



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Jiří Hrbáček**

**Ošetřování pacienta s karcinomem  
slinivky břišní**

*Nursing care of the patient with pancreatic  
carcinoma*

***Bakalářská práce***  
(případová studie)

Praha, duben 2009

Autor práce: **Jiří Hrbáček**

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejková

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

**3. LF UK.**

Datum a rok obhajoby: 3. 9. 2009

## **Prohlášení**

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

V Praze dne 28. května 2009

Jiří Hrbáček

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval svým konzultantům MUDr. Jakubu Štefkovi a Mgr. Renatě Vytejkové za ochotu a vstřícnost při přípravě mé bakalářské práce.

# Obsah

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>2. KLINICKÁ ČÁST.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Charakteristika onemocnění .....</b>	<b>8</b>
2.1.2 Všeobecné informace.....	8
2.1.2 Anatomicko-fyziologický úvod.....	8
2.1.4 Patologie.....	12
2.1.5 Etiologie a rizikové faktory.....	13
2.1.6 Nádory.....	15
2.1.7 Obecná patologie nádorového růstu.....	17
2.1.8 Klasifikace nádorů.....	20
2.1.9 Klinický obraz.....	22
2.1.10 Diagnostika a vyšetření.....	24
2.1.11 Terapie.....	27
2.1.12 Shrnutí.....	33
<b>2.2 Údaje o nemocném.....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Osobní údaje.....	34
2.2.2 Lékařská anamnéza.....	34
2.2.3 Nynější onemocnění.....	36
2.2.4 Stav při příjmu.....	36
2.2.5 Lékařské diagnózy.....	37
2.2.6 Souhrn vyšetření.....	38
2.2.7 Operační protokol.....	39
2.2.8 Průběh hospitalizace.....	40
2.2.9 Závěr klinické části.....	41
<b>3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</b>	<b>42</b>
3.1 Úvod.....	42
3.2 Ošetřovatelský proces.....	42
3.3. Ošetřovatelská anamnéza.....	45
3.3 Model funkčního zdraví M.G.....	47
3.4 Ošetřovatelské diagnózy.....	51
3.5 Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	59
3.6 Dlouhodobí ošetřovatelský plán.....	61
3.7 Psychologie nemocného.....	62
3.8 Edukace.....	66

<b>4. ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>75</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>76</b>

## **1. Úvod**

Téma své diplomové práce *ošetřování pacienta s karcinomem slinivky břišní* (dále pankreatu) jsem si vybral na základě stále větší incidence tohoto onemocnění v populaci. Nádory pankreatu jsou v ČR zhruba na 8. místě s téměř 1600 nových onemocnění ročně. To je pro představu asi 4% nově vznikajících nádorů ročně. Úmrtí na nádory pankreatu představují asi 5% všech nádorových úmrtí. Častěji se tímto onemocněním setkáváme u mužů v poměru (3:1). Více než 2/3 nově vzniklých onemocnění se vyskytuje po 65 roce věku.

V klinické části své práce se snažím objasnit anatomicko-patologickou podstatu onemocnění, etiologii, možnosti léčby a s tím spojenou prognózu nemocných. Uvádím zde i důležité metody vyšetření a různé druhy diagnostických metod. Je možné zde nalézt i grafické přílohy pro snadnější orientaci v problematice tohoto onemocnění.

Ošetrovatelská část mé práce obsahuje Informace o nemocném. Metody a postupy ošetrovatelského procesu. Hodnocení pacienta podle modelu Marjory Gordonové, který mi posloužil k vyhledávání potřeb u nemocné pacientky. Dále je zde uvedeno několik ošetrovatelských diagnóz, které jsou sestavené k 4 dni hospitalizace.

Celou svou bakalářskou práci uzavírám seznamem použité literatury a přílohami, kterými dokumentuji popisovaný stav pacientky. Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie.

## **2. KLINICKÁ ČÁST**

### **2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ**

#### **2.1.2 VŠEOBECNÉ INFORMACE**

Karcinom pankreatu (adenokarcinom) je chorobou zřídka vyléčitelnou. Největší šance na vyléčení existuje tehdy, kdy je nádor lokalizován pouze v pankreatu. Toto stadium choroby je však zachyceno u méně než 20% případů a i u kompletně resekováných nádorů. Pětileté přežití je asi u 5% pacientů. U nádorů menších než 2cm bez metastáz do lymfatických uzlin a bez prorůstání přes pouzdro pankreatu činí pětileté přežití asi 20%. Bereme-li v úvahu pacienty se všemi stadii choroby, pak pětileté přežití je asi 1%, přičemž většina pacientů umírá již během jednoho roku. Symptomy choroby mohou záviset na lokalizaci nádoru pankreatu a rozsahu postižení. Paliativní chirurgická nebo radiologická dekomprese žlučových cest, gastro-entero-anastomoza a ovlivnění bolesti mohou zlepšit kvalitu života i když neovlivní délku přežití. Plné tři čtvrtiny případů zhoubných nádorů vzniká v hlavě slinivky břišní. (1 str. 1)

#### **2.1.3 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ PŘEHLED**

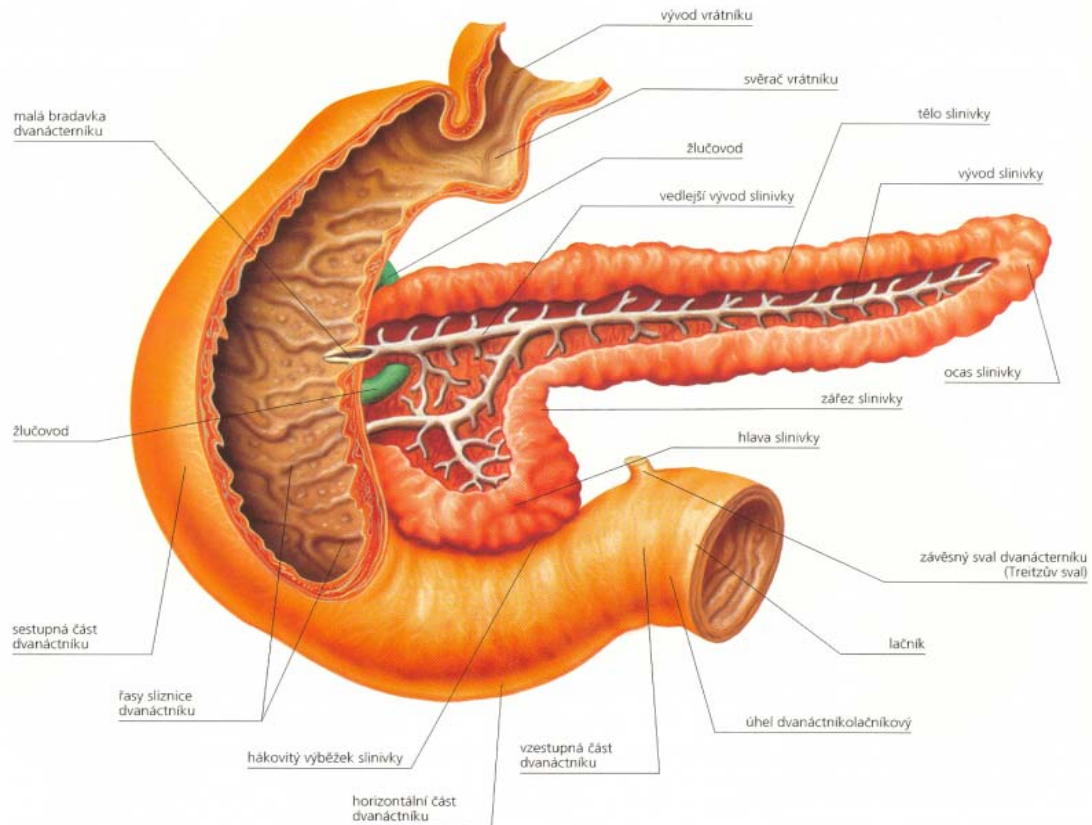
Slinivka břišní je žlázou se zevní sekrecí – exokrinní a vnitřní – endokrinní sekrecí. Je uložena na zadní stěně břišní zhruba v mezenterické oblasti. Rozlišujeme na ni hlavu – caput, tělo – corpus a ocas – cauda pancreatis. Pankreas je orgánem pro život zcela nezbytným. Má v organismu různé druhy funkcí, které jsou pro fungování jedince zásadní. Při onemocnění, se tyto funkce jen obtížně substituují medikamentózními přípravky.

- **Caput pancreatis.** Hlava leží v konkavitě duodena, ke kterému je fixována vazivem. Hlava plynule přechází vlevo do užšího těla.
- **Corpus pancreatis.** Na průřezu je trojúhelníkového tvaru, má stranu přední, zadní a spodní.



- **Cauda pankreatis.** Je zúženým konce slivinky , který pokračuje vlevo a je fixován k hilu sleziny.

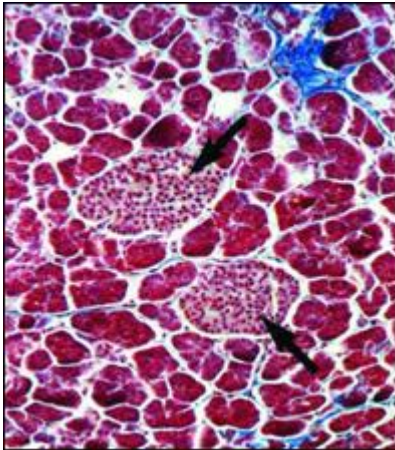
**obr. 1 anatomie pankreatu**



**Zdroj:** [http://www.gymspgs.cz:5050/bio/Sources/Photogallery\\_Detail.php?intSource=1&intImageId=90](http://www.gymspgs.cz:5050/bio/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageId=90)

**Exokrinní složka:** slivivka je tubuloalveolární žlázkou, připomínající svou stavbou příušní žlázu. Je členěna do větších lalůček, které se rozpadají na menší lalůčky – aciny. Tyto buňky produkují pankreatickou šťávu – **succus pancreaticus**. Šťáva obsahuje četné enzymy, které jsou důležité pro trávení tuků a bílkovin. Je odváděna z jednotlivých částí slivivky menšími vývody, které se spojují v hlavní vývod síly 3-4mm – **ductus pancreaticus major**. Ten probíhá v podélné ose pankreatu uvnitř parenchymu žlázy. V hlavě pankreatu se spojuje s hlavním žlučovodem – **ductus choledochus** a svým společným ústím se otevírají na papilla duodeni major v sestupné části duodena.

obr. 2 Langerhansovy ostrůvky



**Endokrinní složka:** je představována Langerhansovými ostrůvky. Ty jsou velikosti 0,5-1mm, dosahují počtu 1-2 milionů. Epitelové buňky těchto ostrůvků produkují **insulin** a **glukagon** které ovlivňují hladinu krevního cukru. Sekret buněk přechází přímo do bohaté sítě krevních a lymfatických kapilár. (3 str. 160)

Zdroj:<http://www.sci.muni.cz/ptacek/ORGANOLOGIE-a.htm>

**Inzulin:** Je hormon bílkovinné povahy, tvořený dvěma polypeptidovými řetězci spojenými disulfidickými můstky.

Jeho aktivní metabolit obsahuje zinek. Hlavní funkcí inzulinu je snížit glykémii a zvýšit utilizaci glukózy. Inzulin snižuje glykémii těmito způsoby:

- 1) Zvyšuje utilizaci glukózy (zvýšením propustnosti membrán).
- 2) Snižuje katabolizmus tuků a bílkovin.
- 3) Pomáhá transportu  $K^+$  do buněk.

Obr. 3 inzulin



Zdroj:<http://cs.wikipedia.org>

Sekrece inzulinu je řízena jednoduchou zpětnou vazbou. Kromě toho sekreci inzulinu zvyšuje stimulace vagu (neurogení stimulace), zvýšená sekrece inzulinu se projevuje snížením glykémie (**hypoglykemie**) ta pokud je neléčena vede k bezvědomí a smrti.

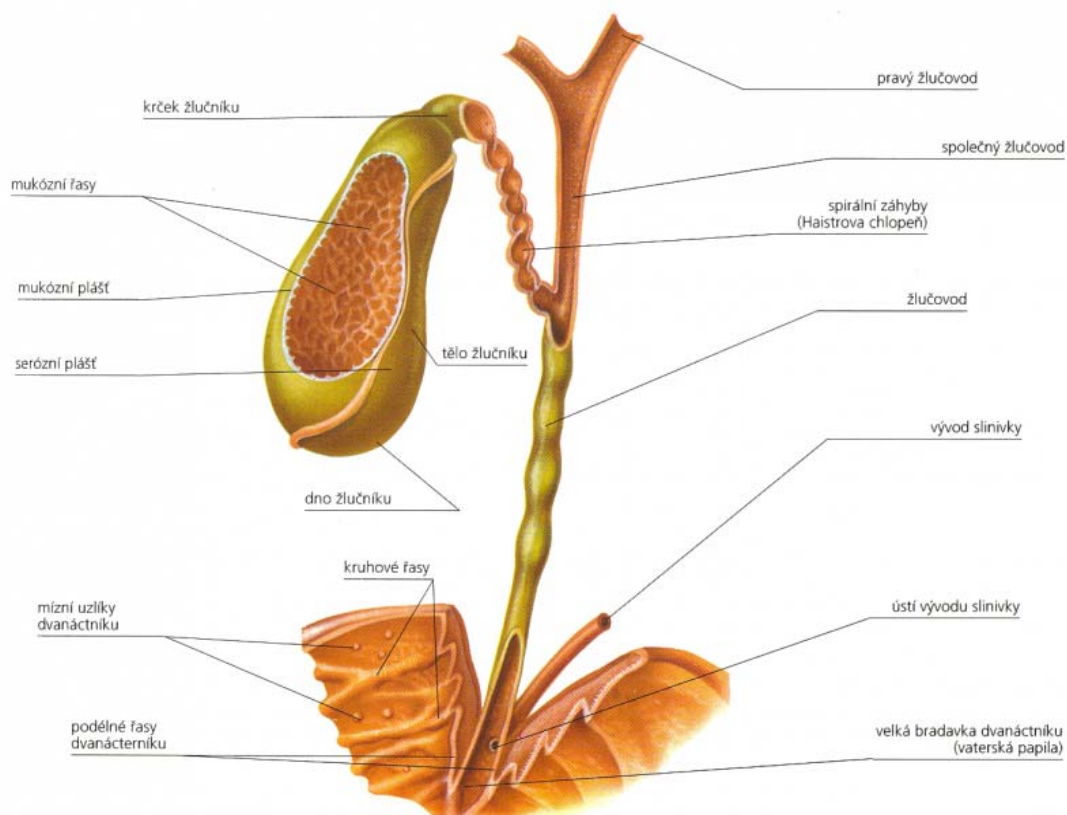
**Glukagon:** se tvoří v A-buňkách pankreatu. Jeho hlavní funkcí je zvyšování glykémie. To se děje následujícími způsoby:

- 1) Zvyšuje glykémii zvýšením glykogenolýzy v játrech (ne ve svalech).
- 2) Zvyšuje glukoneogenezi (tvorbu glukózy z glycerolu a aminokyselin).
- 3) Zvyšuje sekreci inzulínu.

Orgán, který má se slinivkou břišní mimo jiné i společné ústí do duodena se nazývá **žlučník (*vesica fellea*)** žlučník skladuje látky potřebné pro natrávení a vstřebávání tuků - *žlučové kyseliny*. Tyto látky se ještě s dalšími složkami žluči dostávají do žlučníku z jater, kde vznikají. Ve žlučníku se jaterní žluč zahušťuje a podle potřeby se vydává do duodena. Za 24hodin vznikne 500 až 600 ml žluči. Primární žluč se secernuje z hepatocytů do žlučových kanálků a odtud odtéká žlučovody až do pravého a levého žlučovodu (*ductus hepaticus dexter et sinister*).

Žlučník je přirozeným rezervoárem žluči. Žluč se v něm skladuje zhruba v tomto složení: bilirubin, lecitin, cholesterol, žlučové kyseliny, vody, ionty a těžké kovy. pH je 7,1-7,3. V odpovědi na vhodný podnět, jimž může být uvolnění cholecystokinínu (CCK) nebo stimulace vagu, se žluč dostává postupně peristaltikou žlučovodů (*ductus choledochus*) do duodena, kde ústí vedle vývodu z pankreatu na *papilla Vateri*. Žlučové kyseliny mají funkci: vylučují zbytky cholesterolu z organismu, účast na emulgaci a tvorbě micel při střebávání tuků ve střevě a indukci sekrece oběhem. (10 str. 140,141)

**Obr. 4 žlučník a žlučové cesty**



**Zdroj:** [http://www.gymspgs.cz:5050/bio/Sources/Textbook\\_Textbook.php?intSectionId=52300](http://www.gymspgs.cz:5050/bio/Sources/Textbook_Textbook.php?intSectionId=52300)

## **2.1.4 PATOLOGIE**

Nádory jsou skupinou více vzájemně souvisejících onemocnění. Všechny nádory mají svůj počátek v buňkách, což jsou základní jednotky tělesného života. Ty vytvářejí tkáň a tkáň zase tělesné orgány. Normálně buňky rostou a dělí se a tak vznikají nové buňky. Jak buňky stárnou a umírají, tyto nové buňky je nahrazují.

Může se ale stát, že tento uspořádaný proces selže. Začnou se vytvářet nové buňky, které organizmus nepotřebuje, nebo starší buňky přestávají v pravý čas zanikat. Tyto nadbytečné buňky pak vytvářejí hmotu tkáně, která se nazývá nádor. Nádory mohou být **benigní nebo maligní**.

**Benigní nádory** nejsou zhoubné. To znamená, že tento nádor po odstranění se již většinou nevrací. Buňky z tohoto nádoru se nešíří do okolních tkání a do dalších částí těla. Tyto nádory zpravidla nepředstavují ohrožení života.

**Maligní nádory** jsou zhoubné. Jsou obvykle více závažné a představují ohrožení života. Nádorové buňky pronikají a poškozují sousedící tkáně a orgány. Také se uvolňují z původního nádoru do krevního řečiště a mízního systému a těmito cévami se dostávají do dalších, i vzdálených orgánů, kde vytvářejí další nádorová ložiska. Tento proces se nazývá **metastazování** a nová nádorová ložiska v jiných částech těla se nazývají **metastázy**.

Nejčastěji můžeme toto šíření pozorovat v játrech, pobřišnici a plicích. Tato nová nádorová ložiska mají stejný typ nádorových buněk jako původní nádor. Například, když se karcinom slinivky rozšíří do jater, nádorové buňky v játrech jsou buňkami karcinomu slinivky břišní. Toto **onemocnění se pak musí léčit stejně** jako **karcinom slinivky** a ne jako nádor jater. Podrobnější popis a druhy šíření metastatických ložisek nalezneme níže v kapitole 2.1.6 růst a šíření nádorů. (3 str. 3)

## **2.1.5 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY**

Nikdo neví přesnou příčinu vzniku karcinomu slinivky. Lékař nemůže vysvětlit, proč jeden člověk dostane karcinom pankreatu a druhý ne. Je ale jisté, že toto onemocnění není přenosné. U 80% adenokarcinomů slinivky lze prokázat mutaci **k-ras onkogenu** a inaktivaci **supresorového genu p16, p53, DCP4**. (8 str. 151)

Nikdo nemůže dostat nádor od jiné osoby. Výzkum ukazuje, že lidé s určitými rizikovými faktory mohou dostat karcinom slinivky pravděpodobněji než jiní. Rizikové faktory tedy znamenají něco, co zvyšuje možnost vzniku onemocnění. U karcinomu slinivky studie zjistily tyto rizikové faktory:

- **věk** – pravděpodobnost vzniku karcinomu pankreatu stoupá s věkem. Většina těchto nádorů vzniká u lidí ve věku přes 60 let,
- **kouření** – u kuřáků cigaret je dvakrát až třikrát větší pravděpodobnost vzniku karcinomu slinivky než u nekuřáků,
- **cukrovka** – karcinom pankreatu je častější u lidí, kteří mají cukrovku,
- **mužské pohlaví** – karcinom pankreatu je diagnostikován častěji u mužů než u žen,
- **dědičnost** – riziko vzniku karcinomu pankreatu je třikrát vyšší u člověka, jehož matka, otec, sestra nebo bratr měli toto onemocnění. Také karcinom tlustého střeva a vaječníku u příbuzných představuje vyšší riziko pro vznik karcinomu slinivky břišní,
- **chronický zánět slinivky** – chronický zánět slinivky může zvyšovat riziko vzniku zhoubného nádoru ve slinivce. Dle dalších studií může mít vliv na vznik karcinomu slinivky přítomnost určitých chemikálií na pracovišti nebo dlouhodobý příjem potravy bohaté na tuky. (4 str. 4, 5)

## 2.1.6 NÁDORY

### **Pseudotumory:**

Definice: Pseudotumor je místně neregulovaný růst tkáně, který má autonomní povahu. Růst nádoru se vymkl z regulačních mechanismů. Patologické procesy, které růstem napodobují nádory, ale nemají neoplastickou povahu.

*Hyperplasie* a *hypertrofie* je zvětšení orgánu nebo tkáně, způsobené zvětšením počtu nebo velikosti buněk, rozlišujeme.

*Cysty* jsou dutiny, které mají vlastní epitelální výstelkou. Pseudocysty - dutiny bez výstelky (postmalatická pseudocysta mozku).

### **Prekancerozy, in situ Karcinomy:**

*Prekanceroza* je morfologická alterace tkáně, ve které vzniká nádor statisticky významně častěji než ve tkáni zdravé změna je často specifická pro danou lokalizaci, nádorová transformace je často dlouhodobý proces, zřetelně víceúrovňový a před vznikem nádoru předchází patologická změna tkáně.

Jednotlivé morfologické změny diagnostikované jako prekancerozy mají vývojovou dynamiku, různě vysoké riziko vzniku invazivního karcinomu. Riziko se vyjadřuje jako násobek zvýšení onkologické pravděpodobnosti vzniku ca ve specifikované populační skupině a v daném časovém intervalu proti jejímu zdravému prekancerozou nepostiženému populačnímu základu.

Karcinomy (in situ) jde o skupinu s nejvyšším rizikem vzniku invazivního karcinomu. Mikroskopicky se jedná o buněčné změny neodlišitelné od karcinomu.

## **Růst a šíření nádorů:**

Metastazování nádoru je definováno jako vytváření nových dceřiných ložisek nádoru v místech vzdálených od primárního tu.

Předpokladem metastazování je schopnost nádoru narušit okolní tkáň, tj. invazivní růst přes BM (buněčnou membránu) dosud neznáme přesnou biologicko-genetickou podstatu schopnosti metastazování - vytvoření „metastatického fenotypu“.

## **Typy metastazování nádorů:**

- ***Implantační metastázy*** se vyskytují v serózních a dalších preformovaných dutinách, např. na peritoneu, pleuře, perikardu, v likvorových a kloubních prostorech. Podobné je šíření ve vývodech epitelových orgánů, např. cestou bronchů, v dutině děložní, v močových cestách. Toto šíření nazýváme porogení.
- ***Lymfogenní metastázy*** vznikají při prorůstání nádoru do tkáňových štěrbin a jimi do lymfatických cév a do regionální LU. Po zničení první etáže LU (lymfatické uzliny) nádorovou metastázou je možnost šíření do dalších systému uzlin, event. do ductus thoracicus a do krve.
- ***Hematogenní metastázy*** vznikají při prostupu maligních buněk přímo do krve přes cévy v okolí nádoru. Většinou cestou žilních metastáz, méně často arteriálních metastáz.
- ***Systémové metastázy*** jsou metastázy v rámci systému postiženého primárním nádorem, např. metastázy kostních nádorů pouze do kostí.
- ***Histohomologní metastazování*** je rozsev nádoru do obdobných tkáňových struktur, jako je výchozí tkán, např. rozsev lymfomu do dalších uzlin.



- **Solitární metastáza** je jediné ložisko, klinické příznaky mohou být způsobeny metastázou dříve než primárním nádorem, např. malý ca plic a solitární metastáza v mozku.
- **Pozdní metastázy** jsou některé typy malignit charakteristické vznikem metastáz po dlouhé době (až několik let), např. maligní melanom.

## **2.1.7 OBECNÁ PATOLOGIE NÁDOROVÉHO RŮSTU**

### **Vztah nádoru a hostitele:**

Hormonální pozadí růstu nádorů se uplatňuje u hormonálně dependentních nádorů, kdy přítomnost hormonálních receptorů stimuluje růst některých nádorů, např. estrogeny u nádorů prsu a endometria.

Působení rostoucího nádoru na hostitele a místní nepříznivá lokalizace vytvářejí mechanický tlak např. tlak nádoru na mozek a míchu čímž vzniká tlaková atrofie.

paraneoplastické syndromy jsou různorodé klinické příznaky, které jsou způsobeny látkami **produkovanými maligními nádory**.

### **Histologické rozdělení nádorů:**

Histogenetická klasifikace vychází z morfologické podobnosti nádorových buněk a okolní tkáně klasifikace nádorů podle systému- WHO (Světová zdravotnická organizace)

Rozlišujeme následující skupiny nádorů podle histogenetické klasifikace: **epitelové, mesenchymové, neuroektodermové, z germinálních buněk, ostatní, smíšené.**

## **Nádory epitelové:**

Odvozují se od buněčného entodermu a ektodermu postihují epidermis, sliznice GIT, močový systém, oblast zevního a vnitřního genitálu, všechny vnitřní orgány s výjimkou sleziny rozlišujeme *benigní (papilom, adenom) a maligní (karcinom, adenokarcinom, karcinoid)*

## **Benigní epitelové nádory:**

**1. Papilom** z dlaždicového epitelu papilom podle typu růstu, existuje papilom evertovaný a invertovaný typ tohoto nádoru.

**2. Adenom** je benigní nádor ze žláзовého epitelu. Častý, v mnoha orgánech, např. GIT- střevo, žaludek, *pankreas*, štítná žláza, slinné žlázy, atd. morfologicky velmi pestrý.

## **Maligní epitelové nádory:**

### **1. Neinvazivní karcinom (in situ)**

maligní nádor, který vykazuje všechny cytologické známky malignity, ale neroste invazivně přes basální membránu. BM je intaktní - výborná prognóza.

### **2. Dlaždicobuněčný karcinom (spinocelulární)**

Postihuje epidermis, sliznici rtů, ústní sliznici, larynx, anální kanál, vaginu, děložní čípek.

### **3. Bazocelulární karcinom (bazaliom)**

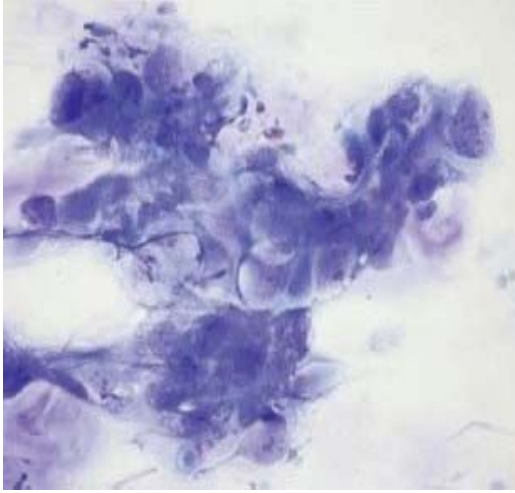
Velmi častý nádor, postihuje kůži, častěji- obličej, krk.

### **4. Adenokarcinom**

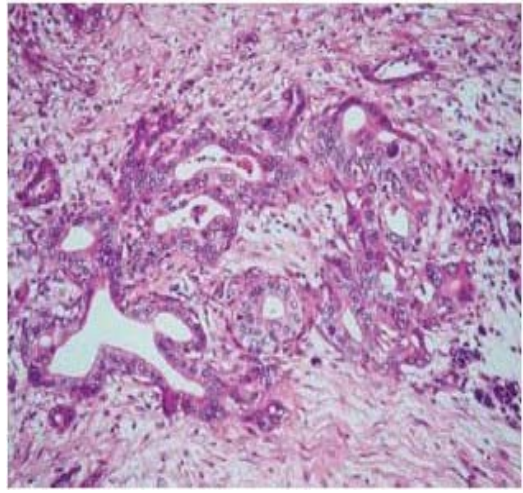
Maligní epiteliální nádor žláзовého původu, zpravidla hlenotvorba, dobře diferencované formy: tubulární, glandulární, struktury. Méně diferencovaný - difusní (disociovaný) karcinom (žaludek, žlučník, prs, atd, častý zejména v žaludku) produkují hlen, který se hromadí intracytoplasmaticky.

## Adenokarcinom pankreatu

obr. 5 Cytologický nález



obr. 6 Histologický nález



**Zdroj:**<http://www.csgh.info/detail.php?stat=322>

Je samozřejmé, že je ještě celá řada rozdělení a druhů nádorových buněk. Pro naše účely postačí výše uvedené fakta, jelikož nádory pankreatu jsou epitelového původu.

## 2.1.8 KLASIFIKACE NÁDORŮ

Snaha vytvořit systém klasifikace zhoubných nádorů, kterým by se docílilo jednoty v popisu anatomického rozsahu onemocnění. Vznikl jednotný klasifikační systém *TNM*. Ten popisuje relativně přesně **rozsah onemocnění** tzv. solidních nádorů. Užívá se závazně i v České republice.

Klasifikace zhoubných nádorů podle rozsahu onemocnění vznikala na základě poznatků o biologickém chování nádorů. Vychází z principu progresu. Přesný klinický popis rozsahu maligního nádoru a navazující histopatologická klasifikace slouží k následujícím cílům...

- Plánovat léčbu
- Stanovit prognózu onemocnění
- Vyhodnotit výsledky léčby
- Usnadnit výměnu informací mezi jednotlivými pracovišti
- Výzkumu zhoubných nádorů

### **Klinická klasifikace:**

**Staging** označuje anatomický rozsah nádoru a stadium rozvoje nádorové choroby (rozsah primárního nádoru, velikost a počet metastáz), staging provádí onkolog na základě vyšetření patologa univerzální systém stagingu je mezinárodní **TNM**...

**T - primární nádor.** K symbolu „T“ přiřazujeme čísla nebo symboly upřesňující rozsah anebo velikost primárního nádoru:

- **T0** – označuje zhoubné onemocnění bez průkazu primárního nádoru.
- **TX** - primární nádor nelze hodnotit
- **T1** - nádor omezen na pankreas, 2 cm nebo méně v největším rozměru
- **T2** - nádor omezen na pankreas, duodenum, žlučovod a peripankreatické tkáně větší než 2 cm.

- **T3** - nádor se šíří přímo do některé z následujících struktur: duodenum, žlučové cesty nebo peripankreatické tkáně, žaludku, sleziny a velkých cév.
- **T4** - nádor se šíří přímo. Nejvyšší stupeň invaze.
- **Tis** – označuje karcinom in situ – preinvazivní.

**N** – **regionální lymfatické uzliny**. Základním předpokladem je přesné určení spádové lymfatické oblasti pro určitou nádorovou lokalizaci.

- **N0** – regionální lymfatické uzliny bez metastáz.
- **N1,N2,N3** – určuje rozsah metastatického postižení regionálních uzlin.
- **NX** – používáme v případě, že nemůžeme nález v lymfatických uzlinách posoudit.

**M** – **vzdálené metastázy**.

- **M0** – užíváme pro popis absence vzdálených metastáz.
- **M1** – označujeme přítomnost vzdálených metastáz.
- **MX** – vyjadřuje skutečnost, že vzdálené metastázy nemůžeme posoudit.

**Grading** nádoru znamená stanovení stupně diferenciacie buněk a proliferační aktivity, jde o určení stupně malignity na základě histologického vyšetření, které provádí patolog.

- **G1** - dobře diferencovaný nádor
- **G2** - středně
- **G3** - málo
- **G4** - nediferencovaný (anaplastický) nádor.

Čím horší je diferenciacie, tím má nádor agresivnější chování a vyšší metastatický potenciál. Proliferační aktivita se stanovuje v histologických řezech určením procenta proliferujících buněk-imunohistochemicky, protilátky proti antigenům na buňkách v buněčném cyklu.

## 2.1.9 KLINICKÝ OBRAZ

Časná stadia karcinomu pankreatu jsou v drtivé většině asymptomatická. Při fyzikálním vyšetření lze u některých nemocných zjistit hmatný, nebolestivý žlučník (Curvoisierovo znamení), může být přítomen ascites, někdy jsou hmatné i nádorové masy. V pokročilých stádiích nádorů, je někdy hmatná tzv. metastatická Virchowova uzlina. (5 str. 429)

*První příznakem nádorů hlavy pankreatu je často hyperbilirubinémie* až klinický *ikterus* z přímého útlaku žlučovýchodů. Z patologického hlediska lze rozlišit 3 základní formy:

- **Prehepatální ikterus**
- **Hepatální ikterus**
- **Posthepatální ikterus**

Pro mojí případovou studii postačí zmínit pouze ikterus posthepatální (cholestatický, obstrukční, mechanický) Jedná se o nejčastější formu ikteru u onkologicky nemocných. Příčinou je porucha vylučování dobře konjugovaného bilirubinu do střeva, která je způsobena mechanickou obstrukcí.

Transport žluči může být postižen v kterékoliv úrovni od žlučového pólu hepatocytů až k Vaterově papile. (12 str. 145, 146)

**Bolest:** Expanzivní růst nádoru do retroperitonea bývá provázen krutými viscerálními bolestmi trvalého charakteru. Bolesti jsou nejčastěji způsobeny tlakem a prorůstáním nádoru do retropankreatických nervových pletení. Méně často bývá způsobena intraduktálním přetlakem při obstrukci ductus pancreaticus, někdy je doprovázena i sekundární akutní pankreatitidou. Bolesti jsou zpočátku neurčité, lokalizované v epigastriu, později zesilují, jsou stále "vrtavé" a kruté s propagací do zad. Často se zhoršují vleže na zádech a pacienti proto vyhledávají úlevovou polohu vsedě nebo v předklonu.

Pacienti i odborníci se shodují, že jde o bolest velmi intenzivního charakteru s hodnotou devíti bodů z deseti na měřicí škále. Ovlivnit tuto bolest farmakologicky jde jen částečně. Destrukce pankreatu nádorem se může projevit náhodně zachycenou hyperglykemií.

**Hubnutí:** není typickým, za to ale konstatním příznakem při pokročilém onemocnění. Je doprovázeno anorexií, někdy zvracením a strachem z postprandialních bolestí.

**Segmentální portální hypertenze:** není častým příznakem a vzniká na podkladě trombózy v. lienalis. Bývá provázena splenomegalií a projevy krvácení z jícnových varixů.

**Útlak duodena:** vede ke zvracení a špatnému vyprazňování žaludku. K úplné obstrukci duodena nedochází. Zde je nutno podotknout, že vysoké procento žaludečních evakuačních obtíží připadá na vrub postižení inervace žaludku při prorůstání nádoru do nervových pletení. Důkazem toho jsou nefunkční, technicky správně provedené, gastroentroustomósy indikované právě pro útlak duodena.

**Ascites:** doprovází pozdní stadia onemocnění spojené s disseminací v dutině břišní.

**Diabetes mellitus:** projevuje se nejčastěji jen ve formě porušené glukozové tolerance asi u 1/3 nemocných. U starých nemocných může být ve spojení s epigastrickou bolestí dlouho jediným příznakem i pokročilého onemocnění. (1 str. 9)

## **2.1.10 DIAGNOSTIKA A VYŠETŘENÍ**

### **Zobrazovací metody:**

Volba metod, respektive jejich pořadí je dáno do jisté míry charakterem obtíží. Zpravidla přichází pacient s různě vyjádřenou blokádou žlučových cest nebo bolestmi. V úvodu je vedle laboratorního skreeningu indikována sonografie a esofagogastroskopie. Je-li podezření na onemocnění pankreatu následuje CT a ERCP. Zůstává-li podezření nadále nastupují další popsané metody.

Jak již bylo zmíněno v úvodu, cílem vyšetřovacího postupu je stanovení diagnózy a stagingu onemocnění vzhledem k léčebnému procesu a ne využití všech dostupných vyšetřovacích metod (např. u starého sešlého ikterického nemocného s CT prokázanou velkou rezistencí v hlavě pankreatu a metastatickým postižením jater není nutné dále zkoumat lokální rozsah nádoru, ale je třeba se snažit o co nejrychlejší a nejšetrnější terapeutický zásah vedoucí k odstranění nebo alespoň zmírnění obtíží).

První diagnostické kroky obvykle směřují k objasnění symptomatologie přivádějícího nemocného k lékaři. Při bolestech v nadbříšku a nevolnosti s hubnutím je nezdíka prvním vyšetřením **ultrasonografie**. Sama o sobě, i přes veškerý pokrok v přístrojové technice, nemůže vést k diagnóze. Slouží k odhalení ložiska v pankreatu s nehomogenní, spíše hypodensní strukturou. V kombinaci s biopsií tenkou CHIBA jehlou může být úspěšná až v 80 % případů, ale bohužel jen u větších nádorů. Nezastupitelný význam sonografie je ve vyšetření žlučových cest a jater, kde ukazuje dilataci žlučových cest, případnou cholelitiázu či metastatické postižení. Též je možné posoudit stav v. portae a eventuelní ulzinové postižení v nadbříšku.

Při ikteru následuje po orientační ultrasonografii obvykle **ERCP**. Je další základní vyšetřovací metodou, kterou už řadíme mezi invazivní metody. Cestou ERCP dostáváme nejen obraz žlučových cest a d. pancreaticus, ale můžeme i odebírat biopsii. Prostřednictvím ERCP můžeme nejen pomoci ve stanovení diagnózy, ale můžeme i provádět léčebné úkony. Vesměs se jedná o zákroky



vedoucí k uvolnění blokády žlučových cest - např. zavádění stentů. Mezi významné známky v ERCP obraze patří korespondující stenóza obou vývodů.

Suverénní metodou zůstává **počítačová tomografie-CT**. Součástí je vyloučení metastáz na játrech a kontrola lymfatických uzlin. Vyšetření má též význam pro zhodnocení operability, kterou však lze potvrdit či vyloučit až při samotné operaci. Obtížné může být diferenciací diagnostické rozlišení pankreatického infiltrátu. V tuto chvíli je přínosná **biopsie** pod **USG** nebo **CT** kontrolou. Provádí se s použitím kontrastní látky.

Při tumoru pankreatu bývá hlava pankreatu, resp. příslušná část žlázy zvětšená, dále může být patrná oslabená až vymizelá kontura pankreatu, hypodenzní ložisko, vymizení peripankreatického tuku a metastatické postižení. Odlišení nádoru od ložiska chronické pankreatitidy bývá obtížné až nemožné.

**NMR a NMR cholangiopankreatikografie**: jsou moderní metody nezatěžující pacienta. Vzhledem k malé dostupnosti však zatím nenašly širšího uplatnění.

**Endoskopická ultrasonografie** (EUS, endosono): je nejpřesnější neinvazivní metodou. V kombinaci s odběrem biopsie je téměř 100% u nádorů nad 2cm. U menších tumorů přesnost diagnózy klesá. Nevýhodou metody, v našich poměrech, je nákladnost vybavení a fakt, že se jedná o tzv. "expert dependentní vyšetření", což znamená, že výsledky jsou přímo úměrné zkušenosti vyšetřujícího lékaře.

**Břišní angiografie, PTC**: již v současné době nepatří mezi obligatorní vyšetření a jejich indikace je individualní. (4 str. 430) (1 str. 10,11)

**Z laboratorních vyšetření** nacházíme pozitivní nález sérových markerů CEA, CA 50, DUNAN-2 a především specifický marker **CA 19-9**. Je to glykoproteinový antigen acinózního typu příbuzný antigenu krevní skupiny Lewis H. Eliminuje se výhradně žlučí, proto i mírná cholestáza může způsobit jeho zvýšení v séru nad normu. Produkuje ho dobře diferencované karcinomy pankreatu, žlučových cest, kolorekta i žaludku. (5 str. 105)

**Hodnoty:**

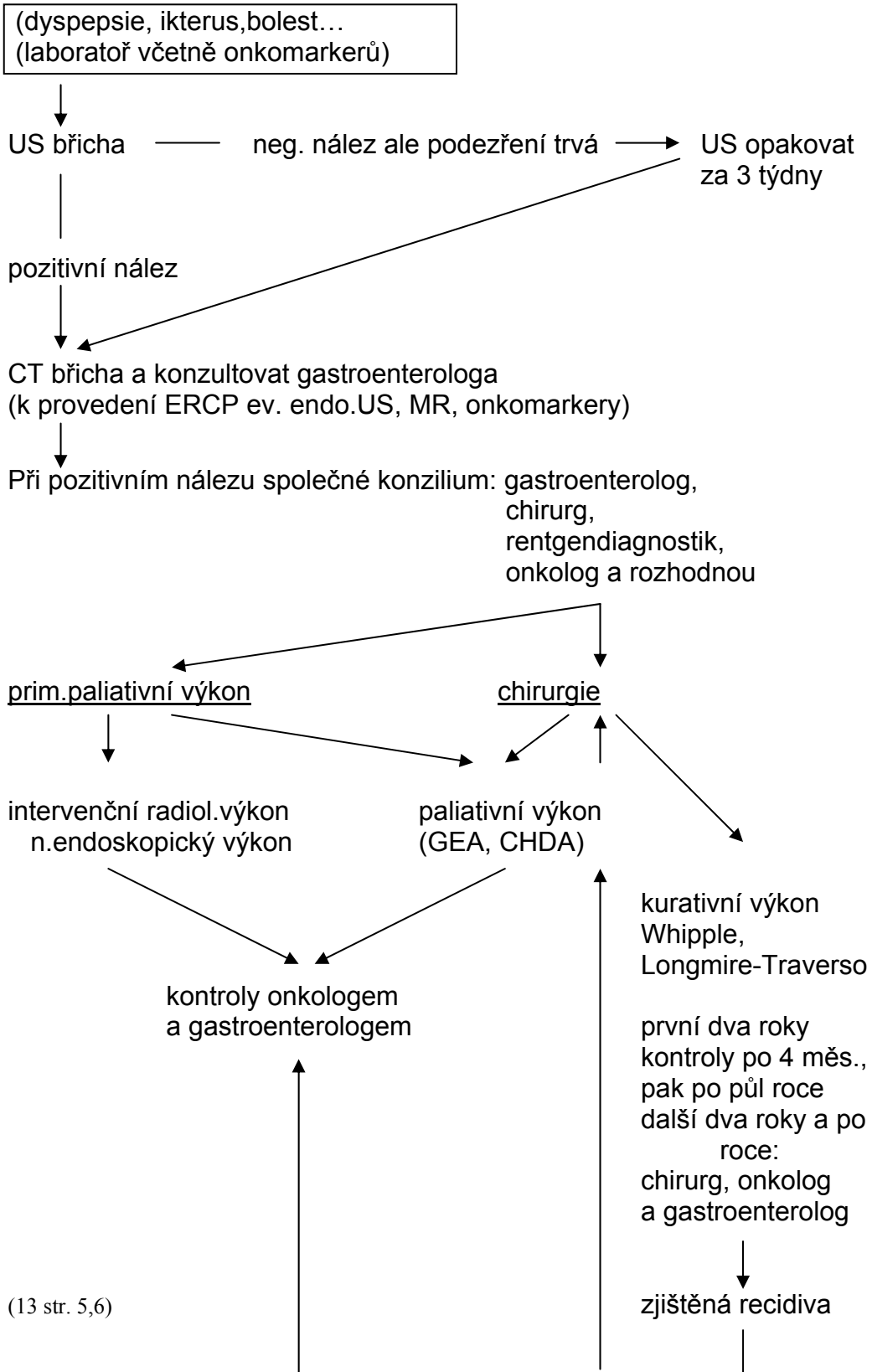
- Normální hodnoty - **0,0 - 37,0** kU/l.
- Benigní onemocnění do **100** kU/l.
- Maligní onemocnění až **10<sup>6</sup>** kU/l.

Pro praktické účely, včetně přehledů hlášení zhoubného novotvaru v datech Národního onkologického registru, bývá onemocnění pankreatu děleno na *časné stádium* (nádor omezený jen na žlázu), *lokálně pokročilé* (inoperabilní nádor) a *metastatické stádium*. (5 str. 431)

## 2.1.11 TERAPIE

Algoritmus ošetření a vyšetření nemocných s karcinomem slinivky břišní.

### Klinické podezření na ca slinivky



(13 str. 5,6)

## Jak se karcinom slinivky léčí?

Léčbu je nutno přizpůsobit každému pacientovi individuálně. Způsob léčby obecně pak závisí na velikosti nádoru, stadiu onemocnění, celkovém stavu pacienta a přidružených chorobách. Pacienti, kteří onemocní rakovinou se obvykle zajímají o rozsah choroby a o léčebné metody a mohou se aktivně podílet na rozhodování o dalším postupu.

Onkologické pacienty zajímá především účinnost léčby, jestli se uzdraví, nebo jak dlouho budou žít. Existuje jistě mnoho statistických údajů, ale jejich výpovědní hodnota je jen omezená, jedná se pouze o průměrná čísla získaná studiem velkého počtu nemocných. Nelze je proto použít u konkrétního člověka, abychom přesně předpověděli další vývoj onemocnění. Každý pacient je individuálním případem a jeho prognosa je závislá na mnoha okolnostech. V současné době karcinom pankreatu může být vyléčen pouze v časném stadiu, kdy ještě není rozšířen mimo slinivku.

V závislosti na typu a stadiu, karcinom pankreatu léčíme *chirurgicky*, pomocí *chemoterapie* nebo *radioterapie*. U každého pacienta připadá v úvahu jedna nebo kombinace více uvedených léčebných metod. U pokročilého onemocnění, kdy již nelze ovlivnit průběh onemocnění výše uvedenými postupy volíme léčbu paliativní. Paliativní léčba se snaží zlepšit kvalitu života účinnou kontrolou bolesti a dalších potíží, způsobených nemocí. (4 str. 7,8)

**1) Chirurgická léčba** je jediná metoda, která dává šanci na vyléčení. Předpokladem je včasná diagnóza (stadium I.) a dobrý celkový stav nemocného. Záleží však na technické dovednosti chirurga, protože jinak jsou tyto operace zatíženy neúnosně vysokou pooperační mortalitou a morbiditou.

Pro nádory lokalizované v hlavě pankreatu, procesus unciatus (ale i distálního choledochu a Vaterské papily) je to *proximální (pravostranná) duodenopankreatektomie se standardní lymfadenektomií*. Výkon může být proveden v modifikaci se zachováním pyloru (Traverso-Longmire) nebo s resekcí

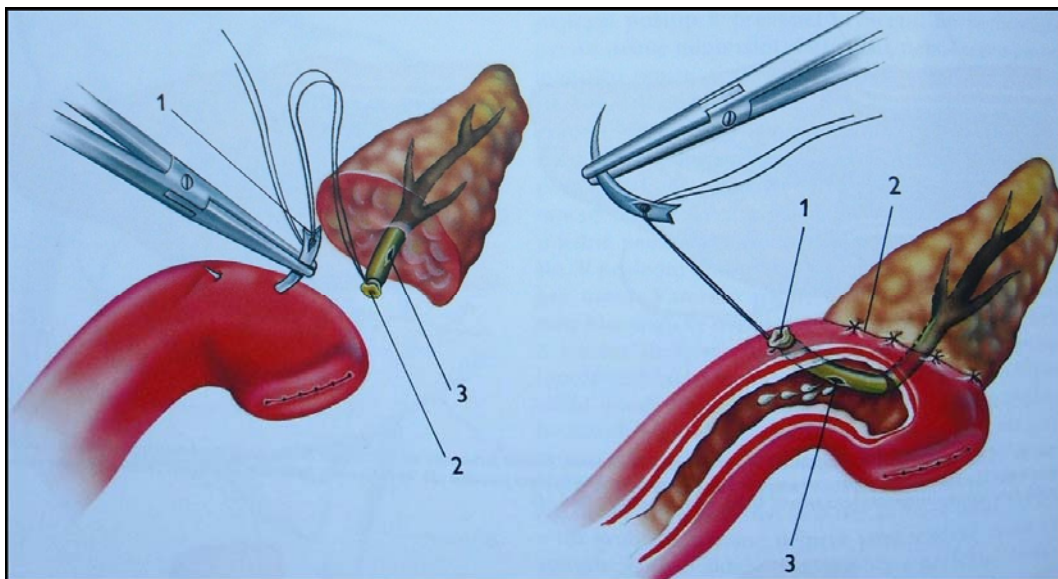
žaludku (Whipple). **Whippleova operace (hemi-pankreato-duodenektomie)** je radikální řešení při karcinomu ampulární oblasti a hlavy pankreatu; odstraňuje se distální třetina žaludku, duodenum a hlava pankreatu. Operaci rozdělujeme do dvou fází...

- **1 fáze** se nazývá **resekční**; provádí se resekce duodena s hlavou pankreatu, resekce žluč. cest + cholecystektomie, resekce duodena včetně vývodné části žaludku.
- **2 fáze** je **rekonstrukční**; obnovení kontinuity GIT (gastroenteroanastomóza), obnovení žlučových cest (biliodigestivní anastomóza) + pankreatodigestivní anastomóza.

V současné době je kladen důraz na provedení lymfadenektomie jako zásadní součásti výkonu. O jejím rozsahu se vedou diskuse. Za standardní je považováno provést lymfadenektomii s odstraněním lymfatické tkáně vpravo od a. mesenterica superior.

**Totální pankreatektomie** a **distální pankreatektomie**. U posledních dvou je duodenum zachováno. Hemi-pankreato-duodenektomie **je vhodná u nádorů lokalizovaných v hlavě pankreatu**. Realitou karcinomu pankreatu však zůstává, že dominujícími chirurgickými výkony jsou **paliativní operace**. I když nejde o zákroky kurativní, neměl by být jejich význam podceňován, protože mohou výrazně prodloužit přežití a zlepšit kvalitu zbytku života. (5 str. 432)

**Obr. 7 detail duodenojejunoanastomózy**



**Zdroj:** ( 8 str. 201)

**2) Chemoterapie** pouze jedním cytostatikem znamená jen velmi diskutabilní a malý přínos. Základním cytostatikem v paliativní chemoterapii karcinomu pankreatu je *5-fluorouracil*. Příznivější výsledky kombinované chemoterapie nejsou dosud definitivně zhodnoceny. Vzhledem k malé účinnosti chemoterapie se hledají i jiné léčebné možnosti. (5 str. 432)

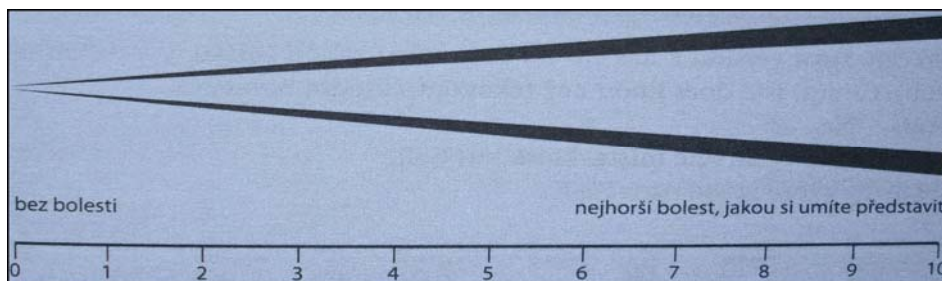
*Nežádoucí účinky* chemoterapie závisejí zejména na druhu použitého přípravku, liší se také individuálně u jednotlivých pacientů. Protinádorové léky postihují zejména *rychle se množící buňky*: počítáme mezi ně krvinky, které mají důležitou úlohu v obraně organismu před infekcemi, podílejí se na srážení krve nebo přenášejí kyslík ke tkáním. Důsledkem protinádorové léčby může být *snížená odolnost vůči infekcím, zvýšená krvácivost a únava*.

Mezi jiné druhy rychle se množících buněk patří buňky přítomné v konečcích vlasů a výstelku trávicí trubice, proto při chemoterapii může docházet k *vypadávání vlasů a zažívacím problémům* – například nechutenství, zánět v dutině ústní, nevolnost, zvracení, průjem. Většině nežádoucích účinků lze použitím vhodných opatření a léků předcházet nebo je výrazně tlumit. (4 str. 12)

3) **Radioterapie** u lokálně pokročilých karcinomů může přinést paliativní efekt. Radioterapie způsobuje zpravidla únavu, kůže v místě ozařování bývá zarudlá, vysušená a pálí. V případě podráždění kůže je nejvhodnější volné bavlněné oblečení, vyhýbáme se oděvům, které odírají. Nezbytné je místní ošetření pokožky. Ozáření dutiny břišní způsobuje nevolnost, zvracení, průjem nebo jiné zažívací potíže.

4) **Farmakoterapie** je základní pilíř léčby nádorové bolesti. Základním vodítkem pro volbu analgetika je **intenzita bolesti**, kterou pacient udává. Podle **charakteru bolesti** (např. viscerální) jsou indikována koanalgetika + analgetika. Podle **trvání bolesti** je možné, podávat analgetika v pravidelných intervalech. Ty by měli být takové, aby se udržela plazmatické koncentrace léku. **Velikost dávky je individuální**. Dávky zvyšujeme vždy postupně (titrujeme) až dosáhneme úlevy. Součástí léčby je **pravidelné hodnocení analgetické účinnosti**. Nedílná součást komplexní léčby je hodnocení **psychosociálních** souvislostí.

Obr. 8 Vizuální analogová a numerická škála bolesti



Zdroj: (9 str. 171 )

**Neopioidní analgetika:** Jejich indikace je na místě v případě nocicepční somatické a viscerální bolesti. Mohou být podávána jako monoterapie nebo v kombinaci s opioidy. Mají jasně definovanou maximální denní dávku. (např. paracetamol, metamizol, ibuprofen, naproxen, NSA)

**Opioidní analgetika:** Se dále dělí na slabé a silné. Mezi slabé patří například codein, dihydrocodein, tramadol. Společným znakem slabých opioidů je přítomnost klinicky významného **stropového efektu**. Tímto termínem vyjadřujeme stav, kdy od určité dávky dochází při jejím dalším zvyšování pouze k velmi

malému nárůstu analgetického účinku. Vhodné je použití s neopioidními analgetiky. Silné opioidy jsou antagonisté ovoidních receptorů. Jsou lékovou volbou při léčbě silné onkologické bolesti. Jejich **účinnost závisí na dávce**. Mezi nejznámější zástupce patří morfin, hydromorfon, oxycodon, fentanyl.

(12 str.53,54,55,56)

- **Nežádoucí účinky opioidních analgetik:** Valná většina NÚ je odvoditelná z jejich farmakodynamiky. Jsou do jisté míry předvídatelné a mohou se vyskytovat u kohokoli v závislosti na podané dávce. Většina z nich nepředstavuje závažné ohrožení zdraví nebo života.
- **Zácpa:** Je jednou z nejčastějších NÚ. Bývá přítomna po celou dobu podávání opioidu. Vyskytuje se u 40-70% všech pacientů léčených perorálními opioidy.
- **Nauzea:** Výskyt se udává 15-70% u pacientů v prvních dnech léčby. Obvykle do dvou týdnů odezní.
- **Sedace, únava, ospalost:** Jsou časté v prvních dnech podávání opiátů.
- **Močová retence**
- **Pruritus**
- **Zmatenost, halucinace:** Častá zvláště u starších pacientů. Obvykle do týdne odezní.
- **Myoklonus:** Mimovolní záškuby kosterního svalstva na končetinách a trupu.
- **Útlum dechového centra:** V odborné literatuře bývá tento NÚ uváděn jako nejzávažnější. Ve skutečnosti je **riziko útlumu u pacientů léčených dlouhodobě opioidy pro chronickou bolest velmi nízké**. Větší riziko je u pacientů s CHOPN, při rychlém zvyšování dávky apod. (11 str. 72, 73, 74, 75)



## ***2.1.12 SHRNU TÍ***

Pravidelné kontroly umožňují, aby všechny změny ve zdravotním stavu byly včas zjištěny a léčeny. Kontroly obsahují klinické vyšetření, laboratorní testy včetně nádorových markerů, dále rentgenové, ultrazvukové nebo CT vyšetření. Život s nádorovým onemocněním není lehký. Kromě zdravotních problémů se pacienti často setkávají se sociálními obtížemi např. v zaměstnání, v rodině nebo při běžných denních aktivitách. Zdravotničtí pracovníci mohou nemocným poradit s denním režimem, pracovním nasazením.

Důležitou roli mají také sociální pracovníci a psychologové, kteří mohou být v mnohém velmi nápomocni nejen pacientům, ale také jejich rodinným příslušníkům. Cennou podporou pro nemocné jsou i jejich rodiny a přátelé, popřípadě různé skupiny nebo společnosti, které sdružují onkologické pacienty. Pro věřící je jistě velmi důležitá pomoc duchovního. (4 str. 13,14)

## **2.2 ÚDAJE O NEMOCNÉM**

### **2.2.1 OSOBNÍ ÚDAJE**

Tabulka č. 1

<b>Jméno</b>	M. K
<b>Datum narození, věk</b>	18. 3. 1953, 55
<b>Pohlaví</b>	Žena
<b>Stav</b>	Vdaná
<b>Datum přijetí</b>	18. 8. 2008
<b>Důvod přijetí</b>	Operace
<b>Povolání</b>	Dělnice
<b>Oddělení</b>	Chirurgické
<b>Kontaktní osoba</b>	Manžel

### **2.2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA**

Pacientka přijata k plánovanému výkonu dne 18. 8. 2008 na chirurgické oddělení.

Zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace.

- **RA:** Otec zemřel v 61 letech na neznámé onemocnění, Matka dosud žije na Ukrajině, ale bližší informace o ní nemocná neví. Stejně tak o bratrovi. Závažné dědičné nemoci pacientka neudává. Dcera a syn jsou zdraví.
- **OS:** 1982 St.p. TBC pulmonum, apendektomie v roce 1990. Prodělaná klíšťová encefalitida, běžné dětské nemoci, časté pyrózy a bolesti žaludku. St.p. ERCP et DBE, Cholecystolithiasis – občas koliky asi 5 let, Závažné úrazy a operace nebyly zjištěny. DM – Ne.

- **AA:** Pyl, lískové oříšky.
- **SA:** Žije doma s manželem a dcerou. Chodí do práce, kde pracuje jako dělnice u stroje vyrábějící vlnu a nitě. Syn už žije samostatně.
- **GA:** Menarche ve 14 letech, menopauza 45, 2x spontánní porod, UPT 2x.
- **Abúzus:** Zhruba 20-25 cigaret denně. Kávu pije často. Z alkoholu tvrdé (vodka) a víno.
- **FA:**
  - *Algifen* NEO gtt. 0-1-1  
IS: Spazmolytikum, Analgetikum
  - *Ranisan* 150mg tbl. 1-0-1  
IS: Antiulcerózum, Antagonista H2-receptorů.
  - *Tramal* 1-0-1  
IS: Analgetikum, anodynum
  - *Fraxiparin* 0,6 inj.  
IS: Antitrombotikum, Antikoagulans
  - *Rohypnol* tbl. 0-0-1  
IS: Hypnotikum
  - *Ciprinol* 600mg i.v 0-1-0  
IS: Antibiotikum

### 2.2.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka vyšetřována na GASL pro ikterus, kt. obstrukční, zjištěn útlak žlučových cest. Expanze hlavy pankreatu. Přichází k plánovanému op. řešení. Pacientka dlouhodobě biliární potíže, t.č bolesti nemá, má jen ikterus jinak nyní subj. Zcela bez potíží. Zhubla asi 13 kg za 2 měsíce.

### 2.2.4 STAV PŘI PŘÍJMU

Orientovaná, eupnoe, bez ikteru, bez cyanózy, hydratovaná.

- **Hlava:** poklep nebolí, neurologicky orientována, oči, nos a uši v pořádku. Jazyk povleklý, hrdlo klidné, chrup sanován.
- **Krk:** uzliny a štítnice nezv., karotidy tepou sym., bez šelestu, náplň žil přiměřená.
- **Hrudník:** symetrický, páteř pokleповě nebolí, poklep plný jasný, dýchání sklípkové čisté, ozvy tiché, ohraničené, axily volné, prsy bpn.
- **Břicho:** V úrovni, dýchá, pokleповě difuzní, nebolí. Poslechově normální peristaltika, palpačně měkké, prohmatné, trochu bolestivé. Peritoneální dráždění není, H a L O, tapot. Bilaterálně negativní, genitál bpn.
- **DK:** Symetrické, bez otoků, varixů, normální ochlupení, kožní teplota přiměřená, pulsace hmatná do periferie, bez šelestů na tepnách

#### Tělesný nález:

Tabulka č. 2

<b>Váha:</b>	54kg
<b>Výška:</b>	169 cm
<b>TK:</b>	125/95 mmHg
<b>TF:</b>	79/ min.
<b>TT:</b>	35,5°
<b>BMI:</b>	18,9

## **2.2.5 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY**

Při přijetí pacientky na oddělení byly stanoveny tyto diagnózy:

- **Klinická diagnóza: C25.0**

- Tumor hlavy pankreatu, infiltruje stěny žlučodů a uzavírá lumen, prokazatelné lymfadenopatie a angioinvaze paraaortálně, obstrukce žlučových cest, cholecystolitiáza. **T3, N1, M0**

- **Operační diagnóza:**

- Ca capitis pankreatis inoperabilis, lymphadenopathia paraaortalis.

- **Druh operace:**

- Laparotomia explorativa, revisio, extirpatio ad histol.

## 2.2.6 SOUHRN VYŠETŘENÍ

Biochemie:

Tabulka č. 3

	Výsledek	Referenční hodnota
<b>FW</b>	12	1. hod. Muži:2-10, Ženy:3-21
<b>Glukosa</b>	11	3,20-6,40 mmol/l
<b>Urea</b>	7.4	2.83-8.35 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	105	M-71-133, Ž-53-110 mmol/l
<b>Na+</b>	137	135-146 mmol/l
<b>K+</b>	3.3	3.8-5.4 mmol/l
<b>Cl-</b>	105	97-109 mmol/l
<b>Ca+</b>	1.9	2.05-2.65 mmol/l
<b>Bilirubin</b>	300	do 22.0 µmol/l
<b>ALT</b>	4	do 0.75 mkat/l
<b>AST</b>	2.9	do 0.75 mkat/l
<b>ALP</b>	15	do 2.29 mkat/l
<b>GMT</b>	29	M-0.2-1.7, Ž-0.17-1.1 mkat/l
<b>Amylasy</b>	5.3	0.50-1.83 mkat/l
<b>Osmolalita</b>	295	284,0-320,0 mosm/l

Krevní obraz:

Tabulka č. 4

	Výsledek	Referenční hodnoty
<b>Erytrocyty</b>	3.67	3,8-5,3 x 10 <sup>12</sup> /l
<b>Leukocyty</b>	9.6	3,8-10 x 10 <sup>9</sup> /l
<b>Trombocyty</b>	272	140 - 440×10 <sup>9</sup> /l
<b>Hematokrit</b>	0,34	0,35-0,54
<b>Hemoglobin</b>	117	120 - 180 g/l

### **2.2.7 OPERAČNÍ PROTOKOL**

V klidné kombinované anestézii, po běžné přípravě op. pole, Mercedes řezem v epigastriu postupně proniknuto do dutiny břišní, hepar a lien bez nálezu, uzliny hmatné v oblasti aorty a VCI, tumor rozsáhlý, ale zdá se volný, nejprve Kocherovým manévrem odklopeno duodenum s hlavou pankreatu, otevřena burza izolace VMS, lze obejít pankreas v istmu, ale horní hrana s infiltrovanými uzlinami, oblast lig. HPD infiltrována, při manipulaci se tumor trhá v oblasti žluč. stromu, vytéká žluč, na žlučníku nacházíme v.s implantační metastázy, nelze identifikovat VP, nález hodnotíme jako inoperabilní, odběr uzliny z interoaortokaválního prostoru, revize krvácení, které k chir. ošetření neshledáno, oblast perforace kryta omentem, které zde fixováno, do f.W. a fascie ve dvou vrstvách Fasil LOOP, suturou podkoží a kůže výkon ukončen, sterilní krytí.

## **2.2.8 PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

Na oddělení chirurgické kliniky byla pacientka M.K přijata 18. 8. 2008 zhruba kolem 11 hodiny dopoledne. Jedná se o plánovaný příjem k chirurgickému řešení karcinomu pankreatu. V den příjmu byl zaveden PŽK pro přípravu na infuzní terapii a se sestrou byla sepsána ošetrovatelská dokumentace.

V den operace 19. 8. 2008 byla pacientka premedikována a následně odeslána na sál. Podrobnější informace o průběhu operace viz. výše v *kapitole 2.2.7*. Po operaci byla pacientka přeložena na JIP. Zde probíhala komplexní ošetrovatelská péče, terapeutická péče a měření všech životních funkcí. K žádným peroperačním ani pooperačním komplikacím nedošlo a tudíž mohla být pacientka 2 pooperační den přeložena zpět na standardní chirurgické oddělení.

Na standardním oddělení byla pacientka celkem 7 dní. Již v předoperačním období byla zahájena infuzní terapie, která i následně pokračovala ve fázi pooperační (Nutramin Neo 4,8%, Nutralipid P, glukóza 5 % (5 % sacharózy), Ringerův roztok, fyziologický roztok 100ml + ATB Ciprinol 600mg i.v). Mimo parenterální výživu byla ještě zajištěna výživa pomocí zavedené NJS kam se bolusově podávala dieta 0b popřípadě tekutiny.

Péče o operační ránu a její kontrola probíhala vždy ráno při převazu. Po celou dobu hospitalizace se neobjevily známky infekce nebo rozpadu rány k čemuž přispívala maximální ošetrovatelská péče a lékařská péče. V průběhu hospitalizace byla pravidelně informována lékařem o svém zdravotním stavu. Lékař doporučil konziliární vyšetření psychologem, který shledal známky deprese.

27. 8. 2008 odešla pacientka do domácího léčení a připravovala se na chemoterapii a radioterapii. Ta jí byla doporučena z důvodů, že nebyl vyřešen primární problém, tedy totální resekce karcinomu a snaha o úplné vyléčení.



## ***2.2.9 ZÁVĚR KLINICKÉ ČÁSTI***

Jak z celé klinické části vyplívá, Karcinom slinivky břišní je velmi vážné onemocnění s poměrně závažnou a často letální diagnózou. Karcinomy jsou v moderním světě velmi častou záležitostí, už i u lidí ve středním věku. Není tedy sporu, že „rakovina“ má na svědomí ročně několik miliónu životů po celém světě.

Dnešní medicína, nám bohužel v některých případech nedává šanci pacienta stoprocentně vyléčit. Dá se předpokládat, že tato situace nastane i v případě pacientky M.K. Vyhledky na úplné uzdravení jsou zde takřka mizivé. Zde nastává okamžik, kdy se paliativní medicína zaměřuje především na tišení bolesti. U onkologických pacientů je to velmi důležitá fáze hlavně v terminálním stádiu. Je povinností všech zdravotníků a celého systému zdravotnictví aby pacient, který umírá a má bolesti, byl těchto útrap zbaven a byl mu umožněn klidný a bezbolestný odchod.

## **3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **3.1 ÚVOD**

Ve třetí části mé bakalářské práce, která je zaměřena na chirurgického pacienta popisují co je ošetřovatelský proces a k čemu slouží. Stanovují plán ošetřovatelské péče a pomocí modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové se snažím co nejkomplexněji zhodnotit pojetí své pacientky v oblasti ošetřovatelství. Stanovené diagnózy, jsou psány k pátému dni hospitalizace a druhému pooperačnímu dni na standardním chirurgickém oddělení.

### **3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Cílem ošetřovatelského procesu z pohledu sestry, je změnit její dosavadní roli při ošetřování pacientů, spočívající v rutinním, pasivním plnění výkonů a ordinací lékaře. Zavádí novou koncepci přístupu k pacientům, vycházející z aktivního vyhledávání a uspokojování potřeb. Ovlivňuje způsob práce sestry s pacientem, její chování, jednání i vlastní úroveň ošetřovatelské péče. Zvyšuje aktivitu, samostatnost a zodpovědnost sestry při poskytování individualizované ošetřovatelské péče. Pomáhá zapojit rodinu do péče o pacienta a zefektivnit spolupráci s rodinou.

O ošetřovatelském procesu můžeme hovořit, jako o způsobu profesionálního uvažování, který ovlivňuje pacienta a v podstatě i celý výsledek ošetřovatelské péče. Jednotlivé fáze procesu na sebe plynule navazují a ve spirále se opakují. Tento myšlenkový algoritmus má 5 fází...

#### **1) Zhodnocení nemocného („kdo je můj nemocný?“).**

Musí obsahovat základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení ošetřovatelské péče, pro stanovení ošetřovatelské diagnózy a plánování ošetřovatelských činností. Jde vždy o hodnocení celé osobnosti pacienta (mluvíme o holistickém-celostním přístupu k nemocnému). Vyhodnocujeme jeho bio – psycho - sociální a duchovní potřeby. Hlavním zdrojem informací je pro nás pacient, dále potom jeho zdravotnická dokumentace, veškerý ošetřovatelský

personál, rodina a přátelé. Anamnézu odebírá a zpracovává sestra, která pacienta přijímá. Anamnéza je opatřena podpisem pacienta a sestry. Anamnéza musí být vždy vyplněná celá, včetně údajů o datu a času odebírání anamnézy. Tato musí být sepsaná do 24h po příjmu pacienta.

## 2) Stanovení ošetrovatelských diagnóz („co ho trápí?“).

Je slovním vyjádřením potřeb (problémů) pacienta. Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr sesterského posouzení o reakcích pacienta na skutečné, anebo potenciální zdravotní problémy. Stanovení **ošetrovatelské diagnózy** má tři části. V první části pojmenujeme **problém**, který vyžaduje ošetrovatelskou péči nebo pozornost sestry, druhá část vyjadřuje **příčinu** (důvod, etiologii nebo důkaz) tohoto problému. Tyto dvě části spojuje „ spojka “, „ vzhledem k “, „ z důvodu “, ... Třetí částí je **projev problému** ( projevující se....).

Ošetrovatelská diagnóza může být **aktuální** (nyní skutečně existuje - např. strach pacienta z plánované operace ) a nebo **potenciální** (mohla by nastat, kdyby sestra nevyužila dostatečně svých teoretických znalostí, zkušeností a dovedností např. nebezpečí vzniku proleženin z důvodu snížené mobility pacienta. Pro **potenciální ošetrovatelskou dg.** používáme většinou formulaci : riziko vzniku...).

## 3) Plánování ošetrovatelské péče („co mohu udělat?“).

Plánování se skládá ze tří na sebe navazujících kroků:

- a) stanovení cílů
- b) plán ošetrovatelské péče
- c) ošetrovatelské intervence, aktivity, činnosti

**Cíl** je to, čeho bychom si přáli dosáhnout společně s pacientem. Musí splňovat tato základní kritéria...

- **musí být konkrétní** (pacient se sám oblékne)
- **musí být reálný** (musíme se zamyslet nad schopnostmi našeho pacienta, nereálný cíl převyšující jeho schopnosti je demotivující pro sestru i pro pacienta)
- **musí být hodnotitelný** (musí mít kritéria a časový údaj, dle kterých je možno vyhodnotit, zda cíle bylo dosaženo *úplně – částečně – vůbec*)

**Ošetrovatelské aktivity** nebo **intervence** jsou průvodcem péče o pacienta pro celý ošetrovatelský tým, čímž je zaručena kontinuita péče a efektivnost poskytované péče.

#### **4) Realizace plánu** („*Jakým způsobem mu pomohu?*“)

Plní se stanovené plány, které vedou k zajištění prospěchu nemocného. Každý účastník má v této fázi svoji roli. Odrážejí se zde charakteristiky moderního ošetrovatelství.

#### **5) Hodnocení** („*pomohl jsem nemocnému?*“).

Sestra je zodpovědná za hodnocení stavu pacienta a zaznamenávání pokroků provádí denně. Hodnocení se provádí porovnáváním zaznamenaných a očekávaných výsledků a skutečného stavu pacienta. Záznam je opatřen datem, hodinou a podpisem sestry. Po dosažení požadovaného cíle je problém označen jako vyřešený. Když se výsledků nedosáhne, plán se přehodnotí a vede k potřebě dalšího získávání dat, ke změně plánu. Je povinností zaznamenávat pravdivě a aktuálně získaná data.

#### **Postup:**

- seznamte se, se základními identifikačními údaji o pacientovi, včetně lékařské diagnózy.
- představte se pacientovi již při prvním kontaktu.
- připravte si formulář k získávání údajů pro ošetrovatelskou anamnézu.
- postupujte podle standardu „Ošetrovatelská dokumentace“
- zhodnoťte pacienta na základě získaných údajů.

- seznamte pacienta (pokud je to možné) s ošetrovatelskými diagnózami i s plánem péče a dohodněte se s ním na pořadí naléhavosti jejich provedení.
- poskytněte aktivní individualizovanou ošetrovatelskou péči
- dokumentujte poskytovanou péči (aktuálně, min. 1x za směnu).
- zhodnoťte efekt poskytované péče (aktuálně, min. 1x za směnu).
- zajistěte kontinuitu péče – předávání informací o pacientovi (při předání služby ústní i písemnou formou)
- snažte se o maximální spolupráci s pacientem ve všech fázích ošetrovatelského procesu a o jeho aktivní zapojení v procesu návratu k soběstačnosti.
- spolupracujte s rodinou pacienta ve všech oblastech, které mohou ovlivnit kvalitu péče o pacienta (nejen v souvislosti s hospitalizací, ale také po jeho propuštění. (14 str. 2,3)

Každá fáze procesu, je samostatný prvek, ale přístup ošetrovatelské péče se musí uplatňovat jako celek, tedy každý krok je závislý na předchozích. Chápeme ho jako kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Vše je prováděno se záměrem pomoci nemocnému v jeho prospěch.

### ***3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA***

Anamnestické údaje jsem zjišťoval pátý den hospitalizace pacientky M.K. na standardní chirurgické oddělení, kam byla přijata na plánovaný výkon. Nápomocna mi k tomu byla dokumentace a rozhovor s pacientkou.

**Tabulka č. 5**

<b>Pacientka</b>	M. K
<b>Věk</b>	Věk 55
<b>Rodinný stav</b>	Vdaná
<b>Příbuzní</b>	Manžel, Dcera, Syn
<b>Kontaktní osoba</b>	Manžel
<b>Státní občanství</b>	Česká republika

<b>Národnost</b>	Česká
<b>Pobyt v nemocnici</b>	první
<b>Datum přijetí</b>	18. 8. 2008
<b>Lékařská diagnóza</b>	Tumor hlavy pankreatu
<b>Výška</b>	169
<b>Váha</b>	54
<b>BMI</b>	18,9
<b>Alergie</b>	Pyl, lískové oříšky
<b>Vědomí</b>	Při vědomí, plně orientována
<b>FF při příjmu</b>	TK: 125/95 TF: 79/min. DF:17/min. TT:35,5° SpO2: 97%
<b>Výživa</b>	Enterální, parenterální
<b>Vylučování</b>	PMK od 19.8 do 21.8
<b>Riziko pádu</b>	0 bodů dle tabulky (viz příloha 2.)
<b>Barthelův test</b>	100 (ADL-1) nezávislý (viz příloha 1.)
<b>Riziko infekce</b>	Ano, Důvodem jsou invazivní vstupy a op. rána
<b>PMK</b>	Zaveden 19.8, 2. Den (den operace)
<b>NGS</b>	Zavedena 19.8, 2. Den
<b>CŽK</b>	Zaveden 20.8, 2. Den
<b>PŽK</b>	Zaveden 18.8, 1. Den
<b>Operační rána</b>	3. den po operaci (22.8) při převazu rána neprosakovala, klidná bez známek dehiscence.

### **3.4 MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ MARJORY GORDON**

Tento model jsem si vybral z důvodu, že se v praxi dobře osvědčil. I s ohledem na to, že model Marjory Gordonové, ale i ostatní ošetrovatelské modely mají značnou časovou prodlevu a je nutné je podle nynějších standardů doplnit o nutné údaje.

Model je stanoven tak, aby vycházel z hodnocení kvality zdraví jedince/pacienta/klienta z pohledu funkčního stavu jeho organismu. Cílem tohoto modelu z ošetrovatelského hlediska je zodpovědnost jedince za své zdraví. Pokud dojde k poruše v jedné fázi, jde o dysfunkci. V životě dochází k interakci mezi prostředím a člověkem a vyjadřuje celou bio-psycho-sociální integritu. Existují faktory, které mohou ovlivňovat zdraví. Jsou to faktory...

- **Biologické**
- **Vývojové**
- **Kulturní**
- **Sociální**
- **Spirituální**

Oblastí, které model funkčního zdraví hodnotí je 12...

#### **1) Vnímání zdraví**

Současná hospitalizace pacientky M. K na chirurgickém oddělení je její první hospitalizací. Pacientka si je vědoma svého závažného stavu a při jejím hodnocení není příliš optimistická. Očekává ovšem, že ji chirurgický výkon výrazně pomůže a možná dojde k úplnému uzdravení. Je dobré, že pacientka stále věří v pozitivní výsledek, když je ve velmi obtížné situaci. V průběhu života na tom byla se zdravím dobře a jedinou závažnější nemocí byla jen tuberkulóza. Jiné vážné nebo chronické nemoci neprodělala.

## **2) Výživa a metabolismus**

Při přijímání potravy je pacientka plně soběstačná a nemá žádné problémy. Omezení v příjmu stravy nastalo až v době hospitalizace. Jak sama říká, chuť na jídlo má v poslední době malou. I to může být příčinou velké ztráty hmotnosti za poměrně malý časový úsek. Nechutenství spojené s tímto onemocněním je poměrně časté. Denně se snaží vypít alespoň 1,5 litru tekutin. Stav pokožky je normální. Pacientka běžně používá tělová mléka po koupeli nebo sprše. Na operačním sále byla zavedena nasogastrická sonda (NGS) a nový PŽK. Norton score (příloha 2.) bylo stanoveno na 33 bodů. Riziko dekubitů v tuto chvíli nehrozí. Hodnota nutričního score (příloha 2.) jsou 4 body. Během dne je pacientce i.v (intravenózně) podáván Ringerův roztok a roztok glukózy 5%, Nutralip apod. Dieta je ordinována 0b (bujón).

## **3) Vylučování**

Doma chodí na stolicí pravidelně 1x denně. Nyní v době hospitalizace nebyla již druhý den. Problémy s močením nemá. PMK zaveden v den operace, odvádí čistou moč v množství 1,5 litru za 24 hodin. Drén zavedený do operační rány (subhepatální oblasti) odvádí krvavý sekret v množství asi 100ml za 24 hodin. Plyny bez problémů odcházejí. Vpřed nemocničním období pacientka neužívala žádné léky na podporu vylučování.

## **4) Aktivita, cvičení**

Pacientka není mobilně omezena. Chodí do práce a má ráda procházky se psem, do lesa apod. Hodně pracuje na své zahradě. Je aktivní v mezích svého onemocnění. V průběhu hospitalizace je plně soběstačná. Barthelův test (příloha číslo 1) činí 100 bodů, což odpovídá plné mobilitě a nulovému omezení v pohybu. Nikdy nepoužívala ani nepoužívá pomůcky, které by ji usnadňovaly pohyb. První den po operaci byla úspěšně vertikalizována. Riziko pádu po zvládnuté vertikalizaci je minimální, nicméně je důležité pacientku při pohybu sledovat,



nebo ji nabídnout dopomoc. Pacientka je plně soběstačná ve všech oblastech denní obsluhy.

### **5) Spánek, odpočinek**

V domácím prostředí nemá se spaním a usínáním žádné problémy. Spí 6 až 8 hodin denně. Vstává brzo a chodí spát nejpozději o 11 hodině večerní. Po dobu pobytu v nemocnici se často budí, ale necítí se být unavená. Pospává převážně přes den. Na provoz oddělení si nestěžuje a chápe povinnosti lékařů a sester. Léky na spaní neužívá, ale na požádání může dostat na noc Rohypnol, na kterém je domluvena s lékařem.

### **6) Smyslové vnímání, citlivost, poznání**

M.K je plně orientována. Brýle nosí pouze při čtení knih. Svoji paměť považuje za dobrou. Nezapomíná zatím na žádné důležité věci. Je dobré podotknout, že si je pacientka vědoma toho, že si svojí nemoc zčásti zavinila sama, svým nezdravým způsobem života. Těší se domů a doufá, že její potíže brzy pominou. Bolesti trvalého rázu před operací neměla, a snad i proto, si celou dobu myslela, že půjde jen o triviální operaci. Pacientka, se po dobu různých vyšetření a diagnostik milně se domnívala, že půjde zřejmě „jen o žlučník“. Aktuálně uvádí bolest pooperační, která je tlumena analgetiky (tramal, algifen) Z hlediska vnímání bolesti se dá říci, že pacientka M. K zvládá její intenzitu bez větších problémů. Hodnota na analogicko vizuální škále je mezi 4-5.

### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Pacientka na sebe pohlíží jako na klidného a poměrně vyrovnaného člověka. Úzkostí nebo strachem nikdy netrpěla. V době nemoci je realita jiná. Je pochopitelné, že se obává, jak celá léčba dopadne vzhledem ke své rodině a příbuzným. Je nekonfliktní, ale direktivní a kritická. Myšlenky na smrt se jí v tuto chvíli nevyhýbají a ze smrti má přirozený strach. To vše může vyplývat z dostatečné informovanosti o svém onemocnění.

## **8) Mezilidské vztahy, sociální zázemí**

Pani M.K žije se svým manželem a dcerou v rodinném domě. Během pobytu v nemocnici má časté návštěvy a rodina je velmi vstřícná, spolupracuje. Má ráda společnost a ráda poznává nové lidi. Je patrné, že má rodina o pacientku strach. Psychicky ji velmi pomáhají.

## **9) Sexualita**

Vztah s manželem má pěkný a problém v sexuálním životě nikdy neměla. Velké omezení vzhledem k své nemoci momentálně nepocítuje.

## **10) Stres a reakce na zátěžové situace**

Za dobrý relax a uvolněním považuje pacientka skleničku nějakého alkoholu, nejčastěji vína společně s cigaretou. Jinak si nemyslí, že by na ni situace běžného života nějak stresově doléhali. Onemocnění považuje za velký stresor a zásah do osobní integrity, který ovlivňuje celý její současný život. Pokud vše dobře dopadne, jak doufá, bude potřebovat určitou dobu, aby se s tím vyrovnala.

## **11) Víra, životní hodnoty**

Velkou hodnotu přikládá své rodině a svým dětem. Má práci a domov, kde se cítí velmi spokojeně. Víru nevyznává žádnou, ale přijímá křesťanské svátky. Do budoucna nemá vytyčené žádné velké cíle. Chce vídat svoje vnoučata a poklidně žít. Je spíše optimista, ale momentální zdravotní stav ji staví spíše do role pesimisti, který může jen doufat v uzdravení.

## **12) Jiné**

Poslední tři měsíce tráví spoustu času po různých diagnostických vyšetření a vyčkává, jaký bude výsledek. Tato nejistota pacientce ubírá značnou část psychických sil a podotýká, že ji je tento stav velmi nepříjemný.

### **3.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a plánu péče jsem si zvolil pátý den hospitalizace a třetí pooperační den. Plán ošetřovatelské péče jsem stanovil na 24 hodin. Seznam diagnóz...

#### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

- Bolest v důsledku operačního zákroku
- Porušena kožní integrita v důsledku operačního zákroku
- Porucha spánku v důsledku organizace práce na odd.
- Změna v příjmu potravy v důsledku operace a nechutenství
- Strach ze smrti z důvodu vážné diagnózy
- Nedostatek informací v důsledku probíhající hospitalizace
- Osamělost z důvodu hospitalizace

#### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy:**

- Riziko trombembolie (TEN) z důvodu omezení pohyblivosti a op. výkonu
- Riziko vzniku infekce z důvodu rány a i.v kanyly

## 1) Bolest v důsledku operačního zákroku (bolest v ráně)

**Cíl péče:**

- pacientka udává zmírnění
- pacientka bude udávat intenzitu na VAŠ „2“

**Plán péče:**

- Dle individuální situace využívat relaxačních technik a rozptýlení. (2 str. 75,76,77)
- lokalizovat bolest
- zhodnotit intenzitu bolesti
- společně najít úlevovou polohu
- dodržovat předepsaný farmakologický režim
- naučit se metodám, jak zmírnit bolest
- sledovat účinek analgetik
- sledovat jak pacient bolest vnímá

**Realizace:** Pacientka M. K dokáže bolest dobře a rychle lokalizovat. Při použití analogové stupnice (obr.8) ji hodnotí číslem 4 až 5. Pacientku jsem poučil, že nejbližších dnech musí dodržovat určité postupy např. při posazování se apod. Operační rána je čerstvá a mohlo by dojít k poruše stehů a k rozpadu. Proti bolesti má pacientka naordinované analgetika. Celkově se pacientka necítí moc dobře a je unavená. Mírnou úlevu pocítuje v polosedě. Pacientka byla poučena, že pokud by měla velké bolesti může se na mě obrátit a já to sdělím lékaři, který by upravil ordinaci analgetik. Dosud má pacientka naordinované tyto léky: Tramal podávaný per os (po), algifen ve formě kapek (gtt), který se podává do infuze s glukózou. Dávkování je podrobněji popsáno v *kapitole 2.2.2*. Po podání došlo k zmírnění a pacientka udává hodnotu bolesti na VAŠ 2.

**Hodnocení:** Analgetika dobře tlumí bolest a není potřeba zvyšovat dávku. V kombinaci s úlevovou polohou se daří bolest úspěšně korigovat. Cíl považuji za splněný.

## **2) Porušená kožní integrita v důsledku operačního zákroku**

**Cíl péče:** - Rána se hojí per primam

**Plán péče:**

- posouzení stavu poranění ( op. rány)
- kontrola operační rány
- použití vhodné krycího materiálu
- udržet optimální nutriční stav
- účast na léčebném režimu

**Realizace:** Ráno jsem provedl dezinfekci a převaz operační rány v oblasti břicha. Poučil jsem pacientku o nutnosti mobilizace-vertikalizace po operačním zákroku a dbát na dostatečný nutriční příjem. Zejména na bílkoviny, které jsou důležitým prvkem v období reparace tkáně. Pacientka měla zajištěný dostatečný energetický denní příjem a tekutiny parenterálně.

**Hodnocení:** Provedené kroky pozitivně přispívají k celkové rekonvalescenci pacientky. Rána se jeví dobře, bez objektivních známek dehiscence, ale k důkladnějšímu hodnocení, může dojít až po delší době. V tuto chvíli je pacientka druhý den po operaci.

### **3) Porucha spánku v důsledku organizace práce**

**Cíl péče:** - pacientka spí v kuse minimálně 6. hodin

**Plán péče:**

- zdůraznit nevhodnost denního spánku
- aktivizovat pacienta čímž se zamezí dennímu spánku
- zjistit co by v usínání mohlo pomoci
- zajistit pohodlí
- pacientka usínal bez obtíží a v době, na kterou je zvyklí z domácího prostředí
- zajistit kontinuitu spánku
- podání hypnotik dle ordinace lékaře

**Realizace:** Během dne jsem s pacientkou hovořil o denním spánku a zdůraznil jsem, že to může být příčina nespavosti. Velký problém vidí nemocničním prostředím. Dále jsem řekl pacientce, že na oddělení jsou knihy a časopisy kdyby chtěla něco na čtení. Před spaním byl pokoj dobře vyvětrán, ustlané lůžko. Medikace byla směřována k 22:00 hodině a pak následně k 6:00 hodině ranní, aby byla zachována kontinuita spánku.

**Hodnocení:** Po stanovení problému se nám podařilo vyvarovat se chyb s denním spánkem aktivizací pacientky, což se následně projevilo lepším a delším spánkem během noci.

#### 4) Změna v příjmu potravy v důsledku operace a nechutenství

**Cíl Péče:** - pacientka má dostatečný energetický příjem  
- nedojde k dalšímu úbytku hmotnosti

**Plán péče:** - Zjistit stravovací návyky  
- Sledovat denní příjem potravy a tekutin  
- doporučit dietní sestru  
- před jídlem nepít málo,  
- parenterální výživa dle ordinace lékaře

**Realizace:** Pacientka M.K má pooperační dietu 0b. Důvodem špatného prospívání není dieta, ale onemocnění. Trpí nechutenstvím a špatně tráví těžká jídla. Pacientce jsem poradil, že by bylo dobré, kdyby po návratu z nemocnice doplnila stravu o Nutridring. Byla podávána dieta 0b do NJS.

**Hodnocení:** Pacientka se těší, až bude moci přejít na pevnou stravu podávanou enterálně.

## 5) Strach ze smrti z důvodu vážné diagnózy

**Cíl péče:** - Zabránit u pacientky pocitu strachu a jejím dalším projevům

**Plán péče:**

- věnovat se pacientce i po stránce psychologické
- udělat si čas a dát prostor ke konverzaci
- zdravě pacienta povzbudit a nebrat naději
- sledovat pacientku a její reakce na strach
- sledovat zda pacientka svůj strach nepopírá
- doporučit pacientce, aby neskrývala emoce a strach
- zajistit návštěvy, podpora rodiny
- promluvit s lékařem o sdělení více informací o své dg.
- Přispět k tomu, aby pacientka hovořila o svém strachu
- Dát pacientce prostor aby svobodně a efektivně vyjádřila své pocity

**Realizace:** Snažil jsem se být pacientce stále nablízku v rámci pracovních povinností. Rodina ji často navštěvovala a po odchodu, byla paní M.K smutná a plačtivá. Vedli jsme rozhovor o jejích obavách a doporučil jsem, aby se snažila dát svým emocím a strachu volný průběh a nesnažila se je držet v sobě. Bylo domluveno konziliární vyšetření psychologem. V době hospitalizace měla pacientka možnost přijímat návštěvy během celého dne.

**Hodnocení:** Při konverzaci bylo vidět, že je pacientce lépe a kterákoliv činnost v tomto případě rozhovor, ale i čtení ji krátilo čas a zbavovalo myšlenek na současný zdravotní stav.



## 6) Nedostatek informací v důsledku probíhajícím onemocnění

**Cíl péče:** - pacientka bude mít dostatek informací o svém onemocnění a zdravotním stavu

**Plán péče:** - informovat pacientku v rámci kompetencí  
- doporučit lékaři, aby pacientku více informoval o svém onemocnění a diagnóze

**Realizace:** Při rozhovoru s kterýmkoliv pacientem se setkávám s otázkami na jejich zdravotní stav. Je to pochopitelné ovšem musím si uvědomit rámce svých kompetencí. Ne jinak tomu bylo i v případě pacientky M. K. Ve většině případů, jsem odkazoval na lékaře, jelikož to náleží do jeho odborné kompetence. Při upozornění lékaře na tuto skutečnost, že má pacientka nejasnosti ve své momentální zdravotní situaci lékař neváhal a s ochotou pacientce vše vysvětlil.

**Hodnocení:** Bylo zjevné, že pacientka dostala dostatek informací, které potřebovala. Z čehož plyne, že moje úloha v tomto problému spočívala jen ve zprostředkovateli mezi pacientkou a lékařem. Ovšem nutno podotknout, že ne každou otázku, kterou mi pacientka položila, bylo nutné sdělovat lékaři. I sestra má možnost uspokojit pacienta v mnoha otázkách na které se zeptá. Tento cíl byl úspěšně splněn.

## 7) Osamělost z důvodu hospitalizace

**Cíl péče:** - Vyjádření pacientky z uspokojení, z návštěv a jiných intervencí, které ji pomohou překonat osamělost  
- pacientka se necítí osaměle

**Plán péče:** - Povšimnout si, jak členové rodiny působí na pacientku  
- Komunikovat laskavě, naslouchat

**Realizace:** Možnost celodenních návštěv rodina plně využívá a podporuje ji v touze po uzdravení. Nosí pravidelně denní tisk a knihy na čtení.

**Hodnocení:** Prospěšnost návštěv je bezesporu vysoká. Pacientka se vždy cítí lépe, ale po odchodu jí přijde smutnější, nežli před návštěvou.

### ***3.5 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGÓZY***

#### **1) Riziko vzniku infekce z důvodu op. rány a i.v kanyly**

**Cíl péče:**

- nedojde ke vzniku infekce v důsledku zavedení i.v kanyly
- nedojde ke vzniku infekce v operační ráně

**Plán péče:**

- poučit pacienta o počátečních příznacích infekce
- k invazivním vstupům přistupovat asepticky
- důkladně vést dokumentaci a příznaky včas hlásit lékaři
- změna místa vpichu kanyly (max.72hod.)

**Realizace:** Pacientka byla poučena o riziku vzniku infekce. Vysvětlil jsem počáteční příznaky a požádal jsem ji, aby každý pocit, kdy by nebylo něco v pořádku nahlásila sestře nebo lékaři. Místo vstupu bylo pravidelně převazováno, dezinfikováno a bylo dbáno na průchodnost kanyly.

**Hodnocení:** Cíl považuji za splněný, protože místo vstupu kanyly nejeví místní známky infekce. A objektivně nejsou přítomny ani celkové projevy infekce.

## 2) Riziko trombembolie z důvodu omezení pohyblivosti a op. výkonu

**Cíl péče:**

- pacientka nejeví známky TEN
- včas rozpoznat příznaky TEN

**Plán péče:**

- Provádět preventivní opatření – bandáže DK
- Rehabilitace
- Sledovat příznaky trombembolické nemoci
- Informovat pacienta
- aplikace fraxiparinu

**Realizace:** Pacientku po operaci včas vertikalizovat a zajistit pohyb. Doporučil jsem, aby i při ležení ohýbala nohy a střídavě natahovala DK. Prevencí byl podáván Fraxiparin.

**Hodnocení:** U pacientky M. K se nerozvinuly příznaky trombembolické nemoci. Důkladné bandážování DK, včasná vertikalizace a pravidelný pohyb zajišťují dobré prokrvení DK a působí jako prevence TEN.

### **3.6 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN**

Jak již zaznělo v předchozích kapitolách pacientka M. K, byla přijata k plánovanému výkonu, který se uskutečnil 19. 8. 2008. Po té byla dva dny hospitalizována na JIP.

Po zákroku byl ordinován klidový režim a nic per os. První pooperační den byl dovolen pouze čaj v malém množství do 300ml a zbytek tekutin se nahradil infuzními roztoky. Postupně se přecházelo na tekutiny per os a snižoval se počet infuzí za den. NGS se odstranila 2 pooperační den a přešlo se na dietu 0b (bujón a tekutá strava).

V pravidelných intervalech se podávaly léky tišící bolest, ATB v profylaxi a dále to byl Fraxiparin pro prevenci TEN. Za celou dobu hospitalizace nedošlo k žádným nežádoucím patologickým změnám fyziologických funkcí. Dlouhodobý plán slouží k zaměření na problémy, které se nám nepodařilo vyřešit v aktuálních/akutních ošetřovatelských diagnózách. Zde si můžeme uvést některé dlouhodobé ošetřovatelské cíle:

- Ústup bolesti
- Zabránit dalšímu úbytku hmotnost
- Nepřerušovaný spánek v délce 8 hodin,
- Zabránit komplikacím v hojení operační rány
- Minimalizovat vliv strachu na psychiku pacientky

### **3.7 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO**

Každé vážné onemocnění s sebou nese nejenom zátěž tělesnou, ale i zásah do integrity organismus v podobě psychické zátěže, která velmi často podporuje negativní vliv už tak vážné somatické nemoci. Ve velké míře to je ovlivněno osobností nemocného. Vedle těchto faktorů nesmíme zapomínat na věk. Starší lidé obvykle snášejí hospitalizaci hůře nežli člověk středního věku. To vše vede k **emocionální reakci a obrannému mechanismu...**

**Popření** je jednoduchá obrana, kdy dotyčný nechce uznat nebo vnímat nějakou frustrující skutečnost; zavře před ní oči.

- **Racionalizace** je velmi často používaný obranný mechanismus znamená vysvětlit něco neakceptovatelného, nepříjemného přijatelným způsobem.
- **Percepční obrana** (obrana ve vnímání). Jde o snížení citlivosti vůči takovým informacím, o které nestojíme.
- **Reaktivní výtvor** - chování navenek je přesně opačné, než ta reakce, kterou se jedinec pokouší vytěsnit.
- **Projekce**; jedná se o připisování vlastních nepříjemných vlastností nebo emocí druhým lidem.
- **Identifikace** znamená zvyšování si vlastní hodnoty pomocí napodobování jiné osoby s vysokou prestiží.
- **Útěk do fantazie** se projevuje v denním snění, fantazijním prožívání nedosažitelného.
- **Regrese** nastává, když se člověk v situaci frustrace zachová nezralým, již překonaným způsobem.

- **Fixace** je lpění na určitém způsobu reagování, přestože se opakovaně prokáže jeho neúčinnost.
- **Represe** (potlačení) znamená, že znepokojující pohnutky nebo myšlenky jsou odstraněny z vědomí, aby nezpůsobovaly úzkost.
- **Rezignace** a apatie znamená přerušení osobního kontaktu s okolím, vyloučení emoční účasti.
- **Agrese** je napadání zdroje frustrace, snaha dosáhnout svého násilím.
- **Sebeobviňování** je agrese obrácená dovnitř, proti sobě.

### **Fáze odchodu – vyrovnání se s traumatem (Kübler-Ross)**

#### **1) Šok – *uvědomění si existence a závažnosti choroby***

- uvědomění diagnózy
- nemocný obvykle pozná sám: vlastní pocit celkového oslabení a duševního vyčerpání. Změněné chování personálu, příbuzných
- sestry přicházejí na zazvonění později
- vhodné vyhledat pomoc psychologa

#### **2) Popření existence nemoci**

- nemocný radikálně odmítá diagnózu „spletli se“ žádá opakované vyšetření
- nemocný nemyslí na budoucnost, snaží se svoje myšlenky soustředit na nemoc

### 3) **Hněv – zuřivý boj s chorobou**

- nemocný je úzkostný, bojí se smrti, umírání, neví, co ho čeká
- nemocný střídavě bojuje proti nemoci – hledá všemožné léčitele a nové léky, pochybuje o diagnóze
- má vztek „proč zrovna já?“
- ***od personálu vyžaduje toto stádium maximální toleranci a trpělivost***

### 4) **Smlouvání**

- snaha o prodloužení života do určité doby
- nemocný uznal realitu smrti, ale snaží se s ní domluvit

### 5) **Deprese**

- často provázena sociálním odloučením – izolace od lidí, odpoutání od oblíbených činností
- deprese může vyvolat suicidiální myšlenky
- ***člověk v tomto stádiu většinou odchází se strachem***

### 6) **Smíření**

- odevzdání se blížící se smrti
- umírající je klidný, na venek se jeví zlepšení stavu i nálady
- dosažení tohoto stádia je závislé na dosavadním životě pacienta – jak prožil život
- v pozadí často zůstává iracionální naděje na zázrak – ***nikdy ji nemocnému nebrat!***
- k dosažení tohoto stádia může pomoci i přijetí nějaké víry a určitá představa o smrti (Zdroj: přednášky PhDr. M. Kolínové)



Stádia nemusí proběhnout všechna, trvají různě dlouho a mohou se opakovat. Vyrovnání se se smrtí prožívají i příbuzní umírajícího. Vyrovnání může nastat až za několik let. Pacientka M.K si zachovává racionální pohled na celou věc, ale v kombinaci s počínajícími depresemi se projevuje velký strach o život. Při ošetřování spolupracuje s personálem a nejsou s ní žádné problémy. Velkou oporu cítí ve své rodině, která je maximálně nápomocna ve všem co potřebuje. Je připravena udělat vše, co ji pomůže překonat vážné onemocnění. Ze svého subjektivního hlediska na základě komunikace s pacientkou bych pacientku pravděpodobně zařadil do páté kategorie. I když známky izolace a odloučení se mi nepotvrdili. V budoucnu lze očekávat, že se deprese ještě prohloubí a následný vývoj nemoci a psychického stavu je nejistý.

### **3.8 EDUKACE**

Edukace slouží ke zvýšení péče o pacienta a jeho zdravotní stav i mimo nemocniční prostředí. U pacientky s takto závažnou diagnózou bylo nutné edukovat pacientku postupně, již od počátku hospitalizace. Součástí programu byla i edukace rodiny v našem případě se jednalo o manžela a dceru, které jsou nepostradatelnou součástí života M.K

Základním kamenem edukačního programu byl zdravý životní styl, zdravé stravování a fyzická aktivita. Jelikož pacientka rychle zhubla vlivem nemoci, byl jí doporučen vysokoenergetický jídelníček s ohledem na možné zažívací potíže v důsledku špatného trávení těžkých masitých jídel. Dále byla potřeba zvýšit příjem tekutin, kde jsem doporučil minerální vody a čaje. Doporučil jsem paní M.K konzumovat co nejvíce zeleniny a ovoce, které ji dodají potřebné vitamíny v období radioterapie a chemoterapie. Nejlépe v syrovém stavu bez předchozího tepelného upravování.

**Pankreatická dieta:** Stravu je třeba postupně upravovat ve vazbě na stravovací možnosti a aktuální stav pacienta.

Úpravu vždy konzultovat s ošetřujícím lékařem a nutričním terapeutem.

Charakteristika diety: **1)** V prvních fázích po operaci vylučujeme potravu úplně a pacienty živíme pouze nitrožilně (parenterálně).

**2)** V další fázi se pokračuje dle laboratorních výsledků a vyšetření ultrasonografie nebo CT...

**a)** pacienta převádím ne kompletní tekutou výživu do střeva (enterální), kdy se do tenkého střeva zavádí sonda. Délka podávání enterální výživy je individuální – může trvat i několik týdnů.

**b)** Anebo pokud vyšetření prokáží zklidnění zánětu, nezavádí se sonda, ale pacient začíná popíjet čaj po lžičkách. Poté přidáváme do potravy lehce stravitelná

jídla obsahující sacharidy a starší pečivo, med, džem, přesnídávky, bramborovou kaši připravenou s vodou.

V tomto období obsahuje dieta 20g tuku. Podává se podle potřeby 2-3 dny, ale opět je to individuální. Jedná se o dietu kareční (nedostatečnou) a proto je nutná nitrožilní podpora nebo popíjení kompletní tekuté výživy ( sipping – Nutridrink fat free, Nutridrink, Resource, Resource protein, Fresubin).

**3)** Ve třetí fázi zařazujeme bílkoviny – dáváme přednost libovému bílému masu (kuře bez kůže, králík, krůta), nízkotučným mléčným výrobkům. Mléko podle snášenlivosti. Dieta obsahuje 40 g tuku. Je to stále nedostačující dieta a je nutné přidání sippingu.

Pokud se funkce slinivky **břišní upraví k normě**, přecházíme na dietu žlučnickovou 60g tuku, jejímž základem je vyloučení přepalovaných tuků, prorostlého masa, nadýmavých potravin a ostrého koření

Obecně v dietě omezujeme potraviny, které vedou ke zvýšené produkci pankreatické šťávy.

Jídlo by se mělo dělit do více malých dávek

**Doporučuje se snížit množství tuků v dietě, vynechat smažená jídla, majonézy, tučná masa, salámy, tučné mléčné výrobky, alkohol!**

Pokrm by neměl být příliš horký ani studený.

**Zdroj:** *Informace pro pacienty – Nemocnice Na Homolce*

S příslovím kam nemůže slunce musí doktor, jsem pacientce vysvětlil důležitost přiměřené pohybové aktivity v rámci rehabilitace. Pohyb by měl být každodenní s ohledem na akutní potíže spojené s chemoterapií nebo radioterapií. Zdůraznil jsem důležitost pravidelných lékařských kontrol na odborných pracovištích

## **4. ZÁVĚR**

Vyhlídky mé pacientky na uzdravení s diagnózou karcinomu pankreatu nejsou dvakrát příznivé. Důvod je zřejmý z výše popsaných faktů. Bylo pro mě důležité, aby se pacientka v nemocnici cítila dobře a neztrácela naději na překonání nemoci. Zároveň jsem dbal na to, abych pacientku příliš nemotivoval a nesděloval příliš mnoho informací. Je důležité uvědomit si své kompetence a rizika, které by mohli vzniknout. Blíže jsem se věnoval 5 dni hospitalizace na chirurgické klinice. K tomuto dni jsem vytvořil ošetrovatelské diagnózy a potenciální diagnózy. Tímto chci poděkovat celému chirurgickému oddělení, stejně jako pacientce jelikož jsem mohl použít její pro zpracování mé bakalářské práce.

## **4. SUMMARY**

Prognosis of my patient with the diagnosis of pancreatic carcinoma is not very good. Reasons are clear considering the above mentioned facts. My biggest priority was for the patient to feel good in a hospital environment and that she will not lose hope for recovery. I was also paying attention to not over motivate her or give her too much information. It's important to realize one's competences and risks that might appear. I took a closer look at the 5th day of her hospitalization at a surgical clinic. For this day I created nursing and potential diagnosis. This way I would like to thank the whole surgical ward for cooperation and also the patient for letting me use her case for my bachelor work.

## **Seznam odborné literatury:**

- 1/ Denemark, L.: *Chirurgie pankreatu*. [on-line]. 16.1.2005 Chirurgická klinika 3. LF, Radiodiagnostická klinika 3.LF, 2005. 16. s [cit. 2009-19-04]. Dostupné z: [http://chirweb.cz/index.php?action=article&id=727#sub\\_5](http://chirweb.cz/index.php?action=article&id=727#sub_5)
- 2/ Doenges, E, M., Moorhouse, F, M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. USA Colorado: Grada publish a.s, 2001. 565 s. **ISBN 80-247-0242-8**
- 3/ Elišková, M., Naňka, O.: *Přehled anatomie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. **ISBN 80-246-1216-X**
- 4/ Karásek, P.: *Co potřebujete vědět o nádorech slinivky břišní*. [on-line]. 1.1.2003 (pdf) MOÚ, Brno, 2003. 16. s [cit. 2009-04-04]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/pub/publikace/slinivka.pdf>
- 5/ Klener, P.: *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. 686 s. **ISBN 80-7262-151-3**
- 6/ Koutecký, J. a kolektiv.: *Klinická onkologie*. Praha: Nakladatelství Riopress, 2004. 278 s. **ISBN 80-86221-77-6**
- 7/ Mačák, J., Mačáková, J.: *Patologie*. Brno: Grada Publish a.s, 2004. 347 s. **ISBN 80- 24707853**
- 8/ Mann, M.: *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Přerov: Comers, 1995. 263 s. **ISBN 80-201-0080-6**
- 9/ Petruželka, L., Konopásek, B.: *Klinická onkologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 274 s. **ISBN 80-246-0395-0**

**10/** Rokyta, R., a kolektiv.: *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s.  
**ISBN 80-85866-45-5**

**11/** Skálová, A.: *Obecná patologie nádorů*. [on-line]. 1.11.2005 (doc.) Fakultní nemocnice plzeň, Bory, 2005. 23 s. [cit. 2009-04-04]. Dostupné z:  
[http://www.fnplzen.cz/data/prac/Bory/spau/vyuka/doc/prednasky/vseob/Obecna\\_onkologie.doc](http://www.fnplzen.cz/data/prac/Bory/spau/vyuka/doc/prednasky/vseob/Obecna_onkologie.doc)

**12/** Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J., et al.: *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 361 s. **ISBN 978-80-7262-505-5**

**13/** Šváb, J.: *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. [on-line]. 2002 (doc.) Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002. 6 s. [cit. 2009-04-09]. Dostupné z: [www.cls.cz/dokumenty2/os/t190.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t190.rtf)

**14/** Trachtová, E. a kolektiv.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2003. 183 s. **ISBN 80-7013-324-4**

**15/** Vorlíčková, H., Malá, T.: *Ošetrovatelský proces*. [on-line]. 10. 1. 2003 (pdf.) Masarykův onkologický ústav (MOÚ), 2003. 3 s. [cit. 2009-05-04]. Dostupné z:  
[http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska\\_proces.pdf](http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska_proces.pdf)

## Seznam zkratek:

<b>AA</b>	alergická anamnéza
<b>BM</b>	buněčná membrána
<b>BMI</b>	body mass index
<b>Ca</b>	karcinom
<b>CCK</b>	cholecystokinin
<b>CT</b>	computer tomography
<b>DF</b>	dechová frekvence
<b>Dg</b>	diagnóza
<b>DK</b>	dolní končetina
<b>DM</b>	diabetes melitus
<b>ERCP</b>	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
<b>EUS</b>	endoskopická ultrasonografie
<b>FA</b>	farmakologická anamnéza
<b>GA</b>	gynekologická anamnéza
<b>GIT</b>	gastrointestinální trakt
<b>i.v</b>	intravenózní
<b>LU</b>	lymfatické uzliny
<b>NGS</b>	nasogastrická sonda
<b>NMR</b>	nukleární magnetická resonance
<b>NSA</b>	nesteroidní antiflogistika
<b>NÚ</b>	nežádoucí účinky
<b>OS</b>	osobní anamnéza
<b>pH</b>	záporný, dekadický logaritmus vodíkových iontů
<b>PMK</b>	periferní močový katétr
<b>PŽK</b>	periferní žilní katétr
<b>RA</b>	rodinná anamnéza
<b>SA</b>	sociální anamnéza
<b>s.c</b>	subcutálně

<b>SpO2</b>	saturace kyslíku ve tkáni
<b>TEN</b>	trombembolická nemoc
<b>TF</b>	tepová frekvence
<b>TK</b>	krevní tlak
<b>TNM</b>	klasifikační systém nádorů
<b>USG</b>	ultrasonografie
<b>UPT</b>	umělé přerušování těhotenství
<b>VCI</b>	vena cava inferior
<b>v.s</b>	velmi suspektní
<b>WHO</b>	světová zdravotnická organizace



## **Seznam obrázků:**

Obrázek č. 1: Anatomie pankreatu

Obrázek č. 2: Langerhansovy ostrůvky

Obrázek č. 3: Inzulín

Obrázek č. 4: Žlučník a žlučové cesty

Obrázek č. 5: Cytologický nále

Obrázek č. 6: Histologický nále

Obrázek č. 7: Detail duodenojejunoanastomózy

Obrázek č. 8: Vizualní a analogová škála bolesti

## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 2: Norton score

Příloha č. 3: Hodnocení nutričního stavu

Příloha č. 4: Ošetrovatelská dokumentace

## **Seznam tabulek:**

Tabulka č. 1: Osobní údaje

Tabulka č. 2: Tělesný nález

Tabulka č. 3: Biochemie

Tabulka č. 4: Krevní nález

Tabulka č. 5: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha číslo 1.

**Barthelův test základních všedních činností**  
(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: MÁRIA KOMPAŘIKOVÁ

Datum narození pacienta (věk): 55, 18.3.1953

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: [http://is.muni.cz/th/174363/pdf\\_b/Pr.\\_c.\\_2\\_Bartheluv\\_test.doc](http://is.muni.cz/th/174363/pdf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc).

## Příloha číslo 2.

### Norton score

Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
	úplná	4 <10	4 normal.	4 žádné	4 dobrý	4 bdělý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
	částečně	<30	3 alergie	3 DM TT	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprov.	3 částečně	občas	3
	omezená	3 <60	2 vlhká	2 anemie kachexie	špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 omezená	3 převážně moč	2
	velmi	<60	1 suchá	1 trombóza, obezita	2 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 velmi	moč, stolice	1
	omezená	2		karcinom	1			omezený	2	
	žádná	1						žádná	1	

Zdroj: <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

## Příloha číslo 3.

### Hodnocení nutričního stavu

	0 bodů	1 bod	2 body	Hodnocení
BMI pacient mladší než 70 let pacient starší než 70 let	> 20,5 > 22	18,5 - 20,5 20 - 22	< 18,5 < 20	
Nechtěné zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dále hubne	< 5 kg	5 – 10 kg	> 10 kg	
Celkový příjem stravy za den (zlomkem obvyklého množství)	> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 – 1/4	
<b>Součet bodů = celkové skóre nutričního stavu / Skóre 2 body a více: kontaktuj nutričního terapeuta <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne</b>				

Zdroj: <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

**Příloha číslo 4.**

strana 1.

**Ošetřovatelský záznam**

---

Jméno a příjmení : MÁRIA KOMPAŇKOVÁ  
Věk : 55 let  
Vyznání : NEUDÁVA  
Povolání : DELKICE  
Národnost : ČESKÁ  
Osoba, kterou lze kontaktovat : MANŽEL, DEENA, SYN  
Oslovení : PANI KOMPAŇKOVÁ

Datum přijetí : 18.8.2008  
Hlavní důvod přijetí : CA CAPITIS PANCREATIS, PLÁNOVANÁ OPERACE  
Datum a kam propuštěn : .....

Lékařská diagnóza:  
1. CA CAPITIS PANCREATIS INOPERABILIS  
2. LYMPHADENOPATHIA PARAAORTALIS  
3. ICTERUS OBSTRUCTIVUS  
4. ....

Jak je nemocný informován o své diagnóze? PLNĚ

Osobní anamnéza : 1982 TBC, Apendektomie 1990, KLIŠTOVÁ ENDOFALITIDA  
BĚŽNĚ NĚJSKÉ KETOCI, ČASTĚ PŘI ROZDÍL STŘÍMAKĚ BOLESTI  
BĚŽNĚ ST.P. ERCP ET DBE - ORGUS KOLIKI, DM - NE

Rodinná anamnéza. OTEC ZEMŘEL V 61 LETECH, MATKA DOŠLA ŽÍZE NA  
UKRAJINĚ, RODIČŮV KETOCI, NEVĚSTĚ, DEENA I SYN JSOU ŽIVÍ

Vyšetření TK, KO, INTERV. MĚŘENÍ KTG S+P, KARDIOPULMONÁLNÍ  
KOMPLEXNÍ VĚŠENÍ  
KONVULSIVNÍ VĚŠENÍ: ZVÝŠENÁ REAKTIVNÍ DEPRESE

Terapie. 20.8.2008 LAPAROTOMIA EXPLORATIVA, REVISIO, EXTIRPATIO AD MISTOL.  
DRAIV, FRAXIPARIN, PMK, INFUZE, DIETA, RHE, PĚK  
TRAMAL, ALGIFER, FRAXIPARIN, RAMISAN, ROBYPHOL  
NUTRALPID, CIPRINOL

Důležité informace o stavu nemocného: VIZ. BE PRÁCE

.....

.....

.....

**Alergie :** jídlo Ne  **Ano** pokud ano, které LÍŠKOVĚ ORĚŠKŮ  
léky Ne  **Ano** pokud ano, které .....  
jiné Ne  **Ano** pokud ano, které ML

1



Nemocný má u sebe tyto léky : DOVOŘÁVA OD PESTER

Je poučen, že je nemá brát      **Ano**   **Ne**  
Jak je má brát                      **Ano**   **Ne**

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) ZNAČKOU DEPRESY, KOUKÁM  
VÁLUBNĚM RADOVNĚ 2 VLASTNĚ, ŠKURTĚ A BEZMATEK O SAMOTĚ  
JINAK PACIENTA PŘEĚ ORIENTOVANA, PŘI VĚDOMÍ

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)  
RODINNÝ DŮM, ŽIJE S MANŽELKOU, DEČKOU A ŠKURTĚ

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? OBŤIŽE, BOLEST
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍM
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ČASŤE VŠETNĚ  
NEJLÉPŠÍ
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? MĚŘÍ SE MŮJ PROBLÉM
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? NEBOJÍM SE PROSTĚDÍ NEMA PANA
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? 7-10 DNÍ?
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? NIKDO NEMÍ PŘE ZÁVISLÝ
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? RODINA
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? MAJÍ ŠTĚASTO
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? VŠETKÝ VĚDÍ ANEŽÍ
11. Co děláte rád ve volném čase? ODPOČÍVÁM
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DOUFÁM ŽE DOBRĚ

2

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... STOJÍM V Bolesti NA DRUZE
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... STOJÍM V Bolesti NA DRUZE  
SPOLU S BOLESTI OP. POLE
- Na čem je bolest závislá? .....
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? ODPOČINEK, MĚL JINOU
- Došlo po naší léčbě k úlevě?  Úplně  Částečně  Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ZRUMĚLÉ LEVÁR, KAPÍŠE, OPORNETI MEDIKACI

Hodnocení sestry: Medikace dobře tuří projev bolesti  
Pacientova bolest zmiana podle potreby

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... ČASTĚJŠÍ BUDENÍ, PŘERUŠOVANÝ SPÁNEK
- Měl jste potíže i doma?  Ano  Ne
- Usínáte obvykle těžko?  Ano  Ne
- Budíte se příliš brzy?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte..... /
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? ZINOVÁ PROSTŘEDÍ, NĀLAMA
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? NEMA
- Berete doma léky na spaní?  Ano  Ne  
pokud ano, které..... /
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? NĚKDY ANO, 1h.

Hodnocení sestry: Pacienta se MAZÍ PŘISPŮSOVAT ČASU OD.  
Obtíže se spankem nejsou zaviněny, nemá se  
BIT UNAVENÁ NEBO TĚŽE VAM SPAT

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?  Ano  Ne
- Potřebujete pomoc při umytí?  Ano  Ne



- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano  Ne
- Máte obvykle kůži suchou  mastnou  normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?  problém  nemám po koupeli se
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano  Ne  mážu tělo vlněnou
- Kdy se obvykle koupete? ráno  odpoledne  večer je to jedno

Hodnocení sestry: žádný problém

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano  Ne  Nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle?  Ano  Ne při čtení
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?  Ano  Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?  Ano  Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: neschvaluji žádný zřetelný problém

### 4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?  dobrý  vadný
- Máte zubní protézu?  horní  dolní  žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? Ano  Ne   
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano  Ne 
  - pokud vyšší ( o kolik?).....
  - Pokud nižší ( o kolik?)..... 10 kg.....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano  Ne 
  - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... 14 kg..... přibral.....
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano  Ne 
  - Co obvykle jíte?..... všichni.....
  - Je něco, co nejíte? Ano  Ne
  - Pokud ano, co a proč?.....
  - Máte zvláštní dietu? Ano  Ne
  - Pokud ano, jakou?..... Je čas, Polevny.....
  - Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano  Ne
  - Pokud ano, upřesněte.....
  - Co by mohlo Váš problém vyřešit?..... Nevím, upravit stravu?
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano  Ne
  - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? Ano  Ne

Hodnocení sestry: ..... Rozhodl jsem se v krátkém časovém intervalu, zatímka nemocnice ovšem nejsou přítomny

### 5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?  
Zvýšil  snížil  nezměnil
- Co rád pijete? ..... vodu, čaj  
 vodu  mléko  ovocné šťávy  
 kávu  čaj  nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád?.....
- Kolik tekutin denně vypijete? ..... 2,5 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano  Ne

Hodnocení sestry: ..... Dohlédet na pitný režim, pacientka není zatím dehydratována



## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem  
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? 1-2x denně  
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ráno, večer  
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy  
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne  
Pokud ano, co je to? /  
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne  
Pokud ano, jak by se daly řešit? Již druhá den bez stolice

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal/a?.....  
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....  
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?.....  
Hodnocení sestry: /

## 7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal?.....  
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....  
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím  
Pokud ano, zvládnete to?.....  
- Kouříte? 20-25 cigaret / denně Ano Ne  
Pokud ano, kolik?.....  
Hodnocení sestry: Potíže s dechem klesou

### 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano  Ne  
- Svědí Vás kůže? Ano  Někdy

Hodnocení sestry: .....

### 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?  Ano  Ne u stroje  
Pokud ano, co děláte? .....

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano  Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte .....

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?  Ano  Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? .....

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? .....

Hodnocení sestry: .....

### 10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte .....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte .....

Hodnocení sestry: .....

### Různé

- Jakou školu jste ukončil? .....


- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte .....

- Jak velká je Vaše rodina? .....

- S kým společně žijete? .....

- Kdo se o Vás může postarat? .....



Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
22.8.2008	1) - BOLEST - V DŮSLEDKU OP. VTRUHU	- Pacientka unáší zranění - HODUŠKA NA VÁŠ - 2 k.	- LOCALIZOVAT BOLEST - ZUŠKODIT INSTRUMENT - VYČÍT ÚROVEŇ PŮLEHU - DODRŽEVAT FUNKČNOST - SLEDOVAT TAU PACIENTKA VĚTNĚ BOLEST	- DOŠLO K ÚTLUMU BOLESTI	
	2) - Porušená kožní int. - V DŮSLEDKU OP. VTRUHU	- NÁWA SE VADÍ - PE PAINAM	- POSURENĚ STAVU POKRÝVÁNÍ - KONTROLA OP. NÁWH - POUŽÍT VĚTNĚ VTRUHY MATERIÁL	- REKONValescence PROBĚHÁ ŠPĚŠNĚ - NÁWA SE VADÍ DEBILNĚ	
	3) - Porušená spávek - V DŮSLEDKU OEG. PRŮBĚ	- ZPŮSŮBNA T. NEVNOVENĚ DEKONTAMINACE SPAVU - ZAJISTIT POKROUČÍ - ZAJISTIT REORTIVITU SPÁVU	- Pacientka spí v uise 6 hod.	- Po srazuvěz PROBĚHÁ A MUDROVÁNÍ SE DVA PACIENTKA SPAVA DEBILNĚ	
	4) - Změna v PĚTĚ - POTRAH V DŮSLEDKU OPEACE A NEKONTROLNĚ	- ZAJISTIT DOSTATEČNĚ EN. PŘÍJEM - NEODSNE K DALŠÍMU ÚSTAVU INTERDISCIPLIN	- ZAJISTIT STANOVACÍ MĚRKY - SLEDOVAT DEWH PŘÍJEM POTRAH A TĚLUTIV - PAMÁTKOVÁNÍ VĚTNĚ DLE ODBĚRACÍ LEKÁŘE		