

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

Závěrečná bakalářská práce

**Ošetrovatelská kazuistika nemocného
s akutní pankreatitidou**

**Eva Broučková
Bakalářské studium
ošetrovatelství - kombinované**

květen 2006

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Obsah:

1. Úvod	3
2. Klinická část	4
2.1 Charakteristika onemocnění	4
2.2 Základní informace o nemocném	12
2.3 Lékařská anamnéza	12
2.4 Lékařské diagnózy	13
2.5 Diagnosticko-terapeutická péče	14
2.6 Stručný průběh hospitalizace	23
3. Ošetrovatelská část	24
3.1 Ošetrovatelská anamnéza	24
3.1.1 Základní potřeby	24
3.1.2 Psychosociální potřeby	28
3.2 Ošetrovatelské diagnózy	31
3.3 Plán ošetrovatelské péče	32
3.4 Edukace	41
3.5 Závěr a ošetrovatelská prognóza	42
4. Použitá literatura a ostatní zdroje	43
5. Přílohy	44

1.Úvod

Na jednotce intenzivní péče interního oddělení pracuji 4 roky. Naše oddělení je zaměřeno především na péči o nemocné s problémy výživy.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala pacienta s akutní pankreatitidou hlavně pro závažnost tohoto onemocnění, která je dána velmi variabilní etiologií, náročnou diagnosticko – terapeutickou péčí, možností vzniku různých komplikací a problematickým odhadem prognózy. Tím je dána i náročnost ošetrovatelské péče o nemocného s tímto onemocněním.

Pro kazuistiku jsem si záměrně vybrala pacienta, u kterého se jednalo o prvozáchyt akutní pankreatitidy, aby byla patrná změna, kdy člověk z plného zdraví onemocní závažnou nemocí přinášející řadu ošetrovatelských problémů, ať už z oblasti somatických, tak i z oblasti psychosociálních potřeb.

2.Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

Akutní pankreatitida

Charakteristika

Akutní pankreatitida je zánět slinivky břišní charakterizovaný edémem a zánětlivými změnami a provázený náhle vzniklou krutou abdominální bolestí. Pro pokročilé těžké onemocnění je navíc typická nekróza parenchymu s hemoragiemi a dále s nekrózami peripankreatické tukové tkáně (Balserovy nekrózy).

Akutní pankreatitida je časté onemocnění. Incidence je udávána v rozmezí 4,8 - 24,2 onemocnění na 100 000 obyvatel.

Predisponující faktory

Mezi predisponující faktory patří strukturální abnormality duodenální (divertikly, poškození duodena Crohnovou chorobou), biliární (cysty choledochu, sklerozující cholangitida), papilární (dysfunkce Oddiho svěrače) a pankreatické (anulární pankreas, pankreas divisum). Některé léky jsou považovány za etiologické agens, jiné za predisponující moment. Mezi další predisponující faktory patří obezita, diabetes mellitus, těhotenství, hypothyreóza, nefrotický syndrom, vaskulární onemocnění (vaskulitidy, systémový lupus erythematoses), popáleniny, cystická fibróza a některé toxiny. Akutní pankreatitida byla popsána jako komplikace totální parenterální výživy obsahující tukové emulze (avšak pouze u těhotných a u nemocných s Crohnovou chorobou, ne u jiných indikací dlouhodobé parenterální výživy).

Etiologie a patogeneze

Přes mimořádné výzkumné úsilí není etiopatogeneze akutní pankreatitidy beze zbytku objasněna. Důležitou úlohu při jejím vzniku hraje exokrinní sekrece pankreatu. Dojde k samonatravení slinivky proteolytickým enzymem. Bezprostředním spouštěcím momentem je nejčastěji opulentní jídlo anebo alkoholový exces.

Hlavními etiologickými faktory jsou cholelitiáza (30-70% případů) a abúzus alkoholu (až 30% případů). Akutní pankreatitida může vzniknout po tupém traumatu břicha, po ERCP, po abdominálních operacích, vzácně při hyperparathyreóze a jako komplikace hyperlipidemické krize. Akutní pankreatidou se může manifestovat časná fáze karcinomu pankreatu. Akutní pankreatitidu mohou indukovat některé léky (kortikosteroidy, azathioprin, diuretika – furosemid, thiazidy). U malé části akutních pankreatitid (1-2%) se pravděpodobně mohou uplatnit imunohepatologické a alergické mechanismy. Vzácně je etiologické agens infekční. Akutní pankreatitida může být vyvolána očkováním proti spalničkám a zarděnkám. Zhruba v 10-20% případů se příčinu akutní pankreatitidy nepodaří identifikovat (idiopatická pankreatitida).

Patogeneze akutní pankreatitidy zahrnuje tři procesy:

- aktivace pankreatických enzymů a jejich uvolnění do intersticia slinivky
- autodigestce parenchymu těmito aktivovanými enzymy
- vstřebání aktivovaných enzymů a dalších působků do systémové cirkulace a toxické poškození řady specifických orgánů.

Klinický obraz

Hlavním klinickým příznakem akutní pankreatitidy je krutá stálá bolest v nadbříšku, šířící se oběma směry do zad. Bolest je provázena nevolností a zvracením. Na počátku může být průjem, následně se rozvíjí subileózní stav nebo rozvinutý paralytický ileus. V objektivním nálezů je zřejmý dramatický obraz náhlé příhody, celkově těžký stav s hypovolémií a hrozícím šokem. U těžších stavů bývají známky peritoneálního dráždění, plynem rozepjatá klička transverza nebo tenkého střeva. Mohou se objevit červenofialové skvrny na kůži kolem pupku nebo ve slabínách. Již v časných fázích mohou být známky pleurální iritace, je zvýšená pohotovost k trombózám. Mohou být změny na EKG. Dále mohou být přítomny zvýšené teploty a ikterus.

Při nepříznivém průběhu se v další fázi rozvíjí známky orgánového selhání: oběhová nestabilita, renální selhání a respirační insuficience. Nepříznivou známkou je rozvoj diseminované intravaskulární koagulace a krvácení do trávicího ústrojí.

Při příznivém průběhu se třetí nebo čtvrtý den obnovuje střevní pasáž, což se projeví jednorázovou vodnatou stolicí (mobilizace sekvestrované tekutiny do střeva).

Klasifikace a prognostická kritéria

Až dosud žádný navržený klasifikační systém není optimální. Původní klasifikace pankreatitid (1. marseillská klasifikace z roku 1964) rozlišovala akutní, akutní recidivující, chronickou a chronickou relapsující pankreatitidu. Někteří autoři tuto klasifikaci dosud používají. Druhá marseillská klasifikace z roku 1984 člení pouze akutní a chronickou pankreatitidu. V současné době se pro klasifikaci akutní pankreatitidy nejčastěji používá Begerova (ulmská) klasifikace z roku 1985. Výhodou této klasifikace kromě jasného a snadného členění je i skutečnost, že reflektuje i klinický a prognostický aspekt. Tato klasifikace rozlišuje akutní edematózní pankreatitidu (zpravidla s lehkým klinickým obrazem a letalitou 1 - 2%) a akutní nekrotizující pankreatitidu, a to bez nekróz, s pseudocystou, se sterilními nekrózami nebo s infikovanými nekrózami (letalita může dosáhnout až 60%). Atlantská klasifikace z roku 1992 doporučila ataku pankreatitidy považovat za akutní až do případného stanovení diagnózy chronické pankreatitidy.

K posouzení tíže pankreatitidy a odhadu prognózy byla navržena řada schémat. V běžné klinické praxi však využívána ve větší míře nejsou. K jednoduchému odhadu tíže akutní pankreatitidy většinou poslouží C-reaktivní protein v séru a oběhová nestabilita nemocného. Hodnoty amyláz v séru a v moči jsou zcela nevhodné pro posouzení tíže nebo prognózy akutní pankreatitidy.

Přes všechny navržené skórovací systémy a prognózování je třeba konstatovat, že akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění s nejistou prognózou a nepredikovatelnými časnými i pozdními komplikacemi.

Diagnostika

Diagnóza je založena na náhle vzniklé prudké, stálé bolesti břicha (v epigastriu, kolem pupku) a alespoň trojnásobném vzestupu aktivity sérových amyláz. Toto kritérium není zcela spolehlivé, jednak existují jiné stavy bolesti břicha s vysokými hodnotami amyláz, jednak i velmi těžká nekrotizující pankreatitida nemusí mít hodnoty amyláz zvýšeny. Proto v nejasných případech doplňujeme další laboratorní testy a zobrazovací vyšetření. Akutní biliární pankreatitida má zpravidla vyšší sérové hodnoty bilirubinu, laboratorní známky biliární obstrukce, popřípadě dilatované žlučové cesty při ultrazvukovém vyšetření. Odlišení od protrahované biliární koliky s přechodnou hyperamylazémií je mnohdy obtížné. Je-li nemocný laparotomován, je charakteristický nález Balserových nekróz.

Diferenciální diagnóza

Diagnostika akutní pankreatitidy může být velmi obtížná. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit jiné stavy náhle vzniklé bolesti břicha s vysokými aktivitami sérových amyláz, zejména perforovaný peptický vřed, akalkulózní cholecystitidu, akutní hnisavou cholangitidu, infarzaci nebo perforaci střeva. Také akutní apendicitida a mimoděložní těhotenství mohou mít vyšší sérové hodnoty amyláz. Méně často je třeba odlišovat jiné příčiny náhle vzniklé bolesti břicha bez elevace amyláz nebo hyperamylazémii bez bolestí nebo jen s malými subjektivními potížemi nemocného.

Laboratorní diagnostiku může v prvních hodinách onemocnění stěžovat chylózní sérum. Ultrazvukové vyšetření bývá v časně fázi limitováno meteorismem, na CT vyšetření nemusí být morfologické změny v prvních hodinách ještě vyjádřeny. Proto je třeba všítat si i dalších průvodních jevů a známek. Nemocní s akutní pankreatitidou mohou mít kožní barevné změny, mají tendenci k rychlému rozvoji hypovolémie a typická je sekvestrace tekutin do třetího prostoru.

Terapie

Akutní pankreatitida je urgentní, život ohrožující stav, proto musí být léčba zahájena bez prodlev, musí být intenzivní, vehementní a komplexní. Pacient je přijat na jednotku intenzivní péče, kde je možno monitorovat vitální funkce. Je nezbytné, aby byly pro případ potřeby dostupné endoskopické intervence, výpočetní tomografie a invazivní ultrazvukové metody. Prvotní léčebná opatření zahrnují kromě hospitalizace nemocného identifikaci etiologie, odhad tíže choroby, identifikaci rizikových faktorů, zavedení centrálního žilního katétru a stanovení diagnostického a terapeutického algoritmu. U lehkých edematózních pankreatitid většinou postačí úprava hypovolémie a podání analgetik. Těžké pankreatitidy však vyžadují intenzivní komplexní léčbu. Úprava hypovolémie je pro osud pacienta nejdůležitější. Sekvestrace tekutin do třetího prostoru (zejména do střevního lumen) je velká. U mladších a dosud zdravých nemocných se řídíme klinickým stavem a diurézou, u starších osob a nemocných s rizikem srdečního selhání z předávkování infúzemi je třeba měřit tlaky v plicnici v zaklínění (Swanovým-Ganzovým katétre). Měření centrálního žilního tlaku je v takovéto situaci nespolehlivé. Vedle úpravy hypovolémie je třeba provést korekce metabolických poruch. V časně fázi těžké akutní pankreatitidy bývá porucha glukózové tolerance, někdy je třeba přechodně podávat

inzulín. Léčba bolesti je další důležitou součástí terapie. Podáváme spasmolytika a anodyna (fentanyl). Morfin je pro svůj efekt na Oddiho svěrač kontraindikován. Oxygenoterapie je standardní součástí komplexní léčby pacienta v těžkém stavu. K potlačení žaludeční, střevní a pankreatické exokrinní sekrece podáváme i.v. H_2 – blokátory, inhibitory protonové pumpy, somatostatin nebo jeho analogy (oktreotid). Nazogastrické odsávání je indikováno u neztížitelného zvracení, žaludeční atonie a vysokého ileu. Z antibiotik volíme ciprofloxacin nebo cefalosporiny třetí generace pro i.v. podání. Dříve doporučované podání tetracyklinových antibiotik se v současné době považuje za nevhodné. Nutriční podpora je důležitou součástí léčby. Akutní pankreatitida patří mezi stavy s extrémním hyperkatabolismem (klidový energetický výdej může stoupnout až o 70%!). Úplnou parenterální výživu zahajujeme po úpravě hypovolémie, zpravidla druhý nebo třetí den. Pokud je sérová koncentrace triacylglycerolů normální, může totální parenterální výživa obsahovat také tukové emulze. U lehkých forem akutní pankreatitidy obnovujeme perorální příjem potravy mezi 5. až 7. dnem. V druhé fázi těžkých akutních pankreatitid (zejména s komplikacemi – viz níže) po obnovení střevní pasáže může být zahájena enterální výživa nazojejunální sondou. Endoskopická léčba (urgentní ERCP) je indikována u akutní biliární pankreatitidy se zjevnými známkami biliární obstrukce. Je třeba ji provést v prvních 24 hodinách. Peritoneální laváž odstraní z dutiny pankreatický exsudát a další toxické látky, přispěje k ekvilibraci poruch vnitřního prostředí. Velmi důležitá je těsná spolupráce gastroenterologa s chirurgem. Pokud je třeba chirurgická léčba, je velmi důležité její správné načasování. Chirurgická léčba v časně fázi těžké akutní pankreatitidy představuje odstranění nekrotických hmot (débridement) a založení dostatečné kapacitní drenáže (s možností laváží). V minulosti byla zkoušena řada dalších terapeutických postupů, které jsou dnes opuštěné.

V rekonvalescentní fázi po obnovení perorálního příjmu potravy podáváme substituční léčbu pankreatickými enzymy. U nemocných s cholelitiázou je indikována chirurgická anebo endoskopická léčba.

K nejčastějším chybám v terapii akutní pankreatitidy patří podcenění hypovolémie a nedostatečná infúzní terapie v úvodu onemocnění, u komplikovaných akutních pankreatitid přehlédnutí počínajícího renálního selhání a opožděný chirurgický výkon.

Komplikace a jejich terapie

Komplikace akutní pankreatitidy je možno rozdělit na místní a systémové. Mezi místní komplikace patří sterilní a infikované nekrózy, pseudocysta, absces, biliární obstrukce, lokální krvácení, levostranná portální hypertenze, pankreatogenní ascites a pleuritida. Mezi systémové komplikace patří šok, sepse, multiorgánové selhání, diseminovaná intravaskulární koagulace, renální insuficience, respirační dysfunkce, poškození centrálního nervového systému (pankreatická encefalopatie – amentně delirantní stavy), kardiovaskulární komplikace, krvácení do trávicího ústrojí, oční komplikace, nekrózy podkožního tuku a kostní změny.

Nejasnosti panovaly v otázkách terminologie pankreatické tekutinové kolekce. Konference v Atlantě (1992) navrhla následující čtyři definice:

- akutní tekutinová kolekce: tekutiny v pankreatu nebo jeho blízkosti bez identifikovatelné stěny z granulační nebo fibrózní tkáně,
- pseudocysta: kolekce pankreatické tekutiny opouzdřená neepitelizovanou stěnou. Pro její vznik je třeba 4 a více týdnů od vzniku akutní pankreatitidy,
- pankreatický absces: opouzdřená kolekce hnisu (obsahující malé (žádné) pankreatické nekrózy),
- pankreatické nekróza: non-viabilní pankreatický parenchym (v typickém případě spojený s nekrózou peripankreatického tuku). Neměl by se tedy nadále užívat termín „infikovaná pseudocysta“.

Terapie komplikací se řídí typem a tíží vzniklé komplikace.

Prognóza

Akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění. Letalita nekomplikované edematózní pankreatitidy je menší než 2%, letalita komplikované nekrotizující pankreatitidy s infikovanými nekrózami může dosáhnout 60% (a to i u mladých až dosud zdravých nemocných hospitalizovaných na špičkových pracovištích).

(1,3)

Ošetrovatelská péče

Obecně lze říci, že intenzita ošetrovatelské péče o nemocného s diagnózou akutní pankreatitidy závisí na tíži stavu a předpokládaném vývoji choroby a koresponduje s naplánovaným diagnosticko - terapeutickým procesem. Mezi nejdůležitější úkoly sestry patří:

- sledování vzhledu a projevů nemocného
- komunikace s nemocným, shromažďování informací o nemocném
- sledování fyziologických funkcí, stavu vědomí, sledování příjmu a výdeje tekutin a dalších ukazatelů
- plnění ordinací lékaře
- spolupráce při diagnostických a terapeutických výkonech, příprava na jednotlivá vyšetření a ošetření po nich
- odběry biologického materiálu, sledování a předávání výsledků
- aktivní ošetrovatelská péče zaměřená na individuální potřeby nemocného, ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu
- péče o invazivní vstupy, ošetřování ran
- péče o psychickou pohodu nemocného
- spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu – fyzioterapeuti, nutriční terapeuti,...
- vedení dokumentace
- plán edukace nemocného, spolupráce s rodinou

Edukace

Akutní pankreatitida je jednou z možných příčin nedostatečnosti funkce pankreatu. Tím se rozumí nedostatečná sekrece pankreatické šťávy a enzymů v nich obsažených. V některých případech může dojít k postižení vnitřně sekretorické funkce, se vznikem poruchy tolerance glukózy nebo přímo cukrovky.

Při nedostatečnosti zevně sekretorické funkce pankreatu dochází k nedostatečnému rozkladu jednotlivých živin, ve stolici zůstávají polysacharidy, tuky a bílkoviny. Stolica je průjmovitá, při vyšetření v ní lze zjistit zbytky nestrávené potravy. Zároveň dochází k omezenému vstřebání látek s následnou malnutricí. Dojde-li k poruše trávení tuků, vzniká nejen hubnutí, ale také nedostatečné vstřebávání látek v tucích rozpustných. Jedná se především o vitamíny (A,D,E,K). Vápník se váže na tuky a jeho nedostatek v těle vede k osteoporóze. Nedostatečně jsou vstřebávány také další látky, kromě cukrů a bílkovin i vitamín B12, vitamín C, stopové prvky (kobalt, zinek a měď).

Nejdůležitější oblastí pro edukaci nemocného je dieta. Po zklidnění zánětu, kdy je potrava zcela vyloučena a pacient je živen pouze nitrožilně nebo pomocí enterální sondy, začíná pacient nejprve popíjet tekutiny. Poté se pomalu přidává

lehce stravitelná strava s přísným omezením tuků. Stravu je třeba postupně upravovat ve vazbě na stravovací možnosti a aktuální zdravotní stav pacienta. Pokud se funkce slinivky upraví k normě, pacient přechází na dietu s omezením tuků (označována také jako žlučnicková). Jejím základem je vyloučení přepalovaných tuků, prorostlého masa, nadýmavé potravy, např. čerstvé zeleniny, luštěnin, čerstvého pečiva. Sám pacient si musí vyzkoušet po malých dávkách, jaké potraviny a pokrmy bude tolerovat. Přičemž by to měla být strava energeticky plnohodnotná. Základem by měly být sacharidy a to především složené (škroby). Pokud dojde k rozvinutí cukrovky, je nutné příjem cukrů pečlivě kontrolovat podle hladiny krevního cukru. Neznamena to, že u pacientů s cukrovkou nutně snižujeme přísun sacharidů, ale záleží vždy na tom, zda je nutné, aby pacient zvýšil či udržoval hmotnost na stejné úrovni. Jídla by měla být podávána spíše v menších porcích a potrava by měla být řádně rozžvýkána. Jídlo by nemělo být ani příliš horké ani studené. Omezeno by mělo být i kořenění jídel, pití kávy a silného čaje. Podávání tekutin by mělo být odděleno od podávání tuhých potravin. Množství tuků se pohybuje podle tíže zánětu, přednost by měly mít rostlinné tuky v čerstvé formě. Množství bílkovin závisí na nutričním stavu pacienta, přednost mají lehce stravitelné bílkoviny, především mléčné výrobky, libové maso, drůbež a ryby. Pokud k dostatečné výživě pacienta nestačí dieta, kterou pacient toleruje, je nutné přidat výživové doplňky do stravy, eventuelně pacienta živit doplňkovou enterální výživou. Často je třeba dodávat pankreatické enzymy a při cukrovce dodávat inzulín.

Součástí diety je i naprosté vyloučení alkoholu. Nepovoluje se ani víno či pivo. Pokud má nemocný problémy s alkoholem, je vhodné protialkoholní léčení, které často vyžaduje resocializaci a tedy spolupráci s příslušnými institucemi.

K dalším doporučením patří i omezení kuřáctví, ať už se jedná o aktivní kouření tabákových výrobků nebo pasivní pobyt v prostředí kuřáků.

Edukace je nezbytnou součástí terapeutického procesu u nemocného s akutní pankreatitidou v rekonvalescentní fázi nebo při mírnějších formách této nemoci. Na edukaci se podílí celý zdravotnický tým, přičemž prvotní informace by měla vzejít od lékaře, na kterého by měla navazovat spolupráce nutričních terapeutů a ošetřovatelského personálu. Nezbytná je spolupráce ze strany nemocného, popř. i zájem ze strany rodiny spolupodílet se na tomto procesu. Edukace je zaměřena především na spolupráci v léčebném režimu a minimalizaci možných příčin pro znovuzplanutí této choroby.

Během ošetřování i samotné edukace nesmíme opomíjet psychickou pohodu nemocného. Léčba může být dlouhodobá, možný je i zvrát v chronicitu onemocnění a to může nemocného psychicky vyčerpávat. Je proto nutné sledovat i psychický stav pacienta, přistupovat k jeho potřebám individuálně, respektovat jeho projevy, snažit se s ním i jeho rodinou navázat vhodný kontakt pro vzájemnou spolupráci a hledat přiměřené způsoby relaxace a vhodné činnosti pro volný čas.

(4,6)

2.2 Základní informace o nemocném

Pan Ing. Š. byl přeložen na jednotku interní intenzivní péče z chirurgické jednotky intenzivní péče pro akutní pankreatitidu dne 29. 11. 2005. O pana Ing. Š. jsem se starala od 29. 11. 2005 do 3. 12. 2005. O spolupráci jsem ho požádala hned v den přijetí a pan Ing. Š. neměl námitek. Posléze jsem navázala kontakt i s rodinou nemocného.

Osobní údaje

Oslovení: Pan Ing. Š.

Rok narození: 1949

Trvalé bydliště: Praha

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní

Vzdělání: vysokoškolské

Povolání: dříve finanční poradce, nyní bezpečnostní technik (částečný úvazek)

Národnost: česká

Stav: rozvedený

Kontakt: přítelkyně paní K.

2.3 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění: Přeložen po domluvě z chirurgické jednotky intenzivní péče, kde hospitalizován od 23. 11. pro první ataku akutní pankreatitidy. Udává náhle vzniklé bolesti břicha, bez zvracení, neguje abusus alkoholu a dietní chybu. Dříve obtíže se slinivkou neměl. Na chirurgii léčen konzervativně s antibiotiky. Zavedena nasojejunální sonda zapláváním, epidurální katétr pro silné bolesti břicha.

Somatický nález: Při vědomí, kardiopulmonálně kompenzovaný, eupnoe, anikterický, acyanotický, iucidní, zabíhavý – nelze vyloučit zkreslení anamnestických údajů, dif. bolesti břicha nad pupkem, 1. Orientační neurologický nález: zornice isokorické, ameningeální, bez lateralizace, 2. Hlava: jazyk a rty suché, nepovleklé, uzliny nehmatné, 3. Krk: thyr. nehmatné, karotidy bez šelestu, 4. Hrudník: ventilace – dýchání bilaterálně s chrůpky bazálně, krepitus dif., 5. Oběh: akce srdeční pravidelná frekvence 96/min., TK 125/70, bez šelestů, 6. Břicho: nad niv., napjaté, vzedmuté, meteoristický poklep, peristaltika +, játra a slezinu nehmatám, Tapottemen negativní bilaterálně, 7. Končetiny: bez otoků a známek zánětu.

Invazivní vstupy: kontinuální epidurální katétr (28. 11), nasogastrická sonda (23. 11), nasojejunální sonda (28. 11), permanentní močový katétr (č.16, 23. 11), centrální žilní katétr (trojcestný vs. Truncus brachiocephalicus, 23. 11)

EKG: sinusový rytmus, pravidelný fr. 108/min, ZV 4, PQ 0,14, QRS 0,09, ST-T iso, bez akutních ložiskových změn

Anamnéza: U nás poprvé. Osobní anamnéza: s ničím se neléčí, sledování interních onemocnění neguje, úrazy a operace 0, běžné dětské nemoci. Rodinná anamnéza: otec v 71 letech stáří, matka v 68 letech stáří, bratr zdrav. Psychosociální anamnéza: finanční poradce, přivydělává si jako bezpečnostní technik, rozvedený, žije s přítelkyní, dvě děti zdravé.

AA: neudává

Farmakologická anamnéza: 0

Abusus: kouří 10-20 cigaret denně od 41 let, pivo v průměru 3 denně, někdy tvrdý alkohol.

2.4 Lékařské diagnózy

Akutní pankreatitida nejasné etiologie –toxonutritivní?

Obezita

Nikotinismus

2.5 Diagnosticko – terapeutická péče

2.5.1 Fyziologické funkce

Fyziologické funkce byly u pacienta sledovány téměř nepřetržitě, byl napojen na monitor. Hodnoty základních fyziologických funkcí jsou na našem oddělení zapisovány do dokumentace denního záznamu při stabilizaci stavu po jedné hodině. V následující tabulce je uvedeno rozmezí hodnot fyziologických funkcí v jednotlivých dnech, kdy jsem pacienta ošetřovala.

DATUM	TK	TF/min	Sat. O ₂	TT/C°
29. 11.	130-165 / 85-100	90-110	93-96%	37,0-37,8
30. 11.	140-180 / 75-100	80-110	95-99%	37,1-37,6
1. 12.	135-165 / 75-90	75-105	95-99%	36,5-38,0
2. 12.	125-160 / 60-90	70-100	95-99%	36,5-38,5
3. 12.	125-155 / 70-90	75-95	97-99%	36,5-38,0

Dále byl u pacienta denně měřen centrální žilní tlak. Pohyboval se v rozmezí od +4 do +12 cm vodního sloupce. Od druhého dne byl měřen nitrobřišní tlak cestou PMK, hodnoty kolísaly od +12 do +17 cm vodního sloupce.

Na našem oddělení také sledujeme podle možností hmotnost pacientů v pravidelných intervalech dle přání lékaře. Hmotnost Ing. Š. se během těchto pěti dní výrazně neměnila. Pohybovala se kolem 105 kg, přičemž výška byla 185 cm.

Stav vědomí

Při příjmu byl pacient při vědomí, plně orientován, snažil se spolupracovat, ale jeho psychomotorické tempo bylo zpomalené zřejmě již stávající analgosedací. Na některé otázky nedokázal konkrétně odpovědět, snažil se vyhnout tématu. O přechodných amentních a delirantních stavech v nočních hodinách byla již zmínka v překladové zprávě z chirurgie. Na našem oddělení se tyto stavy opakovaly i přes zavedenou terapii, ale pacient se dal snadno uklidnit během rozhovoru.

2.5.2 Laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření:

DATUM	29. 11. 17:00	30. 11. 7:00	1. 12. 7:00	2. 12. 7:00	3. 12. 7:00	NORMA
Glykémie	9,8	15,1		8,1		3,7-6,4 mmol/l
Urea	7,5	7,1	6,0	7,4	6,7	2,5-8 mmol/l
Kreatinin	102	79	79	80	77	60-110 µmol/l
K.močová		275		244		160-350 µmol/l
Na	145	146	143	141	141	137-144 mmol/l
K	3,4	4,2	3,8	3,6	4,2	3,6-4,9 mmol/l
Cl	100	109	110	108	110	97-108 mmol/l
Ca	2,23	2,18	2,14	2,09		2,2-2,6 mmol/l
P	1,07	0,78	1,23	1,40		0,6-1,65 mmol/l
Fe		5,8		6,8		4,0-30,0 µmol/l
Transferin		1,5		1,30		2,0-3,4 g/l
Bilirubin	25	42	45	32		5,0-20 µmol/l
ALT	0,55	1,40	2,26	1,86		0,25-0,75 µmol/l
AST	0,71	2,51	2,8	1,67		0,3-0,75 µmol/l
ALP	1,40	2,6	2,9	2,60		0,6-2,6 µmol/l
GMT	3,21	11,43	16,79	13,07		0,1-0,9 µmol/l
AMS – S	0,82	2,06	1,46	1,39	1,58	0,22-0,88µkat/l
AMS – U	1,80		3,4	3,4	10,80	0,0-5,8µkat/l
CRP	374	264,6	154,7	200,1	275,4	0,0-3,0 mg/l
Bílkovina		61		59		65-82 g/l
Albumin	30,9	29,6		26,4		36-53 g/l
Prealbumin		0,04		0,06		0,18-0,4 g/l
Triglyceridy		3,4		3,5		0,7-1,9 mmol/l
Cholesterol		3,0		3,4		3,6-5,2 mmol/l
Ferritin		>2000		>2000		13-660 µg/l

Z biochemických vyšetření byly patrné vysoké hodnoty amyláz, CRP potvrzující diagnózu akutní pankreatitidy. Dále byly sledovány především hodnoty iontů (příčemž kalium bylo hrazeno v infúzní terapii), hodnoty urey a kreatininu pro zhodnocení renálních funkcí, hodnoty jaterních testů, hodnoty kalcia a fosforu a další elementy pro nutriční screening. Patologické hodnoty jsou v tabulce zvýrazněny tučně. Glykémie byla kontrolována několikrát denně pomocí glukometru a podle zjištěných hodnot byla korigována dávka kontinuálně podávaného inzulínu.

Astrup:

DATUM	1. 12. 7:00	2. 12. 7:00	NORMA
p-pH	7,480	7,470	7,36-7,44 logmolc
p-pCO ₂	4,39	4,30	4,8-6,4 kPa
p-pO ₂	7,55	7,77	9,5-14,0 kPa
p-Base Exces	2,0	0,8	-2,3-2,3 mmol
p-akt.HCO ₃	24,20	23,10	20,10-26,0 mmol
p-stand.HCO ₃	26,00	24,90	20,10-26,0 mmol
p-sat.O ₂	91,3%	91,7%	95,0-98,5%
*	kapilára	artérie	

Ve vyšetření krevních plynů byly mírné odchylky od normy.

Hematologické vyšetření:

FW: 30. 11. - 58/90, 2. 12.- 86/98

DATUM	29. 11. 17:00	30. 11. 7:00	1. 12. 7:00	2. 12. 7:00	3. 12. 7:00	NORMA
Leuko	23,7	24,1	29,2	27,1	25,2	3,9-10,0x10 ⁹ /l
Ery	4,40	4,13	4,18	3,97	3,88	3,6-5,9x10 ¹² /l
Hb	140	139	139	136	130	120-172g/l
Htk	0,443	0,408	0,408	0,393	0,381	0,34-0,5
Obj.Ery	100,7	98,7	97,7	99	98,1	84-105fl
b.konc.	0,32	0,34	0,34	0,35	0,34	0,3-0,37
Trombo	264	265	309	284	290	150-400x10 ⁹ /l

V krevním obraze byla patrná leukocytóza přetrvávající po celou dobu mého ošetřování a spolu s vysokými hodnotami sedimentace svědčila pro probíhající zánět.

Koagulační vyšetření:

29. 11.:	Quick 12,6s	NORMA:	10,5-13,5s
	INR 1,1		0,9-1,26s
	APTT 31,2s		25-35s

Koagulační parametry byly v normě.

Moč chemicky a sediment:

DATUM	30. 11. – 7:00	2. 12. – 7:00	NORMA
pH	8	6	5-7
Bílkovina	0	0	0
Glukóza	2	0	0
Ketolátky	0	0	0
Urobilinogen	2	0	0
Bilirubin	0	0	0
Krev	4	0	0
Sed. – ery	496	-	0-2
Sed. – leuko	11	-	0-4
Sed. – epitelie	2/0	-	0
Sed. – válce	Neg.	-	0
Sed. – bakterie	556	-	0-3500

2.5.3 Diagnosticko – terapeutické výkony:

Nativní snímek břicha a subfrenií 23. 11 (z chir.): Přesvědčivé volné PP není patrné – vzhledem ke krátkému časovému odstupu od začátku klinických obtíží je v případě konzultace postupu vhodná kontrola v kratším časovém odstupu (za 1-2 hodiny).

Ultrasonografie břicha 23. 11 (z chir.): Steatóza jater. V.s. cholecystolithiáza. Malé množství tekutiny na přední renální fascii vlevo jako možná nepřímá známka akutní pankreatitidy. Vlastní pankreas kompletně překryt pneumatosou.

Skiografie hrudníku na lůžku 23. 11 (z chir.): Plicní křídla rozvinuta, přehledný parenchym bez čerstvých ložiskových změn. Zmnožená kresba hilová bilaterálně, bránice výše uložena, hladká, KF úhly volné. Stín srdce a mediastina jsou rozšířeny v.s. jen polohou vleže. CŽK zaveden přes véna jugularis interna vpravo do véna cava superior.

Ultrasonografie břicha 24. 11 (z chir.): Ve srovnání s vyšetřením z 23. 11 progrese množství tekutiny, dnes na obou renálních fasciích, v omentální burze a mezi kličkami v pravém podbřišku.

Skiografie hrudníku 29. 11: Ve srovnání s 23. 11 přetrvává na snímku vleže značně vysoký stav bráničních kopulí. Nasojejunální sonda smotaná v jícnu. Centrální žilní katétr má stejné uložení, končí v pravé síni. Přetrvávají široké hily, v.s. jen relativní při postavení bránice. Rozšíření středního mediastina polohou vleže, čerstvé



ložiskové změny nejsou patrné. Bránice hladká, kř úhly volné, srdce aortální konfigurace, relativně dilatováno polohou vleže a postavení bránice.

Skioskopická kontrola sond a úprava pod skia kontrolou 29. 11: Při nástřiku kontrastní látkou nasojejunální sonda smotaná v jícnu. Byla odstraněna a zavedena pod skiagrafickou kontrolou nová – konec v D4 – zúžení za sondou – v duodenojejunálním přechodu – jako zánětlivá stenóza při pankreatitidě – průtok nasojejunální sondou nutno korigovat. Po domluvě ponechána gastrická sonda.

CT břicha a malé pánve – nativní a postkontrastní vyš. 30. 11: Závěr: CT obraz těžké nekrotizující pankreatitidy s nekrózou žlázy v.s. nad 50% - CT severity index nejméně 8 spíše 10. Mírná difusní parenchymová léze jater. Ateroskleróza. Fluidothorax bilaterálně.

Nativní snímek břicha a laterogram 30. 11: Jednoznačné volné PP neprokazují. Bohatší pneumatóza v průběhu tračniku a ojediněle i v kličkách tenkého střeva, s kratšími hladinkami, zřejmě na reflektorickém podkladě. Střevní kličky nedistendovány. Zbytky kontrastní látky v tračniku po provedeném CT vyšetření. Nutriční sonda kopíruje průběh duodena a končí v duodenojejunálním přechodu.

Ultrasonografie břicha 1. 12: Závěr: Výrazná hepatomegalie při diferenciální lézi jaterního charakteru steatosy, pankreas zvětšený v oblasti těla a kaudy bez patrných ložisek, hlava nepřehledná, suspektní sludge ve žlučniku, jinak normální nález. Celkově horší přehlednost pro nespolupráci.

Gastroskopie a zavedení nasojejunální sondy 1. 12: Závěr: Hiátová hernie s refluxní oesofagitidou III.stupně, duodenogastrický reflux. Zavedena nasojejunální sonda bez komplikací.

Skiografie hrudníku 2. 12: Ve srovnání s 29. 11 se objevuje vlevo nehomogenní zastření s rozšířeným hilem. Bránice hladká, kř úhly volné. Uložení centrálního žilního katétru přes véna jugularis a subclavia je korektní v horní duté žíle. Srdce hraniční velikosti, sytější aorta. Závěr: Bronchopneumonie vlevo s hilovou adenopatií.

2.5.4 Invazivní vstupy:

Z chirurgie byl již zavedený trojcestný centrální žilní katétr (dále CŽK) od 23. 11 cestou vs.truncus brachiocephalicus. Pro opakované febrilní stavy byla na našem oddělení provedena výměna 2. 12 za jednocestnou kanylu cestou v.subclavie dx.

Pro silné neztížitelné bolesti břicha byl pacientovi 28. 11 zaveden na chirurgii epidurální katétr pro kontinuální analgosedaci (dále KEK). Mezi další invazivní vstupy patřila nasojejunální sonda (dále NJS) zavedená taktéž na chirurgii 28. 11 a nasogastrická sonda (dále NGS) z 23. 11 a permanentní močový katétr (dále PMK) od 23. 11.

Při RTG vyšetření bylo 29. 11 odhaleno stočení NJS v jícnu. Proto byla NJS vyjmuta a pod RTG kontrolou zavedena nová. Bohužel nasogastrickou i nasojejunální sondu si pacient omylem vytrhl 1. 12 v ranních hodinách během spánku. Nasojejunální sonda mu byla zavedena znovu pro nutnost pokračování v enterální výživě ještě téhož dne.

Epidurální katétr byl vytažen 3. 12 po postupném snižování terapie analgosedace pro opakované febrilie.

2.5.5 Farmakoterapie

29. 11. 2005

Infúzní terapie: 2000ml FR čistý na 8 hod
2000ml FR čistý na 8 hod
2000ml FR čistý na 8 hod

Kontinuálně: 7,45%KCl 5-8ml/h
40j HMR v 20ml FR – aktuálně dle glykémie

*do KEKu: Fentanyl 2ml+Marcaïn10ml 0,5% ve 20ml FR rychlostí 2ml/h

Injekční terapie: 100ml FR + 40mg Helicid i.v. á 12 hod
Fragmin 5000j. s.c. á 8 hod
Furosemid 20mg i.v. á 6 hod
Tiapridal 1 amp. i.v. á 6 hod
Novalgin 1 amp i.v. při bolesti nebo teplotě nad 38 C° max.
1-4xdenně

Parenterální výživa: Clinomel N6 2000 ml na 24 hod

Antibiotika: Ciprinol 400mg i.v. á 12hod - 5. den
Klion 500mg i.v. á 8hod - 5. den

Perorální terapie: Probi flora tbl 1-0-1 *drceno do NJS

Enterální výživa: Nutrison Standard 20ml/h bez pauzy

Oxygenoterapie: O₂ 1-2 l/min kyslíkovými brýlemi

30. 11. 2005

Infúzní terapie: 2000ml FR + 40ml 7,45% KCl na 8 hod
2000ml FR + 40ml 7,45% KCl na 8 hod
2000ml FR + 40ml 7,45% KCl na 8 hod

Kontinuálně: 7,45%KCl ex
40j MHR v 20ml FR – aktuálně dle glykémie

*do KEKu: Fentanyl 2ml+Marcaïn10ml 0,5% ve 20ml FR rychlostí 2ml/h

Injekční terapie: 250ml FR + 6g Geratamu i.v. á 12 hod
Fragmin 5000j. s.c. á 12 hod
Furosemid 20mg i.v. á 8 hod
Tiapridal 1 amp. i.v. á 6 hod
Quamatel 1amp i.v. á 12 hod
Ubretid 0,5mg i.m. á 24 hod
Dithiaden 1amp. i.v. – 1 hodinu před CT vyšetřením
Novalgin 1 amp i.v. při bolesti nebo teplotě nad 38 C° max.
1-4xdenně

Parenterální výživa: Clinomel N6 2000 ml + 1amp Tracutil+ 1 amp Soluvit+ 1 amp
Vitalipid - na 48 hod

Antibiotika: Ciprinol 400mg i.v. á 12hod - 6. den
Klion 500mg i.v. á 8hod - 6. den

Perorální terapie: Probiflora tbl 1-0-1 *drceno do NJS

Enterální výživa: Nutrison Standard 50ml/h bez pauzy
*před CT vyšetřením podán 1 l kontrastní látky do NJS

Oxygenoterapie: O₂ 1-2 l/min kyslíkovými brýlemi

1. 12. 2005

Infúzní terapie: 2000ml FR + 40ml 7,45% KCl na 16 hod
1000ml FR + 30ml 7,45% KCl 8 hod

Kontinuálně: 40j MHR v 20ml FR – aktuálně dle glykémie

*do KEKu: Fentanyl 2ml+Marcaïn10ml 0,5% ve 20ml FR rychlostí 1ml/h

Injekční terapie: 250ml FR + 6g Geratamu i.v. á 12 hod
Fragmin 5000j. s.c. á 12 hod
Furosemid 20mg i.v. á 8 hod
Tiapridal 1 amp. i.v. á 6 hod
Quamatel 1amp i.v. á 12 hod

Ubretid 0,5mg i.m. á 24 hod
Thiabene 1amp. i.v. ob den
Novalgin 1 amp i.v. při bolesti nebo teplotě nad 38 C° max.
1-4xdenně

Parenterální výživa: Clinomel N6 2000 ml + 1amp Tracutil+ 1 amp Soluvit+ 1 amp
Vitalipid - na 48 hod

Antibiotika: Ciprinol 400mg i.v. á 12hod - 7. den
Klion 500mg i.v. á 8hod - 7. den

Perorální terapie: Probiflora tbl 1-0-1 *drceno do NJS

Enterální výživa: od 5° STOP- NJS ex, po znovuzavedení Nutrison Standard
30ml/h bez pauzy

Oxygenoterapie: O₂ 1-2 l/min kyslíkovými brýlemi

2. 12. 2005

Infúzní terapie: 2000ml FR + 40 ml 7,45% KCl na 12 hod
2000ml FR + 60 ml 7,45% KCl na 12 hod

Kontinuálně: 40j MHR v 20ml FR – aktuálně dle glykémie

*do KEKu: Fentanyl 2ml+Marcaïn10ml 0,5% ve 20ml FR dnes ex

Injekční terapie: 250ml FR + 6g Geratamu i.v. á 12 hod
Fragmin 5000j. s.c. á 12 hod
Furosemid 20mg i.v. á 6 hod
Tiapridal 1 amp. i.v. á 6 hod
Quamatel 1amp i.v. á 12 hod
Ubretid 0,5mg i.m. á 12 hod
Novalgin 1 amp i.v. při bolesti nebo teplotě nad 38 C° max.
1-4xdenně

Parenterální výživa: Clinomel N6 2000 ml + 1 amp Tracutil+ 1 amp Soluvit +1 amp
Vitalipid - na 48 hod

Antibiotika: Ciprinol 400mg i.v. á 12hod - 8. den
Klion 500mg i.v. á 8hod - 8. den

Perorální terapie: Probiflora tbl 1-0-1 *drceno do NJS

Enterální výživa: Nutrison Standard 50ml/h bez pauzy

Oxygenoterapie: O₂ 1-2 l/min kyslíkovými brýlemi

3. 12. 2005

Infúzní terapie: 2000ml FR + 60 ml 7,45% KCl na 12 hod

	2000ml FR + 40 ml 7,45% KCl na 12 hod
Kontinuálně:	40j MHR v 20ml FR – aktuálně dle glykémie
Injekční terapie:	250ml FR + 6g Geratamu i.v. á 12 hod
	Fragmin 5000j. s.c. á 12 hod
	Furosemid 20mg i.v. á 6 hod
	Tiapridal 1 amp. i.v. á 6 hod
	Quamatel 1amp i.v. á 12 hod
	Ubretid 0,5mg i.m. á 12 hod
	Thiabene 1amp. i.v. ob den
	Novalgin 1 amp i.v. při bolesti nebo teplotě nad 38 C° max. 1-4xdenně
Parenterální výživa:	Clinomel N6 2000 ml + 1amp Tracutil+ 1 amp Soluvit+ 1 amp Vitalipid - na 48 hod
Antibiotika:	Ciprinol 400mg i.v. á 12hod - 9. den Klion 500mg i.v. á 8hod - 9. den Tienam 1g v 250ml FR á 8 hod – 1. den
Perorální terapie:	Probiflora tbl 1-0-1 *drceno do NJS
Enterální výživa:	Nutrison Standard 50ml/h bez pauzy
Oxygenoterapie:	O ₂ 1-2 l/min kyslíkovými brýlemi

*přehled jednotlivých léků včetně jejich generických názvů, indikační skupiny a příkladů možných nežádoucích účinků je uveden v příloze č. 1.

2.5.6 Dietoterapie a pohybový režim

Pan Ing. Š. měl povoleno přijímat perorálně pouze tekutiny do 500 ml za den. Energetický přísun i tekutiny byly hrazeny kombinací parenterální a enterální výživy. Na naše oddělení dochází denně nutriční terapeutka, která hodnotí stav energetického příjmu, účastní se vizit, potažmo i rozhodování o nejvhodnějším způsobu výživy, provádí hodnocení stavu výživy a podílí se na edukaci pacientů.

V pohybovém režimu neměl pacient naordinována žádná omezení. Ale vzhledem k diagnóze a obtížím s ní související zůstával první dny převážně v lůžku. Od 2. dne hospitalizace měl zajištěnou rehabilitaci. Rehabilitační pracovníci dochází na naše oddělení 2x denně. Pacient začínal pomalu kondičním cvičením na lůžku

a nácvikem dechové rehabilitace. Již 3. den se pacient pokusil o vertikalizaci u lůžka a chůzi v chodítku. Stav pohyblivosti se postupně rychle zlepšoval. Jinak hybnost pacienta v lůžku byla mírně omezena trvalou monitorací fyziologických funkcí a značným množstvím invazivních vstupů, ale za asistence ošetřovatelského personálu se pacient pohyboval v lůžku dobře. Postupně se naučil i využívat možnosti nastavení lůžka.

2.5.7 Stručný průběh hospitalizace

56 letý pacient byl na naše oddělení přeložen z chirurgické JIP pro prvozáchyt akutní pankreatitidy. Byl přijat k observaci a pokračování konzervativní terapie. Dle CT byla potvrzena diagnóza těžké nekrotické pankreatitidy. Pacient byl plně monitorován, byla zahájena intenzivní infúzní terapie, parenterální i enterální výživa, léčba antibiotiky pro intermitentní febrilie a kontinuální inzulinoterapie pro přetrvávající hyperglykémie. Pro kruté bolesti břicha byl již na chirurgii zaveden KEK ke kontinuální analgetické terapii. Přechodně se objevily amentní až delirantní stavy. Během hospitalizace pacient postupně připustil možnost toxonutritivní složky jako možné příčiny vzniku onemocnění. Zřejmě i pod vlivem tohoto vědomí se snaží spolupracovat během diagnosticko - terapeutického procesu, i během ošetřovatelských úkonů. Vzhledem k vývoji onemocnění byl pacient postupně seznámen s možností dlouhodobého omezení perorálního příjmu a jeho nahrazení enterální výživou. Do plánu ošetřovatelské péče je tedy zahrnuta výhledově i edukace pacienta v oblasti péče o nasojejunální sondu a nácvik manipulace s enterální pumpou.

3. Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelská anamnéza (ze dne 29. – 30. 11. 2005)

3.1.1 Základní potřeby

Bolest

U pacienta je již při přijetí zavedena terapie analgetiky epidurálním katétrem. V době příjmu bolest neudává, pouze pocit jakéhosi napětí a nepohodlí. Ale udává, že bolesti břicha, které ho přivedly do nemocnice byly opravdu silné až k nesnesení. Nejhorší to prý bylo doma a ještě celou první noc na chirurgii, kdy mu zpočátku nic nezabíralo. Až se zavedením epidurálního katétru a zahájením léčby do páteře se to velmi zlepšilo a pocítil úplnou úlevu. Občas ještě pocítuje napětí břicha a mírné bolesti při některých vyšetřeních, ale to už se prý dá vydržet.

Z rozhovoru je patrné, že bolest, kterou pacient zažil byla velmi silná (na škále by ji označil klidně nejvyšším stupněm) a že potřeba být bez bolesti je pro něho velmi důležitá.

Dýchání

Pacient je kuřák od svých 41 let, přiznává 10-20 cigaret denně. Netrpí žádným chronickým onemocněním postihujícím dýchací systém a doposud žádné výrazné dechové obtíže neměl. Nyní udává ztížené dýchání od počátku obtíží, kdy byl přivezen na chirurgické oddělení. Objektivně pacient dýchá zrychleně a mělce, saturace kyslíkem je mírně snižena (93-95%). Proto hned při přijetí zahajujeme oxygenoterapii kyslíkovými brýlemi 1-2 l/min. Pacient sám účelově zaujímá Fowlerovu polohu.

Z anamnézy i objektivního sledování jsou patrné rizikové faktory pro možný vznik komplikací. Proto jsem se rozhodla toto riziko zhodnotit a pacient dosáhl v tomto testu 19 bodů, což představuje vysoké ohrožení, viz příloha č. 2.

Hydratace

Před nemocí pacient udává dostatečný příjem tekutin. Doma vypije přibližně 1,5-2 litry tekutin denně. Jedná se především o různé čaje a minerální vody

(ochucené i neochucené). Kávu pije pouze instantní, slazenou s mlékem max. 3x denně. Přiznává se ke konzumaci alkoholu, v průměru 3 piva denně, občas víno nebo destiláty. Toto množství se mu nezdá nijak nadměrné.

Stav hydratace pacienta je při přijetí přiměřený, kožní turgor dobrý, sliznice sice jeví známky dehydratace, ale to je dáno omezeným perorálním příjmem již z chirurgického oddělení. Přísun tekutin je zajištěn intenzivní infúzní léčbou. Pacient si je infúzní léčby vědom, ale přesto udává silný pocit žízně. Je poučen o omezení perorálního příjmu, tekutiny má k dispozici na stolečku, ale zpočátku bude nejspíš nutná dopomoc ošetrovatelského personálu vzhledem k ochraně nasogastrické a nasojejunální sondy proti jejich nechtěnému vytažení.

Výživa

Doma jedl pacient bez jakéhokoliv omezení. Podle jeho slov má rád dobré jídlo a nikdy ho nenapadlo se v ničem omezovat, ať už je řeč o množství, skladbě nebo časovém rozložení jednotlivých jídel. Je zvyklý stravovat se různě, není nijak náročný. Snídá většinou doma, i když ne zcela pravidelně. Během dne jí zpravidla v restauracích nebo v bufetech. Večeří většinou doma, přítelkyně mu připravuje teplé večeře. Podle všeho jí většinou rychle připravená jídla, tedy smažená nebo instantní. V jeho stravě je nedostatek zeleniny a ovoce. Celkově jídelníček není příliš pestrý, ale pacient si na nic nestěžuje.

Pan Ing. Š. má prozatím zakázaný příjem potravy perorálně a podle jeho slov ani chuť k jídlu nemá. Jeho energetické potřeby jsou hrazeny parenterální a enterální výživou, která byla zahájena již na chirurgii. Pro podávání parenterální výživy mu byl zaveden CŽK a pro možnost enterální výživy posléze i NJS.

Pacient má horní i dolní snímatelnou zubní protézu, které mu nečiní žádné potíže. Dutina ústní je bez poranění. Poslední návštěvu u zubaře si nevybavuje přesně, ale chodí pravidelně.

Pacient udává hmotnost 105 kg a výšku 185cm. BMI je 30,7 - což už je hodnota pro obezitu. Jeho váha se za poslední léta nemění a pacient má pocit, že je přiměřená. Nikdy se nesnažil zhubnout nebo dodržovat nějakou dietu.

Podle kritérií nutričního screeningu, který není běžnou součástí příjmové anamnézy na našem oddělení, dosáhl pacient 4 body, což udává nutné vyšetření nutričním terapeutem, popř. speciální dietu, viz příloha č. 3. Na naše oddělení dochází dietní sestra denně, propočítává energetické příjmy jednotlivých pacientů,

účastní se vizit, provádí vyšetření metabolickým monitorem a velkou měrou se podílí na rozhodování o způsobu hrazení energetického příjmu u pacientů s různými diagnózami.

Osobní hygiena

Pan Ing. Š. zůstává v lůžku, osobní hygienu sám nezvládne, bude nutná pomoc ošetrovatelského personálu. I na chirurgii byl údajně umýván na lůžku. Pacient vypadá opečovaně, vlasy, vousy i nehty má ostříhané, působí upraveným dojmem. I zubní protézy, které má v ústech, jsou čisté. Jeho pokožka je vlhká a opocená, pacient je intermitentně subfebrilní až febrilní. Z toho se dá usoudit, že nároky na osobní hygienu budou zvýšené a že bude nutné častěji měnit ložní prádlo.

Na horních končetinách má drobné hematomy po opakovaných odběrech krve a zřejmě po aplikaci miniheparinizace. Jinak žádné dekubity či jiné změny na kůži nemá. Podle rozšířené stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dosáhl 21 bodů, což představuje jen střední riziko, viz příloha č. 4.

Z invazivních vstupů narušujících kožní integritu nebo zvyšující riziko možnosti vzniku infekce měl pacient již při přijetí CŽK, KEK, PMK, NGS a NJS. Vizuálně se zdají být tyto vstupy dobře ošetřeny, veškerá krytí a lepení působí čistě.

Co se týče hygienických potřeb, pacient má s sebou veškeré potřeby, na které je zvyklý. Jsou uloženy v jeho nočním stolečku a kdyby něco potřeboval, rodina mu to prý určitě donese.

Vyprazdňování moče

Doma prý s močením žádné obtíže neměl. Neguje i jakékoliv zvláštní zbarvení či zápach moče. Na toaletu chodil tak 6 – 8 denně, podle toho, kolik tekutin vypil.

Při přijetí má již pacient zaveden permanentní močový katétr č.16. Katétr je napojen na sáček pro sledování hodinové diurézy. Moč je ikterická. Na bolestivost či pálení ve spojitosti s cévkou si nestěžuje, ale přiznává, že by byl rád, kdyby ji nemusel mít.

Vyprazdňování stolice

Doma prý problémy s vyprazdňováním neměl. Stolicí mívá jednou za 2-3 dny. Občas má prý po tučnějších jídlech průjmovitou stolicí, ale tomu nepřikládal nikdy velký význam.

Z překladové zprávy je patrné, že během pobytu na chirurgii pacient žádnou stolici neměl. Pan Ing. Š. si sám není schopen vzpomenout, kdy naposledy stolici měl. Snad to bylo ještě doma, ale nedokáže blíže určit ani posoudit, jakého charakteru stolice byla. Pacient není schopen zhodnotit, zda zvládne včas rozpoznat nutkání na stolici. Proto jsme hned při přijetí použili pro jistotu jednorázovou plenkovou podložku. Objektivně má pacient vzedmuté a napjaté břicho.

Odpočinek a spánek

Doma údajně žádné problémy se spánkem neměl. Usíná dobře, po spánku se cítí odpočatě. K vyspání mu stačí 6-8 hodin. Nemá ve zvyku pospávat přes den, ale rád odpočívá především pasivně sledováním televize nebo čtením novin či knížek.

Při přijetí na naše oddělení je vzhledem k analgosedaci a léčbě psychofarmaky těžké posoudit tuto potřebu. Pacient se cítí unaveně, je somnolentní. Na otázku nočního spánku odpovídá váhavě. Přiznává určité stavy popletenosti nebo zmatenosti v nočních hodinách, ale nedokáže si to vysvětlit. To potvrzuje i překladová zpráva z chirurgického oddělení.

Tělesná a psychická aktivita

Doma prý bylo vše v pořádku. Pan Ing.Š. žije v jedné domácnosti se svou přítelkyní. Běžné činnosti zvládá. Chodí do práce, pracuje jako bezpečnostní technik ve firmě na výrobu automobilových součástek na částečný úvazek. Občas se ještě věnuje bývalé profesi finančního poradce, protože ho tato práce baví a doplňuje jeho finanční příjem. Doma pomáhá s domácností, pravidelně navštěvuje rodinu. Rád chodí posedět s přáteli z práce nebo kamarády z okolí svého bydliště. Občas jezdí na chalupu ke známým. Jinak žádné zvláštní záliby nemá, rád čte, sleduje televizi a poslouchá rozhlas.

Nyní pan Ing. Š. působí unaveným dojmem, neustále ho přemáhá spánek. Podle všeho ho vyčerpává sebemenší aktivita. Zvládá pouze pohyb v lůžku, je schopný si něco podat ze stolečku, ale jeho pohyby jsou nejisté, potřebuje pomoc. Během rozhovoru se projevuje zpomalení psychomotorického tempa. Odpovídá celkem přiléhavě, ale je poznat, že některé události z posledních dní hospitalizace si těžko vybavuje nebo je má zkreslené.

Teplo a pohodlí

Pan Ing. Š. není podle svých slov nijak náročný, co se týče tělesného pohodlí. Jeho byt je zařízen docela běžně. Doma je zvyklý spát v dobře vyvětrané ložnici, chlad mu nevadí. S přítelkyní mají každý svůj pokoj, protože údajně hrozně chrápe.

U nás je pacient uložen na moderním polohovatelném lůžku, které je vybaveno antidekubitní statickou matrací. Pohyb v lůžku mu usnadňují postranice v horní části lůžka a také hrazdička. Postranice a nízko nastavená výška lůžka omezují strach z pádu. Vedle lůžka má pacient pojízdný stoleček, ve kterém má uložené své osobní věci, především toaletní potřeby, ale také brýle na čtení a mobilní telefon.

Teplo v pokoji pacientovi vyhovuje, i když jeho pocity jsou v tomto ohledu zkresleny opakovanými stavy febrilií. Jeho lůžko je umístěno u okna a to vnímá velmi pozitivně. Podle potřeby je možné větrat pomocí ventilačních oken. Co pacienta trochu trápí, je oddělení lůžek vertikálními žaluziemi. Má pocit stísněnosti prostoru. Nedokonalé se mu zdá i řešení osvětlení na pokoji, které se mu jeví jako velmi ostré. K lůžkovinám nemá žádné výhrady.

Sexualita

Panu Ing. Š. je 56 let, je rozvedený, ze svého manželství má dvě děti a v současné době žije se svojí přítelkyní. Na spokojenost v oblasti sexuálních potřeb jsem se nedotazovala, ale z běžného hovoru je patrná oboustranná spokojenost v partnerském vztahu. Otázky urologických potíží (např. potíže s prostatou) neguje. Žádných obtíží v tomto ohledu si není vědom.

3.1.2 Psychosociální potřeby

Jistota a bezpečí

Pan Ing. Š. je hospitalizován poprvé v životě. Je to pro něj zcela nová situace a je trochu rozrušený. I když byl seznámen s překladem na naše oddělení, tváří se překvapeně.

Pacient je uložen na 4 - lůžkovém pokoji jednotky intenzivní péče. Hned při přijetí mu bylo poskytnuto signalizační zařízení na dosah ruky pro potřebu přivolání pomoci. Zároveň je ubezpečen o téměř nepřetržitém kontaktu s ošetřovatelským

personálem. Při přijetí je pacient poučen lékařem o důvodu hospitalizace a podepisuje souhlas s ní. Dále stvrzuje podpisem své přání být plně informován o svém zdravotním stavu a jako kontaktní osobu určuje svou přítelkyni paní K.

Soběstačnost

Pan Ing. Š. byl před touto nemocí zcela soběstačný. Byl schopen péče o sebe sama, vykonávat své povolání, starat se o domácnost, podílet se na hlídání vnoučat, podnikat drobné výlety.

Nyní je pacient vlivem nemoci velmi vyčerpán, je unavený, cítí se slabě a utlumeně. Jeho aktivita je omezená. Pacient je ležící, při pohybu v lůžku potřebuje pomoc ošetrovatelského personálu. V Barthelově testu základních všedních činností získal při přijetí 25 bodů, což je stupeň ADL 4 a to je pokládáno za vysokou závislost, viz příloha č. 5. Součástí anamnézy na našem oddělení je také hodnocení rizika pádu. Tohoto pacienta se týkají 4 kritéria zvyšující riziko vzniku pádu, viz příloha č. 6.

Komunikace

S panem Ing. Š. je navázání kontaktu mírně ztíženo vlivem klinických příznaků nemoci a již zavedené terapie. Psychomotorické tempo je zjevně zpomaleno. Pacient odpovídá váhavě a z rozhovoru jsem nabyla pocitu, že se vyhýbá konkrétním odpovědím na některé otázky. Vypadá to, že si zcela nevybavuje veškeré události z předešlých dní.

Komunikace je i mírně zhoršena přítomností sond v nose a nosohltanu a omezením perorálního příjmu. Špatně se mu mluví. Jinak není patrná žádná komunikační bariéra, pacient dobře slyší i vidí, nemá žádnou vadu řeči. Jen na čtení a psaní potřebuje brýle.

Pacient budí dojem inteligentního člověka. V běžném životě je zvyklý používat mobilní telefon i počítač ke své práci i obyčejné osobní komunikaci. Je zjevné jeho vysokoškolské vzdělání, má ohromný přehled a je patrný jeho zájem o veškeré technické záležitosti.

Informace

Pan Ing. Š. byl již z chirurgie obeznámen se svou diagnózou. U nás mu je při přijetí vše znovu vysvětleno přijímajícím lékařem i vedoucím lékařem našeho

oddělení, je poučen o dalším plánovaném postupu v léčbě, kontrolních vyšetřeních a závažné prognóze tohoto onemocnění.

Rodina a sociální zázemí

Pan Ing. Š. žije v bytě panelového domu spolu se svojí přítelkyní. Společně žijí již pět let, i když se znají mnohem déle. Je rozvedený, se svou bývalou ženou se nestýká, ale z manželství s ní má dvě dospělé dcery. Obě už mají vlastní rodiny s dětmi. S nimi se vídá celkem pravidelně, hlavně o víkendech, vzájemně se navštěvují, ale jeho novou partnerku netolerují.

Duchovní potřeby

Pan Ing. Š. nevyjádřil příslušnost k žádné církvi, ale s humorem říká, že věří jenom sám sobě. V jeho životě je prý důležitá rodina a práce. A i když připouští nějaké chyby v životních rozhodnutích, nyní je se vším spokojený. A jelikož se hodně zajímá i o celospolečenské dění, dodává, že život byl dříve jednodušší a vyjadřuje nesouhlas s dnešní uspěchanou dobou.

3.2 Ošetrovatelské diagnózy (29. 11. 2005)

*Akutní bolest břicha způsobená základním onemocněním projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta

*Nedostatečná ventilace způsobená celkovým stavem pacienta projevující se klidovou dušností

*Porucha termoregulace způsobená probíhajícím zánětlivým onemocněním projevující se opakovanými stavy hypertermie

*Alterace kognitivních funkcí vlivem nemoci a terapie projevující se změnami v chování (zkreslené vnímání, porucha novodobé paměti, nesoustředěnost, neklid, úzkost)

*Porucha střevní pasáže daná základním onemocněním projevující se sníženou peristaltikou, zácpou, meteorismem a bolestmi břicha

*Snížená aktivita a soběstačnost v souvislosti s únavou a celkovou slabostí projevující se deficitem sebepěče a pohybovou pasivitou pacienta

*Strach z plánovaných vyšetření a některých ošetrovatelských úkonů projevující se nervozitou a verbálním vyjádřením obav

*Riziko poruchy výživy z důvodu základního onemocnění a změny způsobu hrazení energetického příjmu

*Riziko vzniku infekce vzhledem k četným invazivním vstupům a snížené imunitě

*Porucha sebepojetí způsobená změnou životní situace a změnou plnění dosavadní role

3.3 Plán ošetrovatelské péče

***Akutní bolest břicha způsobená základním onemocněním projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta**

Cíl: zmírnění či úplné vymizení pocitu bolesti, minimalizace negativního vlivu bolesti na ostatní aktivity, zklidnění pacienta a zmírnění vegetativních projevů bolesti

Plán ošetrovatelské péče: zhodnocení bolesti a účinnosti dosavadní terapie, respektování projevů nemocného, hledání úlevové polohy, zajištění dostatečného odpočinku, identifikace faktorů ovlivňujících bolest, vyzkoušení relaxačních metod a fyzikálních způsobů ovlivnění bolesti, podávání analgetik dle ordinace lékaře, zhodnocení efektu léčby, vedení záznamu v dokumentaci

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient označil prvotní bolest za velmi silnou až nesnesitelnou – stupněm 10 (na škále od 0 do 10). Nyní je jeho bolest snesitelná, označil by ji stupněm mezi 3-5. Ke zhoršení došlo během příjmového vyšetření, kdy byla také krátká pauza v jinak kontinuální analgoterapii zavedené již z chirurgického oddělení. Na našem oddělení jsme v této terapii pokračovali, jednalo se o směs Marcainu a Fentanylu podávaného do epidurálního katétru. Pacient byl poučen o této terapii. Bylo mu vysvětleno možné titrování dávky podle jeho subjektivního vnímání bolesti. Během tohoto rozhovoru mu byla podána i informace o nežádoucích účincích těchto léků – především o celkovém tlumivém účinku, který může mít za následek únavu a spavost. Za neoptimálnější polohu určuje pacient sám polohu vleže na zádech. Ke snížení bolestivosti jsme vyzkoušeli i občasné ledování břicha. I přes poučení pacient vyjadřuje strach z bolesti, bojí se dalších vyšetření a ošetrovatelských úkonů, brání se pohybu.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacient je schopen zhodnotit svou bolest, intenzita bolesti kolísá v průběhu dne a v závislosti na různých úkonech, ale charakter je stejný – tupá bolest vyzařující do celého břicha, napětí a vzednutí břicha. Nadále pokračujeme v terapii analgetiky do epidurálního katétru. Tuto léčbu si pacient pochvaluje. I v chování pacienta došlo postupně ke zklidnění a omezení vegetativních projevů. Od 3. dne jsme snížili dávku analgosedace a 4. den byla úplně vysazena. Analgetika jsme poté podávali intravenózně v bolusových dávkách. Příznivou roli zde sehrály i aplikace Novalginu, který byl podáván za účelem

snížení teplot. Po vysazení analgosedace se velmi zlepšil stav vědomí nemocného a tím i kontakt a možnost spolupráce.

***Nedostatečná ventilace způsobená celkovým stavem pacienta projevující se klidovou dušností**

Cíl: obnovení účinného dýchání s normalizací dechových parametrů, omezení rizika vzniku případných komplikací, zajištění dostatečné oxygenace

Plán ošetrovatelské péče: zhodnocení stavu dušnosti a možných příčin, zhodnocení rizika vzniku komplikací, zajištění vhodné polohy pro usnadnění dýchání, oxygenoterapie, nácvik dechové rehabilitace, edukace pacienta v tématu rizikových faktorů (viz příloha č. 2)

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient je objektivně klidově dušný, zaujímá sám účelově Fowlerovu polohu. Vzhledem k nižším hodnotám saturace a celkové vyčerpanosti jsme již při přijetí začali podávat kyslík pomocí kyslíkových brýlí průtokem 1-2 l/min. Do plánu péče jsem zahrnula dechovou rehabilitaci, ve které ho již 2. den edukoval rehabilitační pracovník. Dále jsem ho nabádala k samostatnému nácviku v odpoledních hodinách. Z hodnocení pro ošetrovatelskou anamnézu vyplynulo, že pacient je ohrožen zvýšeným rizikem vzniku komplikací dýchacího systému.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Klidová dušnost byla řešena Fowlerovou polohou a oxygenoterapií v minimální dávce aktuálně dle objektivních ukazatelů i subjektivního hodnocení pacientem. Již 4. den došlo k úpravě dýchání, pacient vydržel bez kyslíku, aniž by se projevila klidová dušnost. K zadýchávání docházelo jen při pohybu, bolestech nebo na podkladě emočního rozrušení. Ale i přes veškerá opatření došlo k rozvoji zánětlivé komplikace 5. den, která byla potvrzena jako diagnóza levostranné bronchopneumonie skiagrafickým vyšetřením. Do dlouhodobého plánu edukace jsem zahrnula i vysvětlení negativního vlivu kouření na zdravotní stav nemocného.

***Porucha termoregulace způsobená probíhajícím zánětlivým onemocněním projevující se opakovanými stavy hypertermie**

Cíl: udržení tělesné teploty v normálních mezích, sledování parametrů souvisejících s tímto stavem (hydratace, ostatní fyziologické funkce)

Plán ošetrovatelské péče: monitorace tělesné teploty a ostatních fyziologických funkcí, sledování adekvátnosti bilance tekutin, pozorování možných příznaků dehydratace, sledování kvality vědomí, stavu pocení, dle lékaře odběry biologického materiálu, podávání antipyretik, popř. antibiotik, využití fyzikálních prostředků pro snížení teploty – ledování, podávání chladnějších tekutin apod., pokrytí zvýšených nároků na hygienickou péči – zejména péče o dutinu ústní, péče o pokožku a častější výměna ložního prádla, podle potřeby zajištění klidu na lůžku, omezení pohybu mimo lůžko, popř. odklad méně podstatných vyšetření až do úpravy stavu

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient byl monitorován téměř nepřetržitě. Tělesná teplota pomocí teplotního čidla a občas pro kontrolu i klasickým rtuťovým teploměrem. Při teplotách nad 38 stupňů Celsia jsme aplikovali intravenózně Novalgin a po vypocení provedli hygienu na lůžku a převlékli ložní prádlo. Pacient měl již z chirurgického oddělení zavedenou antibiotickou léčbu, v níž jsme pokračovali, ale zároveň jsme několikrát odebírali při febrilních špičkách krev na hemokultury a posílali kontrolní stěry k mikrobiologickému vyšetření. Dále jsme dbali na dodržování správných ošetrovatelských postupů a zásad hygienicko – epidemiologického režimu při ošetrování nemocného, zejména při manipulaci s invazivními vstupy. Některé invaze jsme z preventivních důvodů vyměnili za nové. Zvláštní pozornost jsem věnovala oschlé sliznici úst, která byla částečně způsobena i přítomností sond v nose a pacienta nutila dýchat ústy, dále také oxygenoterapií a samozřejmě přítomnými febriliemi. Při vysokých teplotách jsme pro snížení teploty využili i ledování třísel a přikládání studených obkladů na čelo.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Febrilie souvisely se základním onemocněním. Na našem oddělení jsme pokračovali v antibiotické léčbě, která byla měněna podle aktuálních výsledků mikrobiologických vyšetření. Na antipyretickou léčbu Novalginem reagoval pacient dobře. Většinou se během dvou hodin po podání vypotil a došlo k poklesu teploty pod 37 stupňů Celsia. Febrilní stavy se opakovaly zhruba 3x denně a přetrvávaly po celou dobu mého ošetrování. Febrilní stavy nemocného velmi vyčerpávaly, ale po vypocení a následné hygieně s výměnou ložního prádla se cítil lépe. V souvislosti se zvýšeným pocením nedošlo během mého ošetrování k žádnému porušení kožní integrity nebo jiného problému týkajícího se pokožky nebo sliznic.

***Alterace kognitivních funkcí vlivem nemoci a terapie projevující se změnami v chování (zkreslené myšlení, poruchy novodobé paměti, nesoustředěnost, neklid, úzkost)**

Cíl: zlepšení stavu kvality vědomí, plná orientovanost nemocného, zajištění bezpečnosti nemocného

Plán ošetrovatelské péče: pravidelné sledování stavu nemocného, hodnocení kvality i kvantity vědomí, sledování účinků podávaných léků, snaha o reorientaci nemocného, trpělivé vysvětlování – dostatek informací, zabezpečení bezpečnosti nemocného, zvýšený dozor, použití ochranných opatření (postranice, polohovací pomůcky), dohled na dodržování odpočinku, spolupráce s rodinou – dostatek nových podnětů, zadávání jednoduchých úkolů, trpělivé a chápavé jednání směrem k nemocnému

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient byl plně monitorován, průběžně jsme hodnotili stav jeho vědomí ve smyslu kvantity i kvality. Z překladové zprávy jsme byli seznámeni s amentně – delirantními stavy nemocného v nočních hodinách. Už z příjmového hodnocení bylo patrná mírná porucha v kvalitě psychických funkcí. Snažili jsme se o trpělivou komunikaci během anamnézy. Bylo pokračováno v zavedené terapii psychofarmaky (podávání Tiapridalu). Pacient byl úmyslně umístěn na lůžko, které je viditelné přímo ze sesterny. Pacientovi bylo často vysvětlováno současné dění. Lůžko jsme ponechávali co nejnižší pro zvýšení bezpečnosti, dohlíželi jsme na používání postranic a využívali polohovatelnosti lůžka. Pacient byl ubezpečován o stálé přítomnosti personálu a možnosti přivolání pomoci. Během noci jsme častěji sledovali fyziologické funkce a známky zhoršování duševního stavu ve smyslu desorientace, halucinací apod.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacient míval občas mírné poruchy v interpretaci informací o okolí a sobě, byl roztržitý a občas úzkostný. Žádné násilné formy se u pacienta neprojevovaly, nedošlo k žádnému zranění. Jen jednou si pacient v ranních nočních hodinách vytáhl sondy z nosu a ráno po probuzení si to nedokázal vysvětlit. U pacienta byl nutný nadále zvýšený dohled, snaha ho neustále reorientovat, vše trpělivě vysvětlovat. Hodnocení vědomí bylo ztíženo i poměrnou inteligencí nemocného, snažil se vyhybat některým konkrétním otázkám a tématům hovoru.

***Porucha střevní pasáže daná základním onemocněním projevující se sníženou peristaltikou, zácpou, meteorismem a bolestmi břicha**

Cíl: obnovení normálního způsobu vyprazdňování stolice, snížení pocitů napětí břicha a meteorismu

Plán ošetrovatelské péče: podrobná anamnéza vyprazdňování stolice, zhodnocení trvání obtíží a jejich závažnosti, dle lékaře farmakologické ovlivňování střevní peristaltiky

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacient byl vyšetřen lékařem, podle ordinací mu byly podávány probiotika pro úpravu střevní flóry a prokinetika pro zajištění dostatečného střevního pohybu jako prevence vzniku ileózního stavu. Kvůli riziku této komplikace byla prováděna i kontrolní RTG vyšetření (nativ břicha) a byl měřen nitrobřišní tlak cestou permanentního močového katétru. Podle potřeby – při zvýšeném napětí břicha a pocitu silného nadmutí byla pacientovi zaváděna rektální rourka pro usnadnění odchodu plynů.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Dle ošetrovatelské překládové zprávy neměl pacient stolicí 6 dní. Po zavedení terapie probiotiky a prokinetiky došlo 3. den k vyprázdnění. Stolice byla hlenovitá, zelenohnědá. 5. den začínala mít stolice lepší charakter, byl v ní patrný obsah enterální výživy. Tentýž den v podvečer nastala změna vlivem podání kontrastní látky do sondy před CT vyšetřením a navýšením dávky enterální výživy, pacient měl několik průjmovitých stolic. V souvislosti s průjmem se objevil problém i částečné inkontinence stolice, ale dá se předpokládat, že bude otázkou krátkého času, kdy se tento stav upraví. I nadále však zůstává podstatné sledování četnosti a charakteru stolic pro možné korigování množství a druhu enterální výživy.

***Snížená aktivita a soběstačnost v souvislosti s únavou a celkovou slabostí projevující se deficitem sebepéče a pohybovou pasivitou pacienta**

Cíl: zvýšení schopnosti pečovat o sebe sama, zajištění aktivizace pacienta, dopomoc či úplná péče o saturaci základních potřeb nemocného

Plán ošetrovatelské péče: zhodnocení soběstačnosti, určení faktorů omezujících aktivitu pacienta, popř. jejich eliminace, nácvik sebeobslužných činností, zajištění rehabilitace, pomoc při satureování základních potřeb, zabezpečení bezpečnosti pacienta, využití vhodných pomůcek pro usnadnění pohybu

Realizace ošetrovatelského plánu: Pro zhodnocení míry soběstačnosti nemocného jsem použila Barthelův test všedních činností (viz příloha č. 2), ve kterém pacient dosáhl 25 bodů, což vyjadřuje těžkou závislost. Pacient byl unavený a slabý, vyčerpávala ho sebemenší aktivita. Celková osobní péče byla úkolem ošetrovatelského personálu, nemocný byl schopen jen minimální spolupráce. Od 2. dne hospitalizace byla zahájena rehabilitace. Zpočátku se jednalo o nácvik dechové rehabilitace a cvičení v lůžku pro zvýšení výkonnosti. Pacient byl poučen o možnosti využití postranic a hrazdičky při snaze změnit polohu v lůžku. Vzhledem k četnosti invazivních vstupů, nutnosti kontinuální terapie a trvalé monitorace byl pohyb omezen a vyžadoval dohled ošetrovatelského personálu.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacient byl první dny značně unavený, v základních potřebách (hygiena, převlékání, vyprazdňování,...) byl odkázán na péči ošetrovatelského personálu, ale snažil se napomáhat. V rehabilitaci dělal postupně pokroky – již 3. den se pokusil postavit vedle lůžka a udělat pár kroků. Jeho pohyby byly ještě nejisté a velmi rychle se unavil. Velmi rychle se naučil využívat polohovatelné lůžko a jeho příslušenství. V závěru mého ošetřování byl schopný se sám posadit z lůžka a s oporou chodítka ujít pár metrů. Příznivé bylo v tomto ohledu snížení medikace tlumivými léky. Pacient se pak sám snažil být co nejvíce nezávislý. Největší pokrok jsem zaznamenala v oblasti osobní hygieny. Zde se pacient více snažil, protože se před námi styděl. Brzy se také naučil manipulovat s pojízdným stolečkem, jídelní desku využíval pro odkládání brýlí, mobilního telefonu, pití a ostatních drobností. Velmi oceňoval i možnost posazení z lůžka, protože jeho lůžko bylo umístěno u okna a mohl se dívat ven.

***Strach z plánovaných vyšetření a některých ošetrovatelských úkonů projevující se nervozitou a verbálním vyjádřením obav**

Cíl: minimalizace pocitů strachu

Plán ošetrovatelské péče: navázání kontaktu s nemocným, poskytnutí dostatečného množství informací vzhledem k změnám vědomí, opakování a srozumitelné vysvětlení, navázání kontaktu s rodinou – spolupráce s ní

Realizace ošetrovatelského plánu: Během komunikace jsem se snažila nemocnému vše srozumitelně vysvětlovat, dávala jsem mu prostor pro kladení otázek a vyjádření obav, zpětně jsem si ověřovala, zda rozumí podaným informacím. Snažila jsem se, aby veškeré informace byly podávány s předstihem – jaké ho čekají

vyšetření a postupy při ošetřování. V průběhu ošetřovatelské péče jsem s ním neustále komunikovala, abych zvýšila pacientův pocit jistoty a chápání okolního dění. Pokud to bylo možné, snažila jsem se pacienta doprovázet k vyšetřením mimo naše oddělení.

Hodnocení ošetřovatelské péče: Navázání kontaktu s nemocným se zdálo snadné, ale pacient často pozapomněl nebo došlo ke zkreslení některých informací. Bylo nutné vše citlivě opakovat, i když se třeba jednalo o stejné a pravidelné úkony. Hodně mi v tomto ohledu pomáhala rodina, zejména pacientova přítelkyně, která měla zkušenosti s ošetřováním svých rodičů a dokázala nemocnému pomoci pochopit nové informace, probrat s ním nutnost jednotlivých vyšetření a naši účast na péči o něj. Po jejích návštěvách byl pacient vždy klidnější. Projevy strachu se postupně zmírňovaly, pacient se pomalu přizpůsoboval novému prostředí a naučil se důvěřovat personálu.

***Riziko poruchy výživy z důvodu základního onemocnění a změny způsobu hrazení energetického příjmu**

Cíl: nalezení optimálního způsobu hrazení energetického příjmu nemocného

Plán ošetřovatelské péče: zhodnocení současného stavu, sledování laboratorních parametrů výživy, podávání parenterální a enterální výživy podle ordinací lékaře, péče o invazivní vstupy, kterými je výživa podávána – udržovat je bez komplikací (např. neprůchodnost, zinfikování), spolupráce s nutričním terapeutem, sledování hmotnosti nemocného 3x týdně, poučení pacienta o nutnosti pro něj neobvyklého příjmu živin

Realizace ošetřovatelského plánu: Pacientovi byla podána základní informace o nutnosti vyloučení perorálního příjmu potravy. Bylo mu vysvětleno, že smí pouze tekutiny do 500ml za den a vše ostatní bude hrazeno výživou do žilního katétru a do sondy. Do CŽK mu byla podávána parenterální výživa a infúzní terapie pro hrazení potřeby tekutin. Do nasojejunální sondy byl kontinuálně podáván Nutrison, jehož dávku jsme podle tolerance postupně navyšovali. Postupně došlo k zlepšování laboratorních hodnot nutričního screeningu. Váhu si pacient také udržoval. Denně byl přepočítáván jeho energetický příjem nutričním terapeutem a konzultován s lékaři.

Hodnocení ošetřovatelské péče: Parenterální a enterální výživa probíhala u nemocného bez komplikací. Ale vývojem stavu a zjištěním těžkého poškození pankreasu se ukázalo, že zřejmě bude nutné dlouhodobé vyživování nemocného

pomocí enterální sondy. Proto byl do plánu edukace zahrnut nácvik obsluhy enterální pumpy a péče o sondu. Také došlo k rozvinutí sekundárního diabetu a pacientovi musel být podáván inzulin. Pacient byl informován, že možná zůstane závislý na jeho léčbě a bude se muset naučit si ho aplikovat. Během mého ošetřování se postupně zlepšily nutriční parametry. I ve sledování příjmu a výdeje tekutin nemocným byla udržována rovnováha, pacient nejevil známky hyper- nebo hypohydratace.

***Riziko vzniku infekce vzhledem k četným invazivním vstupům a snížené imunitě**

Cíl: nemocný zůstane bez projevů infekce spojených s invazivními vstupy, minimalizace rizika vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče: dodržování aseptických postupů při zavádění nových invazí, pravidelné kontroly a převazy stávajících invazí, sledování správné polohy katétrů a sond, dodržování aseptických postupů při manipulaci s infúzními roztoky a intravenózními léky, pravidelná kontrola močové cévky, důkladná hygiena ústí močové trubice, sledování subjektivních pocitů pacienta, poučení pacienta o významu invazivních vstupů a způsobech péče o ně

Realizace ošetrovatelského plánu: Při manipulaci s invazivními vstupy jsem dodržovala ošetrovatelské postupy a zásady hygienicko-epidemiologického režimu. Průběžně jsem sledovala místa vpichu, ústí sond a močového katétru. Prováděla jsem převazy a výměny krytí a lepení podle zvyklosti oddělení. Dbala jsem o osobní hygienu nemocného. Sledovala jsem subjektivní pocity nemocného. O stavu invazí jsem prováděla zápis do dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Během ošetřování se neobjevily žádné místní komplikace invazivních vstupů. Vzhledem k již probíhajícímu zánětlivému onemocnění byly celkové známky zánětu již přítomny. Některé invazivní vstupy byly preventivně vyměňovány či zcela zrušeny. Pacient chápal nutnost invazí, ale znatelně ho omezovaly v pohybu. Ke konci mého ošetřování byl pacient během dne několikrát odpojován od kontinuální terapie za účelem rehabilitace.

***Porucha sebepojetí způsobená změnou životní situace a změnou plnění dosavadní role**

Cíl: přizpůsobení se novému prostředí a nové roli, zvládnutí náročné situace

Plán ošetrovatelské péče: pochopení závažnosti změny ze strany personálu, respektování projevů a přání nemocného, trpělivá komunikace s nemocným a jeho rodinou, začlenění nemocného do spolupráce v léčebném režimu, postupná edukace nemocného, povzbuzení a plnění nových úkolů

Realizace ošetrovatelského plánu: Snažila jsem se chápat náročnost nové situace nemocného a pomáhala mu přijmout novou roli. Podporovala ho v naději na úplné uzdravení a navrácení se k běžnému životu.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacient se i přes veškerou snahu obává budoucnosti. Špatně snáší závislost na ošetrovatelském personálu, schází mu jeho volnost. Pro vyrovnání se a přizpůsobení nové situaci bude pacient potřebovat více času.

3.4 Edukace

Edukace pana Ing. Š. jsem rozdělila na dvě základní fáze – podle časového horizontu na plán edukace pro časnou fázi onemocnění, kdy byl pacient v závažném stavu a nejdůležitější bylo navázání kontaktu pro spolupráci v diagnosticko – terapeutickém procesu a v průběhu ošetrovatelské péče. Druhou částí byl plán dlouhodobější edukace zaměřené na opatření zabraňující zhoršení základního onemocnění nebo vzniku komplikací a na poučení o veškerých rizikových faktorech ohrožujících nemocného.

Při plánování edukačního programu jsem vycházela z ošetrovatelské anamnézy a z určených ošetrovatelských problémů u nemocného. Edukační plán byl zaměřen na tyto oblasti:

- *informování nemocného o důvodu hospitalizace, plánovaném diagnosticko-terapeutickém procesu, seznámení s chodem našeho oddělení a postupně i se všemi členy zdravotnického týmu
- *návčik sebeobslužných činností, podporování aktivity nemocného, návčik manipulace s polohovatelným lůžkem
- *rehabilitace – dechová a tělesná cvičení
- *možnosti využití volného času, relaxační techniky
- *informace o dietních opatřeních po odeznění nemoci – nutnost dodržování diety s přísným omezením tuků
- *informace o škodlivosti rizikových faktorů – požívání alkoholu, kouření
- *poučení o dietních opatřeních v rámci diabetické diety
- *návčik péče o nasojejunální sondu a obsluha enterální pumpy
- *návčik aplikace inzulínu

Na edukaci se spolupodílel celý zdravotnický tým – včetně rehabilitačních pracovníků a nutriční terapeutky a příjemná byla i spolupráce s rodinou, zejména s přítelkyní nemocného, která ho během hospitalizace velmi podporovala. Pan Ing. Š. se snažil spolupracovat, ale zpočátku popíral skutečnost, že by ke vzniku onemocnění mohl přispět svým dosavadním nezdravým životním stylem, především nadměrným požíváním alkoholu, nevhodnou stravou a kouřením. Až postupem času nám začal nemocný důvěřovat, pochopil vážnost svého onemocnění a přiznal svůj omyl.

3.5 Závěr a ošetřovatelská prognóza

S panem Ing. Š. jsem během ošetřovatelské péče navázala poměrně dobrý kontakt. Pacient se i přes závažnost svého stavu snažil spolupracovat. Již v 5 dnech mého ošetřování dosáhl slušných pokroků v sebepéči, došlo k postupnému zmírňování jeho obtíží a výrazně se zlepšovala i kvalita vědomí. Pacient ležel na našem oddělení 14 dní a ve velmi dobrém stavu byl přeložen na standardní oddělení. Tam pokračovala edukace ve smyslu péče o enterální výživu a aplikace inzulínu, ve které se muselo nadále pokračovat. S tím byl pacient posléze propuštěn do domácího ošetřování. Doposud dochází do naší gastroenterologické poradny na pravidelné kontroly a pokud bude v budoucnu dodržovat léčebný režim, má šanci na úplné uzdravení a návrat k plnohodnotnému životu.

Touto kazuistikou jsem chtěla demonstrovat závažnost onemocnění akutní pankreatitidy, problematiku jejího vyšetřování, léčení a určování prognózy. V ošetřovatelské části jsem chtěl poukázat na náročnost ošetřovatelské péče o nemocného s touto diagnózou a rozmanitost možných ošetřovatelských problémů.

4. Použitá literatura a zdroje

1. Bureš, J., Horáček, J. a kol.: Základy vnitřního lékařství. Praha, Galén 2003, ISBN 80-7262-208-0
2. Doenges, M.E, Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada 1996, ISBN 80-7169-294-8
3. Hoch, J., Leffler, J. a kol.: Speciální chirurgie. Praha, Maxdorf 2001, ISBN 80-85912-44-9
4. Kohout, P. Pavlíčková, J.: Onemocnění slinivky břišní. Čestlice, Nakladatelství Pavla Momčilová 1996, ISBN 80-85936-11-9
5. Staňková, M.: České ošetřovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno, IDVPZ 2000, ISBN 80-7013-323-6
6. Špičák, J.: Onemocnění slinivky břišní – minimum pro praxi. Praha, Triton 2000, ISBN 80-7254-105-6
7. Trachtová, E. a kol: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, IDVPZ 1999, ISBN 80-7013-285-X
8. Pharmindex Breviř. Praha, MediMedia Information s.r.o. 2005, ISBN 80-86336-06-9
9. Rozhovor s panem Ing. Š.
10. Rozhovor s rodinou
11. Pozorování
12. Dokumentace
13. Zdravotnický personál

5. Přílohy

Příloha č.1.:

Přehled léků:

obchodní název	generický název	indikační skupina	nežádoucí účinky
KCl	kalii chloridi 7,5%	kaliový přípravek	hyperkalémie, poruchy nervosval. vedení, srdečního rytmu
HMR	Insulin humanum biosyntheticum	antidiabetikum	hypoglykémie, systémová přecitlivělost
Fentanyl	fentanyli dihydrogenocitras	opioidní anestetikum	zpomalení dýchání a srdeční akce, pokles TK, nevolnost
Marcain	bupivacaini hydrochloridum	lokální anestetikum	poruchy srdečního rytmu, alergická reakce
Helicid	omeprazolom natricum	antiulcerózum	bolest hlavy, poruchy GIT – průjem, zácpa, nauzea
Fragmin	deltaparinum natricum	antikoagulans	krvácivé projevy, alergická reakce
Furosemid	furosemidum	diuretikum	zvýšená pohotovost ke křečím, nauzea, průjem, bolesti hlavy
Tiapridal	tiapridi hydrochloridum	psychofarmakum, atyp. neuroleptikum	ospalost, celkový útlum
Novalgin	metamizolum natri-cum monohydricum	analgetikum, antipyretikum	alergická reakce, hypotenze
Quamatel	famotidinum	antiulcerózum	bolest hlavy, únava, poruchy pasáže, alergická reakce
Ubretid	distigmini bromidum	parasymptomimetikum inhibitor cholinesterázy	svalová slabost, nauzea, průjem
Dithiaden	bisulepini hydrochloridum	antihistaminikum	celkový útlum, anticholinergní účinky, fotosenzitivita
Thiabene	thiamini hydrochloridum	vitamin	reakce z přecitlivělosti – dušnost, pocení, exantém až šokový stav
Geratam	piracetamum	nootropikum	nervozita, agitovanost, třes, poruchy spánku, únava
Ciphin	ciprofloxacinum	chemoterapeutikum	potíže GIT – nauzea, průjmy; projevy CNS – závratě, bolesti hlavy, poruchy spánku
Klion	metronidazolom	chemoterapeutikum	kovová pachut', říhání, nauzea, průjem, bolesti hlavy, pokles v KO, alergická reakce
Tienam	Imipenemum monohydricum	atibiotikum	místní reakce, alergická reakce, nauzea, průjem
Clinomel N6	roztok pro parenterální výživu		febrilie, pocení, nauzea, bolest hlavy, dýchací potíže
Tracutil	koncentrát stopových prvků		alergická reakce
Soluvit	koncentrát vitamínů rozpustných ve vodě		alergická reakce
Vitalipid	koncentrát vitamínů rozpustných v tucích		nejsou známy
Probioflora	probiotikum		nejsou známy
Nutrison Standard	roztok pro enterální výživu - dietetikum		nejsou známy

Příloha č.2.:

Měření rizika komplikací v dýchacích cestách z 29. 11. 2005.

Pan Ing. Š. dosáhl 19 bodů, což je vysoký stupeň ohrožení.

Kritéria	Počet bodů 0 - 3
Ochota spolupracovat	1
Současné plicní onemocnění	0
Prodělané plicní onemocnění	0
Oslabení imunity	2
Orotracheální manipulace	1
Kuřák/pasivní kuřák	3
Bolest	1
Poruchy polykání	1
Pohybové omezení	3
Povolání ohrožující plíce	0
Umělé dýchání	0
Stav vědomí	1
Hloubka dechu	1
Léky tlumící dýchání	3
Dechová frekvence	2
Celkový počet bodů	19

* legenda k tomuto měření – viz použitá literatura a zdroje č. 5.

Hodnocení: 0 - 6 bodů – žádné ohrožení
7 - 15 bodů – ohrožen
15 - 45 bodů – vysoce ohrožen

Příloha č.3.:

Základní nutriční screening - (dle Nottinghamského dotazníku) z 29. 11. 2005.

Pan Ing. Š. dosáhl 5 bodů.

Věk	BMI *	Ztráta hmotnosti *	Jídlo za poslední 3 týdny *	Projevy nemoci	Faktor stresu	
Do 65 let	20-35	Žádná	Beze změn množství	Žádné	<u>Žádný</u>	0
Nad 65 let	18-20 nebo nad 35	Více než 3 kg/ 3 měsíce	Poloviční porce	- bolesti břicha - nechutenství	<u>Střední</u> (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chir.výkon)	1
	Pod 18	3-6 kg/ 3 měsíce, volné šatstvo	- Jí občas - nejí	-zvracení -průjem nad 6x za den	<u>Vysoký</u> (akutní dekomp. onemocnění, rozsáhlý chir.výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP, ARO)	2
Nad 70 let		Více než 6 kg/ 3 měsíce				3

* Nelze-li pacienta změřit a zvážit – 2 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti).

* Nelze-li od pacienta získat informace – 3 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti).

Zhodnocení rizika malnutrice:

0 - 3 body

-bez nutnosti intervence

4 - 7 bodů

-nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta

8 a více bodů

-malnutrice ohrožující život / průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční léčba

Příloha č.5.:

Barthelův test základních všedních činností z 29. 11. 2005.

Pan Ing. Š. dosáhl 25 bodů, což je vysoká závislost.

1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí (napití)	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí (s chodítkem)	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatná nad 50m	15
		S pomocí 50m (s chodítkem)	10
		S pomocí do 50m, na vozíku 50m	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

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

Příloha č.6.:

Rizikové faktory pro vznik pádu - zhodnoceno 29. 11. 2005.

Pan Ing. Š. dosáhl v hodnocení rizika pádu 4 body, což znamená riziko pádu.

Věk 70 let a více	1
Pád v anamnéze	1
Pooperační období (prvních 24 hodin)	1
Závratě	1
Epilepsie	1
Zrakový / sluchový problém	1
Inkontinence	1
Hypotenze	1
Problém s pohyblivostí	1
Dezorientace	1
Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizéry, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)	1
Celkem	4

Hodnocení: 0 - 1 bod - bez rizika vzniku pádu
2 - 11 bodů - riziko vzniku pádu

Příloha č.7.:

Vstupní ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... Ing. Z. Š.

Oslovení..... pane Ing.
Rodné číslo (nevyplňuj)..... * 1949
Věk..... 56 let
Vyznání..... - bez vyznání
Adresa..... Praha 9
Osoba, kterou lze kontaktovat..... příbuzně - paní K.

Pojišťovna..... VZP
Povolání..... bezpečnostní technik
Vzdělání..... Vysokoškolské
Národnost..... česká
Telefon.....

Datum přijetí: 29. 11. 2005
Hlavní důvod přijetí: Akutní pankreatitida

Lékařská diagnóza:

1. Akutní pankreatitida nejisté etiologie
2. Obětná
3. Nilotimismus
- 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? PLNĚ INFORMOVÁN

Osobní anamnéza: Ž NICÍM SE NELEČÍ, LÉČOVANÍ INTERNÍCH ONEMOCNĚNÍ NEBUDE, URÁZY A OPERACE Ž, ŽEJNE ŽEJNE NEMOCI

Rodinná anamnéza: DĚL V 71 LETECH STAŘÍM, MATKA V 64 LETECH STAŘÍM, BRÁTR ŽEJNE

Vyšetření: PŘI PŘÍJMU EKG, V PLÁNU RTG S+P, SONOGRAFIE ŽEJNE, CT ŽEJNE, LAB. VÝŠ - KREV NA KO, BIOCHEMIE,

Terapie: V PLÁNU KONZ. TERAPIE - INFUZNÍ LÉČBA, ŽEJNE A ENT. VÝŽIVA, ATB, ANALGDIKÁLE

Nemocný má u sebe tyto léky

?

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Obecná rizika (zatrhní, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus	ne	/ano	pokud ano, kolik denně..... 10-20	
alkoholizmus	ne	/ano		
drogy	ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....	
alergie :	jídlo	/ne	ano	pokud ano, které.....
	léky	/ne	ano	pokud ano, které.....
	jiné	/ne	ano	pokud ano, na co.....

dekubity (změř) - NORT. 47. 27 bodů
pneumonie (změř) - 19 bodů

Důležité informace o stavu nemocného: pac. má kvalitatívne zmenene vedomi (nemoci a leky), je celkove vyckpany

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? VILNE BOLETI BRICHA
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? ZANET JLINIKY - PO VÍŠLE
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ANO, BTL VJEM CELA ZDRAV
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? UTLEČI ME.
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? NOVA SITUACE - NEZVYKLE, ALE ČEKAM POMOC.
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 1 TYDEN
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? NEVIH, VŠE SI NEPAMATUJI
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANI ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?
upřesněte NEVI, CO ODPOVĚT - JTALE SE ČITI HIZEDNE

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy) 4DL-4 - 25 bodů
UTROKAI ZA'VISLOS T

Komunikace:

- stav vědomí	při vědomí	/sommolence	koma
- kontakt navázán	rychle	/s obtížemi	nenavázán
- komunikace	/bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	/snaha spolupracovat	/nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

ano ne
pokud ano, upřesněte..... BOLEST BRICHA

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

ano ne
pokud ano, upřesněte..... YI2 - NA CHIR. OD PŘIJETÍ
jak dlouho ? OD 23. 11. 05

- Na čem je vaše bolest závislá ? JE STAĽA' HORNÍ' PŘI POHYBU, DOTYKU

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ? HNEĎ ODVEZ DO NEMOCNICE

- Kde pociťujete bolest ? BRICHO, VYZAŘUJE DO ZAD, BOKU

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? MA' EPID. KATETR - POKRACOVAT V TERAPII

Objektivní hodnocení sestry : PAC. MA' BOLESTI RŮZNÉ INTENZITY, JE DD ANALGOSÉDACÍ

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) LUŽKO VYHDVUJE, TEPLATA TAKÉ

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

BOLEST TUĽA', STAĽA' - V BRISĚ, VYZAŘUJE DO ZAD A BOKU, PŘI PŘIJETÍ' DO VTA' STUPEŇ 3-5

2. 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 ? ZVÝŠENÁ POLOHA, O₂

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

ano ne nevím

pokud ano, zvládnete to ?.....

- Kouříte ?

ano ne

pokud ano, kolik ? 10-20 CIGARET / DEN

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

KLIDOVÁ' DUŠNOST - DÝCHÁNÍ' NĚLÍKE', ZRYCHLENÉ, PRAVIDELNÉ
SAT O₂ 91-91%

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při mytí ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete ? ráno odpoledne večer kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

PAC. JE NEJOBEJTAČNĚJŠÍ - LEŽELI, PŮSOBI UPRAVENĚ,
ALE JE SCHVÁLENĚJŠÍ A UNAVENĚJŠÍ OBLIŽENÍ

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži ? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť ?
- Svědí vás kůže ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

KUŽE BEZ PORUŠENÍ INTEGRITY, KUŽE VLHKA - OPDČENÁ,
HEMATOMY NA HK PO ODBĚRECH

5. 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 ? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu průměrnou vyšší (o kolik ?)..... nižší (o kolik ?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době ? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu ? ano ne
- Co obvykle jíte ? VŠECHNO
 - Je něco, co nejíte ? ano ne
pokud ano, co a proč ?.....
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice ?
pokud ano, upřesněte.....
Co by mohlo váš problém vyřešit ?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu ?
 ano ne NEVÍM
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

- PAC. JE JIŽ PODLE POHLEDU OBEŽNÍ, BMI 30,7
- NYNÍ N.P.O, JIŽ Z ENTR. ENT. A PARENIT. VÝŽIVA
- P.O. POUŽE TEKUTINY - S DOPOMOCÍ
- MA' NYS, NGS

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil / snížil nezměnil
- Co rád pijete / vodu mléko ovocné šťávy
 kávu / čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? MLEKO
- Kolik tekutin denně vypijete ? 1,5 - 2 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne - OMEZENO

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

PAC. DOBŘE HYDRATOVÁN - INFUZNÍ TERAPIE Z CHIR.

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x za 2-3 dny
- Máte obvykle / normální stolicí
 zácpu
 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? RÁNO
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne NEPOTŘEBUJI TO
pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? / nikdy
 příležitostně
 často
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? / ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit ? NEVIM

Objektivní hodnocení sestry:

PAC. JIŽ 6 DNÍ BEZ STOLICE - Z CHIR., POSLEDNÍ P
NEPAMATUJE, BŮCHU VZEDMUTE, NADYATE' - METEDRISMUS

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
 ano / ne
pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal ?
- 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 ?

Objektivní hodnocení sestry:

Z CHIR ZAVEDEN PMK - V TŮŽNĚSKU, MOČ
IKTERICKÁ, ZAPŮCHA' TO ATB.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? /ano ne
pokud ano, upřesněte... NEJSEM V MOŽNOSTI
- 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 nevim
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

7AC. LEŽÍČKA - SLABĚ, CHŮZÍ NEZVLÁDÁ, JEV
OMEZENÍ POHYBU V LŮŽKEM I DOMOCI.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano /ne
pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? /ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? /ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry:

7AC. VIDÍ A SLÝŠÍ DŮBŘE, NA ČTENÍ A PSANÍ
POTŘEBUJE BRÝLE

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? BEZPEČNOSTNÍ TECHNIK
- 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
- Co děláte rád ve volném čase ? ČTENÍ, TV, RODINA
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
ČTENÍ, RODINA
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? NYNÍ VŠECH UNAVENÍ

Objektivní hodnocení sestry:

7AC. BYL ZDĚŘNE - DLNE POBEŠTACENÍ, NYNÍ
NENÍ PŘÍPODĚN AKTIVIT, ZYČALE VE UNAVI.
JE ZVYKLI BŮTI AKTIVNI - PRÁCE, RODINA, ...

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *PRÍTELKYNE*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *PRÍTELKYNE*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *PRÍTELKYNE*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *YKOH JAVITNI', PÍTYKÁ SE JIM*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ANO*
- Je na vás někdo závislý? *NE*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *STEJNĚ TAKO PRÍKOTIM*
- Kdo se o vás může postarat? *PRÍTELKYNE*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

*PAC. ŽIJE V BTE Y PRÍTELKYNI', NAVŠTEVUJE SE
S DĚTMI - PRAVIDELNĚ O VÍKENDECH*

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

nejdůležitějšími problémy holistického, deficitu péče, duševní, právní a rodinné, síla a status, péče o zdraví

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestery zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cílům)	datum podpis primární sestry
11.	Intenzí bolest břicha způsobená zátl. onemocnění projevující se verb. i nonverb. projevy	zmiřnění či vyřizování potřeby bolesti, zklidnění, schopnost běžných aktivit	zhodnocení bolesti a časová léčba, analgetika - ullevační poloha - relaxační - odpočinek	účinná analgetická léčba, postupně snižování tlumu	1. 12.
	Klidová dušnost dáváce se stávkou	obnova účinného dykardie omezení vzduch dostatečného oxigenace org.	zhodnocení dušnosti a rizik, vhodná poloha oxygénoterapie, dechová RMB, edukace pac.	ponožka nahrazena účinností jiz bez O ₂	2. 12.
	Opakovaná febrilie dáváce zátl. onemocnění	TT v normálních mezích, účinná terapie, sledování ostatních FF	monitorování TTA ostatních hodnot a vědomí antipyretika, ATB, zvýšení péče o hygienu	febrilie stále, ale rychle reagující na léčbu, ATB	3. 12.
	Alterace kognitivní funkce - amnuzia - del. stav	rozpoznání příčin, rozhodnutí vědomí, reorientace nemoc., léčba	sledování nemoc. typická komunikace, zajištění bezpečnosti, spolupráce s rodinou	stále občasné zmeškání vedení, bez zvrácení	3. 12.
	Porucha střevní peristaltiky - meteorismus	obnovení normálního vprazdňování stolice, snížení negativní potřeby	podávání probiotik a prebiotik, kontrola stava, rekt. sonda d.p.	1. 12. 1. stolice, obtížně mimní, 3. den - průjem	1. 12.
	Snížená aktivita a sebeobslužnost z důvodu únavy a celk. slabosti	zhodnocení soběobslužnosti, návrh sebeobslužky, satinace potřeby	soběobslužnost - Barthel., péče personálu o celk. potřeby pac., návrh sebeobslužky, RMB s tlumením	postupně zlepšování	1. 12.
	Zníženo poruchy výživy - změna způsobu krmění - změna příjmu	zhodnocení stavu výživy a kontroly optimální způsob výživy	zhodnocení (BHI), laborator., podávání parnut. a enter. výživy, edukace	udržování konzistence, další zvláštnosti	1. 12.
	Zníženo riziko infekce vzhledem k invazivní a k imunitě	pac. bude bez projevu infekce, minimalizace rizik	dohledování při postupu - přerazy, kontroly důkladná hygiena, povlečení pac.	žádné místní změny, zdraví	1. 12.
	Porucha sebekoncepce z důvodu nové situace a role	přijetí a zvládnutí nové situace a role	respektování projevů, tepelná péče, podpora pac., spolupráce s rodinou, edukace	držet se strachu z budoucnosti	1. 12.