

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kazuistika u klienta s akutní pankreatitidou
Nursing casuistry of client with acute pancreatitis

2007 / 2008

Dagmar Povolná

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu V. H., že jsem s jeho souhlasem mohla zpracovat informace, které mi poskytl. Děkuji také své vedoucí práce PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady, laskavost a trpělivost při naší vzájemné spolupráci.

V Praze 6. května 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně se souhlasem pana V. H. a se souhlasem vedení nemocnice.

.....
Dagmar Povolná

V Praze 6. května 2008

Obsah	
1. Úvod.....	5
2. Klinická část	6
2.1. Patofyziologie onemocnění	6
2.2. Etiologie	6
2.3. Klasifikace akutní pankreatitidy.....	7
2.4. Klinický obraz	7
2.5. Komplikace	8
2.6. Diagnostické metody.....	9
2.7. Možnosti terapie	10
2.8. Základní identifikační údaje klienta	12
2.9. Lékařská anamnéza a diagnózy	12
2.10. Diagnostická a terapeutická péče.....	14
2.11. Průběh hospitalizace	25
3. Ošetrovatelská část	26
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu – 1.4. 2008.....	26
3.2. Ošetrovatelské diagnózy.....	32
3.3. Ošetrovatelský proces.....	33
3.4. Edukace klienta	44
3.5. Ošetrovatelský závěr	46
4. Seznam použitých zdrojů.....	47
Seznam zkratk	
Seznam příloh	

1. Úvod

Zánět slinivky břišní je podle mého názoru časté onemocnění a patří společně s kardiovaskulárním onemocněním, maligními nádory a různým alergickým onemocněním mezi civilizační choroby. Proto cílem mé práce je monitorování a uspokojování potřeb klienta prostřednictvím ošetrovatelského modelu Virginie Henderson.

Volba klienta k napsání závěrečné ošetrovatelské kazuistiky byla ovlivněna tím, že jsem po dobu soustředěné ošetrovatelské praxe nenašla vhodnějšího kandidáta u kterého byl proveden chirurgický zákrok.

„Slinivka břišní, lat. pankreas, byla známa již ve druhém století před naším letopočtem a její pojmenování „pankreas“ jí dal římský lékař Claudius Galenus podle řeckých slov „pan“ = všečen a „creas“ = maso. Podrobný anatomický popis pankreatu byl proveden až v 16. století Versáliem a Falgiem“.^{6, s. 29)}

Akutní pankreatitida je náhlá příhoda břišní, definována jako akutní stav. Typicky se projevuje krutou epigastrickou bolestí, provázenou obvykle zvýšením koncentrace pankreatických enzymů v séru a v moči, leukocytózou, popřípadě šokem.

„Pankreatitidu popsal ve 20 letech Moynihan jako nejhorší ze všech kalamit, vztahující se k dutině břišní“.^{6, s. 29)} Vyskytuje se v lehké i těžké formě a může způsobit rozvoj multiorgánového selhání až smrt.

„Marseillské sympozium rozdělilo pankreatitidy na akutní a chronickou formu. Akutní pankreatitida vzniká bezprostředně po určitém impulsu, její průběh je variabilní, ale i těžká forma se téměř vždy zcela upraví jak morfologicky, tak funkčně“.^{9, s. 45)} Chronická pankreatitida se vyvíjí po dlouholetém působení noxy a progresse může pokračovat i po jejím vysazení.

Incidence akutní pankreatitidy v Evropě v současnosti kolísá mezi 10 – 40 případy na 100 000 obyvatel za rok. Mortalita je udávána kolem 2 %, ovšem u nemocných s komplikovaným průběhem stoupá na 20 – 30 %.

„Již přes sto let platí výstižná definice – pankreatitida je autosugesce pankreatu způsobená vlastními enzymy“.^{9, s. 60)} Při akutní pankreatitidě dojde k aktivaci pankreatických enzymů, zejména trypsinu před jeho sekrecí do duodena způsobující samonatrávení břišní slinivky. To vede k difúznímu zánětu slinivky, odumírání buněk a nakonec k nekróze. Kolikvaci podlehnou i elastická vlákna ve stěně cév, takže může dojít k masivnímu krvácení.

2. Klinická část

2.1. Patofyziologie onemocnění

„Akutní pankreatitida (dále AP) je složitý proces probíhající v kaskádách. V posledních letech je přijata teorie tzv. nitrobuněčné autoaktivace enzymů na úrovni buněčných organel“.^{8,s.32)}

Buněčné enzymy spouští kaskádový mechanismus vzájemného uvolňování a autoaktivaci. „Prostřednictvím interleukinů, faktoru nekrotizujícího tumor a aktivujícího trombocyty, dochází k aktivaci neutrofilů. Mediátory zánětu se dostanou do krevního oběhu a vedou ke tkáňovým lézím. Dojde ke změně permeability drobných pankreatických vývodů a ke vzniku tzv. nestability buněčných membrán. Vlastní žláza není zasažena, ale uvolněné působky vedou k systémové zánětlivé odpovědi s multiorgánovou dysfunkcí a šokovým stavem“.^{8,s.60)}

2.2. Etiologie

Zahrnuje celou řadu faktorů, které se mohou projevit buď mechanickým působením, přímým toxickým poškozením žlázy či účinkem infekční noxy.

Nejčastější příčiny:

- cholelithiáza 50 – 60 %
- alkohol 20 – 40 %
- idiopatická 10 – 30 %
- anomálie: pankreas divisum, cysta duodena
- peptický vřed s penetrací do pankreatu
- iatrogenní poškození: operace v dutině břišní, ERCP, perkutánní biopsie
- infekční: bakterie (E. coli, Legionella, Yersinia)
 - mykoplasma
 - mykózy (aspergilóza)
 - protozoa (cryptosporidia)
 - viry: coxsackie, hepatitis A, HIV, příušnic, varicely

2.3. Klasifikace akutní pankreatitidy

Současně se používá dělení na: akutní edematózní, hemoragickou a nekrotickou pankreatitidu + smíšené formy.

Akutní edematózní pankreatitida je charakterizována vznikem zánětlivého intersticiálního edému bez tvorby nekróz. V této podobě je poškození slinivky břišní ve většině případů reverzibilní.

Hemoragicko – nekrotizující forma je nejtěžší formou poškození slinivky břišní, kdy na základě uvolnění pankreatických enzymů a změnou permeability pankreatických vývodů dochází k samonatravení žlázy. V pouzdře pankreatu se mohou nacházet tzv. Balzerovy nekrózy, jako důsledek úniku pankreatické lipázy do mezenteriálního tuku s následnou tvorbou vápenatých mýdel. Akutní hemoragická pankreatitida může být komplikována vznikem pankreatického abscesu nebo pankreatické pseudocysty.

2.3.1. Klasifikace podle klinického průběhu

- a) lehká AP – 80 % případů, má komplikovaný průběh a odezní bez následků
- b) těžká AP – postihuje 20 % nemocných s výskytem celkových nebo lokálních komplikací

2.4. Klinický obraz

„Průběh AP je velmi variabilní a závislý na vyvolávající příčině. Nejcharakterističtějším příznakem je prudká bolest lokalizovaná nad pupkem. Často proniká do zad nebo se šíří ze středního epigastria pásovitě podél žeberních oblouků a dále do celého břicha“.^{9,s.12)} Bolest může nutit nemocného zaujímat ulehčující polohu schouleně na boku či v sedě s koleny přitaženými k trupu. Trvá většinou řadu hodin, často i několik dnů a poměrně špatně reaguje na spazmolytika a analgetika.

Břicho je při peritoneálním dráždění na pohmat tuhé, protože jsou staženy břišní svaly a může být bolestivé při rychlém povolení tlaku na břišní stěnu. Peristaltika je poslechově snižena.

Nemocný pociťuje nauzeu nebo zvrací. Tělesná teplota může být zvýšená (subfebrilie) nebo má nemocný horečku (febris) 38 – 39 °C bez třesavky.

Při pokročilém stavu se mohou objevit příznaky hypovolemického šoku zahrnující hypotenzi, tachykardii, tachypnoe, studené opocení a bledost. Hypovolemický šok vede ke snížení glomerulární filtrace, která se projevuje oligurií až anurií.

Dochází ke zhoršování plicních funkcí, dušnosti a cyanóse. Rozvíjí se ARDS v souvislosti s výpotkem v pohrudniční dutině. Redistribucí krevního oběhu vzniká na kůži tzv. mramorování.

Při fyzikálním nálezů může být nemocný alterovaný, zarudlý v obličeji z kožní dilatace, může být ikterický, těl. teplota až 39 °C. Břicho je vzedmuté, napjaté, palpačně bolestivé v epigastriu a mezogastriu často se známkami peritoneálního dráždění. Peristaltika je obleněná až obraz paralytického ileu. Vzácně je možno najít Turnerovo či Cullenovo znamení způsobené extravazací hemoragického exudátu.

2.5. Komplikace

Pankreatické:

- pseudocysty, absces, pankreatická píštěl
- akutní hnisavá pankreatitida, chronická pankreatitida
- diabetes mellitus

Intestinální:

- peritonitida
- paralytický ileus
- krvácení do GIT

Hematologické:

- trombóza portální žíly
- DIC – viz. příloha č. 2

Renální: akutní renální selhání

Respirační:

- hydrothorax
- ARDS
- atelaktáza

Cirkulační: hypovolemický nebo septický šok

Systémové:

- hypokalcémie, hypoglykémie
- malnutrice

2.6. Diagnostické metody

„Konkrétní diagnóza AP musí být stanovena do 48 hodin po přijetí pacienta. Cílem je vzhledem k léčebné strategii určit jeho závažnost, odhadnout prognózu a zjistit příčinu“.^{9,s.40)}

2.6.1. Biochemické vyšetření

Nejběžnější vyšetření je stanovení amylázy, lipázy v séru a v moči. U pankreatitidy se může vyvinout ikterus, proto nás zajímá hladina jaterních enzymů (AST, ALT) a bilirubínu. Při zvýšeném uvolňování glukagonu bývá hyperglykémie. U alkoholické pankreatitidy hypertriglyceridémie. Dochází k vzestupu CRP, hladiny urey a kreatininu.

2.6.2. Hematologické vyšetření

V krevním obraze najdeme leukocytózu, snížení hemoglobinu a hematokritu, zvýšenou FW.

2.6.3. Ultrazvukové vyšetření

Nejjednodušší zobrazovací vyšetření jejíž význam spočívá v posouzení konkrementů ve žlučníku či žlučovodech.

2.6.4. Počítačová tomografie (CT)

Má zásadní význam pro stanovení diagnózy a komplikací. U nekrotizující pankreatitidy můžeme provést biopsii pod CT kontrolou.

2.6.5. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

ERCP umožňuje posoudit průchodnost žlučových cest. Podrobnější informace viz. příloha č. 3

2.6.6. Ostatní vyšetřovací metody

RTG snímek břicha a hrudníku, laparotomie při nálezu peritonitidy a nejasné diagnóze.

2.7. Možnosti terapie

AP je nesmírně závažné onemocnění, proto je nezbytná intenzivní terapie na chirurgickém či interním oddělení. Nejtěžší formy spojené s respirační insuficiencí a multiorgánovou dysfunkcí patří na lůžkové oddělení ARO.

2.7.1. Konzervativní terapie:

- zavedení sondy a odsávání žaludečního obsahu – snižujeme žaludeční sekreci HCl tlumíme H₂ blokátory (Ranital, Ranisan) i.v. nebo anacidy do nasogastrické sondy (Gasterin, Maalox)
- úprava hypovolémie a změn hladin minerálů – k náhradě cirkulující tekutiny se používají krystalické a koloidní roztoky až 6 – 10 l za 24 hodin (FR, NaCl, Plasma – Lyte, RR a HR). Acidózu korigujeme přívodem NaHCO₃ 4,2 %, 8,4 %. Při hypokalémii podáváme KCl 7,45 %. Při těžších formách aplikujeme 200 – 500 mg hydrokortisonu i.v. nebo jiné kortikoidy (Dexona, Solumedrol). Při hypokalcémii podáváme calcium glukonicum.
- tlumení bolesti – u těžkých bolestí aplikujeme parenterálně opioidy (Dolsin, Dipidolor, Fentanyl, Sufentanyl). Vhodnou metodou je epidurální analgezie (Mesocain, Procain, Marcain). Nepodáváme Morphin, protože způsobuje zvýšený tonus a spasmus Oddiho svěrače. Z analgetik můžeme podávat i spazmolytika (Algifen, 1% Mesocain).
- podávání antibiotik – cílem je zabránit infikování pankreatických nekróz a vznik abscesu (Ampicilín, Erytromycin, Tetracyklin, cefalosporiny).
- komplexní parenterální výživa – v období zvýšených amyláz nesmí nic přijímat per os., povoleno je zvlhčování úst vodou nebo hořkým čajem. Podává se výživa All – in – one (viz. příloha č. 4) nebo nazojejunální výživa. Po odeznění akutního stádia následuje postupná alimentace nejprve hořkým čajem, později pankreatickou výživou.
- podpora dýchání, umělá plicní ventilace – mezi základní opatření patří: Fowlerova poloha, dechová gymnastika, podávání zvlhčeného O₂ polomaskou nebo kyslíkovými brýlemi a oxygenometrie.
- peritoneální laváž
- použití inhibitorů proteáz – Antilysin, Trasylol
- podání somatostatinu a jeho analoga - Oktreotid

- podpora eliminace kontinuálními metodami očišťování krve – hemodialýza, hemoperfuze, CVVH, CVVH(D)F, SCUF atd.
- evakuace plerálního výpotku

2.7.2. Endoskopická léčba

Tato léčba spočívá v časném provedení endoskopické papilosfinkterotomie s uvolněním žlučové cesty blokováné kaménkem. Při endoskopické papilotomii (dále EPT) zavedeme flexibilní endoskop ústy do jícnu, tenkého střeva do oblasti Vaterovy papily. Je – li příčinou zánětu konkrement, můžeme ho pomocí nafukovacího balónku nebo drátěným košíčkem odstranit. Efekt tohoto výkonu bývá okamžitý – dojde k poklesu tělesné teploty, snížení amyláz a bilirubínu. Při EPT můžeme též provést cholangiografii.

2.7.3. Chirurgická léčba

„K chirurgickému výkonu – laparotomii, přistupujeme v případě nejasné diagnózy, při obrazu peritonitidy, nekrotizující pankreatitidy, tvorbě abscesů v nekrózách, sepsi, podezření na malignitu a selhání konzervativní terapie“.^{2,s.47)}

Principem akutní operace u nálezu akutní pankreatitidy je laparotomie s drenáží retroperitonea. U serózně hemoragického výpotku v peritoneu se provádí laváž FR s drenáží dutiny peritoneální. Absces pankreatu drénujeme a odstraníme nekrózy.

V klidovém období operujeme pseudocystu, kdy ji drénujeme do žaludku nebo do tenkého střeva, event. ji můžeme vyprázdnit punkcí přes břišní stěnu. V případě biliární pankreatitidy se provádí cholecystektomie – viz. příloha č. 5.

2.8. Základní identifikační údaje klienta

Jméno, Příjmení: pan V.H

Oslovení: pane

Rodné číslo: 630405/4544

Věk: 45 let

Stav: ženatý

Vzdělání: středoškolské

Povolání: manager, developer

Adresa: viz. lékařská dokumentace

Národnost: česká

Pojišťovna: všeobecná zdravotní pojišťovna

Vyznání: římsko – katolické

Kontaktní osoba: manželka Jana

Telefon: viz. lékařská dokumentace

Datum hospitalizace: 27.3. 2008

Hlavní důvod přijetí: bolest v pravém podžebří, nevolnost, zvracení

Doba ošetrovatelské péče: 1. – 4.4. 2008

Datum operace: bez operačního řešení – konzervativní léčba

2.9. Lékařská anamnéza a diagnózy

2.9.1. Lékařská diagnóza při přijetí na JIP

Akutní pankreatitis po ERCP, febris a vzestup CRP

2.9.2. Vedlejší diagnózy

- Cholecystitis
- Cholecystolithiasa
- Fluidothorax l. sin., dx.

2.9.3. Lékařská anamnéza

2.9.3.1 Alergologická anamnéza

Klient je alergický na pyl, trávy, srsti a plísň. Vždy prý celý oteče a nemůže dýchat.

2.9.3.2 Epidemiologická anamnéza

U klienta nebylo zjištěno žádné infekční onemocnění

2.9.3.3 Farmakologická anamnéza

Klient užívá Zyrtec 1 – 0 – 1 tbl.(antihistaminikum)

2.9.3.4 Sociální anamnéza

Klient je 10 let podruhé ženatý. Bydlí s manželkou v čtyřpokojovém, jednopodlažním rodinném domě.

2.9.3.5 Pracovní anamnéza

Klient pracuje jako manager, developer

2.9.3.6 Abusus

Alkohol pije příležitostně. Je nekuřák. Černou kávu pije 2 x denně.

2.9.3.7 Rodinná anamnéza

Matka žije - 68 let, nijak se neléčí. Otec zemřel v 63 letech na karcinom plic. Sestra a děti zdravé.

2.9.3.8 Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžné dětské nemoci. Operace pupeční kýly v dětství, jinak se s ničím neléčí. V roce 2003 prodělal hlubokou tromboflebitidu na PDK s drobnou embolizací. Žádný vážný úraz nikdy neprodělal.

2.9.3.9 Nynější onemocnění

Od Velikonoc bolesti v pravém podžebří s nevolností, nepochybně v souvislosti s dietní chybou o svátcích. Nyní cítí spíše tupý tlak v podžebří, nezvracel. Větry odcházejí, nezežloutnul. Nyní přijat na chir. JIP pro febrilie, zvýšené CRP a AMS.

2.9.4 Objektivní nález

Status preasens: pacient při vědomí, orientován časem i místem, spolupracuje, kontakt dobrý. Poloha aktivní, výživa přiměřená, kůže anikterická, bez výrazných eflorescencí.

Hlava: mesocefalická, poklepově nebolestivá, uši a nos bez výtoku. Inervace VII orientačně v normě. Výstupy nervů nebolestivé, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, izokorie, fotoreakce správná, spojivky růžové. Jazyk se plazí ve střední rovině, růžový, nepovlečený, vlhký, hrdlo klidné.

Krk: volný, symetrický, šíje neopouje. Náplň jugulárních žil přiměřená, pulzace arteria carotis hmatné, symetricky. Štítná žláza nezvětšena. Lymfatické uzliny nezvětšené.

Hrudník: souměrný, dechové exkurze symetrické, dýchání poslechově sklípkové, čisté, plíce rozvinuté. Akce srdeční pravidelná, ozvy zvukové a ohraničené.

Břicho: v niveu, měkké, palpačně citlivé v pravém hypochondriu a pod mečíkem, bez jasné rezistence, aperitoneální, podbříšek volný, peristaltika +, jizva po plastice pupeční kýly, bez recidivy hernie.

DKK: bez otoků, bez varixů a bez trofických změn. Pulzace arteria femoralis a fibuláris bilaterálně hmatné.

Pánev: pevná, palpačně nebolestivá.

Páteř: poklepově nebolestivá.

Per rektum: vyšetření palpačně nebolestivé, Douglasův prostor nevyklenut, bez hmatné rezistence.

2.10. Diagnostická a terapeutická péče

2.10.1. Fyziologické funkce

Tab. č.1 Fyziologické funkce

Fyziolog. funkce	Při příjmu	1.4.2008 10 ⁰⁰ hod. 15 ⁰⁰ hod.	2.4.2008 6 ⁰⁰ hod. 10 ⁰⁰ hod. 14 ⁰⁰ hod.	3.4.2008 6 ⁰⁰ hod. 10 ⁰⁰ hod. 14 ⁰⁰ hod.	4.4.2008 6 ⁰⁰ hod. 10 ⁰⁰ hod. 14 ⁰⁰ hod.
Těl.teplota	36,1°C (N)	39,0°C (↑) 37,0°C (N)	39,6°C (↑) 39,0°C (↑) 37,7°C (N)	39,4°C (↑) 37,5°C (N) 39,0°C (↑)	39,5°C (↑) 38,5°C (↑) 37,7°C (N)

Krevní tlak*	130/90 Torr (N)	100/60 Torr (↓)	100/60 Torr (↓) 95/55 Torr (↓) 110/65 Torr (N)	110/60 Torr (N) 120/65 Torr (N) 95/60 Torr (↓)	120/70 Torr (N) 120/80 Torr (N) 110/70 Torr (N)
Pulz	76/min. (N)	80/min. (N)	87/min. (N) 95/min. (N) 97/min. (N)	90/min. (N) 87/min. (N) 95/min. (N)	88/min. (N) 78/min. (N) 89/min. (N)
Dech	neměřen	26dechů/min. (↑)	26dechů/min. (↑) 25dechů/min. (↑) 20dechů/min. (N)	25 dechů/min. (↑) 20dechů/min. (N) 21dechů/min. (↑)	18dechů/min. (N) 20dechů/min. (N) 19dechů/min. (N)
Saturace O₂	neměřena	97 % (N)	95 % (N) 94 % (N) 95 % (N)	96 % (N) 95 % (N) 94 % (N)	96 % (N) 97 % (N) 96 % (N)

Tab. č.2 *Hodnoty krevního tlaku 1.4. 2008

11 ⁰⁰	100/55 Torr (↓)
12 ⁰⁰	90/60 Torr (↓)
13 ⁰⁰	100/50 Torr (↓)
14 ⁰⁰	95/55 Torr (↓)
15 ⁰⁰	100/60 Torr (↓)

Tělesná výška: 180 cm

Tělesná hmotnost: 95 kg (↑)

Stav vědomí: při příjmu: při vědomí, orientovaný, spolupracuje

1.4. – 4.4. 2008 klient je při vědomí, plně orientovaný v místě, čase, prostoru a osobě. Je klidný a spolupracuje.

2.10.2. Laboratorní vyšetření

2.10.2.1 Při příjmu - 27.3. 2008

Tab. č. 3 Hemokoagulační vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Quick	108 % (↑)	95 – 100 %
INR	0,95 (N)	0,80 – 1,20
aPTT	26,9 (N)	30 - 35

závěr: a) zvýšené hodnoty: Quick

b) hodnoty v normě: INR, aPTT

2.10.2.1 Po ERCP – 31.3. 2008

Tab. č. 4 Hematologické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
WBC	20,4 G/l (↑)	4,0 – 10,0 G/l
RBC	4,62. 10 ¹² /l (N)	4,50 – 6,30 .10 ¹² /l
HGB	157 g/l (N)	120 – 160 g/l
HCT	0,44 % (N)	0,37 – 0,46 %
PLT	288 mm ³ (N)	140 – 440 mm ³

závěr: a) zvýšené hodnoty: WBC

b) hodnoty v normě: RBC, HGB, HCT, PLT

Tab. č. 5 Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Na	140 mmol/l (N)	137 – 146 mmol/l
K	3,9 mmol/l (N)	3,8 – 5,0 mmol/l
Cl	101 mmol/l (N)	97 – 108 mmol/l
AST	0,80 ukat/l (↑)	0,16 – 0,72 ukat/l
ALT	0,87 ukat/l (↑)	0,17 – 0,78 ukat/l
GMT	0,80 ukat/l (↑)	0 – 0,60 ukat/l
Bilirubin	10,4 mmol/l (↑)	2,0 – 5,0 mmol/l
AMS	1,43 ukat/l (↑)	0,14 – 0,84 ukat/l

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Urea	2,7 mmol/l (N)	2,5 – 7,5 mmol/l
Kreat.	88 mmol/l (N)	35 – 100 mmol/l
CRP	355,6 mmol/l (↑)	0 – 2,5 mmol/l

závěr: a) zvýšené hodnoty: AST, ALT, GMT, bilirubin, AMS, CRP

b) hodnoty v normě: Na, K, Cl, urea, kreat.

2.10.2.3 - 1.4. 2008

Tab.č.7 Hematologické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
WBC	22,9 G/l (↑)	4,0 – 10,0 G/l
RBC	4,09. 10 ¹² /l (N)	4,50 – 6,30 .10 ¹² /l
HGB	135 g/l (N)	120 – 160 g/l
HCT	0,386 % (N)	0,37 – 0,46 %
PLT	295 mm ³ (N)	140 – 440 mm ³

FW	60/100 (↑)	5/7
----	-------------------	-----

závěr: a) zvýšené hodnoty: WBC, FW

b) hodnoty v normě: RBC, HGB, HCT, PLT

Tab.č.8 Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Na	140 mmol/l (N)	137 – 146 mmol/l
K	4,4 mmol/l (N)	3,8 – 5,0 mmol/l
Cl	101 mmol/l (N)	97 – 108 mmol/l
Ca	2,02 mmol/l (N)	2,0 – 2,75 mmol/l
AST	0,88 ukat/l (↑)	0,16 – 0,72 ukat/l
ALT	0,75 ukat/l (↑)	0,17 – 0,78 ukat/l
GMT	0,81 ukat/l (↑)	0 – 0,60 ukat/l
Bilirubin	14,9 mmol/l (↑)	2,0 – 5,0 mmol/l
AMS	1,6 ukat/l (↑)	0,14 – 0,84 ukat/l
Urea	2,7 mmol/l (N)	2,5 – 7,5 mmol/l

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Kreat.	75 mmol/l (N)	35 – 100 mmol/l
CRP	380 mmol/l (↑)	0 – 2,5 mmol/l
CB	57,9 mmol/l (↓)	65 – 80 mmol/l

závěr: a) zvýšené hodnoty: AST, ALT, GMT, bilirubin, AMS, CRP,

b) snížené hodnoty: Albumin, CB

c) hodnoty v normě: Na, K, Cl, Ca, urea, kreat

Tab.č.9 Glykemický profil

Hodina	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
6 ⁰⁰	5,4 mmol/l (N)	3,3 – 6,1 mmol/l
12 ⁰⁰	5,9 mmol/l (N)	3,3 – 6,1 mmol/l
18 ⁰⁰	4,8 mmol/l (N)	3,3 – 6,1 mmol/l

Tab.č.10 Hemokoagulační vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Quick	86 % (↓)	95 – 100 %
INR	1,12 (N)	0,80 – 1,20
aPTT	32,3 (N)	30 - 35

závěr: a) snížené hodnoty: Quick

b) hodnoty v normě: INR, aPTT

2.10.2.4 - 2.4. 2008

Tab.č.11 Hematologické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
WBC	16,8 G/l (↑)	4,0 – 10,0 G/l

závěr: a) zvýšené hodnoty: WBC

b) hodnoty v normě: RBC, HGB, HCT, PLT

Tab.č.12 Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Cl	93 mmol/l (↓)	97 – 108 mmol/l
Bilirubín	12,0 mmol/l (↑)	2,0 – 5,0 mmol/l
CB	57,8 mmol/l (↓)	65 – 80 mmol/l
AMS	1,8 ukat/l (↑)	0,14 – 0,84 ukat/l
CRP	233,4 mmol/l (↑)	0 – 2,5 mmol/l

závěr: a) zvýšené hodnoty: bilirubin, AMS, CRP

b) snížené hodnoty: Cl, CB

c) hodnoty v normě: Na, K, Ca, AST, ALT, GMT, urea, kreat

Tab.č.13 Glykémie pomocí glukometru

600 hod.	4,8 (N)
12 ⁰⁰ hod.	5,9 (N)
18 ⁰⁰ hod.	3,3 (↓)

Tab.č.14 Hemokoagulační vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Quick	80 % (↓)	95 – 100 %

závěr: a) snížená hodnota: Quick

b) hodnoty v normě: INR, aPTT

Krevní hemokultury

Výsledek: negativní

2.10.2.5 - 3.4. 2008

Tab.č.15 Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
AMS	1,2 ukat/l (↑)	0,14 – 0,84 ukat/l
Bilirubin	10,2 mmol/l (↑)	2,0 – 5,0 mmol/l
CB	58 mmol/l (↓)	65 – 80 mmol/l
CRP	235, 4 mmol/l (↑)	0 – 2,5 mmol/l

- závěr:** a) zvýšené hodnoty: AMS, bilirubin, CRP
 b) snížené hodnoty: CB
 c) hodnoty v normě: Na, K, Cl, urea, kreat.

Tab.č.16 Glykémie pomocí glukometru

6 ⁰⁰ hod	4,9 (N)
13 ⁰⁰ hod.	5,9 (N)
18 ⁰⁰ hod.	4,8 (N)

2.10.2.6 - 4.4. 2008

Tab.č.17 Hematologické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
WBC	14,2 G/l (↑)	4,0 – 10,0 G/l

FW	30/60 (↑)	5/7
----	------------------	-----

- závěr:** a) zvýšené hodnoty: WBC, FW
 b) hodnoty v normě: RBC, HGB, HCT, PLT

Tab.č.18 Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
AST	1,62 ukat/l (↑)	0,16 – 0,72 ukat/l
ALT	0,99 ukat/l (↑)	0,17 – 0,78 ukat/l
GMT	0,70 ukat/l (↑)	0 – 0,60 ukat/l
Bilirubin	10,7 mmol/l (↑)	2,0 – 5,0 mmol/l
AMS	1,4 ukat/l (↑)	0,14 – 0,84 ukat/l
CB	60,0 mmol/l (↓)	65 – 80 mmol/l
CRP	257 mmol/l (↑)	0 – 2,5 mmol/l

- závěr:** a) zvýšené hodnoty: AST, ALT, GMT, bilirubin, AMS, CRP
 b) snížená hodnota: CB
 c) hodnoty v normě: Na, K, Cl, Ca, urea, kreat

Tab.č.19 Glykémie pomocí glukometru

6 ⁰⁰ hod.	3,3 (↓)
12 ⁰⁰ hod.	6,0 (N)

Tab.č.20 Hemokoagulační vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Quick	77 % (↓)	95 – 100 %

závěr: a) snížená hodnota: Quick

b) hodnoty v normě: INR, aPTT

2.10.3. Další diagnostická vyšetření

2.10.3.1 Sonografické vyšetření břicha – 27. 3. 2008

Důvod: bolest pravého podžebří, nauzea

Závěr: slezina, pankreas a játra nezvětšena, homogenního obsahu. Žlučník mírně zvětšený se známkami cholecystitis. Ve žlučníku a žlučových cestách přítomnost velkého množství drobných kamínků, které mírně dráždí sliznici.

Doporučení: provedení ERCP, eventuálně zvážít cholecystektomii.

2.10.3.2 ERCP – 30.3. 2008

Důvod: cholecystolithiáza, choledocholithiáza

Závěr: po nasondování Vaterské papily aplikujeme kontrastní látku. Ve žlučníku a choledochu vidíme drobné kaménky, které se snažíme pomocí mechanického litotriptoru odstranit. Spolu s kaménky odchází velké množství „bláta“.

Doporučení: nic per os, kontrola KO, JT, minerálů, AMS s odstupem, měření TK, P, dle ordinace sloužícího lékaře.

2.10.3.2 CT 1.4. 2008

Důvod: bolest v pravém podžebří, febris

Závěr: známky akutní pankreatitidy s poněkud nehomogenně se sytící hlavou pankreatu, která je mírně zvětšena. Volná tekutina v okolí jater, sleziny

a v oblasti malé pánve, fluidothorax s atelaktázami časté v dolních plicních lalocích.

2.10.3.3 Elektrokardiografie – 1.4. 2008

Závěr: sinusový rytmus 90/min., bez akutních ložiskových změn.

2.10.3.4 Bilance tekutin

Datum	Příjem/24 hod.	Výdej/24 hod.	Hodnocení
1.4. 2008	5400 ml	4430 ml	pozitivní
2.4. 2008	8850 ml	6350 ml	pozitivní
3.4. 2008	5850 ml	6600 ml	negativní
4.4. 2008	3000 ml	2000 ml	pozitivní

2.10.4. Terapeutická péče

2.10.4.1 Chirurgická terapie

Nebyla u klienta provedena. Po odeznění akutní pankreatitidy mu bude naplánována cholecystektomie.

Epidurální katétr

Klient má od 31.3. z důvodu nesnesitelné, tupé bolesti pravého podžebří zavedený epidurální katétr do oblasti L₅. Kontinuálně je mu do něj podáván Marcain 1% a Sufenta F inf. pumpou. Okolí katétru je klidné a nebolestivé. 2.4. jsem provedla aseptický převaz.

PŽK

30.3. mu byl na standardním oddělení zaveden na pravém předloktí periferní žilní katétr, který byl z důvodu zarudlé kůže v jeho okolí a bolestivosti 2.4. odstraněn. Kůže je následně ošetřena Heparoidem ung. a ledována. Je zaveden do levé paže nový katétr, který jsem 3.4 a 4.4. asepticky převázala. Okolí katétru je klidné, nebolestivé.

PMK

Z důvodu sledování bilance tekutin je klientovi 1.4. zaveden permanentní močový katétr Fr. č 14, který odvádí slámově žlutou moč. Při močení neudává žádné subjektivní potíže.

Oxygenoterapie

Aplikace O₂ kyslíkovými brýlemi o průtoku 4 - 5l/min. Klient se občas zadýchává. Má suchý a dráždivý kašel. Proto užívá inhalace s mucosolvanem a atroventem dle ordinace ošetřujícího lékaře. Je uložen v mírné Fowlerově poloze a 2x denně provádí dechovou rehabilitaci na lůžku.

2.10.4.2 Farmakoterapie

1.4. 2008

Léky per os

Klient neužívá žádnou chronickou medikaci.

Epidurální analgezie

Sufenta F (*sufenta*) 2 amp. (opiát) + Marcain 0,5 % (*bupivacaini hydrochloridum*) (lokální anestetikum) 20 ml do 100 ml FR infúzní pumpou rychlostí 5 – 15 ml/ hod. do epidurálního katétru

Infúzní terapie

RR 1000 ml i.v. od 8⁰⁰ hod. kontinuálně, rychlostí 200 ml/hod. inf. pumpou do flexily (inf. roztok)

G 10% 500 ml + KCl 7,45% (*kalium chlorátum*) 15 ml + HMR 8j., Mesocain 1% (*trimecaini hydrochloridum*) 2 amp. i.v. rychlostí 150 ml/hod. inf. pumpou do flexily (inf. roztok + minerál+inzulín+ lokální anestetikum)

Injekční terapie

i.v. injekce

Syntophyllin (*aminophyllum*) 3 amp. v 50 ml FR rychlostí 2 ml/ hod. do flexily (bronchodilatancium)

Degan (*metoclopramid*) 1 amp. 8 – 14 – 18 do flexily (antiemetikum)
Ranital (*ranitidin hydrochloridum*) 50 mg 8 – 14 – 18 do flexily (antiulcerózum)
Perfalgan (*paracetamolum*) 1 g 8 – 14 – 18 do flexily (antipyretikum)
Novalgin (*metamizol*) 1 amp. 10 – 15 – 22 do flexily (antipyretikum)
Meronem (*meronymum trihydricum*) 1 g 6 – 14 – 22 do flexily (antibiotikum)
Metronidazol (*cefuroximum*) 500 mg 6 – 14 – 22 do flexily (antibiotikum)

i.m. injekce

Dipidolor (*piritramidum*) 1 amp. 6 – 12 – 18 – 24 do m. gluteus maximus (opiát)

Inhalace

Atrovent (*ipatropii bromidum*) 0,5 ml ve 3 ml FR 3x denně (bronchodilatancium)
Mucosolvan (*ambroxoli hydrochloridum*) 3 ml v 5 ml FR 2x denně (mukolytikum)

2.4. – 3.4. 2008

Farmakoterapie viz. 1.4. 2008

- + Neonutrin 5 % 500 ml i.v. rychlostí 100 ml/hod. inf. pumpou do flexily (infuzní roztok)
- + Fraxiparine (*madroparinum calcium*) 0,6 ml v 22 hod. s.c. do podbřišku (antikoagulacium)

4.4. 2008

Farmakoterapie viz. 2. – 3. 4. 2008

- Syntophyllin 3 amp. v 50 ml FR i.v. - ex
- + do 10% G nepodán inzulín HMR z důvodu hypoglykémie
- + Syntostigmin (*neostigmini bromidum*) 1 amp. v 13⁰⁰ hod. i.m. do m. gluteus maximus (parasymptomimetikum)

2.10.4.3 Dietoterapie

1.4. 2008 nic per os

2. – 4. 4. 2008 hořký studený čaj po lžičkách, maximálně do 250 ml

2.10.4.4 Pohybový režim

1.- 3. 4. 2008 klid na lůžku

4.4. 2008 klid na lůžku, klient má povolenou chůzi na WC s doprovodem

2.10.4.5 Fyzioterapie

1.4. 2008 klient ji z důvodu bolesti pravého podžebří neprovádí

2. – 4. 4. 2008 fyzioterapie je prováděna 2x denně a to především kondiční cvičení na lůžku, dechová gymnastika a dynamické cvičení, od 3.4. vertikalizace do sedu a stoje

2.11. Průběh hospitalizace

Klient byl 27.3. 2008 hospitalizován na III. chirurgické klinice z důvodu bolesti pravého podžebří a nauzei. Doma žádné analgetikum neužil. Pro úlevu mu byl při příjmu aplikován Algifen 1 amp. v 500 ml FR i.v.. Pomocí sonografického vyšetření byla zjištěna cholecystolithiáza a indikováno ERCP na 30.3. po němž došlo u klienta k výrazné úlevě obtíží. Po zákroku mu byl aplikován preventivně Metronidazol 500 mg \bar{a} 8 hod. i.v. a sledovány zánětlivé parametry. Den po té v noci vzniká opět bolest břicha, elevace pankreatické amylázy, CRP a vzestup tělesné teploty až na 39,5 °C se zimnicí bez výrazné elevace obstrukčních enzymů. Zahájena analgezie do epidurálního katétru a infúzní terapie. Klient je 1.4. přeložen na septickou chirurgickou JIP. Tentýž den podstoupil CT vyšetření, které prokázalo známky AP s mírně zvětšenou hlavou pankreatu. Z důvodu přetrvávajících febrilií je proveden odběr hemokultur. Na JIP má klient klidový režim na lůžku, parenterální příjem tekutin, epidurální analgezii a i.v. podávání ATB.

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu – 1.4. 2008

3.1.1. Subjektivní náhled klienta na hospitalizaci

Klient má náhled na svoji nemoc. Je plně informován o svém zdravotním stavu. Očekává, že hospitalizací se jeho zdravotní problémy odstraní.

3.1.2. Základní fyziologické potřeby

3.1.2.1 Dýchání

Klient udává, že v dětství prodělal běžná respirační onemocnění. Má alergii na pyl, trávy, srsti a plísně. Při kontaktu s alergenem prý celý oteče a nemůže dýchat. Proto preventivně užívá Zyrtec per os. Je nekuřák, nikdy prý nezkoušel kouřit.

Doma neměl žádné potíže při dýchání. Nyní v nemocnici se občas zadýchává. Po celou dobu mého ošetřování je mu aplikován kyslík 4l/min. nosními brýlemi a je uložen do mírné Fowlerovy polohy. Má suchý a dráždivý kašel bez expektorace. Dle ordinace lékaře užívá inhalace s atroventem a mucosolvanem – viz. farmakoterapie str. 24. Frekvence dechu je 26/min. Při rozhovoru dýchá čistě bez vedlejších fenomenů. Klient nemá známky cyanosy. Je bez rýmy.

3.1.2.2 Hydratace

Klient uvádí, že jeho onemocnění nezměnilo příjem tekutin. Doma vypil 3 - 4l tekutin. Rád pije zelený čaj, vodu a pomerančový džus. Alkohol pije příležitostně a to především červené víno. Černou kávu pije 2x denně. Nemá rád teplé mléko.

Klient nesmí přijímat nic ústy, proto má parenterální příjem tekutin – viz. farmakoterapie str. 23. Od 2.4. má povolen hořký, studený čaj po lžičkách maximálně do 250 ml. Tekutiny ke zvlhčení sliznice dutiny ústní má na dosah ruky, tj. na servírovacím stolku. Při příjmu tekutin je soběstačný a má zavedené sledování bilance tekutin, zpočátku po 1hodině později po třech hodinách – viz. str. 22. Kožní turgor je normální, nepocítuje bolest hlavy. Rty má oschlé a popraskané. Pocítuje suchost

v ústech. Kůže na rukou a nohou je suchá. Čaj má rozložen do několika malých dávek. Otoky nemá.

3.1.2.3 Výživa

Klient doma nedodržel žádnou dietu. Po dietní chybě 24.3. 2008 (smaženém řízku), která mu prý způsobila nauzeu a bolest v pravém podžebří omezil tučná, ostrá jídla a pil proto řepkový čaj. Užíval Cholagol gtt, které mu trochu zmírnily obtíže. V jídle si nevybírá. Nejraději má suši, kuřecí maso a zeleninu. Nemá rád rizoto a jídlo s kari kořením. Stravuje se 5x denně. Má náhled na svoji hmotnost. Chtěl by zhubnout o 5 kg.

Klient váží 95 kg a měří 180 cm. Jeho BMI 29 (nadváha). Stav zubního chrupu je dobrý. Stomatologa navštěvuje pravidelně, 1x ročně.

Klient nesmí od 31.3 2008 nic přijímat ústy. Má parenterální příjem tekutin – viz. str. 23. 1.4. pociťuje nevolnost a hořkost v ústech od té doby se však tyto obtíže nevyskytly. Od 2.4. má povolen hořký, studený čaj po lžičkách maximálně do 250 ml. Uvádí, že nemá chuť k jídlu. Má prý strach, že jakmile začne zase jíst, tak se bolesti a nevolnost vrátí. Očekává, že po propuštění z nemocnice bude muset dodržovat dietu, ale neví jakou.

3.1.2.4 Vyprazdňování moče a stolice

Klient neudává žádné potíže s močením. Neudává ani častější či noční močení. Z důvodu sledování bilance tekutin má od 1.4. zavedený permanentní močový katétr. Jeho moč je slámově žlutá s mírným zápachem po antibiotikách.

Klient se doma defekuje denně, vždy po ranní kávě. Zácpou netrpěl, proto nikdy neužíval projímadla. Od 30.3. nebyl na stolci. Břicho má vzedmuté, palpačně měkké. Ztěžuje si na nadýmání a meteorismus.

3.1.2.5 Spánek a odpočinek

Doma spal klient v průměru 7 hodin. Potíže se spánkem neměl. Hypnotika nikdy neužíval. Nejlepším uspávacím prostředkem je pro něj sledování televize a čtení knížky. Zdroj odpočinku mu poskytují procházky lesem a poslouchání Mozarta.

V nemocnici udává, že se během noci několikrát probouzí z důvodu bolesti pravého podžebří, strachu a hluku na JIP. Ráno udává únavu a pocit nevyspání. Během dne si zdřímne na 2 – 3 hodiny.

3.1.2.6 Teplota a pohodlí

Kůže klienta je teplá. Má rád spíše chladnější prostředí. Jeho lůžko je polohovatelné. Z důvodu zavedeného epidurálního katétru, PŽK, PMK, klidového režimu na lůžku a občasného odlepení EKG svodu pociťuje mírný dyskomfort a nervozitu. Je uložen do mírné Fowlerovy polohy. Leží na jednolůžkovém „boxu“.

Tělesná teplota je zvýšená až vysoká - viz. fyziologické funkce str. 14. 1.4. 2008 pociťuje třesavku. Jeho čelo je mírně opocené. Udává pocit suchosti v ústech. Jeho rty jsou popraskané a suché. Kůže je na dotyk teplá a na hrudníku a břiše je posetá drobnými červenými pupínky. Bolest hlavy neudává.

3.1.2.7 Bolest

Klient udává, že od Velikonočního pondělí, zřejmě po smaženém řízku pociťuje tupou, bolest v pravém podžebří s propagací do epigastria. Pro úlevu omezil tučná, ostrá jídla, pil řepkový čaj a užíval Cholagol 20 gtt. Analgetika neužíval.

V nemocnici si klient stěžuje na tupou, nesnesitelnou bolest v pravém podžebří s propagací do epigastria. Dle grimas v obličeji je patrné, že trpí bolestí. Jeho čelo je opocené. Pociťuje suchost v ústech a mírné opocení v podpaží. Bolest nutí klienta zaujímat úlevovou polohu, tj. na pravém nebo levém boku s pokrčenými DKK. Po podání analgetik se snižuje. Bolest vyvolává u klienta pocity strachu a nejistoty. Dále ovlivňuje spánek klienta – často se v noci probouzí. Intenzita bolesti je č. 4 v 5ti stupňové škále – viz. příloha č. 6. Má zavedenou kontinuální epidurální analgezii – viz. farmakoterapie str. 23.

3.1.2.8 Osobní tělesná hygiena a stav kůže

Doma je klient zcela soběstačný při provádění hygieny. Dává přednost sprše. Je upravený a dbá o svůj zevnějšek.

Klient provádí hygienu v sedě u lůžka. Z důvodu únavy potřebuje od sestry umýt záda a DKK. Při stožení u lůžka potřebuje zvýšený dohled sestry, protože je napojen na monitor a infúze. Má obavy, že by se mohl některý hrudní svod odpojit.

Kůže klienta je pihovatá, na rukou a nohou suchá. Na břiše a hrudníku má vysev drobných červených pupínků nejasného původu. Svědění neudává. V levé kubitální jamce má hematoma po krevním odběru. O kůži pečuje pomocí tělového mléka Nivea. Na břiše má zhojenou jizvu po operaci pupeční kýly v dětství.

30.3. 2008 mu byl zaveden na pravém předloktí periferní žilní katétr, který byl z důvodu zarudlé kůže v jeho okolí a bolestivosti 2.4. odstraněn. Z důvodu pokračující parenterální infúzní terapie je 2.4 zaveden do levé paže nový periferní žilní katétr. Klient má od 31.3. zaveden do páteřního kanálu v oblasti L₅ epidurální katétr pomocí něhož je mu aplikována kontinuálně analgie.

3.1.2.9 Sexuální potřeby

Klient je deset let podruhé ženatý. Během manželství neudává žádné sexuální potíže.

3.1.2.10 Tělesná a duševní aktivita

Klient pracuje jako manager a developer v oblasti stavebnictví. V zaměstnání je prý spokojený a práce ho baví. Sám však přiznává, že je jeho zaměstnání pro něj stresující. Při pohybu neužívá žádné protetické pomůcky. Ve volném čase cestuje, občas jezdí na kole a chodí do lesa na procházky. To je podle něj nejlepší způsob odreagování a zdroj nové energie. Rád si přečte dobrodružnou knížku nebo poslechne „dobrou“ hudbu.

V nemocnici provádí všechny činnosti rychle. Má omezený pohybový režim – klid na lůžku, který se snaží dodržovat. Při vertikalizaci 3.4. 2008 má obavy, že mu se některá infúze, hrudní svod odpojí nebo rozpojí a z toho je trochu nervózní.

Je vyveden ze svého pracovního a osobního nasazení, protože na JIP má klidový režim. Přes den pospává nebo přemýšlí o svém zdravotním stavu a dřívějším způsobu života. Vadí mu, že je nemocný. Kontakt však navazuje snadno, spolupracuje. Na nočním stolku na položenou knížku s brýlemi.

3.1.3. Psychosociální potřeby

3.1.3.1 Bezpečí a jistota

Pro klienta je důležitou hodnotou zdraví. Proto, aby byl „zdravý“ se snaží udělat maximum. Životní styl je úměrný věku. Je informován o své lékařské diagnóze. Klient je orientovaný. Vadí mu, že je nemocný a nemůže být se svou rodinou. Nemoc ho podle jeho slov zaskočila. V nemoci si uvědomuje kolik času nemohl z důvodu vysokého pracovního nasazení strávit s dětmi a to ho trápí. Do budoucna by prý chtěl se více věnovat dětem.

Má strach a prožívá pocity ohrožení a zlosti sám na sebe. Po psychické stránce je smutný až depresivní. Smutek se snažit skrýt.

Po ekonomické stránce je zabezpečený. Klient bydlí ve čtyřpokojovém, jednopodlažním rodinném domě.

Klient je doma sebeobslužný. Potřebuje od sestry zvýšený dohled z důvodu nejistoty, infúzní terapie a EKG monitorování.

3.1.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti

Za klientem obden dochází do nemocnice manželka Jana. Z vyprávění klienta je patrné, že má svoji rodinu moc rád. Do budoucna by chtěl trochu omezit své pracovní aktivity a více se věnovat dětem. Žena je pro něj velkou duševní oporou. S klientem jsem navázala bezproblémový vztah. Byl prý rád, že jsem mu poskytovala péči. Ošetřující personál na JIP se mu prý tolik „nevěnoval“. Mobilní telefon měl na nočním stolku, ale po dobu mého ošetřování jsem ho neslyšela ani neviděla telefonovat.

3.1.3.3 Sebeúcta, sebepojetí

Klient je v životě spíše optimista a má pozitivní náhled na život. Vnímá se jako obyčejný člověk, který má rád lidi. Postupně se vyrovnává se svou lékařskou diagnózou.

Cítí se ve svém osobním i pracovním životě spíše spokojený. V současnosti ho velmi jeho onemocnění – AP zaskočilo. Nemoc spojenou se silnou bolestí a hospitalizaci vnímá velmi citlivě. V životě má rád vše přesně vymezené a naplánované.

3.1.2.4 Seberealizace

Klient pracuje jako manager, developer. Práce ho baví. Uvědomuje si, že díky pracovní vytíženosti se okrádá o čas strávený s dětmi. Podle svých slov se nejvíce seberealizoval díky rodině a tím, že si sám navrhnul a postavil dům v němž nyní bydlí.

3.1.2.5 Duchovní potřeby

Klient je římsko – katolického vyznání. Do kostela na mše nechodí.

3.1.2.6 Psychosociální hodnocení

Klient je při vědomí, orientovaný, přátelský a vstřícný vůdči zdravotnickému personálu. Po emocionální stránce je smutný až depresivní, což se snaží skrývat. Je

přizpůsobivý a dobře se ovládá. Má objektivní náhled na svůj život a zdravotní stav. Je po finanční i sociální stránce zabezpečený, proto nebyla kontaktována sociální pracovnice.

3.2. Ošetrovatelské diagnózy

- 1.** Akutní bolest pravého podžebří v souvislosti s akutní pankreatitidou projevující se bolestivými grimasami v obličeji, verbální stížností na bolest, vegetativní reakcí (opocené čelo, suchost v ústech, lehké opocení v podpaží), změnou fyziologických funkcí, úlevovou polohou a poruchou spánku.
- 2.** Strach v souvislosti s hospitalizací, silnou bolestí, pocity ohrožení a nedostatečnou informovaností projevující se smutkem až depresivním laděním, pokládáním častých dotazů a sníženou sebejistotou.
- 3.** Hypertermie v souvislosti se základním onemocněním projevující se tělesnou teplotou 38,2 – 39,5 °C, zvýšeně teplou kůží na dotyk, pocitem suchosti v ústech a opocným čelem.
- 4.** Porucha dýchání v souvislosti s onemocněním, bolestí pravého podžebří a fludothoraxem projevující se občas zadýcháváním, suchým a dráždivým kašlem.
- 5.** Deficit tělesných tekutin v souvislosti s léčebným opatřením (nemožnost přijímat tekutiny ústy) projevující se hypotenzí (TK 100/60 Torr), pocitem suchosti v ústech, oschlými rty a suchou kůží na ruce a nohou.
- 6.** Dočasný zákaz příjmu potravin per os v souvislosti s AP projevující se hladovkou a příjmem pouze parenterální cestou.
- 7.** Porucha integrity kůže v souvislosti s PŽK a epidurální katétrem s rizikem komplikací (krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost).
- 8.** Změna močení pro zavedený PMK z důvodu měření bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukcí.
- 9.** Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí a bolestí projevující se pocitem nevyspání, únavou a denním pospáváním.
- 10.** Omezení tělesné pohyblivosti pro AP s klidovým režimem na lůžku projevující se deficitem v sebepěči, únavou a mírnou nervozitou.
- 11.** Riziko zácpy v souvislosti s nemožností přijímat stravu ústy a změnou prostředí projevující sníženou frekvencí vyprazdňování stolice, vzednutým břichem a meteorismem.
- 12.** Porucha životosprávy ze zvýšeného příjmu potravy v souvislosti s nevhodným jídelníčkem, nadměrnou pracovní zátěží a sníženou pohybovou aktivitou projevující se nadváhou (95 kg).

3.3. Ošetrovatelský proces

3.3.1. Diagnóza – akutní bolest

1.4. – 4.4. 2008 Akutní bolest pravého podžebří v souvislosti s akutní pankreatitidou projevující bolestivými grimasami v obličeji, verbální stížností na bolest, vegetativní reakcí (opocené čelo, suchost v ústech, lehké opocení v podpaží), změnou fyziologických funkcí a poruchou spánku.

Cíl: Klient pociťuje menší intenzitu bolesti

Výsledná kritéria:

- a) Klient zná příčiny bolesti a spolupracuje při terapii a snižování intenzity
- b) Klient zná způsoby úlevy od bolesti
- c) Klient vyhledává v období bolesti úlevovou polohu
- d) Klient užívá v pravidelných intervalech analgetika

Plán:

- a) Navaž důvěryhodný vztah s klientem
- b) Informuj klienta o příčinách a způsobu úlevy od bolesti
- c) Pomoz při bolesti klientovi nalézt úlevovou polohu
- d) Sleduj denně vitální funkce: TK, P, TT
- e) Měř a zaznamenávej při bolesti její intenzitu a další faktory
- f) Aplikuj podle ordinace lékaře analgetika a sleduj jejich účinek
- g) Sleduj infúzní pumpu a vstup epidurálního katétru
- h) Pracuj asepticky při převazu epidurálního katétru
- i) Sleduj po dobu podávání analgetik nežádoucí účinky
- j) Informuj ošetřujícího lékaře o projevech nežádoucích účinků analgetik

Realizace: Klienta jsem informovala o příčinách bolesti. Vysvětlila jsem mu, jakým způsobem lze snížit bolest. Protože je unavený, pomohla jsem mu najít úlevovou polohu na pravém nebo levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Klient má zavedený epidurální katétr, pomocí něhož mu je aplikováno kontinuálně analgetikum (Marcain, Sufenta). 2.4. 2008 jsem epidurální katétr asepticky převázala. Po dokapání analgetik jsem vždy vyměnila infúzní set a spojovací hadičku. Dle ordinace lékaře je mu po šesti hodinách podáván Dipidolor 1amp. i.m.. V době výskytu bolesti jsem sledovala a zaznamenávala její intenzitu – viz. příloha č. 6. Intenzita bolesti kolísala mezi 3 – 5 na VAS. Po podání analgetik se bolest snižuje. Klient si stěžoval na suchost v ústech, proto jsem mu dala na noční stolek kelímek s Corsodylem a on sám si vyplachoval dutinu

ústní. Během podávání analgetik jsem kromě nízkého tlaku nepozorovala žádné nežádoucí účinky analgetik.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient pociťoval bolest nižší intenzity.

3.3.2. Diagnóza – strach

1.4. – 3.4. 2008 Strach v souvislosti s hospitalizací, silnou bolestí, pocity ohrožení a nedostatečnou informovaností o způsobu úlevy bolesti projevující se smutkem až depresivním laděním, pokládáním častých dotazů a sníženou sebejistotou.

Cíl: Klient pociťuje menší strach

Výsledná kritéria:

- a) Klient se svěří se svým strachem ošetřovatelskému personálu
- b) Klient má dostatek informací o analgezii, terapii a příčinách nemoci

Plán:

- a) Zhodnoť klientovi pocity (jeho vnímání a to do jaké míry ho strach ovládá)
- b) Všímej si verbálních a neverbálních reakcí a jejich vzájemné shody
- c) Podněcej klienta k verbalizaci negativních pocitů
- d) Věnuj pozornost subjektivním sdělením klienta a podporuj ho
- e) Poskytni klientovi dostatek informací o příčinách nemoci a způsobu úlevy od bolesti
- f) Dej klientovi dostatek času na pochopení informací
- g) Zodpověz všechny klientovi dotazy
- h) Snaž se o navázání důvěryplného vztahu mezi Tebou a klientem
- i) Zajisti klientovi kontakt s rodinou (manželkou, dětmi)

Realizace: Podle neverbálních příznaků lze posoudit, že má klient strach. Nejvíce se prý obává, že jakmile začne zase znovu jíst, tak se bolest opět vrátí. Vysvětlila jsem mu, že má pravidelně a kontinuálně podávaná analgetika a že bude muset dodržovat pankreatickou dietu a tím zamezí vzniku opětovných obtíží. Po odeznění zánětu slinivky břišní podstoupí cholecystektomii. Dále ho tíží, že je v nemocnici a nemůže být se svou rodinou. Během návštěvy klienta manželkou jsem se jim snažila zajistit soukromí a dostatek času. Poskytovala jsem mu dostatek času, aby mohl informace pochopit. Průběžnou komunikací s klientem jsem se ho snažila podpořit a povzbuzovat.

Zpětně jsem si ověřovala, zda opravdu vše správně pochopil. Během mého ošetřování se mezi námi vytvořil důvěrný vztah.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient pociťuje podle svých slov menší strach a je schopen o svých pocitech mluvit.

3.3.3. Diagnóza – hypertermie

1.4. – 4.4. 2008 Hypertermie v souvislosti se základním onemocněním projevující se tělesnou teplotou 38,2 – 39,5 °C, opocným čelem, zvýšeně teplou kůží na dotyk, pocitem suchosti v ústech a opocným čelem.

Cíl: Klient si udržuje tělesnou teplotu alespoň v rozmezí 37 – 37,5 °C

Výsledná kritéria:

- a) Klient užívá v pravidelných intervalech antipyretika a antibiotika
- b) Klient spolupracuje při měření tělesné teploty
- c) Klient má na kůži přiložené studené obklady a studené ledy v tříslech

Plán:

- a) Měř a zaznamenávej těl. teplotu při vzestupu nad 38 °C po čtyřech hodinách
- b) Podávej dle ordinace lékaře antipyretika a antibiotika
- c) Přilož na kůži klienta studené obklady a ledy do třísel
- d) Sleduj TK, P alespoň 4x denně
- e) Věnuj pozornost objektivním příznakům – třesavka, zimnice, křeče
- f) Zajisti při pocení klienta suché oblečení a lůžkoviny
- g) Ošetřuj dutinu ústní klienta
- h) Sleduj laboratorní hodnoty leukocytů a CRP
- i) Informuj ošetřujícího lékaře o hodnotách těl. teploty klienta

Realizace: Tělesnou teplotu jsem měřila při vzestupu po čtyřech hodinách. Hodnotu jsem zapsala do dokumentace a teplotní tabulky. V průběhu dne provádím sledování teplotní křivky. K vzestupu nad 39 °C dochází v dopoledních a ranních hodinách – viz. příloha č. 7. Podle ordinace ošetřujícího lékaře jsem pravidelně podávala antibiotika a antipyretika. Na čelo klienta přiložila studený obklad a do třísel vak s ledem. Kůže klienta je zarudlá v obličejí. 1.4. pociťuje třesavku, ale ta se už později nevyskytla. Klient pociťuje suchost v ústech, proto jsem mu dala na noční stolek kelímek s Corsodylem, aby si mohl sám podle potřeby vyplachovat dutinu ústní. Ráno a dopoledne jsem změřila krevní tlak a pulz – viz. fyziologické funkce str. 15.

O hypertermii klienta jsem informovala ošetřujícího lékaře, který 2.4. naordinoval odběr krevních hemokultur.

Hodnocení: Cíl nesplněn. Tato ošetřovatelská diagnóza přetrvává.

3.3.4. Diagnóza – porucha dýchání

1.4. – 4.4. 2008 Porucha dýchání v souvislosti s onemocněním a bolestí pravého podžebří projevující se občasným zadýcháváním, suchým a dráždivým kašlem

Cíl: Klient nepocítuje dušnost

Výsledná kritéria:

- a) Klient nejeví známky dušnosti a suchého kašle
- b) Klient nemá cyanósu v obličeji a je klidnější
- c) Klient má normální frekvenci dýchání (16 - 20 dechů/min.)

Plán:

- a) Edukuj klienta o projevech a příčinách dušnosti
- b) Ulož klienta do Fowlerovy polohy
- c) Porad' klientovi, aby jednotlivé činnosti prováděl pomalu a prokládal je odpočinkem
- d) Měř 2x denně frekvenci dechu
- e) Prováděj ráno a večer dechové cviky
- f) Sleduj při kontaktu s klientem jeho subjektivní pocity - strach, úzkost, bolest
- g) Informuj při dušnosti klienta ošetřující lékaře
- h) Zajisti klientovi při dušnosti podávání kyslíku brýlemi nebo polomaskou
- ch) Podávej podle ordinace lékaře inhalace s mucosolvanem a atroventem

Realizace: Klient byl uložen do mírné Fowlerovy polohy. Klient podle ordinace lékaře provádí inhalace s mucosolvanem a atroventem. Poradila jsem mu, aby jednotlivé činnosti prováděl pomalu a prokládal je odpočinkem. Aplikovala jsem mu kyslík brýlemi rychlostí 4l/min. Měřila jsem mu saturaci krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru – viz. fyziologické funkce str. 15. Věnovala jsem pozornost jeho subjektivním pocitům. Dechové cviky prováděl 2x denně s rehabilitační pracovnící.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient dle svých slov nepocítuje dušnost.

3.3.5. Diagnóza - deficit tělesných tekutin

1.4. – 4.4. 2008 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s léčebným opatřením (nemožností přijímat tekutiny ústy) projevující se hypotenzí (TK 100/60 Torr), pocitem suchosti v ústech, oschlými rty a suchou kůží na rukou a nohou.

Cíl: Klient je dostatečně hydratován

Výsledná kritéria:

- a) Klient přijme parenterálně během dne 3000 - 4000 ml tekutin
- b) Klient je informován o významu dostatečné hydratace
- c) Klient má tekutiny k zvlhčení sliznice dutiny ústní na dosah ruky
- d) Klient aktivně spolupracuje při měření bilance tekutin

Plán:

- a) Informuj klienta o významu hydratace
- b) Zaveď a zaznamenávej u klienta bilanci tekutin/ 24 hod.
- c) Zajisti spolupráci klienta při měření bilance tekutin
- d) Podávej infúzní roztoky podle ordinace lékaře
- e) Dbej, aby měl po celý den tekutiny k dispozici
- f) Sleduj při podávání tekutin výskyt nevolnosti, škytání, hořkost v ústech
- g) Pečuj ráno a večer o dutinu ústní klienta – výplachy Corsodylem, vytírání citrónovými štětičkami
- h) Měř 3x denně TK, P
- i) Informuj ošetřujícího lékaře při hypotenzi klienta
- j) Aplikuj ráno a večer na jeho kůži hydratační krém

Realizace: Vysvětlila jsem klientovi význam dostatečné hydratace. Klient z počátku nesmí přijímat tekutiny ústy. Má parenterální příjem tekutin. Od 2.4. je mu povolen čaj po lžičkách maximálně 250 ml. Během mé praxe jsem se snažila, aby měl tekutiny k dispozici. Klientovi jsem zavedla bilanci tekutin – viz. str. 22 a aktivně jsem ho zapojovala do jejího měření. Na servírovacím stolku měl k dispozici citrónové štětičky a Corsodyl kterými pečoval sám o dutinu ústní. Po ranní toaletě si klientovi aplikovala na ruce a nohy hydratační krém. Při rozhovoru jsem věnovala pozornost jeho subjektivním pocitům. Nevolnost a hořkost v ústech se od 1.4. nevyskytly. Krevní tlak jsem změřila dvakrát – hypotenze, proto byl informován ošetřující lékař.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient přijal za 24 hod. 5000 – 6000 ml tekutin intravenózně a 250 ml per os.

3.3.6. Diagnóza – dočasný zákaz příjmu potravin

1.4. – 4.4. 2008 Dočasný zákaz příjmu potravin per os v souvislosti s AP projevující se hladovkou a příjmem pouze parenterální cestou.

Cíl: Klient chápe význam zákazu příjmu potravin per os

Výsledná kritéria:

- a) Klient je informován o významu nepřijímat stravu ústy
- b) Klient dodržuje zákaz nepřijímat potraviny per os
- c) Klient má dostatečný energetický příjem prostřednictvím infúzních roztoků
- d) Klient je edukován o postupné zátěži - stravování

Plán:

- a) Informuj klienta o nutnosti a významu nepřijímat dočasně stravu ústy
- b) Věnuj pozornost subjektivnímu sdělení klienta – nevolnost, pocit hořkosti v ústech
- c) Zaveď klientovi při nevolnosti nasogastrickou sondu
- d) Podávej dle ordinace lékaře infúzní roztoky
- e) Pracuj asepticky při podávání infúzních roztoků
- f) Pečuj o dutinu ústní klienta
- g) Vypočítej u klienta BMI
- h) Zajisti klientovi kontakt s nutriční terapeutkou
- i) Edukuj klienta o postupné zátěži a dietním režimu

Realizace: Klienta jsem informovala o významu a nutnosti nepřijímat dočasně stravu ústy. Podle ordinace lékaře jsem podávala infúzní roztoky – viz. farmakoterapie str. 23 i.v. do flexily. Věnovala jsem pozornost subjektivnímu sdělení klienta. 1.4. pociťoval nevolnost. Od té doby se však tento příznak nevyskytl. Na noční stolek jsem dala klientovi kelímek s Corsodylem, tak že mohl sám si dle potřeby vyplachovat dutinu ústní. Při podávání infúzních roztoků jsem pracovala asepticky. Od 2.4. má klient povolen pít hořký, studený čaj po lžičkách maximálně do 250 ml. Edukovala jsem klienta o postupné zátěži trávicího traktu a následném dietním režimu (pankreatická dieta). Klient trpí nadváhou, váží 95 kg a měří 180 cm. Jeho BMI je 29. Stanovila jsem jeho ideální hmotnost 85 kg.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient chápe a dodržuje zákaz přijímat potraviny per os.

3.3.7. Diagnóza porucha integrity kůže

1.4 – 4.4. 2008 Porucha integrity kůže v souvislosti s PŽK a epidurální katétre s rizikem komplikací (krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost)

Cíl: Během hospitalizace nedojde ke vzniku komplikací – krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost

Výsledná kritéria:

- a) Místo vstupu epidurálního katétru a PŽK jsou klidné
- b) PŽK a epidurální katétr je na dotyk nebolestivý a průchodný
- c) Klient je zapojen do sledování svého zdravotního stavu a včas alarmuje komplikace

Plán:

- a) Edukuj klienta a možných komplikacích související s epidurálním katétre, PŽK (krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost)
- b) Sleduj 2x denně místo vstupu epidurálního katétru a PŽK
- c) Pracuj asepticky při převazu invazivních vstupů
- d) Pracuj šetrně a pokud možno nezpůsobuj větší bolesti klientovi
- e) Měř a zaznamenávej do dokumentace 3x denně tělesnou teplotu (ráno, poledne, večer)
- f) Sleduj ráno a večer teplotní křivku

Realizace: Klienta jsem seznámila se všemi možnými komplikacemi souvislosti s epidurální katétre a PŽK. Zapojovala jsem ho během mého ošetřování do aktivní sebedpěče. Průběžně jsem sledovala invazivní vstupy. 2.4. pociťuje klient bolest PŽK a kůže v jeho okolí je zarudlá. Proto byl katétr odstraněn a zaveden nový do levé paže. Kůže je po katétru následně ošetřena Heparoidem mastí a ledována. Invazivní vstupy jsem ošetřovala asepticky a používala jsem sterilní pomůcky. V době mého ošetřování jsem ráno a dopoledne měřila tělesnou teplotu – viz. str. 14 a zaznamenala do dekurzu. Infúzní sety a spojovací hadičky jsem měnila každých 24 hodin.

Hodnocení: Cíl splněn částečně. 2.4. vznikl zánět v PŽK na pravém předloktí, který se však v PŽK zavedeném na levé paži neobjevil.

3.3.8. Diagnóza – změna močení

1.4. – 4.4. 2008 Změna močení pro zavedený PMK z důvodu měření bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukcí.

Cíl: Klient nejeví známky infekce ze zavedení PMK

Výsledná kritéria

- a) Klient nepocítuje bolest v souvislosti se zavedeným PMK
- b) Klient nepocítuje pálení ani řezání v uretře a v močovém měchýři
- c) Klient nemá pocit častého nucení na močení

Plán:

- a) Informuj klienta o možnosti vzniku, projevech infekce a opatrném pohybu na lůžku v souvislosti s PMK
- b) Zaveď a zaznamenávej bilanci tekutin za 24 hodin
- c) Zapoj klienta do sledování a měření bilance tekutin
- d) Sleduj denně barvu, zápach a příměsi v moči
- e) Zdůrazňuj při hygienické péči nutnost důkladné hygieny genitálu
- f) Pracuj asepticky při manipulaci s PMK
- g) Věnuj pozornost subjektivnímu sdělení klienta – pálení, řezání, časté nucení na močení

Realizace: Klient je informován o tom, že po dobu zavedení PMK je ohrožen vznikem infekce a je seznámen s tím, jak se zánět projevuje. Vysvětlila jsem mu nutnost opatrného pohybu na lůžku v souvislosti s PMK. Denně jsem sledovala okolí PMK a při hygienické péči klientovi zdůrazňovala nutnost provádění hygieny genitálu. S PMK jsem manipulovala asepticky. Klienta jsem aktivně zapojila do měření bilance tekutin. Při močení nepocítoval žádné nepříjemné subjektivní obtíže. Jeho moč byla slámově žlutá, bez příměsí s mírným zápachem po ATB.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient nejeví známky infekce ze zavedení PMK.

3.3.9. Diagnóza - porucha spánku

1.4. – 4.4. 2008 Porucha spánku - časté noční probouzení v souvislosti se změnou prostředí a bolestí projevující se pocitem nevyspání, únavou a denním ospáváním.

Cíl: Klient má kvalitnější spánek

Výsledná kritéria:

- a) Klient nemá pod očima kruhy z nevyspání
- b) Klient má ráno pocit vyspání

- c) Klient je aktivnější přes den

Plán:

- a) Zjistí důvod častého nočního probouzení
- b) Snižuj míru strachu před spaním
- c) Zaměstnej klienta tak, aby během dne nespál
- d) Zajisti klientovi při spaní klidné prostředí
- e) Vyvětrej před spaním pokoj
- f) Informuj při nespavosti klienta ošetřujícího lékaře
- g) Zajisti klientovi tlumení bolesti na noc

Realizace: Klient doma neměl problémy se spaním. Hypnotika nikdy neužíval. V nemocnici se během noci probouzí z důvodu bolesti a strachu. Před spaním jsou mu dle lékařské dokumentace aplikována analgetika. Vadí „hluk sester“ na JIP. Vysvětlila jsem mu, že pobyt je spojen s intenzivním sledováním fyziologických funkcí a tudíž i s mírným hlukem. Během dne jsem se ho snažila zaměstnat, aby nespál. Poradila jsem mu, aby si nechal před spaním vyvětrat pokoj. Informoval jsem ošetřujícího lékaře o nespavosti klienta.

Hodnocení: Cíl nesplněn. Klient podle svých slov v noci nespí.

3.3.10. Diagnóza – omezení tělesné pohyblivosti

1.4. – 3.4. 2008 Omezení tělesné pohyblivosti pro AP s klidovým léčebným režimem projevující se deficitem v sebepěči, únavou a mírnou nervozitou.

Cíl: Klient dodržuje klidový režim

Výsledná kritéria:

- a) Klient má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty
- b) Klient potřebuje při hygieně minimální pomoc od sestry
- c) Klient je veden po dobu hospitalizace k soběstačnosti
- d) Klient chápe význam a dodržování klidového režimu

Plán:

- a) Změř a vyhodnoť úroveň soběstačnosti klienta
- b) Ved' a motivuj klienta po dobu hospitalizace k maximální soběstačnosti
- c) Zjistí nejčastější dobu únavy
- d) Pátrej po příčinách únavy
- e) Respektuj při hygienické péči soukromí

- f) Zajisti, aby měl při hygieně všechny pomůcky na dosah ruky
- g) Poskytni klientovi dostatek času, aby mohl dokončit úkol v rozsahu svých schopností
- h) Dohlížeť na klienta při všech denních aktivitách
- i) Poskytni klientovi při pohybu fyzickou oporu

Realizace: Klienta jsem otestovala Barthelovým testem na zjištění úrovně soběstačnosti při provádění běžných denních aktivit. Hodnocení viz. příloha č.8. Při osobní hygieně jsem na něj dohlížela a snažila se respektovat jeho soukromí. Potřebné pomůcky měl na dosah ruky. Poskytla jsem mu dostatek času, aby mohl činnosti provádět pomalu a v rozsahu svých schopností a možností. Únavu pociťoval nejčastěji ráno a souvisela s poruchou spánku. Podporovala jsem a aktivně zapojovala klienta do denních aktivit. V případě nutnosti jsem mu poskytla pomoc. Vysvětlila jsem mu význam a nutnost klidového režimu a pravidelného snímání EKG křivky.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient dodržoval klidový režim na lůžku.

3.3.11. Riziko zácpy

2.4. – 4.4. 2008 Riziko zácpy v souvislosti s nemožností přijímat stravu ústy a změnou prostředí projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování stolice, vzedmutým břichem a meteorismem.

Cíl: Klient po dobu hladovky má omezenou střevní peristaltiku tlustého střeva

Výsledná kritéria:

- a) Klient je informován o příčinách vzniku zácpy
- b) Klient nepociťuje bolest při defekaci
- c) Klient nemá vzedmuté břicho

Plán:

- a) Informuj klienta o příčinách vzniku zácpy
- b) Zdůrazňuj nutnost a význam zvýšené tělesné aktivity nebo cvičení
(posilování břišního svalstva přiměřeného klientovým schopnostem)
- c) Vysvětlí význam hlubokého břišního dýchání při defekaci
- d) Dbej na to, aby přijal denně parenterálně 2,0 – 3,0 l tekutin
- e) Zajisti při defekaci klientovi vhodnou polohu, tj. v polosedě s pokrčenými DKK

- f) Zajisti klientovi během defekace soukromí
- g) Podej event. glycerinový čípek nebo proved' klyzma

Realizace: Klient nebyl od 30.3. na stolici, proto jsem ho informovala o nutnosti a významu pravidelného vyprazdňování. Doma se vyprazdňoval denně. Zácporu nikdy netrpěl. Vysvětlila jsem mu důležitost abdominální dýchání a cvičení břišního svalstva. Dle ordinace lékaře jsem mu aplikovala glycerinový čípek a Syntostigmin 1 amp. i.m. Při defekaci jsem mu zajistila soukromí. Denně přijal parenterálně 5 – 6 litrů tekutin.

Hodnocení: Cíl splněn částečně. U klienta nedošlo k vyprázdnění stolice. Tato ošetrovatelská diagnóza přetrvává. Myslím si však, že po alimentaci se obnoví jeho obvyklý způsob vyprazdňování.

3.3.12. Diagnóza - porucha životosprávy ze zvýšeného příjmu

1.4. – 4.4. 2008 Porucha životosprávy ze zvýšeného příjmu potravy v souvislosti s nevhodným jídelníčkem, nadměrnou pracovní zátěží a sníženou pohybovou aktivitou projevující se nadváhou (95 kg).

Cíl: Klient zná zásady vhodné životosprávy při AP

Výsledná kritéria:

- a) Klient zná obsah pankreatické diety
- b) Klient sníží své pracovní tempo
- c) Klient umí vyjmenovat vhodné a nevhodné potraviny pro pankreatickou dietu

Plán:

- a) Informuj klienta o zásadách pankreatické diety
- b) Zajisti dostatek propagačního materiálu o pankreatické dietě
- c) Poskytni klientovi dostatek času na pochopení principu pankreatické diety
- d) Ověř si, zda klient opravdu rozumí pankreatické dietě, umí vyjmenovat vhodné a nevhodné potraviny
- e) Zjisti dřívější stravovací návyky klienta
- f) Zdůrazni při propuštění klientovi nutnost dodržování zásad pankreatické diety i v domácím prostředí
- g) Spolupracuj s nutriční terapeutkou

Realizace: Spojila jsem se s nutriční terapeutkou, která mi poskytla dostatek propagačního materiálu a informací o pankreatické dietě. Klienta jsem informovala o hlavních zásadách diety. Vyjmenovala jsem mu vhodné a nevhodné potraviny. Poskytla jsem mu dostatek času, aby mohl všechny informace vstřebat a připravit si případné dotazy. Zpětnou vazbou jsem si ověřovala, zda vše pochopil správně. Klientovi jsem předala propagační materiál o dietě. Zdůraznila jsem klientovi, že je nezbytné se vyvarovat stresu a zmírnit pracovní tempo. Klient uvádí, že nemoc ho donutila přemýšlet nad dosavadním způsobem života. Proto do budoucna chce méně pracovat a více odpočívat.

Hodnocení: Cíl splněn. Klient zná zásady vhodné životosprávy při AP.

3.4. Edukace klienta

Klient bude muset po odeznění příznaků akutní pankreatitidy dodržovat pankreatickou dietu. Neví v jakých dietních opatření spočívá princip diety, proto bych ho chtěla o ní edukovat.

Cíl: 1) Vysvětlit klientovi zásady pankreatické diety

- 2) Pomoci sestavit jídelníček do domácího ošetřování
- 3) Zodpovědět všechny dotazy klienta

Pomůcky: 1) Informační brožura

- 2) Kniha – Akutní pankreatitida

Zjištěné informace:

Klient ví:

- Bude muset dodržovat dietu
- Dieta zabrání dalšímu zánětu slinivky

Klient neví:

- Zásady pankreatické diety
- Jak dlouho bude jí muset dodržovat
- Jaké potraviny jsou a nejsou vhodné

Edukační proces

Formou krátkého sezení (20 – 30 minut) klientovi vysvětlím zásady pankreatické diety. Zdůrazním především že:

- V období akutních obtíží AP nesmí přijímat nic ústy
- Po odeznění bolesti je povolen hořký čaj po lžičkách
- Pokud se nevyskytne nevolnost nebo zvracení, tak se začíná postupně zatěžovat trávicí trakt
- Zpočátku je strava tekutá, později kašovitá – krupicová, rýžová, bramborová kaše nebo jablečné a mrkvové pyré
- 1 – 2 týden po záchvatu je kašovitá strava rozšířena o dětské piškoty, těstoviny a kompotované ovoce
- Maso se užívá libové, bílé, mleté telecí, kuře bez kůže zásadně dušené nebo na sucho opečené
- Zahušťujeme moukou opraženou do sucha
- Mírně solíme, ochucujeme pažitkou, petrželkou
- Od třetího týdne od hladovky je strava rozšířena o hovězí maso, libovou šunku, netučné ryby
- Z vejce se na přípravu užívá bílek
- Jídlo vaříme nebo dusíme
- Přísný zákaz pro alkohol, černou kávu, ochucovací prostředky, koření a vše co obsahuje tuky
- Strava se podává častěji v menších porcích a na podporu trávení se předepisují trávicí enzymy (Pancreolan, Panzytrat atd.), které se užívají při nebo těsně po jídle.
- Dále se přechází event. na dietu s omezením tuku

Závěr

Klientovi jsem vysvětlila zásady pankreatické diety. Vyjmenovala vhodné a nevhodné potraviny. Poskytla jsem mu dostatek času, aby mohl nové informace vstřebat. Zpětnou vazbou zjišťovala, zda pochopil vše správně. Do edukace jsem během návštěvy zapojila i jeho manželku, které jsem vysvětlila zásady pankreatické diety. Na základě spolupráce s nutriční terapeutkou jsem vypracovala příklad jídelníčku (viz. příloha č. 9) tak, aby měla manželka představu o tom, co má pro manžela vařit.

3.5. Ošetrovatelský závěr

Klient byl 1.4. 2008 přeložen z III. chirurgické kliniky na chirurgickou JIP z důvodu akutní pankreatitidy, febrilie, leukocytózy a zvýšené AMS.

Ztěžuje si na tupou, nesnesitelnou bolest v pravém podžebří s propagací do pravého epigastria. Bolest ho nutí vyhledávat úlevovou polohu. Intenzita bolesti se pohybuje v rozmezí 3 - 5 na VAS. Má zavedenou kontinuální epidurální analgezii Marcainem a Sufentou F. Nesmí nic přijímat ústy, proto jsou tekutiny hrazeny pomocí infúzních roztoků. Má klidový léčebný režim na lůžku. Pociťuje strach, že po obnovení alimentace dojde opět ke vzniku bolestí.

Tělesná teplota klienta se po celou dobu mého ošetřování pohybovala v rozmezí 37,5 – 39,5 °C. Kůže na nohou a rukou je suchá a na pohmat teplá. Má oschlé rty a pocit suchosti v ústech. Na pravém předloktí má od 30.3. zavedený PŽK, který byl 2.4. z důvodu bolesti a mírně zarudlého okolí odstraněn. Na levou paži je zaveden nový PŽK. Z důvodu sledování bilance tekutin má PMK.

Ráno (2.4.) se cítí nevyspalý, unavený a má kruhy pod očima. Při hygieně potřebuje mírnou pomoc a zvýšený dohled zdravotní sestry, protože je napojený na infúze a monitor.

Od 30.3. nebyl na stolici. Stěžuje si na meteorismus. Očekává, že po propuštění do domácího ošetřování bude muset dodržovat dietu, ale není jakou.

Klient udává, že i přes občasnou fyzickou aktivitu trpí nadváhou a chtěl by proto zhubnout alespoň o 5 kg.

3.5.1. Prognóza

Klient je informován o způsobu úlevy od bolesti. Je edukován o zásadách pankreatické diety a je poučen o dostatečném pitném režimu. Bydlí s manželkou, která je schopna poskytnout laickou péči po propuštění do domácího ošetřování.

Myslím si, že na základě sestaveného jídelníčku má on i jeho manželka představu o tom, co může jíst.

4. Seznam použitých zdrojů

1. Adams, B., Herold, C. E: Sestra a akutní stavy od A do Z. 1. vyd. Praha, Grada 1999, ISBN 80 – 455 – 0345 – 3.
2. Brodanová, M. a kolektiv: Onemocnění žlučníku a žlučových cest. 1. vyd. Praha, Grada 1998, ISBN 80 – 456 – 0876 – 7.
3. Doenges, M. E., Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 – 8.
4. Dušková, M., Ponikelská, I.: Úloha sestry v komplexní péči o nemocného s akutní pankreatitidou na JIP. Sestra, Praha, 2001, ISSN 1210 – 0404
5. Leffler, J.: Těžká akutní pankreatitida. Postgraduální medicína, Praha, 1999, ISSN 1212 – 4184
6. Sas, I.: Akutní nekrotizující pankreatitida. Lékařské listy, Praha, 2001, ISSN 0044 – 1996
7. Sinělnikov, R. D.: Atlas anatomie člověka II. 3. vyd. Praha, Avicenum/Mir 1980, ISBN 80 – 564 – 0234 – 8.
8. Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J.: Intenzivní medicína. 1. vyd. Praha, Galén, Karolinum 2000, ISBN 80 – 245 – 0322 – 5.
9. Špičák, J.. Onemocnění slinivky břišní. 1.vyd. Praha, Triton 2000, ISBN 80 – 234 – 0543 – 5.
10. Trachytová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2.vyd. Brno, MIKADAPRESS 2005, ISBN 80 – 236 – 0987 .

Ostatní zdroje

11. Klient
 - vstupní ošetrovatelský záznam
 - pozorování klienta
12. Chorobopis klienta
13. Zdravotnický personál
14. Rodina klienta – manželka Jana

Seznam použitých zkratk

a. - artérie

amp. – ampulka

AMS – alfa – amyláza

ALT – alaninoaminotransferáza

aPPT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

AP – akutní pankreatitida

ARDS – akutní respirační dystres syndrom

AST – asparátaminotransferáza

ATB - antibiotikum

Ca – kalcium

CB – celková bílkovina

CRP – C – reaktivní protein

CVVH – kontinuální venovenózní hemofiltrace

CVVH (D)F – kontinuální venovenózní hemo (dia) filtrace

D – dechová frekvence

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

DKK – dolní končetiny

EKG – elektrokardiograf

EPT – endoskopická papilotomie

ERCP – endoskopická retrográdní cholecysto - pankreatikografie

Event. - eventuálně

FR – fyziologický roztok

Fr. – Frenčova stupnice

FW – (Fahreus + Westergreen) = sedimentace erytrocytů

G - glukóza

GMT – gama – glutamyltransferáza

gtt. – kapky

HCT - hematokrit

HGB – hemoglobin

HMR – humulon R

HR – Hartmanův roztok

Inf. – infúzní

i.m. - intramuskulárně
i.v. – intravenózně
ITH – index tolerance heparinu
j. – jednotka
JIP – jednotka intenzivní péče
JT – jaterní testy
K – kalium
KO – krevní obraz
Kreat. – kreatinin
L – lumbální
NaHCO₃ – natrium hydorgen carbonicum
P - pulz
PLT – trombocyty
PMK – permanentní močový katétr
Pol. - polévka
RBC – erytrocyty
RR –Ringerův roztok
s.c. – subcutálně
SCUF – pomalá kontinuální ultrafiltrace
Tbl. - tableta
WBC – leukocyty

Seznam příloh

- č. 1 – Popis slinivky břišní (Obr. č. 1, 2)
- č. 2 – Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
- č. 3 – Endoskopická retrográdní cholecysto – pankreatikografie
- č. 4 – Výživa All – in – one
- č. 5 – Cholecystektomie
- č. 6 – Sledování intenzity bolesti
- č. 7 – Měření tělesné teploty
- č. 8 – Barthelův test
- č. 9 – Jídelníček při pankreatické dietě
- č.10 – Vstupní ošetřovatelský záznam