

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Kateřina Jalovcová**

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

*Nursing care of a patient with cancer of head of  
pancreas*

*Bakalářská práce*

Praha, červen 2015

**Autor práce:** Kateřina Jalovcová

**Studijní program:** Ošetrovatelství

**Bakalářský studijní obor:** Všeobecná sestra

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Zvoníčková

**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK

**Odborný konzultant:** MUDr. Lukáš Havlůj

**Pracoviště odborného konzultanta:** Chirurgické klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK, Praha

**Předpokládaný termín obhajoby:** 29. 06. 2015

## **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 25. 04. 2015

Kateřina Jalovcová

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Marii Zvoníčkové za pomoc při vypracování bakalářské práce, za cenné rady, věcné připomínky a za vstřícnost při konzultacích.

Dále děkuji panu MUDr. Lukáši Havlůjovi za odborné vedení mé práce a taktéž za ochotu a věcné připomínky.

# Obsah

<b>1</b>	<b>TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b>	<b>3</b>
1.1	EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	3
1.2	POPIS ONEMOCNĚNÍ	3
1.2.1	<i>Anatomie a patofyziologie slinivky břišní</i>	3
1.2.2	<i>Etiologie</i>	4
1.2.3	<i>Faktory vzniku</i>	5
1.2.4	<i>Diagnostika</i>	5
1.2.5	<i>Terapie</i>	8
1.2.6	<i>Komplikace</i>	12
1.2.7	<i>Prognóza</i>	13
<b>2</b>	<b>KAZUISTIKA</b>	<b>14</b>
2.1	ANAMNÉZA	14
2.1.1	<i>Lékařská anamnéza</i>	14
2.1.2	<i>Předoperační vyšetření</i>	15
2.1.3	<i>Předanestetické vyšetření</i>	15
2.1.4	<i>Průběh operačního výkonu</i>	16
2.1.5	<i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	16
2.2	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	21
2.2.1	<i>Souhrn hospitalizace, od 18. 8. do 23. 8. 2014</i>	21
2.2.2	<i>1. hospitalizační den 18. 8. 2014</i>	22
2.2.3	<i>2. hospitalizační den – 0. pooperační den 19. 8. 2014</i>	22
2.2.4	<i>3. hospitalizační den – 1. pooperační den 20. 8. 2014</i>	24
2.2.5	<i>4. hospitalizační den – 2. pooperační den 21. 8. 2014</i>	25
2.2.6	<i>5. hospitalizační den – 3. pooperační den 22. 8. 2014</i>	25
2.2.7	<i>6. hospitalizační den – 4. pooperační den 23. 8. 2014</i>	26
2.2.8	<i>Rehospitalizace, od 25. 8. do 8. 9. 2014</i>	27
2.2.9	<i>Plánovaná hospitalizace, od 16. 9. do 17. 9. 2014</i>	27
2.3	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	28
2.3.1	<i>Akutní bolest operační rány</i>	28
2.3.2	<i>Riziko vzniku infekce související s operační ránou</i>	28
2.3.3	<i>Riziko vzniku infekce související se zavedením invazivních vstupů (PŽK, CŽK, PMK, NSG)</i>	29
2.3.4	<i>Riziko vzniku TEN v souvislosti s pooperačním stavem</i>	31
2.3.5	<i>Riziko nechutenství z důvodu změn psychického stavu pacienta</i>	31
2.3.6	<i>Psychologická problematika onkologicky nemocného</i>	32
2.4	DLOUHODOBÁ PÉČE	34
<b>3</b>	<b>DISKUZE</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>35</b>

## ÚVOD

Cílem bakalářské práce na téma *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hlavy pankreatu* je písemné zpracování komplexní péče o nemocného s infaustní prognózou.

V části Teoretická východiska se zabývám epidemiologií a popisem nemoci. Kapitola je zakončena prognózou onemocnění a přechází v klinickou část. Zde je uvedena lékařská a ošetrovatelská anamnéza.

Na následující kapitolu jsem navázala subkapitolou, ve které jsem v rozsahu jedné strany shrnula průběh hospitalizace a dále jsem hospitalizaci podrobně popsala od příjmu až do propuštění pacienta do domácí péče.

O pacienta jsem pečovala od 18. do 23. 8. 2014, přesto jsem stručně uvedla i další informace týkající se následné neplánované hospitalizace v důsledku výskytu komplikací a navazující plánovanou hospitalizaci k provedení endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP).

Následují ošetrovatelské problémy. Zde bych zdůraznila především psychologickou problematiku nemocného. V této části jsem pracovala s informacemi, které jsem získala rozhovorem s pacientem, také jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace a z příslušné literatury.

Předposlední část bakalářské práce tvoří diskuze. Zde jsem pracovala s literaturou, kterou jsem použila při vypracování teoretické části a s literaturou zaměřenou na paliativní péči. V diskuzi se dále věnuji psychologické problematice prožívání nemoci a to jak z pohledu zdravotníků, tak pacientů. Do diskuze jsem zahrnula ošetrovatelskou kazuistiku, jejíž autorkou je magistra Vytejšková a porovnávám reakce pacientů v nepříznivé životní situaci.

Poslední část tvoří závěr, ve kterém shrnuji teoretickou část a kazuistiku.

# 1 Teoretická východiska

## 1.1 Epidemiologie onemocnění

Výskyt nádorů pankreatu má vzrůstající charakter, maximum nárůstu dosahuje na severoamerickém kontinentě, v Evropě a Japonsku. Naopak v zemích Afriky, Střední a Jižní Ameriky, Asie a Oceánie se hodnoty incidence karcinomu pankreatu významně snižují. Muži vykazují 1,5 krát vyšší výskyt než ženy, nicméně incidence u nich stagnuje, respektive i mírně klesá, zatímco u žen se incidence karcinomu pankreatu zvyšuje. Důvodem je narůstající zastoupení žen-kuřeček a předpokládá se, že se rozdíly ve výskytu onemocnění mezi oběma pohlavími vyrovnají. (Zavoral et al., 2005)

V článku *Chirurgická strategie léčby* od Miroslava Rysky z roku 2010 se uvádí, že Česká republika se nachází na 6. místě ve výskytu karcinomu pankreatu, dále opět potvrzuje nárůst zhoubného onemocnění pankreatu, jako průměrný věk uvádí 60 let a poměr nemocných mužů a žen 2:1. (Ryska, 2010)

Hucl v přehledové práci *Karcinom pankreatu* z roku 2012 potvrzuje nárůst v západním světě kolem 8/100 000 obyvatel za rok a v České republice dokonce až dvojnásobně vyšší, incidence se pohybuje mezi 15 a 19/100 000. (Hucl, 2012)

## 1.2 Popis onemocnění

### 1.2.1 Anatomie a patofyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní je uložena za žaludkem, v retroperitoneu. Slinivku lze rozdělit na hlavu, krček, tělo, kaudu a processus uncinatus. U dospělého člověka pankreas dosahuje délky až 18 cm. (Kala et al., 2009)

Caput pancreatis je fixována vazivem k doudenu. Zadní plocha leží na ductus choledochus a dolní duté žíle. Plynule přechází v corpus pancreatis. Tělo je užší, na průřezu trojúhelníkovitého tvaru, zadní plocha těla je v kontaktu s autonomními nervy odstupujícími z velkých ganglií, to má za následek velké bolesti při zánětech pankreatu. Přední plocha pankreatu se vyklenuje do části peritoneální dutiny. Cauda pancreatis je fixován k hilu sleziny.

Pankreas je žláza s vnitřní a zevní sekrecí. Exokrinní složka zajišťuje produkci pankreatické šťávy obsahující enzymy důležité pro trávení tuků a

bílkovin a pro neutralizaci kyselého žaludeční tráveniny. Endokrinní složka zajišťuje prostřednictvím Langerhansových ostrůvků produkci hormonů inzulínu a glukagonu ovlivňujících hladinu cukru v krvi.

Cévní zásobení pankreatu je zajištěno větvemi truncus coeliacus a arteria mesenterica superior. Odkysličená krev je odváděna do systému žil vena portae. Lymfa odtéká do truncus intestinalis. Nervové zásobení se nachází podél tepen, nervy jsou tvořeny sympatickými a parasympatickými vlákny spolu s vlákny senzitivními. (Naňka et al., 2009)

K nejčastějším patologickým změnám slinivky řadíme záněty a karcinom pankreatu. Záněty mohou být akutní nebo chronické a nemocného ohrožují na životě. Akutní pankreatitida začíná náhle silnými bolestmi v podbřišku doprovázenými vysokou teplotou, průjmami a zvracením. U těžkých zánětů jsou přítomny otoky a dochází k nekróze pankreatu. Nejčastější příčinou jsou alkoholové excesy. Chronická pankreatitida má v počátečním stádiu onemocnění obdobné příčiny. Bolesti jsou trvalé, nemocný trpí průjmami a ve stolici se objevuje tuk. V pozdější fázi onemocnění začíná diabetes mellitus. (Nohejlová et al., 2013)

### 1.2.2 Etiologie

Obecně nádorová onemocnění vznikají na podkladě poškození DNA. Karcinom pankreatu je charakteristický genetickými abnormalitami, příkladem lze uvést mutační aktivaci *KRAS* onkogenu a inaktivaci tumor supresorových genů.

Nádorová onemocnění dále vznikají v důsledku rozsáhlých chromozomálních změn, které způsobují buněčné změny a tak se mění i biologické chování buněk. (Hucl, 2013)

Povýšil ve *Speciální patologii* přirovnává vznik karcinomu pankreatu ke kolorektálnímu karcinomu. I zde se jedná o postupný přechod z normálního epitelu, přes pankreatickou intraepitelovou neoplazii až k invazivnímu karcinomu. Mutace v genu *KRAS* a v supresorovém genu *CDKN2A* jsou přítomny až u 90 % případů karcinomu pankreatu. (Povýšil, 2007)



### 1.2.3 Faktory vzniku

#### 1.2.3.1 Exogenní faktory

Pro vznik karcinomu pankreatu je rozhodující věk. Se vzrůstajícím věkem roste incidence onemocnění, maximum výskytu se pohybuje v sedmé a osmé životní dekádě. V závislosti na prodlužování střední délky života lze očekávat další nárůst počtu nemocných. Nejsilnější rizikový faktor a zároveň nejvíce ovlivnitelný, je kouření. Zplodiny cigaretového kouře mají karcinogenní účinek na tkáň pankreatu. (*Zavoral et al., 2005*)

Podle Hucla kouření zvyšuje riziko vzniku karcinomu asi dvakrát. Bylo prokázáno, že pasivní kouření, a to nejvíce v dětství a v prenatalním období, dále zvyšuje riziko vzniku karcinomu pankreatu. (*Hucl, 2012*)

#### 1.2.3.2 Endogenní faktory

Významným rizikovým faktorem je chronická pankreatitida. U osob s chronickou pankreatitidou bylo prokázáno, že riziko vzniku nádorového onemocnění pankreatu je až 16krát vyšší oproti zdravým jedincům.

Další riziko představuje snížená glukózová tolerance, dále především diabetes mellitus druhého typu a zvýšený příjem živočišných produktů. Také je popisováno zvýšené riziko u jedinců s anamnézou perniciozní anémie, parciální gastrektomie pro vředovou chorobu a cholecystektomie. Proces patologických změn na pankreatické tkáni je ovlivněn samotným chirurgickým zákrokem. (*Zavoral et al., 2005*)

### 1.2.4 Diagnostika

#### 1.2.4.1 Anamnéza

Diagnostika začíná sběrem informací od narození pacienta až po současnost, tedy anamnézou nemocného. (*Nejedlá, 2006*)

Docent Bělina v *Klinickém standardu pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu* z roku 2011 uvádí nejčastěji se vyskytující příznaky v anamnéze při podezření na zhoubné onemocnění pankreatu:

- bolest (lokalizovaná v epigastriu, s propagací do zad, výskyt po jídle)

- snížení tělesné hmotnosti
- dyspeptické potíže (nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem)
- únava, malátnost

#### 1.2.4.2 Klinické příznaky

Rané stádium onemocnění probíhá asymptomaticky. Příznaky se objevují v pokročilém stádiu onemocnění, zejména obstrukčním ikterem z útlaku anebo z infiltrace žlučovodu a papily. (*Loveček et al., 2012*)

U pacientů s obstrukčním ikterem a váhovým úbytkem je často hmatný rozepjatý žlučník. Uvedený příznak nazýváme Courvoisierovo znamení a v souvislosti s tím, si pacienti často stěžují na dyspeptické potíže horního typu. Onemocnění může být doprovázeno psychickými poruchami, pacient se stává depresivní a úzkostný. Příčinou je mimo jiné i dlouhodobá nespavost většiny nemocných způsobena bolestmi v zádech a celkovým úpadkem organismu. (*Zavoral et al., 2005*)

Onemocnění může být komplikováno akutní cholangitidou. Téměř u 20% nemocných se vyvine stenóza duodena. Poruchy pasáže pacient vnímá bolestivě v oblasti epigastria, pocity plnosti, nevolností.

Bolesti v zádech, v oblasti epigastria a váhový úbytek u nemocných poukazují na pokročilost onemocnění. (*Kala et al., 2009*)

Právě bolest v zádech pravděpodobně značí nádorové prorůstání do retropankreatických nervových spletení. (*Ryska, 2010*)

#### 1.2.4.3 Vyšetřovací metody

Níže popsané zobrazovací metody jsou nejčastěji indikovaná vyšetření k prokázání patologií na pankreatu.

##### 1) Výpočetní tomografie (CT)

CT detekuje tumory o velikosti 1 cm. Nejvyšší senzitivitu a specificitu vykazuje při karcinomatóze a při prorůstání tumoru do okolních tepen. CT zastává významnou roli v diagnostice patologických procesů na pankreatu. (*Zavoral et al., 2005*)

Profesor Kala v knize *Nádory podjaterní oblasti* z roku 2009 popisuje tzv. water techniku, tedy podání hypodenzní kontrastní látky per os, metoda umožňuje dobře detekovat i nádory v oblasti žaludku a duodena. (*Kala et al., 2009*)

## 2) Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)

ERCP je invazivní zobrazovací metoda kombinující metodu endoskopickou a radiologickou. V posledních letech se ustupuje od použití ERCP jako diagnostické metody pro rozvoj neinvazivních metod (USG, CT, MR) a tedy nižšího výskytu komplikací. Nicméně stále zůstává metodou terapeutickou, a to v případě terapeutického výkonu na pankreatu nebo žlučových cestách. (*Kala et al., 2009*)

Typickým příznakem předcházející ERCP vyšetření je bezbolestně vzniklý ikterus. Na základě nálezu, který prokáže zúžení distálního žlučovodu a zúžení pankreatického vývodu, je potřeba provést CT vyšetření. V případě, že je nález nejasný a je třeba odebrat bioptický vzorek, následuje vyšetření EUS.

Metoda je také významná v paliativním léčebném postupu. (*Zavoral et al., 2005*)

## 3) Perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC)

PTC metoda se používá v případě, kdy nelze provést ERCP. Téměř ve všech případech je během výkonu provedena drenáž žlučových cest (PTD). Obecně jsou metody PTC/PTD i ERCP indikovány v případě plánovaného provedení drenáže, dilatace, zavedení stentu a odběru bioptátu. (*Kala et al., 2009*)

## 4) Magnetická rezonance (MR)

MR se řadí mezi neinvazivní vyšetřovací metody sloužící k diagnostice cystických tumorů pankreatu. Při diagnostice nebo při posuzování operability lze kombinovat s CT vyšetřením.

V případě karcinomu pankreatu lze provést MR angiografii k posouzení případné angioinvaze nádoru. (*Kala et al., 2009*)

#### 5) Endoskopická ultrasonografie (EUS)

Provedení endoskopické ultrasonografie je vhodné u pacientů s karcinomem hlavy pankreatu. Výhodou je zobrazení pankreatu z mnoha pozic a detailní zobrazení struktur v těsném okolí pankreatu. Během vyšetření lze provést biopsii, poněvadž je složité rozlišit obraz chronické pankreatitidy od nádorové tkáně.

Zmíněná zobrazovací metoda je přesnější v odhalování tumorózních mas, vaskulární invaze a hodnocení resekce a je také výhodnější při posouzení stavu portálního žilního systému a v odhalování postižení lymfatických uzlin. (*Zavoral et al., 2005*)

#### **1.2.4.4 Laboratorní diagnostika**

U nemocného s obstrukčním ikterem se zaměřujeme na hodnoty konjugované hyperbilirubinémie. Nejužívanějším onkomarkerem pro diagnostiku je sérová hladina karbohydrát antigenu 19-9 (CA 19-9).

Nádorový marker je významný jak pro diagnostiku, tak pro sledování průběhu onemocnění. (*Kala et al., 2009*)

referenční hodnoty:	<b>negativní</b>	< 39 U/ml
	<b>pozitivní</b>	> 39 U/ml

### **1.2.5 Terapie**

#### **1.2.5.1 Radikální operace**

##### 1) Proximální pankreatoduodenektomie (PPDE)

PPDE se v současnosti považuje za standardní resekční výkon při lokalizaci tumoru v hlavě či krčku pankreatu. Podmínkou provedení standardního výkonu je lokalizovaný tumor bez známek metastáz nebo postižení vzdálených uzlin.

Při tomto výkonu se odstraňuje hlava pankreatu, společný žlučovod, žlučník, duodenum a eventuálně část žaludku. Záleží na zvolené modifikaci PPDE podle Traverso se zachováním pyloru nebo podle Whipple s resekcí distální části žaludku.

V průběhu operačního výkonu se odesílá resekční plocha pankreatu k bioptickému vyšetření, v případě positivity nálezu, se PPDE rozšiřuje na totální pankreatektomii. (Ryska, 2010)

U metody Traverso se zachováním pyloru nedochází k enterogastrickému refluxu (při porovnání s metodou dle Whipple). (Kala et al., 2009)

## 2) Levostranná pankreatektomie (DPE)

DPE je indikována při lokalizacích tumoru v těle či kaudě pankreatu. V porovnání s PPDE se jedná o technicky jednodušší operační výkon, který spočívá v resekci zasažené části pankreatu se zachováním sleziny. Z onkologických důvodů může být indikována splenektomie.

Pacientů indikovaných k DPE je výrazně méně, vzhledem ke klinicky němým příznakům v raném stádiu onemocnění. Nemocní tak často přicházejí k lékaři s již inoperabilním tumorem. (Ryska, 2010)

## 3) Totální pankreatektomie (TPE)

TPE je operační výkon, při kterém je odstraněna celá slinivka břišní, žlučník, distální část žlučových cest, duodenum, slezina, velké omentum i část žaludku. (Zavoral et al., 2005)

TPE je indikována při prokázané pozitivitě tkáně ze vzorku odebraného během resekčního výkonu nebo při peroperačním poranění vena lienalis. (Ryska, 2010)

Také je indikována v případě, že provedením operace dosáhneme R0 resekce. Po TPE dochází ke vzniku diabetes mellitus. (Kala et al., 2009)

## 4) Rozšíření radikální operace

Snaha o zvýšení radikality výkonu vedla k resekci s rozsáhle prováděnou lymfadenektomií. Po rozšířené radikální resekci je udáváno delší tzv. „tumor free“ období a nemocní přežívají déle. Přínos rozšířených resekcí s lymfadenektomií je i v současnosti velmi obtížně hodnotitelný. (Ryska, 2010)

### 1.2.5.2 Paliativní výkony

#### 1) Endoskopická terapie obstrukčního ikteru

Klinicky se mohou u pacientů vyskytovat následující příznaky: maldigesce, pruritus, edémy. Včasné odstranění příznaků je zásadní a znamená větší komfort pro pacienta.

Obstrukční ikterus u paliativně léčených pacientů lze řešit zavedením drenáže. Tento způsob se provádí od 80. let a má nesporné výhody především v nižším riziku vzniku komplikací. (*Zavoral et al., 2005*)

Nižší výskyt komplikací je spojen se zavedením stentu endoskopicky. V případě, že u pacienta předpokládáme přežití delší než šest měsíců a pacient je schopen podstoupit operační výkon, provede se chirurgická biliodigestivní spojka. Chirurgický výkon je spojen s vyšším rizikem vzniku komplikací, ale oproti jiným metodám, chirurgická spojka má větší trvanlivost. (*Kala et al., 2009*)

#### 2) Terapie obstrukce duodena

V případě, že se u pacienta objeví porucha pasáže trávicího traktu, provede se gastrojejunoanastomóza. Profylaktické provedení snižuje výskyt obstrukčního syndromu, ale uvádí se, že rutinní provedení zákroku je až u 2/3 nemocných, zbytečné. (*Kala et al., 2009*)

Preventivní provedení je výhodné v případě, kdy při laparotomickém výkonu operatér nachází neočekávaně neresekabilní nádor a u pacienta se předpokládá delší přežití. (*Zavoral et al., 2005*)

#### 3) Ostatní endoskopické intervence u karcinomu pankreatu

Mezi další možnosti endoskopické intervence řadíme např. dekompresní perkutánní endoskopickou gastrostomii s jejunostomií k podávání enterální výživy.

U pacientů s inoperabilním karcinomem hlavy pankreatu, u kterých se předpokládá delší přežití, se provádí biliodigestivní anastomóza ve smyslu Roux-en-Y za použití jejunální exkludované kličky. (*Zavoral et al., 2005*)

V případě stenózy duodena neprostupné pro endoskop, lze provést perkutánní transhepatickou drenáž (PTD). Tento postup je pro pacienta šetrnější a zvyšuje kvalitu života. (*Kala et al., 2009*)

### **1.2.5.3 Léčba bolesti**

Při lokalizaci tumoru v hlavě pankreatu nemocní udávají výraznou bolest epigastria s propagací do zad. Téměř polovina pacientů přichází k lékaři v době, kdy pocít'ují bolest, která se zvyšuje s postupující nemocí. (*Zavoral et al., 2005*)

U onkologicky nemocných lze bolest tlumit medikamentózně, dále provedením thorakoskopické splanchniektomie, zavedením epidurálního katétru nebo bloádou ganglion celiakum. Neurolyza se provádí pod rtg nebo CT kontrolou. V neposlední řadě prokazatelně analgetický účinek přináší paliativní radioterapie. (*Bělina, 2011*)

Paliativní radioterapie může snížit bolest až u 80% onkologických pacientů. Nemocným se aplikuje kombinace setronu s kortikosteroidy. Při vícečetném postižení lze využít aplikaci radioizotopů. (*Hakl, 2011*)

### **1.2.5.4 Doplnující léčba**

V rámci systémové terapie může být indikována adjuvantní chemoradioterapie, která může zvýšit resekabilitu tumoru, ale nepatří mezi standardní postupy.

Kurativní radioterapie je využívána zřídka, kvůli uložení pankreatu v blízkosti radiosenzitivních orgánů a tkání, což limituje výši podané dávky záření.

Další možností je kombinace zevní radioterapie s intraoperačním ozářením. Okolní zdravé tkáně jsou zasaženy menší dávkou záření a ta může být navýšena v cílovém objemu, v nádoru. (*Bělina, 2011*)

Preparáty používané v chemoterapii karcinomu pankreatu jsou nejčastěji 5FU a Gemcitabin, užívaný v monoterapii nebo v kombinaci s placebem a jinými cytostatiky (Erlotinib, Folfirinox).

Preparát Erlotinib byl v Evropě zaregistrován v roce 2006 a používá se právě v kombinaci s Gemcitabinem pro léčbu nemocných s metastatickým karcinomem pankreatu. Retrospektivní analýza ukázala, že kombinace preparátů

významně prodloužila celkové přežití u těch pacientů, u kterých se během prvních 4-8 týdnů objevila kožní vyrážka. (Karásek, 2013)

Další kombinace prodlužující přežití je kombinace Gemcitabin + nab-paclitaxel- Abraxane, s mediánem přežití 8,5 měsíce. (Hoff, 2013)

Americká studie *FOLFIRINOX versus Gemcitabine for Metastatic Pancreatic Cancer* z roku 2011 uvádí prodloužení celkového přežití po léčbě preparátem Folfirinox, avšak upozorňuje na vyšší toxicitu oproti Gemcitabinu, která se projevila po 6 měsících aplikace Folfirinoxu u 31% pacientů. (Conroy, 2011)

### 1.2.6 Komplikace

#### 1) Pooperační pankreatitida

Akutní nekróza zbylé tkáně pankreatu patří k méně častým, zato k nejzávažnějším komplikacím vyskytujícím se po resekčním výkonu na pankreatu s vysokou letalitou. Ke snížení výskytu pooperační pankreatitidy přispívá preventivní podávání somatostatinu. (Bělina, 2011)

#### 2) Krvácení

Pooperační krvácení se vyskytuje u 5 – 16 % pacientů po výkonu na pankreatu. Zhruba ve 3% případů se jedná o pozdní arteriální krvácení, které vyžaduje převod více než 6 jednotek erytrocytární masy během 24 hodin.

Letalita dosahuje až 60% v důsledku vykrvácení nebo septických komplikací. Diagnostika se opírá o urgentní endoskopii, selektivní angiografii a chirurgickou revizi. (Bělina, 2011)

#### 3) Pankreatická píštěl

Letalita v souvislosti s pankreatickou píštělí se udává od 5 - 40%. Může se vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s dalšími komplikacemi. (Zavoral et al., 2005)

Pro snížení letality se upřednostňuje drenážní výkon před resekcí pahýlu či provedení TPE. (Bělina, 2010)



#### 4) Opožděné vyprazdňování žaludku

Porucha evakuace žaludku nezvyšuje úmrtnost, ale prodlužuje hospitalizaci nemocného a tím zvyšuje náklady spojené s léčbou. Vhodnou prevencí je časná enterální výživa. (Zavoral et al., 2005)

### 1.2.7 Prognóza

Časná generalizace onemocnění v době stanovení diagnózy je hlavní příčinou špatné prognózy až u 85% nemocných. (Hucl, 2013)

Docent Bělina v *Klinickém standardu pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu*, uvádí: „Závisí na definitivním stagingu a gradingu nádorového onemocnění. Po radikální resekci se 5leté přežívání udává 15-20% nemocných. Průměrný medián přežívání nemocných s lokálně neresekabilním tumorem léčených chemoterapií či chemoradioterapií se pohybuje v rozmezí 10-12 měsíců. U nemocných s metastazujícím nádorem je medián přežívání 3-6 měsíců.“ (Bělina, 2011)

## 2 Kazuistika

Teoretická část bakalářské práce na téma *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hlavy pankreatu* vychází z následující kazuistiky. Veškeré údaje a data jsem získala rozhovorem s pacientem a z dostupné zdravotnické dokumentace se souhlasem pacienta.

### 2.1 Anamnéza

#### 2.1.1 Lékařská anamnéza

Základní údaje o nemocném:

- Ing. R. P., ročník 1953
- pohlaví ♂
- diagnóza při přijetí: chronická pankreatitis
- důvod přijetí: plánovaná operace pro chronickou pankreatitis s ložiskem v hlavě pankreatu

rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 76 letech na cévní mozkovou příhodu. Matka zemřela ve 34 letech na karcinom prsu. Pacient má 2 bratry léčící se s hypertenzí a 2 syny, kteří jsou zdraví.

osobní anamnéza:

Pacient R. P. prodělal běžná dětská onemocnění, v 6 letech mu byla operována tříselná kýla, od dětství trpí atopickým ekzémem. V roce 2008 prodělal infekční žloutenku A. V roce 2012 mu byla zjištěna hypertenze a také je dispenzarizován na urologii pro nefrolitiázu.

V období od 11. 7. – 25. 7. 2014 byl hospitalizován na interním oddělení pro obstrukční ikterus a iritaci pankreatu při stenóze terminálního choledochu. Byla provedena Endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie (ERCP) s implantací stentu. Poté došlo k dislokaci stentu s následnou re-ERCP. Pacient byl indikován k operační revizi pankreatu. (*viz Příloha č. 2*)

úrazy:

V roce 2006 měl úraz levého kotníku, distorze byla zajištěna sádrou fixací a zkomplikována plicní embolií.

farmakologická anamnéza:

- Gopten 2 mg tbl p.o. 2-0-0
- Amlozek 5 mg tbl p.o. 1-0-0
- Dithiaden 2 mg tbl p.o. 1-1-1 d.p.

pracovní anamnéza:

Pacient pracuje jako OSVČ – technik.

sociální anamnéza:

Pacient žije s manželkou.

abusus:

Pacient nekouří, neužívá návykové látky, nepije kávu, alkohol příležitostně.

alergie:

Pacient neudává žádnou alergii.

MRSA: negativní

TAT: 2007

nynější onemocnění:

Dne 18. 8. 2014 pacient přichází k plánovanému operačnímu výkonu, k provedení hemipankreatoduodenektomie. Při předchozí hospitalizaci na interním oddělení mu byl zaveden stent pro cholestatický ikterus se stenózou terminálního choledochu. Poté došlo k dislokaci stentu s následnou re-ERCP.

Pacient si stěžuje na svědění, návaly horka, zvýšené pocení a zimnici. Tyto příznaky přikládá nervozitě. Nyní je pacient bez bolesti, stolici má pravidelnou, bez patologických příměsí. V posledních 2 měsících zhubnul 6 kg.

### **2.1.2 Předoperační vyšetření**

Předoperační vyšetření od praktického lékaře pochází ze dne 12. 8. 2014. Lékař potvrdil, že je pacient schopen, po interní stránce, plánovaného výkonu v celkové anestézii. (*viz Příloha č. 3*)

### **2.1.3 Předanestetické vyšetření**

V den přijetí pacient podstoupil předanestetické vyšetření a rozhodnul se pro uvedení do celkové anestezie. Na základě předoperační zprávy od praktického lékaře anesteziolog vyhodnotil pacienta jako schopného k výkonu.

#### **2.1.4 Průběh operačního výkonu**

následující subkapitola byla zpracována podle operačního protokolu:

Pacient byl uveden do celkové anestezie a operatér otevřel dutinu břišní oboustranným subkostálním řezem. V zánětlivě zvětšené hlavě bylo pro operatéra obtížné palpačně diferencovat eventuální tumor a jeho rozsah. Biopsii z peritonea patolog popsal jako ložisko nízce diferencovaného karcinomu.

Vzhledem k nálezu lékaři ustoupili v pokusu o radikální výkon, provedli cholecystektomii a výkon ukončili jako exploraci. Laparotomie byla uzavřena po vrstvách.

Výkon trval 90 minut.

výsledkový protokol: Tu capitatis pancreatis inop., meta peritonei

#### **2.1.5 Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem u pacienta odebrala dne 18. 8. 2014, tedy 1. hospitalizační den. Informace jsem získala rozhovorem s pacientem, pozorováním a ze zdravotnické dokumentace se souhlasem pacienta. Ošetřovatelská anamnéza vychází z modelu Marjory Gordon.

##### **1) Vnímání zdravotního stavu a udržení zdraví**

Pacient byl lékařem informován o aktuálním stavu s přihlédnutím k současnému psychickému stavu. Pacient ovšem nebyl spokojen s množstvím informací. Tvrdil, že jsou nedostatečné a nevědomost ho více stresuje.

Svou nemoc vnímal velice intenzivně, cítil se ukřivděně, protože v životě nekouřil, alkohol užíval pouze příležitostně. Během života vážněji nestonal a v dětství prodělal běžná dětská onemocnění.

Podle svých slov své zdraví vyloženě nezanedbával, ale na preventivní prohlídky nechodil pravidelně, většinou ho k lékaři přivedl až zdravotní problém.

Zdravotní potíže ho přivedli na začátku června k praktickému lékaři. Stěžoval si svědění, původně to přisuzoval alergické reakci na nějaký lék, ale lékař mu sdělil, že má zvýšené jaterní testy a poslal ho do nemocnice na interní oddělení, kde mu bylo sděleno, že má chronický zánět slinivky.

## 2) Výživa a metabolismus

Pacient se stravuje poměrně zdravě, nemá rád typická česká jídla, jsou na něj příliš tučná a hutná. Raději konzumuje lehká jídla, po kterých mu není těžko. V posledních letech se s manželkou začali zajímat o kvalitnější potraviny. Snaží se denně sníst kousek ovoce nebo zeleniny a snaží se vypít minimálně 1,5 l tekutin denně, převážně čaje nebo vody. Jednou za čas si dopřeje sladkou tyčinku.

V tuto chvíli si stěžuje na nechutenství, do jídla se musí nutit a zhruba přes měsíc není schopný dojíst běžnou porci. V posledních 2 měsících zhubnul 6 kg. Pacient momentálně váží 77 kg při výšce 180 cm, BMI je 24. Nutriční skóre, podle základního nutričního screeningu, je 5 bodů. Je tedy nutné vyšetření nutričním terapeutem a nasazení speciální diety. Bez rizika vzniku dekubitů (skóre rizika dle Norton - 32 bodů).

## 3) Vylučování

V domácím prostředí je pacient zvyklý chodit denně na toaletu. Vyprazdňuje se pravidelně. Nemá potřebu užívat laxativa. Poslední stolice byla 17. 8. Pacient si nestěžuje ani na problémy s močením.

## 4) Aktivity a cvičení

Pan Ing. R. P. není sportovně založený, nevěnuje se žádnému sportu pravidelně. Často chodí s manželkou na procházky a chtěl by se naučit lyžovat.

U pacienta je důležitá prevence tromboembolické nemoci (TEN), z důvodu plicní embolie v anamnéze. Proto bude důležitá včasná vertikalizace po operaci a edukace pacienta, jak předcházet vzniku TEN.

Pacient je nezávislý v běžných denních činnostech, Barthel test – 100 bodů. Riziko pádu – 0 bodů. Pacient je chodící, samostatný, nevyžaduje použití kompenzačních pomůcek.

## 5) Spánek a odpočinek

Pan Ing. R. P. nejraději relaxuje při čtení novin a v poslední době si oblíbil sociální síť, kde vyhledává bývalé spolužáky a známé, které neviděl několik let a

nebyl s nimi v kontaktu. Velmi rád sleduje v televizi vzdělávací pořady a historické dokumenty.

Pan Ing. R. P. je zvyklý spát denně asi 6-7 hodin, usíná poměrně pravidelně kolem 23 hodiny a denně vstává v 6:00. O víkendech spánkový režim nemění, aby stihnul vše, co si naplánoval.

V poslední době se mu špatně usíná a probouzí se časně ráno. Neužívá hypnotika, doufá, že až bude vědět více informací o svém zdravotním stavu, tak bude vědět, proti čemu bojuje a nebude ho tolik psychicky ničit nevědomost.

#### 6) Vnímání a poznávání

Pacient je při vědomí, klidný, orientovaný časem i místem. Spolupracuje při sběru informací a komunikace je bezproblémová.

Pacient nemá potíže se zrakem ani se sluchem, netrpí poruchou řeči a nepotřebuje kompenzační pomůcky.

#### 7) Sebepojetí a sebeúcta

Pan Ing. R. P se považuje za uzavřeného člověka, nevyhledává vyloženě samotu, ale nevádí mu být chvíli sám se svými myšlenkami. Volný čas se snaží věnovat především manželce a činí mu velkou radost, když synové přijdou na návštěvu.

Pacient se nyní necítí moc dobře, pociťuje strach a úzkost, jak z operačního výkonu, tak z vyřčení diagnózy. Pacient podle svých slov není schopen vyjádřit svoje emoce v cizím prostředí. Negativní emoce se u něj projevují navenek smutkem, nechutí komunikovat s cizími lidmi, odtažitostí. Pacient se mnou komunikuje bez problému, nečiní mu obtíže mluvit o svém stavu, o pocitech, o úzkosti, která ho v tuto chvíli tíží, během rozhovoru přemýšlí o své budoucnosti, ale je si vědom své smrtelnosti a z různých statistik dostupných na internetu ví, že prognóza přežití je skeptická, přesto se snaží být optimistický, doufá...

#### 8) Plnění rolí a mezilidské vztahy

Pan Ing. R. P. je podruhé ženatý. S bývalou manželkou mají 2 dospělé syny. Současná žena má také 2 syny z prvního manželství. Pacient pracuje jako OSVČ –

technik v malé firmě. Největší oporou je mu žena, se kterou sdílí své obavy a starší syn, ten se snaží být iniciativní a hledat informace o nemoci. Nemoc rodinu sblížila, zlepšil se i vztah s bývalou ženou, která se nyní zajímá o jeho zdravotní a psychický stav.

Starší syn je podle slov pacienta velmi nadaný, v dětství byl vzorné dítě, vystudoval gymnázium, nyní studuje vysokou školu ekonomickou a současně pracuje v bance. Bydlí sám.

U mladšího syna má pocit, že je poznamenán dobou, kdy byli on i jeho žena příliš zaměstnaní a jemu se nevěnovala pozornost. Po škole zůstával pár hodin u sousedů, neměl žádný denní režim, zdá se mu roztěkaný, nesoustředěný, nyní studuje gymnázium a také se chystá na vysokou školu. Bydlí se svou matkou.

#### 9) Sexualita a reprodukční schopnost

Pan Ing. R. P. má 2 syny z prvního manželství. Neudává potíže s prostatou.

#### 10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Pacient je vzniklou situací velice stresovaný, cítí silnou úzkost a strach, jak z operačního výkonu, tak z diagnózy. Současně se obává o manželku, která má špatný mamografický nálezn.

Obecně příliš dobře nezvládá neočekávané situace a je velmi nejistý, pokud nemá dostatek informací.

Tvrdí, že nemoc rodinu sblížila, veškeré spory s bývalou ženou byly zapomenuty a všichni členové rodiny se mu snaží být oporou.

#### 11) Víra a životní hodnoty

Pacient není věřící. Největší životní hodnotu shledává ve své rodině. Přál by si, aby všichni byli zdraví a spokojení a aby se navzájem podporovali v těžkých situacích. Váží si rodinného zázemí, skutečných přátel a lásky.

## 12) Jiné

Pan Ing. R. P. by chtěl předat synům své zkušenosti, protože jemu samotnému nejen během dospívání chyběl někdo, kdo by ho připravil na život. Jeho matka zemřela, když mu bylo 5 let a tak ho vychovával otec a 2 starší bratři. Když mu bylo 15 let, jeho otec se rozhodnul emigrovat do Kanady se svou druhou manželkou. Pan R. P. se po nějaké době vrátil zpět do České republiky a bydlel u svého bratra, který byl v té době už ženatý. Zhruba rok po svém návratu se chtěl vrátit ke svému otci, jeden z důvodů byl i ten, že jeho bratr chtěl založit rodinu a on jim nechtěl překážet. Bohužel, po roce se zavřeli hranice a on se tak už nikdy do Kanady nevrátil. Se svým otcem se od té doby viděli pouze jednou, během dovolené v Evropě.



## 2.2 Průběh hospitalizace

### 2.2.1 Souhrn hospitalizace, od 18. 8. do 23. 8. 2014

Pacient byl přijat dne 18. 8. 2014 pro plánovanou operaci – hemipankreatoduodenektomii (PDE), pro chronickou pankreatitis s suspektním ložiskem v hlavě pankreatu – v případě tumoru stanoven onkologický staging T2NxM0.

Během dne byl lékařem seznámen s operačním výkonem a podepsal informovaný souhlas. Operační výkon proběhnul následující den, 19. 8.

Podle překládové zprávy ze dne 31. 7. došlo k laboratornímu poklesu bilirubinu, ALP a GMT. Na CT vyšetření nebylo ložisko patrné.

V průběhu operace bylo ustoupeno od radikálního výkonu, vzhledem k nálezům. Podle operačního protokolu nález odpovídal stavu po proběhlé akutní pankreatitidě. V zánětlivě zvětšené hlavě bylo obtížné palpačně diferencovat eventuální tumor a jeho rozsah. Biopsie, odebraná z ložiska na peritoneu, byla patologem popsána jako nízce diferencovaný karcinom. Operatéri provedli cholecystektomii a výkon ukončili jako exploraci.

Definitivní histologie nebyla k dispozici, telefonicky primář sdělil, že se jedná o adenokarcinom. Pacient byl indikován k onkologické léčbě a s výsledky histologie předán na onkologické pracoviště v místě bydliště.

Dne 23. 8. byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. Pacientovi bylo doporučeno fyzické šetření po dobu min. 6 týdnů, dostatek tekutin, žlučnicková dieta po dobu 10-14 dní, poté strava racionální dle tolerance a sprcha rány. Pacient si po dobu 28 dní, od operačního výkonu, bude aplikovat Fraxiparine 0,4 ml s.c. ve 21 hodin, z důvodu prodělané plicní embolie v anamnéze.

Pacient byl předán zpět do péče ošetřujícího praktického lékaře, kam se dostaví do 3 dnů s propouštěcí zprávou. Dále byla doporučena kontrola ve spádovém onkologickém centru k další terapii a kontrola v chirurgické ambulanci dne 27. 8. k převazu a odstranění stehů, ke stanovení dalšího postupu a naplánování metalického stentu.

### **2.2.2 1. hospitalizační den 18. 8. 2014**

Pacient Ing. R. P. byl plánovaně přijat na chirurgickou kliniku v Praze, k provedení hemipankreatoduodenektomie. Operační výkon byl naplánován na následující den. Pacient byl chodící, soběstačný, stěžoval si na svědění. Návaly horka a zimnice přikládal nervozitě. Jinak se cítil dobře.

*fyziologické funkce při příjmu:* TK 112/60 mmHg, P 108', D 15, SpO<sub>2</sub> 96%, TT 36,7°C

Při příjmu byl pacient informován o právech pacientů, procesu identifikace, domácím řádu oddělení a byl seznámen s informačními materiály Průvodce pacienta.

Během dne byl pacient poučen o místní přípravě operačního pole, která zahrnuje oholení a mechanickou očistu. Na základě indikace lékaře byly objednány dvě EM a pacient byl poučen o prevenci TEN, která byla u pacienta vyhodnocena jako nejvyšší z důvodu prodělané plicní embolie. Dále byl poučen, aby od půlnoci nejedl, nepil, nekouřil. Pacientovi byla podána medikace dle ARO - 1 tbl. Dithiadenu p.o. před spaním. Během noci z 18. 8. na 19. 8. pacient neudával větší obtíže, byl nervózní z operačního výkonu, ale pospával.

### **2.2.3 2. hospitalizační den – 0. pooperační den 19. 8. 2014**

Po ranní hygieně si pacient nasadil kompresní punčochy a v 7:30 jsem podala premedikaci dle ARO – Dormicum 7,5 mg tbl. p.o. s antibiotickou profylaxí Cefobid 2 g do 100 ml FR na 30 minut. Pacienta jsem poučila, aby již nevstával z lůžka. Ujistila jsem se, že je nalačno a nemá na sobě šperky, hodinky, popř. zubní protézu. Zkontrolovala jsem operační pole, pacienta jsem vyzvala k odložení osobního prádla a zajistila jsem dokumentaci pro převoz pacienta na operační sál. Po zhruba 30 minutách pacient odjel k operačnímu výkonu.

*fyziologické funkce v 6 hodin v den operačního výkonu:* TK 128/77 mmHg, P 99', TT 36,0°C

Operační výkon trval 90 minut, vzhledem k nálezům chirurgové ustoupili od radikálního výkonu, provedli cholecystektomii a výkon ukončili jako exploraci. Pacient byl následně převezen na dospávací pokoj.

Na dospávacím pokoji pacient hodnotil bolest maximálně číslem 2 na VAS. V 11 hodin mu byla podána analgetika - Novalgin 1 amp. ve 100 ml F 1/1. Následně byl sledován účinek analgetik à 15 minut do 12:30, než byl pacient převezen na lůžkové oddělení, přesto pacient dále hodnotil bolest číslem 2 na VAS. Saturace se pohybovala v rozmezí 94 – 97%. Krevní tlak se pohyboval mezi 120-140/70-80 mmHg. Tepová frekvence kolem 100 tepů za minutu.

V 12:50 hodin byl pacient přivezen na lůžkové oddělení, při vědomí, orientovaný, po celkové narkóze spavější, fyziologické funkce byly v normě.

*fyziologické funkce:*

13 hod. – TK 131/77 mmHg, P 100', VAS 1

14 hod. – TK 136/81 mmHg, P 94', VAS 1

15 hod. – TK 137/84 mmHg, P 99', VAS 1

16 hod. – TK 139/83 mmHg, P 94', VAS 1

Operační rána mírně prosakovala. Na sále, v celkové anestezii, byl zaveden CŽK, mimo jiné i z důvodu předpokládaného provedení radikálního výkonu a následném umístění pacienta na jednotce intenzivní péče. Všechny vstupy byly volně průchozí a katétr bylo možné používat ihned. Ve 14 hodin proběhl kontrolní RTG S+P k vyloučení komplikací kanyly. Nasogastrická sonda odvedla na sále menší množství a PMK odvedl čistou moč, 1500 ml.

Z důvodu zavedení CŽK odstraněn PŽK. Místo vstupu a jeho okolí nejevily známky infekce.

V 16:30 hodin byla odstraněna NGS, pacient ji netoleroval. Sonda odvedla 200 ml. V 16:40 hodin si pacient vyžádal lék na nevolnost, podala jsem Torecan 6,5 mg ve 100 ml FR i.v. Později se pokusil o první vertikalizaci po operačním výkonu.

Po vertikalizaci pacient hodnotil bolest číslem 7 na VAS, byla podána analgetika k utlumení bolesti – Morphin biotika 1 amp. s.c., s efektem. Po 20

minutách pacient hodnotil bolest číslem 2 na VAS. Na další vertikalizace se již necítil.

*fyziologické funkce:* TK 141/85 mmHg, P 98', TT 37,2°C

Ve 22 hodin si pacient stěžoval na bolest, hodnotil ji číslem 5 na VAS, byla podána analgetika – Paracetamol Kabi 10 mg INF i.v., po 30 minutách se bolest snížila na číslo 2 na VAS. Pacient klidně spal do 4 hodiny ranní, kdy ho vzbudily silné bolesti hodnoceny číslem 8 na VAS. Opět byla podána analgetika - Morphin biotika 1 amp. s.c., s efektem.

#### **2.2.4 3. hospitalizační den – 1. pooperační den 20. 8. 2014**

Po ranní vizitě jsem pacientovi převázala CŽK. Zaveden 2. den, funkční, všechny vstupy volně průchodné, bez známek infekce, okolí vpichu klidné.

Následně jsem převázala operační ránu. Operační rána nejevila známky infekce, kryta sterilním materiálem, Curapor.

Na základě indikace lékaře jsem odstranila PMK, odvedl 700 ml. Poučila jsem pacienta o sebepěči, hygieně genitálií a pitném režimu, a aby nahlásit první vymočení ošetřující sestře. Pacient byl dále sledován (teplota, neschopnost vymočit se do 2 hodin, bolest při močení, inkontinence).

V 9 hodin si pacient stěžoval na bolest, hodnotil ji číslem 4 na VAS, po podání analgetik - Novalgin 1 g ve 100 FR i.v. - bolest do 30 minut klesla dle pacienta na číslo 1 na VAS.

Během dne pacient chodil po oddělení s doprovodem, snažil se spolupracovat

V 17:30 si pacient stěžoval na silné bolesti, bolest ohodnotil číslem 4 na stupnici VAS, byla podána analgetika – Novalgin 500 mg p.o. Do 30 minut po podání bolest klesla na číslo 1.

Ve 22 hodin si pacient stěžoval na bolest, hodnotil číslem 5 na stupnici VAS, byla podána analgetika – Paracetamol Kabi 10 mg INF i.v. Pacient po 20 minutách hodnotil bolest číslem 2. V noci z 20. 8. na 21. 8. nedošlo ke změně stavu, pacient spal.

#### **2.2.5 4. hospitalizační den – 2. pooperační den 21. 8. 2014**

Po ranní vizitě jsem pacientovi převázala CŽK. Zaveden 3. den, funkční, všechny vstupy volně průchodné, bez známek infekce, okolí vpichu klidné.

Operační rána byla klidná, nejevila známky infekce, během převazu jsem ji dezinfikovala a následně jsem použila sterilní krycí materiál.

Dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci. Pacient močil spontánně. Stěžoval si na nechutenství, objednan nutriční terapeut.

Pacient byl soběstačný, spolupracoval, během dne chodil po oddělení a byl depresivně laděný. Po odchodu manželky se psychický stav zhoršil. Objednan psycholog na konzultaci.

Pacient si ve 20 hodin vyžádal léky na bolest, hodnotil ji číslem 4 na VAS. Pacientovi byla podána analgetika – Novalgin 500 mg p.o. Do 30 minut pacient hodnotil bolest číslem 2.

Ve 23 hodin pacient udával bolest, hodnocena číslem 5 na VAS, byla podána analgetika – Panadol Novum 500 mg p.o. S efektem do 30 minut, pacient udává číslo 1.

V noci z 21. 8. na 22. 8. pacient spal, nedošlo ke změně stavu.

#### **2.2.6 5. hospitalizační den – 3. pooperační den 22. 8. 2014**

Po ranní vizitě na základě indikace lékaře jsem odstranila CŽK. Po odstranění stehové fixace, vyjmutí katétru a následné kompresi v místě vpichu jsem zhodnotila okolí vpichu jako klidné. Pacient byl poučen o sledování známek infekce.

Operační rána beze změn, klidná, bez známek infekce, po dezinfekci jsem použila filmové krytí ve spreji, Opsite spray. Pacient byl poučen o sledování známek infekce.

Pacient byl stále depresivně laděný, proto byla znovu objednána konzultace s psychologem, který se předchozí den nedostavil. Během dne byl založen plán o psychické potřebě pacienta.

Po domluvě s nutričním terapeutem bylo založeno sledování stravy. Pacient byl edukován nutričním terapeutem, poučen o výživné dietě a o sippingu, který užíval a dobře toleroval. Všemurozuměl, snažil se o spolupráci. Po dobu pobytu v nemocnici došlo k individuální úpravě stravy.

Ve večerních hodinách si pacient pod dohledem aplikoval Fraxiparine multi 0,4 ml s.c., aplikaci zvládnul s menší slovní pomocí. Stěžoval si na nechutenství, v noci spal bez obtíží.

#### **2.2.7 6. hospitalizační den – 4. pooperační den 23. 8. 2014**

Během ranní vizity jsem zkontrolovala místo vpichu po CŽK, okolí klidné, bez známek infekce.

Operační rána beze změn, klidná, po dezinfekci jsem opět použila filmové krytí ve spreji, Opsite spray.

Pacient byl soběstačný, spolupracoval, bez známek TEN. Stěžoval si na přetrvávající nechutenství, měl pokleslou náladu, dnes dimise.

Pacient byl poučen o péči o ránu (lze sprcha rány), o dodržování léčebného režimu, o významu užívání léčiv, o postupu rehabilitace a o dietě.

Kontrola byla naplánována na chirurgickou ambulanci, termín byl stanoven a byl součástí propouštěcí zprávy.

Propouštěcí zpráva byla vydána v den propuštění do rukou pacienta.

#### doporučení:

Fyzické šetření min. 6 týdnů od operace. Dostatek tekutin, dieta žlučnicková po cca 10-14 dní od operace, poté racionální strava dle tolerance. Pacient předán zpět do péče ošetřujícího praktického lékaře – MUDr. K. D. – kontrola s touto zprávou. Kontrola ve spádovém onkologickém centru k další terapii. Kontrola v chirurgické ambulanci ve středu dne 27. 8. k převazu a odstranění stehů, ke stanovení dalšího postupu, naplánování metalického stentu. Při zhoršení stavu kontrola kdykoli dříve.

#### medikace:

- Gopten 2 mg tbl. p.o. 1-0-0
- Amlozek 5 mg tbl. p.o. 1-0-0
- Cerucal 10 mg tbl. p.o. 1-1-1
- Novalgin 500 mg tbl. p.o. 1-1-1-1 při bolesti

Fraxiparine Multi 0,4 ml aplikovat podkožně ve 21:00 hod., doporučujeme do 28. dne od operačního výkonu, pacient edukován o aplikaci, kterou zvládá.

Při nauze a zvracení Torecan čípky 1-1-1 po 8mi hodinách.

### 2.2.8 Rehospitalizace, od 25. 8. do 8. 9. 2014

Pacient byl přijat s podezřením na poruchu střevní pasáže a dehydrataci. Terapie byla rozšířena o kortikoidy a prokinetika, po regresi otoku duodena zavedena NJS, pokračováno v intenzivní renutrici. Po konzervativní terapii ústup obtíží. Pasáž obnovena, pacient zatížen stravou, kterou toleroval. NJS extrahována. Přetrvává významná dekompenzace psychického stavu s úzkostmi během noci s hyperventilačními epizodami.

Pacient po domluvě propuštěn do domácí péče v celkově uspokojivém stavu.

### 2.2.9 Plánovaná hospitalizace, od 16. 9. do 17. 9. 2014

Pacient přišel k provedení ERCP pro recidivu ikteru a pruritus.

16. 9. ERCP, závěr: zavedena 7Fr biliární drenáž pro tumorózní stenózu distálního a středního úseku choledochu, původní 10Fr DBE ponechána in situ, po zavedení došlo k laboratornímu poklesu ALP, GMT i bilirubinu, mírná elevace AMS, pacient bez subjektivních potíží, propuštěn do domácího léčení, kontrola v chirurgické ambulanci dne 19. 9.

---

19. 9. chirurgická ambulance, závěr: pacient bez subjektivních potíží, bez teploty, moč světlejší, Rp.: peroperální nutrice, pacient poučen o realimentaci a rehabilitaci

---

20. 9. chirurgická ambulance, závěr: pacient přišel pro opakované zvracení, stolice dnes, bez bolesti, od výměny ERCP ustupuje žluté zbarvení kůže i svědění ustalo, NSB: gastroektázie, bez poruchy pasáže, po domluvě s pacientem příjem na interní kliniku k rehydrataci a na zvážení endoskopické léčby

---

## 2.3 Ošetrovatelské problémy

### 2.3.1 Akutní bolest operační rány

Po operaci byl pacient převezen na dospávací pokoj po dobu dvou hodin. Zde hodnotil bolest maximálně číslem 2 na VAS. Účinek analgetik ošetřující sestra sledovala à 15 minut do 12:30, poté byl pacient převezen na lůžkové oddělení.

Pacient vyžadoval analgetickou terapii od 0. POD do 2. POD, bolest popisoval na stupnici VAS v rozmezí hodnot od 1 do 8. Nejvyšší sdělenou hodnotu pacient nahlásil 2. POD ve 4 hodiny ráno. Bolest popsal jako neurčitou a lokalizaci uvedl břicho. Příčina bolesti je neznámá. Sestra podala analgetika dle ordinace lékaře, s efektem. Za hodinu pacient uvedl snížení bolesti na VAS na hodnotu 2.

Ve zbývajících dnech pacient odmítnul podání analgetik, bolest popisoval jako snesitelnou, netřeba tlumit léky.

Ve všech případech podání analgetik pacient potvrdil zmírnění bolesti do 1 hodiny od podání. Během hospitalizace nebyla překročena denní dávka léků tlumících bolest.

0. POD 3x podána analgetická terapie + opiát

1. POD 2x podána analgetická terapie

2. POD 2x podána analgetická terapie

analgetická terapie:

**VAS nad 2** – NOVALGIN INJEKCE INJ SOL 10X2ML/1GM 1-1-1-1-1

**VAS nad 5** – PARACETAMOL KABI 10MG/ML INF SOL 10X100 ML/1000MG

1-1-1-1

2.POD **VAS nad 5** – PANADOL NOVUM 500MGPOR TBL FLM 12X500MG 2-2-2-2

**VAS nad 7** – MORPHIN BIOTIKA 1% INJ SOL 10X1ML /10MG 1-1-1-1

### 2.3.2 Riziko vzniku infekce související s operační ránou

U pacienta po operačním výkonu je důležité minimalizovat rizika vedoucí ke vzniku infekce. A pokud již došlo k rozvinutí infekce, pak je důležité včas odhalit známky infekce. Prevencí je pravidelná kontrola operační rány se zaměřením na místní známky infekce (zarudnutí, místní zvýšení teploty, napětí



kůže, bolest), pravidelná kontrola funkčnosti obvazu a sledování celkových projevů zánětu (zvýšená tělesná teplota, kontrola laboratorních výsledků – leukocytóza, zvýšená sedimentace, zvýšení hladin proteinů akutní fáze).

0. POD byl kontrolován obvaz, zda nedošlo k prosáknutí krví. Pokud by k prosáknutí obvazu došlo, bylo by potřeba přidat další krycí vrstvu na stávající obvaz. Během dne nedošlo k žádným komplikacím. Krytí bylo suché.

Operační rána byla pravidelně kontrolována lékařem při ranní vizitě. Poté byl proveden převaz. Rána byla ošetřena dezinfekčním prostředkem Betadine a sterilně kryta pomocí náplasti Curapor. Netransparentní krycí materiál byl používán od 1. do 2. POD. Od 3. POD bylo na operační ránu aplikováno filmové krytí ve spreji, Opsite spray. Vzhledem k plánované demisi byl 4. POD pacient edukován o péči o operační ránu.

Operační rána se hojila per primam. Během hospitalizace u pacienta nedošlo k rozvoji infekce.

### **2.3.3 Riziko vzniku infekce související se zavedením invazivních vstupů (PŽK, CŽK, PMK, NSG)**

Aseptický přístup při manipulaci s invazivními vstupy je stejně tak nezbytný, jako při ošetřování operační rány. Je potřeba mít na vědomí, že infekce prodlužuje hospitalizaci pacienta, zvyšuje tak náklady na léčbu a samozřejmě negativně ovlivňuje psychiku nemocného. U pacienta je potřeba pravidelná kontrola stavu invazivního vstupu pro místní známky infekce (zarudnutí, místní zvýšení teploty, napětí kůže, bolest) a důležité je zaměřit se i na celkový stav pacienta.

#### **PŽK:**

Zaveden při příjmu na předloktí PHK, k aplikaci tekutin a farmak. Následující den byl na sále zaveden CŽK, proto jsem PŽK odstranila. Místo vpichu a jeho okolí bylo klidné, bez známek infekce, po vyjmutí katétru lehce krvácelo. Na místo vpichu jsem přiložila sterilní tampon po předchozím postříkání dezinfekcí. Následovala komprese místa vpichu.

**CŽK:**

Zaveden 19. 8. na operačním sále, před zahájením operačního výkonu. Mimo jiné i z důvodu plánovaného velkého operačního výkonu a překlada pacienta na oddělení ARO.

indikace: k monitoraci centrálního žilního tlaku, k aplikaci parenterální výživy, tekutin a farmak a pro nepřístupnost periferního povrchového žilního řečiště

přístup zavedení: v. jugularis int. l. dx.

typ katétru: TRIO

Všechny vstupy byly volně průchozí, zakončeny biokonektory, katétr bylo možné používat ihned, ale vzhledem k znečištění okolí vstupu bylo potřeba vyměnit krytí a místo vpichu a jeho okolí očistit dezinfekcí Betadine a následně krýt sterilní náplastí Curapor. Ve 14 hodin proběhnul kontrolní RTG srdce a plic k vyloučení komplikací při zavádění kanyly.

CŽK byl kryt netransparentním krycím materiálem, proto jsem převaz prováděla pravidelně každý den. Po dobu zavedení byl CŽK funkční, bez známek infekce, všechny katétrů byly volně průchozí a okolí vstupu klidné.

CŽK byl zaveden z důvodu původního plánu umístění pacienta na jednotce intenzivní péče, ale nakonec bylo ustoupeno od radikálního výkonu a tedy i od plánu poanestetické péče. CŽK byl ponechán do 22. 8. a následně dle indikace odstraněn. Pacient byl bez obtíží.

**PMK:**

Zaveden 19. 8. na sále a odstraněn následující den. PMK byl zaveden z důvodu původního plánu umístění pacienta na jednotce intenzivní péče, ale nakonec bylo ustoupeno od radikálního výkonu a tedy i od plánu poanestetické péče. Pacient byl odvezen na dospávací pokoj a posléze zpět na lůžkové oddělení. Pacient tedy nebyl zatížen radikalitou výkonu a následující den byl schopný vertikalizace a v rámci minimalizace rizika infekce se i minimalizoval počet invazivních vstupů.

19. 8. PMK odvedl 1500 ml moči.

20. 8. PMK odvedl 700 ml moči.

Pacient se po odstranění PMK vymočil do 2 hodin. Udával lehké pálení močové trubice, ale do konce dne si již nestěžoval. Moč byla dle pacienta čirá, bez zápachu, bez příměsí, pacient nevykazoval místní ani celkové projevy infekce.

#### **NSG:**

Zavedena 19. 8. na sále na základě plánovaného umístění pacienta na jednotku intenzivní péče. NSG odvedla 200 ml a v odpoledních hodinách byla odstraněna z důvodu špatné tolerance pacientem.

#### **2.3.4 Riziko vzniku TEN v souvislosti s pooperačním stavem**

Pacient měl v anamnéze stp. TEN v roce 2006, proto lékař vyhodnotil prevenci nejvyšší prioritou.

Pacient byl poučen o významu pitného režimu a snažil se denně vypít minimálně 1,5l tekutin.

V odpoledních hodinách po operačním výkonu jsme se s pacientem pokusili o první vertikalizaci. Pacient ušel vzdálenost cca 20 m, ale náhle pocítil slabost a na další chůzi se již necítil. Následující dny se již procházel po oddělení bez problému, nevyžadoval doprovod.

Dle ordinace lékaře byl denně aplikován nízkomolekulární heparin. Po dobu hospitalizace měl nasazeny kompresní punčochy. Během hospitalizace nedošlo k rozvoji TEN.

LMWH terapie:

FRAXIPARINE MULTI INJ SOL 10X5ML/47.5KU

SC 0.4ml sc v 18:00

#### **2.3.5 Riziko nechutenství z důvodu změn psychického stavu pacienta**

Při příjmu pacient nebyl v riziku malnutrice. Ovšem po sdělení negativních zpráv došlo ke zhoršení psychického stavu a v důsledku toho pacient trpěl nechutenstvím, na které si stěžoval 21. 8., proto byla objednána konzultace s nutričním terapeutem a založeno sledování stravy.

Nutriční terapeut se dostavil 22. 8. Pacient byl poučen o šetřící dietě a obdržel edukační materiál. Zároveň byl poučen o výživné dietě a o sippingu, který již užíval a dobře toleroval. Po dobu hospitalizace byla strava individuálně upravena, přesto pacient přijímal minimální množství tuhé stravy, přednost dával sippingu.

Marková ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* doporučuje možnosti, jak lze ošetrovatelsky ovlivnit nechutenství. Zásadní je nemocnému nabízet takové jídlo, na které má chuť. Pro některé pacienty je důležitá správná teplota jídla, protože nevolnost většinou vyvolává vůně jídla a chladnější pokrm je méně aromatický a tedy vhodnější. Pacientovi lze nabídnout malé množství alkoholu k povzbuzení chuti a ke snadnějšímu trávení. Pro pacienta je také příjemnější konzumovat pokrm mimo lůžko. (Marková, 2010)

U pacienta výše popisované metody nepomohly ke snadnější konzumaci jídla. Pacient i přes snahy personálu přizpůsobit stravu jeho možnostem, jídlo odmítal.

Mezi další postupy v léčbě nevolnosti patří podávání antiemetik, zavedení nasogastrické sondy k odsávání nadměrné žaludeční sekrece a jiné alternativní techniky (relaxace, masáže, aromaterapie, akupunktura). Výhodou je samozřejmě aktivní přístup nemocného. (Vorlíček et al., 1998)

### **2.3.6 Psychologická problematika nemocného**

Pan Ing. R. P. během života vážněji nestonal, podle svých slov žil celkem zdravě a tak byl vzniklou situací velice dotčený. O nemoci jsme hovořili před operací, tedy v době, kdy neměl dostatek informací a tak si nepřipouštěl vážnost svého zdravotního stavu.

Po operaci mu lékař postupně sdělil informace související s nemocí, výsledky operace a řešení jeho situace do budoucna. Pan Ing. R. P. si hledal další informace na internetu, přesto stále odmítal skutečnost, že prognóza je velice nepříznivá. Stále věřil, že medicína dosáhne takového pokroku, že se vyvine nějaká léčba.

Během hospitalizace došlo ke zhoršení psychického stavu, pacient byl smutný, působil velmi sklesle, depresivně a omezil komunikaci s lékaři a ošetřujícím personálem. Po odchodu manželky došlo vždy k prohloubení smutku a depresi.

Znovu jsme spolu hovořili po tom, co proběhnul rozhovor s psychologem. Pan Ing. R. P. se přiznal, že cítí vztek, že je fyzicky omezený, odkázaný na péči ostatních a ví, že tu péči nikdy nebude moci oplatit. Také přiznal, že ho trápí zdravotní stav manželky a bojí se o ni, protože byla na mamografickém vyšetření a nález nevypadá dobře.

Ve chvíli kdy pociťoval úzkost, se snažil uklidnit tím, že nemoc spojila rodinu a zanikly veškeré spory s exmanželkou, která se nyní zajímala o jeho zdravotní stav a snažila se ho psychicky podporovat.

Z posledního rozhovoru vyplynulo, že pomalu začíná akceptovat skutečnost. Stále si vyhledává informace na internetu, ale děsí ho prognóza onemocnění, přesto chce mít přehled a znát pravdu, aby se mohl vyrovnat se skutečností a přijmout realitu. Přiznal, že se nejhůř cítil v období, kdy neměl žádné informace o svém zdravotním stavu a teprve čekal na výsledky z vyšetření. Podotknul, že takovou úzkost by už nikdy zažít nechtěl.

Po rozhovoru s pacientem psycholog naordinoval Neurol 0,5 mg p.o. max. 4x denně při úzkostech, Lenuxin 10 mg p.o. 1-0-0 (efekt za 2-4 týdny) a při prodloužení hospitalizace doporučil vhodnou pravidelnou psychologickou péči formou podpůrně ventilačních pohovorů.

## 2.4 Dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče o onkologicky nemocné se zaměřuje především na paliativní péči, tzn. symptomatickou léčbu (podávání analgetik, antiemetik, laxativ, antihistaminik), poskytování psychoterapie, odlehčovacích služeb a v terminální fázi nemoci možnost umístění nemocného do hospicového zařízení.

Jednoznačná definice paliativní medicíny nebo paliativní péče neexistuje. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí: *„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“*

Základní principem je tedy léčba bolesti a dalších symptomů, které snižují kvalitu života nemocného. Zásadní je neomezovat léčbu pouze na zmírňování či odstraňování obtíží, ale poskytovat aktivní péči zaměřenou i na psychické problémy nemocného.

Paliativní péče se zaměřuje i na poskytování podpory rodinným příslušníkům během pobytu klienta v hospici i po jeho smrti.

### 3 Diskuze

Na počátku léčby byl pan Ing. R. P. hospitalizován na chirurgické klinice a indikován k provedení hemipankreatoduodenektomie. Během operace bylo ustoupeno od původního plánu a výkon byl ukončen jako explorace. Pro vznik komplikací spojených se základní diagnózou pacient podstoupil paliativní výkon a později byl předán do péče internisty.

Kazuistika je tedy zpočátku zaměřena na chirurgického pacienta a později se věnuje převážně paliativní péči.

Informace o paliativní medicíně jsem čerpala z publikace profesora Vorlíčka *Paliativní medicína*. Dále jsem použila knihu lékařky Elisabeth Kübler-Ross *O smrti a umírání*, ve které pojmenovala fáze prožívání nemoci, jež jsou popsány níže. Jiný pohled na práci sester a ostatních pracovníků v paliativní péči přináší publikace *Sestra a pacient v paliativní péči*, autorkou je zdravotní sestra, Monika Marková.

Marková na rozdíl od jiných autorů věnuje několik kapitol sestrám a ostatním pracovníkům v paliativní péči. Zaměřuje se na zvládání psychicky náročných situací v těchto profesích. Podle autorky je důležité připravovat žáky na smrt již během studia na středních školách, aby byli osobně i profesně připraveni pečovat o umírající a zemřelé. Kapitolu doplňuje osobními zážitky.

V diskuzi porovnávám prožívání nemoci pacienta s kazuistikou magistry Vytejškové, *Holistický pohled na péči o nemocného s diagnózou karcinom kaudy pankreatu* publikované v odborném časopise pro nelékařské zdravotnické pracovníky *Diagnóza v ošetřovatelství*.

Vytejšková zmínila publikaci doktorky Svatošové *Hospice a umění doprovázet* v souvislosti s poskytováním péče umírajícím nemocným tak, aby byli spokojeni.

Pro osobní účely, abych získala více informací a slyšela i jiný názor a pohled na danou problematiku, jsem shlédla přednášky doktorky Svatošové *Hospice a umění doprovázet*, dostupné na internetu.

Čím více se věnuji paliativní péči, tím více přemýšlím nad otázkou eutanázie – ano či ne?, a přehodnocuji svůj názor. Pro mě osobně bylo překvapivé

zjištění, že převážná většina zdravotníků v paliativní péči zastává negativní postoj k eutanázii a po zhlédnutí přednášek doktorky Svatošové, chápu proč.

Jestliže budeme umírajícím nemocným poskytovat komplexní péči a zohledňovat jejich potřeby v oblastech bio-psycho-sociálně-spirituálních, pak nemocní nemají potřebu žádat o předčasné ukončení svého života.

Pana Ing. R. P. nejvíce zatěžoval strach, úzkost a nechutenství. Oceňoval naši snahu řešit jeho problémy s nechutenstvím (spolupráce s nutričním terapeutem a rodinou, sipping), snažili jsme se mu v rámci možností a kompetencí zodpovědět jeho dotazy a informovat ho např. o plánech na následující den atd. Ale především měl možnost mluvit o svém strachu a obavách a potvrdil, že se mu vždy poté ulevilo.

Pro teoretickou část bakalářské práce jsem čerpala informace z publikace *Karcinom pankreatu* od profesora Zavorala, chirurgické řešení jsem čerpala z publikací profesora Rysky (*Karcinom pankreatu: Chirurgická strategie léčby*) a profesora Kaly (*Nádory podjaterní oblasti: diagnostika a léčba*).

Všechny použité publikace se shodují, že neustále dochází k nárůstu incidence karcinomu pankreatu a k rozšíření onemocnění v populaci žen, ale i přes zvýšenou pozornost mnoha odborníků z různých oborů medicíny, zůstává karcinom pankreatu nadále devastujícím onemocněním. Důvodem je agresivita pankreatického karcinomu, a že ve většině případů probíhá zpočátku zcela bezpříznakově.

Existuje množství výzkumných prací zabývajících se diagnostikou, léčbou a následným řešením vzniklých komplikací v důsledku základního onemocnění (Hucl - *Cílená léčba karcinomu pankreatu - minulost či budoucnost?*; Hucl - *Karcinom pankreatu*; Karásek - *Erlotinib v léčbě pokročilého karcinomu pankreatu.*; Bělina - *Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu.*; Loveček - *Význam endosonografie v předoperačním managementu nemocných s karcinomem hlavy pankreatu.*; Ryska - *Karcinom pankreatu: Chirurgická strategie léčby.*).

Výsledkem je, že léčba spočívá v chirurgickém řešení, ale vzhledem k velmi nepříznivé prognóze, je zásadní poskytnout nemocnému informace o



možnostech, které nabízí paliativní medicína a to v případě, kdy byly vyčerpány všechny dostupné prostředky kurativní léčby.

Marková ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* píše, že ačkoliv je paliativní medicína ve skutečnosti nejstarší formou medicíny, není to příliš známý obor. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že jsem se s tímto termínem v praxi setkala teprve nedávno. (Marková, 2010)

Paliativní péče by měla být dostupná všem nemocným v pokročilém nebo konečném stádiu onemocnění. Spočívá především v symptomatické léčbě a psychologické podpoře nemocného a jeho příbuzných.

Pro sestru by měly být v tuto chvíli prioritní sociální a duchovní aspekty nemocného. Neměla by se vyhýbat rozhovoru s nemocným. (Marková, 2010)

Poskytováním paliativní péče umírajícím nemocným se zdravotníci snaží dosáhnout co možná nejvyšší kvality života až do jeho přirozeného konce. Ovšem na kvalitu života nemocného má vliv i jeho postoj ke smrti.

O tom píše Elisabeth Kübler-Ross ve své knize *O smrti a umírání*, kde popisuje pět stádií, kterými pacienti procházejí po oznámení nepříznivé diagnózy. (Kübler-Ross, 1994)

Níže popsané fáze se vztahují i na jiné negativní události v životě, např. rozvod, ztráta zaměstnání atd.

první stádium – popírán a izolace: nemocný odmítá pravdu, přizívuje v sobě naději, že prvotní závěry byly mylné

druhé stádium – zlost: zloba namířená proti všem a všemu, ve snaze bránit se skutečnosti

třetí stádium – smlouvání: pokus o odklad smrti, pomoci slibů prodloužit život, smlouvat za dny bez bolesti

čtvrté stádium – deprese: nemocný ztrácí všechno a všechny, smrt je nevyhnutelná

páté stádium – akceptace: nemocný je smířen s realitou, dojde vnitřního míru

*Tschuschke* ve své knize *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny* popisuje stav mysli nemocného, kterému byla sdělena diagnóza s nepříznivou prognózou. Píše, že nemocní s rakovinou se najednou stávají obětmi svých myšlenek, myšlenek na smrt. Dochází jim vlastní smrtelnost a najednou jsou konfrontováni s velkou zátěží. (Tschuschke, 2004)

Rakovina vyvolává v lidech silné pocity strachu, smutku a zlosti. Nemocní se často v reakci na sdělenou diagnózu chovají úzkostně, trpí depresemi, cítí bezmoc. Obávají se ztráty vlastní nezávislosti. (Křivohlavý, 2002)

Pan Ing. R. P. byl po sdělení diagnózy úzkostný, depresivní a potvrdil právě obavu ze ztráty nezávislosti. Uzavřel se do sebe a nechtěl s nikým komunikovat. Podobně popisuje psychické reakce a prožívání nemoci magistra Vytejšková v kazuistice na téma *Holistický pohled na péči o nemocného s diagnózou karcinom kaudy pankreatu*. Pacient se nacházel ve fázi agrese, vinil zdravotníky za svou bolest, únavu a především nesoběstačnost. Pan Ing. R. P. si během hospitalizace nepřipouštěl vážnost nemoci a stále doufal v nějaký pokrok v medicíně. Ve dnech, kdy byl unavený a zesláblý si vyčítal, že je ostatním přítěží.

Vytejšková popisuje téměř všechny fáze prožívání nemoci, kromě smíření. Já jsem u svého pacienta během hospitalizace zaznamenala pouze stádium popření. Oba pacienti se upnuli na plány do budoucna a tak se střídaly pozitivní myšlenky s depresemi, v závislosti na momentálním psychickém a fyzickém stavu.

V kazuistice je zmínka o pozornosti, kterou pacient vyžadoval. Zejména v noci nechtěl být sám a vyžadoval otevřené dveře do pokoje, aby nebyl izolován od dění kolem sebe. U pana Ing. R. P. jsem měla dojem, že i přes jeho uzavřenost, uvítal společnost a dlouhé rozhovory.

Péče o nevléčitelně nemocného neznamená jen poskytovat ošetrovatelskou péči k zajištění základních fyziologických potřeb nemocného, ale poskytovat laskavou péči a doprovázet jej a jeho rodinu ke klidnému umírání a důstojné smrti.

#### 4 Závěr

Přes zájem mnoha odborníků z různých oborů medicíny, zůstává karcinom pankreatu nadále devastujícím onemocněním. Incidence karcinomu pankreatu narůstá a rozšiřuje se v populaci žen. Doposud neexistuje účinná prevence a diagnostika k odhalení nemoci s velmi nepříznivou prognózou.

Medián přežití u pacienta s inoperabilním nádorem nebo u pacienta po paliativním operačním výkonu je 4 – 6 měsíců. U pacientů po resekčním výkonu je udáván medián přežití 11 – 18 měsíců. (*Ryska, 2010*) Docent Bělina uvádí 5leté přežití u 15-20% nemocných po radikální resekci. (*Bělina, 2011*)

Finanční náklady spojené s léčbou jsou obrovské a léčba přináší pouze nízký efekt pro nemocné.

Kurativní léčba je omezena v důsledku pozdní diagnostiky nemoci, proto se přistupuje k paliativnímu řešení symptomů, které pacientům snižují kvalitu života.

Vzhledem k poměrně krátkodobému přežití od potvrzení diagnózy je dle mého názoru, vhodné ne-li nutné sdělit pacientovi pravdu (s výjimkou např. pacientů se suicidálními sklony), aby si uspořádal rodinné vztahy, dědictví atd. Podstatné je pacientovi nelhat, ale navázat s ním kontakt, získat si jeho důvěru, být trpělivý a podporovat spolupráci nemocného se zdravotnickým týmem.

## Seznam použité literatury:

- 1) CONROY, Thierry et al. FOLFIRINOX versus Gemcitabine for Metastatic Pancreatic Cancer. *New England Journal of Medicine* [online]. 2011-05-12, vol. 364, issue 19, s. 1817-1825 [cit. 2015-03-30]. DOI: 10.1056/NEJMoa1011923.  
Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1011923>
- 2) HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Mladá fronta. ISBN 978-802-0424-730.
- 3) HUCL, T. Cílená léčba karcinomu pankreatu - minulost či budoucnost?. *Gastroent hepatol*. 2013, roč. 67, č. 5, s. 366-376. DOI: 1804-7874.
- 4) HUCL, Tomáš. Karcinom pankreatu. *Gastroent hepatol* [online]. 2012, roč. 2012, 66(5), s. 350-356 [cit. 2014-11-13].  
Dostupné z: [http://www.csgh.info/dwnld/gh\\_2012\\_5\\_350\\_356.pdf](http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_5_350_356.pdf)
- 5) KALA, Zdeněk et al. *Nádory podjaterní oblasti: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 336 s. ISBN 978-802-4728-674.
- 6) KARÁSEK, Petr et al. Erlotinib v léčbě pokročilého karcinomu pankreatu. *Onkologie* [online]. 2013, 7 (2), s. 88-89 [cit. 2015-04-05]. DOI: 1803-5345.  
Dostupné z: [http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201302-0008\\_Erlotinib\\_v\\_lecbe\\_pokrocileho\\_karcinomu\\_pankreatu.php](http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201302-0008_Erlotinib_v_lecbe_pokrocileho_karcinomu_pankreatu.php)
- 7) Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu.  
Dostupné z: <https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=4>
- 8) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- 9) KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994, 148 s. ISBN 80-900134-6-5.
- 10) LOVEČEK, Martin et al. Význam endosonografie v předoperačním managementu nemocných s karcinomem hlavy pankreatu. *Rozhledy v chirurgii: Odborný časopis České chirurgické společnosti*. 2012, roč. 91, č. 11, s. 608-613. DOI: 0035-9351.
- 11) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- 12) NAŇKA, Ondřej et al. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
- 13) NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra. ISBN 80-247-1150-8.
- 14) NOHEJLOVÁ, Kateryna. *Úvod do preklinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013, 185 s. ISBN 978-80-87878-04-0.
- 15) RYSKA, Miroslav. Karcinom pankreatu: Chirurgická strategie léčby. *Onkologie* [online]. 2010, roč. 2010, 4(6), s. 333-337 [cit. 2014-11-13]. DOI: 1803-5345.  
Dostupné z: [http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201006-0003\\_Karcinom\\_pankreatu\\_Chirurgicka\\_strategie\\_lecby.php](http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201006-0003_Karcinom_pankreatu_Chirurgicka_strategie_lecby.php)
- 16) TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-826-0.

- 17) VON HOFF, Daniel D. et al Increased Survival in Pancreatic Cancer with nab-Paclitaxel plus Gemcitabine. *New England Journal of Medicine*[online]. 2013-10-31, vol. 369, issue 18, s. 1691-1703 [cit. 2015-04-05]. DOI: 10.1056/NEJMoa1304369.
- Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1304369>
- 18) VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 480 s. ISBN 80-716-9437-1.
- 19) ZAVORAL, Miroslav. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, 287 s. ISBN 80-246-1083-3.
- 20) POVÝŠIL, Ctibor a Vanda CIPROVÁ. *Speciální patologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Ivo Šteiner. Praha: Galén, 2007, xviii, 430 s. ISBN 978-807-2624-942.
- 21) VYTEJČKOVÁ, Renata. Holistický pohled na péči o nemocného s diagnózou karcinom kaudy pankreatu. *Diagnóza v ošetrovatelství: Nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*. Promediamotion s.r.o., 2006, roč. 2, č. 5, s. 227-233. DOI: 1801-1349.

## Seznam zkratk:

<b>10Fr</b>	vnější průměr zaváděcího systému
<b>5FU</b>	5-fluorouracil
<b>7Fr</b>	vnější průměr zaváděcího systému
<b>ALP</b>	alkalická fosfatáza
<b>ALT</b>	alaninaminotransferáza
<b>amp.</b>	ampule
<b>AMS</b>	amyláza
<b>APTT</b>	aktivovaný částečný tromboplastinový čas
<b>ARO</b>	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>AST</b>	aspartátaminotransferáza
<b>ATB</b>	antibiotika
<b>BDKK</b>	bandáže obou dolních končetin
<b>Bil</b>	bilirubin
<b>BMI</b>	Body mass index
<b>CA 19-9</b>	nádorový antigen
<b>CT</b>	výpočetní tomografie
<b>CŽK</b>	centrální žilní katétr
<b>D4</b>	dieta č. 4 - s omezením tuku
<b>DBD</b>	duodenobiliární drenáž
<b>DBE</b>	dvojbalonová endoskopie
<b>DKK</b>	dolní končetiny
<b>DNA</b>	deoxyribonukleová kyselina
<b>DPE</b>	levostranná pankreatektomie
<b>EKG</b>	elektrokardiogram
<b>EM</b>	erytrocytární masa
<b>EPT</b>	papilotomie
<b>ERCP</b>	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
<b>EUS</b>	endoskopická ultrasonografie
<b>EX</b>	vyndání, zrušení
<b>F 1/1</b>	fyziologický roztok
<b>FR</b>	fyziologický roztok

<b>GGT</b>	gamaglutamyltransferáza			
<b>Hb</b>	hemoglobin			
<b>INF</b>	infuze			
<b>IV (i.v.)</b>	intravenózní aplikace léku			
<b>JT</b>	jaterní testy			
<b>K+</b>	draslík			
<b>KP</b>	kardiopulmonálně kompenzovaný			
<b>KRAS</b>	onkogen			
<b>l. dx.</b>	lateris dextri			
<b>LMWH</b>	nízkomolekulární heparin			
<b>MR</b>	magnetická rezonance			
<b>MRSA</b>	Methicilin-rezistentní <i>Staphylococcus aureus</i>			
<b>NGS</b>	nasogastrická sonda			
<b>NJS</b>	nasojejunální sonda			
<b>NSB</b>	nativní snímek břicha			
<b>ONKO</b>	onkologické konzilium			
<b>OP</b>	operační plán			
<b>OSVČ</b>	osoba samostatně výdělečně činná			
<b>PMK</b>	permanentní močový katétr			
<b>PO (p.o.)</b>	per os			
<b>POD</b>	pooperační den			
<b>PPDE</b>	proximální pankreatoduodenektomie			
<b>PreOp</b>	předoperační příprava			
<b>PTC</b>	perkutánní transhepatální cholangiografie			
<b>PTD</b>	perkutánní transhepatickou drenáž			
<b>PŽK</b>	periferní žilní katétr			
<b>Quick</b>	protrombinový test			
<b>re-ERCP</b>	opakované provedení cholangiopankreatikografie	endoskopické		retrográdní
<b>RHB</b>	rehabilitace			
<b>Rp.</b>	<i>Recipe</i> , tj. vezmi			
<b>RTG S+P</b>	rentgenový snímek srdce, plíce			



<b>SC (s.c.)</b>	subkutánní aplikace léku
<b>T2NxM0</b>	rozsah nádoru
<b>TAT</b>	tetanus antitoxin
<b>tbl.</b>	tableta
<b>TEN</b>	tromboembolická nemoc
<b>TK+P</b>	krevní tlak + puls
<b>TPE</b>	totální pankreatektomie
<b>TRIO</b>	trojcestný centrální žilní katétr
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>USG</b>	sonografické vyšetření
<b>v. jugularis int. l. dx.</b>	vena jugularis interna lateris dextri
<b>VAS</b>	vizuální analogová škála

## Seznam příloh:

### 1) Příloha č. 1 – Ošetřovatelská anamnéza

#### Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení: *NEUROLOGIE - VANILKOVÁ 3*  
Datum a čas odběru anamnézy: *11. 9. 14*

Jméno (iniciály): *S. P. M.* Pohlaví: *M* Věk: *42*

Datum přijetí: *11. 9. 14* Datum propuštění: *13. 9. 14*

Stav: *léčebně* Povolání: *OVČ*

Rodina informována:  ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní): *CSD (s. opud. poruchami, křep. poruchami, poruchami)*

Chronická onemocnění: *dep. úzkost. od dětství, hypotyreóza, 2008, hypertenze 2. st. (léčba 1. stu. - dříve: kř. léky, 1. stu. 2008, 1. stu. 2008, 1. stu. 2008)*

Infekční onemocnění:  NE  ANO *VANILKOVÁ*

Režimová opatření: *11. 9. přijat k plnění funkce*

Léčba: *HEMIFASCIKULOVANÍ* Pooperační den: *11. 9. poop. den*

Farmakoterapie: *COPTER 200 mg PO 2-0-0*  
*KLONAZEPAM 0,5 mg PO 1-0-0*  
*DIPYRIDOL 1 PO 1-1-1 d.p.*

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci:  ano  ne  částečně

Alergie:  ano  ne jaké:

Fyziologické funkce: P: *100%* TK: *100/60* D: *15* SpO2: *92%* TT: *34°C*

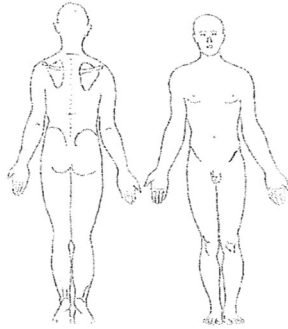
#### 1) Vědomí

stav vědomí:  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC: *15*  
 Orientovaný  Dezorientovaný

**2) Bolest**

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná  
 ne

lokalizace :



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

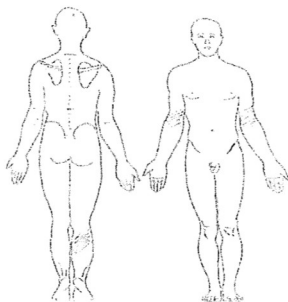
**3) Dýchání**

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: 11/...

lokalizace :



Ošetření rány:.....  
.....

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): celkem žádná viditelná onemocnění

běžná onemocnění, která nezávážná, ale pravidelně preventivně  
kontrolována u svého lékaře

Úrazy:  ano  ne jaké: DNÍKORNE, PRŮBĚH KOMPLIK. MI/06

Prodělaná dětská onemocnění: 500 VÍROVÁ #11/06, 7A. 6.14.16

Infekční onemocnění:  ano  ne jaká: V. HUNABET, HEPATITIDA

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: B Nutriční skóre: 4

Váha: 44 kg Výška: 170 cm BMI: 24

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....

Jakým druhům potravin dává přednost: maso, mléko, zelenina, ovoce, pečivo

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: VITAMIN

Enterální výživa ..... Parenterální výživa .....

Denní množství tekutin: 1,5 l Druh tekutin: čaj, voda

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: 0,5 kg, 1,5 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: 14. 7. 16

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 1 den

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: VOLEVO

Barthel test: 100%, nezávisle

Riziko pádu: ANO skóre... *0-7* .....

NE

Pohyblivost:  chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké: .....

### 9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: *0-7* .....

hodina usnutí: *10:00 A.S.H.*

poruchy spánku:  ano  ne

jaké: *PROBLEM V UTRÁNĚNÍ*

hypnotika:  ano  ne

návyky související se spánkem: *NEMÁ ŽÁDNÉ NÁVYKY V OBLASTI SPÁNKU*

### 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 *RODINNĚ*  v kolektivu

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě: *JE POKOJNÝ, MÍRNOU, NEJEDNÁ SE O VĚC, NEJEDNÁ SE O VĚC*

pocit zlosti, vzteku:  ano  ne

pocit strachu:  ano  ne

z čeho: *z OPERAČNÍHO VÝSLEDKU, z DŮVĚDY*

pocit úzkosti:  ano  ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce: *PROBLÉMY VE SVĚTLĚ VÝMĚNY, NEJEDNÁ SE O VĚC, NEJEDNÁ SE O VĚC*

emocionální stav: *RODINNĚ, z DŮVĚDY*

Úroveň komunikace a spolupráce: *POD VODPRAVOU, MOŽNĚ ODPRAVU*

### 12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem: *VIDĚ VAKUJEME VĚC, VE DŮVĚDY*

bydlí doma sám:  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: *RODINA (ŽEN, A.S.H.)*

kontakt s rodinou:  ano

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

.....  
**13) Reprodukce, sexualita**

počet porodů : .....  
počet potratů : .....  
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 : .....

.....  
**14) Stres, zátěžové situace**

psychický stav :  klidný  rozrušený  úzkostný  depresivní  strach  
prožívá nějaké napětí :  ano  ne jaké, z čeho : *z práce, dl.*  
způsob odreagování : *PROHROMUNY 14.05.2019*  
kouření :  ano  ne kolik : .....  
alkohol :  ano  ne kolik : .....  
drogy :  ano  ne jaké : .....

.....  
**15) Víra**

Víra  ano  ne jaká : .....

.....  
**16) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....  
Permanentní močový katétr :  ano  ne  
i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : *19.9.* kde : .....  
Stav : .....  
 centrální datum zavedení : *19.9.* kde : .....  
stav : .....  
 ne  
Sonda :  ano  ne jaká : *NG* datum zavedení : *19.9. → EX*  
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 : .....

**2) Příloha č. 2 – Výsledky vyšetření z hospitalizace na interním oddělení:**

**11. 7. SONOGRAFIE, závěr:** sludge ve žlučníku, dilatace intra i extrahepatálních žlučovodů, chronická pankreatitis?, hydronefróza pravé ledviny s dilatací pánvičky i kalichů, ostatní nález v normě

---

**12. 7. CT břicha a pánve, závěr:** CT biliární a pankreatická obstrukce, předpokládána překážka v úrovni papily či hlavě pankreatu, lékař tumor pankreatu či jiné ložisko nediferencoval, předpokládá překážku v úrovni pyelouretrálního přechodu, divertikulóza tračnicku

---

**16. 7. ERCP, závěr:** edém až zúžení duodena, obraz chronické pankreatitidy, při v.s. pankreas divisum, stenóza terminálního choledochu, po EPT zaveden stent nad stenózu

---

**16. 7. re-ERCP, závěr:** stenóza distálního choledochu, provedena výměna vnitřní DBD/minule zavedený stent částečně dislokován do střeva, cholangioitis, Wirsung neplněn

---

**21. 7. ABDOMINÁLNÍ SONO, závěr:** zvětšená játra s difúzně parenchymatózní lézí – bez sono známek portální hypertenze, mírná akcentace centrálních nitrojaterních žlučovodů s aerobilií – může se jednat pouze o reziduum po desobliteraci žlučových cest 19. 7. při ERCP, nehomogenní hlava pankreatu s rozšířeným ductus Wirsungi, hydronefróza II. st. l. dx. – při v. s. stenóze pyeloureterálního přechodu

---

**22. 7. ENDOSONOGRRAFIE, závěr:** značně nehomogenní, zvětšená hlava pankreatu se zachycenou peripankreatickou uzlinou, bez jednoznačného ložiskového nálezu, dilatace Wirsungu, přiměřený nález na zobrazených orgánech

---

**3) Příloha č. 3 - Výsledky interního vyšetření:**

EKG sinusový rytmus	
RTG S+P bez patologického nálezu	
biochemie:	urea/kreatinin 9,0/122 mmol/l
	bilirubin 27 µmol/l
	ALT 3,04 µkat/l
	AST 1,14 µkat/l
	GGT 17,84 µkat/l
	ALP 14,08 µkat/l
	AMS 14,6 µkat/l
krevní obraz:	Hb 126 g/l
APTT, Quick v normě	
moč:	chemicky negativní
	sediment negativní