Otázka: Ošetřovatelská péče u nemocných s onemocněním GIT

Předmět: Ošetřovatelství (Biologie)

Přidal(a): Síma

Ošetřovatelská péče u nemocných s onemocněním GIT – akutní, chronická pankreatitis, biliární kolika. Gastroskopie.

ANATOMIE

Slinivka břišní (pankreas) je žláza uložena napříč dutinou břišní pod žaludkem. Rozeznáváme na ní hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda), který dosahuje až ke slezině. Má laločnatou strukturu, vývody z jednotlivých lalůčků se postupně spojují ve vývod (ductus pankreaticus), který ústí v sestupné části dvanáctníku na Veterské papile společně se žlučovým vývodem. Touto cestou odtéká ze slinivky pankreatická šťáva = čirá tekutina zásadité reakce, 500 – 1000 ml za den, obsahuje soubor enzymů štěpící všechny složky potravy:

Trypsin – enzym štěpící bílkoviny, aktivuje se až ve střevě

Pankreatická lipáza – štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny, aktivuje se až po styku se žlučí

Pankreatická amyláza – štěpí cukry.

Vnitřně sekreční část pankreatu je reprezentována Langerhansovými ostrůvky. Langerhansovy ostrůvky produkují přímo do krve hormon inzulín.

AKUTNÍ PANKREATITIDA

= aktivace pankreatických enzymů, které samonatráví parenchym slinivky břišní, při méně rozsáhlém poškození je slinivka pouze edematózní, při rozsáhlejším poškození vznikají nekrózy a krvácení

– náhlá příhoda břišní

ROZDĚLENÍ

Akutní pankreatitida – souvisí se žlučovými kameny, obstrukce Vaterské papily – následuje biliární pankreatitida, pravděpodobně souvislost s alkoholem

Chronická pankreatitida – většina případů je způsobena nadměrnou konzumací alkoholu, dochází k trvalému poškození slinivky

Akutní exacerbace (znovusplanutí) chronické pankreatitidy

CELKOVÉ (SYSTÉMOVÉ) KOMPLIKACE

Oběhové selhání – pankreatogenní šok

Akutní respirační selhání – respirační insuficience

Ledvinné a jaterní selhání – renální a hepatální insuficience

Hemokoagulační poruchy

Metabolické poruchy – hyperglykemie, hypokalcemie, acidóza

LOKÁLNÍ KOMPLIKACE

Nekróza pankreatu, absces pankreatu, obstrukce žlučových cest a GIT

Pseudocysta pankreatu – krvácení do trávicího ústrojí

PŘÍČINY

- spolupůsobení několik vzájemně se potencujících faktorů – multifaktoriální původ, které současně v různé míře podmiňují sekreční stimulaci žlázy – tučné jídlo, alkohol
- onemocnění žlučníku, žlučových cest a Vaterské papily
- zúžení nebo obstrukce pankreatického vývodu (po zánětu, kamenem, útlakem zvenčí – nádory)
- úraz slinivky břišní
- operace v oblasti pankreatu, metabolické poruchy – zvýšená hladina tuků (hyperlipidemie)
- jiné – některé léky, hormonální poruchy v graviditě či v šestinedělí, virové infekce

PŘÍZNAKY

- náhlý začátek po tučném jídle nebo alkoholu
- trvalá silná bolest v nadbřišku vyzařující do zad
- nauzea, opakované zvracení bez úlevy
- zástava odchodu plynů
- klient je bledý, opocený, zaujímá strnulou polohu
- tachykardie
- příznaky šoku – oligurie, hypoventilace
- prknovité břicho
- promodrání kolem pupku – obvykle až po 3-4 dnech
- zvýšené amylázy v séru a moči, zvýšená hladina CRP + leukocytů v krvi, snížená hladina vápníku v krvi (hypokalcemie), hyperglykemie a další poruchy vodního a minerálního hospodářství

VYŠETŘOVACÍ METODY

Anamnéza (FA, PA, RA, OA- začátek obtíží, stavovací návyky, alkohol stres, bolest)

Fyzikální vyšetření břicha – poklep, pohmat, poslech

FF – TK, TT, pulz, vědomí

Vyšetření per rektum (možná bolest v Douglasově prostoru-

Vyšetření krve – jaterní testy, pankreatické enzymy – amyláza, lipáza, glykemie, stanovení proteinů akutní fáze – CRP, KO, Quick, APTT

USG, CT

Punkční laváž (výplach – instalace a odsátí tekutiny) dutiny břišní – punktát cihlově zbarvený, s vysokou aktivitou amyláz

Urgentní duodenoskopie s ERCP

Diagnostická laparotomie – v ojedinělých případech

LÉČBA

Konzervativní: několik dní omezení p. o. příjmu, ATB, infuzní spazmolyticko-analgetická léčba, u cholelitiázy se indikuje po zklidnění nálezu cholecystektomie (obvykle laparoskopicky za 6 týdnů)

Konzervativní u těžkého průběhu AP: monitorace oběhových a respiračních funkcí, diurézy, laboratorních výsledků i lokálního nálezu na břiše

- intenzivní protišoková léčba, oxygenace, odstranění bolesti, parenterální výživa, nic per os, zavedení nazogastrické sondy k trvalému odsátí žaludečního obsahu
- preventivně širokospektrá ATB, léky tlumící sekreci pankreatických šťáv a léky k prevencit romboembolických komlikací

Chirurgická: indikovaná u klientů s peritonitidou, s blokádou konečné části žlučovodu a se zánětlivými komplikacemi, projevy septické symptomatologie (teploty nad 38, tachykardie, tachypnoe, opětovné zhoršování orgánových funkcí přes intenzivní léčbu)

DOPORUČENÉ CHIRURGICKÉ VÝKONY DLE ZJIŠTĚNÉHO NÁLEZU

Odstranění žlučníku – cholecystektomie, choledochoduodenoanastomóza

Drenáž žlučovodu navenek – choledochostomie, PTC drenáž

Odstranění infikovaných nekróz – nefrektomie

Peritoneální laváž – kontinuální výplach dutiny peritoneální a okolí pankreatu zavedenými drény do dutiny břišní

duodenopankreatektomie

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

- zajistit pro klienta úlevovou polohu („na všech čtyřech“)
- v akutním stádiu provádět hygienickou péči na lůžku
- zajistit ošetření žaludeční sondy
- v akutním stádiu nic per os
- dle ordinace lékaře zajistit infuzní terapii – parenterální přívod tekutin, parenterální výživa
- na základě krevního vyšetření (hladina amyláz + leukocytů) rozhodne lékař o poetupné zátěži GIT
- déle dieta 0/S, následuje rozepsaná pankreatická dieta s přechodem na dietu 4/S
- vést záznam bilance tekutin
- sledování vyprazdňování moče- množství, frekvence, příměsi
- sledování odchodu plynů, meteorizmus, vyprazdňování stolice
- doporuč klientovi správné techniky, aby eliminoval bolest (správné dýchání, úlevová poloha)

CHRONICKÁ PANKREATITIDA

= onemocnění zevně sekretorické funkce pankreatu, kdy dochází k poruše tkáně pankreatu zmnožením vaziva a tvorbě kalcifikačních ložisek.

Dále dochází k poruše průsvitu a funkce pankreatických vývodů. Tyto změny mají trvalý charakter a mají za následek poruchy sekrece pankreatické šťávy a v důsledku toho poruchy trávení.

Je zde typické, že funkce pankreatu jsou trvale změněny a je tendence ke zhoršování stavu.

KOMPLIKACE

- Malabsorpční syndrom – u těžkých forem pankreatitidy, kdy jsou postiženy enzymy, trávicí bílkovina a glycidy (cukry)
- Sekundární DM – z poškození Langerhansových ostrůvků

PŘÍČINY

- Choroby žlučníku a žlučových cest
- Akutní pankreatitida
- Chronický alkoholizmus
- Mukoviscidóza – dědiční onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, zahuštěný sekret blokuje vývody žláz, a tak narušuje činnost orgánů (plíce, pankreas)
- Poranění pankreatu
- Infekce

PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

Bolestivá forma – bolest se manifestuje v akutních vlnách, které jsou vystřídány obdobím klidu. Akutní stádium probíhá pod obrazem akutního zánětu slinivky břišní.

Bezbolestná forma – projevuje se různými stupni dyspeptických potíží, které se manifestují zejména po dietní chybě (nevhodná nebo příliš objemná strava).

PŘÍZNAKY

- Dyspeptické potíže – nevolnost, zvracení, meteorismus, pocity plnosti
- Bolest – v oblasti pupku, může vyzařovat do zad nebo do levého boku, objevuje se obvykle po jídle a požití alkoholu
- Průjem
- Steatorea – nestrávené tuky ve stolici, stolice objemná, průjmovitá světlé barvy
- Subikterus, ikterus – přechodný, pokud vázne odtok žluče
- Hubnutí
- Laboratorní příznaky – zvýšené amylázy v séru a moči

Vyšetřovací metody

- Anamnéza (OA, RA, PA, FA)
- Fyzikální vyšetření – pohled, pohmat
- Vyšetření krve – glykemie, amylázy, ionty, jaterní testy, KO
- Vyšetření moče – amyláza, lipáza
- USG, RTG (nativní snímek břicha)
- Počítačová tomografie – CT
- ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (kombinace endoskopické a RTG metody při vyšetření vývodu žlučníku a slinivky břišní na Vaterské papile

LÉČBA

Konzervativní – dietoterapie (omezení tuku a vyloučení alkoholu)

- medikamentózní léčba (analgetika, spasmolytika, substituce pankreatických enzymů)

Chirurgická – odstranění novotvaru ve žláze, který způsobuje poruchu funkce

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

- klient je hospitalizován období akutního vzplanutí choroby na metabolické jednotce, po

odeznění akutního stavu je přeložen na standardní ošetřovací jednotku interního oddělení
- v akutní fázi zajistit klid na lůžku
- zajistit dopomoc klientovi při volbě vhodné úlevové polohy (při bolesti břicha) – nejčastěji poloha kolenoloketní
- v akutní fázi zajistit dopomoc s hygienou dle stavu klienta
- provádět pravidelné vážení klienta
- podávat dietu dle ordinace lékaře – v akutní fázi nic per os (energetické potřeby hrazeny parenterálně, postupně přechod na pankreatickou dietu – rozepsanou na 7 dní, následuje dieta 4S – na přechodnou dobu, po zklidnění stavu dieta 4)
- sledovat příjem a výdej tekutin
- edukace klienta v oblasti výživy a příjmu potravy: omezení příjmu tuků asi na čtvrtinu, strava lehce stravitelná, bohatá na vitaminy, vyloučit z potravy nevhodné potraviny (tučná, nakládaná masa, tučné uzeniny, vnitřnosti, tučné mléko a mléčné výrobky, vepřové sádlo, luštěniny, zelí, kapusta, květák, pepř), správná technologická úprava stravy (vaření, dušení doměkka), identifikovat a vynechat potraviny, které vyvolávají potíže, jídlo podávat častěji v malých dávkách
- sledovat vyprazdňování a vzhled stolice – výskyt průjmu, barvu a konzistenci stolice

BILIÁRNÍ KOLIKA

ANATOMIE

Játra (hepar) jsou největší žlázou trávicí trubice. Jsou uložena v pravé bráničí klenbě a rozdělena na pravý a levý lalok.

Žlučové cesty. Žluč je neustále tvořena jaterními buňkami. Drobnými vnitrojaterními žlučovody odtéká do pravého nebo levého jaterního vývodu (ductus hepaticus dexter nebo sinister), kreté se spojují ve společný jaterní vývod, z něhož vtéká žluč měchýřkovitým vývodem do žlučníku. Žlučový měchýř je nádržkou na stále se tvořící žluč. Jeho funkcí je vypudit koncentrovanou žluč do tenkého střeva v době trávení.

CHARAKTERISTIKA

= žlučníková kolika

= bolest je nejsilnější v pravém podžebří, může vyzařovat do pravého boku až k lopatce, často bývá provázena zvracením

=typický příznak žlučových kaménků (cholelitiáza), tvoří překážku v odtoku žluči

= často vzniká jako důsledek dietní chyby

LÉČBA

Konzervativní: spazmolytika, přísné dietní omezení

Chirurgická: koliky se s různou frekvencí opakují, a s tím stoupá riziko vzniku dalších komplikací. Přistupuje se k chirurgickému odstanění žlučníku s kameny – cholecystektomie – laparoskopickou (s použitím videotechniky) nebo klasickou laparotomickou metodou.

GASTROSKOPIE

Endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a duodena. Indikace jsou velmi široké, už pouhé podezření na onemocnění jícnu, žaludku nebo duodena (záněty, nádory, cizí těleso, vředy nebo krvácení) je důvodem k vyšetření. Během vyšetření je možnost odběru malých vzorků tkáně (biopsie) na histologické vyšetření. Provádí se pomocí bioptických klištěk zavedených zvláštním kanálem gastroskopu. Při podezření na nádor se musí odebrat větší množství vzorků. Častým nálezem bývají peptické vředy v žaludku nebo duodenu (během vyšetření se provede odběr vzorku na vyšetření přítomnosti Helicobactera pylori).

Pacient 8 hodin před vyšetřením nesmí nic per os, nesmí nekouřit 6 hodin před vyšetřením, musí mít hemokoagulační vyšetření a velice důležitá je také psychická příprava. Pacientovi se provede lokální znecitlivění sliznice hltanu. Nemocnému vyjmeme snímatelnou zubní náhradu, pacientovi dáme do úst plastový náustek bránící vyšetřovanému ve skusu. Vyšetření se provádí v poloze na levém boku. Po výkonu se sledují fyziologické funkce, bolest, krvácení, zvracení.

1. Karcinom pankreatu, chronická pankreatitida
2. Slinivka břišní – otázka z biologie
3. Slinivka břišní – lékařství a ošetřovatelství