



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Zdeňka Chalabalová

**Ošetrovatelská péče o nemocného po
pankreatoduodenektomii**
*Nursing care of patient with
pancreatoduodenectomy*

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Zdeňka Chalabalová
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Josef Šimon**, MV ČR
Odborný konzultant: **kpt. MUDr. Radek Pohnán**,
Chirurgická klinika 2.LFUK a ÚVN, Praha
Datum a rok obhajoby: červen 2011

Prohlášení

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná forma bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Informačního studijního systému (SIS 3.LF UK) jsou totožné.

V Praze dne

Zdeňka Chalabalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Josefu Šimonovi a kpt. MUDr. Radku Pohnánovi za odborné vedení mé bakalářské práci, cenné rady a profesionální přístup.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. ANATOMIE SLINIVKY BŘIŠNÍ	8
2. FYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ	10
3. NOVOTVARY PANKREATU	11
4. KARCINOM PANKREATU	12
4.1 Charakteristika	12
4.2 Epidemiologie a rizikové faktory	13
4.3 Příznaky nádoru slinivky břišní	14
4.4 Vyšetřovací metody	15
4.4.1 Abdominální sonografie (SONO)	16
4.4.2 CT	16
4.4.3 Endoskopická ultrasonografie pankreatu (EUS)	17
4.4.4 MR a MRCP	17
4.4.5 ERCP a provedení biopsie	18
4.5 Léčba	19
4.5.1 Endoskopická léčba	19
4.5.2 Chirurgická léčba	19
4.5.3 Onkologická léčba	21
4.6 Dispenzarizace po léčbě	21
5. KASUISTIKA NEMOCNÉHO	23
5.1 Anamnéza	23
5.2 Stav při přijetí	25
5.3 Průběh hospitalizace	26
5.3.1 Příprava nemocného k operaci	26
5.3.2 Průběh operace	27
5.3.3 Pooperační komplikace	28
5.3.4 Propuštění do domácího léčení	29
5.3.5 Terapie ze dne 6.9.2010	29
5.3.6 Monitoring ke dni 6.9.2010	30
5.4 Prognóza	31
6. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE HENDERSON	32
6.1 Ošetřovatelský proces	34
6.1.1 Ošetřovatelská anamnéza	36
6.1.2 Přehled diagnóz	39
6.1.3 Krátkodobý plán (vč. cílů)	40
6.1.4 Realizace a hodnocení péče	43
6.1.5 Dlouhodobý plán	47
6.1.6 Hodnocení psychického stavu nemocného	49
6.1.7 Edukace	52

6.1.7.1 Všeobecná edukace pooperační	52
6.1.7.2 Edukace o péči o drén	53
6.1.7.3 Edukace o dietě	53
SOUHRN A ZÁVĚR	54
RESUME	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM PŘÍLOH	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	60

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného J. K. po resekčním výkonu proximální pankreatoduodenektomii. Pacient byl přijat k plánovanému výkonu dne 6.9. 2010 pro tumor hlavy slinivky břišní. Toto téma jsem si vybrala, protože je mi chirurgická problematika velmi blízká.

V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií slinivky břišní, rozdělením novotvarů pankreatu a jejich klasifikací, u karcinomu pankreatu rozebírám charakteristiku, epidemiologii, rizikové faktory, vyšetřovací metody, léčbu a dispenzarizaci po léčbě. V závěru této části je uvedena konkrétní kasuistika pacienta J. K., anamnéza a stav při přijetí, průběh hospitalizace a prognóza onemocnění.

V ošetrovatelské části této práce se věnuji ošetrovatelskému procesu a ošetrovatelskému modelu podle V. Henderson. U pacienta jsem popsala ošetrovatelskou anamnézu, určila ošetrovatelské diagnózy, krátkodobý i dlouhodobý plán, popsala realizaci a zhodnotila ošetrovatelskou péči. Do této části bezpochybně patří také zhodnocení psychického stavu a proces edukace pacienta.

V závěru práce je seznam použité literatury, přílohy a seznam použitých zkratk.

Veškeré informace o zdravotním stavu a týkající se pacienta jsou použity s jeho laskavým souhlasem.

Pracovní verze dokumentace je použita se souhlasem náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese.

1. Anatomie slinivky břišní

Slinivka břišní, latinsky pankreas, je žláza s vnější (exokrinní) a vnitřní (endokrinní) sekrecí. Délka žlázy je 12 – 18 cm a hmotnost 60 – 110 g. Makroskopicky má lehce nažloutlou barvu a její povrch je jemně hrbolatý. Žláza je uložena v retroperitoneu za žaludkem. Rozděluje se na tři části: hlavu, tělo a ocas (Příloha č. 1).

Hlava, caput pancreatis, je největší částí slinivky břišní. Topograficky je uložena ve výši 2. bederního obratle ve ventrální části retroperitonea, v ohbí dvanáctníku, kde je fixována vazivem. Zadní část hlavy souvisí se žlučovodem (ductus choledochus) a s portální žílou (vena portae).

Tělo, corpus pancreatis, má v průřezu tvar trojúhelníku. Ventrální plocha slinivky tvoří zadní stěnu omentální burzy.

Ocas, cauda pancreatis, je zúžená část slinivky. Pokračuje až k hilu sleziny. Podél zadní části těla a ocasu slinivky probíhá slezinná tepna a žíla.

Pankreas má dva hlavní vývody, do kterých ústí malé vývody z drobných lalůčků (acinů). Ductus pancreaticus probíhá podélně uvnitř parenchymu pankreatu a spolu s ductus choledochus ústí na papilla duodeni major. Druhý vývod ductus pancreaticus accessorius je menší a otevírá se na menší papile (papilla duodeni minor). Slinivka břišní je důležitý orgán, který produkuje důležité trávicí enzymy (trypsin, lipázu a amylázu) a tím reguluje metabolické a trávicí mechanismy (6).

Endokrinní sekrece je zajišťovaná buňkami Langerhansových ostrůvků. Langerhansových ostrůvků je 1 – 2 miliony a jsou velké asi 0,5 až 1 mm, produkují insulin a

glukagon. Tyto hormony ovlivňují hladinu cukru v krvi. Hormony přechází přímo do sítě kapilár ve slinivce.

Cévní zásobení je zajištěno odstupujícími nepárovými větvemi břišní aorty. Arteria coeliaca vysílá větve pro játra, žaludek, slezinu a horní část slinivky břišní. Arteria mesenteria superior vydává větve pro dolní část slinivky břišní, pro celé tenké střevo a část tlustého střeva. Arteria linealis je určena především pro zásobení sleziny, ale vydává i drobnější větve pro slinivku. Odkysličená krev je odváděna portální žílou (vena portae). Tato žíla vzniká za hlavou pankreatu spojením žil odvádějících krev ze sleziny, z tenkého střeva a větší části tlustého střeva, ze žaludku a ze slinivky břišní (vena mesenteria superior, vena linealis). Délka portální žíly se pohybuje kolem 6ti cm. Po soutoku horní mesenterické žíly a slezinné žíly za hlavou slinivky pokračuje porta v hepatoduodenálním ligamentu kde se v jaterní bráně (porta hepatis) rozděluje na větve pro pravý a levý jaterní lalok. Postupným větvením v jednotlivých segmentech vytváří systém venul až k terminálnímu větvení tzv. sinusoid kolem jaterních buněk. Následně je krev odváděna žilním systémem do jaterních žil, které ústí do vena cava inferior (1, 6).

Inervace slinivky je zajištěna pomocí vegetativních pletení plexus coeliacus, nervová vlákna se postupně paprscitě rozbíhají a přechází v plexus pancreaticus. Vegetativní nervy jsou částí periferního nervového systému, který ovládá funkce vnitřních orgánů, cév, žláz a veškerého hladkého svalstva. Dělí se na vlákna sympatická a vlákna parasympatická. Sympatikus a parasympatikus zajišťují aferentní (dostředivou) inervaci a mají protichůdné účinky. Sympatická vlákna tlumí funkci pankreatu a parasympatická vlákna naopak zvyšují sekreci pankreatických

šťáv. Eferentní (dostředivá) inervace je obsažena v senzitivních vláknech bloudivého nervu (nervus vagus).

2. Fyziologie slinivky břišní

Pankreas plní dvě základní funkce. Jde o žlázu s vnější i vnitřní sekrecí. Za 24 hodin vyprodukuje přibližně 2,5 l tekutiny a 6-20 g enzymů.

Vnější sekrecí se rozumí tvorba pankreatických šťáv (succus pancreaticus) tvořených pankreatickými enzymy, které jsou odváděny systémem vývodů do duodena. Mezi enzymy patří trypsin, který štěpí bílkoviny na polypeptidy a aminokyseliny, další jsou lipázy, ty se podílí na rozkládání tuků na glycerol a mastné kyseliny. Důležitou součástí slinivky je tvorba amylázy, které jsou potřebné při hydrolýze sacharidů na glukózu. Pankreatická šťáva se setká v duodenu s tráveninou a podílí se na jejím dalším chemickém zpracování.

Vnitřní sekreci produkují buňky v Langerhansových ostrůvcích. Rozlišujeme několik druhů buněk: alfa, beta, gama a delta – buňky. V alfa – buňkách se tvoří glukagon, který se podílí na zvyšování hladiny cukru v krvi, v játrech stimuluje enzymatický systém, který přeměňuje glykogen na glukózu. Beta – buňky produkují inzulín, ten snižuje hladinu cukru v krvi tím, že napomáhá průniku glukózy do všech buněk v těle, podporuje její využití (oxidaci) a usnadňuje její přeměnu v glykogen. Sekrece inzulínu je udržována pod kontrolou díky pozitivní zpětné vazbě, která při zvýšené hladině glukózy stimuluje tvorbu inzulínu a naopak při snížení ji omezuje. Nerovnováha při tvorbě inzulínu způsobuje onemocnění diabetes mellitus (2, 3). Fyziologická hodnota hladiny cukru v krvi je 3,5 – 5,5 mmol/l. Gama a delta – buňky produkují somatostatin, který reguluje

tvorbu inzulínu a glukagonu. Dále snižuje sekreci žaludeční a zevní pankreatické šťávy. Tyto hormony jsou odváděny kapilárami přímo do cévního systému.

3. Novotvary pankreatu

Nádor je nezvratná změna tkáně, jde o shluk abnormálních buněk rostoucích odlišně od normálních buněk. Jeho vznik je velmi složitý a v mnohém dosud neobjasněný. Růst nádoru má autonomní povahu, bez regulace a koordinace s okolními tkáněmi či organismem.

Nádory se obecně označují jako blastomy, neoplazie a tumory (zduření). Nádory se dle biologické povahy dělí na benigní a maligní.

Benigní nádory jsou nezhoubné, rostou pomalu, zůstávají ohraničené, na okolní tkáň působí pouze tlakem, nemají infiltrační destruktivní růst. Většinou jsou operabilní a netvoří se metastázy.

Maligní nádory jsou zhoubné. Jde o neohraničené nádory, které rostou invazivně, prorůstají do okolních tkání a tím působí destruktivně. Mají nepříznivý vliv na celý organismus, nejčastěji se projevují anorexií, váhovým úbytkem, kachexií, únavou, celkovou slabostí, apod. Maligní nádory tvoří metastázy – druhotná (dceřiná) ložiska. Operace je nesnadná a i po operačním odstranění se často opakují (recidivují).

Nádory se klasifikují podle velikosti a rozsahu nádoru (staging), dále se hodnotí stupeň podobnosti nádorových buněk (grading). Tyto klasifikace řadí pacienty do skupin (stádií), každá skupina má jinou prognózu a léčbu. Nejvíce užívanou klasifikací je systém TNM, který popisuje rozsah nádoru a určuje stádium onemocnění. Hodnotí se kategorie T (tumor), N (nodus) a M

(metastáza). T popisuje velikost tumoru a vztah k okolním strukturám (v rozmezí $T_1 - T_4$). T_{is} znamená carcinoma in situ, T_0 – tumor není přítomen, T_x – nelze klasifikovat. Kategorie N určuje metastázy do regionálních lymfatických uzlin, v rozmezí $N_1 - N_3$ podle rozsahu metastatického postižení lokálních uzlin. Bez metastáz do lymfatických lokálních uzlin se označuje jako N_0 a u N_x nelze hodnotit postižení lokálních uzlin. M uvádí přítomnost vzdálených metastáz, které se označuje M_1 . M_0 označuje nepřítomnost vzdálených metastáz a při označení M_x metastázy nelze hodnotit. Stádium onemocnění se určuje kombinací hodnot T, N a M. Některé zdroje uvádí i další kategorie, kde se hodnotí venózní invaze ($V_0 - V_2$), způsob zjištění diagnózy ($C_1 - C_5$), reziduální tumor po operaci ($R_0 - R_2$) a histopatologické hodnocení ($G_1 - G_4$) (14).

4. Karcinom pankreatu

Karcinom pankreatu je vysoce zhoubným onemocněním, kdy 90% nemocných zemírá do roka od zjištění diagnózy. V posledních 20ti letech toto onemocnění vykazuje permanentní nárůst (300%). Nejvíce postiženy jsou socioekonomicky vyspělé země – Japonsko, západní Evropa a USA. Česká republika se bohužel řadí na přední příčky ve výskytu tohoto onemocnění a v roce 2002 jsme vykazovali 6tou nejvyšší incidenci na světě (15).

4.1 Charakteristika

Karcinom pankreatu patří mezi solidní tumory exokrinního pankreatu. Morfologicky u karcinomu chybí lalůčkovitá úprava, má tuhou konzistenci, je šedobělavý, homogenní a neostře

ohraničený, šíří se invazivně do okolních struktur. Metastazuje lymfatickou cestou do peripankreatických uzlin, do jater a šíří se také perineurálně. Výskyt a lokalizace vzniku karcinomu je v hlavě pankreatu (60%), v těle pankreatu (15%), v ocasu pankreatu (5%) nebo postihuje pankreas difúzně (20%) (16).

Jedinou nadějí na dlouhodobé přežití a potencionální vyléčení je radikálních chirurgický výkon – resekce postižené části slinivky s odstraněním spádové lymfatické tkáně (lymfadenektomie). U karcinomu lokalizovaném v hlavě pankreatu je léčebným chirurgickým výkonem proximální pankreatoduodenektomie (PDE). Při karcinomu v oblasti těla a kaudy pankreatu se provádí levostranná pankreatektomie (DPE). U některých nemocných je nezbytné provést kompletní odstranění slinivky - totální pankreatektomii (TPE) (11).

4.2 Epidemiologie a rizikové faktory

Z dosud publikovaných prací vyplynulo, že nejsilnějším rizikovým faktorem je věk. Se zvyšujícím se věkem roste pravděpodobnost vzniku karcinomu slinivky. Většina těchto nádorů se vyskytuje po 60tém roce života. U mužů se karcinomy rozvíjejí častěji než u žen (udává se 1,3krát vyšší incidence u mužů) (4). Co se týče genetické zátěže, riziko vzniku karcinomu je vyšší u lidí, kteří mají v příbuzenstvu výskyt rakoviny slinivky břišní, tlustého střeva nebo vaječníku.

U zevních - ovlivnitelných faktorů hraje svoji úlohu kouření cigaret. U kuřáků se riziko vzniku karcinomů zvyšuje dvojnásobně až trojnásobně (4). Pití alkoholu není podle studií spojeno s větším rizikem pro vznik nádoru. Alkohol má vliv na vznik chronické pankreatitidy, což je uznávaný rizikový faktor pro vznik malignity (4).

Hodnocení působení dietních návyku a složení stravy je problematické. Přesto některé studie ukazují, že osoby s vysokým BMI, vysokou hodnotou cholesterolu a nadměrným příjmem kalorií, masa a smažených pokrmů mohou mít vyšší riziko vzniku karcinomu pankreatu. Obezita je tedy také jedním z rizikových faktorů (4).

Mezi endogenní faktory patří chronická pankreatitida, která zvyšuje riziko karcinomu pankreatu až 16krát. U pacientů s diabetes mellitus se karcinom objevuje častěji. Další endogenní faktory mohou být také stav po gastrektomii, cholelitiáza a cholecystektomie, relativní riziko těchto faktorů je stále předmětem studií (4).

4.3 Příznaky nádoru slinivky břišní

U nádorů slinivky břišní jsou příznaky zpočátku chudé a nespecifické. Nemocní jsou buďto zcela bez obtíží, nebo popisují jen intermitentní malé obtíže. Obtíže nastávají až ve chvíli kdy tumor svým růstem utlačuje některou ze sousedících anatomických struktur, což je důvod, proč se většinou karcinom zjistí až v pokročilejším stádiu.

Karcinom může být lokalizován ve všech částech pankreatu, zcela výjimečně postihuje nádorové bujení difúzně celý pankreas.

Karcinom lokalizovaný v těle nebo kaudě pankreatu může bez příznaků dosáhnout i větších rozměrů. Roste většinou infiltrativně do okolí, prorůstá do cév, duodena, žaludku a tenkého střeva. Metastazuje především do regionálních mízních uzlin a do jater. V pokročilém stádiu onemocnění dochází k nádorové diseminaci na peritoneum (4).

Jak karcinom prorůstá do okolních struktur, může způsobovat bolesti v epigastriu nebo v zádech (způsobené útlakem nervových pletení). Bolesti jsou ze začátku tlakové, tupé, postupně jsou intenzivnější až kruté a nesnesitelné. Typická poloha pacientů při pankreatických bolestech je vsedě nebo v předklonu, kdy v této poloze pociťují úlevu. Dalšími příznaky jsou nechutenství, zhoršené trávení, váhový úbytek, slabost, únava, nevolnost až zvracení.

Karcinom může zablokovat odchod žluče do střeva, vznikne žloutenka – ikterus kůže a sklér, moč je tmavá a stolice nápadně světlá – acholická. Obstrukční ikterus nacházíme až u 50% nemocných (4). Ikterus většinou nemocné přivede k lékaři.

4.4 Vyšetřovací metody

Základem klinického vyšetření je pečlivý odběr anamnézy. Následuje důkladné fyzikální vyšetření pacienta. U pacientů s obstrukčním ikterem a váhovým úbytkem můžeme vyhmatat nebolestivý zvětšený žlučník, což se nazývá Courvoisierovo znamení. Dle anamnestických údajů a nálezů z fyzikálního vyšetření, které směřují k diagnóze tumoru slinivky břišní jsou v dalším postupu indikovány zobrazovací vyšetření. Současné možnosti radiodiagnostiky zahrnují: ultrazvuk břicha (SONO), CT (výpočetní tomografie), magnetickou rezonanci (MR) a magnetickou rezonanční cholangiopankreatikografii (MRCP).

Endoskopické výkony – endoskopická ultrasonografie (EUS) a ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie) jsou nedílnou součástí diagnostických vyšetření.

Součástí vyšetření je i stanovení hladin onkomarkerů. Sledují se markery CEA (karcinoembryonální antigen) a CA 19-9. CEA je pozitivní u 85 % nemocných v pokročilém stádiu, ale

sérová koncentrace je zvýšena jen u necelých 15 % nemocných v časném stádiu. CA 19-9 je specifický nádorový marker pro nádory slinivky břišní, bohužel toto vyšetření nemůže sloužit jako preventivní screening, protože má malou senzitivitu (7).

4.4.1 Abdominální sonografie (SONO)

Ultrazvuk je vlnění, které prochází hmotou, je v ní absorbováno a rozptýleno a poté se odráží zpět. Při vyšetření ultrazvukem se používá frekvence 1-10 MHz. Ultrazvuk se může používat různě často podle potřeby, na člověka nemá žádné škodlivé účinky.

V diagnostice se využívá odrazů (tzv. ech), kdy síla těchto odrazů závisí na hustotě tkáně a na rychlosti vln ultrazvuku. Různé tkáně a orgány odráží ultrazvukové vlny méně či více (jsou hypoechogenní nebo hyperechogenní) a na monitoru se pak zobrazí světlejší nebo tmavší než okolí.

Toto vyšetření nám lokalizuje nádor a můžeme pod sonografickou kontrolou provést tzv. perkutánní aspiraci (FNAB), kdy získáme vzorek tenkou jehlou na cytologické vyšetření. Podmínkou je zavedení tenké jehly do nádorového ložiska. Citlivost metody je asi 83 % bez falešně pozitivních výsledků a komplikací (4).

4.4.2 CT

Výpočetní tomografie (CT) je vyšetřovací metoda, která využívá rentgenového záření a zobrazuje podrobně jednotlivé části těla v tenkých vrstvách. Používá se při diagnostice chorob a poranění a při některých speciálních léčebných výkonech. Nevýhodou je vystavení nemocného ionizujícím zářením. Během

vyšetření cév a parenchymových orgánů se ke zvýraznění používá jodová kontrastní látka.

U nádoru slinivky břišní se tímto vyšetřením zjišťuje rozsah onemocnění. Denzita nádoru na CT snímku může mít stejnou denzitu jako okolní normální tkáň pankreatu, proto se volí vyšetření s kontrastní látkou (dynamický kontrastní sken). Někdy může jít pouze o chronický zánět pankreatu, jindy je podezření na nádor potvrzeno (4).

4.4.3 Endoskopická ultrasonografie pankreatu (EUS)

Tato vyšetřovací metoda je nezastupitelná, předoperačně se při ní zjišťuje staging karcinomu slinivky (popisuje lokalizaci a velikost nádoru a dále eventuelní lymfadenopatii). U nádorů větších než 2 cm je detekce pomocí EUS 100%, avšak u malých nádorů do 2 cm klesá diagnostická přesnost endosonografického zobrazení méně než 30% (4). Pankreas se vyšetřuje endoskopicky ze žaludku a z duodena, proto je možno zobrazit i struktury v blízkosti slinivky břišní: velké cévy, mízní uzliny, žlučový strom a jaterní tkáň.

U moderních přístrojů lze provést také FNAB nádorového ložiska nebo lokální mízní uzliny. Při tomto vyšetření se kladou vysoké nároky na znalosti a praktické dovednosti vyšetřujícího lékaře.

4.4.4 MR a MRCP

Magnetická rezonance a magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie (je použita kontrastní látka) jsou vyšetřovací metody, při kterých se přesně zobrazí vyšetřovaná

oblast. Přístroj vytváří silné magnetické pole a vyvolá pohyb vodíkových iontů. Vodíkové ionty jsou obsaženy v molekule vody a tím pádem i v každé tkáni a buňce. Přístroj zachycuje podle obsahu vody ve tkáni pohyb vodíku a tato data zpracuje pomocí složité výpočetní techniky.

Studie ukazují, že by mohlo být vyšetření MR přesnější než CT, hlavně u malých novotvarů, kdy ještě není změněn obrys vlastní žlázy. Vzhledem k rozsáhlým zkušenostem s CT vyšetřením se musí ještě provést řada srovnávacích studií ohledně optimální MR techniky a spirálního CT se zesíleným dynamickým kontrastem (4).

4.4.5 ERCP a provedení biopsie

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie je endoskopické vyšetření, které umožní diagnostikovat onemocnění žlučníku, žlučových cest a slinivky břišní. Provádí se pomocí endoskopu a rentgenového záření.

Po zavedení endoskopu přes ústa, jícen, žaludek až do duodena, kde je ústí biliárního stromu, se endoskopem injikuje kontrastní látka do vývodů a pomocí rentgenu se kontroluje vyšetřovaná oblast.

Při tomto vyšetření se může také provést menší výkon například odstranění žlučových kamenů, nebo uvolnění zúžení v oblasti žlučových cest. Během vyšetření se podle potřeby také odebírá vzorek tkáně (biopsie) k dalšímu vyšetření na cytologii.

Toto vyšetření se řadí mezi invazivní zobrazovací metody, do kterých můžeme zařadit také selektivní angiografii nebo perkutánní transhepatální cholangiografii (PTC). Tato dvě uvedená vyšetření také mohou v některých případech napomoci při diagnostice karcinomu pankreatu.

4.5 Léčba

4.5.1 Endoskopická léčba

Endoskopická léčba je většinou jedinou možností léčby pokročilého karcinomu pankreatu. Jelikož je karcinom diagnostikován často v pozdním stádiu, tak už nelze provést resekci pankreatu. Jde tedy o paliativní zákrok. Důvodem k této léčbě je obstrukční ikterus.

Na specializovaném pracovišti se tedy zavádí biliární drenáž. Příprava a péče o pacienta je shodná jako při terapeutické ERCP. Pod rentgenovou kontrolou se do žlučovodu zavede biliární stent (endoprotéza) překlenující stenozující místo.

Ve srovnání s chirurgickým bypassovým výkonem se endoskopická drenáž jeví i v metaanalýzách jako bezpečnější a efektivnější. Při obdobném iniciálním úspěchu je míra komplikací a doba přežití srovnatelná; ve prospěch endoskopické intervence svědčí náklady na léčbu a doba hospitalizace (4).

4.5.2 Chirurgická léčba

V současnosti je radikální chirurgický výkon – resekce pankreatu – jediným potencionálně kurabilním řešením, přinášejícím nemocným naději na vyléčení. Chirurgická léčba závisí na mnoho faktorech. Hodnotí se předoperační a peroperační staging (velikost nádoru, přítomnost metastáz peritonea a jater, přítomnost zvětšených uzlin, vyloučení nebo potvrzení infiltrace magistrálních cév, výsledek peroperační histologie). Podle stagingu se volí radikální nebo paliativní postup.

Volba chirurgického výkonu závisí na lokalizaci tumoru. U operabilního karcinomu v hlavě pankreatu je metodou volby proximální pylorus zachovávající pankreatoduodenektomie. Výkon začíná revizí dutiny břišní a jater k vyloučení metastatického postižení, které je kontraindikací tohoto rozsáhlého výkonu. Po cholecystektomii je nutné prohlédnout vlastní pankreas. Nejčastěji se tato žláza exploruje z předního přístupu po protnutí gastrokolického ligamenta a po uvolnění dvanáctníku Kochrovým manévrem. Při vyloučení invaze tumoru do cealiakálních tepen provede operatér resekci hlavy slinivky s duodenem. V případě prorůstání nádoru do portální žíly je porta rovněž resekována (následující cévní anastomóza zpravidla nečiní větší problémy). Součástí resekční fáze operace je odstranění spádových lymfatických uzlin. Následuje rekonstrukční fáze operace, kdy je třeba vytvořit napojení ocasu pankreatu, žaludku s vrátníkem a žlučovodu na tenké střevo. Obvykle se všechny anastomosy šijí na jednu kličku koncem ke straně. Levostranná (distální) pankreatektomie se provádí u nádorů těla a kaudy pankreatu, tento radikální výkon je ale indikován jen u malého množství nemocných, protože při stanovení diagnózy již často bývá metastatické postižení.

Vlastní výkon se sestává pouze z resekční fáze, kdy po přístupu k pankreatu je pankreas protnut v krčku a dokončí se levostranná pankreatektomie. Součástí výkonu je splenektomie a odstranění spádových lymfatických uzlin.

Při multilokulární lokalizaci nádoru se provádí totální pankreatektomie.

Paliativní chirurgické zákroky se provádí, pokud není možný radikální resekční výkon, jejich snahou je odstranění nebo zmírnění některých symptomů (ikterus, obstrukce trávicího traktu, medikamentózně neovlivnitelná bolest) a zlepšení kvality

života nemocného. Při obstrukci dvanáctníku se provádí by-passový výkon – gastrojejunoanastomosa, obstrukce žlučového se řeší biliodigestivní anastomosou žlučového na exkudovanou kličku tenkého střeva.

4.5.3 Onkologická léčba

U farmakoonkologické léčby byly do určité míry prokázány léčebné výsledky a zlepšení kvality života nemocného. Tato léčba však nemá takový účinek a výsledky jako u jiných nádorových onemocnění a proto se upřednostňují chirurgické výkony, je-li to možné. Podle mezinárodních organizací vznikl algoritmus optimálního léčebného postupu. Řídí se několika pravidly:

- onkologická léčba nesmí být zahájena bez verifikace nádorového onemocnění
- onkologická léčba nemá být prováděna u nemocných ve špatném výkonnostním stavu
- při radikálním chirurgickém výkonu je u nemocných indikována adjuvantní chemoterapie 5-FU s leukovorinem (4)
- paliativní léčbou u biologicky kompetentních pacientů a jako chemoterapie 2. linie se provádí léčba gencitabinem

4.6 Dispenzarizace po léčbě

Pacient by měl být dispenzarizován podle výkonu, který mu byl proveden, u gastroenterologa, onkologa nebo chirurga. Vzhledem k prognóze diagnózy je vhodná návštěva psychologa či psychiatra. U pacienta by se standardně každé tři měsíce měla provádět ultrazvuková vyšetření břicha a kontroly laboratorních hodnot k zachycení recidivy u radikálně operovaných a k hodnocení výsledků onkologické léčby.

Důležité je sledování bolesti a její léčba, dále stav nutriční a psychický stav. Předpokládá se perfektní spolupráce lékařů jednotlivých oborů a spolupráce s rodinou.

U pacientů v terminálním stádiu mohou být využity hospicové služby, kde se jedná nejen o hospitalizaci, ale i o odborné poradenství, mohou se poskytovat odlehčovací služby v domácnostech pacientů, je možné i půjčení různých pomůcek. U těchto pacientů je důležitá paliativní péče, která se orientuje na zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, cílem je zachovat pacientovu důstojnost a poskytovat všestrannou oporu pacientovým blízkým. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacienta.

5. Kasuistika nemocného

5.1 Anamnéza

Jméno: J. K.

Rok narození: 1942

Povolání: nyní důchodce, dříve řidič

Národnost: česká

Stav: ženatý, žije s manželkou

R.A.: bez maligní zátěže

F.A.: Glucophage 1000 mg tbl 1-0-1 (PAD)

Amesos 10/5 mg tbl 1-0-0 (antihypertenziva)

Amprilan 5 mg tbl 1-0-0 (antihypertenziva)

Kreon 25 000 tbl 1-1-1 (pankreatické enzymy)

inzulín s.c.: Novorapid 15 – 17 – 9 j

Levemir 18j ve 22 hodin

O.A.: běžná dětská onemocnění

stav po ERCP a DBE pro obstrukční ikterus (07/2010)

tumor hlavy pankreatu

arteriální hypertenze

DM II. typu na PAD a inzulínu

trifascikulární blokáda

chronický dyspeptický syndrom

operace – 0

úrazy – vážnější neguje

sledovaná onemocnění: krvácivé stavy, CMP, TBC, STD –

vše neguje

Abusus: alkohol neguje, exkuřák, dříve 10 cigaret za den

TAT: 2006

Alergie: neguje

Nynější onemocnění:

Pacient byl přijatý do nemocnice na chirurgické oddělení 6.9. 2010 v 9:10 hodin. Příjem k plánované operaci pro karcinom hlavy slinivky břišní. Operační výkon: pankreatoduodenektomie (PDE). Předoperační výsledky byly v pořádku a byl interně schopen k operačnímu výkonu v celkové anestézii. Pacient byl diagnostikován pomocí ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie) pro obstrukční ikterus.

Před výkonem bylo rozhodnuto zavést dočasnou kardiostimulaci. Pacient má trifacikulární blokádu Tawarova raménka. Nachlazení neguje, s výkonem souhlasí.

Hematologické vyšetření:

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	4	$10^{12}/l$	4,0 – 5,3
Hemoglobin	136	g/l	135 – 175
Hematokrit	0,39	arb.j.	0,38 – 0,52
Leukocyty	5,7	$10^9/l$	3,8 – 10
Trombocyty	144	$10^9/l$	150 – 350

Pacient měl krevní skupinu A, Rh pozitivní. Na transfúzním oddělení mu byly objednány dvě jednotky krve k operačnímu výkonu.

Biochemické vyšetření

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Natrium	135	mmol/l	135 – 144
Kalium	4,1	mmol/l	3,9 – 5,5
Chloridy	111	mmol/l	98 – 108
Kalcium	1,7	mmol/l	2,25 – 2,75
Urea	7	mmol/l	1,6 – 8,6
Kreatinin	117,2	μmol/l	40 – 135
Amyláza p.	0,24	μkat/l	0,22 – 0,88
Bilirubin celk.	23,4	μmol/l	5 – 21
Bilirubin přímý	6,4	μmol/l	0 – 7
ALT	0,63	μkat/l	0,15 – 0,73
AST	0,44	μkat/l	0,1 – 0,68
GMT	1,42	μkat/l	0,3 – 0,7
ALP	1,2	μkat/l	0,1 – 4,82
CRP	14	mg/l	0,6 – 10

Koagulační vyšetření:

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
INR	0,93	arb. j.	0,8 – 1,2
APTT	30,8	sec.	28,6 – 38,2

Onkomarkery nebyly t. č. k dispozici. Referenční hodnoty jsou uvedeny dle laboratoře, kde byly pacientovy krevní odběry zpracovány.

5.2 Stav při přijetí

Pacient byl při přijetí celkově orientovaný, při vědomí (GCS = 15, Příloha č. 2), afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaný.

Dýchání bylo bilaterální bez oslabení. Ozvy srdeční II, puls pravidelný, dobře hmatný.

Hlava i krk bez patologického nálezu. Břicho měkké, dobře prohmatné, bez resistencí, peristaltika byla přítomna. Jizva nad pupkem po úrazu. Per rectum v dosahu prstu bez patologie.

Anikterus, kožní turgor normální.

Na dolních končetinách byly trofické změny ve smyslu chronické žilní insuficience, bez známek flebotrombózy.

TK 119/72 mmHg, P 93 za min., TT 36,4 °C.

Váha 89 kg a výška 174 cm, BMI 29,4.

5.3 Průběh hospitalizace

Pacient J. K. byl přijat na chirurgické oddělení 6.9. 2010 v 9:10 hodin k plánovanému výkonu. Pacientovi byl zaveden PŽK a v 10:45 byl odvezen na koronární jednotku, kde byla zavedena dočasná kardiostimulace z důvodu trifacikulární blokády. Nastavení kardiostimulace bylo při režimu VVI výdej 5 mA, senzitivita 2,5 mV, stimulační frekvence 65 za minutu. Při návratu z koronární jednotky měl pacient nařízen klid na lůžku, monitor u lůžka na sledování EKG křivky, krevního tlaku, pulsu, saturace krve. Byl objednan kontrolní rentgen srdce a plic k lůžku.

5.3.1 Příprava nemocného k operaci

Před operací slinivky břišní by měl být nemocný dostatečně vyprázdněný. Tato příprava probíhá dle zvyklostí různých oddělení. Pacient J. K. měl k vypití 100 ml MgSO₄ 20%. Jde o osmotické solné projímadlo. Nástup účinku je individuální, uvádí se 1-3 hodiny po vypití. Pacient byl poučen, že musí během dne

vypít dva až tři litry tekutin z důvodu vyprazdňování. Protože měl pacient klid na lůžku po zavedení dočasné kardiostimulace, vyprazdňování probíhalo na podložní míse.

Další příprava spočívala v kontrole anesteziologem. Pacient byl seznámen se způsobem a průběhem anestézie a operace, podepsal informovaný souhlas.

K obědu měl pan J. K. ještě bujón, odpoledne již pouze tekutiny. Od půlnoci byl pacient lačný, tzn. žádné tekutiny ani jídlo. Nesmí se kouřit ani žvýkat minimálně 8 hodin před operací. Na spaní dostal pacient 1 tbl. Hypnogenu dle ordinace anesteziologa.

Ráno proběhlo oholení operačního pole, přiložení elastických punčoch jako prevence TEN, extrakce horní zubní protézy. Byla dána medikace a premedikace dle anesteziologa. Následoval odjezd na sál.

5.3.2 Průběh operace

V celkové anestézii byl proveden subkostální řez. Operatér popisuje ložiska v hlavě tuhého pankreatu, ztlustělé žlučové cesty, tuhý žlučník s bělavou rezistencí ve fundu.

Část ložiska byla odeslána k rychlému bioptickému vyšetření s výsledkem maligních změn. Byla provedena cholecystektomie, kocherův manévr a uvolnění přední plochy pankreatu. Nález zhodnotil chirurg jako resekalibilní. Pokračoval tedy v přetnutí společného hepatického ductu, duodena 2 cm aborálně od pyloru a pankreas v krčku. Byla provedena pankreatoduodenektomie, pankreatojejunoanastomóza a duodenojejunoanastomóza.

Po kontrole hemostázy a rekonstrukci závěsů se zavedl jedním vstupem 2x penrose drén (Příloha č. 3). Jeden byl

zaveden vpravo pod játra a druhý pod bránici. Následovala kontrola nástrojů a sušení, nakonec sutura laparotomie.

5.3.3 Pooperační komplikace

Bezprostředně po operaci byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče. Z invazivních vstupů měl pacient zaveden CŽK, sheat s dočasnou kardiostimulací, PMK a penrose drén. Dále měl NGS a NJS k enterální výživě po operaci.

Od prvního dne po operaci byla sekrece z drénu serosangvinózní s biliární příměsí. Dne 11.9. byl pacient v noci febrilní 38,1 °C, byla odebrána hemokultura (která byla s pozitivním nálezem). Penrose za 11.9. odvedl 750 ml. Dne 12.9. bylo provedeno CT s kontrastní látkou, kde bylo popsáno menší množství tekutiny pooperačně, bez patrného abscesu. Od 14.9. byla naordinována antibiotika dle citlivosti. Dne 17.9. proběhla extrakce zevní dočasné kardiostimulace lékařem bez komplikací. Za tento den odvedl penrose pouze 50 ml odpadu s přetrvávající biliární sekrecí.

Od 20.9. měl pacient pocit plnosti a nechutenství, subfebrilie, drén odvedl 330ml za 24 hodin s identickou sekrecí. Dle lékaře dále pokračoval konzervativní postup. Dne 21.9. byl pacient přeložen na standardní oddělení, cítil se dobře, afebrilní. 24.9. byl extrahován CŽK, odpad z drénu byl 800 ml serózní sekrece s biliární příměsí.

Dne 28.9. byl vyndán penrose, ranou po drénu přetrvává stále stejná sekrece okolo 1000 ml/24 hodin, pacient se cítí stále stejně, afebrilní. Dne 30.9. proběhlo MRCP, kde byl popsán biliární leak z oblasti ductus hepaticus I. dx.

4.10. proběhlo CT s PTD, kdy byl do žlučových cest zaveden drén pigtail (Příloha č. 4). Během výkonu bylo

pacientovi nevolno a zvracel. Pacient měl bolesti v okolí drénu, ale cítil se lépe, afebrilní. Za 24 hodin odchod až 2200ml do pigtailu, z rány po původním drénu sekrece ustala. Od 8.10. se pigtail zaštipoval na 6 hodin a od 11.10. zaštipování na 12 hodin, což snášel pacient dobře. Odpad z pigtailu se snížil na 0 – 200ml za 24 hodin.

35. den po operaci, dne 12.10. byl pacient propuštěn do domácího léčení ve stabilizovaném stavu, kardiopulmonálně kompenzovaný, afebrilní.

5.3.4 Propuštění do domácího léčení

Pacient byl poučen o klidovém režimu s fyzickým šetřením cca 6 týdnů, postupně se pak mohl zatěžovat. Poučení o dostatku tekutin a dietě dle dietní sestry (viz. kapitola 6.1.7.3. Edukace o dietě).

Lékař poučil pacienta o užívání chronické medikace a byly mu vydány recepty. Pacient byl předán do péče praktického lékaře, ke kterému se měl dostavit do tří dnů s lékařskou propouštěcí zprávou.

Pacient byl objednáán na kontrolu v chirurgické ambulanci a dispenzární kontrolu. Při zhoršení stavu byla doporučena kontrola dříve.

5.3.5 Terapie ze dne 6.9.2010

Per os:

100 ml MgSO₄ 20% (osmotické solné projímadlo)

Glucophage 1000mg tbl. 1 - 0 - 1 zatím EX (PAD)

Amesos 10/5 mg tbl. 1 - 0 - 0 (antihypertenziva)

Amprilan 5mg tbl. 1 - 0 - 0 (antihypertenziva)

Kreon 25 000 tbl. 1 - 1 - 1 zatím EX (pankreatické enzymy)

Subkutánně:

Fraxiparine 0,3 ml v 18 hodin (antikoagulancium)

Novorapid 15j - 17j - 9j zatím EX (rychle-působící inzulín)

Levemir 18j ve 22hodin zatím EX (dlouhodobý inzulín)

Intravenózně:

Glukóza 10% 500 ml + 16j HMR rychlostí 60ml/hod

Ringer 1/1 500 ml + 20 ml 7,45 % KCl rychlostí 120ml/hod

Bolusy:

Quamatel 20 mg 1 ampule v 18 hodin (antacidum)

Novalgin 5ml 1 ampule max. á 6 hodin při bolesti (analgetika)

(9)

5.3.6 Monitoring ke dni 6.9.2010

bedside monitor:

TK + P, vědomí á 1 hod

EKG, saturace O₂ kontinuálně

bilance tekutin á 24 hod

TT á 8 hod

glykémie 4x denně

kontrola vstupů

5.4 Prognóza

Zhoubné nádory slinivky jsou i přes pokrok medicíny stále velmi obávanou diagnózou. Nemocní mívají obtíže až při pokročilém stupni tumoru, kdy bývají diagnostikovány pozdní stádia, která jsou bohužel dosti často již neovlivnitelná operací.

Prognóza těchto nemocných je infaustní. Karcinom slinivky břišní je čtvrtou nejčastější příčinou smrti na nádorové onemocnění, ve statistikách z roku 2000 se řadil za nádory tlustého střeva a konečníku, nádory plic a prsu. Letalita této diagnózy je mnohem vyšší v porovnání s jinými onkologickými onemocněními. Pět let od stanovení diagnózy se dožívají jen 4% nemocných. Průměrná délka života od určení diagnózy se u neoperovaných nemocných nebo nemocných po paliativních resekčních výkonech udává v rozmezí 4 až 6 měsíců, po resekčních výkonech 11 až 18 měsíců (4).

6. Ošetřovatelský model dle Henderson

Autorka ošetřovatelského modelu Virginia Henderson studovala Army School of Nursing ve Washingtonu D.C., kde se setkala s děkankou A. W. Goodrich. Ta ovlivnila názory V. Henderson na poskytování ošetřovatelské péče pacientovi. Ošetřovatelská péče probíhala pouze podle předpisů a byla nedostačující.

V. Henderson se domnívala, že pacient musí být středem pozornosti a že cílem ošetřovatelství je získání samostatnosti a nezávislosti pacienta, aby mohl žít plnohodnotně. Osobu bere jako nezávislou bytost, která má čtyři složky (bio-psycho-sociální a spirituální). V těchto složkách je zahrnuto čtrnáct elementárních potřeb (5):

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty lůžka
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Tyto potřeby jsou shodné u všech lidí, jsou ovlivněné kulturou a osobností každého člověka. Uspokojování těchto potřeb probíhá různými způsoby. Všechny uvedené potřeby existují bez ohledu na diagnózu medicínskou a ošetrovatelská péče se poskytuje jak v nemocnici, tak v domácím prostředí.

Tento ošetrovatelský model jsem si vybrala, protože je zde ošetrovatelská péče individuální dle potřeb nemocného, poskytnuta je všem bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii a je ovlivněná různými faktory a patologickým stavem (symptomy) pacienta.

Od 14 potřeb je odvozeno 14 činností, které vedou k uspokojení potřeb pacienta. Sestra je v roli asistentky pacienta, s uspokojováním potřeb sestra pouze pomáhá.

1. pomoc pacientovi normálně dýchat
2. pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
3. pomoc pacientovi při vylučování
4. pomoc pacientovi při udržování vhodné polohy
5. pomoc pacientovi při odpočinku a spánku
6. pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. pomoc pacientovi při udržování optimální tělesné teploty
8. pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty a ochraně pokožky
9. pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předejít zraněním sebe i druhých
10. pomoc pacientovi při komunikaci s okolím

11. pomoc pacientovi s vyznáváním jeho víry
12. pomoc pacientovi při smysluplné činnosti a práci
13. pomoc pacientovi při relaxaci
14. pomoc pacientovi při učení, objevování a uspokojování zvědavosti

Dle V. Henderson má poskytování péče 3 fáze:

- a) sestra si vytipuje, při kterých základních potřebách bude pacient potřebovat pomoc, a naplánuje si, jak pomůže
- b) sestra poskytne nemocnému pomoc, což vede ke zlepšení stavu, soběstačnosti nemocného a zvýšení nezávislosti
- c) sestra poučí jak pacienta, tak jeho rodinu

6.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je způsob, jakým se poskytuje ošetrovatelská péče. Tento způsob je stejný pro všechny sestry na různých odděleních. Díky ošetrovatelskému procesu je pacientovi poskytována kvalitní a plánovaná péče. Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích, které na sebe navazují a prolínají se.

V první fázi jde o sběr informací (anamnéza) u pacienta a posouzení stavu pacienta. Informace se týkají tělesné a psychomotorické stránky. Tyto potřebné informace získáváme rozhovorem s pacientem a s rodinnými příslušníky, pozorováním, fyzikálním a laboratorním vyšetřením, nahlížením do zdravotnické dokumentace a nakonec také komunikací mezi dalšími zdravotními pracovníky. Na základě zjištěných informací můžeme podle ošetrovatelských kritérií stanovit ošetrovatelskou diagnózu.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy je druhá fáze ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza je aktuální nebo potenciální problém pacienta, který zjistíme v první fázi procesu. Ošetrovatelská diagnóza pojmenovává problém a také příčiny a faktory vedoucí k tomuto problému. Pořadí ošetrovatelských diagnóz je podle naléhavosti řešení. Podle ošetrovatelských diagnóz pak určujeme plán další ošetrovatelské péče (8).

Plánování, tedy třetí fáze ošetrovatelského procesu, formuluje cíle a činnosti vedoucí ke splnění daných cílů. Do plánování sestra může zapojit i pacienta a rodinu, aby mohlo dojít k co nejefektivnějšímu splnění cíle a tím vyřešení problému a potřeby pacienta.

Ve čtvrté fázi realizujeme naplánovanou péči. Pokud je to možné, má být pacient aktivní při realizaci plánu péče. Informace o průběhu plánované péče se předává jak lékaři, tak ostatním sestram. Komunikace je také písemná, zaznamenaná ve zdravotnické dokumentaci.

V poslední fázi hodnotíme poskytovanou péči. Hodnotí se splnění cílů, jakých výsledků se u pacienta docílilo. Jakmile dojde ke splnění cílů u ošetrovatelské diagnózy a dojde k vyřešení problému, tak se proces může ukončit. Pokud nedojde ke splnění cílů, musí se celý proces přehodnotit.

Ošetrovatelský proces pacientovi umožňuje se podílet na vlastní péči, což mění vztah sestry a pacienta z podřízeného na partnerský. (10)

6.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sepsána při příjmu dne 6.9.2010 v 11:40 hodin. O přijetí a plánované hospitalizaci pacienta byla rodina informovaná. Informace o pacientovi jsou získané rozhovorem s pacientem, z dokumentace, od personálu a pozorováním pacienta.

Při přijetí jsem se pacientovi představila, ukázala oddělení a uložila ho na lůžko. Pacient byl velmi sdílný a komunikativní.

Dýchání

Pacient s dýcháním obtíže neudává, je exkuřák, dříve vykouřil cca 10 cigaret/den. Nyní už 6 let nekouří. Objektivně je dýchání bez komplikací, pacient nekašle, periferie bez cyanózy.

Příjem potravy

Pacient má diabetickou dietu z důvodu DM na PAD a inzulínu, doma se ji snažil dodržovat, hladiny glykémie měl mezi 5 – 10 mmol/l. V nemocnici měl při příjmu pouze bujón a tekutiny. Hladina glukózy v krvi byla sledována a hrazena Glukózou 10% 500ml s 14j. HMR i.v.

Pacient váží 89 kg, měří 174 cm a BMI je 29. Pacient v posledních 3 měsících zhubnul asi 6 kg. Z celkové denní nabídky stravy zkonsumuje více jak tři čtvrtiny. Dietní sestra bude objednána k edukaci o dietě po operačním výkonu.

Vyprazdňování

Při příjmu pacient dostal projímadlo MgSO₄ jako střevní přípravu před operací. Protože byl po zavedení dočasné kardiostimulace, muselo vyprazdňování probíhat na podložní míse. Pro pacienta to bylo nepříjemné, pečovalo se o soukromí a

intimitu pacienta, při vyprazdňování se zatáhla kolem postele pojízdná zástěna. Spolupacienti na pokoji byli všichni chodící a soběstační a při vyprazdňování pacienta vždy sami od sebe opustili pokoj.

Vhodná poloha

Pacient měl po výkonu na koronární jednotce nařízený klid na lůžku. Pacient je v rámci lůžka soběstačný. Péče o čistotu a úpravu lůžka probíhala standardně.

Spánek a odpočinek

Se spánkem pacient doma problém neměl, medikaci na spaní žádnou neužíval. Rád spí s otevřeným oknem. Obavy, že by měl v nemocnici potíže se spánkem, nemá. V noci před operací spal po premedikaci (Hypnogen 1tbl. p.o.) dobře.

Vhodné oblečení

Pacient si přinesl svá bavlněná pyžama z domova, ve kterých se cítí dobře.

Tělesná teplota

Pacient měl při příjmu tělesnou teplotu 36,4 °C.

Hygiena a ochrana kůže

Pacient je zvyklý se doma sprchovat 1x denně. Celkovou koupel ve vaně si dopřeje 1x týdně. O pokožku není zvyklý nijak pečovat. Když má pocit suché pokožky, použije Indulonu krém.

Při vyprazdňování na podložní míse byla zvýšená péče o pokožku v oblasti genitálií. Večer před operací a v den operace proběhla celková hygiena na lůžku.

Odstraňování rizik

Při příjmu bylo zhodnoceno riziko pádu dle Morse (Příloha č. 5), kdy vyšlo 35 bodů – nízké riziko pádu. V tomto případě se provádí standardní prevence pádu, pacient je označen na náramku a na dokumentaci jako rizikový. A je poučený o možném riziku pádu. Signalizaci – zvonek na sestry měl pacient na dosah ruky.

Jako další riziko může být riziko potencionální záměny pacienta. Před každým výkonem a manipulací s pacientem je důležité zkontrolovat identifikační náramek se jménem, dokumentaci pacienta a dále oslovit pacienta, aby nám sdělil své jméno.

Pacient je ohrožen také tromboembolickou chorobou z důvodu operace a anestezie. Jsou mu preventivně přiloženy elastické punčochy vytažené do třísel. Jako profylaxe se podává Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Komunikace

Pacient je sdílný a komunikativní. Nemá problém se s kýmkoli domluvit.

Víra

Pacient je ateista.

Práce a produktivní činnost

Pacient pracoval jako řidič, práce ho docela bavila. Nyní je ve starobním důchodu a sem tam si jde přivydělat jako vrátný do bývalé firmy.

Odpočinek a relaxační aktivity

Přes den je pacient zvyklý na hodinu si lehnout po obědě. Relaxuje u čtení novin a knížek, nebo prací na zahrádce.

Učení a uspokojování zvědavosti

Pacient je zvědavý, nemoc jeho touhu po informacích a učení nijak neovlivňuje. Má vystudovanou střední školu. Je schopen edukace.

6.1.2 Přehled diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke dni přijetí 6.9.2010. Většina z nich jsou potencionální problémy, kterým bychom měli předejít. Seřazeny jsou po domluvě s pacientem od aktuálního problému k potencionálním.

- Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny a mobility z důvodu upoutání na lůžko po výkonu na koronární jednotce

- Potencionální riziko vzniku infekce v důsledku zavedení sheatu a PŽK

- Potencionální riziko pádu dle klasifikace podle Morse

- Potencionální riziko dekompenzace DM

- Potencionální riziko tromboembolické choroby (TEN)

- Potencionální riziko dekompenzace psychického stavu pacienta (vzhledem k lékařské diagnóze)

6.1.3 Krátkodobý plán (vč.cílů)

Ošetrovatelská dg. č. 1 – porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny a mobility

Cíl

- pacient udrží své schopnosti sebepéče
- pacient dosáhne soběstačnosti

Plán

- zjištění úrovně soběstačnosti u pacienta
- aktivace a motivace pacienta při všech činnostech
- dopomoc při celkové koupeli na lůžku, použití hygienických pomůcek dle přání pacienta
- nácvik vyprazdňování na podložní míse
- nácvik změny polohy v lůžku
- péče o pohodlí pacienta, věci denní potřeby má pacient při ruce
- poučení o používání pomůcek (např. signalizační zařízení)
- zajištění soukromí při vyprazdňování
- zajištění dostatku času pacientovi, nespěchat na něj
- zajištění čistého a suchého ložního prádla

Ošetrovatelská dg. č. 2 – potencionální riziko vzniku infekce v důsledku zavedení sheatu a PŽK

Cíl

- snížení rizika vzniku infekce v souvislosti se zavedením sheatu a PŽK
- pacient nemá projevy infekce

Plán

- poučení pacienta o péči o invazivní vstupy
- poučení pacienta o projevech infekce a prevenci této infekce
- dodržování aseptického přístupu při manipulaci s invazivními vstupy
- zabránění jejich znečištění, zbytečně nerozpojovat spoje infuzního setu, používat membránu „clave“ (Příloha č. 6)
- pravidelná kontrola místa vpichu a okolí invazivního vstupu
- pravidelná kontrola funkčnosti invazivních vstupů
- používání ochranných rukavic

Ošetřovatelská dg. č. 3 - potenciaální riziko pádu dle klasifikace podle Morse

Cíl

- pacient je po dobu hospitalizace bez pádu
- pacient umí používat kompenzační pomůcky

Plán

- poučení pacienta o riziku a prevenci pádu
- pacient má na dosah ruky signalizační zařízení
- kontrola bezpečnosti prostředí, použití postranic u lůžka se souhlasem pacienta

Ošetřovatelská dg. č. 4 – potenciaální riziko dekompenzace DM (diabetes mellitus)

Cíl

- pacient je kompenzovaný

Plán

- pravidelné sledování hladiny glykémie
- pravidelná kontrola stavu pacienta
- poučení pacienta o projevech hypoglykémie a včasném hlášení těchto projevů
- podávání léků dle ordinace lékaře
- informování lékaře o hyperglykémii nebo hypoglykémii

Ošetrovatelská dg. č. 5 – potencionální riziko tromboembolické choroby (TEN)

Cíl

- pacient nemá projevy TEN

Plán

- sledování stavu pacient a poučení o komplikacích TEN
- kontrola funkčnosti bandáží na dolních končetinách
- aplikace antikoagulancií dle ordinace lékaře
- sledování projevů krvácivosti a příznaků TEN

Ošetrovatelská dg. č. 6 – potencionální riziko dekompenzace psychického stavu u pacienta

Cíl

- pacient je psychicky kompenzovaný

Plán

- sledování psychického stavu pacienta
- empatický přístup k pacientovi
- vedení nedirektivních rozhovorů, naslouchání pacientovi
- hlášení změny psychického stavu u pacienta lékaři

- nabídnutí možnosti rozhovoru s psychologem
- poskytnutí dostatku informací dle kompetencí sestry

6.1.4 Realizace a hodnocení péče

Ošetřovatelská dg. č. 1 – porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny a mobility

Realizace

Pacienta jsem poučila o klidovém režimu po výkonu na koronární jednotce. Poučila jsem ho o použití signalizace a po domluvě s pacientem jsem mu dala signalizaci nad hlavu na hrazdičku. Noční stolek měl pacient po pravé ruce tak, aby se mohl otáčet přes bok, kde měl zavedenou dočasnou kardiostimulaci. Na okraj lůžka jsem připevnila močovou láhev, pacient věděl, jak ji má použít. Vyprazdňování na lůžku probíhalo na podložní míse. Při prvním použití mísy pacientem proběhl nácvik vyprazdňování na míse. Po každém použití podložní mísy měl pacient k dispozici vlhčené ubrousky na otření rukou. Jak již bylo zmíněno, při vyprazdňování na podložní míse jsem vždy zatáhla velkou zástěnu kolem lůžka, aby měl pacient soukromí.

Večer proběhla hygiena na lůžku, pacient byl částečně soběstačný, z mé strany probíhala pouze minimální dopomoc. Umyla jsem pacientovi pouze záda a hýždě, jinak se pacient umyl sám. Vyměnila jsem pacientovi pyžamo a podložku. Péče o pokožku proběhla dle přání pacienta.

Hodnocení

Pacient pociťuje pohodlí, všechny potřeby byly uspokojeny. Pacient byl spokojený. Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská dg. č. 2 – potencionální riziko vzniku infekce v důsledku zavedení sheatu a PŽK

Realizace

Pacientovi byl zaveden při příjmu PŽK za aseptických podmínek. Byl převázán s průhledným krytím, aby bylo lehce kontrolovatelné místo vpichu. Kontrola PŽK probíhala při každé aplikaci a ukončení infuzní terapie. Pacient byl poučen o příznacích flebitidy (začervenání v průběhu žíly, bolestivost, lokálně zvýšená teplota v místě zčervenání,...), paravenózní aplikace (tvorba otoku nad zavedeným PŽK, bolestivost, pálení) a případné alergické reakci v okolí vpichu (svědění, zčervenání kůže). Při každém připojování a odpojování infuze jsem PŽK proplachovala s fyziologickým roztokem, abych zjistila, jestli je PŽK funkční a aby nezůstával infuzní roztok v PŽK.

Sheat se zavedenou kardiostimulací byl zalepen sterilním krytím. Kontrola sheatu probíhala minimálně jedenkrát denně při převazu.

Hodnocení

PŽK i sheat byly bez zarudnutí v okolí vpichu. PŽK byl funkční, pacient udával nebolestivost v okolí. Invazivní vstupy byly bez vzniku infekce, cíl byl splněn.

Ošetřovatelská dg. č. 3 - potencionální riziko pádu dle klasifikace podle Morse

Realizace

Pacient byl poučený o riziku pádu a klidu na lůžku. Po domluvě s pacientem jsem dala na lůžko z jedné strany postranici, z druhé strany měl pacient noční stolek a stolek s monitorem. Pacienta jsem označila náramkem s červeným

kolečkem dle zvyklostí nemocnice a označila jsem rizikem pádu také lůžko a dokumentaci pacienta. Pacienta jsem poučila znovu o signalizačním zařízení a o vhodné obuvi, až bude moci pacient chodit.

Hodnocení

Pacient za mé služby (ani za celou dobu hospitalizace) neupadnul. Cíl byl splněn.

Ošetrovatelská dg. č. 4 – potencionální riziko dekompenzace DM (diabetes mellitus)

Realizace

U pacienta jsem hned při příjmu změřila glykémii, kterou měl 6,8 mmol/l. Pacient je diabetik na inzulínu a užívá i perorální antidiabetika. O chorobě a o komplikacích při této chorobě už byl poučen od diabetologa, pacient si se mnou pouze zopakoval projevy hypoglykémie (vlčí hlad, opocení, slabost, až zmatenost a bezvědomí). V den příjmu měl pacient na oběd pouze bujón, proto se inzulín zrušil a byla aplikována Glukóza 10% s inzulínem intravenózně a sledována hladina glukózy v krvi čtyřikrát denně.

Hodnocení

Pacient není dekompenzován. Měřené glykémie byly v normě. Pacient je bez obtíží. Cíl splněn.

Ošetrovatelská dg. č. 5 – potencionální riziko tromboembolické choroby (TEN)

Realizace

Pacient měl klidový režim, bandáže dolních končetin byly naordinované až na ráno před operací. Pacienta jsem poučila o možných projevech TEN (bolest, brnění nebo změna teploty,...), doporučila jsem mu cvičení s dolními končetinami v lůžku, tzn. provádění flexe a extenze chodidla. Večer v 18:00 hodin jsem pacientovi aplikovala Fraxiparine 0,3ml subkutánně jako profylaxi. U pacienta jsem sledovala teplotu, barvu nebo otok dolních končetin.

Hodnocení

Pacient neměl projevy TEN, cíl splněn.

Ošetřovatelská dg. č. 6 – potencionální riziko dekompenzace psychického stavu u pacienta

Realizace

S pacientem se neustále komunikovalo. Snažila jsem se odvést pozornost, měla jsem profesionální a empatický přístup. Byla jsem pacientovi k dispozici dle potřeby. Pacient byl komunikativní, jednal otevřeně. Báł se pouze té nejistoty, než bude vyřčena diagnóza. Pacientovi jsem nabídla možnost rozhovoru s psychologem, kterou prozatím odmítl, ale byl rád, že tato možnost existuje.

Hodnocení

Pacient byl vyrovnaný a klidný, spolupracoval. Cíl byl splněn.

6.1.5 Dlouhodobý plán

Během hospitalizace se u pacienta pečovalo o pomoc v denních činnostech před a po operaci, léčbu bolesti, péči o invazivní vstupy, péči o pooperační ránu a drén penrose, prevenci TEN a péči o drén pigtail.

Dopomoc v denních činnostech: První den při přijetí měl pacient po výkonu na koronární jednotce klid na lůžku, probíhala péče o hygienu a vyprazdňování, jinak byl v rámci lůžka soběstačný. První den a další dny po operaci měl pacient také klidový režim. Až 11. den po operaci, kdy byla extrahovaná dočasná kardiostimulace, se pacient vertikalizoval. Nejprve do sedu s fyzioterapeutem a postupně do stoje, dále pokračovala chůze s dopomocí po pokoji a po chodbě. Po celou dobu nesoběstačnosti probíhala hygiena a vyprazdňování na lůžku. Po dosažení částečné soběstačnosti byl pacient doprovázen na toaletu a do lázně. Na standardním oddělení již byl pacient plně soběstačný. Probíhal pouze dohled z důvodu rizika pádu.

Léčba bolesti: Po operaci u pacienta probíhala léčba bolesti bolusově. Dle stupnice VAS (Příloha č. 7). Pacient měl k dispozici Novalgin 5ml 1 ampuli do 100 ml FR i.v. max. po 6ti hodinách a Dipidolor 2ml 1 ampuli i.m. max. po 8mi hodinách podle bolesti. Toto pacient střídavě využíval většinou na noc kolem 21 hodiny. Přes den byly dle pacienta bolesti snesitelné. Desátý den po operaci pacient měl jen minimální bolesti a analgetika nevyžadoval. Sledování a léčba bolesti se obnovila 4.10. po CT s perkutánní drenáží. Pacient měl velmi silné bolesti až intenzitu 8-9 dle VAS. Měl znovu naordinovaná již zmíněná analgetika, která se první dva dny po CT měla podávat bez ohledu na bolest,

dále se podávala dle bolesti pacienta. Při propuštění do domácího léčení pacient dostal recept na DHC 60mg tablety a byl poučen, jak tyto analgetika užívat.

Péče o invazivní vstupy: Pacient měl zavedený PŽK v den příjmu, který byl ošetřen sterilním průhledným krytím a sheat s kardiostimulací byl převázán se sterilním čtverci.

Na operačním sále anesteziolog zavedl CŽK do podklíčkové žíly vlevo, ošetřen krytím Curapore. Po navození anestézie byl pacientovi zaveden PMK, který odváděl čirou moč.

Po operaci byl PŽK vyndán, místo po vpichu bylo klidné. Následující dny byla péče o CŽK stejná, kontrola místa vpichu 2krát denně, převaz CŽK probíhal asepticky každý třetí den nebo dle potřeby s průhledným krytím. 24.9. byl CŽK odstraněn.

PMK byl bez známek infekce po celou dobu zavedení. Pátý den po operaci se odstranil a pacient močil spontánně bez dysurických obtíží do močové láhve.

Péče o operační ránu a penrose: K ráně bylo přistupováno asepticky. Převezky probíhaly jednou denně nebo dle potřeby. Rána se hojila per primam. Pátý den po operaci se na operační ránu aplikoval tekutý obvaz Opsite a rána zůstala volně. Jelikož byla sekrece z penrosu hojná, kolem drénu jsme nalepili stomický sáček, kde se mohlo sledovat přesné množství sekrece. Tento sáček se vyměňoval většinou každý den nebo při potřebě. 28.9. se odstranil penrose a rána po drénu byla ošetřena sterilními čtverci. Sekrece ovšem přetrvávala, proto se musel stomický sáček nalepit znovu a sledovalo se množství sekretu. Po zavedení pigtailu sekrece z rány po drénu ustala a postupně se zahojila.

Prevence TEN: Pacient měl ode dne operace přiložené elastické punčochy. Jako profylaxi dostával pacient Fraxiparine 0,3 ml s.c. každý den v 18:00 hodin. Po operaci probíhala fyzioterapie na lůžku. Vertikalizace začala 11. den po operaci. Pacient byl celou dobu hospitalizace bez příznaků TEN.

Péče o pigtail: Pigtail byl pacientovi po drenáži ošetřen 4mi stehy a sterilně kryt. Převaz se prováděl každý den. Místo zavedení pigtailu je bez známek infekce. Postupně se pigtail pacientovi zaštipoval na 6 hodin a pak na 12 hodin. Pacient odcházel z pigtailem domů a byl poučen o péči o drén.

6.1.6 Hodnocení psychického stavu nemocného

Onemocnění, hospitalizace v nemocnici, operační výkon nebo potencionální invalidita jsou pro člověka novými zkušenostmi, při kterých může dojít k porušení biologické, sociální a psychické rovnováhy. Člověk se s touto nerovnováhou musí vyrovnat. Způsob, jakým prožívá nemoc a jak se na novou situaci adaptuje, se v psychologické terminologii nazývá autoplastický obraz nemoci.

Prožívání nemoci je ovlivněno premorbidní osobností (jaký člověk byl před onemocněním), druhem onemocnění, okolnostmi, za kterých nemoc vznikla, sociálním postavením a situací nemocného, konstitučními předpoklady, jak je člověk citlivý k nemoci a jaké má zkušenosti z minulosti, a dále kvalitou zdravotnického zařízení a chováním personálu.

Nemoc je lidmi brána jako náročná situace, protože se hospitalizací mění jejich role. Role pacienta je submisivní, což spoustě lidí může být nepříjemné. Dále se pobytem v nemocnici mění stereotyp dne, odlišná doba probouzení, odpočinku a

spánku. Odlišné podávání jídla, pacienti musí dodržovat různá dietní omezení. Dochází také k frustraci a deprivaci biologických i sociálních potřeb (např. potřeba spánku nebo naopak aktivity a pohybu, nasycení, vyprazdňování, sexuální potřeba, potřeba seberealizace, porozumění, pocit pohody a bezpečí, apod.). Pacienti leckdy musí řešit konflikty s jinými pacienty, se zdravotníky i s pomocným personálem. Pacient je postaven i do další neznámé role a to role partnera, kdy je zapojen do plánování léčby a má právo spolurozhodovat o dalších postupech.

Reakce na nemoc jsou dvojího druhu. Agrese a únik. U dospělých jsou projevy fyzické agrese méně časté. Většinou se s nimi setkáváme u psychiatrických nemocných. Jedinec často transformuje svoji agresi do slovní podoby. Pacient, který reaguje formou úniku, tak podepisuje revers a odchází z nemocničního zařízení, nebo se vylouvá, vymýšlí si důvody, proč nepřišel na vyšetření nebo na kontrolu, aj.

Mezi formy agrese patří obecně: egocentrismus, identifikace, racionalizace, kompenzace a projekce. Formy úniku jsou: negativismus, izolace, regrese, represe a únik do nemoci.

U dlouhodobě nebo nevyлéčitelně nemocných probíhá smiřování s nemocí v pěti fázích (schéma Kübler-Ross). V první fázi po sdělení diagnózy mají nemocní šok a jsou zmatení, následuje fáze odmítání a popírání, pacient má zlost, může být slovně agresivní. Další stádium je smlouvání a vyjednávání, kdy pacienti hledají jiné možnosti léčby. Čtvrtým stádiem je smutek a deprese, na nemocného vše doléhá, obává se budoucnosti. V poslední fázi dochází ke smiřování se s danou situací.

Ošetřující personál by měl vědět, jak se má v každém stádiu smiřování s nemocí chovat. Důležité je úsilí o každodenní psychickou pohodu pacienta, spolupráce s rodinou zde hraje

důležitou roli. Pacient musí mít pocit, že je mu ošetřující personál oporou a k dispozici, když potřebuje. Dalšími zásadami jsou: empatický přístup, respektování přání pacientů, nedirektivní rozhovory, nechat pacienta mluvit o všem, co osobně považuje za důležité, dbát o to, aby pacient nebyl sociálně izolovaný, motivovat pacienta a usilovat o udržení co nejvyššího stupně soběstačnosti a tím i kvality života.

Pacient J. K. si o sobě myslí, že je optimista a že v krizových situacích jedná v klidu. Je přátelský a komunikativní, nemá rád konflikty. Ve společnosti je spíše posluchač, středem pozornosti většinou nebývá. Společnost přátel má rád, ale už je zvyklý na „svůj klid“ a své přátele vídá maximálně jednou týdně. I v důchodu si chodí přivydělat na vrátnici do firmy, kde pracoval, takže kontakt s okolím stále udržuje. S manželkou pacient vychází velice dobře a z jejího pohledu je sangvinik.

Během hospitalizace byl pacient sdílný, i přes komplikace a prodlouženou hospitalizaci spolupracoval a působil klidně. Při příjmu byla pacientovi nabídnuta možnost rozhovoru s psychologem, kterou po dobu hospitalizace nevyužil. Byl zvědavý, o všech problémech mluvil otevřeně. S pacienty na pokoji žádný problém neměl.

Při propuštění se už pacient samozřejmě těšil domů. Vyjádřil mírné obavy z kontrolní návštěvy na ambulanci, kde se dozví další kroky léčby, ale doufal, že všechno zvládne.

Sociální situace u pacienta je dobrá. S rodinou se stýká pravidelně. Žije s manželkou v rodinném domě se zahrádkou, kde tráví většinu času. Manželka prošla edukací o výživě po PDE, o péči o pigtail (viz. dále) a bude pacientovi pomáhat v další rekonvalescenci.

6.1.7 Edukace

Během edukace dochází k předání nových informací, získání vědomostí a dovedností, nebo k prohloubení určitých znalostí, které edukant už zná. Edukace by měla probíhat v klidném prostředí a bez časové tísně. Sestra pacientovi předává své zkušenosti a znalosti, snaží se převést teorii do praxe.

Důležitým principem edukace je věcnost ze strany sestry, nesmí pacienta zahlcovat informacemi, a dalším principem je opakování. Po pacientovi vyžadujeme reflexi, aby nám sám dokázal zopakovat informace nebo postup např. ošetření rány, stomie, apod.

6.1.7.1 Všeobecná edukace pooperační

Pacient byl poučený o klidovém režimu trvajícím minimálně šest týdnů, poté se zátěž bude postupně zvyšovat. Vstávání z postele může těchto šest týdnů probíhat stále přes bok, pacient si nejprve v lůžku lehne na bok, poté spustí nohy z lůžka a zároveň se opře předloktím o matraci a zvedne se do sedu. Pacient přitom zatěžuje menším způsobem břišní svaly a tím jde o prevenci vzniku kýly v jizvě.

Pacientovi byly názorně ukázány masážní techniky rány. Masáž spočívá v zatlačení na jizvu cca 10 sekund a uvolnění jizvy. Sám pacient předvede péči o ránu. Je doporučeno promazávání jizvy sádlem, vazelínou nebo hydratačním krémem, na který je pacient zvyklý.

Dále je pacient informován o kontrole v chirurgické a onkologické ambulanci.

6.1.7.2 Edukace o péči o drén

Pacient odchází do domácího léčení s pigtailem. Drén je zajištěný 4mi stehy. Edukace o péči o drén proběhla s manželkou, která bude pacientovi drén převazovat.

Setkání s manželkou se uskutečnilo čtyřikrát. Poprvé byl manželce názorně předveden převaz drénu s popisem převazu. Podruhé manželka sama s dopomocí a nápovědou převázala drén. Při další návštěvě manželka převázala drén sama, bylo jí ukázáno zaštipování drénu. Při poslední návštěvě manželka předvedla komplexní péči o drén a byla vybavena sterilními čtverci na poukaz.

6.1.7.3 Edukace o dietě

Edukace ohledně diety proběhla pomocí edukační specialistiky. Byla pozvána nutriční terapeutka, která pacienta poučila o dietě číslo 9/4, diabetická s omezením tuků.

Dieta je plnohodnotná, lehká a dá se užívat dlouhodobě. V dietě s omezením tuků se omezují potraviny, které jsou s vyšším obsahem cholesterolu. Maso, ryby a uzeniny se vybírají pouze libové. Místo živočišných tuků používáme rostlinné. U mléčných výrobků jsou vhodné nízkotučné bílé jogurty, mohou být i ovocné diabetické, sýry nízkotučné bez pikantních příchutí. Vhodné jsou sýry tvarohové. Vyvarovat se rychlým cukrům, pacient diabetickou dietu znal již z minulosti (12).

Co se týče úpravy jídla, jídlo by mělo být lehce stravitelné, nekořeněné, neslané a nenadýmavé. Vhodný způsob úpravy je vaření, dušení, pečení. Pacient dostal i písemné materiály o dietě a příklad jídelníčku k inspiraci.

Souhrn a závěr

V mé bakalářské práci jsem se věnovala pacientovi s karcinomem hlavy pankreatu, který byl indikován k provedení resekčního výkonu proximální pankreatoduodenektomie. Práci jsem rozdělila na speciální a ošetrovatelskou část. Ve speciální části jsem popsala fyziologii, anatomii a novotvary pankreatu. Dále jsem se věnovala karcinomu pankreatu, charakteristice, diagnostice a dostupné léčbě. Byla uvedena kasuistika pacienta s tumorem hlavy pankreatu. Ošetrovatelská část se týkala ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu dle V. Henderson.

S pacientem byla velmi dobrá spolupráce. Byl sdílný, komunikativní a vstřícný. Společně jsem s pacientem určila pořadí ošetrovatelských diagnóz podle aktuálnosti, ale podle mého názoru byla nejaktuálnější poslední uvedená ošetrovatelská diagnóza – riziko dekompenzace psychického stavu vzhledem k prognóze lékařské diagnózy. I když byl pacient seznámen s diagnózou, stále doufal a spoléhal se na definitivní výsledek histologie ložiska po operaci.

Před propuštěním byl pacient poučen o výživě, pohybovém režimu, péči o ránu a péči o pigtail. Byl edukován s přítomností manželky, vše plně pochopili.

Karcinom pankreatu je velmi závažné onemocnění s infaustní prognózou. Bere se velký ohled na psychiku nemocného, je nutná spolupráce s rodinou, psychologem, s psychiatrem a s dalšími lékařskými a zdravotnickými pracovníky. Nemalou součástí je paliativní péče v terminálních stádiích tohoto onemocnění.

Ve své práci jsem se snažila upozornit na důležitou a nezastupitelnou roli sestry v ošetrovatelském procesu a v péči o pacienta s touto závažnou diagnózou.

Resume

Pancreatic cancer is one of the most dreaded malignant diseases. Although there is a rapid development in cancer research, mortality and survival has not changed in the last 20 years.

Assesment of the diagnosis of pancreatic cancer in early stage is still difficult. The disease is usually diagnosed in advanced stage, when the treatment possibilities are limited.

Surgical procedures (pancreatoduodenectomy – PDE, distal pancreatectomy – DPE, total pancreatectomy – TPE) are selected by the localization of the cancer. Prognosis is poor, pancreatic cancer is the 4th most frequent cause of death from malignant neoplasm. The five year survival rates is only 4 percent since the diagnosis. The median of survival after radical surgery is 11 – 18 Months.

It is very important to monitor pain, nutritional and mental status of these patients. The treatment of pain and other physical and mental annoyances need to be treated, especially in the terminal stage of the disease.

The aim of our labor should be to ensure the dignity and mental support, followed by caring for the patient's needs.

Seznam použité literatury

1. LUKÁŠ, K. a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
2. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha Publishing, spol. s.r.o., 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. TROJAN, S. a kolektiv. *Lékařská Fyziologie*. 3. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. 612 s. ISBN 80-7169-788-5.
4. ZAVORAL, M. et al. *Karcinom pankreatu*. 1.vyd. Praha : Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6.
5. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, spol. s.r.o., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
6. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha : Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
7. ZEMAN, M. a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, spol. s.r.o., 2000. 516 s. ISBN 80-7169-705-2.
8. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
9. KOCINOVÁ, S. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. vyd. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2003. 93 s. ISBN 80-7333-012-1

10. ROZSYPALOVÁ, M. a kolektiv. *Ošetřovatelství I/2*. 2. vyd. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8

Publikace, časopisy:

11. RYSKA, M. Radical procedures in patients with pancreatic cancer-impact on prolongation and quality of life. *Rozhledy chirurgie*. 2010. roč. 89. č. 12. s. 725 – 730.

Další internetové zdroje:

<http://www.dietologie.cz/dieta/zakladni-dieta/diety-s-omezenim-tuku/> (12)

<http://www.kardiovs.cz/kapilarni-dreny-penrose.html> (13)

<http://www.mudr.org/web/tnm-klasifikace> (14)

<http://www.uzis.cz> (15)

<http://www.med.muni.cz/patanat/pankreat.html> (16)

<http://www.rescue112.cz/> (17)

http://www.grada.cz/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni_4242/kniha/katalog (18)

<http://www.virtualoffice.net.in> (19)

<http://www.altera.com.tr/index.php/products/infusion-systems> (20)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Anatomie pankreatu

Příloha č. 2: Glasgow coma scale

Příloha č. 3: Penrose drén

Příloha č. 4: Pigtail drén (19)

Příloha č. 5: Hodnocení pádu dle Morse (18)

Příloha č. 6: Clave (20)

Příloha č. 7: Vizuální analogová škála (17)

Příloha č. 8: Ošetřovatelské vyšetření 1. strana

Příloha č. 9: Ošetřovatelské vyšetření 2. strana

Příloha č. 10: Plán ošetřovatelské péče 1. strana

Příloha č. 11: Plán ošetřovatelské péče 2. strana

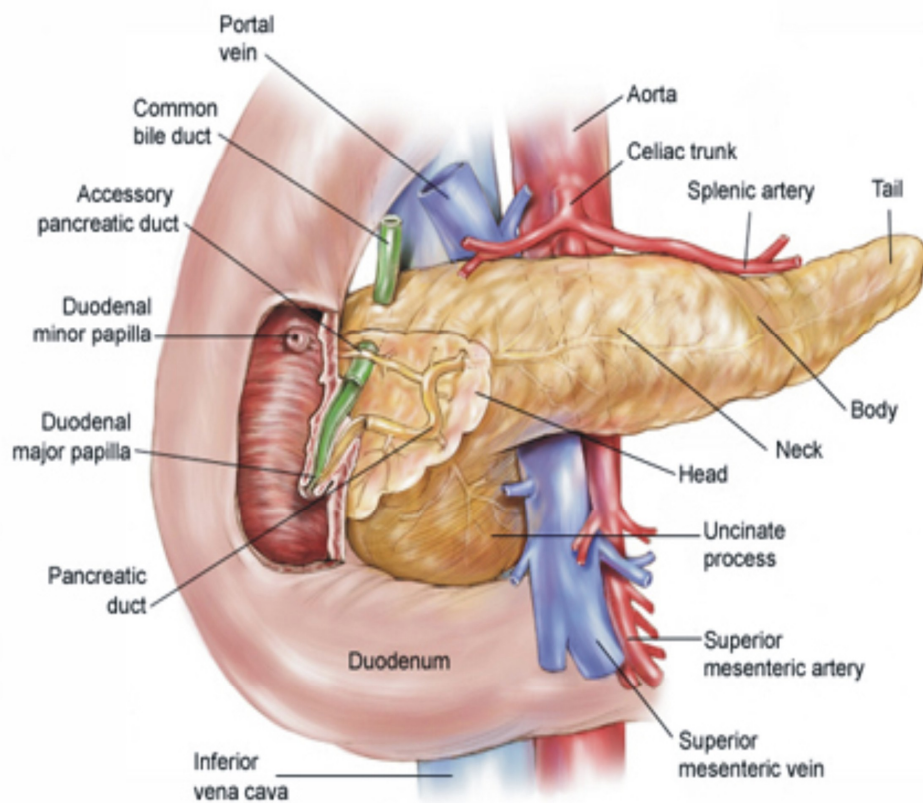
Příloha č. 12: Plán ošetřovatelské péče 3. strana

Seznam použitých zkratek

- ALP = alkalická fosfatáza
ALT = alaninaminotransferáza
Amyláza p. = amyláza pankreatická
ARK = arteriální katetr
AST = aspartátaminotransferáza
BMI = body mass index (index tělesné hmotnosti)
CEA = karcinoembryonální antigen
CMP = cévní mozková příhoda
CVP = centrální žilní tlak (central venous pressure)
CRP = C - reaktivní protein
CT = výpočetní tomografie
CŽK = centrální žilní katetr
D = dolní
DC = dýchací cesty
DM = diabetes mellitus
DK = dolní končetiny
DKS = dočasná kardiostimulace
DPE = levostranná pankreatektomie
ECS = epicystostomie
EDK = epidurální katetr
EKG = elektrokardiograf
ERCP = endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
EUS = endoskopická ultrasonografie
FNAB = aspirační biopsie
FR = fyziologický roztok
GCS = glasgow coma scale
GMT = gamaglutamyltransferáza
H = horní
HMR = Humulin R (krátkodobý inzulín)

i.v. = intravenózní aplikace
komp. = kompenzační
l. dx. = latera dextra = pravá strana
MR = magnetická rezonance
MRCP = magnetická rezonance s cholangiopankreatografií
NGS = nasogastrická sonda
NJS = nasojejunální sonda
op. = operační
P = puls
PAD = perorální antidiabetika
PDE = proximální pankreatoduodenektomie
PMK = permanentní močový katetr
PTC = perkutánní transhepatální cholangiografie
PTD = perkutánní transhepatická drenáž
PŽK = periferní žilní katetr
s. c. = subkutánní aplikace (podkožní)
SDN = syndrom diabetické nohy
SONO = ultrazvuk
STD = pohlavně přenosné choroby (sexually transmitted diseases)
TBC = tuberkulóza
tbl. = tableta
t.č. = toho času
TEN = tromboembolická nemoc
TK = krevní tlak
TPE = totální pankreatektomie
TT = tělesná teplota

Příloha č. 1



Příloha č. 2

Glasgow Coma Scale (GCS)

Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

Hodnocení

Lehká porucha vědomí	13-15 bodů
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

Příloha č. 3



Příloha č. 4



Příloha č. 5

Stupnice pádů Morse			
	body		body
1. pády v anamnéze	ne: 0	6. duševní stav vědom si svých možností	0
v posl. 3 měsících	ano: 25	zapomíná na svá omezení	15
2. vedlejší diagnóza	ne: 0	<u>celkem</u>	
	ano: 15		
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry	0		
berle/hůl/chodítko	15	Míry rizika	Hodnocení
nábytek	30	bez rizika	0-24
4. i.v. vstup	ne: 0	nízké riziko	25-50
	ano: 20	vysoké riziko	≥ 50
5. chůze, pohyb normální, klid na lůžku, imobilní	0		
slabá chůze	10		
zhoršená	20		

Příloha č. 6



Příloha č. 7

Schéma 2: Vizuální analogová škála – úsečka

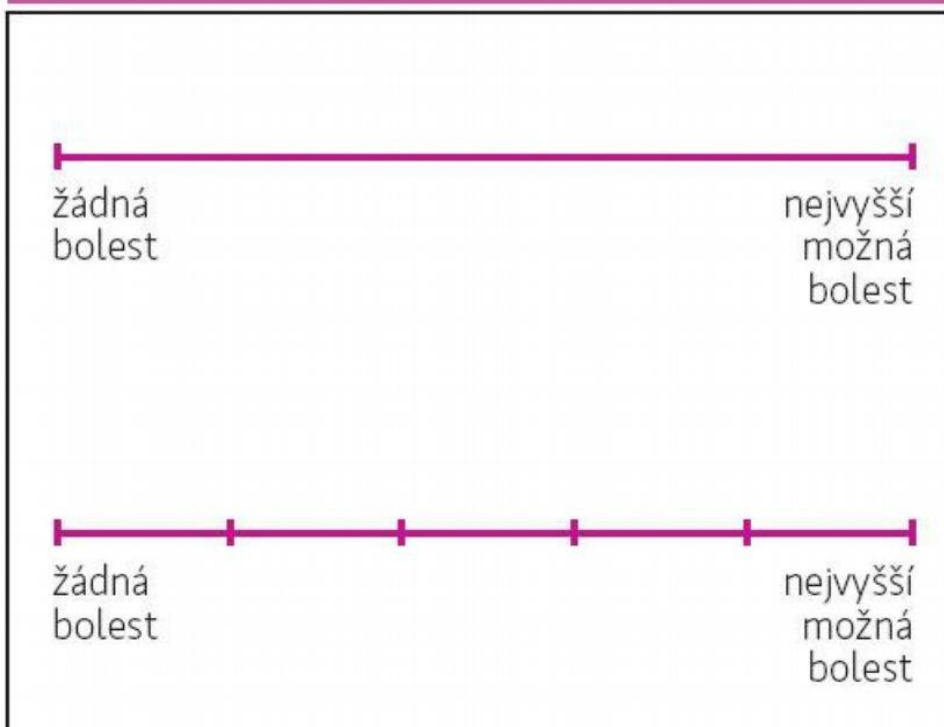
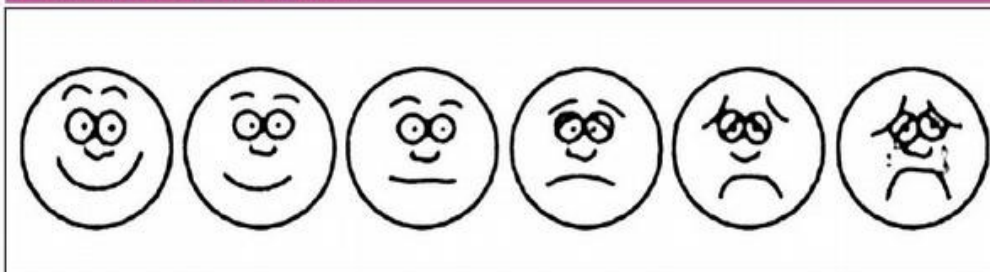


Schéma 3: Obličejová škála



Příloha č. 8

*Pacient
K.J. *1942*

Ošetřovatelské vyšetření

Oddělení: *CHIRURGIČKÉ*

Příjem
 datum: *6.9.2016* hod: *9¹⁰* ano ne
 opakované přijetí: ano ne

rodina informována: ano ne
 Fyziologické funkce při přijetí:
 TK: *102/72* P: *82/110* TT: *36/34* D: *10/10*

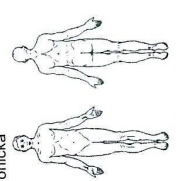
Kontakt
 bez omezení ztížený nelze navázat

Psychický stav
 Emoce klidný úzkostný plačtivý rozrušený podrážděný
 Orientace orientovaný dezorientovaný
 časem místem osobou
 jméno: kontaktovat specialistu ano ne

Dýchání
 dušnost: klidová *EXTRAKTIVNÍ*
 námahová: ano ne

Spánek
 narušený: ano ne

Alergie
 ano ne
 alergen, včetně potravinového: *ANEMIE*

Bolest
 ano ne
 akutní chronická
 lokalizace: 

intenzita
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost / pohyblivost
 hodnocení stupně závislosti
 0-40 vysoce závislý 45-60 závislost středního stupně 65-95 lehká závislost 96-100 nezávislý

Významný handicap
 zrak řeč sluch cizinec jiné:
 kontaktovat specialistu ano ne

Pomůcky
 brýle, čočky berle / hůl naslouchátko zubní protéza: horní dolní vozík jiné

Váha / výška BMI: *29*
 DM *PAD + INZULIN* sonda PEG
 obezita (BMI >35) riziko malnutrice
 dieta č.: *bezlepková + dietní*
 speciální stravovací návyky (kulturní odlišnost)
 vyprazdňování problémy s močením: pálení řezání inkontinence
 vyprazdňování stolice zácpa průjem *HYPOK*
 inkontinence Kůže *ne svědění*
 změny na kůži otoky dekubity jiné

posouzení rizika SDN
 a) změna barvy a teploty nohy, edém nohy
 b) změny nehtů (zarůstající)
 c) ulcerace, zhojené defekty, amputace v anamnéze
 d) mykózy kožní i nehtové
 e) otoky na ploše a hyperkeratózy
 f) nevhodné obuv
 g) drápaní a kladivkové prsty, kostní deformity a deformace nohy

Rizika
 součet: *17 b.*
 riziko pádů *ANEMIE*
 riziko dekubitů *16 b.*
 riziko infekce *PEV, DĚJ*
 riziko ICHS součet:
 SDN

Edukace
 informační proces edukační proces
 pacient blízcí pacienta
 potřeba ano ne
 schopnost ano ne
 ochota ano ne
 anesteziologická péče peroperační péče
 diabetologická péče podiatrická péče
 další: *ANEMIE, PEV, DĚJ, KŮŽE*
 potřeba duchovních služeb ano ne
 plánování propuštění není schopen vykonávat aktivity denního života a se péči není orientován (čas, místo, osoba) problémy s medikací vyžaduje následnou rehabilitaci bydlí sám bydlí s rodinou *MANUČKA*
 bariérové bydlení je v péči
 kontakt se sociálním pracovníkem ano ne
 podpis a razítko sestry: *CHATA SKLOVA* datum: *6.9.2016*
 čas: *11⁴⁰*

Příloha č. 9

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové							Součet bodů	
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
úplná 4	<10 4	normal 4	žádné 4	dobrý 4	bodlivý 4	chodí 4	úplná 4	není 4
částečně 3	<30 3	latergie 3	DM II 3	zhoršený 3	špatný 3	s doprov. 3	částečně 3	občas 3
omezená 2	>60 2	vlhká 2	anemie kachexie 2	špatný 2	zmataný 2	sedáčka 2	omezená 2	prevážně moč 2
velmi omezená 1	>60 1	suchá 1	trombóza, obezita 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	velmi omezená 1	moč, stolice 1
žádná 0	žádná 0	žádná 0	karcinom 1	1	1	1	žádná 0	1

Práce a produktivní činnost
 - pracovní, do práce -
 - v práci v duchovních -
 - jako přizpůsobivý -
 - pověřený, praktičtější -
 - k vyhledání práce

Vhodná poloha
 - pro pacienta -
 - vzhled ke spánku -
 - po vzhledu -
 - po vzhledu -
 - po vzhledu -

Komunikace
 - pro komunikaci -
 - s rodinou, komunikace -
 - s rodinou, komunikace -

Hygiena
 - je vzhled ke spánku -
 - k spánku, spánek v -
 - spánek, spánek -
 - spánek, spánek -
 - spánek, spánek -

Učení
 - studium, studie -
 - studium, studie -
 - studium, studie -
 - studium, studie -

Odpočinek a relaxace
 - spánek, spánek -
 - spánek, spánek -
 - spánek, spánek -
 - spánek, spánek -

Barthel test základních vědních činností

Příjem potravy a tekutin samostatně bez pomoci	10
s pomoci	5
neprovede	0
Oblékání samostatně bez pomoci	10
s pomoci	5
neprovede	0
Koupání samostatně nebo s pomoci	5
neprovede	0
Osobní hygiena samostatně nebo s pomoci	5
neprovede	0
Kontinence moči plně kontinentní	10
občas inkontinentní	5
trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice plně kontinentní	10
občas inkontinentní	5
trvale inkontinentní	0
Použití WC samostatně bez pomoci	10
s pomoci	5
neprovede	0
Přesun na lůžko - židli samostatně bez pomoci	15
s malou pomoci	10
vydrží sedět	5
neprovede	0
Chůze po rovině samostatně nad 50 m	15
s pomoci 50 m	10
na vozíku	5
neprovede	0
Chůze po schodech samostatně bez pomoci	10
s pomoci	5
neprovede	0
Celkem	100

Součet:
 0 - 60 informují lékaře a kontaktují fyzioterapeuta a ergoterapeuta
 60 - 100 postupují dle RO - standard F1 - 6

Příloha č. 11

Ošetrovateľský problém	Ošetrovateľský cieľ	Ošetrovateľské intervencie	Datum časť 2
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO PÁDU <input type="checkbox"/> pooperačný stav <input checked="" type="checkbox"/> základná diagnóza	<input checked="" type="checkbox"/> zabránit pádu <input checked="" type="checkbox"/> snižování následků pádů <input type="checkbox"/> umi používat komp. pomůcky	edukace pacienta o prevenci pádu - pomůcky, obuv kontrola bezpečného prostředí, signalizace zajištění vhodných kompenzačních pomůcek použití zábran v lůžku fixace / omezení pacienta v lůžku dle standardu	X X X
oš. dg. <input type="checkbox"/> RIZIKO VZNIKU DEKUBITU <input type="checkbox"/> DEKUBITUS	<input type="checkbox"/> nedojde k porušení integrity	preventivní opatření edukace v prevenci a ošetřování provádění pasivního cvičení aktivní cvičení pacienta zvýšená péče / kontrola predilekční míst polohování / mikropolohování péče o defekt supervize sestry specialistiky supervize nutričního terapeuta	
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO KOMPLIKACÍ DM <input checked="" type="checkbox"/> hypoglykémie <input checked="" type="checkbox"/> hyperglykémie <input type="checkbox"/> RIZIKO SDN	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení příznaků	sledování změn chování pacienta sledování glykémie kontrola příjmu potravy a tekutin edukace diabetologické sestry edukace nutričního terapeuta kontrola dolních končetin distálně od kotníku	X X X
oš. dg. <input type="checkbox"/> VYPRAZDŇOVÁNÍ <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> retence moče <input type="checkbox"/> inkontinence moče <input type="checkbox"/> inkontinence stolice	<input type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací <input type="checkbox"/> pravidelné vyprazdňování <input type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací <input type="checkbox"/> pacient zvládá péči o stromii	sledování a záznam bilance tekutin sledování mikce po výkonu návčik spontánního močení po vytažení PMK návčik cviků posilující pánevní dno sledování frekvence a příměsí edukace o pomůckách pro inkontinenci edukace v péči o stromii	
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> DEKOMPENZACE PSYCHICKÉHO STAVU	<input checked="" type="checkbox"/> bude navázána efektivní komunikace <input checked="" type="checkbox"/> pacient bude psych. kompenzován	sledování psych. stavu empatický přístup, naslouchání supervize psychologa supervize psychiatra	X X

CHALABALOVÁ
J. LEUK

