, kdy nemocný volí úlevovou polohu vkleče a vsedě. Na poranění pankreatu může také naznačovat zvracení, zejména pak recidivující. Neměla by být opomenuta ani ztráta chuti k jídlu nebo případné nevolnosti a úbytek váhy za krátké časové období. Na některé poruchy upozorňuje zástava odchodu plynů

a stolice, proto je u akutně přijatých pacientů důležité dotázat se na odchod plynů, poslední stolici i její vzhled a příměsi. Typickým znakem bývá mastná stolice s nestrávenými zbytky potravy. Další příznaky mohou být nespecifické, přesto související s pankreatem. Patří sem celková slabost, vyšší unavenost, ztráta chuti nebo až odpor k masu. Na chorobu pankreatu upozorňuje i zhoršená tolerance k alkoholu. (Hoch-Leffer, 2001)

K poranění pankreatu může dojít také při tupém nebo pronikajícím poranění břicha. V těchto případech se diagnostika dělí na předoperační a peroperační. Způsob vyhodnocování stavu zraněného je dán mechanismem vzniku poranění, časovým intervalem od zranění k hospitalizaci a jeho celkovým stavem. Je-li u pacienta jednoznačná indikace k laparotomii, neprovádí se žádné časově náročné diagnostické výkony a diagnóza stavu pankreatu se stanoví peroperačně. Vyšetří se všechny dostupné okolní orgány dutiny břišní i samotný stav pankreatu. Pokud u pacienta není potřeba provést urgentní laparotomii, je nutno provést komplexní vyšetření a pomocná zobrazovací vyšetření (UZ, CT, ERCP atd.). (Wechsler, 2001)

2.5.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je důležitou součástí vyšetření pacienta. Pomáhá získat spolu se správně odebranou anamnézou ucelenou představu o stavu pacienta. Vyšetření může provádět jak lékař, tak sestra.

Slinivku břišní nelze fyzikálně moc dobře vyšetřit, jelikož je uložena retroperitoneálně ve výšce 1. bederního obratle a sahá od sleziny k duodenu. Vzácně je možné ji nahmatat u kachektických pacientů, kteří trpí zánětem slinivky nebo nádorem. V tom případě je cítit rezistence v nadbříšku, táhnoucí se k levému žebernímu oblouku. Po prodělaném zánětu je možné při palpaci cítit pružný, cystický útvar, odpovídající pankreatické pseudocystě. Při nekrotickém těžce probíhajícím zánětu pankreatu může být jedním z příznaků pronikání krve do břišní dutiny. Tím vzniká Greyovo-Turnrovo znamení – ve slabinách se objeví typické barevné změny. Nebo Cullenovo znamení – zbarvení v okolí pupku. (Klener et. al., 2003)

2.5.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní odběry nejsou zcela specifické, přesto lze pomocí vybraných vyšetření poukázat na poranění pankreatu, ať už se jedná o akutní, nebo chronickou formu.

Stanovení aktivity enzymů (Lipáza a amyláza) – jedná se o nejvíce využívané laboratorní vyšetření, které svědčí o akutní pankreatitidě. Tyto enzymy je možné vyšetřovat jak v séru, tak i v moči. Ve zvláštních případech po operacích pankreatu, kdy je zaveden drén, lze vyšetřit hodnoty AMS a LPS v tekutině, kterou drén odvádí. Pro onemocnění slinivky svědčí trojnásobný nárůst hodnot. Aktivní amyláza se nachází také v jiných orgánech, jako jsou játra, žlučové cesty, jícen, žaludek, duodenum, střeva, plíce, srdce, vejcovody a slinné žlázy. Proto zvýšené hodnoty amyláz v séru mohou poukazovat na jiné choroby. Např. onemocnění jater, biliárního traktu, peptidických vředů, zánětlivých chorob střev a dalších.

C - reaktivní protein (CRP) - Zvýšené hodnoty svědčí o zánětlivém procesu v těle.

Nádorové markery (CA 19-9, CEA) – tyto markery jsou specifické pro onemocnění pankreatu. Provádí se zejména při diferenciální diagnostice tumorových změn. Často se využívají v pooperačním období ke sledování pacientů po resekcích pankreatu pro karcinom. Zvýšené hladiny poukazují na lokální recidivu nebo vzdálené metastázy.

Při diagnostice akutních břišních bolestí se provádí obvyklé spektrum biochemických a hematologických vyšetření. Patří sem odběry krevního obrazu (leukocytóza – svědčí pro zánět, ale jedná se o nespecifické vyšetření), bilirubinu, ALT, AST, ALP, GMT, urey, glykemie a minerálů. (Hoch-Leffer, 2001; Kostka, 2006)

2.5.4 Zobrazovací metody

Jedná se o doplňková vyšetření, která nám pomohou přesně diagnostikovat pacientův problém. Vyšetření uvádím v pořadí od nejčastěji užívaných v problematice onemocnění pankreatu.

Ultrazvuk (US) – je jedním ze základních vyšetření, které není invazivní a jehož výhodou je všeobecná dostupnost. Dokážeme s ním detailně posoudit stav slinivky. Výsledky tohoto rychlého vyšetření jsou velmi cenné. Posuzujeme pomocí něho tvar, velikost a okolí orgánu. Například zvětšení orgánu s neostrými obrysy a volnou tekutinou v dutině břišní nebo jejím okolí, mohou svědčit o akutní pankreatitidě. Dále je možné rozpoznat dilataci extrahepatických žlučových cest s dilatací pankreatického vývodu a metastázy na játrech. Zkušený sonografista je schopen na pankreatu prokázat již ložiska o velikosti 1 cm. Nevýhodou vyšetření může být zhoršená viditelnost pankreatu u obézních pacientů nebo její překrytí plyny ve střevech – obzvláště u akutních případů.

Nativní snímek břicha – v diagnostice má zastoupení zejména při náhle vzniklých břišních příhodách nebo ileózních stavech. Vyšetření je prováděno také cíleně při hledání místa kalcifikace před ERCP. Kalcifikace lze objevit u nemocných s cystickou fibrózou chronickou pankreatitidou, karcinomem pankreatu nebo cystickými nádory.

Spirální CT s kontrastem – toto vyšetření je běžné zejména u případů nejasného klinicko-laboratorního nálezu, kdy je nutné potvrdit, nebo vyloučit akutní pankreatitidu. Na základě CT nálezu je možné klasifikovat její závažnost, stanovit rozsah a lokalizovat nekrózy pankreatu. Lze také stanovit přesnou lokaci pro punkci ložiska. Pomocí tohoto CT se diagnostikují ložiskové procesy na pankreatu a je možné provádět předoperační staging. Poskytuje informace o dilataci pankreatických i žlučových vývodů a přítomnosti metastáz v játrech.

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) - jedná se o endoskopický zákrok, při němž je možno využít kontrastní látky k zobrazení pankreatického a biliárního vývodu. Slouží buď jako diagnostické vyšetření, k zobrazení sestupného duodena, Vaterské papily a žlučových cest, nebo se při ní provede terapeutický zákrok. Při známkách obstrukce žlučovodu je možné diagnostikovat přesný původ a umístění překážky nebo kaménku a následně provést endoskopickou papilotomií jeho odstranění. Při utlačování žlučovodu z okolí cystou, zánětem, nebo prorůstajícím nádorem lze zavést přemostňující stent. Mezi možné zákroky také patří diagnostika a zavádění stentů při léčbě

pankreatických píštělí. Kontraindikace pro toto vyšetření jsou zejména nespolupráce pacienta, podezření na perforaci žaludku, duodena nebo jícnu. (Hoch-Leffer, 2001)

Pozitronová emisní tomografie (PET) – jedná se relativně o nové vyšetření, které umožňuje na základě odlišných vztahů nádorové tkáně k metabolismu glukózy identifikovat ložiska maligních nádorů, nebo fibrózy při chronické pankreatitidě. Spolehlivost při odhadování malignit je 80%. (Hoch-Leffer, 2001, str. 137)

Cholangiopankreatografie – magnetická rezonance (MRCP) – jedná se o neinvazivní diagnostické vyšetření. Umožňuje zobrazení slinivky, žlučových cest a jejího okolí bez použití kontrastní látky. Nevýhodou je, že při vyšetření není možné provést současně terapeutický zásah.

Angiografie – její indikace není příliš častá, slouží zejména k lokalizaci malého neuroendokrinního tumoru. Umožňuje zhodnocení stavu tumoru slinivky k velkým cévám (a. coelica, a. mesenterica superior), nebo k průkazu zásobení jater krví.

Scintigrafie – lze ji využít také při diagnostice a lokalizaci neuroendokrinního tumoru. Jako značení se používá vpravený somatostatin.

Funkční testy – jedná se o sloučení biochemické a endoskopické diagnostiky. Zkoumají aktivitu exokrinní sekrece pankreatu po stimulaci sekretinem a cholecystokininem. (Hoch-Leffer, 2001)

2.6 Pankreatická píštěl

Pankreatické píštěle (pancreatic fistula – PF) jsou vzácnými poraněními pankreatu a jeho vývodu. Často vznikají jako vedlejší pozdní komplikace jiných výkonů, nebo onemocnění pankreatu. Můžeme je rozdělit na vnější a vnitřní. U vnější komunikuje vývod pankreatu s kůží a objevuje se na povrchu těla. U té vnitřní dochází ke kontaktu vývodu pankreatu s okolními orgány nebo dutinou břišní, kde vzniká při odtoku pankreatických šťáv pankreatický ascites. (Kostka, 2006; Dítě et al., 2002)

Rizikové faktory vzniku PF

Obecně lze říci, že jsou tři rizikové skupiny, u kterých dochází ke vzniku pankreatických píštělí. A to faktory související s nemocněním pankreatu, s pacientem a s léčbou. **Faktory související s onemocněním pankreatu** jsou závislé na struktuře pankreatu. Tzv. soft pancreas, neboli měkká a křehká struktura je vysokou predispozicí ke vzniku píštěle. Byla popsána u 2000 nemocných po částečné duodenopankreatektomii. Bylo zde zjištěno riziko vzniku PF 22,6 % a to desetkrát vyšší, než u lidí se středním nebo tuhým pankreatem. Zvýšené riziko je u malých nedilatovaných vývodů slinivky. Jednou predispozicí může být zjištěná diagnóza a důvod resekce pankreatu. U karcinomu papily Vateri a distálního choledochu, nádorů duodena a benigních endokrinních nádorů je šance pro vznik PF vyšší. (Čečka et al., 2013, str. 79)

Mezi **faktory související s pacientem** patří pohlaví a věk. U mužů, převážně nad 70 let je zvýšené riziko vzniku PF. Dále pacienti trpící diabetem mellitem nebo ischemickou chorobou srdeční. Do skupiny **faktorů souvisejících s léčbou** patří operační techniky a farmakologické intervence. Ukázalo se, že při neoadjuvantní chemoradioterapii je výskyt píštělí nižší. Je to přisuzováno snížení exokrinní funkce slinivky vlivem radioterapie. Bylo prokázáno, že při vyšších krevních ztrátách po operacích se zvýšil také výskyt PF. U pacientů s resekci pankreatu a zároveň i jiného orgánu je riziko vzniku píštěle vyšší. Po resekci pankreatu zvyšuje výskyt PF letalitu pacientů, prodlužuje délku hospitalizace, může způsobit závažné komplikace a oddaluje adjuvantní léčbu u maligních nádorů. Před operacemi je možné jejich vzniku předcházet jak farmakologicky, tak správným ošetřením zbytkového parenchymu pankreatu. Jako možnost farmakologické prevence je u některých pacientů využito podávání Somatostatinu, nebo syntetického analogu Okteroidu, čímž se sníží prokrvení a sekrece endokrinních žláz, žaludečních žláz a dojde k celkovému snížení motility GIT. Tato prevence není vhodná systematicky pro všechny nemocné, pouze u těch pacientů, kdy je zvýšené riziko vzniku pankreatické píštěle. Podáváním těchto léčiv nedochází ke snížení letality po resekcích pankreatu. (Čečka et al., 2013)

Příčiny vzniku píštěle

Skoro nejčastěji vznikají píštěle jako komplikace po resekcích pankreatu, kdy je jejich výskyt u 10–30 % pacientů. (Čečka et al., 2013, str. 78)

„Pankreatické píštěle vznikají otevřením pankreatického vývodu nebo pouzdra pseudocysty v důsledku tkáňového samonatravení aktivovanými pankreatickými enzymy, nebo v důsledku nekrózy parenchymu při aktivním zánětu pankreatu.“ (Dítě et al., 2002, str. 219)

Mezi další možné příčiny patří poranění pankreatu a zároveň pankreatického vývodu. Například při traumatech břicha nebo iatrogenně, při operaci okolních orgánů. Pankreatická píštěl je raritní komplikací po splenektomii. Příčinou může být anatomicky intimní vztah ocasu pankreatu a hilu sleziny, kdy při preparaci a podvazování slezinných cév, může dojít k poranění ocasu. Četnost pankreatických píštělí u chronické alkoholové pankreatitidy, traumatů a výkonů na pankreatu je 12 %. Vznikají roztržením menšího pankreatického vývodu. (Kostka, 2006, str. 150)

Symptomy při PF

Vnitřní píštěle mohou zasahovat do retroperitonea, peritonea dokonce i mimo břišní dutinu, nejčastěji do pleurální dutiny. Při vyvedení do peritoneální dutiny dochází po nějaké době ke vzniku pankreatického ascitu, který se projevuje nebolestivým pozvolným zvětšováním břicha. Může dojít k sekundárnímu rozvoji peritonitidy. Píštěl ústící do retroperitoneálního prostoru se manifestuje pohrudničním výpotkem. Pankreatikoenterická píštěl vzniká při naléhání trávicí trubice na slinivku břišní. Ve spoustě případů jsou tyto píštěle asymptomatické, pokud nedojde k rozvoji mikrobiální kontaminace. Poté se projevuje jako akutní infekce s horečnatými stavy, bolestmi břicha a poruchami střevní pasáže. Ke vzniku pankreatického ascitu dochází přibližně u 2/3 nemocných s vnitřní píštělí. (Dítě et al., 2002, str. 219)

U pacientů po operacích resekce pankreatu jsou prvotními známkami ukazující na PF náhlé bolesti epigastria, zvýšené teploty, tachykardie, leukocytóza, zvýšené CRP a volná tekutina v břišní dutině nebo fluidothorax. (Čečka et al., 2013)

Zevní píštěle jsou charakteristické přetrvávající sekrecí bezbarvé vodnaté tekutiny z rány nebo perkutánní drenáže pseudocysty. Kůže v okolí otevřeného vývodu může být macerovaná nebo zarudlá od protékání sekretu. Množství sekretu může být v závislosti na klinické významnosti píštěle od několika ml až po 500 ml/den. Při kontaminaci průchodu píštěle mikroorganismy dochází k akutním projevům jako u pankreatoenterických píštělí.

Diagnostika PF

Diagnostika vnitřních pankreatických píštělí probíhá pomocí zobrazovacích metod a to nejčastěji pomocí ERCP, dále UZ, CT. Vyšetření ERCP je indikováno u všech pacientů, u kterých je prokázána nebo podezření na vznik vnitřní PF. Umožňuje přesnou lokalizaci píštěle, průkaz pankreatikopleurálního kanálu nebo porušení Wirsungova vývodu. Dle rozsahu poranění ductus Wirsungi se volí terapeutický zákrok. Pomocí ultrazvuku nebo CT vyšetření je možné zjistit změny na pankreatu a okolí, vzniklé v důsledku píštěle. Těmi jsou dilatace Wirsungova vývodu, pseudocysty, ascites, pohrudniční výpotek. Pro diagnostiku pohrudničního výpotku dobře poslouží RTG snímek hrudníku.

K diagnostice a zobrazení zevních píštělí se využívá fistulografie. Jedná se o skiaskopickou kontrolu při nástřihu zevního ústí PF kontrastní jodovou látkou. (Dítě et al., 2002), (Kostka, 2006; Vodička et al., 2006)

Dále se provádí vyšetření peritoneálního ascitu, pleurální tekutiny, nebo jinde nahromaděných kolekcí tekutiny souvisejících s poraněním pankreatu. V těchto tekutinách nalézáme zvýšené hladiny pankreatických amyláz a lipáz. Může být přítomna koncentrace albuminu vyšší než 30 g/l. Zvýšené hodnoty AMS a LPS se projevují i v séru pacienta. (Dítě et al., 2002; Vodička et al., 2006)

Léčba PF:

Terapie zevních pankreatických píštělí směřuje k prevenci úniku sekretu po výkonech na pankreatu. Základní prevence vzniku je anatomické operování a šetrná operační technika. V některých klinických studiích se na resekční plochu používala tkáňová lepidla, ale efektivita je sporná, další možností je preventivní aplikace somatostatinu (okteroidu). Interval podkožních injekcí je 8 hodin a dávka 100 ug po dobu sedmi dnů. Mezi léčebná opatření patří úplná parenterální výživa a transpapilární stentování. (Dítě et al., 2002)

U úspěšnosti léčby zevní pankreatické píštěle je nutné ji včas rozpoznat. Terapie se řídí klinickou závažností píštěle a rozvojem septických známek u pacienta. Většinou je léčba volena konzervativní, teprve při jejím selhání je volen chirurgický zákrok. **Konzervativní léčba** zahrnuje podávání úplné či částečné parenterální, někdy enterální výživy, ATB a kontinuálně Somatostatinu nebo podkožních injekcí Okteroidu. Pankreatikoenterická píštěl s vývodem do žaludku nebo tenkého střeva se mnohdy zhojí spontánně. Při PF s břišním ascitem nebo pleurálním výpotkem je důležitá vysokoenergetická parenterální výživa a injekce Okteroidu, 50 – 300 ug po 8 hodinách. Další možností je podání depotních forem. Tato léčba trvá maximálně 4 týdny a uzávěr píštěle je očekáván u 50 % případů. **Endoskopická léčba** je další variantou. Jejím principem je sfinkterotomie a stentování, nebo nazopankreatická drenáž ductu Wirsungi. Tímto se obejde oblast stenózy nebo překážky ve vývodu a přemostí se. Drenáž pankreatické sekrece je nezbytná pro následný reparativní proces. Tento druh terapie se využívá u perforace vývodu s pankreatickým ascitem, komunikujících pseudocyst, a některých pankreatoenterických píštělí. **Chirurgická léčba** je druhou volbou při selhání předchozích terapií. Principem zákroku je dekomprese vývodu, anastomóza mezi píštělí a tenkým střevem nebo žaludkem. Dále je možný resekční výkon - resekce hlavy nebo ocasu pankreatu. (Dítě et al., 2002), (Čečka et al., 2013)

U chronicky perzistujících píštělí, obzvláště se zjištěnou obstrukcí vývodu pankreatu jsou voleny spíše resekční výkony nebo derivační operace (cílem je odvedení pankreatického sekretu do trávicí trubice). Nejčastěji se zavádí

anastomóza mezi danou píštělí a kličkou jejunu. Léčba je volena individuální dle případu každého pacienta. (Vodička et al., 2006)

Pankreatické píštěle mohou být přechodné, kdy je dočasně zvýšena koncentrace amyláz v drénech po operaci a do 3 týdnů samy odezní. Pankreatické píštěle probíhají v různých klinických formách a dělí se dle závažnosti na tři stupně. První stupeň je typický lehkým průběhem, kdy není nutná žádná specifická léčba. Druhý stupeň těchto píštělí je nutné léčit změnou výživy a to buď částečnou, nebo úplnou parenterální výživou. Existuje třetí stupeň, kdy je vyžadována intenzivní péče a pacienti mají totální parenterální výživu. Nahromaděné kolekce tekutiny musí být vždy drénovány. Může dojít k celkovému zhoršení stavu až k orgánovému selhání. V tomto případě je vysoká úmrtnost. (Čečka et al., 2013)

2.7 Splenektomie

Jedná se o operační výkon, při kterém dochází k odnětí celé sleziny. Provádí se tehdy, není-li možná žádná jiná zachovná operace sleziny. Nejčastější indikací je poúrazový stav s podezřením na rupturu sleziny. Může se jednat o tupá, nebo penetrující poranění břicha (často při autonehodách, polytraumatech). U dětí se při poranění sleziny upřednostňuje nejprve konzervativní léčba, chirurgické metody jsou až poslední volbou. (Penka-Buliková-Matýšková, 2001)

Splenektomie se provádí nejčastěji laparotomií pod levým žeberním obloukem. U nejasných traumat břicha je volena spíše metoda střední laparotomie. Poté se slezina mobilizuje ze slezinného lůžka, uvolněním od bránice. Následně se podvážou slezinné cévy, čímž se zabrání krvácení.

2.7.1 Změny v organismu po splenektomii

Po odnětí jakéhokoliv orgánu nastanou v organismu určité změny. V případě odoperování sleziny se jedná o vznik patologických buněčných forem, jako jsou akantocyty – erytrocyty abnormálního tvaru, dále mikrosférocyty – erytrocyty menší velikosti. Pacienti jsou většinou dále provázeni trvalou doživotní leukocytózou. (Hussmann, 1995)

Jejich krev obsahuje více trombocytů, které byly dříve uloženy také ve slezině a po jejím odnětí se vyplavily do krve. Tento stav může být pouze dočasný. Poté ho nazýváme přechodnou trombocytózou, kdy počet destiček stoupá až o 50 % i více. Zvýšené hodnoty přetrvávají týdny až měsíce, ale obvykle se do 2 let srovnají. Trombocytóza může být také trvalá. Důležité je proto nezapomenout na riziko vzniku trombóz a při hodnotách trombocytů v krvi vyšších než $1000 \times 10^9/l$ zahájit léčbu antikoagulancii a antiagregancii. U zdravých osob není většinou tato léčba potřebná, hodnoty jsou nižší. Naopak nemocní s hemolytickou anémií jsou trombotickými projevy značně ohroženi. Pacienti by měli být informováni o své snížené imunitní odpovědi organismu. Jsou náchylnější pro pooperační komplikace v době rekonvalescence. Vyskytuje se u nich až v 50 % bakterie *Streptococcus pneumoniae*, což je důvod plánovaného očkování před operací, nebo v brzké době po ní. Blíže k pravidelnému očkování viz níže. (Hussmann, 1995; Penka-Buliková-Matýšková, 2001)

Pacienti jsou nejvíce ohrožováni bakteriemi *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Neisseria meningitidis*. Proto je nutné zahájit proti nim očkování, v co nejkratší době od splenektomie. Snažíme se tím předejít vzniku OPSI syndromu. Proti pneumokoku se očkuje nejlépe 2-4 týdny před operací. U akutních výkonů po zákroku do doby, než bude pacient propuštěn. Je nutné sledovat hladiny specifických protilátek a každých 5 let se provádí revakcinace. Nevýhodou této vakcíny je nepokrytí všech pneumokokových kmenů, proto se doporučuje kombinovat s chemoprofylaxií. Proti *Haemophilus influenzae* a *Neisseria meningitidis* se používá konjugovaná vakcína, kdy není potřeba revakcinace. Tyto tři vakcíny je možné aplikovat současně, musí být však zachované správné místo aplikace. Mezi další opatření se doporučuje každoroční očkování proti chřipce a tím předcházení sekundární bakteriální infekci dýchacích cest. Nejlepší období pro vakcinaci je na podzim. Kontraindikace očkování je akutní horečnaté onemocnění, kdy se musí odložit až do stavu úplného vyléčení a poté dávku aplikovat.

Otázka dlouhodobé antibiotické profylaxe je sporná. Existují názory, že dlouhodobým užíváním širokospektrých ATB dochází k rezistenci mikrobů

a může dojít ke vzniku OPSI syndromu z některých rezistentních pneumokokových bakterií. Přesto lze využívat k profylaxi Penicilin. V roce 2002 bylo rezistentních pneumokoků 8,5 %. U pacientů po posttraumatické splenektomii se doporučuje zahájit podávání ATB v den výkonu a pokračovat do doby vytvoření specifických protilátek po vakcinaci. Ke snížení rizika OPSI syndromu je používána pohotovostní dávka ATB, kdy je pacient vybaven terapeutickou dávkou antibiotik, nejčastěji Augmentinem 625 mg tbl. p. o. po 8 hod. Tohoto opatření lze využít u správně edukovaných pacientů a při každém chřipkovém onemocnění je i tak nutná návštěva lékaře. (Ráčil, 2004, str. 13-14)

2.7.2 Komplikace splenektomie

Komplikací, které mohou po tomto zákroku nastat je řada. Dají se dělit na časné a pozdní. Jednou z nich může být i iatrogenní poranění nejbližších orgánů, například ocasu slinivky, jako je tomu v případě mé pacientky. Pankreatická píštěl může vzniknout jako časná, ale i pozdní komplikace.

Zvláštní pozornost by měla být věnována snížené obranyschopnosti organismu. Jako nejtěžší průběh infekce je označován OPSI – syndrom. OPSI (overwhelming post splenectomy infection) syndrom se projevuje jako akutně probíhající sepse při obvykle banálních infekcích. Nejčastěji se jedná o infekci horních cest dýchacích spojenou s dysfunkcí orgánů, která se projevuje diseminovanou intravaskulární koagulopatií. U osob po splenektomii je riziko OPSI syndromu přibližně 1–2 %, avšak úmrť těchto osob je až 40–70 %. Letalita bývá největší v období dvou let po splenektomii (Linc-Doubková, 2001, str. 152). Přeživší pacienti mohou mít za následek gangrény končetin, vyžadující si amputaci. Ta je způsobená kombinací hypotenze a DIC. Dále pak hluchotu a aortální insuficienci. Riziko rozvoje OPSI syndromu závisí na věku pacienta, kdy byla splenektomie provedena, na důvodu a uplynulé době od splenektomie. U dětí je toto riziko vyšší. Nejčastěji probíhá tato sepse do 2 let od operace, může nastat i po několika desítkách let. Mezi preventivní opatření patří řádná edukace pacientů (návštěva lékaře při prvních známkách horečnatého onemocnění a ihned nasazení ATB, hlášení i malého kousnutí psem, informovat o provedeném výkonu

všechny lékaře, nosit u sebe informační kartičku, riziko cestovatelských nemocí), dodržování vakcinace a chemoprolaxe. (Ráčil, 2004)

2.8 Prognóza

Prognóza pacientů s pankreatickou píštělí po splenektomii je obecně dobrá. Léčba může být neoperační – parenterální výživa, zavedení nasogastrické sondy, podávání somatostatinu a antiulcerózní profylaxe. Další možnou léčbou je stentáž pomocí ERCP, kdy se obnoví průtok pankreatických vývodů a umožní se tak zlepšení odtoku pankreatických šťáv do duodena. Provádí se zejména u lidí, kde je zvýšený objem odpadu z drénu až 100 ml a více, zároveň v sekretu přetrvávají aktivní hodnoty AMS. Ve vzácných případech jsou pacienti indikováni k chirurgické léčbě. V případě infekcí a vzniku peritonitidy je vysoká mortalita. Vznik pankreatických píštělí po splenektomii je vzácný, ale je potřeba na toto riziko myslet. V některých případech se píštěle zahojí během 14 dnů. Vzácněji trvá zhojení do 6 týdnů.

Vzhledem k této raritní komplikaci, bylo velmi obtížné vyhledat aktuální a dostupné literární údaje. Četnost sdělení této komplikace je v literatuře velmi nízká.

3 Základní údaje o pacientce

Paní J. K. byla 18. 9. 2012 na chirurgickém oddělení provedena splenektomie pro nevědomý úraz břicha. Na kontrolu po operaci měla přijít 30. 10. 2012. k praktickému lékaři. 17. 10. 2012 pociťovala bolesti v oblasti žebér a levé ledviny. S těmito obtížemi přišla rovnou na chirurgickou ambulanci, kde byla ihned přijata a vyšetřena.

Informace byly získány z lékařské dokumentace, se souhlasem pacientky.

3.1 Identifikace nemocného

Jméno a příjmení: J. K.
Věk: 33 let
Pohlaví: Žena
Stav: Svobodná
Národnost: Česká
Povolání: Administrativní činnost – v kanceláři
Důvod přijetí: Neustupující bolesti v oblasti žeber a levé ledviny, byla přijata na chirurgickou standardní jednotku a dovyšetřena.

3.2 Lékařská dokumentace

Osobní Anamnéza:

Pacientka je sledována na hepatologii pro hepatopatii v. s. Toxonutritivní (způsobené nadměrným pitím alkoholu), pacientka sama extenzivní příjem alkoholu neguje

stp. kontaktu s otevřenou TBC – hospitalizována a léčena ATB před 7 lety

stp. LACHE, APPE, 18. 9. 2012 provedena na témže oddělení splenektomie

Rodinná Anamnéza:

Matka 56 let zdráva, otec 59 let – hypertenze. Bratr zdrav.

Gynekologická Anamnéza:

Nepravidelný menses, stp. vysazení HAK, bezdětná.

Farmakologická Anamnéza:

Fraxiparin 0,4 ml s. c. 1-0-0 Antikoagulancium

Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0 Antiagregancium

Pracovní Anamnéza:

Administrativní pracovnice

Sociální Anamnéza:

Je svobodná, bydlí s přítelem v panelovém domě ve 3. patře. Dům je vybaven

výtahem. Informace je možné se souhlasem pacientky podávat rodičům a přítelovi.

Alergická Anamnéza:

Neguje

Abusus:

Alkohol – příležitostně si dá sklenici piva nebo vína. Sama udává, že moc nepije.

Kuřák:

Cigarety- vykouří 12/den, počet se snaží snižovat.

Nynější Onemocnění:

Pacientce byla provedena dne 18. 9. 2012 splenektomie pro trauma – starší subkapsulární hematom. Propuštěna byla 3. 10. 2012, vyskytla se pooperační trombocytóza, pacientka doma trvale na LMWH – aplikaci zvládala sama. 16. 10. 2012 večer cítila bolesti v epigastriu, přičítala ji dietní chybě. Bolesti však dále přetrvávaly a přesouvaly se do míst levé ledviny a podžebří. 17. 10. 2012 přišla večer do nemocnice. V nemocnici byla poslána na vyšetření CT - nález kolekce tekutiny pod levou bránicí. Byla přijata na standardní oddělení.

3.3 Objektivní vyšetření

Pacientka je při příjmu orientovaná, spolupracuje.

TK = 110/70 T

P = 60/min

TT = 36,6 °C

Výška – 173 cm

Váha – 58 kg

BMI = 19,4

Hlava

Na poklep nebolestivá. Skléry bílé, zornice izokorické, spojivky narůžovělé. Tonsily nehmatné. Chrup je vlastní, úplný.

Krk

Náplň krčních žil nezvýšená. Karotidy bez šelestu. Krční uzliny nejsou hmatné. Šíje volná.

Kůže

Bez ikteru, cyanózy. Bledší barvy. Subkostálně vlevo jizva po splenektomii – velikost 15cm.

Hrudník

Souměrný. Poklep plic jasný. Dýchání v plném rozsahu, čisté, sklípkové.

Srdce – úder hrotu nezvedavý. Srdeční akce pravidelná, dvě ohraničené ozvy.

Břicho

V úrovni, jizva klidná – hojena per primam. Poklep jasný, bubínkový.

Palpačně měkké, bez jasné rezistence.

Bolest v epigastriu a levém podžebří, zde je břicho hůře prohmatné. Peristaltika slyšitelná. Játra nezvětšena.

Per rectum

Ampula bez rezidua, stěny hladké, Douglas nevyklenuje. Vyšetření nebolestivé.

Rukavice bez zbytku stolice a příměsí.

Dolní Končetiny

Klidné, bez otoků. Periferní pulzace oboustranně hmatná.

Lékařské diagnózy: Splenektomie

Pankreatická píštěl

Toxonutritivní postižení jater

3.4 Průběh hospitalizace (17. 10. 2012 – 7. 11. 2012)

17. října – 1. hospitalizační den

Pacientka přišla v 17:30 na chirurgickou ambulanci s bolestmi v oblasti levé ledviny a žeber. Byla vyšetřena lékařem, který změřil FF funkce (Tabulka č. 1) a byla odeslána na CT. Sestry odebraly krevní odběry (Tabulka č. 2 a č. 3).

18:30	TK = 110/70 T	P = 60/min	TT = 36,6 °C	D = 16/min
18:45	TK = 125/80 T	P = 72/min		

Tabulka č. 1 Fyziologické funkce při příjmu

Biochemie	Výsledné hodnoty	Referenční meze
Sodík	136 mmol/l	135–145
Draslík	4.5 mmol/l	3.5–5.1
Chloridy	97 mmol/l	97–108
Urea	2.06 mmol/l	2.0–6.7
Kreatinin	45 µmol/l	53–115
Bilirubin celkový	3.5 µmol/l	3.0–21
ALT	0.11 µkat/l	do 0.55
AST	0.19 µkat/l	do 0.60
ALP	1.80 µkat/l	0.62–2.40
GMT	0.91 µkat/l	0.14–1.10
AMS	3.47 µkat/l	do 1.67
LPS	7.84 µkat/l	do 3.3
Glukóza	5.5 mmol/l	3.6–6.1
CRP	8.9 mg/l	do 8.2

Tabulka č. 2 Biochemické odběry krve při příjmu

Srážecí faktory	Výsledné hodnoty	Referenční meze
Quick test	13.6 s	12–15
Quick kontrola	13.1 s	12–15
INR	1.05 INR	0.8–1.2

Tabulka č. 3 Hodnoty krevní srážlivosti při příjmu

CT břicha nativní a následně postkontrastně ve 2 fázích

Závěr: Kolekce tekutiny pod levou bránicí. Nutno naplánovat evakuaci tekutiny. V lůžku po slezině došlo k nahromadění krve, která se za běžných okolností sama postupem času vstřebává. Při infikování krve vzniká absces, který je nutno evakuovat pomocí zavedení drénu. Získaná tekutina se obvykle zasílá na mikrobiologické vyšetření pro zjištění patogenu. Při zjištění této kolekce byla pacientce nasazena ATB Augmentin 1g po 12 h (8-0-20).

Pacientka byla v 19:30 uložena na chirurgické oddělení. v lůžku byla informována o chodu oddělení, seznámena s právy pacientů a signalizačním zařízením. Pacientka dostala na pravou ruku identifikační náramek. Sestra jí zavedla PŽK do předloktí levé horní končetiny. Byl podán Plasmalyte 1000 ml i. v. rychlostí 100 ml/h. Bolest byla tišena analgetiky Novalgín 2 ml i. v. do 100 ml FR. Léky na spaní pacientka nevyžadovala.

18. října – 2. hospitalizační den

Pacientka ráno udávala klidný spánek. Osobní hygienu zvládla sama, byla plně soběstačná. V 7:30 u ní proběhla ranní lékařská vizita. Byl naplánován výkon evakuace kolekce tekutiny pod CT na 19. 10. 2012. Pacientce byl naordinován klid v lůžku s možností chodit na WC. Zahájila se opatření k prevenci tromboembolické nemoci. Byly jí provedeny bandáže dolních končetin. Ráno se aplikoval Fraxiparine 0,4 ml s. c., Anopyrin 100 mg per os 0-1-0, Augmentin 1g per os 8-0-20. Fyziologické funkce se měřili 2 krát denně. V 8:00 TK = 125/80 T, P = 78', ve večerních hodinách přeměřen TK = 115/80 T, P = 74'. Před podáváním infuzí byla kontrolována funkčnost PŽK. V průběhu dne byly bolesti tišeny analgetiky. Odpoledne lékař pacientku informoval o plánovaném zákroku a nechal

ji podepsat informovaný souhlas. Pacientka dostala večeři a byla upozorněna, že od půlnoci nesmí jíst, pít, kouřit.

19. října – 3. hospitalizační den

Ráno byla pacientka znovu upozorněna, že nesmí jíst ani pít. V 8:30 byla vyšetřena lékařem. Břicho bylo palpačně bolestivé. Jizva po operaci velikosti 15 cm se hojila per primam. Na výkon drenáž tekutiny pod CT byla odvezena okolo 10 hodiny. Výsledek a průběh vyšetření viz níže. Po návratu z vyšetření v 11 h se měřili FF po 30 min (viz Tabulka č. 4). Pacientka ihned požádala sestru o analgetika. Aplikován byl Novalgin 2ml i. v. a dále infúze Plasmalytu 1000 ml. Dieta pacientky byla změněna na OS čajovou a k večeři na bujon + mixovanou dietu č. 2. Pacientka odpoledne popíjela po douškách čaj. Níže uvádím průběh vyšetření.

Drenáž tekutinové kolekce pod kontrolou CT

Informace byly převzaty z lékařské dokumentace

Nejprve bylo provedeno nativní zaměřovací CT, kdy byla potvrzena neměnná kolekce tekutiny pod levou bránicí. Následně byla provedena lokální anestezie 10 ml 1 % Mesocainem v místě vpichu. V zadní axilární čáře vlevo mezi 8.–9. žebrem byl zaveden 16 Fr pig tail drén. Odvedl 1050 ml hnědočervené, málo viskózní tekutiny, část byla poslána na bakteriologické vyšetření. Následně byl v tekutině prokázán patogen *Streptokokus Pyogenes*. Poté bylo provedeno kontrolní vyšetření, kde se již neobjevily známky komplikací ani rezidua kolekce. Drén ponechán na spád, fixován na kůži dvěma stehy. Dle odpadu byl doporučen proplach drénu.

V 12:50 zkontroloval pacientku lékař. Břicho bylo při vyšetření klidné, měkké, bolestivé. Drén odvedl 90 ml tekutiny. Krytí bylo čisté, bez prosaku. Pacientka byla informována o možnosti tlumení bolesti analgetiky, o které si smí v případě potřeby říci sestřičkám. Bolest byla v průběhu dne zapisována do dokumentace a tlumena těmito léky. Dolsin 50 mg i. v. v časech 15:00 a 20:00. Bolest se po podání analgetik vždy zmírnila.

V průběhu odpoledne byla poslána na kontrolní vyšetření RTG S+P a hrudníku PA/AP projekce. Výsledné nálezy byly bez patologických změn. Pacientka se cítila unavená, v průběhu dne spíše pospávala. Měla ordinován přísný klid v lůžku, signalizační zařízení měla na dosah ruky. Vyprazdňování toho dne probíhalo v lůžku za pomoci sestry. Večer po tlumení bolesti usnula bez potřeby podání hypnotik.

Čas	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00
TK [T]	150/90	115/80	120/80	130/70	115/80	120/75	120/75	100/60	100/65
P	94'	78'	76'	74'	80'	78'	82'	92'	80'
TT	36,3°C				36,4°C				36,7°C

Tabulka č. 4 Kontrola fyziologických funkcí 19. 10. 2012

22. října – 6. hospitalizační den

Pohybový režim pacientky se změnil 20. 10. 2012 na volný, zvládla tedy ranní hygienu sama v koupelně i s osprchováním. Poté proběhla v lůžku lékařská vizita. Bolestivost břicha byla minimální. Drén odvedl za předešlých 24 hodin 50 ml tmavě hnědého sekretu. Pacientka neudávala subjektivní potíže. Naučila se s drénem sama pohybovat. Na stoličce chodí pravidelně každý den. Fyziologické funkce byly měřeny 2 krát denně, ráno a večer. Naměřené hodnoty byly v normě. Lékařem byla poučena o nutnosti hospitalizace alespoň další týden z důvodů kontrolních odběrů krve a UZ břicha. Na tento den byl naordinován odběr amylázy a lipázy z drénu.

Po vizitě byl pacientce v lůžku převázán drén. Z drénu sestra sundala krytí, řádně odesinfikovala místo vpichu a jeho okolí. Přiložila nastřížené sterilní čtverce a fixovala je. Periferní žilní katetr byl u pacientky 21. 10. odstraněn z důvodu nefunkčnosti. Pacientka nyní dostává léky pouze per os, prozatím tedy nebyl důvod zavádět nový PŽK. Medikace na tento den je Novalgin tbl p. o. dle potřeby max. 4 krát denně. Pacientka o něj požádala v 8 h ráno a v 18 h večer. Dále dostala Fraxiparine 0,4 ml s. c., Anopyrin 100 mg tbl a antibiotika

Augmentin 1 g per os. Sestra odebrala vzorek tekutiny z drénu a odeslala ho do laboratoře. Hodnoty vyšetření zjištěné později byly AMS = 225.94 μ kat/l, LPS = 234.47 μ kat/l, obsah slabě chylózní. Obsah proteáz v drénu by neměl být 3 krát vyšší než je hodnota v krvi, tedy AMS do 1.67 μ kat/l, LPS do 3.3 μ kat/l. (Ráčil, 2004). Z důvodu zvýšených hodnot bylo doporučeno vyšetření ERCP, plánované na 26. 10. 2012. Do tohoto dne měla pacientka dietu č. 2 šetřící. Dnes jí byla nově naordinována dieta č. 4.

26. října – 10. hospitalizační den

Tento den jsem se o pacientku po celou službu starala a zvolila si ho pro stanovení ošetřovatelských diagnóz.

Paní J. K. se ráno cítí odpočínutá. Ranní teplota byla 36,6 °C. Udává bolesti epigastria intenzity č. 1 dle VAS. Drén odvedl za předešlý den 20 ml tekutiny charakteru pankreatické šťávy. Je poučena, že před diagnostickým výkonem ERCP nesmí jíst, pít ani kouřit. Zavázala jsem jí bandáže na obou dolních končetinách, poté si pacientka došla na toaletu a do koupelny se omýt. Ranní dávka tabletových antibiotik byla v 8:00 podána, ostatní léky byly z důvodu lačnění vynechány. PŽK byla předchozí den zavedena do pravého předloktí. Se sestřičkou jsem podala infúzi Plasmalyte + G 5 % 1000 ml i. v. kapat rychlostí 150 ml/h. Jako prevenci tromboembolické nemoci jsem aplikovala Fraxiparine 0,4 ml s. c. Před 10 hodinou jsem pacientku informovala, aby si došla na toaletu a podala jsem jí premedikaci – Dolsin 50 mg i. m.. Pacientka byla poučena, že od této chvíle nesmí vstávat, při potřebě by měla zvonit na zdravotnický personál. Na rentgenovém pracovišti byly jako součást premedikace podány pacientce ještě tyto léky: Dormicum 5mg i. v., Buscopan 1 amp. i. v., Diazepam 10 mg i. v.

Na lůžko se paní vrátila v 11:15. Po dobu 4 hodin bylo nutné sledovat FF (viz Tabulka č. 5). Průběh vyšetření ERCP a následného terapeutického zákroku bude popsán níže. Bezprostředně po výkonu pacientka zvracela, proto jí byl ještě na RTG oddělení aplikován Torecan 1 amp. i. v. Od té doby již nezvracela, udávala občasný pocit nevolnosti. Byl naordinován klidový režim na lůžku a dieta nic per os. Po 4 hodinách od výkonu mohla popíjet čaj. Následně

byla lékařem předepsána parenterální výživa. Se sestrou jsem připravila a napojila infuzi Kabiven peri 1440 ml přes pumpu 100 ml/h. Při potřebě na toaletu si pacientka zazvonila a já jí přinesla podložní mísu a zajistila potřebné soukromí. Na bolest dostala pacientka ve 12:00 a 20:00 Novalgin 2 ml i. v. Udávala bolest v epigastriu intenzity č. 4 dle VAS, která se po analgetikách na určitou dobu zmírnila. Po podání léků byla intenzita bolesti č. 1 dle VAS.

Odpoledne kolem 17 hodin byla pacientka odvezena na vyšetření UZ břicha. Závěr z vyšetření byl – dutina břišní bez kolekce tekutiny.

V 18:00 jsem odebrala kontrolní krevní odběry na JT, KO, AMS. (výsledné hodnoty Tabulka č. 7) Ve 21:00 byla paní podána 1 tbl. Hypnogenu.

Čas měření	Krevní tlak	Puls	Dech	Stav vědomí
11:15	110/75 T	64'	16'	+
12:15	117/74 T	70'	14'	+
13:15	124/80 T	68'	16'	+
14:15	125/85 T	74'	14'	+
15:15	120/80 T	78'	15'	+

Tabulka č. 5 – Kontrolní měření fyziologických funkcí a vědomí

Průběh ERCP vyšetření

Informace byly převzaty z lékařské dokumentace

Nález: V oblasti kaudy pankreatu byl objeven suspektní leak (píštěl) z drobné větve.

Léčebné opatření: V místě leaku se provedla Wirsungotomie se zavedením pankreatického 7 Fr stentu dlouhého 8 mm. Stent zprůchodňuje ductus Wirsungi a volně odvádí pankreatické šťávy do duodena. Doporučuje se ponechat maximálně po dobu jednoho měsíce. Poté je nutná jeho extrakce a následná kontrola náplně Wirsungu. Po výkonu pacientka pociťovala nauzeu, poté zvracela. Byla jí podána 1 amp Torecanu i. v. Dnes jsou povoleny pouze tekutiny, nutno zavést parenterální terapii.

27. října – 11. den hospitalizace

Paní J. K. uvedla klidný spánek, byla probuzena pouze jednou zdravotnickým personálem a poté znovu usnula. Přesto se cítí subjektivně poněkud unavená, pociťuje bolesti břicha intenzity č. 4 dle VAS. Se sestřičkou jsem jí podala s ranní medikací Novalgin 2 ml i. m. Uvázala jsem pacientce bandáže a poté jsem s pacientkou vstala, pomohla jí dojít do koupelny, kde se posadila na židli k umyvadlu. Donesla jsem jí všechny potřebné pomůcky z pokoje a ona sama zvládla osobní hygienu. Po skončení zazvonila na zvonek, a já ji doprovodila zpět do postele. Její chůze byla slabá, kvůli bolestem se cítila na nohou nejistá. Pomohla jsem jí bezpečně se dostat zpátky do postele. Pacientka byla poučena o změně dietního režimu – dieta čajová. Byl u ní sledován P + V za 24 hodiny. Bilance byla vyrovnaná +/- 200 ml/24 hodin. v lůžku jsem se sestrou provedla převaz drénu, který odvedl 20 ml tekutiny. Provedla jsem převaz kanyly, znovu jsem ji přelepila foliovým krytím, které lze ponechat 3 dny bez převazu. Dala jsem kapat nutriční výživu Kabiven peri 2000 ml přes pumpu rychlostí 100 ml/hod. FF naměřené ráno i večer měli normální hodnoty. Pacientka přes den nezvracela. Kontrolní odběry jaterních testů byly zvýšené. Hodnoty uvedu v tabulce s porovnáním v průběhu celé hospitalizace. (viz Tabulka č. 7)

Vyšetřovaná látka	17. 10.	22. 10.	25. 10.	27. 10.	31. 10.	6. 11.
ALT	0.11	18.6	23.6	26.2	5.6	0.38
AST	0.19	10.1	12.3	14.42	0.48	0.54
GMT	0.91	5.6	7.21	7.16	3.69	0.76
ALP	1.8	2.56	3,82	5.35	3.44	2,16
Na	136	142	139			
K	4.5	4.9	4.85			
Cl	97	106	100			
AMS v séru	3.47	3.68	3.55	7.87		1.55
LPS v séru	7.84	7.66	8.05	10.21		2.98
CRP	8.9		0.8			1.9
AMS v drénu		225.94			215.7	199.45
LPS v drénu		234.47			228.84	203.15

Tabulka č. 7 – Laboratorní hodnoty v průběhu hospitalizace.

26.10.2012	Výsledná hodnota	Referenční meze
WBC	$15.4 \times 10^9/l$	4.0–10.8
RBC	$4.9 \times 10^{12}/l$	4.20–5.90
HGB	162 g/l	140–180
HCT	0.482 l	0.400–0.520
MCV	87.6 fl	80.0–98.0
MCH	30.3 pg	27.0–34.0
MCHC	348 g/l	320–360
RDV	14.1 %	11.0–14.5
PLT	$960 \times 10^9/l$	135–400
MPV	11 fl	8–12
PDV	15.0 fl	10.8–18.0
Pct	0.24×10^{-3}	0.12–0.36

Tabulka č. 8 – Výsledky krevního obrazu

29. října – 13. den hospitalizace

U pacientky přetrvává klid v lůžku. Dietu má OS čaj po lžičkách. Dopoledne byla pacientka odeslána na kontrolní UZ břicha. Nález z vyšetření byl: játra bez ložisek. Obě ledviny jsou normálního tvaru a velikosti, bez městnání. Lůžko po splenektomii je bez známek kolekce tekutiny. Hlava pankreatu má velikost 25 mm.

U pacientky byla zavedena další PŽK do levé horní končetiny. Měl být podáván Somatostatin Eumedica 6 mg do 500 ml FR i. v. přes pumpu na 24 h. Z důvodu zvýšeného sledování stavu pacientky byla po obědě přeložena na jednotku intenzivní péče. Na JIP si mohla dojít pouze na WC. Byl u ní sledován P + V tekutin, diuréza po 12 hodinách a kontrola TK, P, a saturace každé 3 hodiny. Diuréza po 12 hodinách činila 900 ml. Denní bilance tekutin byla vyrovnaná. Jako náhrada živin kapal přípravek Kabiven peri 2400 ml rychlostí 150 ml/hod.

Pacientce byl přiřazen lék Helicid 40 mg i. v. do 100 ml FR, podán ve 20:00. Pacientka udávala bolesti v oblasti epigastria intenzity č. 4, ty byly tlumeny analgetiky. Stále jí byly podávány antibiotika.

31. října – 15. den hospitalizace

Pacientka byla přeložena zpět na standardní chirurgickou jednotku. Byl u ní změněn pohybový režim z klidového, na volný. Je soběstačná. Přestávají se aplikovat bandáže dolních končetin. V prevenci TEN je pokračováno podáváním předepsaných medikamentů. Pokračovalo se u ní v léčbě Somatostatinem a parenterální výživou. 1 krát denně proběhl převaz drénu, který již nic neodváděl a kontrola obou PŽK. Odebírali se kontrolní JT, AMS, LPS v krvi i z drénu. U pacientky přetrvávají slabé bolesti břicha. Změřené hodnoty fyziologických funkcí jsou: TK = 145/80, P = 66', TT = 36,4 °C.

5. listopadu – 20. den hospitalizace

Pacientka má volný pohybový režim, rehabilitace. Břicho je klidné, měkké, bez bolesti. Kontrolní hodnoty odebraných JT byly v pořádku, AMS v krvi také v normě. Pacientce byla poslední dávka Somatostatinu i. v. podána 3. 11., poté byla vytažena jedna PŽK. Parenterální výživa byla stále podávána, ačkoliv 2. 11. byla dieta pacientky změněna na pankreatickou SP-1, další den na SP-2. Pacientka tuto stravu snášela dobře a tak byla zahájena dieta č. 4 s omezením tuků, kterou bude muset určitý čas dodržovat i po odchodu z nemocnice. O této dietě byla edukována nutriční terapeutkou. Ke své původní medikaci pacientka začala dostávat 1. 11. Helicid 20 mg tbl. 1-0-1. Byl proveden poslední kontrolní UZ břicha. V nálezu nebyla objevena žádná kolekce tekutiny, pouze bublinka vzduchu u drénu.

7. listopadu – 22. den hospitalizace

Pacientka neudává subjektivně žádné potíže. Naměřené ranní hodnoty fyziologických funkcí byly v pořádku. Výsledné hodnoty AMS v krvi byly v normě. Drén již neodváděl žádný odpad. Při převazu byl zkrácen do obvazu. Pacientka byla poučena, jak se o drén starat do kontrolního převazu. Dále jí byl vytažen PŽK. Před propuštěním byla pacientka poučena lékařem o nutnosti dodržování klidového režimu, dietního opatření – diety č. 4. Bylo jí doporučeno vynechat veškerý alkohol a pít dostatek jiných tekutin, alespoň 2,5 l denně.

Do domácího léčení jí zůstal Fraxiparine 0,4 ml s. c. a Anopyrin 100 mg 1 krát denně. Dále v případě bolesti jí byla doporučena analgetika. Paní J. K. se měla přijít za 3 dny ukázat na chirurgickou ambulanci, kde by mohl být popřípadě vytažen drén, a naplánována další kontrola. Lékař s ní domluvil vyšetření UZ po 14 dnech.

3.5 Farmakoterapie ke dni 26. 10. 2012

Uvádím zde léky, které byly pacientce tento den podávány. Některé léky užívala pacientka i doma (v rámci prevence vzniku trombóz po splenektomii), je zde zahrnuta i premedikace před diagnostickým výkonem. Informace byly získány z lékařské dokumentace.

Augmentin 1 g - 1 tbl. p. o. po 12 hod (8 – 0 – 20⁰⁰)

Indikační skupina: Antibiotikum

Léčivá látka: Amoxicillinum tryhidricum

Léková forma: Potahovaná tableta

Indikace: Profylaxe z důvodu snížené imunity po splenektomii

Nežádoucí účinky: Průjem, zvracení, nauzea

Hypnogen 10 mg - 1 tbl. p. o. na spaní ve 21:00

Indikační skupina: Hypnotikum

Léčivá látka: Zolpidemi tartras

Léková forma: Potahovaná tableta

Indikace: Krátkodobá léčba nespavosti

Nežádoucí účinky: Průjmy, zvracení, nauzea, u starších osob bývají bolesti a točení hlavy

Torecan 1 ml /6,5 mg – 1 amp. i. v. při vyšetření (cca v 11 hod)

Indikační skupina: Antiemetikum

Léčivá látka: Tiethylperazini malas

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Léčba a prevence zvracení, nauzey, závratí po chirurgických zákrocích

Nežádoucí účinky: Somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče

Novalgin 2 ml – 1 amp. 2 ml i. m. interval min. po 6 hod při bolesti (12 – 0 - 20⁰⁰)

Indikační skupina: Analgetikum

Léčivá látka: Metamizolum natricum monohydricum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Léčba akutní nebo chronické bolesti

Nežádoucí účinky: Anafylaktická reakce

Fraxiparine 0,4 ml – 0,4 ml s. c. po 24 hodinách (8⁰⁰ – 0 – 0)

Indikační skupina: Antikoagulancium

Léčivá látka: Nadroparinum calcicum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Profylaxe tromboembolické choroby

Nežádoucí účinky: Krvácivé stavy, krevní výron v místě vpichu, tvorba podkožních hematomů

Premedikace:

Dolsin 50 mg – 1 ml. i. m. jako součást premedikace podáno v 9:45

Indikační skupina: Analgetikum

Léčivá látka: Petidin hydrochloridum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Léčba silné bolesti, nebo jako součást premedikace před výkonu (zároveň uvolňuje spazmy hladkých svalů GIT)

Nežádoucí účinky: Nausea, zvracení, méně pak zácpa, hypotenze, dezorientace, ospalost, zmatenost

Dormicum 5 mg – 1 ml i. v. jako součást premedikace podané na rentgenovém pracovišti

Indikační skupina: Krátkodobě působící hypnotikum

Léčivá látka: Midazolamum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: K navození sedace při zachovalém vědomí během diagnostických nebo terapeutických výkonů

Nežádoucí účinky: Vyskytují se pouze vzácně (anafylaktický šok, zmatenosti, halucinace, dlouhodoběji závislost)

Diazepam 10 mg – 1 amp. i. v. jako součást premedikace podané na rentgenovém pracovišti

Indikační skupina: Benzodiazepin, anxyolitikum

Léčivá látka: Diazepamum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Odstraňuje nervové svalové napětí, pocit úzkosti a strachu

Nežádoucí účinky: Spavost, vertigo, ataxie, bolesti hlavy, poruchy zraku, dezorientace

Buscopan 20 mg – 1 amp. i. v. jako součást premedikace podané na rentgenovém pracovišti

Indikační skupina: Spasmolytikum

Léčivá látka: Butylscopolamini bromidum

Léková forma: Injekční roztok

Indikace: Uvolnění spazmů před diagnostickými či terapeutickými výkon

Nežádoucí účinky: Tachykardie, poruchy akomodace, sucho v ústech, závratě

Infúzní terapie:

Plasmalyte + Glukóza 5% 1000 ml – i. v. kapat 150 ml/hod, ráno v 8⁰⁰

Indikační skupina: Hypertonický infúzní roztok

Léčivá látka: Glucosum monohydricum, Na, K, Cl, Mg, Natrii gluconas, Natrii acetat trihydricus

Léková forma: Infúzní roztok

Indikace: Náhrada tekutin s dodáním sacharidů

Nežádoucí účinky: Jsou vzácné – záchvaty, hypervolémie, žilní trombóza, tromboflebitida

Parenterální výživa:

Kabiven peripheral 1440 ml – i. v. kapat rychlostí 100 ml/hod, od 16⁰⁰

Indikační skupina: Parenterální výživa

Léčivá látka: Roztok 11 % glukózy, Vamin 18 Novum, Intralipid 20 %

Léková forma: Infúzní emulze

Indikace: Parenterální výživa pro dospělé, u kterých je enterální výživa nedostačující nebo kontraindikována

Nežádoucí účinky: Zvýšená TT, méně často třes, zimnice, zvracení, nauzea

(<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>)

4 Ošetrovatelská část

V ošetrovatelské části popisují kompletní ošetrovatelský proces u pacientky s pankreatickou píštělí, vzniklou jako komplikace splenektomie. Ke zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem použila model M. Gordon, který nám umožňuje vytvořit si nejkompexnější pohled na člověka.

4.1 Definice a cíle ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatný obor, jehož cílem je systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k jeho udržení zdraví, či potřeb vzniklých v souvislosti s onemocněním. Úlohou sestry je spolupracovat s dalšími zdravotnickými pracovníky, jako jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, dietní sestry či sociální pracovníci.

WHO definuje zdravotnictví jako: „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“. (Staňková, 1999, 15 s.)

Ošetrovatelství se zaměřuje především na pomoc člověku v udržení a podpoře zdraví, k jeho navrácení a rozvoji, jak jen to situace dovoluje. Snaží se mírnit utrpení nevyléčitelně nemocných lidí a zajistit pokojné umírání a smrt.

Hlavními cíli ošetrovatelství jsou pomoc jednotlivci, rodině a skupinám v dosažení tělesného, sociálního a duševního zdraví, pohody. Podporovat jejich pozitivní zdraví a řádně je edukovat. Maximalizovat vztah člověka k péči o sebe sama. Provádět prevenci onemocnění a spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře. Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka a předcházet komplikacím. Objevovat a uspokojovat potřeby člověka s narušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a lidí s nevyléčitelnou nemocí. (Staňková, 1998)

4.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je metodický základní rámec, který slouží pro realizaci ošetrovatelských cílů. Cílem tohoto procesu je uspokojovat tělesné, duševní a sociální potřeby všech jedinců. Snaží se o podporu a udržení zdraví, zmírnění utrpení a pomáhá při procesu umírání. Umožňuje systematický, individuální přístup k nemocným jak v terénní tak v nemocniční péči. Ošetrovatelský proces má 5 fází. Jsou to získávání informací, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, provedení navržených opatření – realizace, zhodnocení efektu poskytované péče. (Staňková, 1999)

Získávání informací

V této fázi se snažíme získat o pacientovi veškeré informace, potřebné k jeho ošetřování. Jedná se o celkový náhled na pacienta ze stránky zdravotní, sociální a psychologické ve všech základních potřebách, které může sama sestra hodnotit.

Nejdůležitějším zdrojem informací je pro sestru sám pacient, jeho příbuzní, také spolupacienti. Informace je možné zjistit pomocí rozhovoru nebo pozorováním. Nedílnou součástí je zdravotnická dokumentace a předávání informací v rámci zdravotnického týmu, který se o pacienta stará. Do samostatné skupiny patří různé měřicí techniky, hodnotící škály, testy či dotazníky. (Staňková, 1999)

Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Jedná se o vyhodnocení předem získaných informací o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza je pojmenování pacientova problému a potřeby, který může být správnou ošetrovatelskou péčí ovlivněn či zlepšen. Diagnózy ošetrovatelských problémů stanovuje vždy sestra.

Je nutné brát ohled na pacientův postoj a jeho priority. Na stanovených prioritách by se měla sestra dohodnout s pacientem, tudíž je opět velmi důležitá individualizace diagnóz a spolupráce na obou stranách. S ošetrovatelskými diagnózami by měl být seznámen a podílet se na jejich utváření každý člen zdravotnického týmu. (Staňková, 1999)

Plánování ošetrovatelské péče

Výsledkem plánování péče je stanovení přesného ošetrovatelského plánu, pomocí zvolených ošetrovatelských cílů a následně vhodně vybraných intervencí. Plán musí být formulován srozumitelně a jasně pro celý ošetrovatelský tým. Důležitá je individualizace péče a možnost změny plánu, podle aktuálního vývoje stavu a potřeb pacienta. V plánu je přesně určeno, co zvládne pacient sám, s čím mu bude pomáhat sestra nebo ostatní zdravotnický personál a jak se mohou zapojit příbuzní a pacientovi přátelé. Plánování řídí jedna sestra, která vede o celé ošetrovatelské péči záznam.

Realizace ošetrovatelské péče

Jedná se o aktivní individualizovanou péči, jejíž cílem je převedení plánovaných aktivit do praxe a splnit stanovený cíl. Vzhledem k dynamickému vývoji stavu pacienta mohou být některé plány a vyšetření zrušeny. Naopak může docházet k péči, která nebyla plánovaná, ale je pro pacienta důležitá.

Zhodnocení poskytované péče

Vyhodnocení poskytnuté péče se týká všech ošetrovatelských problémů, které byly u pacienta stanoveny. Ze strany sestry se jedná o objektivní pohled na provedenou péči a zhodnocení, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Posuzuje, zda byl efekt péče pozitivní, negativní, nebo žádný. Dále si všímá, do jaké míry se povedlo zapojit do činností pacienta a jeho rodinu. Zaměřujeme se na fyzický i psychický komfort pacienta.

Pacient hodnotí výsledky péče subjektivně. Sestra by neměla zapomínat probrat s pacientem, jak reagoval na léčbu, co bylo účinné a co ne. Při celkovém zhodnocení péče je důležité brát v potaz pacientův pocit. Jestliže se cítí neuspokojen a problém přetrvává, měli bychom se snažit najít jiné vhodné řešení problému. (Staňková, 1999)

4.3 Model ošetrovatelské péče Marjory Gordon

Pro zpracování kazuistiky jsem si zvolila model funkčních vzorců podle Marjory Gordon. Je to model, který nám poskytuje nejkompexnější pohled na člověka. Je vhodné ho doplnit či kombinovat s dalšími teoriemi nebo modely.

Tento model je založen na interakci osoba – prostředí. Zdraví jedince je vyjádřeno pomocí bio-psycho-sociální interakce. Každý má společné určité typy chování, související se zdravím. Sestra u pacienta při své práci rozpoznává tyto funkční a dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém okamžiku, odvíjí se od daných ošetrovatelských údajů v objektivní i subjektivní podobě. Sestra může u pacienta rozpoznat dysfunkční model zdraví. Ten může poukazovat na aktuální onemocnění dané osoby, nebo na jeho potenciální problémy. Sestra musí zjištěný problém zaznamenat a zařadit ho do ošetrovatelského procesu u pacienta. (Pavlíková, 2006; Farkašová, 2001)

Model utváří 12 funkčních vzorců zdraví, kdy každý představuje určitou oblast zdraví.

- 1) Vnímání zdravotního stavu
- 2) Výživa a metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivitu a cvičení
- 5) Spánek a odpočinek
- 6) Vnímání a poznávání
- 7) Sebepojetí a sebeúcta
- 8) Role a mezilidské vztahy
- 9) Reprodukce a sexualita
- 10) Zvládání stresu, zátěžových situací
- 11) Víra – životní hodnoty
- 12) Jiné – informace, které nemohly být zařazeny do jiné kategorie

4.4 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu M. Gordon

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala dne 26. 10. 2012, tedy 10. den hospitalizace v 11:00 – 11:30. V tuto dobu byla pacientka přivezena z vyšetření ERCP zpět na standardní chirurgickou jednotku. Pro vytvoření ošetřovatelské anamnézy jsem si vybrala model dle Gordonové. K získání údajů jsem využila metody pozorování, rozhovor s pacientkou a ošetřovatelskou dokumentaci.

1) *Vnímání zdravotního stavu*

Toto je u paní J. K. již druhá dlouhodobější hospitalizace v nemocnici, jelikož byla před měsícem hospitalizována k výkonu splenektomie. Po odeznění akutní fáze bolesti se cítí pacientka dobře. Poměrně za krátkou dobu přivykla nemocničnímu režimu. Říká, že si nemoc nepřipouští. Chce být opět zdravá a moci se vrátit do domácího prostředí. Obává se vzniklých komplikací, které prodlužují hospitalizaci, ačkoliv ona se cítí téměř v pořádku. Bojí se toho, co se při vyšetření zjistilo.

Před projevením prvních příznaků bolesti se zajímala aktivně o své zdraví, sportovala. Trávila spoustu času na čerstvém vzduchu při procházkách se svým psem, jezdila na kole v přírodě, občas zašla na tenis, nebo si zaplavat. Se svým přítelem a jeho dětmi pořádali výlety do přírody. Nyní doufá, že se bude k těmto aktivitám moci zase vrátit. Pooperační stav a nově vzniklé komplikace ji prozatím nutí být v klidu. Kouří od 18 let, nyní 12 cigaret denně. V nemocnici se snaží tento počet snížit a kouření omezit, ale je to pro ni velmi těžké. Je ve stresujícím prostředí, a proto se jí to ne vždy daří.

Pacientka plně spolupracuje, je komunikativní, přátelská. Snaží se dodržovat pokyny lékařů jak v nemocnici, tak i doma. Po operaci dodržovala klidový režim, užívala předepsané léky.

2) *Výživa a metabolismus*

Pacientka dodržuje pravidelný pitný režim. Denně vypije nejméně 2 l tekutin, většinou neperlivé vody nebo čaje. Kávu pije pouze tehdy, potřebuje-li se

zbavit velké únavy. To bývá 1-2 krát týdně. Občas si dá doma bílé víno nebo pivo. Je po cholecystektomii, ale nedodrhuje žádnou speciální dietu, ačkoliv ji bylo lékaři doporučeno omezit tučná, kořeněná a smažená jídla. Sama s tím však nikdy neměla potíže ani po odstranění žlučníku. Snaží se jíst 4–5 krát denně menší porce jídla. Mezi její oblíbená jídla patří smažený sýr a pizza, kterou si občas zašla koupit i v době hospitalizace. Poučila jsem paní J. K., že by měla omezit těžká a smažená jídla a zaměřit se na jiné úpravy pokrmů. V nemocnici dostávala do dnešního dne dietu číslo 4 – s omezením tuků. Jídlo prý nebylo moc dobré, chyběla mu chuť, ale přesto se pacientka snažila něco sníst. Chuť k jídlu zůstává normální.

V posledních 3 měsících pacientka neudává výraznou změnu své váhy. Od operace pacientka pozorovala mírný příbytek na váze v rozmezí 2 kilo. Připisuje to snížené pohybové aktivitě. Její váha je nyní 58 kg, výška 173 cm, BMI 19,4 což značí mírnou podváhu. Ranní hodnota tělesné teploty byla 36,6 °C. Chrup je vlastní, kompletní.

Po výkonu se dieta pacientky změnila na dietu OS – čajovou. Kvůli zjištěné pankreatické píštěli nesmí přijímat stravu per os. Povoleny jsou jí pouze tekutiny, jejichž množství bude sledováno a zapisováno do dokumentace. Pro správné léčení pankreatu je potřeba co nejnižší sekrece pankreatických žláz. Neměl by být zatěžován gastrointestinální trakt.

Pacientka má od 25. 10. zavedenou PŽK na pravém předloktí. Okolí vpichu je v pořádku, bez zarudnutí, nebolestivé. Drén je zaveden 7. den mezi 8.–9. žebrem axilárně vlevo. Kůže v okolí je nepoškozena, bez známek infekce. Operační rána po splenektomii je subkostálně vlevo. Její velikost je 15 cm. Stehy jsou vyndané, rána je růžová, hojící se per primam. Její okolí je čisté, bez známek infekce. Probíhá kontrola rány, zůstává již bez převazu. Celkový stav kůže u pacientky je v pořádku. Pokožka je hydratovaná, vláčná, růžové barvy. Turgor kůže zachován. Pacientka si o kůži pravidelně pečuje, k promazávání používá různé krémy.

Po zhodnocení nutričního stavu pacientky nebyla sledována potřeba spolupráce s nutričním terapeutem. Výsledek testu byl 1 bod. (viz Příloha č. 1). V hodnocení škály rizika vzniku dekubitů dle Nortonové taktéž nevyšlo žádné riziko vzniku dekubitů. Pacientka dosáhla 32 bodů. (viz Příloha č. 1)

3) *Vylučování*

Paní J. K. nemá s vyprazdňováním moči potíže. Občas se vzbudí a jde na toaletu i v noci. Močí spontánně, nemá zavedený PMK. V nemocnici si sama dochází na WC. Dnes v případě omezení pohybu z důvodu klidového režimu po vyšetření bude používat podložní mísu. Nepociťuje pálení ani bolesti při močení.

Na stoličce chodí pravidelně 1x denně. Nemá potřebu využívat laxantiva. Poslední stolice byla 25. 10. 2012.

Zavedený drén odvedl za předchozích 24 hodin 45 ml tekutiny charakteru pankreatické šťávy.

4) *Aktivita, cvičení*

Před operací byla pacientka sportovně založena. Chodila na dlouhé procházky se svým psem, jezdila na kole, hrála tenis, plavala. Sdělila mi, že v mládí hrála závodně pozemní hokej a věnovala se lehké atletice. Před druhou hospitalizací doma musela dodržovat klidový režim. Toto omezení pro ni bylo stresující, ale chápala jeho význam. Pohyb má ráda, jakmile znovu nabere více sil a uzdraví se, chtěla by se k aktivnímu cvičení vrátit.

Po návratu z vyšetření je ordinován klid v lůžku do večera.

Ke zhodnocení soběstačnosti pacientky jsem použila hodnotící škálu dle Barthelové, kde dosáhla po návratu z vyšetření 85 bodů. Vlivem změněného pohybového režimu se zde projevila lehká závislost, zejména v oblasti osobní hygieny a vyprazdňování. (viz Příloha č. 1)

V testu rizika pádu dle Conleyové získala pacientka 5 bodů. Bylo u ní zjištěno nízké riziko pádu. (viz Příloha č. 1)

5) Spánek a odpočinek

Paní J. K. před hospitalizací neměla žádné potíže se spánkem. Pravidelně doma spala 8 hodin denně. Odpočívala při sledování filmu o víkendu a čtení detektivních knih. V nemocnici se počet hodin snížil na 5 – 6 hodin spánku. Kvalita spánku zůstává dobrá, občas je narušena chodem oddělení a prací zdravotnického personálu. Pacientka nepotřebuje užívat hypnotika ani nemá žádné speciální rituály před spaním. Po předchozím vyšetření CT požádala sestřičky o hypnotika. Kvalita usínání byla narušena bolestí a omezením pohybu v lůžku, z důvodu zavedeného drénu. Mezi odpočinkové činnosti v nemocnici patří čtení, luštění křížovek a návštěvy přítele. Je velmi společenská a komunikativní, ráda je na pokoji s někým, s kým si může povídat. Přesto má ráda i svůj klid, obzvláště v době prožívání akutní bolesti.

6) Vnímání, poznávání

Paní J. K. uvádí, že trpí krátkozrakostí. Brýle nosí pouze na řízení auta, jinak prý bez nich vidí dobře. Nemá potíže se sluchem ani řečí. Před hospitalizací neměla problém s chůzí a nepoužívala žádné kompenzační pomůcky. Její schopnost rozhodovat se není narušena, chce být plně informována o svém zdravotním stavu.

Před výkonem pacientka pociťovala jen mírné bolesti. Nyní po vyšetření je bolest silnější intenzity č. 4 dle VAS. Je tlumena analgetikem Novalgin 2 ml i. v. dle potřeby. Jedna dávka byla podána po přivezení z vyšetření zpět na oddělení. Po podání léčiva dochází ke zmírnění bolesti. Bolest snáší pacientka dobře. Nyní se jí v akutní fázi pokouší zaspát. Sama se snaží nalézt úlevovou polohu.

7) Sebepojetí a sebeúcta

Paní J. K. je společenská, kamarádská, klidná osoba. Ráda mi zodpověděla všechny mé dotazy. Nyní se cítí částečně omezena v potřebě vyprazdňování a osobní hygieny, jelikož má ordinován klid v lůžku. Ohledně jizvy po operaci a nynějším drénu mi paní odpověděla, že je ráda za své zdraví. Jizvy časem přestanou být vidět, a prozatím se jít plavat zatím nechystá. Myslí si, že se nemá za co stydět. Svůj stav se snaží vnímat kladně. Pociťuje obavy z prodlužující se

hospitalizace. Doufá, že brzy bude moci být propuštěna domů.

Uvědomuje si, že doma bude potřebovat podporu a pomoc přítele, ve zvládnání fyzicky náročnějších prací, jako je nakupování, obstarání domácnosti. Kvůli již druhé delší hospitalizaci cítí finanční závislost na svém příteli. Po ukončení pracovní neschopnosti je schopná vrátit se na svou pracovní pozici v kanceláři. Jako svou další závislost vnímá kouření, ale té se zatím v dohledné době zbavovat nechce. Prý ji kouření uklidňuje a zbavuje pocitu stresu a napětí.

8) Role a mezilidské vztahy

Paní J. K. žije v bytě se svým přítelem. Má dobré vztahy s rodinou a říká, že dobře vychází se všemi lidmi dokonce i zvířaty. Sama se snaží nevyvolávat s lidmi konflikty a problémy řeší spíše v klidu, jak říká, „s chladnou hlavou“. Její role matky, se částečně uplatňuje na přítelovy 3 dcery, se kterými se vidí vždy po 14 dnech. Vlastní dítě zatím mít nechce, již takto je situace náročná. Momentálně cítí neuspokojení potřeby být v pracovním provozu, ale věří, že to se brzy změní. Na návštěvu za ní pravidelně chodí přítel. Rodiče za ní byly pouze jednou, jelikož jim svou hospitalizací nechce přidělovat další práci. Nečekaně ji také navštívili kamarádi, se kterými se dlouho neviděla. Její za krátkou dobu již druhá hospitalizace ji omezuje v udržování starých a rozvíjení nových sociálních vztahů.

9) Reprodukce - sexualita

Pacientka neudává žádné potíže. Menstruace je pravidelná. Před rokem musela kvůli potížím vysadit hormonální antikoncepci. O jaké potíže se jednalo, pacientka nechtěla uvést. Vlastní děti zatím nemá a ani nechce mít.

10) Stres, zátěžové situace - zvládnání stresu

První hospitalizaci vnímala pacientka jako obtížnou změnu v pravidelných návycích. Odloučení od rodiny bylo dlouhé. Informace o jejím stavu byly pro ni stresující. Nelehkou otázkou pro ni bylo také finanční zabezpečení. Druhou hospitalizaci pacientka snáší již lépe. Trvá však dlouho a paní se cítí téměř zdravá, proto je pro ni o to těžší, být v nemocnici. Má obavy z výsledků vyšetření.

Obranným mechanismem proti stresu je u paní J. K. kouření cigaret. Přestože se snaží v nemocnici snížit počet vykouřených cigaret, nedaří se jí to. Další pomocí je jí popovídání s přítelem a blízkými lidmi. Paní mi sdělila, že by nechtěla zůstat na své problémy sama.

11) Víra

Pacientka se nepřiklání k žádné víře. Sdělila mi pouze, že věří na osud. Na první místo v jejím žebříčku hodnot patřila vždy rodina a nyní i přítel. Peníze jsou na dalším místě, ale pacientka je bere spíše jako nutnost a nástroj ke spokojenému životu. Jejím přáním je, aby se mohla opět vrátit k oblíbeným aktivitám a získat zpět svou fyzickou kondici.

12) Jiné

Dýchání pacientky je spontánní, v plném rozsahu, symetrické. Při poslechu čisté, sklípkové. Nejeví známky patologie ani netrpí žádnou poruchou dýchacích cest. Nevyskytuje se u ní dušnost. Nyní netrpí žádným nachlazením ani kašlem. Ráno byl naměřen fyziologický počet dechů 16 za minutu.

U pacientky po splenektomii vyskytlo zvýšené riziko tromboembolické nemoci. Má vysoké laboratorní hodnoty trombocytů v krvi a proto jsou u ní nutná medikamentózní opatření. Doma si aplikovala Fraxiparine 0,3 ml a užívala Anopyrin 100 mg. Tato léčba pokračuje i při nynější hospitalizaci. Pro zlepšení cirkulace krve při omezeném pohybu se jí aplikují preventivně bandáže dolních končetin. Tato opatření mají zabránit vzniku trombóz a jejich uvolnění do cévního řečiště.

4.5 Ošetřovatelské diagnózy ke dni 26. 10. 2012

Ošetřovatelské diagnózy jsem pomocí získaných informací od pacientky a z ošetřovatelské dokumentace stanovila ke dni 26. 10. 2012 v 11:30. Krátkodobý plán péče je stanoven na 24 hodin. K jeho vyhodnocení došlo dne 27. 10. 2012 v 11:30. Diagnózy a stanovený plán péče jsem zaznamenala do příslušné dokumentace (viz Příloha č. 2)

Aktuální:

1. Akutní bolest související s původním onemocněním a diagnostickým zákrokem
2. Snížená soběstačnost v oblasti vyprazdňování a osobní hygieny z důvodu ordinovaného klidového režimu
3. Obavy ze vzniklých komplikací a prodlužující se hospitalizace

Potencionální:

4. Riziko pádu související s podanou medikací a provedeným vyšetřením
5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené PŽK a drénu
6. Riziko vzniku TEN související se základním onemocněním a hospitalizací

Aktuální diagnózy

- 1. Akutní bolest související s původním onemocněním a diagnostickým zákrokem***

Cíl péče:

- Intenzita bolesti bude dle VAS 3 a méně, s nástupem účinku léků do 30 minut
- Bolest neovlivní negativně kvalitu spánku pacientky

Plán péče:

- Aktivně se pacientky dotazovat na bolest
- Lokalizovat bolest, určit charakter, zhodnotit její intenzitu dle VAS
- Poučit pacientku o možnosti podání analgetik
- Pomoci najít pacientce úlevovou polohu
- Podání medikace dle ordinace lékaře

- Sledovat účinek podaných analgetik a sledovat bolest v závislosti na analgetické léčbě
- Zjistit zda bolest ovlivňuje kvalitu spánku u pacientky
- Monitorovat bolest a vést o ní záznam do zdravotnické dokumentace

Realizace péče:

Po vyšetření a návratu na oddělení udávala bolesti v nadbříšku intenzity č. 4 dle VAS. Informovala jsem ji o možnosti podávání léku na zmírnění bolesti. Ve 12 h jsem jí aplikovala Novalgin 2 ml i. m. Po 15 minutách udávala zmírnění bolesti. Pomohla jsem ji uložit do úlevové polohy na zádech, s mírným zdvižením podhlavního panelu. Informovala jsem pacientku o možnosti znovu podání analgetik po 6 hodinách. Po tuto dobu pacientka udávala mírnou bolest intenzity č. 2 dle VAS, analgetika nevyžadovala. Část odpoledne prospala. Ve 20:00 pacientka požádala o další medikaci ke snížení bolesti před spaním. Bolest dosahovala intenzity 2-3 dle VAS. Znovu byl aplikován Novalgin 2 ml i. m. A do 20 minut došlo ke zmírnění intenzity bolesti. Pacientka z obavy zhoršeného spánku, požádala o lék na spaní. Ve 21:00 jí byl sestřičkou podán Hypnogen 1 tbl. per os. Ráno byla bolest mírnější, na stupni intenzity č. 2–3, pacientka požádala o analgetika.

Hodnocení poskytnuté péče:

Ráno udávala paní J. K. klidný spánek po celou noc, bez probuzení. Bolest byla po dobu 24 hodin sledována a zapisována do dokumentace. Po podání medikace, nastoupil účinek do 30 min. Intenzita bolesti, byla udržována pod hodnotou č. 3 dle VAS. Cíl byl splněn.

2. Snížená soběstačnost v oblasti vyprazdňování a osobní hygieny z důvodu ordinovaného klidového režimu

Cíl péče:

- Pacientka se zvládne vyprázdnit v lůžku
- Uspokojení osobní hygieny po vyprázdnění

- Zvládnutí celkové hygieny s asistencí sestry

Plán péče:

- Uspokojit potřebu vyprazdňování a hygieny pacientky
- Zajistit potřebné soukromí
- Umožnit vyprázdnění v lůžku s asistencí sestry
- Signalizační zařízení umístit na dosah ruky
- Poskytnout hygienu rukou dle přání pacientky
- Po skončení klidového režimu doprovodit pacientku na toaletu
- Zajistit celkovou hygienu v lůžku nebo v koupelně

Realizace péče:

Po návratu z vyšetření měla pacientka do večera omezen pohyb. Byla nucena zůstat z důvodu provedeného výkonu a podané medikace v lůžku. Upozornila jsem ji, že při potřebě na toaletu bude muset zvonit na sestřičky a vyprázdnit se na podložní míse. Z tohoto důvodu jsem jí připravila zvoneček na dosah ruky, aby se pro něho nemusela složitě otáčet. Její možnost mobility v lůžku byla omezena bolestmi břicha. Paní se tato představa vyprazdňování příliš nezamlouvala. Bohužel byla na pokoji s další paní po operaci, tudíž nebyla možnost zajistit pocit úplného soukromí. Po vykonání potřeby jsem jí vždy namočila žínku, aby si mohla umýt ruce a vyvětrala jsem pokoj. Večer mohla paní pomalu vstávat a tím se omezila činnost sester na doprovod na toaletu. Celková hygiena byla provedena v koupelně druhý den ráno a proběhla za asistence a doprovodu sestry.

Hodnocení poskytnuté péče:

Paní J. K. si po dobu určeného klidu v lůžku dvakrát zazvonila na sestřičky s potřebou donesení podložní mísy. Zvládla se vyprázdnit, ačkoliv jí to bylo před spolupacientkou nepříjemné. Vždy ocenila následné zajištění hygieny rukou. Po dobu klidu v lůžku byla její potřeba uspokojena. Pacientka se druhý den ráno za pomoci sestry osprchovala v koupelně. Potřeba veškeré hygieny byla naplněna.

3. Obavy z plánovaného vyšetření a vzniklých komplikací

Cíl péče:

- Pacientka bude udávat zmírnění pocitu strachu

Plán péče:

- Vyslechnout pacientku a promluvit si s ní o jejích obavách
- Vysvětlit důvod hospitalizace a prováděných vyšetření
- V případě potřeby zajistit rozhovor s lékařem

Realizace péče:

Paní J. K. vypadala na první pohled sebevědomě, ale při odebrání ošetřovatelské anamnézy mi poté přiznala, že má obavy z výsledků vyšetření. Nechápe, proč se u ní projeví komplikace po předchozí splenektomii. Snažila jsem se pacientce naslouchat, chovat empaticky a zmírnit její obavy. Domluvily jsme se, že odpoledne pokud bude chtít, si s ní znovu promluví. Lékařem byla informovaná o výsledcích vyšetření a o tom, co z toho pro ni vyplývá. Pochopila, že prodloužení hospitalizace je nutné, aby došlo k úplnému vyléčení. Odpoledne trpěla bolestmi a tak jsme rozhovor prozatím odložily na druhý den. Ráno jsme se jí zeptala, zda si chce o něčem promluvit a jestli rozuměla všem informacím, co jí lékař sděloval. Pacientka nic dodatečně vysvětlit nechtěla a cítila se klidnější, protože ví, co ji bude dále čekat a že je zde personál, kterému může o svém strachu říci.

Hodnocení péče:

Snažila jsem se pacientce naslouchat a věnovala jsem jí svůj čas. Ukázalo se, že potřebuje více společnost a možnost říci někomu o svých starostech. Paní mi sdělila, že se po našem rozhovoru cítí lépe. Cíl byl splněn, ale je potřeba i nadále na tento problém myslet.

Potencionální diagnózy

4. Riziko pádu související s podanou medikací

Cíl péče:

- Snížit riziko pádu v průběhu následujících 24 hodin

Plán péče:

- Před podáním premedikace edukovat pacientku o riziku pádu
- Po podání premedikace nebude pacientka vstávat z lůžka
- Umístit signalizační zařízení na dosah ruky
- Pacientka bude vstávat pouze s asistencí sestry

Realizace péče:

Pacientka byla informovaná, v kolik hodin půjde na výkon. V 9:30 jsem ji upozornila, aby si došla na toaletu, že jí poté budou aplikovány léky před výkonem. Při podávání premedikace jsem paní řekla, jaké léky dostává a za jakým účelem. Edukovala jsem jí, že nebude moci vstávat z lůžka a proč. Umístila jsem jí zvonek na dosah ruky, aby si mohla v případě potřeby zazvonit na zdravotnický personál. Na výkon pacientku v lůžku odvezl sanitář. Po výkonu zůstala pacientka v lůžku. Odpoledne byla převezena na sedačce na kontrolní vyšetření UZ. Při přesezení na vozík jsem jí byla oporou a přidržovala jsem sáček od drénu. Po vyšetření jsem jí pomohla se bezpečně dostat do lůžka. Pacientka měla celý den po ruce signalizační zařízení. Večer jsem jí pomohla při vstávání a došla jsem s ní do koupelny. Zpočátku pociťovala motání hlavy, které po několika minutách odeznělo. Chůze pacientky byla nejistá, ztěžovala ji bolest břicha. Po hygieně jsem paní doprovodila zpět do postele. Ráno se stav pacientky zlepšil, její chůze byla lepší, zvládla sama chodit po pokoji s případnou oporou postele nebo stolku.

Hodnocení poskytnuté péče

Pacientka byla edukována o možném riziku pádu. Dodržovala zásady, kterými se pádu předcházelo. Z lůžka vstávala s asistencí sestry. Druhý den ráno zvládla chůzi již sama. Po celých 24 hodin u pacientky nedošlo k žádnému pádu.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu PŽK a zavedeného drénu

Cíl péče:

- Snížit riziko vzniku infekce ze zavedených vstupů

Plán péče:

- Kontrola známek infekce v okolí zavedených vstupů 1x denně
- Pravidelný převaz PŽK po 3 dnech – průhledné krytí
- Převaz drénu 1x denně
- Při převazech a manipulaci s PŽK a drénem dodržovat aseptické zásady
- Kontrola funkčnosti katetru před aplikací léčiv
- Poučení pacientky o projevech možných komplikací
- Dotazování se pacientky na bolest, pálení v místě vpichu katetru a zavedení drénu

Realizace péče:

Při převazu drénu jsem jeho okolí odesinfikovala cutaseptem a kryla sterilními čtverci. Okolí nejevilo žádné ze známek infekce. Zkontrolovala jsem zda je zachovaný aktivní podtlak drénu. Drén odvedl za předchozích 24 hodin 20 ml. Funkčnost kanyly byla zachována. Foliové krytí, bylo měněno o den dříve. Toto krytí se mění každé tři dny, proto jsem ho nepřevazovala. Okolí vpichu bylo nebolestivé, bez zarudnutí, čisté. Druhý den ráno byl drén opět převázán. Pacientka neuváděla bolesti ani pálení při aplikaci infúze. Informovala jsem ji, aby o jakékoliv bolesti, zarudnutí nebo jiných změnách v místě vpichu PŽK ihned informovala sestřičky.

Hodnocení poskytnuté péče:

U pacientky se toho dne neprojeví žádné známky infekce v okolí zavedených invazivních vstupů. PŽK je zavedena na pravém předloktí 2. den. Její funkčnost byla kontrolována při aplikaci infúze. Dle standardů ošetřovatelské péče může být zavedena nejdéle po dobu 7 dnů, poté by měla být vyměněna. Při

projevech známek infekce, by měla být zrušena a napíchnuta nová. Drén je zaveden mezi 8.–9. žebrem axilárně vlevo 7. den. Je bez viditelných změn a známek zánětu. Tento cíl byl splněn.

6. Riziko vzniku TEN související s původním onemocněním a hospitalizací

Cíl péče:

- Snížit riziko rozvoje tromboembolické nemoci
- Pacientka zná rizika tromboembolické nemoci

Plán péče:

- Edukace pacientky o příčinách TEN a léčebných opatření, kterými předcházíme jejímu rozvoji
- Udržovat funkční bandáže DKK
- Aplikace LWMH a jiných léků dle ordinace lékaře

Realizace péče:

Před plánovaným ERCP si pacientka chodila samostatně, měla volný pohybový režim. Ráno jsem jí udělala bandáže dolních končetin. Kontrolovala jsem jejich funkčnost v průběhu celého dne. Podala jsem naordinovaná antikoagulantia a antiagregancia. Po výkonu byl u pacientky ordinován klid v lůžku. Okolo 17 hodiny jsem s paní J. K. poprvé z lůžka vstala. Edukovala jsem ji o prevenci tromboembolické nemoci a ujistila se, že všemu rozumí a zodpověděla její dotazy.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka měla celý den bandáže dolních končetin. Po výkonu dle změněného pohybového režimu zůstala v lůžku. Večer byla s asistencí sestry vertikalizována. Nejevila žádné známky rozvoje TEN. Subjektivně neudávala potíže. Cíl byl splněn.

4.6 Dlouhodobý plán péče

Pacientka byla v nemocnici hospitalizována po dobu 21 dní. Z toho 3 dny strávila na JIP. Její stav se v průběhu hospitalizace měnil v závislosti na provedených vyšetřeních. Cílem tohoto plánu bylo pomoci pacientce tyto chvíle překonat a naplňovat její potřeby.

1. Akutní bolest související s původním onemocněním a diagnostickým zákrokem

Bolest se v průběhu hospitalizace pacientky neustále měnila. Byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály – VAS. Po proběhlém vyšetření udávala pacientka bolest intenzity č. 4–5, postupně docházelo k jejímu postupnému snižování až k úplnému vymizení. Pro záznam průběhu bolesti do ošetrovatelské dokumentace bylo nutné zjistit lokalizaci, intenzitu, charakter a závislost na podaných lécích. K tlumení bolesti byla používána analgetika formou podání i. v. a p. o. K tlumení intenzivnějších bolestí byla použita kombinace analgetik a slabých opioidů, ta byla podána zejména po léčebném výkonu ERCP a následujících dnech. Pacientka udávala v závislosti na podaných lécích zmírnění bolesti obvykle do 30 minut. Sama se naučila vyhledat úlevovou polohu a správně se pohybovat, aby minimalizovala bolest. Byla snaha zabránit bolesti, aby nenarušovala kvalitu spánku u pacientky. Úplné vymizení bolesti pacientka udávala 2. 11. 2012, tedy 7. den po provedeném ERCP.

2. Snížená soběstačnost v oblasti vyprazdňování a osobní hygieny z důvodu ordinovaného klidového režimu

Snížená soběstačnost byla u paní J. K. v den prováděného léčebného zákroku, kdy měla ordinován klid v lůžku a v hodnotící škále dle Barthelové dosáhla 85 bodů. Druhý den se její soběstačnost opět zvýšila. Zpočátku ji chůzi ztěžovala bolest, ale s tím se pacientka brzy vyrovnala. Při přehodnocení hodnotící škálou získala plných 100 bodů a tato diagnóza byla zrušena. Soběstačnost již nebyla narušena. Při překladi na JIP směla pacientka chodit pouze na toaletu, jinak měla stanoven klidový režim a rehabilitaci v lůžku. Volný pohybový režim měla povolen od 1. 11. 2012, kdy byla zpět na standardní chirurgické jednotce.

3. Obavy ze vzniklých komplikací a prodlužující se hospitalizace

Strach z hospitalizace byl u pacientky snížen nasloucháním a empatickým přístupem zdravotnického personálu. Pravidelně byla lékařem informována o následujícím průběhu léčby a plánovaných vyšetřeních. Pacientka nevyžadovala péči psychologa. Psychicky ji podporoval její přítel, který ji pravidelně navštěvoval.

4. Riziko pádu související s podanou medikací

Riziko pádu bylo u paní J. K. spojeno s podáním premedikace před plánovaným vyšetřením. V hodnocení rizika pádu dle Conleyové získala tento den 5 bodů. Toto riziko již nepřetrvávalo v průběhu dalších dnů hospitalizace.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené PŽK a drénu

U pacientky i nadále přetrvávalo riziko vzniku infekce ze zavedených invazivních vstupů. Při přeložení na JIP jí byla zavedena další PŽK. Důvodem další PŽK bylo kromě ostatní i. v. mediakce podávání Somatostatinu a parenterální výživy. Ze vstupů tedy měla 2 periferní kanyly a jeden drén. Péče o invazivní vstupy probíhala za aseptických podmínek dle standardů nemocničního zařízení každý den. Drén byl dle potřeby na přání lékaře proplachován fyziologickým roztokem a sterilně převazován. Neustále se sledoval odpad z drénu a byly odebírány vzorky pro zjištění hodnot AMS a LPS. Ty přetrvávaly v drénu aktivní i v den propuštění pacientky domů. 7. 11. 2012 byl ráno drén zkrácen a přelepen sterilními čtverci. Zůstal ponechán do další kontroly u lékaře, která byla stanovena po 3 dnech od propuštění z nemocnice. Pacientka byla poučena, jak o drén pečovat. Každý den sestry kontrolovaly funkčnost a okolí vpichu zavedených PŽK. Periferní žilní kanyla v pravé ruce byla vytažena 3. 11. Na levém předloktí byla ponechána do 5. 11. a poté byla odstraněna. Okolí invazivních vstupů nejevila po celou dobu zavedení žádné známky infekce.

6. Riziko vzniku TEN související se základním onemocněním a hospitalizací

U pacientky dlouhodobě zůstávalo riziko vzniku rozvoje tromboembolické nemoci. Bylo mu předcházeno zavazováním a udržováním funkčních bandáží dolních končetin a dodržováním antikoagulační léčby. Bandáže byly prováděny do

té doby, než byl pacientce znovu umožněn volný pohybový režim. Stalo se tak dne 1. 11. 2012, po přeložení na standardní oddělení. Pacientka měla doporučeno provádět rehabilitaci v lůžku, převážně cviky s dolními končetinami. Antikoagulační a antiagregační léčba u pacientky přetrvávala z důvodu zvýšených hladin trombocytů v krvi i v domácím prostředí. Bude probíhat, dokud nedojde ke snížení těchto hodnot, poté bude moci léky přestat užívat. Aplikaci injekcí Fraxiparinu 0,4 ml zvládala samostatně již z předchozí hospitalizace. Pacientka byla v nemocnici bez projevu TEN.

7. Změny dietního opatření v průběhu hospitalizace

Jako dietní opatření z důvodu léčení pankreatické píštěle byla pacientce 10. den hospitalizace zavedena parenterální výživa a dieta OS – čajová. Příjem vypitých tekutin byl sledován a zapisován do dokumentace. Zároveň bylo podáno 5 dávek Somatostatinu, poslední 3. 11. 2012. Od této chvíle byl postupně zatěžován její gastrointestinální trakt normální stravou a snižovaly se dávky parenterální výživy, až byla zcela ukončena. Nejprve dostala dietu pankreatickou Sp-1 a Sp-2 a při jejím snášení následující den dietu č. 4 s omezením tuků.

Pacientka byla před propuštěním poučena o nutnosti dodržování klidového režimu v domácím prostředí a o pokračování v antikoagulační léčbě. Byla edukována o změně dietního opatření – dieta č. 4 s omezením tuků. Pacientka byla propuštěna 21. den a do nemocnice si pro ni přijel přítel.

4.7 Psychosociální stránka pacientky

Při posuzování psychologického stavu jedince je důležité si uvědomit jeho individualitu a jedinečnost. U každého je důležité brát ohled na jeho osobnost a temperament, zkušenosti s nemocí a odolnost proti stresovým situacím. Nelze porovnávat, jak jednu chorobu vnímá více různých lidí. Jako somatopsychickou reakci na nemoc označujeme subjektivní reakci nemocného na danou chorobu či úraz. Tyto projevy se mohou lišit a leckdy nám přijdou nepřiměřené. Pokud člověk vnímá svůj stav jako ohrožující, dochází u něho k mnohem impulzivnějším citovým reakcím. Jedná se například o projevy paniky, neklidu, strnulosti, úzkosti. Kvůli nemoci je člověk nucen často měnit stereotypní návyky a naučit se

zvládnout hospitalizaci či pracovní neschopnost. Při těchto změnách dochází buď k: **aktivní adaptaci** (přizpůsobení se nemoci a z ní plynoucích změn, pacient spolupracuje s lékaři při diagnostice a léčbě), **psychické dekompenzaci** (závisí na průběhu onemocnění, jeho stavu a typu osobnosti, vzniká tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci, projevuje se např. lítostí, popudlivostí, netrpělivostí) nebo **pasivní adaptaci**, která vede ke stavu rezignace. Nemocný se uzavírá do sebe, je mrzutý, přestává bojovat. Tento projev je častý u vleklých, chronických chorob. (Zacharová-Hermanová-Šrámková, 2007)

Mojí pacientkou je 33letá paní J. K., která sama sebe považuje za společenskou, komunikativní osobu, která dobře vychází s lidmi. Svou hospitalizaci se snaží zvládat, dá se říci, že u ní došlo k aktivní adaptaci na nové podmínky. Při hospitalizaci začala mít strach z komplikací, které byly zjištěny. O svých obavách potřebovala s někým mluvit a tak jsem se jí pokusila naslouchat a porozumět. Tento rozhovor pacientce pomohl a její pocity se zlepšily. Pokyny lékařů stále dodržovala a spolupracovala.

Velkou zálibou pacientky v minulosti býval sport. Na střední škole se věnovala pozemnímu hokeji a závodně lehké atletice, ve které dosáhla dobrých ocenění. Nyní jí jako koníčky zůstal tenis, jízda na kole a výlety s přítelem. Je velkým milovníkem psů. Doma má čtyřletého psa, se kterým ráda chodí na procházky. Trápí ji, že s ním nemůže být, ale stará se o něj její dobrá přítelkyně. Když si chce odpočinout, ráda si sedne k filmu nebo dobré knize.

Do nemocnice za ní každý den na návštěvu chodí přítel a pomáhá jí překonat obtíže hospitalizace. Rodiče pacientka na návštěvu nechtěla, protože nebyli z Prahy a věděla, že dlouho pracují, tudíž je nechtěla obtěžovat. Ale sama ví, že by za ní rádi přijeli, pokud by je o to požádala. S přítelem bydlí v bytě poblíž Prahy. Ten se nachází v panelovém domě, ve třetím patře a je vybaven výtahem. Přes víkend u nich bývají přítelovi 3 dcery ve věku 4, 9 a 12 let. Navštěvují je jednou za dva týdny. Pacientka je má všechny ráda, ale není si jistá, zda by ještě chtěla mít vlastní děti. Možná prý časem ano. Situace je prý i takto dost obtížná a finančně náročná. Jezdívá na návštěvu k rodičům, kteří mají rodinný dům a velkou zahradu. Její rodina a přítel jsou pro ni ze všeho

nejdůležitější. Říká: „Rodina je pro mě vždy na prvním místě, nikdy jsem nebyla kariéristkou, ale všichni potřebujeme peníze, takže má práce je důležitá.“ Pacientka pracuje v kanceláři a tak doufá, že se ke své práci brzy po operaci vrátí. Její práce není fyzicky náročná a tak by s ní neměla mít velké problémy. Cítí se trochu finančně závislá na rodině a přítelovi. Je to pro ni těžké období, ale snaží se ho zvládnout. Už by se chtěla dostat z nemocnice domů. Ačkoliv se pacientka zdá vyrovnaná, po krátkém rozhovoru jsem zjistila, že ji hospitalizace a obavy z léčby velmi trápí. Byla zvyklá stýkat se s hodně lidmi a navazovat nové přátelské vztahy. Tato schopnost je hospitalizací narušena. Sdělila mi, že jí rozhovor o jejích obavách pomohl a trochu se jí ulevilo.

4.8 Edukace

Pojem edukace je odvozen od latinského výrazu educare. Význam tohoto je vychovávat, vést vpřed. „Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková, 2010, str. 9)

Edukace ve zdravotnictví se snaží předcházet nemoci, učit nemocné jedince žít se svou nemocí, navrátit jim zdraví nebo zkvalitnit jejich život. Hraje také důležitou roli v oblastech primární, sekundární a terciální prevence. Proces edukace pacientů patří k povolání jak sestry, tak lékaře i ostatních zdravotnických pracovníků (fyzioterapeut, nutriční terapeut, porodní asistentka).

Při edukaci by měl nemocný získat nové vědomosti, které poté zvládne aplikovat v praxi a naučit se novým dovednostem. Důležitá je osobní motivace nemocného, aby se on sám chtěl učit. S každým pacientem by se mělo komunikovat přiměřeně jeho věku, intelektu a postupovat od sdělování jednoduchého ke složitějšímu. Velkou roli hraje zpětná vazba a opakování nových informací, dokud neposoudíme, že pacient všemu správně rozumí a zvládne sám praktickou činnost. Proces může být psychicky i časově náročný, proto by ten, kdo edukuje měl projevit dostatek empatie a trpělivosti. (Juřeníková, 2010)

4.8.1 Edukace o dietě

U pacientky byla edukace zaměřena na změnu dietního režimu. O zásadách diety č. 4 - s omezením tuků, ji edukovala nutriční terapeutka. Použila edukační materiál se seznamem vhodných a nevhodných potravin, který pacientce ponechala k přečtení domů. Sama jsem z tohoto materiálu čerpala informace.

Jedná se o vyváženou plnohodnotnou stravu, při které je kladen důraz na správný výběr potravin a způsob jejich tepelného zpracování. Je vhodná ke krátkodobému podávání po některých chorobách GIT nebo dlouhodobě u chronických onemocnění. Nejčastěji jde o chronická onemocnění jater, pankreatu, žlučníku nebo střevní dyspepsie. Dieta je šetřící a mezi hlavní zásady patří omezit příjem tuků, ostré koření a nadýmavé potraviny. Důležité je si uvědomit změnu úpravy pokrmů, z nichž dovoleno je vaření, dušení, pečení v alobalu bez použití tuku a v horkovzdušné troubě. Mělo by být zabráněno přepalování tuků, proto se doporučuje přidávat tuk do již hotového pokrmu. Cílem je vyvarovat se potravinám s vysokým obsahem nasycených tuků, tedy tučnému masu, slanině, zvěřině, uzeným rybám, sádlu. Jako náhradu lze použít sojové nebo libové maso či sladkovodní i mořské ryby. Smažená a pečená jídla na tuku by měla být zcela vynechána. Z tohoto důvodu není vhodné konzumovat jídla z rychlého občerstvení. Stejně tak by neměli být konzumovány dráždivé potraviny jako luštěniny, čerstvé pečivo, tučné mléko, dlouhozrající a pikantní sýry, smetanové jogurty, kakao, káva, alkoholické nápoje a vody s vysokým obsahem kysličníku uhličitého. Z koření vynechat sojové omáčky, ostré koření, česnek, majonézu či instantní polévky. Na dochucení jídel se dobře hodí zelené bylinky i sušené, libeček, kopr, sladká paprika, kmín, saturejka. Strava by měla obsahovat hodně vlákniny, která zlepšuje trávení. Lze ji načerpat z čerstvé zeleniny a ovoce. Dále přílohy jako obiloviny, brambory, rýži, těstoviny, ne však kynuté knedlíky. Lze využívat rostlinných tuků nebo oleje – olivový, řepkový, slunečnicový. K prevenci či snížení vysokého cholesterolu je vhodné zahrnout pokrmy s omega 3 mastnými kyselinami – ryby, ne však uzené nebo namáčené v oleji. Do jídelníčku mohou být zahrnuty moučníky a sladká jídla např. piškotové, tvarohové těsto, pudinky, sladké kaše, nákypy a žemlovka. Strava by měla být

podávána v menších porcích a častěji, nejlépe 5–6 krát v průběhu celého dne. Jídla by neměla být konzumována příliš horká, ani studená, aby nedocházelo k dráždění GIT. Je doporučeno dodržovat pravidelný pitný režim, který činí 2,5 – 3 l tekutin za den. Mezi vhodné nápoje patří voda čistá nebo se šťávou, mošty, 100 % džusy bez dužiny, bylinné čaje. (viz Příloha č. 3)

5 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala v klinické části anatomií a fyziologií pankreatu, problematikou pankreatických píštělí, jejich diagnostikou a léčbou. V části ošetrovatelské popisuji kazuistiku pacientky s pankreatickou píštělí.

Pacientka J. K. byla do nemocnice přijata 17. 10. 2012 pro opakované bolesti v oblasti žebber a levé ledviny. Po hospitalizaci a vyšetření, byla zjištěna kolekce tekutiny v místě po splenektomii. Byla provedena punkce tekutiny, zavedl se drén a stav pacientky se zlepšil. Z důvodu trvalého zvýšení AMS a LPS v drénu bylo naplánování ERCP. Toto vyšetření proběhlo 26. 10. 2012, tentýž den jsem se o pacientku starala a vybrala si ho ke stanovení diagnóz. Při vyšetření byla zjištěná pankreatická píštěl v části ocasu, ihned byla provedena wirsungotomie se zavedením stentu a zahájila se konzervativní léčba. Pacientce se nasadila léčba somatostatinem i. v. a parenterální výživou. Její stav se sledoval až do snížení AMS a LPS v krvi a drénu, došlo k poklesu hodnot jaterních testů.

Pacientka byla po většinu doby hospitalizace chodící, soběstačná. Po vyšetření ERCP měla ordinovaný klid v lůžku. Bolesti pociťovala mírné, po výkonu se stupňovaly až na stupeň intenzity 4 – 5 dle VAS. Po podání analgetik se zmírnily. Pacientka se snažila dodržovat léčebná opatření, klidový režim a omezení v dietě. S dietou měla trochu problém již před přijetím, nedokázala se vyvarovat konzumování některých typů pokrmů. Lékaři jí bylo doporučeno úplné vynechání alkoholu. Pokud bude pacientka tato lékařská opatření dodržovat a bude chodit na pravidelné kontroly, její stav by se měl zlepšovat. Prognóza je u ní příznivá.

Seznam zkratk

OS –	Čajová dieta
a. –	Arteria
aa. –	Arterie
AA –	Alergická a namnéza
ALP –	Alkalická fosfatáza
ALT –	Alanin aminotransferáza
AMS –	Amylázy v séru
AP –	Předozaďní projekce
APPE –	Apendektomie
AST –	Asparát aminotransferáza
ATB –	Antibiotika
CEA –	Karcinoembryonální antigen
D –	Dech
GMT –	Gama - glutamyltransferáza
CRP –	C - reaktivní protein
CT –	Výpočetní tomografie (computed tomography)
DIC –	Diseminovaná intravaskulární koagulace
ERCP –	Endoskopická retrozáďní cholangiopankreatografie
FA –	Farmakologická anamnéza
Fr. –	French
FR –	Fyziologický roztok
G –	Glukóza
GA –	Gynekologická anamnéza

GIT –	Gastrointestinální trakt
HAK –	Hormonální antikoncepce
HCT –	Hematokrit
HGB –	Hemoglobin
inf. –	Infúze
i. m. –	Intramuskulárně
i. v. –	Intravenózně
JT –	Jaterní testy
KO –	Krevní obraz
LACHE –	Laparoskopická cholecystektomie
LMWH –	Low molecular weight heparin
LPS –	Lipázy
MCH –	Průměrná hmotnost hemoglobinu v erytrocytu
MCHV –	Průměrná koncentrace hemoglobinu v erytrocytu
MCV –	Střední objem červené krvinky
MPV –	Objem krevních destiček
MR –	Magnetická rezonance
MRCP –	Cholangiopankreatografie – magnetická rezonance
NO –	Nynější onemocnění
NPO –	Nic per os
OA –	Osobní anamnéza
OPSI –	Overwhelming Post Splenectomy Infection
P –	Pulz
P+V –	Příjem a výdej tekutin
PA –	Zadopřední projekce

PCT –	Destičkový hematokrit
PDW –	Distribuční křivka krevních destiček
PET –	Pozitronová emisní tomografie
PF –	Pancreatic fistula
PLT –	Počet krevních destiček
PMK –	Permanentní močový katetr
PNC –	Penicilin
p. o. –	Per os
RA –	Rodinná anamnéza
RBC –	Počet červených krvinek
RDW –	Distribuční křivka červených krvinek
RTG –	Rentgen
SA –	Sociální anamnéza
s. c. –	Subkutánně
stp. –	Status po
tbl. –	Tableta
TK –	Krevní tlak
UZ –	Ultrazvukové vyšetření
v. –	Žíla (vena)
VAS –	Vizuální analogová škála
WBC –	Počet bílých krvinek
WHO –	World Health Organisation

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Fyziologické funkce při příjmu

Tabulka č. 2: Biochemické odběry krve při příjmu

Tabulka č. 3: Hodnoty krevní srážlivosti při příjmu

Tabulka č. 4: Kontrola fyziologických funkcí 19. 10. 2012

Tabulka č. 5: Kontrolní měření fyziologických funkcí a vědomí

Tabulka č. 6: Farmakoterapie ze dne 26. 10. 2012

Tabulka č. 7: Laboratorní hodnoty v průběhu hospitalizace

Tabulka č. 8: Výsledky krevního obrazu

Použitá literatura

- 1) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Druhé, upravené a doplněné vydání. PRAHA: Grada Publishing a.s., 2002, 470 s. ISBN 978-80-247-0143-1.
- 2) FARKAŠOVÁ, Dana et al., *Ošetrovatelstvo – teória. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícké školy*. 3. doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2001, 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
- 3) HOCH, Jiří. *Speciální chirurgie, Učebnice pro lékařské fakulty*. LEFFER, J. et al.. PRAHA: Madorf - Jessenius, 2001, 224 s. ISBN 80-85912-44-9.
- 4) HUSSMANN, Jurger, *Memorix: chirurgie*. 1. vydání. PRAHA: Scientia medica, 2005, 295s. ISBN 80-85526-26-3.
- 5) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. PRAHA: Grada publishing a.s., 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 6) KLENER, Pavel et al.. *Propedeutika, vnitřní lékařství, svazek 1*. 1. vydání. PRAHA: Galén, 2003, 325 s. ISBN 80-7262-252-8.
- 7) KOSTKA, Radomil. *Akutní pankreatitida – komplexní přístup*. PRAHA: Galén, 2006, 233 s. ISBN 80-7262-427-X.
- 8) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. PRAHA: Grada publishing, a.s., 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 9) PENKA, Miroslav. *Hematologie I: neonkologická hematologie*. BULIKOVÁ, Alena, MATÝŠKOVÁ, Miroslava. 1. Vydání. PRAHA: Grada Publishing, a.s., 2001, 201 s. ISBN 80-247-0023-9.
- 10) ROKYTA, Rudolf et al.. *Fyziologie pro bakalářská studia, v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. přepracované vydání. PRAHA: ISV nakladatelství, 2008, 359 s. ISBN 80-86642-47-X.
- 11) STAŇKOVÁ, Marta. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie: Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vydání. BRNO: IDV PZ, 1998, 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
- 12) STAŇKOVÁ, Marta. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe: Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vydání. BRNO: IDV PZ, 1999, 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- 13) VALENTA, Jiří et al.. *Základy chirurgie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. PRAHA: Galén, 2007, 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.

- 14) VODIČKA, Josef et al.. *Speciální chirurgie*. 1. vydání. PRAHA: Karolinum, 2006, 313 s. ISBN 80-246-1101-5.
- 15) WAY, Lawrence, W. et al.. *Současná chirurgická diagnostika a léčba – 1. díl*. 1. vydání. PRAHA: Grada Publishing, a.s., 1998, 800 s. ISBN 80-7169-397-9.
- 16) ZACHAROVÁ, Eva, *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, M. 1. vydání. PRAHA: Grada Publishing, a.s., 2007, 229 s. ISBN 978-80247-2068-5.

časopisy:

- 17) ČEČKA, F., Jon, B., Šubrt, Z., Ferko, A. Pankreatická píštěl – definice, rizikové faktory a možnosti léčby. *Rozhledy v chirurgii*. 2013, 92(2), 77-83. ISSN 0035-9351
- 18) RÁČIL, Zdeněk. Infekční komplikace a jejich prevence u dospělých pacientů s funkčním hyposplenismem a po splenektomii. *Postgraduální medicína*. 2004, 6(1), 7-15. ISSN 1212-4184.

internetové zdroje:

- 19) SÚKL-Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Web SÚKL*. [online] SÚKL. Praha, 2010 [cit. 22. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
- 20) WECHSLER, Jan. *Učební texty z traumatologie - I. chirurgická klinika MU, FN u sv. Anny v Brně*. [online], Brno, 2001 [cit. 2.5.2013]. Dostupné z http://www.med.muni.cz/Traumatologie/I_Chirurgie/Bricho/Bricho.htm

Seznam příloh

- 1. Ošetrovatelská anamnéze**
- 2. Plán péče**
- 3. Edukační materiál o dietě č. 4 – s omezením tuků**
- 4. Anatomické postavení sleziny a pankreatu**
- 5. Vývody pankreatu**
- 6. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie**
- 7. Souhlas nemocnice**