

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství 3. lékařské fakulty UK*



**Tereza Dolinová**

### **Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem pankreatu**

*Nursing care of the patient with cancer of the  
pancreas*

*Bakalářská práce*

Praha, červen 2013

Autor práce: Tereza Dolinová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová**

Odborný konzultant: **doc. Mudr. Rodomil Kostka, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2013

## **Prohlášení**

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

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

V Praze dne 24. května 2013

Tereza Dolinová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala Mgr. Janě Heřmanové a doc. Mudr. Rodomilu Kostkovi, CSc. za odborné vedení mé práce. Děkuji za jejich cenné rady a především za čas, trpělivost a ochotu, které mi věnovali.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 ANATOMIE PANKREATU</b> .....	<b>8</b>
1.1.1 Makroskopická a mikroskopická stavba .....	10
1.1.1.1 Exokrinní složka.....	10
1.1.1.2 Endokrinní složka.....	11
<b>1.2 KARCINOM PANKREATU</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 Epidemiologie .....	13
1.2.2 Etiologie a patogeneze .....	13
1.2.3 Klinický obraz.....	14
1.2.4 Diagnóza a diferenciální diagnóza .....	14
1.2.5 Terapie.....	15
1.2.5.1 Chirurgická léčba .....	15
1.2.5.2 Nechirurgická léčba .....	16
1.2.5.3 Paliativní a symptomatická terapie .....	17
1.2.6 Prognoza.....	18
<b>2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE PŘI PŘIJETÍ</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 PROBĚHLÁ VYŠETŘENÍ</b> .....	<b>21</b>
<b>2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE</b> .....	<b>25</b>
2.4.1 1. hospitalizační den - den před výkonem (17.01.2013).....	25
2.4.2 2. hospitalizační den - 0. pooperační den (18.1.2013) .....	25
2.4.3 Průběh hospitalizace na JIP.....	26
2.4.4 Průběh hospitalizace na standardním oddělení .....	27
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE MARJORY GORDON:</b> „MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ“ .....	<b>28</b>
<b>3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA</b> .....	<b>30</b>
<b>3.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY</b> .....	<b>36</b>
<b>3.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>36</b>
<b>3.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE</b> .....	<b>45</b>
<b>3.7 HODNOCENÍ PSYCHOSOCIÁLNÍHO STAVU PACIENTKY</b> .....	<b>47</b>
3.7.1 Psychologie nemoci .....	47
3.7.2 Psychologie pacientky.....	48
<b>3.8 EDUKACE</b> .....	<b>48</b>
<b>3.9 PROGNOZA PACIENTKY</b> .....	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>51</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>54</b>
<b>OBRÁZKY, TABULKY A GRAFY .....</b>	<b>56</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>61</b>
Příloha č.1 – Seznam farmak .....	61
Příloha č.2 – Dokumentace pacientky.....	62
Příloha č.3 – Algoritmus léčby karcinomu pankreatu.....	69

## Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila případovou studii pacientky s karcinomem hlavy pankreatu.

Toto téma jsem si vybrala, protože incidence tohoto onemocnění stále roste a prognóza nemoci je ve většině případů infaustní. I navzdory pokrokům v poznání biologie a léčby karcinomu pankreatu přežívá 5 let pouze 5% pacientů, což je především dáno relativně pozdní diagnostikou. Karcinom pankreatu je onemocnění, kde neznáme dominantní příčinu. Známe pouze některé rizikové faktory, které přispívají ke vzniku onemocnění: věk, kouření, chronická pankreatitida, alkoholismus, obezita, diabetes mellitus, nadměrný příjem tuků, obezita a genetické vlivy. (15)

Týká se nejen pacientů starších věkových kategorií, ale poměrně často se vyskytuje i v relativně nízkém věku, jak se můžete přesvědčit u mé pacientky v této případové studii.

Práci jsem rozdělila na několik částí. V klinické části jsem se zaměřila na anatomii a fyziologii pankreatu, charakteristiku karcinomu slinivky břišní, jeho epidemiologii, patogenezi, diagnostické metody, terapii onemocnění a v závěru této části jsem se věnovala prognóze tohoto agresivního nádoru.

Dále uvádím anamnézu nemocné, stav při příjmu, její nynější onemocnění a průběh hospitalizace na standardním oddělení a JIP.

V ošetrovatelské části jsem k analyzování potřeb pacientky použila model podle Marjory Gordon: „Model funkčních vzorců zdraví“, stanovila jsem aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, a také se zabývám psychologickou stránkou pacientky a edukací ohledně dietního omezení v pooperačním období.

V závěru práce je uveden seznam použité literatury, zkratk, tabulek, grafů a příloh.

Veškeré informace o pacientce z dokumentace jsou použity se souhlasem vrchní sestry chirurgické kliniky FNKV. Pacientka písemně souhlasila s účastí studentů při její hospitalizaci.

# 1 Klinická část

## 1.1 Anatomie pankreatu

Pankreas je laločnatá žláza se zevně zřetelnou povrchovou kresbou lalůčků. Má zevní vzhled šedě růžové velké slinné žláze. Je uložen retroperitoneálně a táhne se za žaludkem po zadní stěně břišní od duodena až ke slezině. Jeho délka je 12-16 cm, hmotnost 60-90 g. Pankreas je žláza s dvojí sekrecí.

Pars exocrina pancreatis je exokrinní žláza, která svůj sekret obsahující trávicí enzymy vylučuje do duodena a pars endocrina pancreatis je endokrinní žláza, kterou tvoří 1-2 miliony drobných, asi půlmilimetrových buněčných okrsků, zvaných Langerhansovy ostrůvky, které jsou roztroušené v exokrinní tkáni a odpovídají přibližně 1,5 % objemu celého pankreatu. (2)

Na slinivce břišní popisujeme tři hlavní úseky :

caput pancreatis

corpus pancreatis

cauda pancreatis

### Caput pancreatis – hlava pankreatu

Je lehce předozadně oploštělá, rozšířená a zaoblená pravá část pankreatu. Leží v konkavitě duodena před tělem L<sub>2</sub> a s duodenem pevně srůstá. Přední plocha hlavy pokračuje přímo do těla pankreatu. Hranicí mezi hlavou a tělem na zadní stěně jsou mezenterické cévy, žíla vpravo a tepna vlevo. Vpředu a dole hlavu a tělo kříží úpon mesocolon transversum. Za caput pancreatis vzniká soutokem v. splenica (v. lienalis) a v. mesenterica sup. v. portae. Od jater sestupuje ductus choledochu, který se vtiskuje do parenchymu hlavy pankreatu, případně je do parenchymu zčásti zanořen. Za caput pancreatis dále leží konečné úseky vasa renalia, v. cava inferior a crus dex. bránice. Pankreas je od uvedených struktur oddělen tzv. Treitzovou



retropankreatickou membránou (přeměněným zbytkem pravého mezoduodena).

Mezi hlavou a tělem pankreatu je na spodním okraji zřetelná incisura pancreatis, ve které jsou uloženy kmeny v. et a. mesenteria superior (arterie vlevo od vény).

Ze spodní části hlavy pankreatu vybíhá za vasa mesenterica superiora směrem doprava protáhlý processus uncinatus.

### **Corpus pancreatis – tělo pankreatu**

Směřuje před břišní aortou doleva a je užší než hlava, na niž navazuje. Dopředu se vyklenuje v plochý hrbol, tuber omentale, který se přes peritoneum dotýká zadní stěny žaludku. Tělo pankreatu je předozadně oploštělé – facies anterior, facies posterior, margo superior, margo inferior a dosahuje k levé ledvině. Dolní okraj je v kontaktu s flexura duodenojejunalis. Při horním okraji probíhá vinutá a. splenica (a. lienalis), pod ní leží v. splenica (v. lienalis), která se otiskuje do parenchymu.

**Facies anterior** hlavy a těla pankreatu je pokryta peritoneem, které přechází do mesocolon transversum. Ventrálně od přední plochy je bursa omentalis a zadní stěna žaludku. **Facies posterior** naléhá na vena portae a vena splenica (vena lienalis), na aortu, odstup a. mesenterica superior, crus sinistrum bránice, vasa suprarenalia et renalia sinistra a levou ledvinu.

### **Cauda pancreatis – ohon pankreatu**

Je zúžený výběžek těla pankreatu směřující doleva ke slezině. Je uložen mezi dvěma listy peritoneální duplikatury – ligamentum splenorenale.

(viz. obrázek č.1 – Anatomie slinivky břišní)

## Cévy a nervy pankreatu

„*Arterie*: hlava pankreatu je zásobena z aa. pancreaticoduodenales, tělo a ocas z větví a. splenica (a.lienalis). *Vény* odtékají do v. splenica (v. lienalis), v. mesenterica sup. a do v. portae. *Mízní cévy* odvádějí mízu do nodi lymphatici hepatici, coeliaci a pancreaticosplenicí. *Nervy* pocházejí z plexus coeliacus a přistupují do pankreatu podél cév. *Sympatická vlákna* přicházejí z ganglion coeliacum, parasympatická vlákna jsou větvemi n. X. dex. Aferentní vlákna probíhají s větvemi sympatiku.“ (3)

### 1.1.1 Makroskopická a mikroskopická stavba

#### 1.1.1.1 Exokrinní složka

Slinivka břišní je tuboalveolární žláza, která svou stavbou připomíná příušní žlázu. Člení se do větších lalůček a ty se rozpadají na menší lalůčky, tzv. aciny. Buňky acinů, produkují pankreatickou šťávu, succus pancreaticus. Pankreatická šťáva obsahuje mnoho enzymů, které jsou nepostradatelné pro trávení tuků a bílkovin. Je odváděna z jednotlivých částí slinivky menšími vývody, které se spojují v hlavní vývod ductus pancreaticus major Wirsungi. Hlavní vývod probíhá v podélné ose pankreatu uvnitř parenchymu žlázy. V hlavě pankreatu se spojuje v převažující většině (někdy totiž oba vývody ústí samostatně, až ve 30%) s hlavním žlučovodem, ductus choledochus, a svým společným ústím se otevírají na papilla duodeni major v sestupné části duodena. Přes tento vývod je pankreatická šťáva odváděna z kaudy, těla a střední a dolní části hlavy pankreatu. Horní část hlavy pankreatu, je drénována menším pankreatickým vývodem, ductus pancreaticus accesorius Santorini, který se otevírá nad hlavním vývodem, na menší papile, papilla duodeni minor. (6)

## **Pankreatická šťáva**

Každý den se tvoří 1 až 2 litry pankreatické šťávy o pH až 8,5. Je zásaditá a tvořena především vodou, ionty  $\text{HCO}_3^-$  a enzymy: proteázami (enzymy štěpící bílkoviny), pankreatickou  $\alpha$ -amylázou (štěpení cukrů a škrobů až na monosacharidy), pankreatickou lipázou (nejúčinnější enzym štěpící tuky), nukleázami, elastázami, fosfolipázami a kolagenázou.

Složení pankreatické šťávy závisí na podnětu z duodena. Pokud je v duodenu přítomen tuk, vyplaví se cholecystokynin (CCK) a zvýší sekreci pankreatické šťávy bohaté na enzymy (CCK současně ve spolupráci s GIP zpomalí vyprazdňování žaludku do duodena, tím bude mít duodenum dostatek času tuky rozštěpit pankreatickou lipázou). Cholecystokinin však také posiluje sekreci žluči, takže v ní přítomné žlučové kyseliny mohou tuky emulgovat (nechat rozpadnout na malé kapičky, protože enzymy působí pouze na povrchu a takto se proces jejich trávení urychlí). (8)

### **1.1.1.2 Endokrinní složka**

Zde nacházíme ohraničené Langerhansovy ostrůvky, které jsou roztroušeny v exokrinní složce pankreatu. Dosahují počtu 1-2 milionů a jsou velikosti 0,5-1 mm. Jsou tvořeny buňkami  $\alpha$  (alfa), které produkují glukagon, buňkami  $\beta$  (beta) syntetizujícími inzulin a konečně buňkami  $\delta$  (delta), v nichž vzniká somatostatin a gastrin. (8)

### **Inzulin**

Inzulin je makromolekula bílkovinné povahy, který vzniká v beta buňkách Langerhansových ostrůvků. Beta buňky tvoří 60-80 % ostrůvků. Skládá se ze dvou polypeptidických řetězců (A, B). Ty jsou spojeny

disulfidickými můstky a dohromady obsahují 51 aminokyselin – řetězec A obsahuje 21 aminokyselin a řetězec B 30 aminokyselin.

Inzulin zvyšuje transport glukosy do buněk a syntezu glykogenu v játrech. „Hlavním podnětem pro sekreci inzulínu je hladina krevního cukru. Ke stimulaci sekrece inzulínu dochází při glykémii nad 5,5 mmol/l. Denně se tvoří asi 50 jednotek inzulínu.“ (4)

### **Glukagon**

Glukagon je polypeptidický hormon produkovaný alfa buňkami slinivky břišní, který působí proti účinkům inzulínu (antagonista inzulínu), čímž udržuje u člověka vyrovnanou hladinu glykémie. Předchází těžké hypoglykémii, a tak zabezpečuje neustálou výživu životně důležitých orgánů. Glukagon tedy zvyšuje hladinu glukosy v krvi tím, že zvyšuje glukogenolysu v játrech. Také zvyšuje glukoneogenezi z aminokyselin v játrech a zvyšuje hladinu metabolismu. Hlavním stimulatorem sekrece glukagonu je hypoglykémie, což znamená snížení koncentrace glukózy v krvi pod 3,3 mmol/l. (4, 1)

## **1.2 KARCINOM PANKREATU**

Zhoubné novotvary slinivky břišní patří mezi nejzhoubnější nádorová onemocnění. Zůstávají i přes ohromný medicínský a diagnostický pokrok nejobávanější chorobou v oboru gastroenterologie a spolu s tumory podjaterní krajiny i v oboru samotné onkologie. Naznačená skepse odráží nemohoucnost moderní medicíny v léčbě tohoto onemocnění, která je v naprosté většině spojena s infaustní prognózou nemocných. Příčinou je především pozdní nástup příznaků, který je spojený s pozdní diagnostikou, což vede k záchytu onemocnění již v pokročilých až inoperabilních stádiích.

Pod pojmem karcinom pankreatu označujeme výhradně tumory, které vycházejí z exokrinních struktur slinivky břišní. V naprosté většině případů se

jedná o solidní adenokarcinom, cystické tumory představují méně než 5% diagnostikovaných novotvarů. Původ maligních elementů je odvozován z epitelu pankreatických vývodů, pouhé jedno procento karcinomů vychází z buněk acinů. Ostatní nádorové formy se nevyskytují tak často. (13)

### **1.2.1 Epidemiologie**

V ČR bylo v roce 2006 nahlášeno 1902 případů adenokarcinomu slinivky břišní, což odpovídá incidenci 19,2/100 000 mužů a 17,9/100 000 žen, 960 onemocnění se vyskytlo u mužů a 942 u žen. (16) Incidence tohoto onemocnění má vzrůstající charakter, především u osob ve věku 55-85 let (viz. graf č.1). Vzhledem ke špatné prognóze je úmrtnost téměř identická s jeho incidencí. Nejčastější lokalizací tumoru je hlava pankreatu ze 70-80%, v těle pankreatu se vyskytuje asi z 20% a v kaudě pankreatu asi z 10%. (1)

### **1.2.2 Etiologie a patogeneze**

Pro karcinom pankreatu je etiologie dosud nejasná. Není známo specifické patogenetické agens, které by dané onemocnění způsobovalo. Asi u 4-16% nemocných je pozorován rodinný výskyt. Některé z těchto případů jsou způsobeny mutacemi různých genů. Samostatnou nozologickou jednotkou je syndrom familiárního karcinomu pankreatu. Přítomnost diabetes mellitus a porucha glukozové tolerance je spojena s dvojnásobně vyšším rizikem vzniku karcinomu pankreatu. Dalšími faktory, které se mohou podílet na vzniku karcinomu pankreatu jsou bezesporu kouření a alkohol. Alkohol je induktorem chronické pankreatitidy, která je samostatným rizikovým faktorem vzniku malignity. Zvýšené riziko karcinomu pankreatu bylo zjištěno i u osob s vyšším BMI či u nemocných s primární sklerózující cholangitidou. Naopak protektivní efekt má strava bohatá na ovoce a zeleninu a vyšší fyzická aktivita. (1)

### 1.2.3 Klinický obraz

Časná stadia karcinomu pankreatu lokalizované v těle jsou většinou dlouho asymptomatická. U některých nemocných při fyzikálním vyšetření lze nahmatat nebolestivý žlučník (Courvoisierovo znamení). Někdy je přítomen ascites a jsou hmatné i nádorové masy. U pokročilých nádorů může být hmatná metastatická tzv. Virchowova uzlina v levém nadklíčku, která se nachází i u nádorů žaludku. Mezi první příznaky nádoru hlavy pankreatu patří často hyperbilirubinémie až klinický ikterus z přímého útlaku žlučovodu. Naopak karcinom kaudy pankreatu se může projevovat bolestmi páteře, které jsou často mylně považovány za bolesti vertebrogenní. Nejčastějšími příznaky jsou příznaky nespecifické, které doprovázejí již pokročilejší stadia, většinou inoperabilní fáze. Jako např. nauzea, nechutenství, anorexie, hubnutí, dyspepsie, slabost, únava a abdominální bolest. Karcinom pankreatu může doprovázet i migrující tromboflebitida nebo tromboembolické příhody.

Karcinomy hlavy pankreatu jsou diagnostikovány časněji než nádory v oblasti těla a kaudy, které zůstávají dlouho asymptomatické. (5)

### 1.2.4 Diagnóza a diferenciální diagnóza

Diagnostika onemocnění zahrnuje odběr anamnézy, fyzikální vyšetření pacienta, vyšetření laboratorní, kde často nacházíme anémii, zvýšenou sedimentaci erytrocytů. Asi u 80% nemocných zjišťujeme abnormální glukózovou toleranci. Při obstrukčním ikteru nacházíme elevaci bilirubinu a převážně obstrukčních jaterních enzymů. Z onkomarkerů je typická elevace CA 19-9 a CEA.

Při podezření na karcinom pankreatu je metodou první volby ultrasonografie doplněná o CT vyšetření, které kromě zhodnocení velikosti vlastního tumoru umožňuje posouzení vztahu pankreatu k ostatním orgánům v okolí. K doplnění stadiu onemocnění je indikována endosonografie, která zobrazuje i drobná ložiska pankreatu a stav peripankreatických uzlin. Senzitivita i specificita MR

pankreatu je dnes srovnatelná s CT pankreatu, výhodou je možnost současného provedení MRCP – tedy neinvazivního zobrazení žlučových cest a pankreatických vývodů.

Z invazivních metod je nejvýznamnější endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP), která znázorní obstrukci, stenózu nebo kavernózní změny pankreatu. Selektivní angiografie, dříve používaná při podezření na invazi nádoru do peripankreatických cév, dnes už ztrácí na významu. K potvrzení maligního nádoru je provedena biopsie pod CT či ultrasonografickou kontrolou, nebo tenkojehlová aspirační biopsie při endosonografii.

Při hledání vzdálených metastáz provádíme RTG plic, sonografii či CT jater, v případech diagnostických rozpaků PET, u pokročilého onemocnění scintigrafii skeletu. (1)

Ke vhodnému určení léčby onemocnění, musíme stanovit stádium karcinomu pankreatu. K tomu se využívá TNM Klinická klasifikace (viz tabulka č.2).

## **1.2.5 Terapie**

Vzhledem k výrazné agresivitě nádoru má třetina pacientů v době stanovení diagnózy jaterní metastázy a postižené lymfatické uzliny. Zásadní léčebnou metodou je resekční výkon, ale vzhledem k rozsahu onemocnění se resekce nádoru podaří jen u 20% z nich. U dalších pacientů při operaci nalezneme lokálně rozsáhlé onemocnění, které není totálně resekabilní, nebo se prokážou metastázy. (1)

### **1.2.5.1 Chirurgická léčba**

Je jediná metoda, která dává pacientovi šanci na vyléčení. Důležitá je však včasná diagnostika (stadium 1) a dobrý celkový stav pacienta. Základní radikální operací karcinomu slinivky břišní je duodenohepipankreatektomie.

Tyto operace se začaly provádět již koncem 19. století. Operační metodiku vypracoval v r. 1935 americký chirurg Alan Whipple – odtud Whippleho resekce (viz. obrázek č.3 a č.4). Operace spočívá v resekci hlavy pankreatu při zachování těla a ocasu slinivky s odstraněním celého duodena, žlučníku s ductus choledochus a částečnou resekci žaludku. (1) Variantou často používanou je operace dle Traverso-Longmire zachovávající celý žaludek, který se napojuje až pod pylorem. Tyto operace jsou vhodné u nádorů lokalizovaných v hlavě pankreatu. Při postižení těla, kaudy, eventuálně pro nádory endokrinního pankreatu se provádí buďto tzv. levostranná (kaudální) pankreatektomie, při postižení přesahujícím do hlavy pankreatu je indikována totální pankreatektomie, což je totální resekce pankreatu i s odstraněním lymfatických uzlin. Po tomto výkonu však dochází k úplné endokrinní i exokrinní insuficienci pankreatu, s rozvojem těžce zvladatelného diabetu. (5, 1)

Obě tyto operace však doprovázejí i pooperační komplikace. Jednu nebo více komplikací má přibližně 4 z 10 pacientů. Těmi jsou krvácení, vnitřní nebo hrudní infekce, krevní sraženiny, tvorba píštělí, hromadění tekutin v těle a pooperační pankreatitidy. Komplikace mohou být velice závažné, a proto by lékaři měli zvážit, zda je pacient schopen zvládnout takovou zátěž. (18)

Avšak realita karcinomu pankreatu zůstává a převažuje více neresekabilních nádorů, proto dominujícími chirurgickými výkony jsou tzv. paliativní spojkové operace. I když jde pouze o výkony paliativní, neměl by se jejich význam podceňovat, protože mohou významně zlepšit kvalitu zbytku života a prodloužit přežití. Spojkovými operacemi je míněno obnovení pasáže při hrozící neprůchodnosti duodena a při invazi nádoru do žlučovodu, léčba nebo předejití obstrukčnímu ikteru. (5, 1)

#### **1.2.5.2 Nechirurgická léčba**

Nelze-li nádor slinivky břišní chirurgicky odstranit, lze ještě nasadit kombinovanou léčbu zářením (radioterapii), která se ale užívá málo, převažuje chemoterapie, ale i ta je málo účinná, průběh onemocnění může pouze zpomalit.



Jak již bylo uvedeno, vzhledem k pozdní manifestaci onemocnění, je u většiny pacientů nemožný radikální chirurgický výkon. Proto je důležité neustále studovat takové postupy, které povedou ke zlepšení stadia nemoci, potencionální operabilitě a celkově k prodloužení života pacientů. (13)

## **Radioterapie**

Má v současné době své místo v adjuvantní neboli pomocné, neoadjuvantní i paliativní léčbě nádorů slinivky břišní. Uložení pankreatu v blízkosti radiosenzitivních orgánů je limitujícím faktorem pro výši podané dávky záření. Na vysoce specializovaných pracovištích je perspektivní metodou u pacientů s neresekabilním nádorem kombinace zevní radioterapie s intraoperační radioterapií. (1)

## **Chemoterapie**

Alternativou adjuvantní chemoradioterapie je samotná adjuvantní chemoterapie. Obvykle se užívá fluorouracil v kombinaci s leukovorinem. U pacientů s pokročilým, ale nemetastuzujícím onemocněním je indikována konkomitantní chemoradioterapie s 5-fluorouracilem. Při dobrém léčebném efektu můžeme touto neadjuvantní léčbou dosáhnout resekability u jinak neresekabilního nádoru.

### **1.2.5.3 Paliativní a symptomatická terapie**

Klíčový a významný vliv na délku a především kvalitu života nemocných, je zajištění drenáže žlučových cest a střevní průchodnosti. Je nutné zvážit individuálně optimální metodu drenáže pro každého pacienta. „Endoskopicky lze při ERCP zajistit duodenobiliární drenáž zavedením endoprotézy, kterou je pak nutno v určitých intervalech měnit. Pomocí perkutánní transhepatální drenáže (PTD) je zaváděn zevně vnitřní drén, který

zajišťuje drenáž žluči do střeva eventuálně pouze zevní drenáž. Komfortnějším řešením je perkutánní implantace biliárního stentu. Brachyradioterapií, při které je do stentu intraluminálně zaváděn zářič, lze jeho životnost prodloužit a dosáhnout tak trvalejšího paliativního účinku. Brachyradioterapii lze kombinovat s chemoterapií 5-fluorouracilem.“ (1)

Velice nepříjemný a nejčastějším subjektivním steskem pacientů je bolest, v jejíž etiologii se uplatňuje přímé prorůstání nádoru do nervových plexů, obstrukce trávicího ústrojí a pankreatická insuficience. (1)

### **1.2.6 Prognoza**

Prognoza nemocných s karcinomem pankreatu je velice nepříznivá. V 1-2% lidé přežívají max. 5 let. Průměrná délka života od určení diagnózy se udává v rozmezí 4 až 6 měsíců, po resekčních výkonech 11 až 18 měsíců.

(1, 13)

## 2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

### 2.1 Anamnestické údaje při přijetí

**Iniciály:** K.S.

**Věk:** 34 let

**Pohlaví:** ženské

**Osobní anamnéza:**

v dětství BDN (běžné dětské nemoci)

ve 20 letech hyperbilirubinemie

močení: tmavá moč

stolice: světle hnědá

krvácení: v anamnéze nemá

glaukom: nemá

operace: tonsilektomie ve 20 letech, CS (2006)

úrazy: neguje

**Gynekologická anamnéza:**

menzes: od 12 let

porody/potraty: 2/0

hormonální léčba: 0

**Farmakologická anamnéza:**

Užívá tyto léky/dávkování: 0

**Abusus:**

alkohol: nepije

kouření: 5 cigaret/denně od 25 let

návykové látky: neguje

analgetika: neguje

**Pracovní anamnéza:**

bankovní úřednice (nyní na mateřské dovolené)

**Sociální anamnéza:**

žije s rodinou

**Rodinná anamnéza:**

otec: 62 let, diabetes mellitus 2. typu

matka: 58 let, zdravá

sourozenci: 2, zdraví

děti: 2, zdravé

**Alergologická anamnéza:**

nekuje

## 2.2 Nynější onemocnění

Pacientka přichází na interní kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady dne 07.01.2013 na doporučení svého praktického lékaře pro obstrukční ikterus. Paní K.S. si asi měsíc stěžuje na bolest v epigastriu po jídle a v noci. Zhubla přibližně 5 kg. Týden pozoruje tmavou moč a svědění celého těla. Nyní je bez bolesti, nauzei či zvracení a stolici má pravidelnou. Bez zimnice, avšak svědění celého těla přetrvává. Pacientce byly provedeny různá vyšetření (viz. níže), z kterých se stanovila diagnóza – Tumor hlavy pankreatu T3N0. Nález byl konzultován na GIT onko-chirurgickém teamu. Pacientka byla doporučena k chirurgickému výkonu a následně po deseti dnech hospitalizace na interní klinice byla dne 17.01. přeložena na chirurgickou kliniku téže nemocnice k plánovanému operačnímu výkonu.

## Stav při příjmu na chirurgickou kliniku (17.01.2013) :

TK: 135/90 mm Hg

P: 68/min

TT: 36,5 °C

DF: 16 dechů/min

Výška: 160 cm

Hmotnost: 65 kg

BMI: 25

### 2.3 Proběhlá vyšetření

Během pobytu na interním oddělení (07.01. - 17.01.2013) byly pacientce udělány následující vyšetření (výsledky jsou uvedeny pouze u vyšetřeních, která se odchyľují od normy):

1) EKG – v normě.

2) Laboratorní vyšetření :

#### Biochemické vyšetření (07.01.2013)

Vyšetření	Výsledek	Referenční mez
Natrium	141 mmol/l	(136 - 145)
Kalium	4.03 mmol/l	(3.80 - 5.40)
Chloridy	103 mmol/l	(98 - 107)
Urea	3.79 mmol/l	(2.00 - 6.70)
Kreatinin enzymově	54 umol/l	(46 - 90)
Celkový bilirubin	107.9 mmol/l	(< 21.00)
ALT	8.95 ukat/l	(< 0.73)
AST	3.06 ukat/l	(< 0.67)
Alkalická fosfatasa	3.31 ukat/l	(0.66 - 2.20)
Laktátdehydrogenasa	4.54 ukat/l	(< 4.10)
Gama glutamyltransferasa	3.86 ukat/l	(< 1.10)
Glukosa	6.17 mmol/l	(3.60 - 5.59)
Amylasa	0.54 ukat/l	(0.30 - 1.67)
Albumin	45.0 g/l	(34.0 - 50.0)
Lipasa	0.48 ukat/l	(0.22 - 1.00)
C-reaktivní protein	2.8 mg/l	(< 5.0)

### Krevní obraz (07.01.2013)

Vyšetření	Výsledek	Referenční mez
WBC leukocyty	5.4 x 10 <sup>9</sup> /l	(4.0 - 10.8)
RBC erytrocyty	4.46 x 10 <sup>12</sup> /l	(3.9 - 5.20)
HGB hemoglobin	128 g/l	(120 - 160)
HCT hematokryt	0.381 l	(0.36 - 0.470)
MCV střední objem erytrocytů	85.4 fl	(80.0 - 98.0)
PLT krevní destičky	331 x 10 <sup>9</sup> /l	(135 - 400)
MPV objem krevních destiček	12 fl	(8 - 12.0)

### Koagulace (07.01.2013)

Vyšetření	Výsledek	Referenční mez
Quickův test	13.8 s	(11.0 - 15.0)
quick controls	13.2 s	(11.0 - 15.0)
INR	1.06 --	(0.80 - 1.20)
APTT test	38.6 s	(28.0 - 38.0)
APTT controls	34.0 s	(28.0 - 38.0)
APTT/R	1.14 --	(0.80 - 1.20)

**3) RTG hrudníku** – bez nálezu.

**4) Sonografie břicha** (07.01.)

Játra: velikost: normální, okraje: hladké, echogenita parenchymu: přiměřená, struktura parenchymu: homogenní, ložiska: nepřítomna, jaterní žíly: přiměřeně široké s pravidelným průběhem, VCI: nerozšířena, homogenní náplň, portální řečiště: nerozšířené, homogenní náplň s normální rychlostí toku.

Žlučník: uložení: v obvyklé poloze, tvar: normální, velikost: zvětšený s dilatací i cystiku, stěna: hladká, lumen: bláto a mikrolithiasa.

Žlučové cesty: intrahepatální žlučovody: rozšířené, d.hepatocholedochus: výrazně rozšířen 16 mm, náplň: homogenní.

Pankreas: velikost: mírně zvětšený, echogenita: snížená, struktura: homogenní, ložiska: 15 mm cystoid v hlavě, pankreatický vývod: rozšířen na 8 mm v oblasti těla.

Slezina: velikost: normální, parenchym: homogenní.

Pravá ledvina: velikost: normální, parenchym přiměřeně široký, struktura: normální, dutý systém: nerozšířen.

Levá ledvina: velikost: normální, parenchym přiměřeně široký, struktura: normální, dutý systém: nerozšířen.

Duté orgány: normálního vzhledu.

Uzliny: nejsou patrné.

Ascites: není přítomen.

Závěr: obraz v.s. ak. pankreatitidy nejpravděpodobněji biliární etiologie – dilatace intra. a extrahepatál. žlučvodů, distenze žlučníku s blátem a mikrolithiasou, jinak normální sono břicha.

Tumor. změny méně pravděpodobné, i když je nelze vyloučit.

## **5) CT břicha a pánve (07.01.2013)**

Lékař vyšetření provedl po per os podání 50 ml Scanlux a po i.v. aplikaci 100 ml Lomeron 350.

Zachycené plicní baze lékař popisuje jako bez ložiskových změn, pohrudniční dutiny jsou bazálně volné.

Játra nativně lehce snížena denzity (střední nativní denzita 40 HU), hladkých kontur, bez ložiskových změn. Slezina homogenní, nezvětšená. Portální žíla nerozšířená. Žlučník v oblasti fundu stočený, nelze vyloučit přítomnost septa, bez CT prokazatelných konkrementů.

Dilatace intrahepatálních žlučových cest, dilatace hepatocholedochu – do 17mm. V oblasti hlavy pankreatu je patrný hypodenzní nehomogenní útvar velikosti asi 37x29x39 mm, zevní konturace neostrá. Intimně naléhá na med. stěnu přilehlé části duodena a na ventrální konturu vena portae. Dilatace d. pancreaticus na 9 mm. Levá nadledvina nezvětšena, oválně mírné rozšíření mediálního raménka pravé nadledviny vel. 18x11 mm. Obě ledviny normální velikosti, tvaru a uložení, bez ložiskových změn, bez konkrementů, bez měštnání.

Trávicí trubice naplněna kontrastní látkou pouze částečně. Tlusté střevo a aborální část tenkého střeva s nativním obsahem. Zachycené střevní kličky přím. průsvitu a průběhu. Zvětšené lymfatické uzliny na mezenteriu, v retroperitoneu a v malé pánvi nejsou patrné.

Aorta i ostatní zobrazené arterie normálního průběhu i průsvitu. Volnou tekutinu v dutině břišní lékař neprokazuje. Močový měchýř málo naplněný s homogenní náplní.

Závěr: Tumorosní útvar v oblasti hlavy pankreatu v.s., intimně naléhá na med. stěnu přilehlé části duodena a na ventrální konturu v. portae. Dilatace intra i extrahepatálních žlučvodů, dilatovaný ductus pancreaticus. K bližšímu posouzení lékař doporučuje zvážit vyšetření MR.

#### **6) Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (09.01.2013)**

Po kanylaci nejprve lékař plní pankreatický vývod, kde je stop v oblasti hlavy. Až po zavedení vodiče překonává tuto překážku a plní stenózu Wirsungu s výraznou suprastenotickou dilatací. Žl. strom plní až po prejtu - je zde korespondují stenóza choledochu. Dokončuje EPT a zavádí 10Fr stent (8cm) nad stenózu. Ihned masivně odtéka žluč.

Závěr: Velmi těsná stenóza Wirsungu se suprasten. dilatací a korespondující stenóza choledochu (CHP? TU?). Po Ept zaveden stent nad stenózu.

#### **7) Endosonografie (15.01.2013)**

Přehlédnutý jaterní parenchym lékař popisuje jako homogenní, jaterní žíly a porta jsou bez patologie. Žlučník se zobrazuje bez konkrementů. D. hepaticus communis je normální šíře bez litiázy. V oblasti hlavy pankreatu je hypoechogenní ložisko cca 37x30 mm, těsně naléhající na portu kde není jasné, zda ji infiltruje. Ložisko se šíří i mimo tkáň pankreatu. Vzhledem k probíhajícím cévním strukturám není ložisko přístupno FNAB.



Závěr: V.s. tumor hlavy pankreatu T3, NO těsně naléhající na portu, kde není zcela zřejmé, zda ji již neinfiltuje. Jinak přiměřený nález na zobrazených orgánech. Vzhledem k probíhajícím cévním strukturám není ložisko přístupno FNAB.

**6) Gynekologické vyšetření - bez nálezu.**

## **2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

### **2.4.1 1. hospitalizační den - den před výkonem (17.01.2013)**

Pacientka byla přijata v 11:00 hod. z interní kliniky k plánované operaci na standardní chirurgické oddělení. Pacientku sestry uložily na lůžko, seznámily s chodem a řádem oddělení, se signalizačním zařízením a právy pacientů. S klientkou byla vyplněna ošetřovatelská anamnéza, připevněn identifikační náramek a změřeny fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesná teplota). Dietní režim pacientce nedovoloval přijímat nic per os od půlnoci dnešního dne. Dále byla pacientka seznámena s dalším průběhem hospitalizace, s předoperační přípravou a pooperační hospitalizací na jednotce intenzivní péče. V odpoledních hodinách lékař zavedl CŽK do vena subclavia l.dexter, jehož správné zavedení bylo zkontrolováno pod rentgenem.

V rámci předoperační přípravy byla pacientka edukována o prevenci TEN – ve 20 hod. byl aplikován nízkomolekulární heparin (Fraxiparine 0,3 ml) s.c. a poučena o nutnosti bandáží dolních končetin. Jako součást premedikace byl podán Oxazepam 1 tbl. per os. ve 20 hod.

### **2.4.2 2. hospitalizační den - 0. pooperační den (18.1.2013)**

Ráno si pacientka sbalila své osobní věci. Ty, které si vezme s sebou na JIP si dala do jedné tašky a ty, co nebude potřebovat se uložily do šatny oddělení. Dále s paní K.S. byly sepsány veškeré její cenné věci (hodinky,

mobilní telefon, peněžní hotovost, doklady, šperky) a uloženy do trezoru. Sestry ráno pacientce udělaly bandáže DK jako prevenci TEN a poprosily jí, aby si došla na toaletu, než aplikují premedikaci, jelikož pak nebude moct vstávat z lůžka. V 8:00 hod. se podaly antibiotika (Augmentin 1,2 g) jako profylaxe před infekcí. Na pokyn ze sálu sestra aplikovala premedikaci – Morphin 10 mg i.m. a chvíli po 8 hod. ranní byla pacientka převezena na operační sál.

**Operační diagnóza :** Ca capitis pancreatis

C250 ZN – hlava slinivky břišní – caput pancreati

**Operační výkon :**

Laparotomia explorativa, cholecystektomia subserosa, biopsia pancreatis, lymphadenectomia retroperitonealis diagnostica

### **2.4.3 Průběh hospitalizace na JIP**

Po skončení operace jsme si v 11:15 hod. převzali pacientku ze sálu a převezli na chirurgickou jednotku intenzivní péče k dalšímu sledování. Na operačním sále byl pacientce zaveden epidurální katétr, permanentní močový katétr a trubicový drén.

Pacientka byla pravidelně lékařem informována o svém zdravotním stavu, dalším průběhu léčby a hospitalizaci.

V pravidelných intervalech byla monitorována EKG křivka, krevní tlak, puls, saturace kyslíkem, bilance tekutin a bolest. Dále byla kontrolována operační rána, drén a všechny invazivní vstupy (CŽK, EDK, PMK).

Během hospitalizace na JIP byly pacientce odstraněny některé invazivní vstupy: epidurální katétr (ex 19.1.) – z důvodu nefunkčnosti, permanentní močový katétr (ex 20.1.) – pacientka byla schopna močit samostatně.

Na JIP byla nemocná hospitalizována do 21.1.2013, kdy byla přeložena zpět na standardní chirurgické oddělení.

#### **2.4.4 Průběh hospitalizace na standardním oddělení**

Pacientce byl v pravidelných intervalech monitorován TK, P, D, operační rána, drén, celkový stav nemocné a bolest. Dále byla nacvičována vertikalizace, prováděna rehabilitace a nácvik soběstačnosti za pomoci rehabilitační pracovníce. Došlo k odstranění zbylých invazivních vstupů – drén (ex 25.1.), CŽK (ex 22.1.).

Před propuštěním do domácí péče byla pacientka edukována o pohybovém režimu rehabilitační pracovnící, nutriční terapeutkou o dietním režimu a lékařem v péči o operační ránu. Další následná kontrola byla naplánována na 07.02.2013. Při bolestech lékař pani K.S. doporučil užívat běžná analgetika a v případě potíží přijít na kontrolu dříve.

Pacientka byla "předána" onkologickému teamu s plánem adjuvantní terapie s cílem downstagingu (z původně inoperabilního onemocnění může regredovat v operabilní). Dne 29.1. byla propuštěna do domácí péče.

## **3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda, podle které sestry realizují své cíle a řeší problémy pacientů. Teorie ošetrovatelského procesu pronikla do Evropy z USA na konci 60. let jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocného. Umožňuje systematický, specifický přístup ošetřování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči. Je to série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Veškeré tyto činnosti umožňují, aby sestra samostatně navrhla nejvhodnější způsob péče pro svého pacienta a zároveň tím dosáhla stanovených cílů a mohla zhodnotit pokrok a účinnost poskytované péče, který pacient jejím přičiněním dokázal. (9, 10)

Je to systematická metoda poskytování ošetrovatelské péče, která se skládá z pěti fází:

- 1) zhodnocení nemocného – zjišťování informací
- 2) stanovení ošetrovatelské diagnózy – problémů, potřeb
- 3) plánování ošetrovatelské péče
- 4) provedení navržených opatření
- 5) hodnocení efektu poskytnuté péče

### **3.2 Ošetrovatelský model podle Marjory Gordon: „Model funkčních vzorců zdraví“**

Marjory Gordon získala své základní ošetrovatelské vzdělání v New Yorku na Mount Sinai Hospital School of Nursing a bakalářské i magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku. V neposlední řadě obhájila svoji doktorandskou práci na Boston College. V roce

1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování a později publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Byla profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých, věnovala se výzkumu v oblasti diagnóz a plánování ošetrovatelské péče. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). (7)

V současné době existuje názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, dále si stanoví aktuální a potenciaální diagnózy a efektivněji naplňuje i realizuje svoji péči. Sestra může kvalifikovaně zhodnotit stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální interakcí a můžeme ho klasifikovat jako funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Vzorce reprezentují základní ošetrovatelský údaj, ať už v subjektivní nebo objektivní podobě, kdy každý vzorec představuje určitou část zdraví. (7, 11)

## **12 funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon:**

- 1) Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví
- 2) Výživa a metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita a cvičení
- 5) Spánek a odpočinek
- 6) Vnímání, poznávání
- 7) Sebepojetí, sebeúcta
- 8) Plnění rolí, mezilidské vztahy
- 9) Sexualita, reprodukční schopnost
- 10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- 11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- 12) Jiné

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala dne 19.1.2013 tedy 1. pooperační den, kdy pacientka byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče chirurgické kliniky. Informace jsem získala z dokumentace, rozhovorem s pacientkou a pozorováním. Ke zpracování jsem si vybrala ošetřovatelský model podle Marjory Gordon: „Model funkčních vzorců zdraví“.

#### **1) Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví**

Paní K.S. udává, že v průběhu svého života nebyla vážně nemocná. V dětství prodělala běžné dětské nemoci a nikdy neměla vážnější úraz. O své zdraví se snažila pečovat především stravou, kdy si dopřávala hodně zeleniny, ovoce a celozrnných výrobků. Do svých 25 let nekouřila a nepila žádný alkohol, ale s přibývajícím stresem a životními okolnostmi se neubránila přibližně pěti cigaretám denně. Na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři pravidelně nechodila a s příchodem dětí svůj zdravotní stav ještě více zanedbávala. Až po měsíci kdy měla bolesti v epigastriu, ztratila chuť k jídlu, ubyla na váze a především se jí změnila barva moče, se rozhodla, že navštíví svého praktického lékaře. Ten pacientku odkázal do nemocnice, kde proběhla vyšetření a operační výkon ukázaly radikálně neodstranitelný karcinom hlavy pankreatu. Paní K.S. byla v průběhu celé své hospitalizace pravidelně lékařem informována o svém zdravotním stavu. 1. pooperační den se necítila velice dobře. Operační rána a její bolestivost ji omezovaly v soběstačnosti, což ji na celkové pohodě nepřispívalo. Především si však více uvědomovala závažnost svého zdravotního stavu.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Pacientka se doma v jídlu nijak neomezovala, ale ani se nepřejídala. Jedla přiměřené porce. Má ráda klasická jednoduchá jídla jako těstoviny, rýži nebo kuřecí maso. Asi 2-3 týdny před hospitalizací uvedla, že zhubla 5 kg. Trpěla nechutenstvím a později i bolestivostí v oblasti epigastria po jídle.

Nyní váží 65 kg při výšce 160 cm a její BMI je 25 (ideální váha). 1. pooperační den měla pacientka naordinovanou dietu 0s-čajovou. Je edukována, že by se měla snažit pít často a po malých douškách, ať už čaj nebo vodu. Hrneček s tekutinou a s brčkem jsem ji připravila tak, aby ho měla na dosah ruky a mohla se kdykoli napít. Přes den vypila kolem 900 ml. Na stolečku měla papírek, kam jsem zaznamenávala kolik hrníčku paní K.S. za den vypila. Dále pacientky měla od lékaře naordinovanou infuzní terapii. Pacientce byl měřen P+V, který nám po sečtení a odečtení per os a parenterální výživy vyšel bilančně pozitivní (+1300 ml).

### **3) Vylučování**

Paní K.S. nikdy problémy s vylučováním moče nebo stolice neměla. Poslední stolice je zaznamenána dne 17.01. Od té doby na stolici nebyla, což je i pochopitelné, z důvodu operace a minimálního příjmu potravy. V použití toalety je jinak soběstačná. V pooperačním období však potřebovala pomoci se vstáváním z lůžka a s chůzí na toaletu, případně si zažádala o podložní mísu. Cítí se ještě velice slabá. Pacientka má z operačního sálu zavedený PMK (18.01.). Jak je uvedeno v předchozím odstavci, pacientce je měřen P+V tekutin. 1. pooperační den vymočila 1300 ml a celkový příjem tekutin byl 2600 ml. Bilance tekutin je tedy dne 19.01. pozitivní (+1300 ml). Při příjmu na interní kliniku (07.01.) byla moč pacientky tmavé barvy, z důvodu obstrukce žlučových cest. Při ERCP byl zaveden stent nad zúžení ve žlučových cestách, aby mohla žluč znovu odtékat. Dnes PMK odvádí moč žluté barvy, bez viditelné patologické příměsi a atypického zápachu.

### **4) Aktivita a cvičení**

Před onemocněním byla pacientka plně aktivní. V tomto pooperačním období má pohybový režim volný. Dvakrát denně na oddělení docházela rehabilitační pracovnice, která paní K.S. edukovala o správném vstávání z lehu do sedu a naopak, aby co nejméně namáhala břišní svaly. U pacientky jsem zhodnotila Barthel test základních denních činností, který byl 55 b., tzn.

závislost středního stupně. Pacientka se cítí ještě velice slabá, a proto při chůzi např. na toaletu potřebuje dopomoci. Snaží se procvičovat horní i dolní končetiny malými pohyby při pobytu na lůžku. Polohu zaujímá samostatně. Je však omezena operační ránou, kterou má na břicho, tudíž většinu času leží na zádech. V případě bolesti pokrčuje dolní končetiny nebo se snaží přetočit mírně na bok. Jelikož je teprve 1.den po operaci, snaží se nabrat dostatek síly a energie odpočinkem. Jako prevenci TEN má paní K.S. na obou DK bandáže, které ji pravidelně kontrolují, aby je měla funkční. Ve 20:00 hod. sestra pacientce aplikovala Fraxiparine 0,3 s.c.

### **5) Spánek a odpočinek**

Pacientka při příjmu uvedla, že má doma problémy se spánkem. Často se během noci budí a pak nemůže opět usnout. Žádné léky na spaní však neužívá. V nemocnici se jí nespí o nic lépe. Má problémy s usínáním a s častým buzením během noci, což je spjato s bolestí z důvodu operační rány. Psychický stav pacientky není vyrovnaný v souvislosti se závažností jejího onemocnění. Žádné léky na spaní si však neřádá. Snaží se alespoň zaujímat takovou polohu, aby se jí dobře leželo, ale i to je komplikované z důvodu operační rány.

### **6) Vnímání, poznávání**

Pacientka je při vědomí, plně orientovaná místem, časem i osobou. Komunikace je bez problémů, na dotazy odpovídá srozumitelně. Paní K.S. nemá žádné problémy se zrakem, sluchem, s pozorností ani s pamětí. Žádné kompenzační pomůcky nevyužívá. Stěžuje si na bolest v oblasti operační rány, kterou popisuje jako tupou bolest. Bolest pacientky je pravidelně monitorována podle škály bolesti. V ranních hodinách pacientka popisuje bolest na VAS číslem 4. Paní K.S. kapou kontinuálně analgetika Jelikož je bolest pro pacientku opravdu nepříjemná, zažádala si o další analgetikum, které má od lékaře naordinované při bolestech. Doporučili jsme pacientce také změnit polohu, aby ji přinesla úlevu. Během dne nemocná udávala postupné zlepšování bolesti a ohodnotila ji číslem 2 na VAS.



## **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Paní K.S. se popsala spíše jako člověk introvertního typu, ale společnosti se určitě nebrání. Vždy se snažila být ve všech nepříjemných situacích silná a racionální. Pozice, do které se dostala nyní, vnímá jako životní zklamání. Má velké obavy a strach z toho co se bude dít, až opustí nemocnici. Pacientka na mě působí velice úzkostlivě, depresivně a uzavřeně, což je typickým příznakem karcinomu pankreatu.

## **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Paní K.S. je vdaná, bydlí ve městě s manželem. Společně mají dvě děti, holčičky, 3 a 7 let. Manžel ji pravidelně každý den v nemocnici navštěvuje. Je vidět, že má svou ženu opravdu rád a velice ji podporuje. Je její obrovskou oporou. Jelikož je pacientka hospitalizována na JIP, není zde bohužel povolen přístup takto malým dětem. Už se tedy moc těší, až bude propuštěna do domácí péče. Má velice přátelský vztah se svou maminkou, která za ní pravidelně chodí na návštěvy. Tatínka jsem však nikdy nepotkala a ani se pacientka o něm nikdy nezmínila.

## **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, kde je nález vždy v normě. Má dvě zdravé děti, které porodila spontánní cestou. Nikdy na žádném potratu nebyla. Menstruaci má nepravidelnou.

## **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Se stresem se v dnešní době setkáváme každý den. Podle paní K.S. záleží na každém člověku, jak se s ním vyrovná. Jak už je uvedeno výše, pacientka s přibývajícím povinnostmi a životními okolnostmi začala od svých 25 let kouřit. Do té doby byla nekuřačka. Až do zjištění svého momentálního zdravotního stavu, se jí žádná závažná situace nepříhodila. V tomto období jí pomáhá hlavně její rodina, především manžel. Stále je však ve velice úzkostném stavu a

v obavách, především o její dvě malé děti. Pacientku navštěvuje kněz, kterého si rodina sama zajistila. Po jeho návštěvě bylo na paní K.S. vidět, že je klidnější a vyrovnanější.

### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pacientka a její rodina jsou věřící. Náboženstvím jejich volby je křesťanství. Pravidelně chodí do kostela. Vzhledem k její nemoci a prognóze, se s tím velice těžko vyrovnávala, avšak podpora celé její rodiny a víra ji dodávaly sílu. Za největší životní hodnotu považuje zdraví, které ji bohužel teď už nikdo nenahradí. Velice si váží rodinného zázemí, přátelství a lásky. Věří, že vše má své důvody a opodstatnění.

### **12) Jiné**

**PŘEHLED ZÁKLADNÍCH ÚDAJŮ K 1.POOPERAČNÍMU  
DNI (19.1.2013)**

<b>Oddělení</b>	JIP chirurgická klinika
<b>Den</b>	1. pooperační den (3. den hospitalizace)
<b>Diagnoza</b>	ZN hlava slinivky břišní – caput pancreatis
<b>Operace</b>	18.1.2013 Op. výkon - Laparotomia explorativa, cholecystektomia subserosa, biopsia pancreatis, lymphadenectomia retroperitonealis diagnostica
<b>Pohybový režim</b>	volný
<b>Rehabilitace</b>	RHB
<b>Dieta</b>	0s čajová
<b>Invazivní vstupy</b>	CŽK – zaveden 17.1., dnes 3. den EDK – zaveden 18.1., dnes 2. den PMK – zaveden 18.1., dnes 2. den
<b>Infuze, parenterální výživa</b>	1) Plasmalyte 1000 ml, 150 ml/hod. i.v., 10-16:30 hod. 2) Plasmalyte 1000 ml + 5% Glukóza i.v. 150 ml/hod., 18:00-02:30 hod.
<b>Analgetika</b>	Dolsin 300 mg do 20 ml FR i.v. dávkovač 0,8 ml kontinuálně Novalgin 1g+100 ml FR při bolesti, aplikovat 30 min, 8-14-20-02 hod.
<b>Antikoagulační léčba</b>	Fraxiparine 0,3 s.c. ve 20:00 hod.
<b>Ostatní medikace</b>	Nebulizace: Mukosolvan 2 ml + FR 2 ml, 8-14-20 hod. Degan 1 amp. i.v. 8-14-20 hod. Helicid 40 mg i.v.+100 ml FR v 10:00 hod. aplikovat 30 min.
<b>Monitorace</b>	TK ā 6 hod P ā 6 hod Saturace ā 6 hod O <sub>2</sub> ā 6 hod Diuréza ā 12 hod P+V ā 24 hod EKG monitoring

### **3.4 Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy jsem u paní K.S. stanovila 1. pooperační den (19.1.2013) na JIP. Cíle a realizaci plánu jsem si naplánovala na délku mé služby – 12 hodin. Diagnózy jsem rozdělila na aktuální a potencionální.

Přehled ošetrovatelských diagnóz stanovených k 1. pooperačnímu dni (19.1.):

#### ***Aktuální diagnózy:***

- 1) Bolest související s operačním výkonem.
- 2) Porucha spánku související se závažností onemocnění a bolestí.
- 3) Porucha soběstačnosti a sebepéče související s operačním výkonem, bolestí a kontinuální monitorací na JIP.
- 4) Porucha kožní integrity související s operační ránou.

#### ***Potencionální diagnózy:***

- 1) Riziko vzniku infekce související s operační ránou a v důsledku zavedení invazivních vstupů (CŽK, PMK, EDK).
- 2) Riziko vzniku TEN související s pooperačním stavem.
- 3) Riziko deficitu tělesných tekutin související s nechutenstvím a pooperačním stavem.

### **3.5 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče**

#### **Aktuální diagnózy:**

- 1) Bolest související s operačním výkonem.**

#### ***Cíl:***

U pacientky dojde během dne ke zmírnění bolesti na stupeň 2 na VAS (0-10).

### ***Plán :***

- monitorace bolesti pomocí VAS (0-10)
- sledování neverbálních projevů pacientky (pozorovat výraz v obličeji, polohu, chování)
- monitorace fyziologických funkcí
- vyslechnout pacientku a ukázat jí naši důvěru
- pomoci pacientce najít úlevovou polohu
- naučit pacientku jak správně vstávat z lehu do sedu a naopak
- podávat analgetika dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podávaných analgetik

### ***Realizace k 1.pooperačnímu dni (19.1.)***

Mezi 8-10 hod. pacientka udávala bolest v oblasti břicha a operační rány, kterou ohodnotila číslem 4 na VAS. Ošetřující lékař vysvětlil pacientce příčinu bolesti a informoval ji o předepsaných analgeticích. Pacientka měla zavedený EDK z operačního sálu (18.1.), který však musel být v 9:45 hod. vytažen z důvodu nefunkčnosti. Kontinuálně pacientce kapala analgetika pomocí dávkovače - Dolsin 300 mg ve 100 ml FR rychlostí 0,8 ml/hod do CŽK. Při větších bolestech, měla paní K.S. od lékaře naordinovaný Novalgin 1g ve 100 ml FR ā 6 hod. (08-14-20-02), který kapal 30 min. Pacientka si ho vyžádala pouze ráno v 8 hod. a po-té už ho nechtěla. Bolest pomaličku ustupovala. Za pacientkou docházela rehabilitační pracovnice, která s ní nacvičovala správné vstávání z lůžka a naopak, aby co nejméně namáhala oblast břicha kde je operační rána. Pacientka se však cítila ještě velice slabá a bolestivost v oblasti operační rány ji bránila větší aktivitě. Dále byly kontinuálně měřeny FF, které zůstávaly v normě. Nemocné nejvíce vyhovuje poloha na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Kolem poledne pacientka hodnotila bolest číslem 3 a v pozdějších odpoledních hodinách udávala snížení bolesti na hodnotu 2 na VAS. Bolest už považuje za snesitelnou.

### ***Hodnocení***

Pacientka udává snížení bolesti z čísla 4 na číslo 2 na VAS. FF byly po celý den v normě. Ke vstávání využívá správné techniky, která jí byla doporučena. Pacientka si našla takovou polohu, v které se cítí nejpohodlněji. Cíle byly splněny.

### **2) Porucha spánku související se závažností onemocnění a bolestí.**

#### ***Cíl:***

Pacientka bude spát souvisle alespoň 5 hod. mezi 23:00 – 5:30 hod.

Po probuzení se bude cítit odpočatá.

#### ***Plán:***

- snažit se, aby pacientka měla dostatek informací
- čisté a upravené lůžko
- zajistit klidné a čisté prostředí – omezení rušivých faktorů (světlo, hluk), vyvětrat
- podávání analgetik dle ordinace lékaře ke zmírnění bolesti
- podání hypnotik

#### ***Realizace k 1. pooperačnímu dni (19.1.):***

Před předáním služby noční sestře, jsem se ujistila, zda pacientka má vše co potřebuje. Upravila jsem lůžko, aby se paní K.S. cítila co nejpohodlněji. Signalizační zařízení jsem dala na dosah ruky a poučila pacientku, že při jakékoli potřebě může kdykoli během noci zazvonit na sestru. Zkontrolovala jsem, zda má dostatek tekutin. Léky na bolest dostávala pacientka kontinuálně. Novalgin 1g ve 100 ml FR, který měla od lékaře předepsaný při bolestech si už večer od sestry nevyžádala. Žádné léky na spaní také nechtěla.

### ***Hodnocení:***

Cíl péče byl splněn pouze částečně. Pacientka usnula přibližně o půlnoci. Asi kolem půl 3 ráno jí probudila bolest v oblasti operační rány. Sestra podala léky na bolest, které byly předepsané, a pacientka přibližně ve 3 hod. ráno opět usnula a probudila se v 5:30 hod. Podle informací od noční sestry pacientka spala asi 5 hod. přerušovaného spánku.

### **3) Porucha soběstačnosti a sebezpečí související s operačním výkonem, s bolestí a kontinuální monitorací na JIP.**

#### ***Cíl:***

Pacientka bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygieny a oblékání.

#### ***Plán:***

- zhodnotit úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu
- pomoci při hygieně a oblékání
- aktivně zapojit pacientku
- pravidelně vyměňovat osobní i ložní prádlo
- zajistit, aby měla všechny pomůcky na dosah ruky
- signalizační zařízení k dispozici

#### ***Realizace k 1. pooperačnímu dni (19.1.):***

Úroveň soběstačnosti pacientky jsem zhodnotila pomocí Barthelova testu, kde mi vyšla hodnota 55 bodů - závislost středního stupně. Ráno jsem donesla lavůrek s teplou vodou k lůžku pacientky a připravila veškeré hygienické potřeby, abychom je měly na dosah ruky. Paní K.S. si sama umyla obličej a krk a se zbytkem hygieny jsem ji dopomohla. Po ukončení jsem jí asistovala při oblékání do čistého pyžama a ujistila jsem se, že je její lůžko řádně čisté a upravené. K blízkosti pravé ruky jsem dala signalizační zařízení a edukovala jsem pacientku, aby při jakékoli potřebě zazvonila.

***Hodnocení:***

Během ranní hygieny pacientka potřebovala dopomoc ošetrovatelského personálu. Porucha soběstačnosti a deficit sebepěče je však pouze částečný a souvisí s krátkou dobou po operačním výkonu a bolestivostí v oblasti operační rány. U pacientky se dá očekávat brzký návrat k normálnímu stavu soběstačnosti. U nemocné je hygiena zajištěna dostatečně a převládá pocit čistoty.

**4) Porucha kožní integrity související s operační ránou.**

***Cíl:***

Včasné rozpoznání místních i celkových známek infekce.

***Plán:***

- kontrolovat stav obvazu, sledovat stav op. rány a případné známky infekce (zarudnutí, zvýšení TT)
- převazovat ránu za aseptických podmínek
- kontrolovat laboratorní hodnoty a TT

***Realizace 1.poooperační den (19.1.):***

Při ranní vizitě jsme společně s lékařem operační ránu zkontrolovali. Obvaz byl suchý, neprosakoval. Lékař tedy usoudil, že se operační rána dnes převazovat nebude. Během dne jsem změřila TT, která byla 36,5.

***Hodnocení:***

Obvaz je suchý, neprosakuje. Okolí rány je klidné. Pacientka nejeví žádné známky infekce. Cíl byl úspěšně splněn.



**Potencionální diagnózy:**

**1) Riziko vzniku infekce související s operační ránou a v důsledku zavedení invazivních vstupů (CŽK, PMK, EDK).**

***Cíl:***

Předejít a minimalizovat vznik infekce.

Včas rozpoznat známky infekce.

***Plán:***

- operační rána a invazivní vstupy jsou pravidelně kontrolovány
- dodržovat aseptický přístup při převazech a manipulaci s invazivními vstupy
- kontrolovat stav operační rány, invazivních vstupů a jejich okolí pro místní známky infekce (zarudnutí)
- při aplikaci parenterální výživy a analgetik zkontrolovat funkčnost katétrů (CŽK, EDK)
- kontrolovat datum převazů a zavedení invazivních vstupů a dle standardu oddělení pravidelně vyměňovat
- kontrolovat funkčnost PMK (zda odvádí moč)
- sledovat známky močové infekce – diuréza, barva, příměsi, zápach moče, strangurie
- informovat pacientku o důležitosti dodržování hygienického režimu
- kontrolovat laboratorní hodnoty a TT (celkové známky infekce)

***Realizace:***

Operační rána neprosakovala, krytí bylo suché, a proto lékař rozhodl, že se rána dnes převazovat nebude.

CŽK byl pacientce zaveden den před operací (17.1.). Je sterilně kryt průhlednou fólií, která by se dle standardů měla vyměňovat ā 72hod, a proto jsem dnes (19.1.)

pacientce převázala CŽK. Vydezinfikovala jsem si ruce, nasadila jsem si rukavice a odstranila jsem staré krytí. Zkontrolovala jsem vstup invazivního vstupu a stav pokožky v okolí katétru, zda nejsou přítomny známky infekce – zarudnutí, otok. Vyměnila jsem si rukavice, odezinfikovala jsem vstup a okolí katétru a sterilně jsem ho přelepila. Datum převazu jsem zaznamenala na nové krytí CŽK a do dokumentace.

EDK měla pacientka od 18.1. Kontinuálně do něj byla aplikována analgezie. Z důvodu jeho nefunkčnosti, sestra katétr dnes v 9:45 hod. odstranila. Kontinuální analgezie se dále aplikovala do CŽK.

PMK byl zaveden v den operace (18.1.). Je potřeba věnovat péči ústí močového katétru. Ujistila jsem se, že je genitál důkladně omytý i v záhybech. Důležité je, aby se po umytí genitál dostatečně osušil jako prevence vzniku opruzenin. Pacientky jsem se ptala, zda nepocítuje pálení, řezání či nepříjemnou bolest v oblasti močové cévky. Na nic si nestěžovala. Dále jsem sledovala množství, barvu, zápach a příměsi v moči. Každých 12 hod. se u pacientky měřila diuréza. Moč byla bez zápachu, bez příměsi a barva byla čirá.

Při jakékoli manipulaci s katétrou jsem dodržovala aseptický přístup, vždy si vydezinfikovala ruce, případně použila jednorázové rukavice. Během dne, jsem průběžně kontrolovala, zda se v okolí nebo v místě vstupů nevyskytla infekce.

### ***Hodnocení:***

Invazivní vstupy a operační rána jsou bez známek infekce. Cíl byl splněn.

## **2) Riziko vzniku TEN související s pooperačním stavem.**

### ***Cíl:***

Předejít vzniku TEN.

Pacientka nebude mít známky TEN.

### ***Plán:***

- kontrola bandáží DK
- monitorování příznaků TEN
- aktivizace pacientky co nejdříve v pooperačním období
- aplikace nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře

### ***Realizace:***

Každé ráno jsem pacientce zkontrolovala, zda má bandáže DK správně nasazené. Ujistila jsem se, že ji neobtěžují (nejsou moc utažené nebo naopak volné – nefunkční). Bandáže jsem dnes převázala pomocí klasového obvazu, jelikož se pacientce během noci uvolnily. Společně s rehabilitační pracovníci, jsme se pacientku snažili aktivizovat. Paní K.S. se však ještě necítila na větší aktivitu dostatečně silná, což je dáno i krátkým pooperačním obdobím. Rehabilitační pracovníce pacientce ukázala cviky na DK a HK, které může dělat v leže na lůžku. Podle ordinace lékaře sestra aplikovala ve 20:00 hod. nízkomolekulární heparin – Fraxiparine 0,3 s.c.

### ***Hodnocení:***

Cíl byl splněn. Pacientka nejeví známky TEN.

### **3) Riziko deficitu tělesných tekutin související s nechutenstvím a pooperačním stavem.**

#### ***Cíl:***

Pacientka bude přijímat dostatečné množství tekutin – vypije 75 ml/hod.

Bude dostatečně edukována o dietním režimu.

#### ***Plán:***

- dostatečná informovanost pacientky o dietním režimu
- pobízet pacientku k příjmu tekutin
- monitorace a zapisování příjmu tekutin
- sledování stavu pacientky
- zajištění adekvátní hydratace
- zajistit konzultaci s nutriční terapeutkou

#### ***Realizace:***

Dnes (19.1.) má pacientka naordinovanou dietu 0s-čajovou. Lékař paní K.S. informoval o dietním režimu pro nadcházející dny. Během dne jsem aktivně nabízela tekutiny. Doporučila jsem pacientce, že je lepší pít častěji po malých douškách. Na stolečku u lůžka měla papírek, kam jsem zaznamenávala příjem tekutin, které během dne vypila. Pacientce se měřil P+V. Za dnešní den vypila 900 ml tekutin a společně s parenterální výživou nám bilance na konci dne vyšla pozitivní (+1300 ml). Pacientku jsem o dodržování diety edukovala, ale podrobnější informace o postupném zatěžování organismu stravou ji podal lékař.

#### ***Hodnocení:***

Pacientka během dne vypila 900 ml tekutin a je bilančně pozitivní. Byla dostatečně edukována o dodržování dietního režimu. Cíl byl splněn.

### **3.6 Dlouhodobý plán péče**

Pacientka byla přijata na standardní oddělení chirurgické kliniky 17.1. 2013 k plánované operaci. Druhý den šla na operační výkon a poté byla uložena 4 dny na JIP (18. - 21.1.). Po stabilizaci stavu byla přeložena zpět na standardní oddělení a 29.1. propuštěna do domácí péče. Hospitalizace trvala celkem 12 dnů.

V dlouhodobém plánu péče jsem se soustředila na průběh hospitalizace a rizika či obtíže stanovené v krátkodobém plánu péče.

#### **Vývoj bolesti během hospitalizace:**

Do 1. pooperačního dne měla pacientka zavedený EDK, do kterého kontinuálně přicházel Dolsin 300 mg ve 20 ml FR rychlostí 0,8 ml/hod. Z důvodu nefunkčnosti musel být katétr odstraněn a kontinuální analgezie byla aplikována do CŽK. Bolest byla průběžně hodnocena pomocí VAS. Postupně se snižovala z hodnoty 7 (po operačním výkonu) na hodnotu 2. Kontinuální analgezie byla 21.1. zrušena. Při bolestech byl pacientce aplikován Novalgin 1g ve 100 ml/FR, který si žádala pouze 1x denně většinou v ranních hodinách. Paní K.S. jsme pomáhali najít úlevovou polohu, která by ji alespoň částečně ulevila od bolesti. Na standardním oddělení byla pacientce bolest tlumena i.m. injekcí (Dolsin 50 mg) 3x denně v 10-16-22 hod. Bolest se postupně snížila až na hodnotu 0 na VAS. Pouze při větší námaze dosahovala hodnoty 1-2 a analgetika byly aplikovány jen při bolestech na vyžádání pacientky.

#### **Vývoj spánku během hospitalizace:**

Už při příjmu pacientka uvedla, že má doma problémy se spánkem. Budí se během noci a pak nemůže usnout. V nemocnici se to bohužel nezlepšilo. Žádné léky na spaní nechtěla. Vždy jsem se ujistila, že pacientka má dostatek informací, které jsem ji mohla poskytnout, upravené lůžko, snažila jsem se zajistit klidné prostředí, čerstvý vzduch a dle ordinace lékaře jsem aplikovala analgetika. První dny po operaci měla paní K.S. opravdu velké problémy s usínáním, a nepřerušovaným spánkem. Spala pouze 4-5 hod./denně nejdéle. Příčinou byla

bolest, ale především závažnost jejího onemocnění. S postupem času bylo vidět, že je pacientka klidnější a nejeví známky psychické tísně. V posledních dnech hospitalizace spala cca 6 hod. nepřerušovaného spánku.

### **Vývoj soběstačnosti a sebepéče během hospitalizace:**

V pooperačním období byla pacientka závislá na naší pomoci. Pomáhala jsem jí s hygienickou péčí i s oblékáním. Příčinou byla především bolest z operační rány. Pacientka se cítila i dlouhou dobu slabá a měla strach z jakéhokoli pohybu. Za paní K.S. chodila rehabilitační pracovnice a společně 2x denně nacvičovaly správné vstávání z lůžka a chůzi. Její soběstačnost se den ode dne zlepšovala a v uspokojování základních potřeb se stala zcela soběstačná. Důležitá byla stálá kontrola bandáží DK, jako prevence vzniku TEN a kontrola jejich funkčnosti. V posledních dnech hospitalizace už nepotřebovala ani dopomoci při chůzi a snažila se sama sebe co nejvíce aktivizovat. Jako profylaxe TEN byl do posledního dne hospitalizace aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c.

### **Vývoj výživy a vyprazdňování:**

V pooperačním období měla pacientka naordinovanou dietu 0s čajovou, která přešla v 1C pooperační a dále byla postupně zatěžována stravou. Paní K.S. byla průběžně edukována nutriční terapeutkou o dodržování diety č. 4 (viz. edukace). V prvních operačních dnech pacientka dostávala infuzní terapii, aby byla dostatečně hydratována. Každých 12 hod. byl sledován P+V a diuréza. V příjmu stravy a tekutin se stala zcela soběstačná. Na operačním sále byl pacientce zaveden PMK, který byl 20.1. odstraněn. Paní K.S. byla poučena, že by se měla do 8 hod. po odstranění katétru vymočit. Pacientka mi potom nahlásila, že byla na toaletě a nepocítovala žádné abnormality jako např. pálení, řezání. Stolice byla pravidelná.

### **Vývoj operační rány:**

Operační rána se převazovala až 2. pooperační den. Krytí bylo mírně prosáklé. Břišní drén odváděl minimální množství. Okolí a operační rána byla

vždy důkladně dezinfikována a kryta opět sterilním krytím. Dále se převaz dělal každý den. Někdy byl potřeba 2x denně dle prosáknutí krytí. Drén byl odstraněn 25.1. a rána byla zakryta sterilními čtverci a přelepena. Op. rána se hojila per primam - klidná, bez sekrece, bez známek infekce. Okolí bylo také klidné. Nejdříve byla vyndána pouze polovina stehů a 28.1. byly odstraněny všechny stehy. Pacientka byla poučena lékařem v péči o jizvu, omezení fyzické námahy a následné kontrole u lékaře.

### **3.7 Hodnocení psychosociálního stavu pacientky**

#### **3.7.1 Psychologie nemoci**

Nemoc je definována jako porucha zdraví a je zásahem do jeho duševního života. Při vymezování slova nemoc je důležité vycházet z pojetí jednoty a celistvosti organismu. Nepostihuje pouze složku somatickou, ale ovlivňuje i psychiku a prožívání nemocného. Na rozdíl od zdraví, nemoc přináší potíže. Každý člověk je individuální, každý nemoc prožívá jinak a jinak také na ni reaguje, a proto bychom při ošetřování měli k různým jedincům přistupovat individuálně. Nemoc je náročná životní situace, která je často vnímaná jako obtížně zvládnutelná nebo nezvládnutelná. Většinou se projeví jako anxiózní a depresivní syndrom bez psychotické intenzity. Typ psychické reakce onkologicky nemocného a způsob prožívání nemoci závisí na několika faktorech: na premorbidní osobnosti nemocného, věku, osobních vlastnostech a schopnostech, stylu života, rozsahu informovanosti o vlastní nemoci, na sociálním zázemí a zvláště pak na citovém zázemí rodiny a její funkčnosti. (12, 14)

Americká lékařka Elisabeth Kübler-Ross definovala pět fází, kterými člověk prochází, ve snaze vyrovnat se, se závažným onemocněním. Definovala je na základě rozhovorů s mnoha umírajícími.

- 1) Popírání a izolace - odmítání přijmout pravdu, šok, popření choroby
- 2) Zlost – agrese, rozpoznání nevyhnutelnosti situace, obrana proti ní
- 3) Smlouvání - tápání mezi iluzí a jistotou, hledání jiné zázračné léčby

- 4) Deprese – pocit beznaděje, smutku, z poznání nezvratitelnosti nemoci
- 5) Přijetí reality – smíření, akceptuje chorobu

### **3.7.2 Psychologie pacientky**

Paní K.S. už nějakou dobu pozorovala, že s ní není něco v pořádku, proto navštívila svého praktického lékaře, který ji odkázal na interní kliniku. Zde pacientku přijali pro obstrukční ikterus a provedli mnoho vyšetření ke stanovení diagnózy. Jako příčina obstrukce byl zjištěn tumor hlavy pankreatu. Pacientku lékaři průběžně informovali o její nemoci, avšak sami ještě nevěděli, jak závažné její onemocnění bylo. Indikovali ji tedy k operačnímu výkonu- resekce pankreatu. Při operaci lékaři zjistili, že je tumor primárně radikálně neodstranitelný. Podle výpovědi sester přijala paní K.S. diagnózu klidně a nejevila známky psychické tísně. Největší její podporou byl její manžel, který za ní denně do nemocnice docházel. Jejich situace byla o to smutnější, jelikož měli dvě malé děti (3 a 7 let). Další její velkou oporou byla víra v Boha, ve kterého celá rodina věřila. Měli i vlastního kněze, který za ni pravidelně docházel, a po jeho návštěvě se mi zdála mnohem klidnější. Opravdu jsem ji obdivovala, jak byla silná, i když jsem s ní nikdy o jejím zdravotním stavu nemluvila. Asi dvakrát se mě paní K.S. zeptala na otázky ohledně smrti a umírání, ale zároveň si na ně sama odpověděla. Jinak se vůbec ohledně své nemoci nezmiňovala. Nejčastěji hovořila o svých dětech, které jí moc chyběli. Myslím, že pacientka po propuštění z nemocnice ani žádnou odbornou psychologickou pomoc nevyhledávala. To, co ji opravdu dodávalo sílu byla její rodina a víra.

### **3.8 Edukace**

Edukace probíhala průběžně po celou dobu hospitalizace pacientky. Na edukaci se podíleli nejen sestry, ale i lékaři a další zdravotničtí specialisté – nutriční terapeuti a rehabilitační pracovníci.



Při příjmu byla pacientka seznámena s oddělením, právy pacientů, režimem oddělení a signalizačním zařízením. Byla obeznámena se svou diagnózou a nutností léčby, s předoperačním a pooperačním průběhem, s anesteziologickou přípravou a operačním výkonem.

Z důvodu zavedeného PMK byla nutná dostatečná hygiena genitálu. Pacientku jsem edukovala, aby si genitál důkladně omývala v rámci prevence močové infekce a zároveň dostatečně osušila, aby se předešlo vzniku opruzenin.

Rehabilitační pracovnice i sestry pacientku edukovaly o vhodném vstávání z lůžka. Pacientka se nejdříve pomalu přetočila na jeden bok, pokrčila nohy v kolenou, opřela se o loket a pomalu spouštěla DK z lůžka a zároveň si rukou, kterou měla opřenou o loket, pomáhala do sedu. Pacientce jsem ještě doporučila, aby se snažila druhou rukou držet operační ránu.

Další edukace se týkala prevence vzniku TEN. TEN je onemocnění, které je charakterizováno vznikem krevní sraženiny a jeho následným vmetením do plic. Jako preventivní opatření využíváme bandáže DK a aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Pacientce jsem pomocí elastických obinadel udělala bandáže DK pomocí klasového obvazu. Vysvětlila jsem jí, že je důležité je mít, než začne být opět fyzicky dostatečně aktivní, jelikož stlačováním končetiny zvyšují průtok krve a návratný tlak a tím nedochází k její stagnaci.

O správné dietě byla informována nutričním terapeutem, který ji poučil o žlučnickové dietě (č. 4 s omezením tuků). Lékař doporučil pacientce jemně sprchovat a promazávat jizvu a při jakýchkoli potížích přijít na kontrolu dříve, jinak je plánována na 7.2. Pokud se budou objevovat bolesti, má pani K.S. použít běžná analgetika, nejlépe Algifen gtt. Dále dodržovat klidový režim a zbytečně se nepřetěžovat. Pacientka byla předána onkologickému týmu k další léčbě. V plánu byla adjuvantní terapie s cílem downstagingu.

### **3.9 Prognóza pacientky**

Jelikož je pacientka teprve na začátku onkologické terapie, nemůžeme s přesností stanovit její prognózu. Avšak podle statistik, které jsou uvedeny na začátku práce, je prognóza velice skeptická.

## **Závěr**

Tato případová studie poskytuje komplexní pohled z klinického i ošetřovatelského hlediska na pacientku s diagnózou karcinom pankreatu.

Skládá se z klinické části, kde jsem popsala anatomii a fyziologii pankreatu, charakteristiku karcinomu slinivky břišní, jeho epidemiologii, patogenezi, diagnostické metody, terapii onemocnění a v závěru této části jsem se věnovala prognóze tohoto agresivního nádoru.

V další části uvádím anamnézu pacientky, stav při příjmu, její nynější onemocnění a průběh hospitalizace.

V ošetřovatelské části jsem se zaměřila na ošetřovatelský proces a jeho charakteristiku. Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala dle modelu Marjory Gordon: „Model funkčních vzorců zdraví“, podle něhož jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán. Zmiňuji zde i psychosociální problematiku a edukaci pacientky.

V závěru práce je uveden seznam použité literatury, zkratk, tabulek, grafů a příloh.

Onemocnění slinivky břišní je velice závažné a v poslední době stále častější onemocnění. Jediným kurativním přístupem při léčbě karcinomu pankreatu je radikální resekce. Provádí se tzv. Whippleho resekce, která je nejsložitějším výkonem v břišní chirurgii a trvá většinou kolem pěti a více hodin. Pro zajímavost bych chtěla uvést, že chirurgie ve FNKV od r. 2008 až do května 2013 provedla přesně 107 těchto složitých zákroků. (dle informací ošetřujícího lékaře)

Závěrem bych chtěla napsat, že u takto závažného a složitého onemocnění je velice důležitý komplexní přístup k pacientovi, spolupráce všech zdravotnických pracovníků a provázanost jednotlivých lékařských oborů.

## Seznam použité literatury

- 1) ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, xxi, 417 s. ISBN 978-807-2626-489.
- 2) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
- 3) GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 163 s., il. ISBN 80-726-2302-8.
- 4) KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 790 s. ISBN 978-802-4730-684.
- 5) KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xxxvii, 686 s. ISBN 80-246-0468-X.
- 6) NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
- 7) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha. ISBN 80-247-1211-3.
- 8) ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 80-858-6645-5.
- 9) STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 49 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3282-5.
- 10) STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. ISBN 80-7184-243-5.

- 11) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- 12) ZACHAROVÁ, Eva. Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.
- 13) ZAVORAL, Miroslav. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 287 s. ISBN 80-726-2348-6.

#### **Články a internetové zdroje:**

- 14) VYTEJČKOVÁ, Renata. Holistický pohled na péči o nemocného s diagnózou karcinom kaudy pankreatu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 5. DOI: 1801-1349.
- 15) HUCL, Tomáš. Karcinom pankreatu. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: [http://www.csgh.info/dwnld/gh\\_2012\\_5\\_350\\_356.pdf](http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_5_350_356.pdf)
- 16) NOVOTNÝ, Jan. Karcinom slinivky břišní. *Příloha: Lékařské listy* [online]. 2010, č. 11 [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/karcinom-slinivky-brisni-452142>
- 17) SÚKL-Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Web SÚKL*. [online] SÚKL. Praha, 2010. [cit. 2013-05-24]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
- 18) To try to cure pancreatic cancer. *Cancer research uk* [online]. [cit. 2013-05-21]. Dostupné z: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/pancreatic-cancer/treatment/surgery/surgery-to-try-to-cure-pancreatic-cancer#heart>

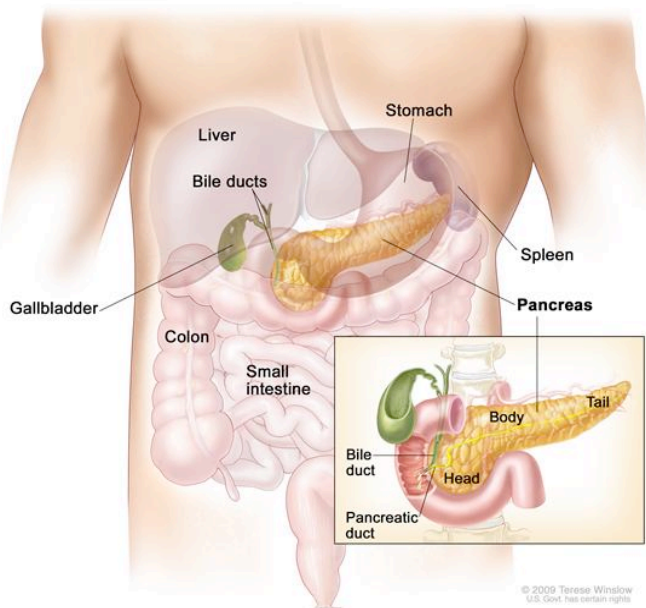
## SEZNAM ZKRATEK

<b>ALT</b>	Alaninominottransferáza
<b>amp.</b>	Ampule
<b>AST</b>	Asparátminottransferáza
<b>Aptt</b>	Aktivovaný parciální tromboplastinový test
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>CCK</b>	Cholecystokinin
<b>cm</b>	Centimetr
<b>CT</b>	Výpočetní tomografie
<b>CŽK</b>	Centrální žilní katétr
<b>č.</b>	Číslo
<b>DK</b>	Dolní končetiny
<b>EDK</b>	Epidurální katétr
<b>EKG</b>	Elektrokardiogram
<b>Ept</b>	Endoskopická papilosfinkterotomie
<b>ex</b>	Vyndání, zrušení
<b>FNKV</b>	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
<b>FR</b>	Fyziologický roztok
<b>g</b>	Gram
<b>GIT</b>	Gastrointestinální trakt
<b>GIP</b>	Gastric inhibitory peptide
<b>gtt</b>	Kapky
<b>HK</b>	Horní končetiny
<b>hod.</b>	Hodina
<b>INR</b>	International normalization ratio (mezinárodní normalizovaný poměr)
<b>i.v.</b>	Intravenózně (do žíly)
<b>JIP</b>	Jednotka intenzivní péče
<b>kg</b>	Kilogram
<b>l</b>	Litr

<b>ml</b>	Mililitr
<b>mg</b>	Miligram
<b>mm</b>	Milimetr
<b>MR</b>	Magnetická rezonance
<b>MRCP</b>	Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography
<b>per.os</b>	Per orálně (ústy)
<b>PMK</b>	Permanentní močový katétr
<b>P+V</b>	Příjem + Výdej
<b>RHB</b>	Rehabilitace
<b>RTG</b>	Rentgen
<b>s.c.</b>	Subkutánně (pod kůží)
<b>tbl</b>	Tableta
<b>TEN</b>	Tromboembolicá nemoc
<b>TT</b>	Tělesná teplota
<b>tzn.</b>	To znamená
<b>VAS</b>	Vizuální analogová škála
<b>ZN</b>	Zhoubný nádor

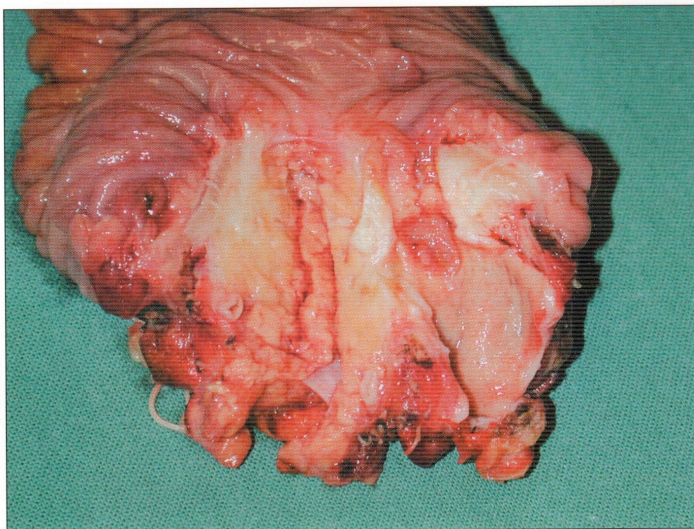
## Obrázky, tabulky a grafy

Obrázek č.1 - Anatomie slinivky břišní



(<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/pancreatic/Patient/page1>)

Obrázek č.2 – Resekát pankreatu s karcinomem hlavy.



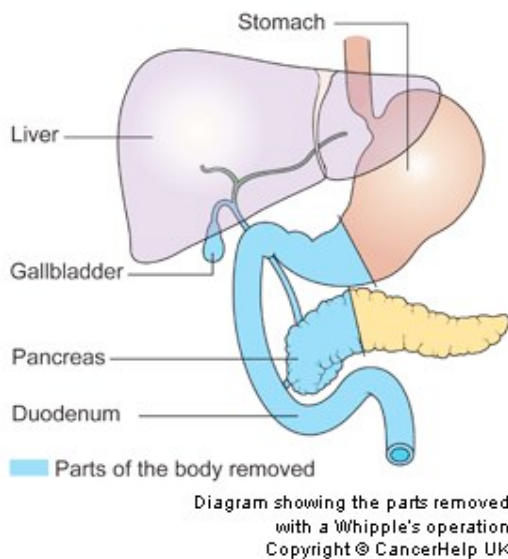
ZAVORAL, Miroslav. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 287 s.

ISBN 80-726-2348-6.



### Obrázek č.3 - Operace dle Whipplea

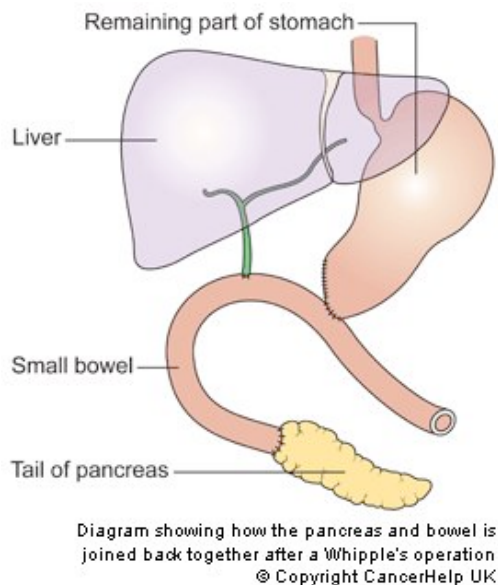
Na obrázku jsou modře vyznačeny ty části, které jsou při operaci odstraněny.



(<http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/pancreatic-cancer/treatment/surgery/surgery-to-try-to-cure-pancreatic-cancer#whipple>)

### Obrázek č.4

Na tomto obrázku vidíme, jak to vypadá po operaci Whipleovskou metodou.



(<http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/pancreatic-cancer/treatment/surgery/surgery-to-try-to-cure-pancreatic-cancer#whipple>)

**Tabulka č.1 – Kumulativní přežívání u nemocných po radikálním výkonu a po paliativním výkonu pro karcinom.**

Měsíce	Radikální výkon	Paliativní výkon
0	100	100
3	97	66
6	90	39
9	76	30
12	65	21
15	61	18
18	50	14
21	43	14
24	43	14
27	38	11
30	29	11
33	23	7
36	23	4

ZAVORAL, Miroslav. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 287 s.  
ISBN 80-726-2348-6.

## Tabulka č. 2 – TNM klasifikace – pankreas

Klasifikace se používá pro karcinomy exokrinní části pankreatu a pankreatické neuroendokrinní nádory včetně karcinoidů. Onemocnění by mělo být histologicky nebo cytologicky ověřeno.

Postupy ke stanovení kategorií T, N a M :

Kategorie T, N a M: Klinické vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody a/nebo chirurgická explorace.

### TNM Klinická klasifikace :

<b>T</b>	<b>Primární nádor</b>
TX	primární nádor nelze hodnotit
TO	bez známek primárního nádoru
Tis	karcinom in situ (zahrnuje rovněž pankreatickou intraepiteliální neoplázií st.III (PanIN III).
T1	nádor omezen na pankreas, do 2 cm v největším rozměru
T2	nádor omezen na pankreas, větší než 2cmv největším rozměru
T3	nádor se šíří mimo pankreas, nepostihuje však truncus coeliacus nebo a.mesenterica superior
T4	nádor postihuje truncus coeliacus nebo a.mesenterica superior

<b>N</b>	<b>Regionální mízní uzliny</b>
NX	regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	regionální mízní uzliny bez metastáz
N1	metastázy v regionálních mízních uzlinách

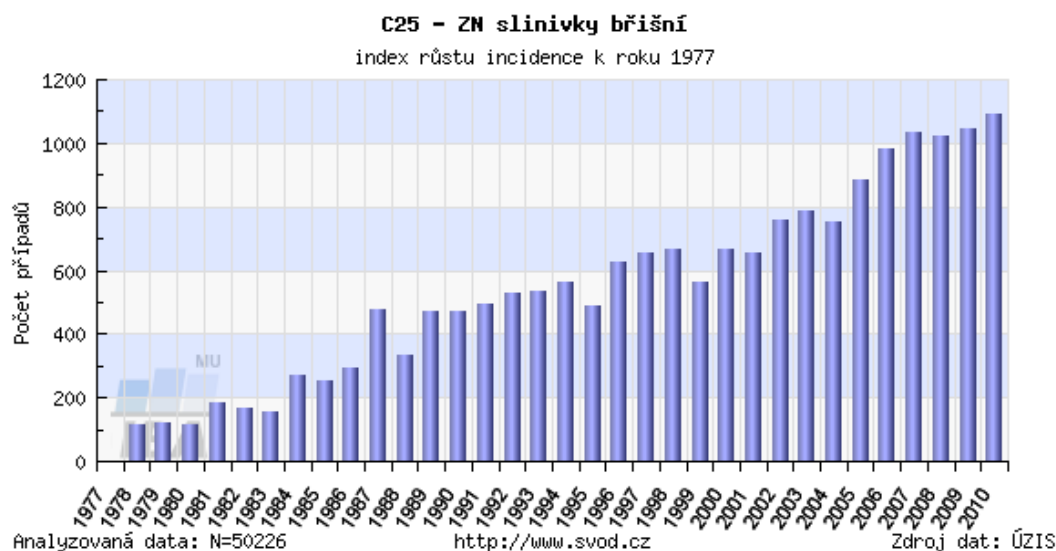
<b>M</b>	<b>Vzdálené metastázy</b>
MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	bez vzdálených metastáz
M1	vzdálené metastázy

### Rozdělení do stadií :

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T2	N0	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
Stadium IIB	T1, T2, T3	N1	M0
Stadium III	T4	jakékoliv N	M0
Stadium IV	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

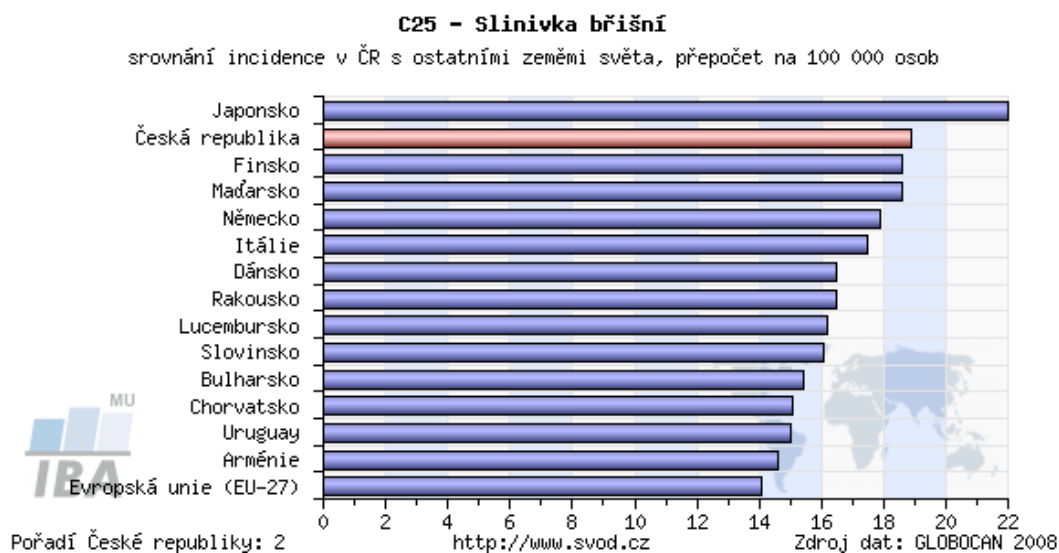
TNM Klasifikace zhoubných novotvarů. 7. vyd. Editor L Sobin, M Gospodarowicz, Christian Wittekind. Chichester: Wiley, c2010, 246 s. ISBN 978-809-0425-965.

**Graf č.1 – Index růstu zhoubných nádorů slinivky břišní  
(r. 1977-2010)**



([http://www.svod.cz/analyse.php?modul=trendy&diag=C25&zobrazeni=graph&incmor=inc&vypocet=r&pohl=&kraj=&vek\\_od=1&vek\\_do=18&obdobi\\_od=1977&obdobi\\_do=2010&stadium=&t=&n=&m=&pt=&pn=&pm=&t=&n=&zije=&u mrti=&lecba=](http://www.svod.cz/analyse.php?modul=trendy&diag=C25&zobrazeni=graph&incmor=inc&vypocet=r&pohl=&kraj=&vek_od=1&vek_do=18&obdobi_od=1977&obdobi_do=2010&stadium=&t=&n=&m=&pt=&pn=&pm=&t=&n=&zije=&u mrti=&lecba=))

**Graf č.2 – Srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa**



(<http://www.svod.cz/analysez.php?modul=zahranici&diag=C25&zobrazeni=graf&vypocet=c&pohl=#>)

## Přílohy

### Příloha č.1 – Seznam farmak

Název léku	Účinná látka	Indikační skupina
Algifen neo	metamizolum natricum monohydricum, pitofenoni hydrochloridum	analgetikum, spasmolytikum
Augmentin 1,2 g	amoxicillinum natricum, kalii clavulanas	antibiotika, kombinované peniciliny
Degan	metoclopramidi hydrochloridum monohydricum	antiemetika, prokinetika
Dolsin 300 mg	pethidini hydrochloridum	analgetikum, anodynum
Fraxiparine 0,3	nadroparinum calcicum	antikoagulans, antitrombotikum
Fyziologický roztok	sodium chloride 0,9%	infuzní roztok
Glukoza 5%	glucosum monohydricum	infuzní roztok
Helicid 40 mg	omeprazolum	antiulcerozum
Morphin 10 mg	morphini hydrochloridum tryhidricum	analgetikum – anodynum
Mucosolvan	ambroxoli hydrochloridum	expektorancia, mukolytika
Novalgin 1 g	metamizolum natricum monohydricum	analgetikum, antipyretikum
Oxazepam	oxazepamum	anxiolytikum
Plasmalyte	elektrolyty	infuzní roztok

## Příloha č.2 – Dokumentace pacientky

### Ošetrovatelská anamnéza

Oddělení : VIP CHIRURGIE  
Datum a čas odběru anamnézy : 19.1. 9<sup>00</sup>

Jméno (iniciály) : S.K. Pohlaví : Žena Věk : 34

Datum přijetí : 17.1.13 Datum propuštění : 29.1.13

Stav : vdána Povolání : na mateřské dovolené

Rodina informována :  ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní) : C25.0 ZN - hlava slinivky břišní  
- caput pancreatis

Chronická onemocnění : /

Infekční onemocnění :  NE  ANO

Režimová opatření : žádna

Léčba : laparotomie explorativa, cholecystektomie subsensa  
biopsie pancreatis, lymfadenektomie  
Operační výkon : retroperitoneální diagnostika Pooperační den : 1

Farmakoterapie : Intruze : 1. Plasmanyte 1000ml 150ml/hod i.v.  
od 10-16:30 hod 2. Plasmanyte 1000ml + 5% glukóza i.v.  
rychlástr 150 ml/hod 18-02-20  
Analgetika : Dolin 50mg do žil FR i.v. kontinuálně 0,8ml/hod  
Novalein 1g + 100ml FR p.o. aplikovat 30min 8-14-20-22  
Antibiotika : kléba - fraximone 0,5 s.o. 2x 20:00 hod  
Nebulizace : Mucosolvo 2m + FR 2ml a 6hod 8-14-20

Jiné léčebné metody : Depon 1amp i.v. 8-14-20  
Heliox Heling i.v. + 100ml FR 10<sup>00</sup>

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně

Alergie :  ano  ne jaké : .....

Fyziologické funkce : P : 75 TK : 115/80 D : 15 SpO2 : 98% TT : 36,5  
Hmotnost : 65kg Výška : 160cm

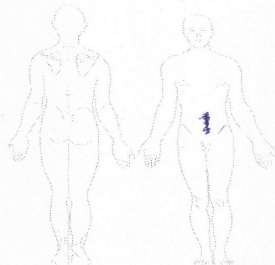
**1) Vědomí**  
stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : 15b  
 Orientovaný  Deorientovaný

**2) Bolest**

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná

ne

lokalizace : dutina břišní



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

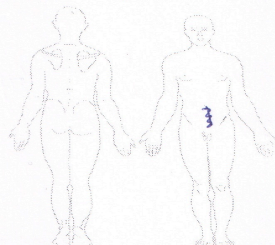
**3) Dýchání**

potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne  
Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

**4) Stav kůže**

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace : dutina břišní (operační rána)



Ošetření rány: ches se rána nepřekrzovala  
- kryta sterilním krytím

**5) Vnímání zdraví**

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) - pacientka se srazí  
24 zdravotním zdravotním systémem, nikdy neprodělala žádné  
vděné onemocnění

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

Prodělaná dětská onemocnění: běžná dětská onemocnění

Infekční onemocnění:  ano  ne jaká: .....

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: D.s. čajová Nutriční skóre: potřeba nutriční specialista

Chut' k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: nechutenství

Jakým druhům potravin dává přednost: zelenina, ovoce, mléčné výrobky

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: .....

Enterální výživa: ..... Parénerální výživa: .....

Denní množství tekutin: 2l Druh tekutin: voda, čaj

Úbytek nebo zvýšení hmotností v poslední době:  ano  ne o kolik: 5 kg

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

poslední stolice: 17.11. ....

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 2

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim: volný

Barthel test: 55 b. - závislost středního stupně

Riziko pádu: ANO skóre: (NE)



Pohyblivost :  chodící samostatně  chodící s pomocí  
 ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý  
 pomůcky jaké : .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : 4-5 hodina usnutí : 23-24 hod.  
poruchy spánku :  ano  ne jaké : .....  
hypnotika :  ano  ne  
návyky související se spánkem : žádné

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : .....  
potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....  
porucha řeči :  ano  ne jaká : .....  
kompenzační pomůcky :  ano  ne jaké : .....

orientace :  orientován  dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Sebepečení, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu**

je raději :  sám  v kolektivu  
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : spíše imprevizní, myslí si, že je jako každý průměrný člověk, má se rada  
pocit zlosti, vzteku :  ano  ne  
pocit strachu :  ano  ne z čeho : ze svého onemocnění, smrti  
pocit úzkosti :  ano  ne  
jak klient vyjadřuje negativní emoce : někdy pláčem, mlčením  
emocionální stav : úzkostná  
Úroveň komunikace a spolupráce : komunikace i spolupráce bez problémů

**12) Role, vztahy**

vztah klienta k ostatním lidem : se věemí vyhovět bez problémů  
bydlí doma sám :  ano  ne  
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : manžel, matka  
kontakt s rodinou :  ano  ne

**13) Reprodukce, sexualita**

počet porodů : 2  
počet potratů : 0  
antikoncepce :  ano  ne jaká : .....  
pravidelnost menstruace :  ano  ne Klimakterium :  ano  ne  
~~problémy s prostatou~~ :  ano  ne jaké : .....  
pohlavní onemocnění :  ano  ne jaké : .....  
zvláštnosti v sexuálním chování : žádné

**14) Stres, zátěžové situace**

psychický stav :  klidný  rozrušený  úzkostný  depresivní  strach  
prožívá nějaké napětí :  ano  ne jaké, z čeho : .....  
způsob odreagování : náčtená, knihy  
kouření :  ano  ne kolik : 5/denně  
alkohol :  ano  ne kolik : .....  
drogy :  ano  ne jaké : .....

**15) Víra**

Víra  ano  ne jaká : křesťanka

**16) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : břišní dřeň Datum zavedení : 18.1.  
Permanentní močový katétr :  ano  ne  
i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : ..... kde : .....  
 centrální datum zavedení : 17.1. kde : 1. dextra  
stav : funkční  
 ne  
Sonda :  ano  ne jaká : ..... datum zavedení : .....  
Stomie :  ano  ne jaká : ..... stav : .....  
Endotracheální kanyla :  ano  ne č.ETR : ..... datum zavedení : .....  
Tracheotomie :  ano  ne č. : ..... od kdy : .....  
Arteriální katétr :  ano  ne  
Epidurální katétr :  ano  ne  
Jiné invazivní vstupy : .....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

**Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

### 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Ne 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

(28 b.)

### 3. Hodnocení nutričního stavu

#### NRS – Nutricional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

### 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

#### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
<b>Anamnéza:</b>		
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)		1 bod
<b>Vyšetření</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespupracující	2b	
<b>Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)</b>		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
<b>Celkem:</b>		
0-4 body	Bez rizika	
5-13 bodů	Střední riziko	
14-19 bodů	Vysoké riziko	

#### Ošetrovatelské zhodnocení

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Příloha č.3 – Algoritmus léčby karcinomu pankreatu

