

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

Bakalářské studium ošetřovatelství

Závěrečná práce

Ošetrovatelská kazuistika pacientky s diagnózou tumor hlavy pankreatu

(Nursing case study of patient with tumor of head of the pancreas)

2007 / 2008

Jana Tršová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne 7. května 2008

Jana Tršová

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Haně Horové za trpělivost, podnětné připomínky, návrhy a korekce mé bakalářské práce a čas, který mi věnovala.

Dále děkuji sestřám a lékařům interní kliniky za spolupráci

Děkuji také své klientce, která byla ochotna svěžit se mi se svými problémy, věnovat mi svůj čas, pozornost a důvěru.

Obsah:

1	Úvod	5
2	Klinická část	6
2.1	Charakteristika onemocnění	6
2.2	Základní identifikační údaje	10
2.3	Lékařská anamnéza a diagnózy	11
2.4	Diagnostická péče.....	14
2.4.1	Fyziologické funkce	14
2.4.2	Laboratorní vyšetření.....	14
2.4.3	Diagnostická vyšetření	16
2.5	Léčebná péče	17
2.5.1	Farmakoterapie	17
2.5.2	Dietoterapie:	18
2.5.3	Drenáž:	18
2.6	Průběh hospitalizace	19
3	Ošetrovatelská část	20
3.1	Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky	20
3.1.1	Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci.....	20
3.1.2	Základní fyziologické potřeby.....	20
3.1.3	Psychosociální potřeby	24
3.2	Ošetrovatelské diagnózy.....	27
3.3	Ošetrovatelské cíle, plány, realizace a hodnocení	28
3.4	Edukace	36
3.5	Závěr a ošetrovatelská prognóza	38
4	Zdroje údajů a literatura	39
5	Seznam použitých zkratk	40
6	Přílohy	42

1 Úvod

V dnešní době stoupá incidence pankreatického karcinomu. Jedná se o duktální adenokarcinom (vysoce maligní), či mucinózní karcinom.

Osmašedesátiletá paní byla přijata na interní oddělení pro nebolestivý ikterus. Zde absolvovala řadu vyšetření, ze kterých byl později diagnostikován tumor hlavy pankreatu.

Pacientku s touto diagnózou jsem si vybrala proto, že tato problematika je mi bohužel velice blízká. Z vlastních zkušeností vím velmi dobře o čem píše. Před rokem mi tato krutá a nevypočitatelná nemoc vzala maminku. To, že byla na oddělení pacientka s touto diagnózou, jsem brala jako výzvu. Výzvu být na blízku člověku, který to potřebuje, být mu dobrou rádkyní, chovat se přinejmenším lidsky a předat dál plnohodnotné poznatky, které jsem získala.

Závěrečnou práci jsem zpracovala se souhlasem pacientky.

2 Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

Karcinom pankreatu:

Přibližně 90 % pankreatických karcinomů tvoří duktální adenokarcinom. Tento typ nádoru roste progresivně a má vysoký maligní potenciál. Dalším typem je mucinózní karcinom, který roste z buněk pankreatických vývodů.

Incidence pankreatického karcinomu v posledních letech jednoznačně stoupá. Tento neobvykle rychle rostoucí nádor se vyznačuje krátkým přežíváním nemocných, od zjištění diagnózy obvykle několik měsíců. Pětileté přežití bývá menší než v 1 % případů. Nádory pankreatu, které jsou resektabilní, se vyznačují průměrným přežitím od 17 do 20 měsíců, ale pětileté přežití je opět velmi nízké, méně než v 10 % případů.

(1,5)

Patofyziologie a morfologie:

Biologie buněk zahrnuje jejich vznik, diferenciaci a smrt. Narušení rovnováhy tohoto složitě řízeného procesu je podstatou nádorového bujení. Primární odchylkou jsou genetické mutace, v případě karcinomu pankreatu zejména protoonkogenu K-ras a supresorických genů p-53 a p-16.

70 % nádorů je lokalizováno v hlavě pankreatu. Tumor samotný nemusí působit žádné obtíže. Ty se objevují až v důsledku jeho pronikání do okolních struktur (choledochus, duodenum, vena portae, vena lienalis a nervové pleteně). Tumor se šíří jak přímým růstem, tak metastazováním lymfatickým a krevním systémem. Nejčastěji metastazuje do jater, na peritoneum a do plic. Mikrometastázy v lymfatických uzlinách jsou až ve 40 % případů zachyceny již u časných karcinomů o průměru do 2 cm.

(5)

Klinika a průběh onemocnění:

Nejčastějším a nejcharakterističtějším příznakem je bolest v mezogastriu s úlevovou polohou v kleče s opřenými lokty. Bolest se může manifestovat i pod obrazem vertebrogenního syndromu. Dalším běžným a výrazným příznakem je obstrukční ikterus. Objevuje se časně zejména při lokalizaci v hlavě pankreatu, zatímco u karcinomu těla či kaudy (ocasů) je projevem pokročilého onemocnění. Karcinom pankreatu se může

manifestovat takzvaným „souborem malých příznaků“: únavou, hubnutím, nechutenstvím, subfebriliemi a depresí. Poměrně méně často jsou úvodními symptomy průjmy a malabsorpce. Až u 70 % případů se při zániku Langerhansových ostrůvků objevuje diabetes mellitus. Stěhující se tromboflebitida (Trousseauův příznak) je příznakem často uváděným, ale nespecifickým, který může být průvodním jevem prakticky jakékoli malignity.

Karcinom pankreatu rychle progreduje, takže většina nemocných, kteří nemohou být radikálně operováni, umírá během několika měsíců od stanovení diagnózy.

(5)

Diagnostika:

Diagnostika je většinou pozdní. Někteří nemocní přicházejí s bezbolestným vznikem ikteru a při palpaci břišní stěny lze zjistit hmatný, nebolestivý žlučník (Courvoisierův příznak). Dalším možným nálezem při fyzikálním vyšetření je ascites či palpace nádorových mas.

Diagnostika karcinomu pankreatu je instrumentální. Významné je vyšetření **USG** (ultrasonografické), jehož senzitivita se uvádí kolem (75 %) a specificita až (85 %), dále **CT** (počítačová tomografie) a **ERCP** (endoskopická retrográdní cholangio pankreatikografie).

USG a CT umožňují provést perkutánní aspiraci a získání cytologického materiálu k vyšetření. ERCP se vyznačuje vysokou senzitivitou (95 %) i specificitou (90 %). **Endoskopická USG** (takzvané endosono) je významnou metodou v diferenciální diagnostice mezi benigní a maligní lézí (zejména v oblasti hlavy pankreatu) díky možnosti provést cílenou punkci z ložiska pankreatu. Navíc je významnou metodou pro pokročilost nemoci (staging).

Karcinom pankreatu dosud nemá specifický laboratorní korelát. Amyláza a lipáza jsou většinou normální. Příznačná je hyperglykémie a elevace jaterních enzymů a bilirubinu u postižení žlučodů či jater.

V časně diagnostice se zkoumala řada tumorózních markerů včetně nádorových antigenů, enzymů a hormonů. Patří mezi ně například karcinoembryonální antigen, alfa-fetoprotein, pankreatická ribonukleáza, izoenzym galaktosyl transferázy a testosteron s dihydrotestosteronem.

Největší počet studií se zabývalo antigenem CA 19-9, který se běžně vyšetřuje, přestože bývá pravidelně zvýšen i u karcinomu tlustého střeva a žlučových cest.

V poslední době se zdá být přínosným vyšetřením proonkogenu K-ras v krevním séru, který se vyskytuje v 80-90 % u nemocným s karcinomem pankreatu, ale ne více než v 20 % u osob s chronickou pankreatitidou. Ovšem vyšetření je pro běžnou praxi technicky náročné.

Podobně lze K-ras stanovit v cytologických vzorcích získaných při punkcích provedených během endosonografického vyšetření.

(1, 5)

Léčba:

a) Chirurgická:

K radikální chirurgické léčbě jsou indikováni pouze nemocní s nádorem omezeným na pankreas. Jednoznačnými předoperačními indikátory neoperability jsou (jaterní metastázy, cirkulární invaze do arteria mesenterica superior, či vena portae, prorůstání do okolí, ascites či peritoneální metastázy).

Standardní operací byla po léta takzvaná Whippleova resekce. Spočívající v odstranění, vedle hlavy a těla pankreatu také duodenum, distální části žaludku, jejunu, žlučníku, choledochu a regionálních lymfatických uzlin s pankreatikojejunoanastomózou a gastrojejunoanastomózou. Tato operace nepřináší žádnou další výhodu, neboť nevyhnutelně následuje obtížně korigovatelný diabetes mellitus.

Pětileté přežití po radikální resekcii se pohybuje ve velkých souborech kolem 10 % případů a zvyšuje se u podskupiny malých nádorů do 3 cm v průměru.

b) Onkologická:

Obecně platí, že karcinom pankreatu je na chemoterapii značně rezistentní a radioterapie samotná je neúčinná.

Onkologická léčba je značně nákladná a její výsledky nedostatečně průkazné. Zásadní otázkou je tedy obecný smysl této léčby. Pokud dlouhodobé přežití je výjimečné, musí být dalším cílem vedle krátkodobě prodlouženého přežití alespoň přechodné zlepšení klinického stavu. Nejde jen o samotné prodloužení života, ale také o to, aby se odehrával v lidsky přijatelných podmínkách.

c) Paliativní:

Spočívá v léčbě jedné z nejčastějších komplikací, kterou je biliární či duodenální obstrukce. Existují možnosti překonání stenózy choledochu - chirurgická hepatikojejunoanastomóza, endoskopické případně transhepatální zavedení endoprotézy. Endoskopicky lze zavést biliární drén, který je buď plastický, nebo kovový (takzvaný self-expanding stent). Tento výkon neprodlužuje život, ale ovlivňuje jeho kvalitu. Nevýhodou je dysfunkce při obturaci endoprotézy, kterou lze očekávat mezi třemi a šesti měsíci po

zavedení. Endoprotézu je možné měnit v pravidelných intervalech, nebo lze vyčkávat na příznaky její dysfunkce (cholestáza, ikterus, cholangitida).

Pokud endoskopická léčba není možná, lze provést drenáž z transhepatálního přístupu. Při perkutánně provedené punkci žlučového stromu je zaveden vodič přes papilu do duodena. Poté je vodič vytažen kanálem endoskopu a je po něm zavedena drenáž endoskopickou cestou. Používají se výhradně plastové drény, které lze následně snadno extrahovat.

d) Léčba bolesti:

Značným problémem u nemocných s karcinomem pankreatu je léčba bolesti! Bolest, která je často dominantním příznakem nemocných, výrazně zhoršuje kvalitu jejich života. Běžná analgetika nemají dostatečnou účinnost, proto se podávají anodyna (opiáty). V některých případech ani kontinuální a peridurální aplikace opiátů bolesti neutiší. Pak je nutné zvážit intraoperační či perkutánní neurolyzu plexus coeliacus injektáží alkoholem, fenolem či kortikoidy pod CT nebo USG kontrolou. Tyto metody patrně nemají smysl, pokud již byly pravidelně aplikovány opiáty.

(5)

Prognóza:

U pokročilého karcinomu je medián přežití 2 až 4 měsíce, resektabilní nádory se vyznačují průměrným přežitím 17 až 20 měsíců.

V méně než 10 % případů se lidé po radikální resekcí dožívají 5 let, bez radikální resekcce pouze 1 %.

(1, 5)

2.2 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: S. J.

Oslovení: paní S.

Věk: 68 let

Stav: vdaná

Vzdělání: SŠ - stavební

Povolání dříve: technická kreslička

Povolání nyní: důchodce

Adresa: Praha 9

Národnost: česká

Pojišťovna: VZP

Kontaktní osoby: manžel Ladislav

Příjem k hospitalizaci: 23. 3. 2008 v 11:00 hod na standardní lůžkové interní oddělení
Ošetřovala jsem : 31. 3.; 1. 4.; 2. 4.; 3. 4. 2008

(10, 11)

2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy

Anamnéza

OA:

- Naposled zde hospitalizovaná od 25. 2. 2008 do 2. 3. 2008 s diagnózou– Arteriální hypertenze III st. dle WHO
- Diabetes mellitus 2. typu na PAD (od roku 2002)
- Obesitas, inkontinence moči (od roku 2000), cholecystolithiasis (od roku 4/2006), chronická cholecystitis, subklinická hypothyreóza (od roku 1998)

RA:

- Otec † 56 let na CMP, matka † 86 let stáří, bratr † 63 let leukemie, 2 zdravé děti

AA:

- Bodnutí hmyzem, intolerance ACEi

FA:

- Maninil, Siofor, Anopirin, Mycardis, Cynt, Neurol, Concor, Rhefluin

SA + PA:

- Vdaná, žije s manželem, chová pejsky, důchodce

GA:

- 2 fyziologické porody, kyretáž v anamnéze pro metrorhagii
- Poslední kontrola gynekologem před 15 lety, mammograf s negativním nálezem 2007

Abusus:

- Nekouří, alkohol příležitostně (vinný střík), černá káva občas

NO:

- Odeslána z infekční ambulance, kde byla vyšetřena pro ikterus a pruritus kůže. Od čtvrtka (20. 3. 2008) zpozorovala zežloutnutí kůže, zežloutnutí bělma očí, začalo svědění kůže
- Tmavou moč pozoruje již týden, stolice světlejší (také od 20. 3. 2008)
- Bolesti břicha 0, dyspepsie 0, nauzea 0, teploty 0, zimnice 0, třesavky 0, průjemová stolice 0
- Od poslední hospitalizace 2/2008 zhubla asi 7 kg. Přiznává, že hubne i úmyslně, dietní chybu neguje
- Zde na interní ambulanci provedeno USG břicha (25. 2. 2008) – cholecystolithiasa, chronická cholecystitis
- Od 19. 3. 2008 nasazen Furantoin pro suspektní močovou infekci (pálení při močení) – tmavou moč připisovala nasazenému (Furantoin)

OBJ. NÁLEZ:

- Orientovaná, TK 110/70, TF 87/min., TT 36,3 °C, váha 87 kg, hydratace přiměřená, bez cyanosy, neurologicky bez lateralizace, ikterus kůže, obézní
- Hlava: pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, fotoreakce + bilaterální nystagmus 0, spojivky růžové, skléry subikterické, uši a nos bez výtoků, jazyk bez povlaku, pláží středem. Inervace nervu VII. správná, výstupy trigeminu nebolestivé
- Krk: hrdlo klidné, štítnou žláza nehmatána, karotidy tepou symetricky bez šelestu, uzliny nehmatány
- Hrudník: AS pravidelný, TF 87/min, dvě ozvy ohraničené, dýchání čisté, sklípkové, poklep jasný. Pod pravou lopatkou suspektní lipom (podkožní rezistence od mládí)
- Břicho: nad niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez hmatné rezistence, hepar v oblouku, lien nezvětšena, tapotment bilaterálně negativní, aperitoneální
- Dolní končetiny: perimaleolární otoky, symetrické, bez známek zánětu, známky chronické žilní insuficience, varixy klidné, lýtka nebolestivá, pulsace až do periferie hmatná
- Per rectum: zevní hemorhoidy, indigace nebolestivá, na prstu rukavice světle hnědá stolice, bez známek krvácení

(10, 11, 12)

Lékařské diagnózy

Hlavní důvod hospitalizace:

- Diagnostický (suspektní tumor pankreatu)

Lékařské dg.:

- Suspektní tumor (karcinom) hlavy pankreatu
- Arteriální hypertenze na terapii (kompenzovaná)
- DM II typu (PAD – Maninil, Siofor)
- Cholecystolithiasa
- Močová inkontinence (stresová)

(11, 12)

2.4 Diagnostická péče

2.4.1 Fyziologické funkce

31. 3. 2008:

TK: 120/80 P: 68/min TT: 36,6 °C D: 18/min
VÁHA: 87 Kg VÝŠKA: 175cm **BMI: 28,4**

Zbytek dne FF:

TK v rozmezí 110 - 120/ 60-70 mmHg

P v rozmezí 70 - 80/min

TT v rozmezí 36,9 - 37,3°C

1. 4. 2008:

TK: 110-125/70-75 P: 75-80/min TT: 36,3-36,6°C D: 15-18/min

2. 4. 2008:

TK: 125-135/65-75 P: 75-80/min TT: 36,3-36,5°C D: 18-20/min

3. 4. 2008:

TK: 115-125/70-75 P: 75-80/min TT: 36,1-36,4°C D: 16-18/min

(11, 12)

2.4.2 Laboratorní vyšetření

Tumorové markery:

<i>Vyšetřovaný parametr</i>	<i>24. 3. 2008</i>	<i>Referenční hodnota</i>
alfa-fetoprotein	2,6	0 - 8 IU/ml
CEA	1,6	0 - 4,6 ug/l
CA 19-9	3274,5	0 - 37 U/ml
CA 125	8,6	0 - 35 U/ml

Hemokoagulační vyšetření:

<i>Vyšetřovaný parametr</i>	<i>31. 3. 2008</i>	<i>Referenční hodnota</i>
APTT	30,6	28,8 - 40,0 s
INR	0,92	0,80 - 1,25
Quick	12,2	10,9 - 15,0

Hematologické vyšetření:

<i>Vyšetřovaný parametr</i>	<i>31. 3. 2008</i>	<i>Referenční hodnota</i>
Leu	12,4	4,00 - 10,70 10 ⁹ /l
Ery	4,44	3,54 - 5,16 10 ¹² /l
HB	130	116,0 - 163,0 g/l
HTC	0,403	0,33 - 0,47 g/l
Obj.ery	90,8	82,0 - 99,0
Hb.ery	29,3	27,0 - 33,0
Hb. koncentr.	0,323	0,320 - 0,360

Krevní skupina: O Rh neg.

Biochemická vyš. séra:

<i>Vyšetřovaný parametr</i>	<i>31. 3. 2008</i>	<i>1. 4. 2008</i>	<i>Referenční hodnota</i>
Na	132,8		137,0 - 146,0 mmol/l
K	3,66	4,02	3,8 - 5,1 mmol/l
Cl	103		97,0 - 108,0 mmol/l
Urea	13,47		2,6 - 8,2 mmol/l
Kreatinin	108		35 - 100 µmol/l
Bilirubin	142	137	5,0 - 20 umol/l
ALT	2,26		0,15 - 0,98 ukat/l
AST	0,71		0,15 - 0,5 ukat/l
ALP	9,43		0,5 - 2,0 ukat/l
GMT	11,35		0,0 - 0,6 ukat/l
CRP	42,7	68,5	0,0 - 8,0 mg/l

Glykémie:

31. 3. 2008

<i>Čas</i>	<i>Glykémie</i>	<i>5 % G</i>	<i>INZ (jednotky)</i>	<i>Druh INZ</i>
07:00	9,4	500 ml	6 j i.v.	HMR
14:00	13,6	0 ml	16 j s.c.	Actrapid
17:00	15,2	0 ml	18 j s.c.	Actrapid
21:00	8,0	0 ml	6 j s.c.	Insulatard

1. 4. 2008

<i>Čas</i>	<i>Glykémie</i>	<i>5 % G</i>	<i>INZ (jednotky)</i>	<i>Druh INZ</i>
07:00	8,8	0 ml 500 ml	16 j s.c. 6 j i.v.	Actrapid HMR
11:30	16,4	0 ml	18 j s.c.	Actrapid
17:00	14,0	0 ml	18 j s.c.	Actrapid
21:00	13,9	0 ml	8j s.c.	Insulatard

2. 4. 2008

Čas	Glykémie	5 % G	INZ (jednotky)	Druh INZ
07:00	11,8	0 ml	18j s.c.	Actrapid
14:00	14,0	0 ml	18j s.c.	Actrapid
17:00	14,5	0 ml	18j s.c.	Actrapid
21:00	13,9	0 ml	18j s.c.	Insulatard

3. 4. 2008

Čas	Glykémie	5 % G	INZ (jednotky)	Druh INZ
07:00	11,8	500 ml	28 j i.v.	HMR
14:00	16,8	0 ml	22 j s.c.	Actrapid
17:00	13,7	0 ml	20 j s.c.	Actrapid
21:00	14,2	0 ml	18 j s.c.	Insulatard

(11, 12)

2.4.3 Diagnostická vyšetření

USG: (23. 3. 2008)

Závěr: Tumorózní ložisko hlavy pankreatu. Dilatace intrahepatických i extrahepatických žlučovodů. Svráštělý žlučník s lithiázou. Difúzní jaterní léze, bez hepatomegalie.

ERCP: (25. 3. 2008) – pokus o zavedení stentu

Závěr: Stenosa Wirsungu v hlavě pankreatu v.s. při tumoru. v.s. tumorosní postižení choledochu v papile hned za ústím, balonovitá papila, nepodařilo se nasondovat žlučovody ani po papilotomii.

RTG srdce a plic: (26. 3. 2008)

Hrudník symetrický, skelet bez čerstvých traumatických změn. Plicní parenchym bez ložiskových či infiltrativních změn.

Závěr: Věku přiměřený nález.

CT břicha a malé pánve: (27. 3. 2008)

Závěr: Tumorózní ložisko hlavy pankreatu s útlakem ductus choledochus a dilatací extra i intrahepatických žlučových cest. Cholecystolithiaza, vícečetné kalcifikace ve stěně žlučníku, difúzní jaterní léze.

PTC a PTD: (28. 3. 2008)

V lokální anestezii 10 ml 1 % mesocainu a v celkové 100 mg Dolsinu, proveden vpich do jater, nastříknuty intrahepatické i extrahepatické žlučovody. Celkem aplikováno 50 ml 300 Optiray, mírná dilatace intrahepatických i extrahepatických žlučovodů se stenózou v distálním úseku choledochu, v délce asi 6 cm, tlakem nebo přerůstáním tumoru hlavy pankreatu na distální choledochus. Provedena zevně-vnitřní drenáž, napojen sběrný sáček. Asi za týden doporučen převod na vnitřní drenáž.

Závěr: Přerůstání nebo tlakové změny tumoru hlavy pankreatu na distální choledochus s dilatací žlučovodů, provedena zevně-vnitřní drenáž.

US - ENDOSKOPIE HCTT (31. 3. 2008)

Premedikace- Diazepam 5 mg i.v., Buscopan 20 mg i.v., Mesocain gel lokálně, Lidocain 10 % spray lokálně.

Závěr: V oblasti hlavy pankreatu 30 mm veliké ložisko s hypoechogenním lemem.

US - ENDOSKOPIE HCTT (3. 4. 2008)

Převod zevně-vnitřní drenáže na vnitřní drenáž.

Závěr: Výkon bez komplikací.

(11, 12)

2.5 Léčebná péče

2.5.1 Farmakoterapie

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Léková skupina</i>	<i>Složení</i>	<i>Generický název</i>
Micardis 40 mg	tbl.	1-0-1	antihypertenzivum	Telmisartanum	pritor
Cynt 0,2 mg	tbl.	1-0-1	antihypertenzivum	Moxonidinum	physiotens
Anopyrin 100 mg	tbl.	0-1-0	antiagregancium	Acidum acetylsalicylicum	acylpyrin
Neurol 0,25 mg	tbl.	1-0-2	anxiolyticum	Alprazolamum	frontin

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Léková skupina</i>	<i>Složení</i>	<i>Generický název</i>
KCl 500mg	tbl.	1-0-1	minerální látka	Chlorid draselný	kaldyum
Concor 5 mg	tbl.	1-0-0	kardiacum	Bisoprololi fumaras	bisocard

Nežádoucí účinky a indikace viz příloha č.1

(11, 12)

Infúzní terapie (podávána do PŽK)

31. 3. 2008

I) G 5 % 500 ml + 6j INZ HMR

II) FR 2000 ml/24 hodin

1. 4. 2008

I) G 5 % 500 ml + 6j INZ HMR+ 20 ml 7,46 % KCl

2. 4. 2008

I) FR 100 ml + 1 ampule Algifenu

3. 4. 2008

I) G 5 % 500 ml + 28 j INZ HMR

II) FR 100 ml + 1 ampule Algifenu

2.5.2 Dietoterapie:

č. 9S – diabetická šetřící (250 g sacharidů/den), s omezením tuků.

Indikace: u pacientů s diabetem mellitem a současně s onemocněním zažívacího traktu (onemocnění žlučníku, žloutence a pankreatu po odeznění akutního stádia).

2.5.3 Drenáž:

28. 3. – 3. 4. 2008: Zevně-vnitřní drenáž (samospádem).

Převaz: vstup drenáže (pravá strana hrudníku v oblasti osmého - devátého žebra)

- Betadine + sterilní čtverce + Omnifix

(11, 12)

2.6 Průběh hospitalizace

Paní S. byla přijata na lůžkové interní oddělení dne 23. 3. 2008 pro nebolestivý ikterus.

Zežloutnutí, svědění kůže a tmavší moč pozorovala již od 20. 3. 2008, ale domnívala se, že se jedná o potíže spojené s léčbou močové infekce (Furantoin).

Dne 23. 3. 2008 navštívila svoji praktickou lékařku a ta ji neprodleně odeslala do nemocnice. Zde byla paní S. přijata s počáteční diagnózou cholecystolithiasis a akutní cholangitis.

Průběh hospitalizace byl dosud klidný. Paní S. neudávala žádné bolesti či jiné potíže. V této době podstoupila řadu diagnostických vyšetření (ERCP, CT, endosono...). Na základě výsledků těchto vyšetření byl diagnostikován tumor hlavy pankreatu. Paní S. byla od počátku plně informována o své diagnóze a následných postupech.

Dne 28. 3. 2008 byla pacientka indikována k výkonu na radiodiagnostické klinice. Zde byla provedena zevně-vnitřní drenáž. Výkon paní S. snášela velmi dobře. Ovšem druhý den po výkonu (29. 3. 2008) udává bolestivost v místě vstupu drénu (pravá strana hrudníku, mezi 8. – 9. žebrem). Bolest je píchavá, vázaná na dýchací pohyby a pohyb. Pacientka si však do této doby výrazně nestěžuje a analgetickou terapii (dle potřeby) nevyžaduje. Od 1. 4. 2008 byl u pacientky zaveden analgetický list s průběžným sledováním a hodnocením bolesti. Analgetika vyžaduje až od 2. 4. 2008 (FR 100 ml + 1 ampule Algifenu).

Drén od 28. – 31. 3. 2008 odváděl zhruba 400 – 600 ml za den. Dopoledne 31. 3. 2008 byl drén zaštipnut. Po zaštipnutí drénu se hlídal vzestup hladiny bilirubinu a jaterních enzymů. Výsledky byly dobré, a proto byl možný převod zevně-vnitřní drenáže na vnitřní drenáž.

Po převodu drenáže (3. 4. 2008) se paní cítí dobře. Nic jí nebolí, je veselá a prvně chodí po oddělení. Moc se těší domů a v 17 hodin 3. 4. 2008 podepisuje do 6. 4. 2008 propustku.

(9, 10, 11, 12)

3 Ošetřovatelská část

3.1 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacientky

3.1.1 Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci

Paní S. přišla do nemocnice, protože si všimla zežloutnutí a svědění kůže. Neví co způsobilo její zdravotní potíže. Nikdy nepila, nekouřila. Zatím ještě neví, jak nemoc ovlivní její stav, netuší, jak dlouho bude muset zůstat v nemocnici. Říká, že snad do „smrti“. Trápí ji starosti o manžela, jak to doma sám zvládá.

Paní má dostatek informací o nemocničním a léčebném režimu.

(9, 10)

3.1.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Paní S. neudává žádné dýchací potíže před příchodem do nemocnice ani nyní si neztěžuje. Je nekuřačka.

Při sledování frekvence dýchání pozorují dechovou činnost pravidelného rytmu avšak lehce povrchovou. Paní se bojí pořádně dodechnout vzhledem k píchavé bolesti kolem vstupu drenáže (bolest od 29. 3. 2008, dosud nežádá analgetika). Bolest je totiž vázaná právě na dechové pohyby. Frekvence dýchání v klidovém režimu je 18 – 22 dechů za minutu, bez známek dušnosti. Paní je bez známky cyanózy, kašle a rýmy.

(9, 10)

Hydratace

Pacientka doma pije 2 l tekutin denně. Pití jí problémy nečiní. Mezi oblíbené nápoje patří minerální vody, čaj, ovocné šťávy. Alkohol (vinný střík) a černou kávu si dá jen zřídka.

Denní příjem tekutin v nemocnici je volný. Je však poučena, že by denní příjem tekutin měl být zvýšen. To paní nedělá potíže a poctivě zapisuje příjem na lísteček umístěný na stolku. Denně vypije kolem 2 – 2,5 litrů. Částečně je příjem tekutin hrazen i infuzní terapií (viz infuzní terapie).

Nepozorují žádné projevy dehydratace – kožní turgor a pohyb očních bulbů v normě, kůže bez olupování.

(9, 10, 11)

Výživa

Paní S. si doma vaří sama, problémy s dodržováním diety (9S - diabetická šetřící - od roku 2006, vzhledem k cholecystolithiase) nemá a nikdy neměla. Manžel se stravuje v práci a tudíž jí nic neláká. Paní S. má DM II. typu na PAD (Maninil, Siofor). O své vyšší váze paní ví, nyní si myslí, že má nadváhu ještě tak 5-10 kg. Za poslední měsíc prý shodila 7 kg. Hubne úmyslně.

Paní S. má dietu 9S – diabetickou šetřící (250 g sacharidů/den), s omezením tuků. S přípravou stravy pomoc nepotřebuje. Vše zvládne sama. K nemocniční stravě žádné výhrady nemá, ale vzhledem k nechutenství a častému lačnění kvůli vyšetřením toho moc nesní. Pocity hladu neudává, už si prý zvykla. Přestože má horní i dolní zubní protézu, říká, že jí stav chrupu při jídle nečiní žádné potíže.

V nemocnici byla převedena na injekční inzulin (viz tabulka glykémie) dle glykemického protokolu.

Tělesná hmotnost paní S. je 87 kg, měří 175 cm. **BMI je 28,4** – dle WHO se jedná o **nadváhu**. Broccův index = 75. Ovšem dle Nottinghamského dotazníku (základní nutriční screening - viz příloha č. 3) je paní ohrožena malnutricí, vzhledem k úbytku hmotnosti (7 kg/měsíc), dietní chybu neguje, říká, že hubne i úmyslně, což jí bylo vzhledem k vysokému BMI doporučeno.

(9, 10, 11, 12)

Vyprazdňování moče, stolice

Paní S. udává jen mírnou inkontinenci (stresovou), kterou přisuzuje svému věku (68 let). Doma s řešením inkontinence potíže nemá. V dnešní moderní době je prý spousta spolehlivých pomůcek, které nijak neomezují. Stolice před příchodem do nemocnice byla pravidelná jedenkrát denně. Nikdy neužívala žádná projímadla, zácpou a průjmy nikdy netrpěla.

Dle mého pozorování – Paní se vyprazdňuje na pokojovém klozetu. Průměrný denní výdej činí kolem 1500 ml a celkový příjem je 2500 – 3000 ml (pitný režim a infuzní terapie). Paní nečiní problém zvýšený příjem tekutin. Vypije vše, co je jí podáno. Poslední stolice byla 29. 3. 2008. Pocity plnosti paní neudává, plyny odcházejí. Říká, že se jí ani nemůže chtít, když pořád lační a první jídlo, které měla, byla kaše. Na kůži v oblasti genitálu nepozorují žádné patrné změny (pokožka je ošetřena ochrannými krémy). Při dotazu, zda se za poslední měsíc nevyskytly nějaké změny ve vyprazdňování (objemnější, častější stolice či jiné změny) paní neudává žádné odchylky.

(9, 10, 11, 12)

Spánek a odpočinek

Paní S. neměla před příchodem do nemocnice potíže se spánkem. Spí velmi dobře, ráno se cítí odpočatá, v průběhu dne nepospává. Spí tak 8 – 10 hodin denně. Vstává kolem osmé hodiny ranní, ovšem v létě vstává v šest, aby stihla obstarat celou zahrádku. Ke kvalitnímu odpočinku jí stačí 8 hodin denně. Na otázku, co jí pomáhá ke kvalitnímu spánku, odpověděla: „mléko s medem“. Léky na spaní neužívá a nikdy neužívala.

V době odebírání vstupního ošetřovatelského záznamu je viditelná únava, paní S. má chvilkami zavřené oči. Nic jí při odpočinku neobtěžuje.

(9, 10, 12)

Teplo a pohodlí

Paní S. si doma nestěžuje na pocity horka ani zimy. I v nemocnici je spokojená, nezmiňuje žádné problémy v souvislosti s ne/pohodlím. Cítí se zde příjemně, není jí horko ani zima. Lůžko má klasické polohovatelné, stále upravené a čisté. Na pokoji též křeslo pro kardiaky

Nepozorují nepřiměřené opocení či studené končetiny.

(9, 10)

Bolest

Před příchodem do nemocnice nikdy netrpěla bolestmi v souvislosti s dutinou břišní ani jinými bolestmi.

V době odebírání anamnestického rozhovoru (31. 3. 2008) si paní S. stěžuje na bolest v oblasti vstupu drenáže (oblast mezi 8. – 9. žebrem na pravé straně hrudníku). Bolest je vázána na dýchací pohyby a pohyb (otáčení se na lůžku). Charakter bolesti je píchavý. Paní se vzhledem k této bolesti bojí pořádně dodechnout. Polohu, kterou zaujímá (nejčastěji na zádech) se snaží vydržet co nejdéle. Paní S. naprosto nerozuměla tomu, proč je bolest píchavá a vázaná na pohyb. Myslela si, že ji bolí „něco přímo v břiše – žlučník či tak něco“. Vysvětlila jsem jí, že bolest je kvůli drenáži, respektive kvůli „hadičce“, která vede mezi žebry a při pohybu (nádech) se hadička dotkne mezižeberních nervů a paní ucítí píchavou bolest. Ta se následně šíří po žebro a může se klidně šířit i pod pravou lopatku. Tím, že paní S. pochopila princip píchavé bolesti se velmi zklidnila a dala mi za pravdu, že to bolí přesně, jak říkám. Dále jsem ji ujistila, že po převodu drenáže bolest prakticky ihned vymizí.

(3, 6, 9, 10, 11, 12)

Tělesná hygiena

V domácím prostředí je paní S. plně soběstačná při zvládnání hygieny.

Paní S. nevyžaduje při hygieně pomoc. Vše prý zvládne sama, i když jí to vzhledem k únavě trvá déle. Hygienickou péči paní S. však neodmítá. Vlasy má upravené, nehty ostříhané. Na těle nemá jizvy, nikdy prý neprodělala žádnou operaci ani úraz.

Stav kůže a sliznic: kůže bez olupování, vyrážka 0, opruzeniny 0. Hýždě a záda beze změn. Drenáž zavedena dne 28. 4. 2008 (převaz 1x/d – Betadine + sterilní čtverce + Omnifix), vstup klidný, čistý bez otoku. PŽK je zaváděn vždy před každou infuzí, v žíle nezůstává déle jak 12 hodin (vzhledem k riziku vzniku infekce). Vstup klidný, čistý.

(9, 10, 11, 12)

Sexuální potřeby

Paní S. je vdaná. Žije celý život ve šťastném a spokojeném manželství. Na poslední gynekologické prohlídce byla před 15-ti lety. V roce 2007 podstoupila mammografické vyšetření s negativním nálezem. Paní má za sebou dva fyziologické porody. Má dva syny. Nikdy nebrala hormonální substituční terapii. Klimakterium proběhlo bez větších potíží, dalo se prý zvládnout.

Ostatní otázky nebyly položeny.

(10, 11)

Tělesná a duševní aktivita

Dříve pracovala jako technická kreslička. Práce ji velmi bavila a dělala jí celý produktivní život. Nyní je v důchodu, žije s manželem. Doma pracuje na zahrádce, kterou si moc hýčká. Pěstuje spousty květin. Dále jí čas vyplňuje pejsek, vnoučata a ráda čte romány. Pohyb a fyzická aktivita na zahrádce jí nečinily potíže. Je to velmi aktivní člověk.

Paní S. vzhledem k únavě polehává na lůžku. Při ústupu únavy vyndává knihy (romány) a čte. Knih s sebou v nemocnici má dostatek.

Paní vidí i slyší dobře, kontakt byl navázán bez problémů. Brýle na čtení používá jen při špatném osvětlení. Má je s sebou.

(9, 10)

3.1.3 Psychosociální potřeby

Soběstačnost

Doma plně soběstačná.

Vlivem základního onemocnění a únavy došlo k lehkému snížení soběstačnosti, přesto se paní S. obslouží sama, i když, jak říká, jí vše trvá mnohem déle.

Pomoc odmítá zejména v oblasti hygieny, není prý nemohoucí a sama se umyje. Pomoc při přípravě jídla ani při zvedání z lůžka nepotřebuje. Jinak paní S. v rámci svých možností se snaží zapojit do činností a i přes únavu je ochotná ke spolupráci (viz příloha č. 2 - Barthelův test všedních činností ADL ze dne 31. 3. 2008).

(3, 6, 9, 10)

Bezpečí a jistoty

Paní S. je orientována osobou, časem i místem. Informace přijímá a uchovává bez zkreslení. Jinak o svém zdravotním stavu prý ví vše, ví proč je hospitalizována. Při pobytu v nemocnici se cítí v bezpečí.

(9, 10)

Zdraví

Před hospitalizací žila paní S. velmi aktivním stylem života. To vzhledem k jejímu dřívějšímu sedavému zaměstnání (technická kreslička), jinak ani nešlo. Potřebovala se protáhnout a odreagovat. Stravovala se střídmě a po diagnostikovaném diabetu v roce 2002 (na PAD), dietu (9 - diabetickou) pečlivě dodržovala. Uvědomovala si nutnost dodržování diety. Vzhledem k nemoci se snažila o pravidelné denní aktivity, kvůli snížení hladiny glykémie. Začala více času věnovat práci na zahrádce a chodila na delší procházky s pejskem. Od začátku si přála být o prognóze a případných komplikacích dostatečně informována a se svým manželem o všem hovořila. V roce 2006 byla paní diagnostikována cholecystolithiasa s doporučením snížení hmotnosti, omezením tuků a též změněna dieta na (9S - diabetická šetřící s omezením tuků). CHCE jí nebyla nikdy doporučena.

Na oddělení svoji diagnózu (tumor hlavy pankreatu) přijala smířlivě. Nevím, zda si nepřipouštěla, či v danou chvíli nechtěla připustit následky a hlavně vyhlídky do budoucna. Sdělení diagnózy a následných postupů přijala v klidu. Ovšem, když jsem s ní mluvila, tak mi říkala, že v životě nekouřila, nepila alkohol a ten, kdo žije bujarým životem, tak se mu nemoci vyhýbají. Nikdy však neřekla, že je to „nefěr“, svoji nemoc bere jako osud. Svůj život má však velmi ráda, přála by si být opět v dobrém zdravotním stavu, samozřejmě již s ohledem na diagnostikované onemocnění. Říká, že závažnost onemocnění si „uvědomuje“, ale chce naději, ta prý umírá poslední. Musí se zkusit vše.

(6, 9, 10)

Lásky a sounáležitosti

Paní S. se nejlépe cítí doma v rodinném domku s velikou zahradou (s manželem, synem, snachou a vnoučaty). Doma ji mají rádi a jsou jí ochotni pomoci. Druhý syn žije s rodinou na Moravě, vídají se tak 2-3x do roka. Na nemocniční prostředí je sice plně adaptována, avšak moc se těší domů. Domů ke svým blízkým, tam kde ji potřebují, zejména manžel.

(9, 10)

Sebeúcty a sebepojetí

Stáří paní S. prožívá smířlivě a klidně. Za celý „dlouhý život“ (68 let) toho prý stihla prožít spoustu. Hospitalizaci přijímá jako „nutné zlo“. Nic jiného jí nezbyvá.

(9, 10)

Duchovní potřeby

Paní S. není věřící, do kostela nechodí, v nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. Jediná důležitá osoba v jejím životě je její manžel. Kvůli němu se chce moc uzdravit a hlavně se co nejdříve vrátit domů.

(9, 10)

Souhrnné hodnocení

Z hlediska spolupráce – přes značnou únavu veliká snaha. Avšak na dotaz, zda o paní mohu napsat svoji závěrečnou práci, se paní zalekla – „proč zrovna o ní“? Čím je tak moc zajímavá. Vysvětlila jsem jí, že jí chci být nápomocná v otázkách, které ji budou zajímat a že k této problematice mám blízko. Nic víc ať v tom nehledá. Pak paní ochotně souhlasila a říkala, že to tak nemyslela, ať se ptám na cokoli. Zpočátku navázání rozhovoru obtížnější vzhledem k častému pospávání, pak lepší nálada a ochota se zapojit do rozhovoru.

S paní S. kontakt navázán bez obtíží. Bylo ovšem nutné si vzhledem k únavě předem domluvit čas, kdy se za ní zastavím. Komunikační bariéry neshledávám. V oblasti smyslových funkcí – sluch a zrak přiměřený věku (pouze brýle na čtení).

Emocionálně se jeví spíše jako stabilnější osobnost, dobře se ovládající, alespoň z mého pozorování.

(9, 10)

3.2 Ošetřovatelské diagnózy

31. 3. 2008

1. Strach a úzkost z důvodu obavy o budoucnost, řady vyšetření, projevující se ustaraností, nervozitou a častým dotazováním na svůj zdravotní stav.

31. 3. 2008

2. Bolest (píchnutá) z důvodu drenáže, projevující se obavou z rychlého pohybu a hlubokého nádechu.

31. 3. 2008

3. Únava způsobena základním onemocněním, projevující se nedostatkem energie, poleháváním, spánkem během dne a potřebou delšího času při hygieně a sebeděči.

31. 3. 2008

4. Porucha výživy z důvodu základního onemocnění a neschopnosti vstřebat dostatek živin, projevující se úbytkem hmotnosti.

31. 3. 2008

5. Svědění kůže (v oblasti břicha) z důvodu zvýšené koncentrace konjugovaného bilirubinu a žlučových kyselin v krvi, projevující se škrábáním kůže.

31. 3. 2008

6. Riziko hypoglykémie v souvislosti s aplikací inzulínu.

31. 3. 2008

7. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené drenáže.

31. 3. 2008

8. Riziko poruchy výměny plynů, z důvodu nedostatečného povrchového dýchání (bolestivost v okolí vstupu drenáže).

(2, 9, 10, 11, 12)

3.3 Ošetrovatelské cíle, plány, realizace a hodnocení

3.3.1 Strach a úzkost z důvodu obavy o budoucnost, řady vyšetření, projevující se ustaraností, nervozitou a častým dotazováním na svůj zdravotní stav.

Cíl:

- Pacientka si uvědomuje podstatu strachu
- Pacientka udává zmírnění úzkosti

Ošetrovatelské intervence:

- Promluvit s pacientkou o jejím strachu a úzkosti
- Informovat pacientku o vyšetřeních
- Vytvořit vstřícný a důvěryhodný vztah
- Navštěvovat pacientku častěji a aktivně se dotazovat na zlepšení / zhoršení strachu, úzkosti
- Aktivně naslouchat pacientce
- Povzbuzovat pacientku

Realizace:

Za paní S. jsem docházela velmi často. Po krátké chvilce se pacientka rozpovídala. Pečlivě jsem naslouchala vypravování o rodině. Zaměřila jsem se na rodinu, povzbudila ji v tom, že má doma dostatek pomocníků, a tudíž manžel není a nebude doma sám (děti, vnoučata).

Pacientce jsem vysvětlila převod drenáže, na který se dívala velmi pesimisticky.

Hodnocení:

Pacientka si uvědomila neadekvátní podstatu strachu o manžela, který si sám umí dobře poradit a umí se o sebe postarat. Sama pacientka udává zmírnění úzkosti.

(2, 9, 10, 11, 12)

3.3.2 Bolest (píchavá) z důvodu drenáže, projevující se obavou z rychlého pohybu a hlubokého nádechu.

Cíl:

- Pacientka udává zmírnění bolesti

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnotit typ a stupeň bolesti (analgetický list)
- Informovat pacientku o dostupné analgetické terapii
- Analgetika dle ordinace lékaře
- Pravidelně se dotazovat na stupeň bolesti (úlevu)
- Zajistit vhodnou polohu (proti bolesti, otlakům)
- Napolohovat lůžko dle potřeb pacientky
- Poučit pacientku o otáčení, zvedání (vzhledem k drenáži – sběrný sáček zavěšen na lůžku)

Realizace:

Zhodnotila jsem typ a stupeň bolesti. Pacientka udávala střední až silnou bolest. Bolest (od 29. 3. 2008 do 1. 4. 2008) byla lokalizovaná na pravé straně hrudníku, píchavá a vázaná na pohyb. Dne 1.4. 2008 byl zaveden analgetický list (viz příloha č. 4), analgetika (dle potřeby) však pacientka do této doby nežádá. Prvně si o analgetika sama říká až 2. 4. 2008 (100 ml FR + 1 ampule Algifenu). Po infuzi pacientka udává absolutní ústup bolesti. Po převodu drenáže dne 3.4. 2008 udává vymizení píchavé bolesti, bolí už jen rána po vstupu drénu. Zajistila jsem vhodnou polohu na klasickém polohovatelném lůžku. Poučila jsem pacientku o zvedání z lůžka a zejména jsem upozornila na sběrný sáček na lůžku (aby na něj nezapomněla a nevytáhla si tak drenáž).

Hodnocení:

Pacientka udává vymizení bolesti po infuzi.

(2, 3, 9, 10, 11, 12)

3.3.3 Únava způsobena základním onemocněním, projevující se nedostatkem energie, poleháváním, spánkem během dne a delšího času při hygieně a sebeděči.

Cíl:

- Pacientka spí minimálně 6 hodin nočního spánku
- Pacientka udává postupné snižování únavy
- Základní potřeby v oblasti hygieny satureovány

Ošetřovatelské intervence:

- Léčit základní onemocnění
- Zajistit dostatek nočního spánku
- Eliminovat rušivé faktory
- Zajistit možnost odpočinku i přes den
- Zajistit dostatečný příjem tekutin a živin
- Vytvořit příjemné prostředí (klid, vyvětrat, upravit lůžko)
- Změřit a zhodnotit úroveň sebeděče
- Podporovat pacientku v aktivitách sebeděče
- Zajistit pomůcky, prostředí, aby pacientka zvládla vše sama
- Respektovat přání v oblasti hygieny (vše si chce udělat sama)
- Chválit pacientku

Realizace:

Pacientce byl zajištěn klid po večeři, bylo jí upraveno lůžko, vyvětráno. Každé ráno pacientka říkala, že spala celou noc. Na oddělení je prý klid. Přes den měla pacientka klid po ranní vizitě a snídani až do oběda. Dostatek tekutin měla po celou dobu hospitalizace na stolečku u lůžka. Provedla jsem Barthelův test ADL - **90b. – lehká závislost** (Příloha č. 2). Zajistila jsem pacientce vlídný přístup, klid a soukromí v době ranní hygieny. Poskytla jsem na pokoj hygienické pomůcky. Opakovaně jsem chtěla být ujištěna, že pacientka opravdu nepotřebuje pomoc.

Hodnocení:

V noci pacientka spí klidně celou noc. První dva dny byla únava i přes den (polehávání, pospávání). Od třetího dne je viditelný lehký pokles únavy. Pacientka je komunikativnější a

začíná se zajímat o četbu románů. Celý den už nepolehává, ale také tráví čas na pokoji v křesle pro kardiaky. Z mírného poklesu únavy má pacientka viditelnou radost.

Pacientka si sama saturovala potřeby v oblasti hygieny.

(2, 3, 9, 10, 11, 12)

3.3.4 Porucha výživy z důvodu základního onemocnění a neschopnosti vstřebat dostatek živin, projevující se úbytkem hmotnosti.

Cíl:

- Pacientka neztratí více jak 2 kilogramy za týden

Ošetrovatelské intervence:

- Zajistit dostatečný příjem živin v době, kdy pacientka nemusí lačnit
- V době lačnění zajistit vhodnou parenterální výživu (glukóza)
- Vyhnout se pokrmům, které pacientka špatně snáší
- Dodržovat diabetickou dietu s omezením tuků
- Pravidelně kontrolovat váhu pacientky (1x za 2 dny)
- Poskytnout pacientce informace o individuálních nutričních potřebách
- Zajistit brožury s návodem na vhodnou stravu (diabetická dieta s omezením tuků)
- Kontaktovat nutričního terapeuta

Realizace:

S pacientkou jsem si promluvila o vhodné dietě. Dala jsem jí leták se stravou vhodnou pro diabetiky a zároveň s onemocněním žlučových cest. Pacientka již byla ošetřující lékařkou poučena o nutnosti dodržování nových dietních opatření a sama říkala, že některá opatření dodržovala již dříve vzhledem k cholecystolithiase od roku 4/2006. V době lačnění (před vyšetřením) byla u pacientky zajištěna parenterální výživa (5 % glukóza s HMR). Pacientku jsem vážila 1x za 2 dny. Nutriční terapeutka za pacientkou byla na oddělení a domluvily se na dalších postupech (zajištění vhodných doplňků stravy- Nutridrinky...).

Hodnocení:

Pacientka za 4 dny mého ošetřování zhubla 1,5 kg vzhledem k častému lačnění. Myslím si, že více kilogramů by již neztratila, protože již nebyly v plánu další vyšetření a paní se vrátila po převodu drenáže opět chuť k jídlu.

(2, 3, 9, 10, 11, 12)

3.3.5 Svědění kůže (v oblasti břicha) z důvodu zvýšené koncentrace konjugovaného bilirubinu a žlučových kyselin v krvi, projevující se škrábáním kůže.

Cíl:

- Pacientka chápe příčinu svědění kůže
- Kůže je neporušená
- Pacientka udává zmírnění potíží (svědění)

Ošetřovatelské intervence:

- Vysvětlit pacientce důvod svědění (obstrukční ikterus)
- Odpovědět na dotazy, které pacientku zajímají
- Sledovat charakter a intenzitu svědění
- Poučit pacientku o rizicích při poškození kůže
- Při výrazných potížích přikládat chladivé obklady

Realizace:

S pacientkou jsem si promluvila o vzniku svědění. Vysvětlila jí, že za to může obstrukce žlučových cest. Kvůli obstrukci, že má též zavedenou drenáž a díky ní, že by také měla pocítit úlevu. Dále jsem ji poučila, že by si kůži neměla škrábat (možný vstup infekce). Tázala jsme se na lokalizaci a intenzitu svědění. Již třetí den mého (2. 4. 2008) ošetřování pacientka udávala výrazné zlepšení potíží.

Hodnocení:

Pacientka pochopila příčinu svědění a dávala pozor, aby si kůži nepoškodila. Kůže po celou dobu zůstala neporušená. Ke zmírnění pocitů svědění dochází dne 2. 4. 2008, lehce ustupuje i ikterické zbarvení kůže a sklér.

(2, 9, 10, 11, 12)

3.3.6 Riziko hypoglykémie v souvislosti s aplikací inzulínu.

Cíl:

- Pacientka zná příznaky hypoglykémie
- Pacientka spolupracuje při sebesledování a včas alarmuje případné projevy komplikací

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistit rozsah znalostí o příznacích hypoglykémie a případných komplikacích
- Sledovat hladinu glykémie, hmotnost, ptát se po projevech hypoglykémie
- Podávat léky dle ordinace lékaře
- Dbát na pravidelné podávání stravy, sledovat množství požitých potravin
- Kontaktovat častěji pacientku

Realizace:

Zjistila jsem, jaké má pacientka znalosti o hypoglykémii a jejích komplikacích. O těchto potížích měla značné informace, neboť byla již mnohokrát dříve poučena svým diabetologem (DM od roku 2002). Glykémie byla pravidelně měřena 4x/denně a zapisována do glykemického protokolu. V případě potřeby (lačnění, kontrola po vyšetření...) byla měřena kdykoli. Inzulín byl aplikován dle ordinací lékaře. Inzulín jsem aplikovala v návaznosti na jídlo a v případě lačnění byla podaná G 5%. Ptala jsem se pacientky jak se cítí.

Hodnocení:

Pacientka znala příznaky hypoglykémie. Dobře spolupracovala při sledování vlastního stavu.

(2, 9, 11, 11, 12)

3.3.7 Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené drenáže.

Cíl:

- Pacientka bez známek infekce
- Okolí drenáže klidné

Ošetřovatelské intervence:

- Pravidelně kontrolovat místo zavedení (alespoň 1x denně)
- Pravidelně převazovat vhodným obvazovým materiálem
- Dodržovat aseptické zásady při manipulaci

- Včas diagnostikovat známky infekce v místě zavedení
- Sledovat systémové infekce (horečka, třesavka)
- Kontrola glykémie (vzhledem k hojení ran)

Realizace:

Místo zavedení jsem pravidelně kontrolovala a postupovala asepticky. Převažky jsem prováděla 1x/denně, a to vždy ráno po hygieně. Místo jsem očistila Betadinem, osušila, přiložila sterilní čtverce a přelepila (Omnifix). Dopoledne dne 31.3. 2008 byl drén zašitípnut (hlídal se vzestup hladiny bilirubinu a jaterních enzymů). Výsledky byly dobré, byl možný převod drenáže (dne 3. 4. 2008).

Hodnocení:

Od zavedení drénu (28. 3. 2008) do převodu drenáže (3. 4. 2008) byl vstup klidný a bez známek infekce.

(2, 9, 11, 11, 12)

3.3.8 Riziko poruchy výměny plynů z důvodu nedostatečného povrchového dýchání (bolestivost v okolí vstupu drenáže).

Cíl:

- Zajistit dostatečnou saturaci

Ošetřovatelské intervence:

- Poučit pacientku o nutnosti dostatečného dýchání
- Všimát si frekvence a hloubky dýchání
- Sledovat stav okysličení pomocí pulzního oxymetru
- Zdvihnout podhlavní část lůžka
- Zajistit dostatek čerstvého vzduchu na pokoji (otevřít okno)
- V případě nedostatečného okysličení zajistit mikronebulizaci

Realizace:

Poučila jsem pacientku o nutnosti dostatečného okysličení organismu. Zdvihla jsem podhlavní část lůžka a vyvětrala na pokoji. Pravidelně jsem kontrolovala počet a hloubku dechů.

Hodnocení:

Za dobu mého ošetřování nebylo nutné nasadit mikronebulizaci. Saturace se po celou dobu pohybovala mezi 95 – 100 %.

(2, 9, 10, 11, 12)

3.4 Edukace

Je velmi důležité a nutné poučit pacientku o nové a hlavně náročné životní situaci, o změnách, které bude muset dodržovat.

Na prvním místě jde o dodržování vhodné diety. Dieta, ve které nejsou omezeny jen cukry, ale zároveň i tuky. Jíst po menších porcích, ale častěji. Zajistit dostatečný přísun bílkovin, konzumovat libová masa, ryby. Vzhledem k tomu, že pacientka neměla potíže s dodržováním již zmiňované diabetické diety, myslím si, že dietu s omezením tuků zvládne bez potíží.

Dále je nezbytné naučit pacientku aplikovat podkožně inzulín. Dosud na injekční aplikaci nebyla zvyklá (užívala PAD) a je proto nutné vysvětlit a ukázat zásady aplikace. Též se musíme zmínit o hypoglykémii v souvislosti s aplikací inzulínu. Pacientka musí vědět, že je důležité a nutné si aplikovat inzulín v návaznosti na jídlo. Při lačnění si inzulín neaplikovat, či si hlídat v průběhu dne hladiny glykémie.

Co se týče zmiňovaných potíží se žlučovými cestami, musí pacientka vědět, co by jí v domácím ošetřování mohlo zaskočit. Tímto myslím infekce v oblasti žlučových cest (cholangitidy), které se projevují vysokými teplotami, třesavkou, ikterem, bolestí břicha a celkovou nevolností. Při jakýchkoli projevech je nutno zaléčení antibiotiky. Současně bude muset pravidelně docházet do gastroenterologických ambulancí na kontrolní odběry krve, ultrazvuková vyšetření a tak podobně.

Další hodně důležitou informací jsou takzvané ambulance bolesti. Vysvětlit pacientce, že jsou v dnešní době různé metody tišení bolesti a není nutné trpět. Ať už v podobě infuzí, tablet, kapek či třeba náplastí.

Edukace rodiny:

Rodina by měla být též poučena o nutnosti dodržování již zmíněné diety. Měli by pacientku podporovat v dodržování. Seznámit je se známkami hypoglykémie a poučit, co v takovém případě dělat. Zajistit literaturu, brožury, aby si vše doma mohli zopakovat.

Zmínit se o cholangitidách, které se projevují třesavkami a hlavně vysokými teplotami. Je nutné, aby tento stav nepodceňovali a při jmenovaných příznacích vyhledali s pacientkou lékařskou pomoc. Rozhodovat by měli oni, protože pacientka ve vysokých teplotách, nebude schopna reálného úsudku.

Apelovala bych zejména na rodinu s návštěvou ambulance bolesti. Pacientka již v nemocnici sama bolest hodně bagatelizuje, musí prý něco vydržet. Tišení bolesti je v tomto případě nutnou věcí. Tišení sice nevyřeší základní problém, ale umožní alespoň o trochu kvalitnější prožívání života.

V poslední řadě bych zmínila hospicovou péči. Vzhledem k tomu, že manželovi je již 70 let a děti jsou v produktivním věku a pracovně vytížení, je tato informace na místě. Poukázat na to, že hospicové zařízení je schopno zajistit vše potřebné (tišení bolesti, příchod lékaře, odběry krve...), což v domácím ošetření jednoduše nelze zvládnout. Se zhoršujícím se stavem a ubýváním síly je každá pomoc dobrá. V hospici může být manžel pacientce nablízku 24 hodin denně a při tom na péči o paní nebude sám, pomoc bude nablízku. Tuto možnost bych nepodceňovala, ač je v počátcích onemocnění těžké si něco takového připustit.

(1, 5, 10, 11)

3.5 Závěr a ošetrovatelská prognóza

S paní S. jsem kontakt navázala bez potíží, dá se říci, že jsem si ji velmi rychle získala na svoji stranu. Zpočátku byla paní velmi unavená a na rozhovor jsem si musela domluvit „termín“. První dny i přes únavu byla velmi ochotná ke spolupráci. Třetí den už zvládla i sezení v křesle pro kardiaky a pospávala už jen chvilkami. Únava pomalu, ale jistě odeznívala, z čehož měla paní radost a tím se jí i zlepšila nálada a chuť do života. Nebyl již tolik patrný ikterus, což bedlivě sledovala. Psychický stav na počátku hospitalizace nebyl nijak příznivý, ale po rozhovoru a prohlížení fotek rodiny se paní zklidnila. Upozornila jsem ji již po několikáté, že manžel není a nebude doma sám. Má kolem sebe děti, vnoučata. Třetí den se nálada začala zlepšovat. Čtvrtý den po převodu drenáže, byla viditelná obrovská úleva. Úleva z toho, že se výkon povedl, bolesti byly pryč a hlavně byla vidina návratu domů, i když jen na víkend.

Ošetrovatelská prognóza – Myslím si, že po návratu domů se paní mírně zklidní, bude ráda, že je s manželem. Její veliká snaha se zapojit zpět do normálního života, je obdivuhodná. Předpokládá, že se vše vrátí do normálu a ona bude opět plná síly a schopná se postarat o manžela. Vzhledem k dobrému rodinnému zázemí usuzuji, že se její stav na krátkou dobulepší, bude jistě samostatná při vykonávání běžných denních činností a odpočine si.

Vzhledem k základní diagnóze jsem ale bohužel velmi pesimistická. K diagnóze, o které vím své se ani jinak stavět nemohu. Dá se předpokládat, že tento „dobrý stav“ pomine a laická péče rodiny nebude již stačit a bude nutná odborná pomoc. Hospicovou péči bych nezavrhovala, ale myslím si, že rodina je hodně silná a drží pohromadě a tuto péči si nebude chtít vůbec připustit. V tomto případě by též mohla posloužit domácí péče. Ať při aplikaci analgetik popřípadě i inzulínu, obstarávání léků, hygienické péči či celkové pomoci rodině.

(1, 5, 9, 10, 11)

4 Zdroje údajů a literatura

1. KLENER, P. *Vnitřní lékařství* (druhý svazek). Praha: Galén, 2006 (1158 s.). ISBN 80-7262-431-8
2. MARILYNN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: GRADA Publishing, spol. s.r.o., 2001 (568 s.). ISBN 80-247-0242-8
3. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: NCONZO, 2004 (55 s.). ISBN 80-7013-323-6
4. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: GRADA Publishing, spol. s.r.o., 2006 (280 s.). ISBN 80-247-1148-6
5. ŠPIČÁK, J. *Onemocnění slinivky břišní*. Praha: Tritron, 2000 (95 s.). ISBN 80-7254-105-6
6. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCONZO, 2005 (186 s.). ISBN 80-7013-324-4
7. Dostupné na: <http://nobel.sk> (Oficiální databáza liekov) - ze dne 6. 5. 2008
8. Dostupné na: <http://www.sukl.cz> (Státní ústav pro kontrolu léčiv) - ze dne 6. 5. 2008
9. Pacientka - pozorování
10. Pacientka - rozhovor
10. Zdravotnická dokumentace
11. Zdravotnický personál

5 Seznam použitých zkratk

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
Amp.	ampule
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	index tělesné hmotnosti (body mass index)
CA 125	nádorový marker
CA 19 - 9	nádorový marker
CEA	karcinoembryonální antigen
CMP	centrální mozková příhoda
CT	počítačová tomografie (computerized tomography)
D	dech
dg.	diagnóza
Diff.	diferenciální
DM	diabetes mellitus
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
Ery	erythrocyty (červené krvinky)
FF	fyziologické funkce
fl	femtolitr
FR	fyziologický roztok
FW	Fahraeusova - Westergrenova sedimentace erytrocytů
G	glukóza
Hb	hemoglobin
HMR	druh inzulínu
HTC	hematokrit (poměr červených krvinek k plazmě)
CHCE	cholecystektomie
i.v.	intravenózní
INR	mezinárodní normalizovaný poměr
KCl	Kalium chloratum
Leu	leukocyty (bílé krvinky)
mg	miligram

min.	minimálně
ml.	mililitr
např.	například
PAD	perorální antidiabetika
PŽK	periferní žilní katetr
QUICK	protrombinový čas
RTG	rentgen
SONO	sonografie
tbl.	tableta
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USG	ultrasonografie
vyš.	vyšetření
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

6 Přílohy

1. Seznam léčiv
2. Barthelův test základních všedních činností ADL
3. Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)
4. Analgetický list
5. Vstupní ošetřovatelský záznam
6. Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1:

Seznam léčiv

Micardis 40 mg

Složení: Telmisartanum 40 mg/1 tbl.

Skupina: Antihypertenzivum (antagonista receptoru angiotenzínu II)

Indikace: Léčba vysokého krevního tlaku (esenciální hypertenze)

Nežádoucí účinky: Bolesti břicha, zad, křeče v nohách, dyspepsie, průjemy, bolesti svalů, kožní problémy, závratě

Cynt 0,2 mg

Složení: Moxonidinum 0,2 mg/1 tbl.

Skupina: Antihypertenzivum

Indikace: Snížení krevního tlaku

Nežádoucí účinky: Bolesti hlavy, sucho v ústech, celková slabost, závratě a ospalost, zažívací obtíže, poruchy spánku

Anopyrin 100 mg

Složení: Acidum acetylsalicylicum 100 mg/1 tbl.

Skupina: Antiagregancium (tlumí shlukování trombocytů)

Indikace: Nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu, po centrálních mozkových příhodách, po operacích

Nežádoucí účinky: Bolesti žaludku, průjemy, zvracení, nevolnost, krvácení ze žaludečních vředů, závratě, hučení v uších, hypoglykémie

Neurol 0,25 mg

Složení: Alprazolamum 0,25 mg/1 tbl.

Skupina: Anxiolyticum, antidepressivum

Indikace: Úzkostné neurózy, deprese, úzkostné stavy při onemocněních, záchvaty paniky, fobie, nespavost

Nežádoucí účinky: Nespavost, únavnost, bolesti hlavy, závratě, poruchy koordinace, neostré vidění, zvýšená či snížená chuť k jídlu, zácpa nebo průjem, poruchy mikce, kožní alergie, poruchy paměti, halucinace

KCl 500 mg

Složení: Chlorid draselný 500 mg/ 1 tbl.

Skupina: Minerální látka

Indikace: Prevence a úprava hypokalémie (po zvracení, průjmech), při léčbě kortikosteroidy

Nežádoucí účinky: Zřídka nausea, zvracení, průjem, bolesti břicha

Concor 5 mg

Složení: Bisoprololi fumaras 5 mg/1 tbl.

Skupina: Kardiacum

Indikace: Léčba srdeční slabosti

Nežádoucí účinky: Únava, hypotenze, tachykardie, malátnost, dyspnoe, pneumonie, virové infekce

Mesocain 1 %

Složení: Trimecaini hydrochloridum 10 mg v 1 ml

Skupina: Lokální anestetikum

Indikace: Lokální anestezie, profylaxe a terapie komorových arytmií

Nežádoucí účinky: Alergická reakce, kožní projevy

Dolsin 100 mg

Složení: Pethidini hydrochloridum 100 mg ve 2 ml

Skupina: Analgetikum, anodynum

Indikace: Premedikace, tlumení bolesti

Nežádoucí účinky: Nausea, zvracení, desorientovanost, halucinace

Diazepam 5 mg i.v

Složení: Diazepamum 5 mg v 1 ml

Skupina: Anxiolyticum

Indikace: Úzkostné stavy, premedikace před chirurgickými a diagnostickými zákroky

Nežádoucí účinky: Únava, somnolence, závratě, desorientace, bolesti hlavy

Buscopan 20mg i.v

Složení: Butylscopolaminii bromidum 20 mg v 1 ml

Skupina: Spazmolytikum

Indikace: Žlučnickové a močové křeče, spastická dysmenorea

Nežádoucí účinky: Suchost v ústech, rozostřené vidění, pokles TK

Lidocain spray 10 %

Složení: lidocaini hydrochloridum

Skupina: Lokální anestetikum

Indikace: Lokální anestezie

Nežádoucí účinky: Alergická reakce, kožní projevy

Fyziologický roztok

Složení: Natrii chloratum

Skupina: Isotonický roztok

Indikace: Náhrada sodíkových a chloridových solí a tekutin

Nežádoucí účinky: Hypervolémie, zánětlivá reakce v místě podání

Glukóza 5 %

Složení: Glukozum monohydricum, aqua pro iniectiōne

Skupina: Infundabilium

Indikace: Doplnění tekutin, cukrů, hypoglykémie, ketoacidóza, šok, intoxikace

Nežádoucí účinky: Hypervolémie, hyperglykémie, glykosurie, lokální dráždění cévní stěny v místě aplikace

KCL 7,46 %

Složení: Kalii chloridum

Skupina: Náhrada minerálních látek

Indikace: Prevence a léčba hypokalémie, doplněk při podávání diuretik, zvracení

Nežádoucí účinky: Hyperkalémie, únavnost, svalová slabost, arytmie, parestézie končetin

Algifen

Složení: Metamizolum natriicum

Skupina: Spasmolytikum, analgeticum

Indikace: Spastické bolesti hladkého svalstva, dysmenorea, migrény, bolesti zubů

Nežádoucí účinky: Alergické kožní reakce, sucho v ústech, zácpa, nevolnost

HMR

Složení: Insulinum humanum biosyntheticum

Skupina: Antidiabetikum

Indikace: Léčba diabetu mellitu I., II. typu. DM v graviditě

Nežádoucí účinky: Hypoglykémie, zčervenání a svědění v místě vpichu, ztvrdnutí kůže v místě vpichu

Actrapid

Složení: Insulinum humanum biosyntheticum

Skupina: Krátkodobě působící inzulin

Indikace: Léčba diabetu mellitu, nemoci pankreatu

Nežádoucí účinky: Hypoglykémie, zčervenání a svědění v místě vpichu, ztvrdnutí kůže v místě vpichu

Insulatard

Složení: Insulinum humanum biosyntheticum

Skupina: Dlouhodobě působící inzulin

Indikace: Léčba diabetu mellitu, nemoci pankreatu

Nežádoucí účinky: Hypoglykémie, zčervenání a svědění v místě vpichu, ztvrdnutí kůže v místě vpichu

Barthelův test základních všedních činností ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	<u>0</u>
6. kontinence stolice	plně kontinentní	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	<u>15</u>
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	<u>15</u>
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech: **lehká závislost**

Celkem bodů: **90 b.**

0 – 40 bodů vysoce závislý
45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů **lehká závislost**
100 bodů nezávislý

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)

<i>Věk</i>	<i>BMI</i>	<i>Ztráta hmotnosti</i>	<i>Jídlo za poslední 3 týdny</i>	<i>Projevy nemoci</i>	<i>Faktor stresu</i>	<i>Body</i>
do 65 let	20 - 35	žádná	beze změn množství	žádné	<u>žádný</u>	0
nad 65 let	18 – 20 nad 35	více než 3kg/ 3 měsíce	poloviční porce	bolesti břicha, nechutenství	<u>střední</u> chron.onem.,DM, menší a nekompl.chir. výkon	1
nad 70 let	pod 18	3 – 6 kg/ 3měsíce, volné šatstvo	jí občas / nejí	zvracení průjem nad 6x/den	<u>vysoký</u> ak.dekomp.onem. rozsáhlý chir.výk. poop.komplikace umělá plic.ventil. popáleniny,trauma krvácení do GIT hosp.na JIP, ARO	2
		více než 6kg/ 3 měsíce				3
1	0	3	2	1	2	<u>Celkem:</u> 9

Riziko malnutrice:

0 – 3 bodů - bez nutnosti intervence


4 – 7 bodů - nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta

8 bodů a více - malnutrice ohrožující život/průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční léčba

Příloha č. 4:

Identifikační štítek

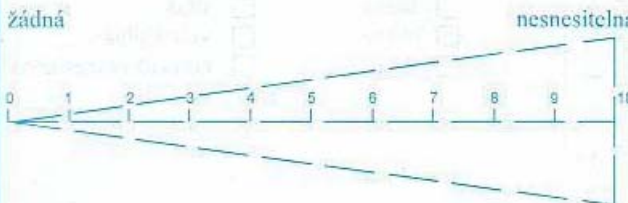
ANALGETICKÝ LIST



Datum hodnocení bolesti: (vstupní hodnocení) :

Stupnice bolesti (označ)

žádná nesnesitelná



Bolest, kterou cítím nyní (označ) :

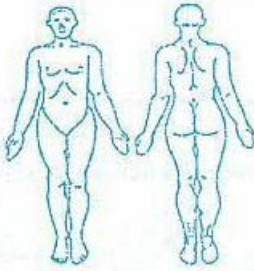
<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> mírná	<input type="checkbox"/> střední
<input type="checkbox"/> silná	<input type="checkbox"/> velmi silná	<input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná

Charakter bolesti (označ) :

<input type="checkbox"/> pálivá	<input type="checkbox"/> akutní
<input type="checkbox"/> bodavá	<input type="checkbox"/> chronická
<input type="checkbox"/> řezavá	<input type="checkbox"/> v klidu
<input type="checkbox"/> tupá	<input type="checkbox"/> při pohybu
<input type="checkbox"/> ostrá	
<input type="checkbox"/> pulsující	
<input type="checkbox"/> kolikovitá	
<input type="checkbox"/> tlaková	
<input type="checkbox"/> šíří se	

Lokalizace bolesti(označ) :

<input type="checkbox"/> hlava	<input type="checkbox"/> břicho
<input type="checkbox"/> krk	<input type="checkbox"/> horní končetina
<input type="checkbox"/> hrudník	<input type="checkbox"/> dolní končetina
<input type="checkbox"/> záda	<input type="checkbox"/> jiné místo



Spánek(označ) :

<input type="checkbox"/> bez poruchy
<input type="checkbox"/> rušen bolestí
<input type="checkbox"/> porucha usínání
<input type="checkbox"/> časté buzení <u>ne</u> bolesti

Psychický stav (jak se cítím) :

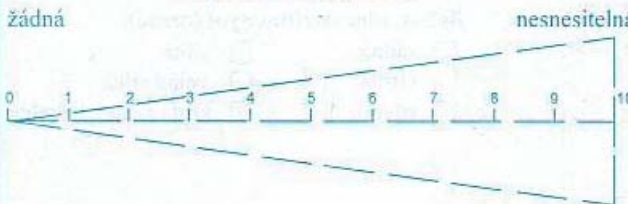
<input type="checkbox"/> únava	<input type="checkbox"/> osamělost
<input type="checkbox"/> deprese	<input type="checkbox"/> beznaděj
<input type="checkbox"/> bezmoc	<input type="checkbox"/> strach
<input type="checkbox"/> úzkost	<input type="checkbox"/> hněv
<input type="checkbox"/> smutek	<input type="checkbox"/> jiné pocity

Plán terapie bolesti dne:

Datum hodnocení bolesti:

Stupnice bolesti (označ)

žádná nesnesitelná



Bolest, kterou cítím nyní (označ):

<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> silná
<input type="checkbox"/> mírná	<input type="checkbox"/> velmi silná
<input type="checkbox"/> střední	<input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná

Plán terapie bolesti dne: