

Obsah

Úvod.....	9
1 Historie poznání pankreatitidy	10
2 Charakteristika akutní pankreatitidy.....	11
2.1 Etiopatogeneze akutní pankreatitidy	11
2.2 Klasifikace akutní pankreatitidy	12
2.3 Klinický obraz onemocnění	12
2.4 Diagnostika akutní pankreatitidy	13
2.4.1 Laboratorní diagnostika	13
2.4.2 Zobrazovací metody	13
2.5 Terapie akutní pankreatitidy	14
2.5.1 Konzervativní léčba	14
2.5.2 Chirurgická léčba.....	15
2.6 Prognóza a návrat pacienta do běžného života	16
3 Ošetrovatelský proces.....	17
4 Ošetrovatelský model teorie základní ošetrovatelské Virginie Henderson.....	20
5 Případová studie	22
5.1 Cíl práce	22
5.2 Metodika výzkumu.....	22
5.3 Anamnéza pacienta	23
5.4 Vyšetření při příjmu na resuscitačním oddělení.....	23
5.5 Zajištění pacienta v průběhu hospitalizace	25
5.6 První den hospitalizace	26
5.7 Monitorace pacienta	27
5.7.1 Farmakologická terapie z prvního dne hospitalizace.....	29
5.8 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II	30

5.9	Ošetrovatelský model základní ošetrovatelské péče podle Virginie Henderson	35
5.10	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II	39
6	Edukační témata	44
7	DISKUZE.....	46
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	54

ÚVOD

Jako téma pro svoji bakalářskou práci jsme si zvolili práci týkající se ošetrovatelského procesu u pacienta s nekrotizující pankreatitidou.

Nekrotizující pankreatitida je zánětlivé onemocnění, život ohrožující, které souvisí převážně s životním stylem. Příčinu velmi často shledáváme se stoupající konzumací alkoholu a holdování stravě s vysokým obsahem živočišných tuků.

Jedná se vždy o závažný stav, kdy se pacienti často ocitají na pokraji smrti. Tito pacienti vyžadují náročnou ošetrovatelskou péči. V rámci dlouholeté praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jsem měla možnost získat řadu zkušeností při výkonu ošetrovatelského procesu u pacientů s tímto onemocněním. Pro pacienty je to velmi náročné období, které zasahuje do fyzické tak i psychické oblasti.

Naším cílem v bakalářské práci bude popsat případovou studii, zabývající se touto problematikou. Zároveň popíšeme ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta na Vacuum Assisted Closure (dále jen V. A. C. systém).

Ošetrovatelský proces bude probíhat v souladu s principy ošetrovatelského modelu teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson.

1 HISTORIE POZNÁNÍ PANKREATITIDY

Žádný jiný významný orgán neunikal podrobnému prozkoumání tak dlouho jako pankreas. O pankreatu a jeho chorobách panovaly ve středověku pouze spekulativní představy. O existenci orgánu se sice díky poznatkům z antiky vědělo, ale znalosti o anatomii a funkci pankreatu byly neznámy. V antických popisech řeckých lékařů se nacházejí jen nepřesné údaje o „žlázovitém těle se zvaném pankreas“, který slouží jako ochranný polštář velkých retroperitoneálních cév. Sedmnácté století přineslo významné objevy v oblasti anatomie, fyziologie a patologie. Roku 1642 Johann Georg Wirsung popsal ductus pancreaticus maior. Později Reinier de Graaf a Giovanni Domenico Santorini v atlasu vydaném post mortem v roce 1775 popsali ductus pancreaticus minor. Kromě toho popsali společné vyústění žlučových cest a pankreatického vývodu do duodena. Abraham Vater demonstroval poprvé funkční spojení mezi žlučovým a pankreatickým vývodem. Počátek 19. století přinesl první pokus o dělení pankreatitidy. Klasifikace Christiana Friedricha Harlesse z roku 1812 připomíná o 150 let později marseilleskou klasifikaci. Harless rozdělil pankreatitidy na akutní, subakutní a chronické. Koncem 19. století začíná strmý nárůst poznatků o pankreatu. Justus von Mering a Oskar Minkowski v roce 1900 zjistili, že po totální pankreatektomii vznikne diabetes mellitus. K rozvoji poznání chorob pankreatu přispěli ve dvacátém století významně i čeští lékaři. Z internistů to byl zejména Karel Herfort, právem považovaný za nestora a zakladatele československé pankreatologie. Navrhl klasifikaci chorob pankreatu. Vytvořil interdisciplinární tým spolupracovníků a vypracoval nové diagnostické a léčebné postupy. Významně přispěl k tomu, že se Česká společnost pro gastroenterologii a výživu stala krátce po 2. světové válce jednou ze společností šesti zemí, které založily Evropskou gastroenterologickou společnost ASNEMGE (Kostka, 2006).

2 CHARAKTERISTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY

„Akutní pankreatitida je definována jako akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní s variabilním postižením okolních a vzdálených orgánů“ (Lukáš, 2007, s. 151). Postihuje žlázu morfologicky intaktní. Pokud dojde ke vzplanutí ve žláze pankreatu již zánětlivě změněné, jde o exacerbaci chronické pankreatitidy. Těžká forma nemoci může být provázena postižením morfologie a funkce některých vzdálených orgánů jako jsou plíce, ledviny, srdce (Lata, 2010).

„Incidence onemocnění se uvádí od 5 do 20 onemocnění na 100 000 obyvatel ročně. Více než 75 % pacientů onemocní pouze lehčí formou, kde se mortalita pohybuje pod hranicí 1 %. Asi u 20–30 % pacientů dojde k rozvoji těžké formy pankreatitidy, která je spojená s nebezpečím vzniku celé řady komplikací jako jsou šokový stav s multiorgánovým selháním, rozvojem nekrózy, abscesů či pseudocysty. Mortalita se v takových to případech pohybuje okolo 20 %. U nejvážnějších forem onemocnění, kde postihne nekróza více než 50 % žlázy, prohloubí se malnutrice a dojde k sepsi, dosahuje mortalita 80 % „ (Česák, 2013, s. 97).

2.1 Etiopatogeneze akutní pankreatitidy

V širokém spektru patologických nálezů stojí na jednom pólu edém, na druhém nekróza a autolýza. Uvolněné pankreatické lipázy ve spojení se žlučovými kyselinami vytvářejí zmýdelněním tukové nekrózy (Balzerovy nekrózy), časem i kalcifikované, a to nejen v pankreatu a peripankreaticky, ale i ve vzdálených orgánech jako je bránice, meningy, perikard (Krška, 2012).

Na dalším rozvoji autodigestivních změnách se účastní trypsin a chymotrypsin, elastázy, fosfolypázy a kalikrein. U lehkého a středně těžkého průběhu jsou edematózní změny doprovázeny jen minimálními nekrózami, u těžkých forem přistupují vaskulární změny s uzávěry cév, jejich disrupcí, intraparenchymovým krvácením. S infekcí vznikají abscesy v pankreatu, peripankreaticky i ve vzdálených oddílech retroperitonea (Krška, 2012).

2.2 Klasifikace akutní pankreatitidy

Klasifikace akutní pankreatitidy je důležitá pro klinickou praxi, klinický výzkum, vedoucí k pokroku v diagnostice a také terapii tohoto onemocnění. Ideální klasifikaci by mělo být možné aplikovat na všechny pacienty, kteří stonají s pankreatitidou, měla by reflektovat na případné změny v průběhu onemocnění a správně předpovídat prognózu u jednotlivých pacientů (Floreánová, 2014).

Původní Atlanská klasifikace sloužila odborníkům v oblasti výzkumu i ošetřujícím lékařům 20 let. V posledních letech se ale více začaly projevovat její limity a současně ozývat ohlasy k její revizi. Revize Atlanské klasifikace vznikla po několika kolech korekcí iniciálního konceptu na základě připomínek ze strany 11 mezinárodních pankreatologických společností. Šlo o postupnou revizi původního návrhu a postupné budování konsenzu online mezi předními světovými experty v oblasti pankreatologie (Floreánová, 2014).

„V oblasti tíže onemocnění revidovaná Atlanská klasifikace zavádí tři kategorie:

- lehká akutní pankreatitida je definována absencí orgánového selhání a absencí jakýchkoliv lokálních či systémových komplikací,
- středně těžká akutní pankreatitida je podmíněna přítomností transientního orgánového selhání (trvajícího méně než 48 hodin) nebo lokálními či systémovými komplikacemi,
- těžká akutní pankreatitida je charakterizována přítomností perzistujícího orgánového selhání trvajícím déle než 48 hodin“ (Floreánová, 2014, s. 568).

2.3 Klinický obraz onemocnění

Nejcharakterističtějším příznakem akutní pankreatitidy je bolest, která může dosáhnout plné intenzity během několika minut nebo se rozvíjet postupně během několika hodin. Je lokalizovaná v epigastriu a horním mezogastriu, bývá difusní či s maximem vlevo od pupku. Při velikém pankreatickém exsudátu může být bolestivé celé břicho včetně podbříšku. Bolest je vnímána jako hluboká a stálá a u poloviny nemocných vyzařuje do zad. Zcela typickým rysem je délka bolesti, která na rozdíl od jiných chorob přetrvává řadu hodin až dnů. U většiny nemocných se připojuje často úporná nauzea a zvracení. Příznaky těžkých forem jsou především systémové. Tachykardie, hypotenze

z hypovolémie, zvýšená dechová frekvence, přistupují febrilie a další projevy syndromu systémové zánětlivé odpovědi. Břicho bývá vzedmuté, peristaltika obleněná či vymizelá. Mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění. Hematomy ve slabínách Greyovo Turnerovo znamení nebo v okolí pupku Cullenovo znamení vznikající prosáknutím a digescí v podkoží stěny břišní. Ojedinělým jevem jsou diskolorovaný edém skrota a penisu nebo podkožní tukové nekrózy lokalizované predilekčně na dolních končetinách. Součástí klinického obrazu bývá šok a encefalopatie charakteristická neklidem a zmateností (Špičák, 2005).

2.4 Diagnostika akutní pankreatitidy

Diagnostika akutní pankreatitidy (dále jen AP) je založena na projevujícím se klinickém obraze, laboratorních a zobrazovacích metodách. Anamnesticky pátráme po údajích o onemocnění žlučníku, alkoholismu, dietní chybě. V klinickém vyšetření se zaměřujeme na charakter bolesti (Vodička, 2014).

2.4.1 Laboratorní diagnostika

Z biochemických vyšetření stanovujeme hladinu amylázy v séru a v moči, která je nejběžnějším markerem, nemusí však korelovat s tíží AP a prognózou nemocného. Stanovení lipázy v séru provádíme výběrově, je více specifická než amyláza, nevylučuje se močí. Zvyšuje se C – reaktivní protein a prokalcitonin. Klesá koncentrace kalcia, které se usazuje v nekrotických ložiscích. Typická je leukocytóza s posunem doleva. Při cholestáze se zvyšuje koncentrace γ – glutamyltransferázy, alkalické fosfatázy a bilirubinu. Výrazné zvýšení glykemie svědčí pro rozsáhlou nekrózu (Vodička, 2014).

2.4.2 Zobrazovací metody

AP je onemocnění reversibilní a v případě zvládnutí ataky může dojít k úplnému vyléčení nemocného. Zobrazovací metody hrají zásadní roli diagnostice této choroby, v jejím sledování a v léčbě komplikací akutní pankreatitidy (Válek, 2011). Mezi zobrazovací metody, které jsou používány v diagnostice akutní pankreatitidy, patří nativní rentgenový (dále jen RTG) snímek břicha, sonografické vyšetření, výpočetní tomografie, magnetická rezonance a endoskopická ultrasonografie. Prostý RTG snímek

břicha je základní zobrazovací metodou. Při anamnéze bolestí břicha nám pomůže při prvním kontaktu s pacientem vyloučit náhlu příhodu břišní (Česák, 2013). V diagnostice využíváme mimo jiné ultrasonografii, která je základním grafickým vyšetřením, jehož význam spočívá především v rozpoznání cholelitiázy a ve sledování vývoje komplikací AP (Vodička, 2014).

Nejpřesnější zobrazovací metodou je kontrastní počítačová tomografie (dále jen CT) vyšetření břicha, které je schopné posoudit jak závažnost lokálního nálezu na pankreatu, tak rozvoj případných komplikací jako jsou pseudocysty. Vyšetření magnetickou rezonancí poskytuje určité výhody, jako jsou malá nefrotoxicita kontrastní látky, vyšší rozlišovací schopnost tekutinových kolekcí nebo lepší zobrazení žlučových cest. Ke stanovení tíže AP je v dnešní době využíváno několik skórovacích systémů, z nichž každý je založen na jiných kritériích. Z hlediska anatomického poškození žlázy, které je patrné při CT vyšetření, je používáno Balthazar score, které hodnotí rozsah a charakter poškození žlázy a okolní tkáně. Z hlediska vnitřního prostředí je uznávaným hodnotícím prostředkem Ranson score, který hodnotí různé parametry vnitřního prostředí v čase. Pokud bychom chtěli sledovat dynamiku onemocnění, je použitelné Apache II score (Česák, 2013).

2.5 Terapie akutní pankreatitidy

„Akutní pankreatitida je onemocnění s neobyčejně variabilním a nesnadno předvídatelným průběhem. Klíčem k úspěšné léčbě je okamžité správné posouzení vývoje onemocnění“ (Špičák, 2010, s. 23).

2.5.1 Konzervativní léčba

Lehké formy řešíme konzervativním přístupem. Dietou, kdy pacient nesmí nic přijímat ústy a antisekreční léčbou redukcí žaludečních šťáv, podávání analgetik po vyloučení náhlé příhody břišní (dále jen NPB) a jednoznačně přísný klid na lůžku. U těžké formy AP, vzhledem k riziku rozvoje Systemic inflammatory response syndrome (dále jen SIRS) a multiorgánového selhání je pacient uložen na lůžko jednotky intenzivní péče, kde periodicky monitorujeme základní životní funkce pacienta (Malina, 2012).

Mezi léčebná opatření v prvních 24 hodinách je agresivní tekutinová resuscitace ke zlepšení tkáňové perfuze. Tato bilanční léčba musí být průběžně monitorována. Doporučuje se 250–300 ml/h nebo tolik, aby diuréza byla více než 0,5 ml/kg/hod (Špičák, 2013). Pacienti s těžkou AP netolerují dostatečný perorální příjem, který by pokryl zvýšené požadavky hyperkatabolického stavu. „Klidový energetický výdej se zvyšuje o 75–150 %. Dochází k výraznému katabolismu proteinů, ke glukoneogenezi a lipolýze, což vede ke zhoršení nutričního stavu a setrvalé negativní dusíkové bilanci spojené s horší prognózou“ (Bureš, 2006, s. 46). Nutriční podpora pozitivně ovlivňuje průběh nemoci a snižuje počet komplikací. Pacienti s těžkou AP by měli časně začít s enterální výživou nejlépe do 24–48 hodin od přijetí, jelikož tento způsob nutriční podpory pozitivně ovlivňuje stresovou odpověď organismu a také umožňuje rychlejší rekonvalescenci. Parenterální výživa by měla být vyhrazena pro případy, kdy enterální výživa není tolerována a objevuje se nauzea, zvracení, bolesti břicha nebo elevace jaterních testů (Zeman, 2014). Častým příznakem AP je bolest v abdominální oblasti, která dosahuje veliké intenzity a je třeba použít rychle působící a dostatečně silná analgetika. Mezi doporučovaná analgetika patří Peditin, Pentazolin, který má dostatečný analgetický efekt a zároveň nezvyšuje tonus Oddiho svěrače. Při plném rozvoji nemoci dochází u pacientů k řadě plicních komplikací (atelektázy, pleurální výpotky, respirační insuficience), proto je zde namísto podpora dýchání. Základním opatřením je podávání zvlhčeného kyslíku maskou a při rozvíjející se respirační insuficienci umělá plicní ventilace (Lata, 2010). Mezi léčebné metody užívaná u biliární pankreatitidy, kdy je zapotřebí uvolnit obtulované žlučové cesty spadá ERCP vyšetření. Urgentní ERCP do 24 hodin, je indikováno v případě, kdy je současně přítomná i cholangitis, časný ERCP do 72 hodin je prováděno u pacientů, u nichž je prokázána přítomnost litiázy ve žlučových cestách. Podávání antibiotik není doporučeno profylakticky v časně fázi těžké AP. Obecně nezvyšují přežití AP, ovlivňují však vznik některých komplikací. U AP jsou nejčastěji používány cefalosporiny 3. generace a fluorchinolony (Zeman, 2014).

2.5.2 Chirurgická léčba

Názor na načasování operačního řešení a na jeho jednoznačnou indikaci se různí. Obecně platí názor, že indikací k chirurgickému zákroku je infikovaná nekróza pankreatu, která je provázena trvalým zhoršováním klinického stavu pacienta.

Progredující septický stav, který nereaguje na konzervativní terapii. Výskyt infikovaných nekrotéz narůstá po prvním týdnu onemocnění a maxima výskytu dosahuje třetí týden. K průkazu infikované nekrózy je používáno dynamické CT s bolusem kontrastní látky, spojené s aspirační biopsií nekrózy a její mikrobiologickou a kulturační analýzou (Lukáš, 2007).

Chirurgická léčba spočívá v revizi dutiny břišní s odstraněním nekrotických tkání, s maximálním šetřením vitální tkáně, peroperačním výplachem a založení drénů pro další laváž omentální burzy, tedy retroperitonea. Alternativou jsou metody etapové laváže či otevřeného břicha s denními chirurgickými revizemi oblasti nekrotického a doplňujícími nekrektomiemi (Vodička, 2014) a možností založení V. A. C. systému. Jedná se o mezinárodně uznávanou metodu, která je založená na bázi podtlakové terapie, kdy se do zvoleného defektu dehiscence laparotomie aplikuje speciální polyuretanová pěna, kterou kryjeme fólií a vše napojíme speciálním terčíkem s odvodnou hadicí na podtlakový systém se sběrnou nádobou umístěnou v přístroji. Je důležité dbát na dokonalou aplikaci a těsnost celého systému. Hojení se urychluje díky absorpci přebytečného sekretu v ráně, dochází k podpoře granule a retrakci defektu. Mnohdy tak připravíme defekt pro následnou chirurgickou sekundární suturu (Kapitánová, 2012).

Další indikací k chirurgické terapii jsou lokální komplikace AP, jako pankreatický absces, symptomatická pankreatická pseudocysta, či ischemie okolních orgánů jako je colon transversum s následnou peritonitidou (Lukáš, 2007).

2.6 Prognóza a návrat pacienta do běžného života

Léčba pankreatitidy je zdlouhavá i po ukončení hospitalizace a návratu do běžného života. Pacient musí dodržovat dietu a nechce – li se ocitnout zpět na nemocničním lůžku, musí některé potraviny trvale vyloučit ze svého jídelníčku. Každý nemocný člověk vyžaduje individuální přístup (Hvozdovičová, 2010).

Prognóza těžké nekrotizující pankreatitidy se mírně zlepšila, přesto se stále jedná o komplikovaný proces onemocnění, představující i dnes velkou výzvu (Pfrimmer, 2008).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„Ošetřovatelský proces má v soudobém ošetřovatelství nezastupitelnou roli, neboť je specifickou metodou ošetřovatelské praxe“ (Holubová, 2013, s. 15). Odráží se v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zvláště takového, který své potřeby nedostatečně signalizuje (Jarošová, 2000). Na člověka bychom měli pohlížet holisticky, tedy jako na celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví i nemoci (Trachtová, 1999). Ošetřovatelský proces se skládá ze vzájemně propojených a podmíněných fází jako je posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení, uskutečňovaných ve prospěch jednotlivce, což umožňuje systémový přístup k ošetřovatelské péči. „Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování jednotlivých ošetřovatelských intervencí zaměřených na uspokojování aktuálních potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti“ (Plevová, 2011, s. 108).

Ošetřovatelský proces tvoří pět fází:

1. POSOUZENÍ – ASSESSING

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta je první krok, kterým je zahájen ošetřovatelský proces. V této fázi získá sestra o pacientovi všechny potřebné informace, které je nutné pro efektivní a plánovanou péči. K tomu abychom včas a správně rozpoznali problémy, musíme realizovat pět hlavních činností jako je:

- shromažďování dat
- uspořádání dat
- kontrola správnosti prvního dojmu
- prokázání platnosti dat
- dokumentování dat (Tóthová, 2014)

2. DIAGNOSTIKA – DIAGNOSING

Pojem diagnóza znamená v obecném smyslu identifikaci, poznání, rozpoznání a určení něčeho pomocí vhodných metod (Tóthová, 2014). V této fázi probíhá:

- analyzování dat
- určení zdravotních problémů, rizik a jejich projevů
- formulování ošetřovatelských diagnóz

3. PLÁNOVÁNÍ – PLANNING

Plánování je důležitou částí ošetrovatelského procesu. V této fázi určujeme cíle, které jsou zaměřené na pacienta, a plánujeme ošetrovatelskou strategii, která vede k dosažení plánovaných cílů. Stanovení cílů, očekávaných výsledků jsou měřitelné kroky směrem ke zlepšování zdravotního stavu pacienta nebo k jeho uzdravení. Jsou výsledkem ošetrovatelských zásahů a reakce pacienta na ně, kterých bylo dosaženo, ve vymezeném čase, v určité situaci a za dostupnosti určitých zdrojů (Mastiliaková, 2014).

- stanovení prioritních problémů
- formulování očekávaných výsledků
- výběr ošetrovatelských intervencí
- rozepsání ošetrovatelských intervencí

4. REALIZACE – IMPLEMENTING

„Vzhledem k tomu, že plán ošetrovatelské péče je vždy připraven podle pacientových potřeb a s respektováním jeho priorit, sestra v průběhu fáze realizace vykonává cílené ošetrovatelské činnosti, které jsou buď dependentní, independentní, nebo interdependentní. Všechny vybrané ošetrovatelské činnosti mají být realizovány podle standardu“ (Tóthová, 2014, s. 108).

- opětovné posuzování klienta
- rozhodování sestry o potřebě asistence
- realizování ošetrovatelských intervencí
- dohlížení nad delegovanou péčí
- dokumentování ošetrovatelských činností

5. VYHODNOCENÍ – EVALUATING

Jedná se o vyhodnocování jednotlivých uspokojení potřeb pacienta, plnění plánů a úrovně dosahování vytyčených cílů v průběhu realizované péče. Průběžné vyhodnocování slouží k zajištění kvality péče, dynamičnosti a efektivity péče, individuálního tempa v dosahování cílů pacientem.

- shromažďování dat k naplánovaným výsledkům
- porovnávání dat s dosaženými výsledky
- posuzování ošetrovatelské činnosti a dosažených výsledků klienta
- vyvozování závěru o stavu problémů

- pokračování, úprava nebo ukončení plánu o pacienta (Mastiliáková, 2014)

4 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL TEORIE ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ VIRGINIE HENDERSON

Kazuistiku jsme zpracovali podle ošetřovatelského modelu vzorce zdraví Virginie Henderson, která se nám jevila jako nejvhodnější pro zahrnutí všech potřeb v ošetřovatelské péči. Pokud jedinec při uspokojování vlastních potřeb je soběstačný a nezávislý, pak žije plnohodnotný život. Potřebuje – li však pomoc druhé osoby, zapojí se v této situaci ošetřovatelství, jehož cílem je co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta. Virginie Henderson zkompletovala rozsah nesoběstačnosti v oblasti 14 základních komponentů zahrnující biologickou, psychickou, sociální a spirituální složku. Poskytování základní ošetřovatelské péče stanovila Virginie Henderson do třech fází. První fáze zahrnuje zjištění, v kterých oblastech pacient nemá dostatek sil a potřebuje naší pomoc. Sestra vychází ze čtrnácti oblastí základních potřeb. Poskytované zásahy pomoci následně plánuje a také realizuje. Ve druhé fázi po poskytnutí ucelené ošetřovatelské péče nastupuje radikální zlepšení pacienta. Třetí fáze už je zaměřená na edukaci pacienta (Pavlíková, 2006).

Čtrnáct komponentů základní ošetřovatelské péče:

- „pomoc pacientovi normálně dýchat,
- pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin,
- pomoc pacientovi při vylučování,
- pomoc pacientovi při udržení optimální polohy,
- pomoc pacientovi při spánku a odpočinku,
- pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání,
- pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty, upravenosti a ochranně pokožky,
- pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých,
- pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky,
- pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními osobami, při vyjadřování potřeb, emocí, obav a pocitů,
- pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry,
- pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti,
- pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách,

- pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti“
(Pavlíková, 2006, s. 46).

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE

5.1 Cíl práce

Cílem a podstatou bakalářské práce jsme popsali a zachytili průběh ošetrovatelské péče u pacienta s nekrotickou pankreatitidou pomocí ošetrovatelského modelu teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Avelen Hendersonové a snažili se tak pochopit zvláštnosti jednotlivých potřeb.

5.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci se zaměřujeme na popis ošetrovatelské péče u pacienta s nekrotickou pankreatitidou na Vacuum assisted closure s cílem zachytit její složitost a komplexnost a na popis konkrétních jevů, který v praxi demonstruje teoretický ošetrovatelský koncept Henderson.

K výzkumu byla vybrána metoda kazuistiky. „Kazuistika je ucelená a podrobná studie jedné osoby. Jde o intenzivní studium jednoho případu – tedy jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému. Případová studie je metoda kvalitativní, neboť dokáže dokonale splnit základní cíle kvalitativního výzkumu – zkoumá současně fenomény do jejich hloubky v jejich skutečném kontextu“ (Olecká, s. 63). O pacienta jsme se starali od období překlady z chirurgické kliniky, do současné doby, tedy cca 4 měsíce.

Ke sběru údajů jsme použili zdravotnickou dokumentaci (ošetrovatelskou a lékařskou). Informace jsme dále čerpali pozorováním v průběhu hospitalizace, rozhovorem s rodinou a se zdravotnickým personálem, který se podílel na ošetrovatelské péči o pacienta.

Abychom zachovali anonymitu pacienta, nesdělujeme místo hospitalizace a ani neuvádíme pacientovi identifikační údaje.

5.3 Anamnéza pacienta

Pacient pracuje jako řidič cisterny s chemikáliemi. Je mu 55 let, jedináček. Má tři děti, které jsou zdravé. Po celý život konzumoval alkohol a kouřil 60 cigaret denně, konzumaci omezil v posledních 7 letech. Žije se svou manželkou a nejmladším synem v rodinném domku. Otec pacienta žije, matka zemřela v 58 letech na karcinom prsu. Netrpí žádnou alergickou reakcí. Byl vyučený jako truhlář, ačkoli se svému oboru nikdy nevěnoval. Operace žádné neprodělal. V důsledku ischemické choroby srdeční je sledován na kardiologii a pro chronickou obstrukční plicní nemoc na pneumologii. Základním onemocněním pacienta je idiopatická akutní pankreatitida. Vedlejší diagnózy jsou: akutní respirační selhání, diabetes mellitus II. typu, esenciální hypertenze, chronická ischemická choroba srdeční, chronická obstrukční plicní nemoc a obezita. Farmakologická terapie, kterou byl pacient léčen před hospitalizací: Amesos 20/10 mg 1–0–0, Concor 5 mg 1–0–0, Monotab SR 1–0–0, Stacyl 100 mg 1–0–0, Amicloton 1–0–0, Milurit 300 mg 1–0–0, Sorvasta 10 mg 0–0–1, Lagosa 150 mg 1–0–0, Metformin – Teva XR 500 mg 0–0–1, Gabapentin Tev 300 mg 1–2–2, Spiriva, Ralval Elipta, Ventolin.

Pacient byl hospitalizován na chirurgickou kliniku 2. 3. 2015 v odpoledních hodinách. Doma opakovaně zvracel a po dobu tří dnů měl bolesti břicha v oblasti epigastria. Z anamnézy jsme zjistili, že k obdobným obtížím došlo v říjnu roku 2014, pouze s bolestí vyzařující do zad. Z laboratorních nálezů měl elevaci transamináz a na ultrazvuku zjištěnou steatózu. Rentgenové vyšetření zobrazilo dilataci první kličky v levém mesogastriu na 45 mm. Na doporučení lékařů měl podstoupit vyšetření u hematologa, které dosud neproběhlo. Po jednodenní hospitalizaci dochází k multiorgánovému selhání, proto je volán anesteziologicko resuscitační tým a domluvený překlad na anesteziologicko resuscitační oddělení (dále jen ARO).

5.4 Vyšetření při příjmu na resuscitačním oddělení

Pacienta jsme při příjmu fyzikálně vyšetřili. V době přijetí byl při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou, schopný verbálního kontaktu. Proto byl lékařem informován o vážnosti zdravotního stavu, a jak následující léčba bude probíhat. Pacient udával mírné bolesti břicha v oblasti epigastria a to i při epidurální analgezii. Bolest byla hodnocena dle vizuální analogové škály (dále jen VAS) intenzity bolesti číslem 4.

Pacient je afebrilní, nauzeu neguje. Bez ikteru a cyanosy. Schvácený, dušný, spontánně ventilující na oxygenoterapii polomaskou 6 l/min.

Subjektivně: spolupracující

Objektivně:

Hlava: Normocefalická. Oční bulby se nacházejí ve středním postavení. Zornice jsou izokorické s fotoreakcí, skléry subikterické, spojivky bledé, zvukovody a nosní vchody bez sekrece. Pacient má zavedenou nasogastrickou sondu, která odvádí vzduch a minimálně žlutý gastroduodenální odpad. Chrup má neúplný a defektní. Jazyk je bělavě povleklý, hrdlo klidné.

Krk: krátký, náplň krčních žil nezvýšena, karotidy tepou symetricky

Hrudník: soudkovitý, dechové exkurze symetrické, spíše inspirační postavení, poslechově tiché, ventrálně sklípkovité, dorzálně při bazích oslabené, saturace krve kyslíkem (dále jen SpO₂) 90 %

Oběh: nestabilní, s narůstající podporou katecholaminu, nyní 5 mg Noradrenalinu, vstupně zahájen 5 ml/h, krevní tlak (dále jen TK) 118/65 mmHg, MAP 86 mmHg, srdeční akce pravidelná, SR 96/min, prodloužený PQ interval, periferie chladná, kapilární návrat výrazně obleněn, hypovolémie, syndrom systémové zánětové odpovědi (dále jen SIRS)

Břicho: se nachází výrazně nad niveau. Je tuhé na pohmat a špatně prohmatné. Játra jsou zvětšena přes oblouk. Slezina není hmatná, nitrobřišní tlak 18–19 mmHg, peristaltika není slyšet, plyny 0

Diuréza: Pacient má zaveden pernamenní močový katétr (dále jen PMK), který odvádí tmavou koncentrovanou moč. Má oligurii.

HK: bez známek ischemie, chladná periferie

DK: bez známek akutní tromboembolické nemoci (dále jen TEN), chronické trofické změny bérců, varixy bilaterálně, mírné perimaleolární prosáknutí

Dekubity: nemá

antropometrické údaje při příjmu – body mass index (dále jen BMI) : 36 (výška 176 cm, hmotnost 110 kg)

5.5 Zajištění pacienta v průběhu hospitalizace

Na lůžkovém oddělení jsme provedli základní zajištění – přepojení na monitor, natočení 12 – svodového EKG, odebrání vstupních náběrů z arteriální krve na hematologické (leukocyty $11,4 \times 10^9/l$), biochemické (gama – glutamyltransferáza 11,15 ukat/l, amyláza 17,6 ukat/l, bilirubin celkový 31,0 umol/l, bilirubin přímý 24,5 umol/l, CRP 335,5 mg/l, prokalcitonin 34,21 ug/l, urea 18,9 mmol/l, kreatinin 314 umol/l), astrupové vyšetření (vstupní hodnoty znázorněny v tabulce č. 1), venózní odběr krve a krevní skupinu pacienta. Hodnoty z některých vyšetření se nacházely mimo referenční mez, z čehož vyplival závažný stav pacienta. Vzhledem k progredující dechové tísní a hemodynamické nestabilitě jsme pacienta zaintubovali (endotracheální kanyla č. 8, pravý ústní koutek č. 23) a přepojili na umělou plicní ventilaci v režimu Synchronised intermittent mandatory pressure ventilation (dále jen PSIMV). Z chirurgického oddělení byla již zavedena nasogastrická sonda, jelikož k základním nefarmakologickým postupům patří zákaz přijímání stravy per os a centrální žilní katétr (via pravá subclavia). Dále jsme provedli výměnu arteriálního katétru za katétr PICCO, umožňující hemodynamické monitorování a zavedli dialyzační katétr (via levá femoralis) k zahájení dialýzy (dále jen CRRT) vzhledem k oligurii až anurii a vysoké hladině kalium v krvi. Ke sledování bilance tekutin byl též z chirurgického oddělení zaveden permanentní močový katétr, který sloužil zároveň i pro měření a hodnocení intraabdominálního tlaku (hodnoty se pohybovaly mezi 19–23 mmHg). Pro hypovolémii (nízký centrální žilní tlak a srdeční index) jsme zahájili tekutinovou terapii krystaloidními roztoky a korekci vnitřního prostředí podáním bikarbonátu a nasazením kontinuální medikace a dále pak CRRT. Koagulační poruchu jsme řešili podáním mražené plazmy (dále jen MP). U pacienta postupně v průběhu léčby docházelo ke zhoršování plicních funkcí a i přes úpravu ventilačního režimu jsme nedosáhli výrazného efektu. Pro narůstající nitrobřišní tlak (dále jen IAP) a břišní kompartment syndrom jsme domluvili chirurgické konzilium a indikovali CT vyšetření, které potvrdilo: výrazná AP s kolekcemi tekutiny v okolí pankreatu, sleziny, na předních renálních fasciích, kolem levé ledviny a v malé pánvi. Výsledek z CT vyšetření vedl chirurgy k provedení dekompresní laparostomie se zavedením podtlakové drenáže V. A. C. systému. Pacienta jsme připravili na operační sál na který

odjížděl v doprovodu anesteziologické sestry a lékaře, kde byla provedena laparostomie se založením V. A. C. systému. Během operace nedošlo k žádným komplikacím. Pacient se z operačního sálu vrátil zpět na naše pracoviště ve stabilizovaném stavu. Pacienta jsme stále udržovali v umělém spánku, nebylo tedy možné už bolest hodnotit dle vizuální analogové škály, určující sílu bolesti.

Tabulka č. 1 – astrupové vyšetření arteriální krve ze dne 3. 3. 2015, zdroj: lékařská dokumentace (LD)

pH	7,040	K	5,5 mmol/l
pCO ₂	7,25 kPa	Cl	104 mmol/l
pO ₂	9,83 kPa	Ca ²⁺	0,90 mmol/l
sO ₂	85,5%	Glu	10,8 mmol/l
laktát	6,5 mmol/l	Na	133 mmol/l

5.6 První den hospitalizace

Pacienta jsme intubovali první den hospitalizace pro respirační insuficienci a následně přepojili na řízenou umělou plicní ventilaci (dále jen UPV) v režimu PSIMV při FiO₂ 60 %, dechová frekvence (dále jen DF) 18, Positive End Expiratory Pressure (dále jen PEEP) 9, dechový objem (dále jen VT) 550–600 ml. Od počátku UPV jsme nasadili kontinuálně analgezii a sedaci v kombinaci Sufentanil 100 µg (v dávce 0,15 µg/kg/hod) a Midazolam 100 mg (rychlostí 20 mg/hod.). Pacient na vnější podněty nereagoval. Oběhovou nestabilitu jsme zajistili katecholaminy – Noradrenalinem 5 mg (v dávce 0,78 µg/kg/min). Reakcí organismu na tak závažný stav byla oligurie až anurie, kterou jsme řešili eliminační metodou. Ke kontinuální dialýze jsme použili přístroj typu Fresenius s citrátovou antikoagulací a přidáním 100 ml bikarbonátu. Krevní pumpu jsme nastavili na 120 ml/h, dialyzát 2000 ml/h a ultrafiltraci 200 ml/h. Pacient se nacházel v závažném stavu s nejistou prognózou, vyžadující náročnou ošetrovatelskou péči, týkající se zajištění všech fyziologických potřeb dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti, psychického vyrovnání, být bez bolesti, spánku a odpočinku, přiměřené teploty. Horní cesty dýchací zajišťují za fyziologických podmínek dostatečné zvlhčení a ohřátí vzduchu. U pacienta na UPV je tato funkce dýchacího systému vyřazena a proto je nutné ji plně nahradit. Intubační rourku jsme pravidelně převazovali a přemísťovali

z jednoho koutku úst do druhého jako prevenci vzniku dekubitů. Kanylu jsme vypodkládali sterilními čtverci. Pečovali jsme o dutinu ústní pravidelným odsáváním a vytíráním sterilními štětičkami namočenými v Borglycerinu a o oči vykapáváním očními kapkami Lacrisyn. Závažný stav vyžadoval zavedení invazivních vstupů, které sloužily jednak k monitoraci, podávání infuzních roztoků a výživy. Invazivní vstupy jsme převazovali za aseptických podmínek, kontrolovali jejich průchodnost, funkčnost, místo zavedení a okolí. Výživa u pacienta v takto kritickém stavu byla zpočátku plně saturována parenterální cestou, později cestou enterální. Operační ránu jsme kryli polyuretanovou pěnou s fólií a napojením speciálního terčíku s odvodnou hadicí na podtlakový systém se sběrnou nádobou umístěnou v přístroji a to pod tlakem 75 mmHg. Vzhledem ke stavu pacienta jsme prováděli hygienickou péči nejméně 2x denně na zvedacím zařízení. V akutní fázi jsme pacienta pro oběhovou nestabilitu nemohli polohovat, při manipulaci pacienta docházelo k poklesu kyslíku. Abychom zabránili vzniku dekubitů nebo je alespoň zmírnili, užívali jsme u pacienta antidekubitní matraci a polohovací pomůcky (pěnové, perličkové, gelové) různých tvarů a velikostí. Součástí intenzivní péče je i užití skórovacích systémů k definování závažnosti onemocnění a náročnosti péče. U pacienta jsme stanovili Glasgow Coma Scale (dále jen GCS) 3 body a Ramsay score 6 body. Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové jsme hodnotili jako vysoce závislé a soběstačnost Barthel testem základních všedních činností 0 body, tedy opět vyžadující vysokou závislost.

5.7 Monitorace pacienta

Pacienta jsme po celou dobu hospitalizace monitorovali, jelikož monitorování tvoří neoddělitelnou součást intenzivní medicíny. Požadavek nepřetržitého sledování vitálních funkcí (dále jen VF) tvoří dnes jednu z velice častých indikací k přijetí na jednotku intenzivní péče. Slouží k podpoře FF s cílem včasné detekce abnormalit těchto funkcí, usnadnění rozvahy o případné terapeutické intervenci, možnosti překontrolování a porovnání FF s odstupem času a zhodnocení účinnosti použité intervence. Získaná data slouží nejen k posouzení aktuálního stavu pacienta, ale také k pozdějšímu zpětnému hodnocení zdravotního stavu a k dokumentaci (Kapounová, 2011).

Hodnoty fyziologických funkcí a hemodynamický přehled z prvního dne jsou znázorněny v tabulce č. 2 a č. 3. Hodnoty středního krevního tlaku jsme udržovali dle ordinace lékaře v rozmezí MAP 70–90 mmHg.

Tabulka č. 2 – Fyziologické funkce. Zdroj: lékařská dokumentace (dále jen LD).

Fyziologické funkce	17:00 hodin	18:00 hodin	19:00 hodin
TK	109/ 47 (60) mmHg	116/62 (80) mmHg	96/57 (70) mmHg
HR	100/min	100/min	106/min
TT (krve)	37,7 °C	37,3 °C	37,5 °C
DF	18/min	18/min	18/min
SpO ₂	93 %	88 %	90 %
CVP (střední tlak)	10 cm H ₂ O	13 cm H ₂ O	12 cm H ₂ O

Tabulka č. 3 – Hemodynamické monitorování. Zdroj: (LD).

Hemodynamický přehled	17:00 hodin	22:00 hodin	3:00 hodin
C. O.	4,85 l/min	7,02 l/min	9,16 l/min
C. I.	2,12 l/ min/m ²	3,07 l/min/m ²	4,00 l/min/m ²
ITBVI	568 ml/m ²	1477 ml/m ²	842 ml/m ²
EVLWI	9,5 ml/kg	10 ml/kg	11,6 ml/kg
SV	50 ml	69 ml	86 ml
S I	22 ml/m ²	30 ml/ m ²	38 ml/ m ²
SVR	1080 DS/cm ⁵	710 DS/cm ⁵	460 DS/cm ⁵

Ošetřující lékař u pacienta nacházejícího se v tak závažném stavu naordinoval monitoraci fyziologických funkcí á 1hodinu. Denně jsme sledovali a zaznamenávali odběr arteriální a venózní krve á 4 hod., tekutinovou bilanci á 4 hod., hemodynamiku – PICCO á 4 hod., úroveň sedace (Ramsay skóre) a bolesti (dále jen VAS) á 4 hod., neurologický stav á 1 hod. měření nitrobršního tlaku (dále jen IAP) á 4 hod., operační ránu a odpady z drénů po 4 hodinách.

5.7.1 Farmakologická terapie z prvního dne hospitalizace

Antibiotická léčba:

Piperacillin Tazobactam 4,5 g ředit do 100 ml FR 1/1 i. v. á 6 hod. (6–12–18–24 hod.)

Normix 400 mg do NGS á 6 hod.

Fluconazol 600 mg i. v. á 24 hod. (19 hod.)

Inhalační léčba:

Ventolin 0,5 ml + 3 ml FR 1/1 inhal. á 6 hod. (6–12–18–24 hod.)

Ambroxol inh.sol. 1 ml + 3 ml FR 1/1 inhalačně á 6 hod. (6–12–18–24 hod.)

Subkutánní léčba:

Fraxiparine 0,6 ml s. c. á 12 hod. (10–22 hod.)

Intravenózní léčba:

Acidum Ascorbicum i. v. á 8 hod. (8–16–24 hod.)

Magnesium Sulfuricum 10% 1000 mg i. v. á 8 hod. (8–16–24 hod.)

Degan 10 mg i. v. á 8 hod. (8–16–24 hod.)

Omeprazol 20 mg i. v. á 12 hod. (8–20 hod.)

Kalcium glukonicum 1000 mg i. v. 18:20 hod.

Hypnomidate 10 mg i. v. 16:00 hod.

Nimbex 20 mg i. v. 18:20

Acetylcystein (ACC) 900 mg do 500 ml FR i. v. v 19:30 hod.

Succinylcholinjodid 100 mg i. v. 16:00 hod.

Mražená plazma 4 jednotky

Kontinuální medikace:

Insulin Humanum 50 IU + G 5% ad 50 ml kontinuálně rychlost (0–12 ml/hod) dle glykémie (4,5–8,5 mmol/l)

Kalcium Chloratum 7,45% 50 ml + ad 50 ml kontinuálně rychlost (0–15 ml/hod) dle kalémie (4,3–5,0 mmol/l)

Midazolam 100 mg + ad 50 ml kontinuálně rychlost (0–20 ml/hod) dle ramsay scóre

Natrium Chloratum 5,85% 50 ml kontinuálně rychlost (0–25 ml/hod) dle natrémie (135–145 mmol/l)

Sufentanyl (Sufenta) 100 µg + FR1/1 ad 50 ml kontinuálně rychlost (0–10 ml/hod) dle VAS

Norepinephrine 5 mg + G 5% ad 50 ml kontinuálně rychlost (0–15 ml/hod) dle MAP (70–90 mmHg)

Ringerův roztok kontinuálně 100 ml/hod.

Cisatracurium (Nimbex) 100 mg + FR1/1 ad 50 ml kontinuálně

5.8 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Podle sběru anamnestických dat jsme u pacienta k prvnímu a druhému dne hospitalizace stanovili aktuální a rizikové ošetřovatelské diagnózy, které se nám jeví jako žádoucí.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Porušená kožní integrita – z důvodu zavedení invazivních vstupů, operační rány – 00046

Cíl ošetřovatelské péče:

- okolí invazivních vstupů, operační rány bez známek zarudnutí

Plán ošetřovatelské péče:

- dodržuj aseptický postup při převazech
- sleduj denně vstupní místa a laboratorní nálezy
- sleduj známky infekce

Realizace intervencí:

Převazy invazivních vstupů jsme prováděli za aseptických podmínek. Při převazu jsme kontrolovali invazivní vstupy – změnu barvy kůže v oblasti vyústění katétru, laboratorní výsledky a jejich den zavedení. To vše jsme hodnotili a na základě poznatků informovali lékaře, abychom provedli případnou výměnu invazí. Všechny informace o invazivních vstupech jsme řádně zaznamenávali do ošetrovatelské dokumentace.

Vyhodnocení:

Místa vpichu byly klidné, bez známek zánětu.

Neefektivní dýchání – 00032**Cíl ošetrovatelské péče:**

- pacient nepocítuje dušnost a není cyanotický
- má v normě spirometrické hodnoty a hodnoty krevních plynů

Plán ošetrovatelské péče:

- zhodnot' základní životní funkce včetně saturace krve kyslíkem
- porovnej výsledky laboratorních testů – krevních plynů a funkčních vyšetření plic
- podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinky

Realizace intervencí:

Pacienta jsme přijali jako spontánně ventilujícího na oxygenoterapii 6 l/min, kdy SpO₂ se pohybovala mezi 88 % – 90 %. Provedli jsme vyšetření krevních plynů a na základě výsledků a stanovené lékařské diagnózy intubovali. Kontrolu krevních plynů jsme nadále prováděli po čtyřech hodinách a o výsledcích informovali lékaře.

Úkolem sestry před intubací spočívá v přípravě pacienta – vysvětlí výkon, vyjme zubní protézu a dá pacienta do vodorovné polohy. K endotracheální intubaci má připravené pomůcky a nařaděné léky. Před samotnou intubací, provede odsátí z dýchacích cest a podá lékaři ruční dýchací přístroj na prodechnutí pacienta. Poté podá rozsvícený laryngoskop do levé ruky a endotracheální kanylu do ruky pravé. Vhodnou velikost kanyly volí dle lékaře, kanylu postříká Xylocainem a vyzkouší těsnost obturační

manžety. Po zavedení nafoukne obturační manžetu a napojí na ambuvak. Lékaři podá fonendoskop ke kontrole poslechu správného uložení endotracheální kanyly, kterou poté zafixuje v definitivní poloze a napojí pacienta na ventilátor.

Vyhodnocení:

Po zaintubování došlo u pacienta ke zlepšení plicních funkcí.

Riziko perioperačního poškození z důvodu operačního výkonu – 00087

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient neutrpí poranění v důsledku perioperační dezoorientace

Plán ošetrovatelské péče:

- kontrolovat funkčnost V. A. C. systému
- jakékoliv neobvyklé změny hlásit ošetřujícímu lékaři
- hodnot' bezpečnost prostředí kolem utlumeného pacienta
- sleduj stav vědomí, fyziologické funkce, žilní vstup a stav operační rány

Realizace intervencí:

Po příjezdu pacienta z operačního sálu jsme zkontrolovali operační ránu, která byla krytá fólií s polyuretanovou pěnou a napojená na odvodný systém, tedy V. A. C. systém s požadovaným pod tlakem 75 mmHg. Kontrolu systému jsme prováděli po čtyřech hodinách. Současně jsme sledovali charakter odpadu, který jsme zaznamenávali do výdeje bilancí.

Vyhodnocení:

Okolí operační rány bylo klidné. V. A. C. systém funkční.

Rizikové ošetrovatelské diagnózy

Riziko imobilizačního syndromu – 00040

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient má čistou, neporušenou, dostatečně hydratovanou kůži
- pravidelné polohování a podkládání predilekčních míst

Plán ošetrovatelské péče:

- kontroluj pravidelně kůži na predilekčních místech těla pacienta
- používej pomůcky pro zmírnění mechanického tlaku
- prováděj pravidelné polohování pacienta a dbej na jeho časnou imobilizaci
- prováděj důkladně hygienickou péči

Realizace intervencí:

Dbali jsme, aby pacient měl čistou a neporušenou pokožku pravidelnou hygienickou péčí ráno a večer nebo dle potřeby. Dvakrát denně začal docházet fyzioterapeut na procvičování dechového a pohybového aparátu. Zpočátku byla rehabilitace pouze pasivní. U pacienta jsme používali antidekubitní matraci a pomůcky (perličkové, gelové, molitanové), abychom zabránili poruše integrity kůže.

Vyhodnocení:

U pacienta k poruše integrity kůže nedošlo.

Riziko vzniku infekce endotracheální kanylou

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat vznik infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelně odsávej
- dodržuj aseptický postup při odsávání
- polohuj endotracheální kanylu
- sleduj těsnost balónku

Realizace intervencí:

U pacienta jsme prováděli toaletu dýchacích cest a pravidelně odsávali z dutiny ústní a endotracheální kanyly uzavřeným systémem. Polohu kanyly jsme měnili po třech dnech, aby nedocházelo k otlakům v oblasti koutků. Při převazu jsme dávali pozor, aby nedošlo k posunutí kanyly – v koutku č. 23. Dle standardu oddělení jsme dodržovali výměnu filtrů a dýchacího okruhu od ventilátoru. Při každé manipulaci jsme s dýchacím systémem zacházeli tak, aby nedošlo ke kontaminaci.

Vyhodnocení:

V průběhu dvou dnů nedošlo u pacienta ke vzniku infekce.

Riziko infekce z důvodu zavedení invazí a porušení kožní integrity – 00004

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient je bez známek infekce
- riziko vzniku infekce bude minimalizováno

Plán ošetrovatelské péče:

- dodržovat aseptický postup při převazech
- chránit pacienta před nozokomiální infekcí
- sleduj denně místa vpichu, operační ránu
- sleduj laboratorní nálezy

Realizace intervencí:

O veškerých změnách (zarudnutí v místě vpichu, užití invazivních vstupů, nefunkčnost, netěsnost V. A. C. systému) jsme informovali lékaře a vše zaznamenávali do ošetrovatelské dokumentace. Sledovali jsme operační ránu a místa zavedení centrálních linek včetně laboratorních hodnot, zda nedochází k elevaci zánětlivých markerů.

Vyhodnocení:

Pacient se nacházel v kritickém stavu s nejistou prognózou – sepse, související se základním onemocněním. Místa vpichu a invaze byly klidné. Jednalo se o druhý den zavedení invazí.

5.9 Ošetrovatelský model základní ošetrovatelské péče podle Virginie Henderson

Informace jsme (viz Tabulka č. 3) čerpali ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu, tak i rozhovorem s rodinou či pozorováním pacienta samotného. O pacienta jsme pečovali po celou dobu hospitalizace. Pro zpracování vzorce zdraví Henderson jsme zvolili konkrétní a to 112. den hospitalizace, kdy byl pacient plně při vědomí, ochotný spolupracovat.

Tabulka č. 4 – Shromáždění informací dle modelu základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson

Dýchání	<ul style="list-style-type: none">○ silný kuřák – 60 cigaret denně○ 7 let nekouří○ dechové obtíže pacient neguje <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none">○ UPV s režimem CPAP/PSV○ tracheostomická kanyla č. 8 – péče o kanylu 2x denně a dle potřeby○ bedside monitoring (objem, frekvence, saturace kyslíku)○ odsávání žlutobílého hlenu z dýchacích cest uzavřeným systémem á 1 hodinu a dle potřeby
Výživa a hydratace	<ul style="list-style-type: none">○ pacient nikdy žádnou dietu nedodržel○ lékaře pravidelně nenavštěvoval <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none">○ pacient má pankreatickou dietu○ edukace rodiny a pacienta ohledně stravy dietní sestrou○ pacient má zavedenou parenterální a enterální výživu, parenterální cestou je hrazen Aminoven 10% 1000 ml na 24 h, Glukóza 10% 1500 ml na 24 h + 1 ampule Cernevit a Tracutil, enterální cestou Peptisorb 50 ml/h, který je přerušován noční pauzou (od 24 hodin do 6 hodin)○ pacient má diabetes mellitus II. typu○ BMI pacienta při příjmu se pohybovalo v rozmezí 36,

	nyní nelze zjistit, imobilita pacienta nám to neumožňuje
Vylučování	<ul style="list-style-type: none"> ○ pacient před onemocněním neměl v domácím prostředí žádné problémy s močením ○ stěžoval si, že tři dny před hospitalizací neměl stolicí <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacient má zaveden PMK č. 18. ○ monitorujeme hodinovou diurézu, barvu moči, množství a příměsi (moč je čirá, bez patologických příměsí) ○ diurézu podporujeme diuretiky, nyní je pacient bez dialýzy – dle výsledků laboratoře ledviny filtrují a není již třeba užívat hemodialýzu ○ ošetřování PMK provádíme asepticky vždy při ranní hygieně a dle potřeby
Pohyb	<ul style="list-style-type: none"> ○ před onemocněním byl aktivní ○ prováděl drobné práce na zahradce svého rodinného domu <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ tělesná aktivita je nyní velice omezena v důsledku dlouhodobé imobilizace ○ denně dochází RHB pracovník na procvičování dechových a pohybových úkonů, pacient se snaží spolupracovat, i když je to pro něj náročné ○ ve všech oblastech sebezpečí potřeboval naší pomoc ○ tělesná aktivita je omezená z důvodu zavedení invazivních vstupů ○ jako prevenci dekubitů užívá antidekubitní matraci a pomůcky ○ jako prevenci se snažíme pacienta polohovat, přesto se dekubit vyskytl na levé patě – nyní I. st. – vypodkládáme
Spánek a odpočinek	<ul style="list-style-type: none"> ○ pacient v minulosti neměl problémy se spánkem <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacient se cítil přes den velmi unavený v rámci vyšetření, převazů a vizit ○ na noc dostával Neurol

	<ul style="list-style-type: none"> ○ v rámci nočního klidu jsme se snažili o klid k zajištění nočního spánku, i když nám to někdy provoz na oddělení nedovoloval
Oblékání	<ul style="list-style-type: none"> ○ chodil vždy rád upravený ○ bylo mu příjemné dobře se oblékat <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacientovi je nepříjemná nahota, zakrytá pouze prostěradlem ○ řada invazivních vstupů neumožňuje, aby měl pacient na sobě pyžamo ○ intimita byla z části zajištěna před ostatními pacienty uložením na samostatném pokoji
Regulace tělesné teploty	<ul style="list-style-type: none"> ○ pacient se považoval před onemocněním za téměř zdravého ○ tělesná teplota se vyskytovala ve fyziologickém stavu <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nesdílňou součástí v péči o nemocného patří neustálé sledování tělesné teploty ○ tělesnou teplotu sledujeme kontinuálním měřením. Ta se pohybovala v rozmezí 36–37,5 ° C. Pacient se již nenacházel v kritickém stavu. Původně byla tělesná teplota měřena invazivně z arteriální krve, nyní stav pacienta umožňuje měření TT v axile.
Hygiena	<ul style="list-style-type: none"> ○ neměl problémy v péči sebe samotného <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacient není schopný vlastní péče ○ pomoc mu zajišťujeme ve všech fyziologických potřebách (vyučování, výživa, dýchání, spánek...) ○ hygienickou péči provádíme vždy na lůžku ráno a večer
Ochrana před nebezpečím	<ul style="list-style-type: none"> ○ pacient se nesnažil dodržovat opatření, které by zabránily vzniku onemocnění <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ jako prevenci rizika pádu užíváme zábrany ○ dodržuje dietní opatření (manželka nosí jídlo)

<p>Komunikace, kontakt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ dle rozhovoru s manželkou byl pacient komunikativní člověk <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nyní je komunikace omezená v důsledku zavedení tracheostomické kanyly (dále jen TSK)
<p>Víra</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ před onemocněním si neuvědomoval, jak je zdraví důležité <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacient si byl vědom vážností své situace, doufal, že dodržováním režimu a trpělivostí bude brzy propuštěn domů
<p>Práce</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ do práce chodil rád, pracoval jako řidič ○ manželka ho ohodnotila jako člověka laskavého <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ spolupráce s pacientem se postupem času zlepšila ○ uvědomoval si, jak je to pro jeho uzdravení důležité
<p>Aktivity, zájmy</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ doma působil jako aktivní člověk <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pacientovi zájmy jsou nyní velmi omezené, vzhledem k upoutání na lůžko ○ v rámci naší spolupráce a komunikace se snaží hodně psát, je schopný vyjádřit tak své potřeby – ventilovaný
<p>Učení</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ pacient se před hospitalizací snažil vzdělávat <p>Zhodnocení stavu 112. den hospitalizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nyní je plně ventilovaný a v současné době není schopen a ani nemá chuť se učit ničemu novému

5.10 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Vycházíme ze zhodnocení pacienta 112. dne hospitalizace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Deficit sebedpěče dodržování hygienických návyků – 00109

Cíl ošetrovatelské péče:

- dosahuj maximální míry soběstačnosti
- ovládej základní požadavky na hygienickou péči a podle svého zdravotního stavu se na hygienické péči podílí

Plán ošetrovatelské péče:

- dodržuj hygienické zásady
- zjisti míru schopnosti pacienta při jeho nesoběstačnosti a sebedpěči
- podporuj pacienta v jeho snaze o zlepšení soběstačnosti
- povzbuzuj pacienta

Realizace intervencí:

Pacienta jsme se snažili motivovat ve snaze být schopný zajistit si sám některé základní potřeby (najíst se, napít, umýt). Motivace byla důležitá, díky ní dělal pacient velké pokroky. Dvakrát denně jsme prováděli základní hygienickou péči na lůžku. Péči o horní polovinu těla začal zvládat téměř samostatně, pouze jsme připravili pacientovi pomůcky. Jednou týdně jsme hygienickou péči doplnili tím, že jsme pacientovi oholili vousy, umyli vlasy a ostříhali nehty.

Vyhodnocení:

Pacient získal postupně zpátky svalovou sílu, byl tedy schopný spoustu úkonů si sám zajistit.

Pohyblivost – porucha tělesné hybnosti z důvodu imobilizace na lůžku – 00091

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient zná svou situaci, vyvolávající příčiny, principy léčby
- je schopen postupně vykonávat aktivity denního života

Plán ošetrovatelské péče:

- pečovat o kůži a zajistit prevenci dekubitů
- vybízet pacienta ke cvičení
- vést pacienta k soběstačnosti
- zajistit pacientovi vhodné pomůcky

Realizace intervencí:

Pacienta jsme se snažili vybízet ke spolupráci, aby se stal co nejdříve soběstačným. Vybízeli jsme ke cvičení i za nepřítomnosti fyzioterapeuta. Pokožku jsme udržovali suchou a čistou.

Vyhodnocení:

Pacient se snažil o spolupráci. V době nepřítomnosti fyzioterapeuta poctivě cvičil, aby se stal co nejdříve soběstačným.

Porucha verbální komunikace z důvodu zavedení tracheostomické kanyly projevující se nesrozumitelně sdělit své potřeby – 00051

Cíl ošetrovatelské péče:

- přijímá uspokojení s alternativními způsoby komunikace
- zavést metodu komunikace, umožňující vyjádřit své potřeby

Plán ošetrovatelské péče:

- mluvit pomalu, klidně a zřetelně s pohledem na pacienta, aby mohl současně odezírat
- vysvětlit pacientovi, proč nemůže mluvit
- používat blok a tužku, písmenka k vyjádření pacientových potřeb

- jednat s pacientem klidně a vlídně

Realizace intervencí:

Na pacienta jsme mluvili klidně, zřetelně, aby nám bylo dobře rozumět. Udržovali jsme při komunikaci oční kontakt. Snažili jsme se pacientovi vysvětlit, proč nemůže mluvit a jaké metody můžeme použít ke komunikaci.

Vyhodnocení:

Pacient se snažil verbálně i neverbálně komunikovat. Pokud jsme však jeho požadavkům hned neporozuměli, začal být rozladěný. Nakonec jsme jako nejlepší řešení pro komunikaci zvolili psací formu, která nám nejvíce vyhovovala.

Deficit znalost (v souvislosti se základním onemocněním) – 00126

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient má dostatek znalostí týkající se onemocnění a léčebného režimu
- bude rozumět a chápat význam edukace

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat o léčebném režimu
- edukovat jakmile to pacientův stav umožní
- umožnit konzultaci s fyzioterapeutem o rehabilitaci a nutričním terapeutem o výživě

Realizace intervencí:

Pacient byl informován o zdravotním stavu v době příjmu a v průběhu hospitalizace, umožňoval – li to stav pacienta. Pokud jsme edukovali, snažili jsme získat od pacienta zpětnou vazbu, abychom se ujistili, že nám porozuměl. Edukovali jsme o dietním režimu rodinu, jelikož přinášela mnohdy jídlo. Prováděnou edukaci jsme zaznamenávali do edukačního záznamu.

Vyhodnocení:

Pacient v průběhu hospitalizace byl dostatečně edukovaný. Edukačním tématům porozuměl a snažil se postupem času spolupracovat.

Deficit sociálního kontaktu v důsledku odloučení od rodinného prostředí**Cíl ošetrovatelské péče:**

- podporovat pacienta v komunikaci

Plán ošetrovatelské péče:

- udržovat s pacientem kontakt
- umožnit časté návštěvy s rodinnými příslušníky
- sledovat psychický stav pacienta

Realizace intervencí:

Při manipulaci s pacientem jsme dbali na udržování slovního kontaktu. Snažili jsme se být empatičtí a ochotný naslouchat, abychom si vytvořili vztah s pacientem.

Vyhodnocení:

V začátcích léčby jsme od pacienta nedostávali zpětnou vazbu ke komunikaci, postupem času došlo ke zlepšení. Pacient začal být komunikativní, těšil se ze společnosti. S manželkou měl kladný vztah, docházela za pacientem každý den. Mnohdy bylo vidět, jak manželku netrpělivě vyhlíží a s jakou radostí ji vítá. Byla jeho velkou oporou.

Rizikové ošetrovatelské diagnózy**Riziko pádu – 00155****Cíl ošetrovatelské péče:**

- pacientovo chování a jednání přispívá k prevenci pádu
- prostředí v okolí pacienta je bezpečné

Plán ošetrovatelské péče:

- posud' všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu

- všiměj si současné situace – zhodnot' stupeň funkční poruchy, sleduj emoční odpověď pacienta na problémy s pohyblivostí
- zjistí, zda si pacient uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika pádu

Realizace intervencí:

Pacient měl zajištěné okolí postele postranicemi. Potřebné věci jsme dali na dosah ruky a poučili jsme v případě potřeby sestru, jelikož by mohlo neukázněným pohybem dojít k vytažení zavedených invazí. Pokud bychom se nenacházeli na pokoji, byli jsme s pacientem domluveni na sundání saturačního čidla. Návčik posazování v lůžku probíhal pod dohledem fyzioterapeuta.

Vyhodnocení:

Pacient během hospitalizace byl bez zranění způsobené následkem pádu. Postupné posazování probíhalo vždy pod dohledem.

6 EDUKAČNÍ TÉMATA

Podstatnou složkou poskytované ošetrovatelské péče je edukace – výuka pacientů, která je nedílnou součástí ošetrovatelského plánu. Edukaci provádíme, abychom dosáhli změny v chování pacienta, který si má osvojit určité vědomosti a poznatky v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické. Edukace by měla probíhat jasně a srozumitelně, zpětnou vazbou od pacienta zjistíme, zda jsme docílili splněných cílů. „Lidé jsou velice vnímaví a rychle přijdou na to, jestli to s nimi myslíme opravdově, nebo jestli pouze vykonáváme svoji práci“ (Škrlovi, 2003).

Pacienta jsme začali edukovat v době, kdy byl schopen přijímat a porozumět poskytnuté informace. Důležitou složkou v péči při onemocnění pankreatu je převážně edukace v oblasti stravování. Tedy strava lehce stravitelná, bohatá na vitamíny s absolutním zákazem alkoholu a omezenou spotřebou tuků. Doporučuje se rozložit denní příjem stravy do 5–7 porcí. Součástí je pravidelné užívání preparátu obsahujícího enzymy slinivky břišní. Poskytli jsme informace o vhodném životním režimu a v této oblasti nutriční terapeut edukoval včetně rodiny. Kladli jsme v této oblasti veliký důraz, aby si pacient a rodina uvědomili důležitost dodržování doporučeného režimového opatření. Z rodiny byla do diskuze zapojena převážně manželka, která nosila pacientovi často oběd. Mezi vhodné potraviny řadíme:

- maso – libové kuřecí, králičí, krůtí, hovězí, telecí i vepřové, libové uzeniny
- ryby – netučné druhy ryb (pstruh, losos, candát, okoun, filé z tresky)
- tuky a oleje – margarín, máslo, rostlinné oleje
- vejce – jedno vejce do pokrmu denně
- mléko a mléčné výrobky – nízkotučné mléčné výrobky a mléko, netučné druhy sýrů (do 45 % tuku)
- zelenina – kořenová zelenina, špenát, lilek
- ovoce – banány, jablka, třešně, višně, broskve, meruňky, mošty, pyré, pomeranče, grepy, džusy
- obilniny – bílé pečivo bez máku a soli, bílý toustový chléb, veka
- koření – petrželová nať, kopr, majoránka, kmín, bazalka, pomerančová a citrónová šťáva, libeček, tymián
- nápoje – nápoje bez kysličníku uhličitého, mátový a třezalkový čaj, ovocné šťávy

- příprava potravin – vaření, dušení, grilování bez tuku do měkka, případně umlít, rozmixovat

Z počátku pacient nebyl schopen všechny rady vnímat, kladl často otázky. Po ukončení přednášky bylo vidět, že je pacient srozuměn a je odhodlán svůj životní styl a návyky radikálně změnit. Cíl edukace byl splněn.

Jako součást multioborové péče je rehabilitace a polohování s cílem minimalizovat vznik proleženin u takto kritických pacientů. I v této oblasti jsme pacienta edukovali. Vysvětlili jsme, proč je důležitá dechová a pohybová rehabilitace. Na procvičování pasivní a aktivní rehabilitace se podílel fyzioterapeut, který nejdříve pacientovi vysvětlil a následně pacient prováděl s aktivní účastí jednotlivé cviky v oblasti dýchacího a pohybového aparátu. Zpočátku byl pacient velmi odmítavý, nechtěl spolupracovat. Po opakování edukace pacient uposlechl a uvědomil si, že i rehabilitační cvičení může zlepšit průběh onemocnění a následnou rekonvalescenci. Pacient začal velmi aktivně spolupracovat a jednotlivé cviky prováděl i v době nepřítomnosti rehabilitačního pracovníka.

Součástí a prevencí vzniku depresivních stavů u tak dlouhodobě ležících pacientů je i péče o psychiku. „Dlouhodobá hospitalizace vede snadno k nepříznivému duševnímu stavu, tedy k hospitalismu. Pacient si zvykne zejména na pasivitu, na to, že se nemusí o sebe starat. Izolace od světa vně nemocnice zúží obsah jeho zájmů, zejména má – li málo návštěv a není – li zvyklý číst či se jinak kvalitně zaměstnat“ (Zacharová, 2007, s. 169).

Pacientovi z naší případové studie byla velikou oporou rodina, převážně manželka, která docházela do nemocnice každý den ve stejný čas. Bylo zřejmé, že ačkoli se jedná o těžce chronické onemocnění, pacient zvládá léčbu dobře. Ošetrovatelský personál se snažil přispět tím, že docházelo ke vzájemné komunikaci a v průběhu léčby byl pacient motivován a podporován.

7 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se snažili nastínit závažnost zánětlivého onemocnění a ošetrovatelské péče. Toto onemocnění je ve společnosti často podceňováno. Uvedená kazuistika ukazuje závažnost mnohdy společností podceňovaného onemocnění pankreatu a ošetrovatelská péče u tohoto onemocnění je velmi náročná a dlouhodobá.

Při studiu různých literárních zdrojů, odborných článků, jiných bakalářských prací a internetových zdrojů jsme konstatovali, že ošetrovatelská péče u pacientů s akutní pankreatitidou je provázena řadou komplikací. Zvláště pak jako je multiorgánové selhání, akutní respirační dechová tíseň (dále jen ARDS), syndrom systémové zánětové odpovědi, metabolické, renální a jiné jsou ve většině případů téměř totožná. Naše úsilí směřujeme podobným směrem, jen jej přizpůsobujeme aktuálním a individuálním potřebám pacienta.

Stejně tak tomu bylo i u našeho pacienta, kdy vlivem základního onemocnění došlo k respiračnímu selhání, vyžadující endotracheální intubaci a napojení na UPV. Ošetrovatelská péče o ventilovaného pacienta přináší komplexní péči zahrnující toaletu dýchacích cest, polohování endotracheální kanyly, sledování základních vitálních funkcí, ventilačních parametrů, tlaků v obturační manžetě, odsávání z dýchacích cest. Na našem pracovišti, odkud čerpáme potřebné informace ke zpracování kazuistiky, provádíme odsávání uzavřeným systémem trach – care, přinášející řadu výhod. Jako je nízké riziko přenosu infekce vzdušnou cestou, nedochází k častému rozpojování systému a odsávací katétr zůstává sterilní. Věnovali jsme důsledně péči o ventilátor a sledování hodnot z vyšetřené krve, kterou lze v současnosti na téměř každém pracovišti intenzivní péče analyzovat přímo na pracovišti. Díky těmto rychle zjištěným laboratorním hodnotám můžeme následně provést úpravu požadovaných parametrů k fyziologickým hodnotám.

K doplnění objemu tekutin cestou parenterální výživy a sledování náplně cévního řečiště byl zaveden centrální žilní katétr. Dále bylo přistoupeno k zavedení arteriálního katétru ke kontinuálnímu sledování krevního tlaku a sledování hemodynamických parametrů u pacienta. K monitorování jsme použili přístroj PiCCO, který nám umožňuje stanovení hodnot extravaskulární plicní vody.

Součástí intenzivní péče je rovněž pečlivé sledování příjmu a výdeje tělesných tekutin, zvláště pak, jsou – li pacienti napojeni na dialyzační přístroj jako tomu bylo u pacienta z případové studie. Také sledování GCS k hodnocení kvantitativního stavu vědomí a hodnocení úrovně sedace dle Ramsay score.

Pacient během hospitalizace opakovaně podstoupil operační výkon, kterému předcházela předoperační příprava. Pravidelným sledováním International Normalised Ratio (dále jen INR) s následnými úpravami antikoagulační léčby. Vyšetření krevních plynů, přípravy operačního pole, aplikace léků, asistence při anesteziologickém vyšetření, dietní režim. Do pooperační péče jsme zahrnuli monitoraci vitálních funkcí, sledování bilance tekutin, odpadů z drénů, vitálních funkcí, operační rány, výsledků průběžných vyšetření či příznaků pooperačních komplikací.

Rovněž byla zvolena metoda otevřeného břicha „open abdomen“ a použití V. A. C. systému. „Jedná se o mezinárodně uznávanou metodu, která zlepšuje debridement a podporuje hojení různých druhů ran. Ze studie, kterou provedl Philbeck na 1170 ranách léčených V.A.C. terapií, došlo ke zmenšování rány o 0,23 cm za den oproti ranám, které byly léčeny standardními technikami, tedy 0,09 cm za den“ (Pantoflíček, 2005).

Také se věnujeme pooperační rehabilitaci, polohování a dechovému cvičení, abychom co nejdříve pacienta navrátili k soběstačnosti, nezávislosti či zabránili vzniku respiračních komplikací.

Dále jsme se zaměřili na problematiku, zda jsou pacienti s pankreatitidou dostatečně seznámeni s rizikovými faktory, které vedou k rozvoji výše popisovaného onemocnění. Porušení dietní chyby je často prvním signálem recidivy onemocnění. Užívání léků a dodržování přísné diety je zde na prvním místě. Vyvstává otázka, zda provedená edukace v oblasti dodržování dietního režimu není pacienty často, možná běžně podceňována.

Zamýšlíme se, zda si skutečně v plné míře uvědomují, že porušením diety a opětovnou konzumací alkoholu se stávají opět ohroženým pacientem. Po vyléčení akutního zánětu pacient užívá léky a dodržuje dietní režim přechodnou dobu a postupně se může vrátit k normálnímu jídelníčku. U chronické pankreatitidy se musí dodržovat výše popsané léčebné zásady.

Česká republika je všeobecně známá pro ostatní země velmi levnou konzumací alkoholu. Závislost na alkoholu či častá konzumace alkoholu je nepochybně rizikovým faktorem pro vznik zánětu slinivky břišní. Nenalezneme i zde odpověď na to, že právě Česká republika zaujímá jedno z prvních míst incidence pankreatitidy ve světovém žebříčku.

Podle našeho názoru je jednou z příčin nízká osvěta v široké populaci obyvatel. Na krabičkách cigaret nalezneme vždy veliké upozornění ve smyslu, jak kouření podporuje vznik rakoviny, avšak na alkoholovém zboží žádný nápis varující o riziku vzniku zánětu slinivky břišní ještě není. Člověk si tudíž ani nemůže uvědomit, jak denní konzumace alkoholu může vnést do života potencionálního pacienta, tak závažné a život ohrožující onemocnění. Důležité je zdůraznit, že nadměrná konzumace alkoholu může své důsledky vyvodit až několik let po té. To znamená, že i po dlouhodobé abstinenci může osoba touto chorobou onemocnět.

Z katamnézy pomocí rozhovoru s naším pacientem a jeho ženou vyplynulo, že skutečně dříve alkohol konzumoval zcela pravidelně. Poté několik let alkohol neužívá. Proto se pacient velmi podívoval nad závažností diagnózy s velmi nejistou prognózou.

U vyléčených pacientů je velmi důležité si uvědomit riziko možných depresí a úzkostných stavů z důvodu poznání určitého životního období, kdy člověk bojoval o vlastní přežití. Zvláště náročná je ta část, kdy se pacient probudí na nemocničním lůžku obklopený řadou hadiček, nemůže se hýbat a je odkázán z plného zdraví na pomoc druhých, informovanost je zde na místě. Po čtyřměsíčním pobytu na ARO došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu, nebylo již třeba zapotřebí invazivních vstupů k monitorování, tudíž byl ošetřujícím lékařem domluvený překlad na jiné oddělení. Pacient měl radost, těšil se. Viděl to jako další krok, který vede k uzdravení.

Ačkoli pacient byl v dobré psychické pohodě je našeho názoru kvalita a ucelenost psychologické léčby jednou ze základních potřeb, které by měla být věnována pozornost po propuštění pacienta do domácího ošetřování. O svém onemocnění a rizikových faktorech, které zřejmě vedly ke vzniku tak závažného onemocnění byl pacient ošetřujícím personálem dostatečně informován. Z rozhovoru s pacientem bylo patrné, že si vše uvědomuje a byl přesvědčený, že svůj životní styl dostatečně změní.

Víme, že především stres velmi přispívá k somatickým onemocněním a ke vzniku recidivy i v případě pankreatitidy. Návštěva psychologa by se měla stát neoddělitelnou

součástí následné rekonvalescence. I uvědomění si vlastního onemocnění může vést k uzdravení.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zpracovat kazuistiku, která pojednává o ošetrovatelské péči u pacienta postiženého akutní pankreatitidou, rozvinutou v pankreatitidu nekrotickou. Zachytil určitý úsek akutního ohrožení pacientova života na anesteziologicko resuscitačním oddělení (dále jen ARO). Částečně jsme se snažili poukázat na problematiku a neznalost pacienta, rizikových faktorů vedoucích k popisovanému onemocnění.

Jak již jsme v bakalářské práci uvedli, můžeme říci, že příčinou rozvoje onemocnění u pacienta z naší kazuistiky byla konzumace alkoholu. Paradoxně pacient nevnímal závislost na alkoholu jako rizikový faktor. Z tohoto důvodu bychom chtěli apelovat na větší prevenci a osvětu požívání alkoholu v naší zemi. Domníváme se, že k osvětě a preventivním opatřením můžeme využívat prostory v čekárnách praktických lékařů (dále jen PL). Další prostor pro tuto činnost shledáváme na středních školách, spolupráce s preventisty, dentisty či u pediatrů. Z různých průzkumných šetření, výzkumů a pojednání v periodikách můžeme vyvodit, jakým problémem se požívání alkoholu dotýká mladistvým, dnes také nezletilých jedinců.

Pacient z případové studie jen dokladuje zvýšenou konzumaci alkoholu v populaci. Onemocněl několik let po vyřazení alkoholu ze svého života. Neuvědomoval si však, že daná rizika a nevhodný životní styl mohou mít na onemocnění vliv i v pozdější době. Součástí ošetrovatelské péče byl i rozhovor s manželkou nemocného a ta potvrdila, že pacient dříve holdoval alkoholu.

Zároveň jsme chtěli prověřit dostatečnost a způsob edukace pacientů během samotného onemocnění a v době rekonvalescence.

Z katamnézy vyplynulo, že pacient byl dostatečně edukován ústní formou před propuštěním do domácího léčení. Současně mu byly předány edukační materiály.

Výsledek bakalářské práce bychom rádi poskytli do ordinací praktických lékařů, kam pacienti dochází na preventivní prohlídky. Právě zde by se mohli nad svým životním stylem a nad užíváním škodlivých látek zamyslet. Tak jak je edukace nedílnou součástí léčby, tak informovanost a osvěta by měla být samozřejmou součástí prevence.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUREŠ, J., KOPÁČOVÁ, M., REJCHRT, S. *Parenteral vs enteral nutrition in severe acute pancreatitis*. Folia Gastroenterol Hepatol 2006; 4 (2): 44–54.
2. ČESÁK, V., KOLÁČKOVÁ, H. Akutní pankreatitida – etiologie, diagnostika a léčba. *Plzeňský sborník*, 2013, roč. 79, č. 79, s. 97–113. ISSN 0551–1038.
3. DOENGES, E. Marylynn a MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80–247–0242–8.
4. FLOREÁNOVÁ, K., DÍTĚ, P. Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory. *Vnitřní lékařství*, 2014, roč. 60, č. 7–8, s. 567–574. ISSN 0042–773X.
5. HANOUSKOVÁ, J. Převaz rány za použití V. A. C. systému. *Urologie pro praxi*. Březko: Solen, 2009, roč. 10, č. 4, s. 247 – 248. ISSN 1213–1768.
6. HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 267s. ISBN 978–80–204–2806–6.
7. HVOZDOVIČOVÁ, A., STOLINSKÁ, K. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, s. 77–79. ISSN 1210–0404.
8. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2000, 133 s. Lékařství. ISBN 80–85866–55–2.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Grada publishing a.s., 2007, 350 s. ISBN 978–80–247–6986–7.
10. KAPITÁNOVÁ, B., TAJBEROVÁ, A. Diagnóza v ošetrovatelství. *Využití V. A. C. terapie při komplikovanom hojení open abdomen*, 2012, roč. 8, č. 6, s. 20–22. ISSN 1801–1349.
11. KOSTKA, R. *Akutní pankreatitida: komplexní přístup*. Praha: Galén, 2006, 233 s. ISBN 80–7262–427 – X.
12. KRŠKA, Z. Akutní pankreatitida – komplexní problematika. *Rozhledy v chirurgii*, 2012, roč. 91, č. 12, s. 692–696. ISSN 0035–9351.
13. LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2010, 256 s. ISBN 978–80–7262–692–2.
14. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie – učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978–80–247–1787–6.

15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80–247–1399–3.
16. MALINA, P., CEJP, V., JABOR, A. Těžká akutní pankreatitida – laboratorní monitorování zaměřené na rozlišení sterilní a infikované nekrózy. *Klinická biochemie a metabolismus*, 2012, roč. 20, č. 4, s. 244–247. ISSN 1210–7921.
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978–80–247–5376–8.
18. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku* (online). (cit. 2015–05–19). Dostupné z: <http://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf>
19. PANTOFLÍČEK, T. Vakuum terapie, 2005, ročník 13, č. 3–4 (online). (cit. 2015–09–20). Dostupné z: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-3-4-12>
20. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80–247–1211–3.
21. PFRIMMER, M. *Acute pancreatitis*. J Contin Educ Nurs. 39 (8):341–2, 2008 Aug. ISSN 0022–0124.
22. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I: historie, vzdělávání, současné ošetrovatelství, role sestry a nemocného, ošetrovatelský proces, konceptuální modely a teorie, klasifikační systémy, výzkum, praxe založená na důkazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978–80–247–3557–3.
23. SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 80–247–4414–7.
24. STEHLÍKOVÁ, K. *Chronická rána aneb běh na dlouhou trať*. (online). (cit. 2015–05–19). Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/clanky-a-studie/odborne-clanky/hojeni-ran/chronicka-rana-aneb-beh-na-dlouhou-trat2>
25. ŠPIČÁK, J. Léčba akutní pankreatitidy. *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 11, s. 23–27.
26. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing a.s., 2005, 216 s. ISBN 80–247–0942–2.
27. ŠPIČÁK, J. Akutní pankreatitida – novinky v léčbě. *Vnitřní lékařství*, 2013, roč. 59, č. 7, s. 597–605. ISSN 0042–773x.

28. ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-x.
29. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 185 s. ISBN 80-701-3285-x.
30. VÁLEK, V. Akutní pankreatitida – diagnostika a její limitace. *Slovenská rádiológia*, 2011, roč. 18, č. 1, s. 36-37. ISSN 1335-0625.
31. VODIČKA, J. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 317 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
32. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
33. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Galén, c2014, 511s. ISBN 978-80-7492-128-5.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AP – akutní pankreatitida

ARDS – adult respiratory distress syndrome

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

BMI – Body mass index

CT – počítačová tomografie

CRP – C – reaktivní protein

ČR – Česká republika

DF – dechová frekvence

Dg – diagnóza

DM – Diabetes mellitus

EKG – elektrokardiografický záznam

GCS – Glasgow Coma Scale

IAP – nitrobřišní tlak

Kg – kilogram

LD – lékařská dokumentace

MOF – multiorgánové selhání

MP – mražená plazma

MR – magnetická rezonance

NANDA – Severoamerická sdružení pro sesterné diagnózy

NPB – náhlá příhoda břišní

P – pulz

PL – praktický lékař

PEEP – Positive End Expiratory Pressure

PSIMV – Synchronised intermittent mandatory pressure ventilation

PMK – pernamenní močový katétr

RTG – rentgenové

SIRS – syndrom systémové zánětové odpovědi

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

TSK – tracheostomická kanyla

TEN – tromboembolické nemoci

UPV – umělá plicní ventilace

VAC systém – Vacuum Assisted Closure systém

VAS – vizuální analogová škála

VF – vitální funkce

VT – dechový objem

WHO – World Health Organization