

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CHOLECYSTOLITIÁZOU

Bakalářská práce

Iva Kolářová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Petronela Lauková, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31  
Datum obhajoby:

Praha 2009

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

Praha 31. března 2009

.....

## **ABSTRAKT**

**KOLÁŘOVÁ, Iva. Ošetrovatelská péče o pacienta s cholecystolitiázou. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Petronela Lauková, PhD. Praha: 2009.40s.**

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o nemocné s cholecystolitiázou při respektování jejich přirozených potřeb. Teoretická část práce charakterizuje dané onemocnění se zaměřením na patofyziologii cholecystolitiázy, diagnostiku a léčbu a poukazuje na formy léčby cholecystolitiázy.

V praktické části je popisován ošetrovatelský proces u vybraného pacienta s danou problematikou. V souvislosti se získanými anamnestickými údaji, stanovíme ošetrovatelské diagnózy, které jsou rozpracovány. Poukážeme na bezprostřednost dietního opatření, které je zahrnuto v léčbě daného onemocnění.

**Klíčová slova:** Cholecystolitiáza. Dieta. Ošetrovatelský proces. Sesterské diagnózy. Ošetrovatelská péče.

## **ABSTRACT**

**KOLÁŘOVÁ, Iva: Nurse-care of patient with cholecystolithiasis. Prague, 2009. Bachelor thesis. Public health college. Bachelor general nurse. Tutor: PhDr. Petronela Lauková, PhD. Prague: 2009.40s.**

General subject of the thesis is nurse-care of patients with cholecystolithiasis with a view to their common needs. Theoretical part of the thesis is focused on characteristics of the disease in general, its pathophysiology, diagnostic and therapeutic procedures.

Practical part contains nurse-care case report in a particular patient with such a disease. In context of acquired personal history, I will determine and develop nurse-care diagnosis. I would like to point out necessity of dietary management as a part of therapeutic strategy.

**Key words:** Cholecystolithiasis. Diet. Nurse procedure. Nurse diagnosis. Nurse care.

## PŘEDMLUVA

Tvorby žlučových kamenů jsou rozšířeným zdravotním problémem ve všech vyspělých zemích. Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění. Už dlouhou dobu je známo, že výskyt onemocnění je mnohem vyšší u žen než u mužů. Ženy onemocní 2x – 3x častěji než muži. Ve věku nad 50 let trpí tímto onemocněním v naší zemi 43% žen a 28% mužů. Stále je operační řešení nejčastějším a nejradikálnějším výkonem v léčení.

Motivací k rozpracování problematiky daného onemocnění bylo, co nejlépe ji pochopit a osvojit si způsoby ošetrovatelské péče.

Za cíl práce jsme si stanovili vypracovat přehledné stádium o příznacích, diagnostice, léčbě a pooperační péči o pacientku.

Práce je určena všem, kterým není tato problematika cizí, kteří se o ní zajímají a chtějí najít odpověď na otázky spojené s tímto onemocněním. Práce je určena studentům zdravotnických škol, sestřám a široké veřejnosti.

Podklady pro práci jsme čerpali z odborné literatury, časopisů a zkušeností získaných z ošetrovatelské praxe.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Petronele Laukové, PhD. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
<b>1 Klinická charakteristika onemocnění</b>	<b>8</b>
1.1 Definice, charakteristika	8
1.2 Etiologie, patofyziologie	9
1.3 Klinický průběh	10
1.4 Průběh, formy, komplikace	11
1.5 Prognóza	12
1.6 Diagnostika	13
<b>2 Terapie cholecystolitiázy</b>	<b>14</b>
2.1 Chirurgická léčba	14
2.2 Farmakoterapie	15
2.3 Dietoterapie	16
2.4 Pohybový režim	17
2.5 Psychoterapie	17
2.6 Prognóza	17
<b>3 Ošetrovatelská péče u pacienta s cholecystolitiázou</b>	<b>19</b>
3.1 Ošetrovatelský proces	19
3.1.1 Identifikační údaje	19
3.1.2 anamnéza	20
3.1.3 Posouzení	22
3.1.4 Medicínský manažment	28
3.1.5 Situační analýza	29
3.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz	29
3.3 Plánování	30
3.4 Realizace	30
3.5 Hodnocení	31

<b>ZÁVĚR</b>	<b>40</b>
<b>SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ</b>	<b>41</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>43</b>

# ÚVOD

„V péči o štěstí druhých nacházíme  
své vlastní.“

Platón

Tvorba žlučových kamenů je velkým zdravotním problémem. Jejich výskyt je vysoký, v rozvinutých zemích postihuje více než 10% obyvatel. U nás tedy trpí cholecystolitíázou více než milion osob. To má velký význam i ekonomický, neboť litiáza je často příčinou pracovní neschopnosti a hospitalizace.

Rozdíl mezi pohlavími začíná narůstat již v pubertě. Onemocnění žlučnickovými kaménky vedou jen vzácně k úmrtí postiženého, ale jsou velmi častým důvodem nemocnosti v naší populaci.

Žlučník je pro člověka postradatelným orgánem. Je jakýmsi rudimentem. Nejsou známy žádné poruchy vznikající při trvalém chybění nebo po odstranění žlučníku.

Práce obsahuje tři kapitoly. První kapitolu jsme věnovali klinické charakteristice onemocnění. Popsali jsme etiologii, patofyziologii, klinický průběh, komplikace, prognózu a diagnostiku. V druhé kapitole jsme se zaměřili na léčbu cholecystolitíázy rozdělenou na farmakoterapii, chirurgickou léčbu a dietoterapii. Třetí kapitola obsahuje ošetrovatelskou péči o nemocného, kde jsme zpracovali ošetrovatelský proces.

# 1 Klinická charakteristika onemocnění

## 1.1 Definice, charakteristika žlučníku

Vesica fellea (Dylevský, 2000, s.279) představuje jakýsi reservoár žluče, která je tvořena v játrech. Játry je denně tvořeno 600-1000 ml žluče. Jaterní žluč je ve žlučníku skladována, zahuštěna a jsou do ní žlučnickovou stěnou vylučovány některé látky. Po přijetí potravy na nervový a hormonální podnět přicházející z dvanáctníku (duodena) dochází ke kontrakci (smrštění) žlučnickové stěny a žluč je poté vyprazdňována do duodena. Vyprázdnění je velmi rychlé. Během 20 minut je vyprázdněna více než polovina kapacity žlučníku. V duodenu je žluč smíchána s potravou a dalšími trávicími šťávami přicházejícími ze slinivky břišní a ze žaludku. Při hladovění nebo i v nočních hodinách se žluč do dvanáctníku nevyprazdňuje a hromadí se ve žlučníku.

Žlučník je pro člověka postradatelným orgánem. Je jakýmsi rudimentem. Nejsou známy žádné poruchy vznikající při trvalém chybění nebo po odstranění žlučníku. Po operačním odstranění žlučníku je množství žluče přítomné ve žlučových cestách plně dostačující pro trávení přijaté potravy.

Žlučník je hruškovitý útvar ležící na spodní ploše jater v zářezu mezi pravým a levým lalokem jaterním. Jeho objem se pohybuje mezi 30 - 70 ml. Žluč ze žlučníku je odváděna žlučnickovým vývodem do společného žlučovodu, který ústí do dvanáctníku. Ve vzácných případech může být žlučník umístěn i jinde, např. uvnitř jater, nebo může i chybět. Rovněž vyústění žlučníku do společného žlučovodu může být variabilní a žlučnickový vývod může ústit i přímo do duodena (Pacovský, 1986, s.741).



## 1.2 Etiologie, patofyziologie

Na vzniku žlučnickových kamének se podílí celá řada faktorů. Některé z nich jsou vrozeně (geneticky) dané, jiné souvisí se způsobem stravování a života (Mareček a kolektiv, 2001, s.6).

Stále platí, že těmi nejzávažnějšími jsou vlohy (dispozice) dědičně získané. Velmi dobře je známo, že v některých rodinách je zvláště vysoký výskyt onemocnění. V rodinách, kde jeden, nebo dokonce oba rodiče měli žlučnickové kaménky, je výskyt onemocnění u dětí 2 - 5násobný oproti rodinám, kde se kaménky nevyskytovaly. V současné době se hledá gen, který je za tuto poruchu odpovědný. Kromě vrozené dispozice se na vzniku kamének může podílet řada vlivů souvisejících se způsobem života. U žen je přímá souvislost s počtem porodů. Čím větší počet těhotenství, tím větší výskyt žlučnickových kamének. V nedávné době se za riziko považovala i dlouhodobá perorální antikoncepce. V současné době při moderních antikoncepčních prostředcích je toto riziko minimální. Ale i dlouhé podávání některých jiných léků může zvyšovat riziko vzniku kamének. Jsou to především léky používané ke snížení hladiny cholesterolu tzv. fibráty (Lipanthyl), dále preparáty s vysokým obsahem estrogenů a léky ovlivňující stažlivost žlučníku (Korbová a kolektiv, 1985, s.247).

Za rizikový faktor se považuje složení stravy. Škodlivý je především příjem potravin s vysokým obsahem cholesterolu, celkových tuků a cukrů. Naopak strava s vysokým obsahem vlákniny, která váže ve střevě cholesterol, výskyt žlučových kamének snižuje. Významným faktorem je i frekvence příjmu potravy. Dlouhá doba bez vyprázdnění žlučníku usnadňuje tvorbu kamének. Proto by osoby s rizikem vzniku kamének měly jíst 5 - 6x denně, poslední malá dávka potravy by měla být ještě před usnutím (Marešová, 1976, s.48).

Důležitý je přívod tekutin. Nízký příjem tekutin vede k zahuštění žluče a snadnějšímu vzniku kamének. Naopak za příznivý faktor, který brání vzniku kamének je považována konzumace malého množství alkoholu.

Velmi rizikovým faktorem pro vznik kamének je prudké zhubnutí. Především osoby opakovaně redukující svou váhu, kde kolísají prudké vzestupy a poklesy tělesné hmotnosti, jsou vystaveny vysokému riziku vzniku kamének včetně komplikací. Příkladem závažné a časté komplikace je zánět slinivky břišní (pankreatitis). Proto by všichni nemocní, kteří uvažují o redukci tělesné hmotnosti, často za použití drastických

a svým složením velmi nevyvážených diet, měli být na toto riziko upozorněni (Mareček a kolektiv, 2001, s.6).

I samotná nadváha je jednoznačným rizikovým faktorem pro vznik onemocnění, zvláště u žen.

Jako uvádí Mařatka (1988, s.575), některá onemocnění jsou častěji provázena vznikem žlučkových kamének. Je to především cukrovka (diabetes mellitus) II. typu, záněty tlustého střeva, dále některá jaterní a neurologická onemocnění.

V České republice a průmyslových zemích jsou kaménky ve žlučníku nejčastěji tvořeny z cholesterolu – cholesterolové kaménky. Kolem 90% všech kamének u nás jsou cholesterolové kaménky. Ve žlučníku může být buď jeden kamének (solitární konkrement), nebo jsou zde kaménky mnohočetné. V cholesterolových kaméncích je 80-95 % jejich obsahu tvořeno cholesterolem a zbytek je hlen a soli žlučových barviv. Ve všech kaméncích je i určitý obsah solí vápníku. Především při dlouhém trvání onemocnění může být obsah vápníku v kaméncích velmi vysoký a mluvíme o zvápenatělých - kalcifikovaných kaméncích.

V rozvojových zemích a v Asii jsou mnohem častější kaménky tvořené solemi žlučového barviva (bilirubinu) – pigmentové kaménky. Jsou většinou drobné, hnědě až černě zbarvené. Na jejich vzniku se významně podílí infekce ve žluči (Brodanová a kol., 1998, s.79).

### 1.3. Klinický obraz

Cholecystolitiáza zůstává v polovině až i ve dvou třetinách případů celý život klinicky nemá a kameny se najdou náhodně při rentgenovém vyšetření nebo při laparotomii z jiného důvodu anebo až při pitvě. Zjistíme-li u někoho nahodile kameny, nedokážeme nikdy odhadnout, zda se budou v budoucnosti manifestovat.

Klinicky se cholecystolitiáza nejméně u třetiny osob dříve či později začne projevovat buďto vlastními příznaky, nebo komplikacemi.

Příznaky mohou být dvojího typu:

**1. Dyspeptická forma:** je dobře známá, bývá často provázena i tupými nárazovými bolestmi v epigastriu, nebo pod pravým žeberním obloukem, které se však ve skutečný záchvat nestupňují („zakrslé koliky“). Různé nespecifické dyspeptické potíže, jako nauzea, říhání, nechutenství, nevolnost po tučném jídle, flatulence, i když se vyskytnou

u nositele kamenů, nemusí být vždy kameny podmíněny a cholecystektomie je pak neovlivní (Niederle, 1977, s.157).

**2. Biliární záchvat nazývaný „kolika“:** je pro cholecystolitiázu charakteristická. Z pravidla ji vyvolá přechodná obstrukce žlučníku kaménkem v cystiku. Začne prudce a pomalu ustoupí. Trvá několik minut až hodin. Někdy ji vyvolá jídlo, jindy spíše rozčilení, někdy otřesy jízdou. Často začíná biliární kolika v noci. Žlučnickové záchvaty přicházejí různě často a nepravidelně, někdy i s mnohaletou přestávkou, jindy se naopak stanou trvalou trýzní, kdy se ataky dostavují téměř každodenně. Poznáme je podle lokalizace bolesti, jejího vyzařování, její prudkosti. Stažení břišní stěny trvajících i mimo záchvat svědčí pro zánět. Žlučník hmatáme jen zřídka. Maximum bolesti bývá v podjaterní krajině, ale nejednou i ve středním nebo levém epigastriu nebo i prekordiálně. Často typicky vyzařuje pod pravý žeberní oblouk a pod lopatku. Koliky bývají provázeny nauzeou nebo zvracením, končícím až dávením žluče (Niederle, 1977, s.158).

Typická biliární kolika bývá přesvědčivá pro cholecystolitiázu, ale podezření má být vždy ověřeno rentgenem. Může ji totiž vyvolat i jiné onemocnění žlučových cest. V určitém počtu případů ukáže kameny již prostý rentgenový snímek břicha, jindy, jsou-li kameny nekontrastní, až perorální nebo nitrožilní cholecystogram. Nezobrazí-li se žlučník v patřičném několikátýdenním odstupu od záchvatu, svědčí to z pravidla pro cholecystolitiázu. Je nejčastější příčinou „afunkce žlučníku“, pokud bylo rentgenové vyšetření provedeno technicky správně a současný klinický obraz je kladný (Mazák, 1979, s. 273).

#### **1.4. Průběh, formy, komplikace onemocnění**

V literatuře se uvádějí následně formy:

**Dyspeptická forma:** je popisována v klinickém obrazu.

**Biliární záchvat:** typická žlučnicková bolest vzniká náhle, bez varovných příznaků.

K bolesti nejčastěji dochází pozdě večer nebo v noci. Maximum bolesti je v pravém podžebří, někdy v nadbříšku. Bolest je popisována jako velmi krutá, nebo alespoň velmi intenzivní. Trvá 30 minut až několik hodin. Nemocný nemůže nalézt polohu, ve které by se bolest zmenšovala. Bolest se většinou propaguje podél pravého oblouku žeberního do zad – až pod pravou lopatku. Bývá často provázena zvracením. Obvykle

zvrací nemocní žlutozelené, intenzivně hořké šťávy. Zvracení však nepřináší úlevu. Nemocný je většinou neklidný, někdy má i zimnici a třesavku (Brodanová, 1993, s.487).

### **Komplikace cholecystolitiázy**

Charakteristickou komplikací cholecystolitiázy, která je zároveň dalším jejím hlavním projevem, je chronická a akutní cholecystitida. Zánět může ovšem být naopak podnětem k tvorbě kamenů. Jinou komplikací cholecystolitiázy bývá uzávěr cystiku kamenem. Někdy jen neúplný a ventilový, takže vyřazení žlučníku z funkce je jen občasné, jindy bývá trvalý, kdy může vzniknout chronický hydrodrops nebo empyem. Velký kámen v cystiku může také prominovat do žlučovodu a částečně jej ucpávat (Mařatka, 1988, s. 578).

Některé kameny, zvláště menší, mohou cystikem procházet do žlučovodu: buď jen několik, a to zpravidla postupně, anebo všechny a při operaci se najde žlučník prázdný, zpravidla těžce změněný a svařetý. Kameny zůstávají pak ve vývodech anebo procházejí dále do střeva. Kameny mohou proniknout do vývodu také biliobiliární píštělí.

Biliodigestivní píštělí mohou kameny ze žlučníku vycestovat také do sousedních orgánů (žaludek, dvanáctník, tračník) a odejít střevem, nebo způsobit jeho uzávěr, „biliární ileus“. Velmi vzácné jsou píštěle do jiných orgánů anebo do břišní stěny (Niederle, 1977, s.159).

Patogenetický význam cholecystolitiázy pro vznik rakoviny žlučníku není rozřešen, třebaže je nesporné, že tento karcinom vzniká zpravidla v chronicky zaníceném žlučníku s kameny.

Uvedené komplikace cholecystolitiázy, např. kameny ve vývodech, biliární píštěle, nebo ileus ukazují ovšem na litiázu žlučníku jen nepřímo.

## **1.5. Prognóza**

U nemocných, kterým byly kaménky ve žlučníku nalezeny náhodně a nemají žádné obtíže, je možno zatím vyčkávat. Konzervativní metody jsou vhodné jen u malé, přesně definované skupiny nemocných.

Všechny žlučníkové kaménky, které způsobují obtíže – a jsou tedy symptomatické, by měly být léčeny chirurgicky. Významnou složkou pooperační péče je podle Marečka (2001) i vhodný léčebný tělocvik pomáhající rehabilitaci svalstva břišní stěny. Lidé

s přetrvávajícími obtížemi po operačních výkonech, by měli absolvovat lázeňskou léčbu .

## **1.6. Diagnostika**

Spočívá ve zjištění anamnézy, popise obtíží, klinickém vyšetření břicha poslechem, poklepem, pohmatem a také vyšetření konečníku prstem. Vyšetření konečníku musí udělat každý lékař vyšetřující bolesti břicha a jeho neprovedení je vážnou chybou. Vyšetření není tak nepříjemné a hlavně může odhalit onemocnění, které pohmatem přes břišní stěnu odhalit nelze.

Velmi významné je také rentgenové vyšetření břicha (prostý předozadní snímek vestoje). Vhodné je akutní ultrazvukové vyšetření žlučníku. Poté následují odběry krve a moči.

Zásadní pro diagnostiku žlučnickových kamenů je ultrazvukové vyšetření. Pokud ultrazvuk kameny potvrdí, žádná další vyšetření nejsou nutná. Mohou však být provedena, aby vyloučily přítomnost jiných onemocnění s podobnými příznaky. Vyšetřuje se horní část trávicího traktu pomocí rentgenového vyšetření (po polknutí rentgenové kontrastní tekutiny – tzv. Baryova kaše) nebo endoskopicky tzn. vyšetření ohebným optickým kabelem zavedeným ústy do žaludku – tzv. gastroskopie (Niederle, 1977, s. 161).

## 2 Terapie cholecystolitiázy

Všechny žlučnickové kaménky, které způsobují obtíže - a jsou tedy symptomatické, by měly být léčeny. Žlučnickové kaménky je možno léčit buď chirurgicky nebo nechirurgicky - konzervativně.

### 2.1 Chirurgická léčba

V současnosti je nejpoužívanější léčebnou metodou léčba chirurgická, tedy operační odstranění žlučníku i s kameny (tzv. cholecystektomie). Žlučník se nijak nečistí, celý se odstraní. Operaci lze doporučit vždy tam, kde kameny působí obtíže. U kamenů žlučníku bez klinických potíží, na kterou se přijde náhodou, je situace obtížnější. Operace se doporučuje u kamenů menších než 5 mm jako prevence jejich vycestování do společných žlučových cest, které by mohly ucpat. Jinak se bezpříznaková cholecystolitiáza většinou neoperuje (Niederle, 1977, s.166).

Operace se dříve standardně prováděla řezem v břišní stěně pod pravým žeberním obloukem. V současné době se takto operují jen komplikované případy. Nejčastějším zákrokem je laparoskopické odstranění žlučníku.

Laparoskopický zákrok se provádí při celkové anestézii. Pomocí krátkého asi 1 – 2 cm řezu těsně pod nebo nad pupkem se zavede speciální jehla, kterou se pomocí kompresoru vžene oxid uhličitý do břicha. Břišní stěna, která do té doby klouzala po povrchu útroeb se oddálí a vzniklý prostor umožní přehled v dutině břišní. Několika krátkými řezy se do dutiny břišní zavedou speciální nástroje a kamera, která pak přenáší obraz na monitor. Nástroj drží v ruce operatér nebo asistent a podle obrazu na monitoru provádí vlastní operační výkon (Brodanová a kolektiv, 1993, s.474).

Vždy se jedná o řezy maximálně 5 – 10 mm. Počet, velikost a rozmístění těchto řezů je dáno typem a rozsahem laparoskopického operačního výkonu a zvyklostmi operátéra a může se na různých pracovištích lišit. Během výkonu se používají speciální kovové klipy, kterými se přeruší žlučnicková tepna a žlučovod. Klipy v dutině břišní zůstávají.

Žlučník se poté po drobném rozšíření jednoho z řezů v břišní stěně odstraní ven, mimo břišní dutinu. Po kontrole operačního pole a vypuštění vzduchu výkon končí. Někdy se ještě zavádí do dutiny břišní tenká umělohmotná hadička – drén, který se za 2 – 3 dny po výkonu odstraní. Drén slouží k odvodu přebytečného vzduchu nebo tekutiny. Výhodami laparoskopie jsou malé řezy v břišní stěně a s nimi spojená i menší

pooperační bolest, lepší pooperační komfort, lepší kosmetický efekt, kratší doba pobytu v nemocnici a kratší celková doba pracovní neschopnosti. Ne u každého je však možno operaci laparoskopicky provést. Nelze ji provést např. u závažnějších plicních a srdečních onemocnění, neléčeného vysokého krevního tlaku, poruch srážení krve, těžkého zánětu pobřišnice, rozsáhlých nitrobřišních srůstů a podobně.

Kameny lze také teoreticky rozbít cíleným ultrazvukovým rázem. Podstata této metody je v tom, že se kameny rozbijí na tak malé části, které projdou žlučovými cestami volně do střeva, kde už žádné potíže neudělají. Avšak tato metoda má poměrně velká omezení, takže ji rutinně nelze použít (Mareček, 2001, s.10).

Kameny je možné rozbít i endoskopicky (pomocí ohebné světlovedivé hadice zavedené ústy a skrze žaludek ke žlučovým cestám) speciálními nástroji za kontroly zrakem. Tento způsob se dnes používá pouze při nálezu kamenů ve společném žlučovodu, kde mohou způsobit překážku odtoku žluče. Jedná se o endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografie - ERCP (Jurka a kolektiv, 1993, s.19).

## **2.2 Farmakoterapie**

Nemocný zůstane v klidu na lůžku, aplikujeme teplo na pravé podžebří (termofory), perorálně podáváme jen teplé tekutiny po lžičkách, medikamentózně jsou pomocí spazmolytika a analgetika (nejlépe do žíly, svalu, popř. v čípku), např. Atropin, Papaverin, Thiospasmin, No – spa, Buscopan. Kromě nich můžeme použít i léky se silným centrálním analgetickým účinkem (např. Dolsin, Fortral, Tramal).

Nemocný s opakovanými žlučníkovými záchvaty je často zvládá sám. Bolest má odeznít do 4 – 6 hodin. Po odeznění bolesti, může nemocný opustit lůžko. V dalších dnech jsou nejdůležitější dietní opatření. Omezujeme hlavně tuky, majonézy, kávu, studená jídla. Podáváme léky zvyšující sekreci žluči a její průtok žlučovody (Isochol, Febichol). Oblíbené jsou žlučníkové čaje a lázeňské kúry. Nemocnému doporučujeme úpravu hmotnosti, zvýšit počet jídel v menších porcích. Chronická dietní opatření vždy upravujeme podle individuální snášenlivosti (Niederle, 1977, s. 162).

## 2.3 Dietoterapie

Jedním z cílů operačního řešení je zbavit nemocného nutnosti dietních předpisů. Kromě krátkého, maximálně několikátýdenního období, může nemocný po operaci přijímat veškerou potravu bez obav a rizika vzniku obtíží.

### **Po operaci dodržuje klient dietu č. 4 – šetřící s omezením tuků.**

Pokrmby by měly být dušené a pečené bez tuku. Maso opečené na sucho podlité vývarem. Přepálený tuk je při této dietě nevhodný. Pokrmby se mastí až hotové – syrovým máslem. Není dovoleno ani běžné pečení, dušení, zahušťování jíškou ani smažení. K zahuštění používáme mouku na sucho opraženou. Kromě vlastních tuků omezujeme i látky obsahující cholesterol. Vaječné žloutky se používají jen k přípravě pokrmů a to nejvýše  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{3}{4}$  žloutku na den. Vaječné bílky lze používat v libovolném množství. Častá je přecitlivělost na mléčnou bílkovinu. Proto se v této dietě mléko a mléčné výrobky nezařazují a pro ty pacienty, kteří mléko snášejí se zařazuje podle snášenlivosti. Při technologické úpravě se dbá na to, aby jídla byla lehce stravitelná a nenadýmavá. Zvláště se vyhýbáme kombinaci tuku s cukrem. Pokrmby nepodáváme ani příliš horké ani chladné. Nepoužíváme ostré koření, pikantní nakládaná masa a těžké omáčky (Marečková a kolektiv, 2008, s.51).

**POLÉVKY:** se připravují různého druhu, podáváme vývary z libového masa a kostí. Jako zavárku nepoužíváme játrové knedlíčky a vaječné kapání. Zeleninu vaříme či dusíme bez tuku, jestli že ji zahušťujeme, tak pouze malým množstvím na sucho opraženou moukou. Vhodné jsou polévky obilninové, bramborové.

**MASO:** vždy libové, vařené, dušené – opečené na sucho.

**PŘÍLOHY:** nejčastěji brambory, brambor. kaše, rýže, těstoviny, knedlík – kypřený práškem do pečiva.

**ZELENINA:** nenadýmavá, bez tuků.

**OVOCE:** loupané – strouhaná (jablka), meruňky. Vhodné jsou pomeranče a banány. Jinak lze podat ovocné šťávy, pyré a kompoty.



## 2.4 Pohybový režim

První hodiny po operaci setrvává operovaný nejčastěji na lůžku, od dalšího dne se má pohybovat, chodit, sedat vedle lůžka. Má - li bolesti, spojené se zažívacími obtížemi, uložíme pacienta na lůžko do úlevové polohy, v ostatních případech je poloha přirozená. Pacient má volný pohybový režim, pokud není imobilizován na lůžku bolestmi nebo léčebnými či ošetrovatelskými intervencemi (např. infúzní terapie).

Je-li pooperační průběh po prosté cholecysektomii bez komplikací, může být operovaný propuštěn do domácí péče druhý až třetí den. Je však nutný kontakt se svým lékařem. Kožní stehy jsou odstraňovány nejdříve sedmý pooperační den. Operovaný může být propuštěn do domácí péče, jakmile se sám k tomu cítí, jsou obnoveny funkce trávicí trubice (přijímá potravu, má stolice) a nemá větší bolesti nebo teploty.

Pohyb bude omezen stavem hojení ran ve stěně břišní a stavem výživy. Rozsah pohybu bude omezen konsolidací celkového pooperačního stavu. To je měřítko, které není dobré překračovat. Netřeba se bránit menší procházce ani menší zátěži břemeny. Není však dobré prochladnout a je třeba se vyvarovat běžných infekcí.

Do práce se operovaný může vrátit, jestliže rozsah aktivit v zaměstnání nebude činit obtíže, tedy nebude vyvolávat bolest a nemocný bude moci dodržet alespoň minimální dietní potřeby (Šváb, 2000, s.32).

## 2.5 Psychoterapie

U pacientů s onemocněním cholecystolitiázy psychoterapie není prvořadá. U starších či labilnějších pacientů mohou být podávány psychofarmaka. Důležitou roli zde zastává i rodina, či nejbližší lidé nemocného.

## 2.6 Prognóza

Po několika týdenním dietním opatření (po laparoskopickém výkonu je nutno dodržovat dietu zpravidla 2-3 týdny) se pacient vrací k běžnému stravovacímu režimu.

Velmi malou skupinku nemocných tvoří nemocní s tzv. pooperačními (postcholecystektomickými) obtížemi. Část je tvořena nemocnými, u kterých vlastní operační výkon nebyl dokonalý a došlo k poškození žlučových cest, nebo nemocní, u kterých byl přehlédnut kamének ve žlučových cestách. Zcela ojedinělými jsou nemocní, u kterých obtíže připomínající onemocnění žlučníku po operaci přetrvávají, aniž lze

nalézt na žlučových cestách odchylku od normy. Nemocní s pooperačními (postcholecystektomickými) obtížemi představují asi 1 - 2% z operovaných (Mareček, 2001, s.23).

### 3 Ošetrovatelská péče u pacienta s cholecystolitiázou

#### 3.1. Ošetrovatelský proces

##### 3.1.1. Identifikační údaje

<b>Jméno a příjmení :</b> L.K.	<b>Pohlaví :</b> žena
<b>Datum narození :</b> 12.7.1963	<b>Věk :</b> 45 let
<b>Adresa bydliště a telefon :</b> Příbram	
<b>Adresa příbuzných :</b> Příbram	
<b>RČ :/</b>	<b>Číslo pojišťovny :</b> 111
<b>Vzdělání :</b> středoškolské	<b>Zaměstnání :</b> bytová technička
<b>Stav :</b> vdaná	<b>Státní příslušnost :</b> česká
<b>Datum přijetí :</b> 3.11.2008	<b>Typ přijetí :</b> plánovaná operace
<b>Oddělení :</b> chirurgie	<b>Ošetřující lékař :</b> MUDr. Vondra

**Důvod přijetí udávaný pacientem :**

**Pacientka přijata plánovaně k operaci žlučnickových kaménků.**

**Medicínská diagnóza hlavní :**

Operační výkon - cholecystektomie

**Medicínské diagnózy vedlejší :/**

#### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK :</b> 110/60	<b>Výška :</b> 172 cm
<b>P :</b> 72/min	<b>Hmotnost :</b> 65 kg
<b>D :</b> 18/min	<b>BMI :</b> 21
<b>TT :</b> 36,6°C	<b>Pohyblivost :</b> dobrá
<b>Stav vědomí :</b> bdělá	<b>Krevní skupina :/</b>

**Nynější onemocnění :/**

**Informační zdroje :**

Dokumentace

Pacientka

### 3.1.2 Anamnéza

#### **Rodinná anamnéza :**

**Matka :** DM II. typu

**Otec :** r. 1970 zemřel na CMP

**Sourozenci :** bratr - zdrav

**Děti :** dcera - zdravá

#### **Osobní anamnéza :**

**Překonané a chronické onemocnění :** běžné dětské nemoci

**Hospitalizace a operace :/**

**Úrazy :/**

**Transfúze :/**

**Očkování :** běžné, podle očkovacího kalendáře

#### **Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

#### **Alergologická anamnéza**

**Léky:/**

**Potraviny :/**

**Chemické látky :/**

**Jiné :/**

#### **ABÚZY**

**Alkohol:** NE

**Kouření:** ANO

**Káva:** ANO

**Léky:** NE

**Jiné drogy:** NE

<b>Gynekologická anamnéza ( u žen )</b>	<b>Urologická anamnéza ( u mužů )</b>
Menarché : od 15 let Cyklus : po 28 dnech Trvání : 6 dní Intenzita , bolesti: bez bolesti PM: 1  A:/ UPT:/ Antikoncepce : Cilest Menopauza :/ Potíže klimakteria :/  Samovyšetřování prsou : NE Poslední gynekologická prohlídka : 27.10. 2008	Překonané urologické onemocnění :         Poslední návštěva u urologa : Samovyšetřování semeníků :

### **Sociální anamnéza :**

**Stav :** vdaná

**Bytové podmínky :** rodinný dům

**Vztahy, role, a interakce v rodině :** dobré

**mimo rodiny :** dobré

**Záliby:** práce o zahradu, čtení

**Volnočasové aktivity :** práce o zahradu, čtení

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání :** středoškolské

**Pracovní zařazení :** bytová technička

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :** pracující od r. 1983

**Vztahy na pracovišti :** dobré

**Ekonomické podmínky :** dobré

### **Spirituální anamnéza**

**Religiozní praktiky :** neudává

### 3.1.3 Posouzení

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

ze dne 3. 11. 2008

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Bolesti hlavy nemám, na čtení používám brýle. Sluch mám dobrý. Zuby mám své.“	<u>LEBKA</u> : mezocefalická, na poklep nebolestivá Oči: používá dioptrické brýle, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické bez nystagmu Uši: bez výpotku Nos: bez sekrece Rty: růžové <u>DU</u> : Jazyk: růžový, bez povlaku Chrup: sanován Sliznice: vlhké, nepovlečené <u>KRK</u> : souměrný, přiměřeně pohyblivý každým směrem, lymfatické uzliny a štítná žláza nejsou hmatné
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Nemám problémy.“	- hrudník symetrický, poklep jasný, plný - dýchání čisté
<b>Srdcovo-cévní systém</b>	„Nemám problémy.“	TK: 120/70 Torr P: 18/min, pravidelný, plný, dobře hmatný AS: pravidelná, ozvi ohraničené DK: dostatečně teplé, bez edémů, přítomny varixy
<b>Břicho a GIT</b>	„Občas bolesti břicha po jídle.“	- břicho měkké, prohmatné, citlivé v epigastriu
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	„S močením problémy nemá.“	- močení nebolestivé, nykturie neudává - moč: tmavožluté barvy, bez příměsí - genitály bez výtoku a krvácení
<b>Kostrovo-svalový systém</b>	„Nemám problémy.“	- v pořádku

<b>Nervovo-smyslový systém</b>	„Nemám problémy.“	- dioptrické brýle na dálku
<b>Endokrinní Systém</b>	„Nemám problém.“	- v pořádku
<b>Imunologický Systém</b>	„Snad vše v pořádku.“	- bez projevu ekzému a alergií
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Nemám problémy.“	- kůže čistá, suchá, růžová, bez ikteru a cyanózy - turgor v normě - nehty zdravé, čisté, upravené - vlasy normálního vzhledu, čisté, upravené

**Poznámky z tělesné prohlídky: /**

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Stravuji se dost nepravidelně.“	- nepravidelné stravování - nedržela žádnou dietu
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem bez chuti k jídlu.“	- nechutenství - pacientka jí 3x denně, nesní celou porci - dieta č. 4
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Vypiji tak 1,5 litru tekutin a vypiji hodně kávy.“	- pacientka vypije dostatek tekutin, měla by omezit konzumaci kávy
	<b>V nemocnici</b>	„Tady v nemocnici o něco méně tekutin, tak 1 litr.“	- pacientka by měla vypít více tekutin
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Bez problému.“	- vše v pořádku
	<b>V nemocnici</b>	„Bez problému.“	- vše v pořádku
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Trpím průjmem i několikrát za den.“	- trpí průjmem, jde i několikrát za den - stolice je bez příměsí
	<b>V nemocnici</b>	„V nemocnici bez průjmu.“	- pacientka bez průjmu
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma mám spánek bez obtíží, v průměru spím 7 hodin.“	- pacientka nemá problémy se spánkem
	<b>V nemocnici</b>	„V noci se často probouzím, cítím se unavená.“	- pacientka odmítá hypnotika, - pacientka udává, že ke zlepšení spánku dojde v domácím prostředí
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Ráda si čtu a starám se o zahradu.“	- relaxuje při četbě a staráním se o zahradu, baví jí to



	<b>V nemocnici</b>	„Čtu si a luštím křížovky.“	- aktivita omezená pro bolestivost, na stole má časopisy, návštěvy má každý den
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„Sprchuji se denně, jsem plně soběstačná.“	- sprchuje se sama bez problému
	<b>V nemocnici</b>	„Po dobu hospitalizace jsem soběstačná.“	-hygienu provádí bez pomoci
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Jsem plně soběstačná občas mi s něčím pomůže manžel.“	- pacientka je samostatná
	<b>V nemocnici</b>	„Nepotřebuji s ničím pomoci.“	- nepotřebuje s ničím pomoci

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>			- vědomí je plně jasné neporušené
<b>Orientace</b>			- orientovaná časem, místem a osobou
<b>Nálada</b>		„Nejsem nadšená, že tady ležím, ale náladu mám dobrou.“	- usmívá se
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Pamatuji si vše.“	- velmi dobrá, vše si pamatuje
	<b>Novopaměť</b>	„I složitější věci si zapamatuji lehce.“	- složité informace se nemusí častěji opakovat
<b>Myšlení</b>			- logické, reálné
<b>Temperament</b>		„Flegmatik určitě nejsem.“	- nedá se přesně určit
<b>Sebehodnocení</b>		„Hodnotím se jako vyrovnanou.“	- dobré
<b>Vnímání zdraví</b>		„Svého zdraví si cením.“	- adekvátní
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>		„Svého zdraví si cením.“	- adekvátní
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>			- přiměřená
<b>Reakce na hospitalizaci</b>		„V nemocnici nejsem ráda, ale musím se s tím smířit.“	- přiměřená
<b>Adaptace na onemocnění</b>			- adekvátní
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>		„Mám strach z operace.“	- pociťuje strach
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>		„Žádné nemám.“	

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Jsem hodně komunikativní.“	- pacientka je komunikativní, odpovídá otevřeně
	<b>Neverbální</b>		- přiměřeně využívá gest a mimiky
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Jsem informovaná.“	- informovaná
	<b>O diagnost. Metodách</b>	„Jsem informovaná.“	- informovaná
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Jsem informovaná.“	- informovaná
	<b>O délce hospitalizace</b>	„Jsem informovaná.“	- informovaná
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím )</b>	„Nemoc mě neovlivňuje jako ženu.“	- je smíšená
	<b>Sekundární ( související s rodinou a společenskými funkcemi )</b>	„Omezuje mě, že tu jsem.“	- pacientce vadí, že je hospitalizovaná
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami )</b>	„Nemohu dělat to, na co jsem zvyklá.“	- vadí jí omezení

### **3.1.4 Medicínský manažment :**

**Ordinovaná vyšetření :** Laboratorní vyšetření krve a moči (biochemické, hematologické), UZ žlučníku a žlučových cest, EKG

**Výsledky:** laboratorní vyšetření krve a moči – v normě

#### **Konzervativní léčba :**

**Dieta : 4**

**Pohybový režim : C**

**RHB :/**

**Výživa :/**

#### **Medikamentózní léčba :**

- **Per os :/**
  
  
- **Intra venózní:** Ringerův roztok 500ml + Torecan 1 amp, Tramal Retard 1 amp.
  
  
- **Per rectum :/**
  
  
- **Jiná : s.c.** – Clexane 0,4  
**i.m.** – Dolsin 50 mg, p.p.

#### **Chirurgická léčba :** Cholecystektomie

### **3.1.5 Situační analýza :**

45 letá pacientka přijatá na chirurgické oddělení dne 3.11.2008 za účelem operačního výkonu cholecystektomie. Pacientka je druhý den po operaci, cítí se dobře, je plně soběstačná, bez bolestí, udává pouze problém spojený se spánkem. Pacientce byl odstraněn drén z dutiny břišní a též byl odstraněn periferní žilní katétr z pravé horní končetiny. Močení bez obtíží, stolice prozatím nebyla. Pacientka přijímá tekutiny v maximální možné míře.

TK: 120/70

P: 72/min

D: 18/min

TT: 36,6 °C

### **3.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit :**

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

- Bolest akutní z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací klientky a na škále bolesti projevující se stupněm 5 ( škála 1 – 10)
- Nauzea z důvodu operačního výkonu projevující se změnou výrazu v obličeji, verbálními projevy
- Výživa porušená, nedostatečná z důvodu nauzey, nechutenství, operačního výkonu projevující se odporem k jídlu
- Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se únavou, spánkem přes den, probouzením v noci

#### **Potenciální ošetrovatelské diagnózy:**

- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní kanyly, operační rány

<p><b>Ošetrovatelská diagnóza 1:</b></p> <p>Bolest akutní z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací pacientky a na škále bolesti projevující se stupněm 5 ( škála 1 – 10)</p>
<p><b>Cíl :</b> D – pacientka nepocítuje bolest do 1 hodiny K – pacientka zná příčinu bolesti do 30 minut</p>
<p><b>Priorita :</b> střední</p>
<p><b>Výsledná kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientce se od podání analgetik dle ordinace lékaře zmírní bolest do 30 minut</li> <li>• pacientky se sníží stupeň na škále bolesti alespoň na 2 ( škála 1 – 10) do 1 hodiny</li> <li>• pacientce bolest nebrání v denní aktivitě do 24 hodin</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí ze dne 4. 11. 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zajisti pacientce vhodnou polohu (úlevovou polohu), sestra bakalářka</li> <li>• zajisti pohodlí, sestra bakalářka</li> <li>• zjistí stupeň bolesti na škále (škála 1 – 10), sestra bakalářka</li> <li>• zjistí lokalizaci, charakter a vyzařování bolesti, sestra bakalářka</li> <li>• zjistí dosavadní úspěšné a neúspěšné pokusy o léčbu bolesti</li> <li>• podej analgetika dle ordinace lékaře, sestra bakalářka</li> <li>• sleduj účinek podaných analgetik, sestra bakalářka</li> <li>• při selhání naordinované léčby, eventuálně zajisti kontakt s centrem bolesti</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>plán sestavila:</b> Kolářová Iva</p>
<p><b>Realizace :</b></p> <p>10. 30 - pacientce bylo podáno analgetikum – Tramal Retard i.v. dle ordinace lékaře. Pacientka při bolesti zaujala úlevovou polohu na zádech s pokrčenými dolními končetinami a s mírným zvýšením pod hlavou. Kolářová Iva</p> <p>12. 00 - zhodnocení stupně bolesti u pacientky na škále před podáním a po podání analgetik. Po účinku analgetik se bolest minimalizovala.</p> <p>Pacientka udává bolest projevující se stupněm 2 na škále bolesti. Kolářová Iva</p>

**Hodnocení ze dne 4. 11. 2008:**

u pacientky byly dosaženy běžné denní aktivity bez pravidelných analgetických dávek, dle ordinace lékaře. Stupeň bolesti na škále po podání analgetik se snížil na stupeň 2. Vzhledem k účinné léčbě, není potřeba kontaktovat centrum bolesti. Kolářová Iva

**Celkové hodnocení ze dne 7. 11. 2008**

Pacientka po 5 dnech hospitalizace, operačního výkonu a ošetrovatelské péče verbalizovala zmírnění bolesti natolik, že mohla provádět běžné denní aktivity bez pravidelných analgetických dávek. Pacientka svůj čas během hospitalizace věnovala četbě nebo luštění křížovek atd.

**Ošetřovatelská diagnóza 2:**

Nauzea z důvodu operačního výkonu projevující se změnou výrazu v obličeji, verbálními projevy, neklidem a špatnou fyzickou i psychickou kondicí pacientky.

**Cíl :** D – pacientka nemá pocit nauzey do 1 hodiny

K - pacientka zná příčinu nauzey do 30 minut

**Priorita :** střední

**Výsledné kritéria :**

- pacientka neverbalizuje pocit na zvracení do 1 hodiny
- pacientka je klidná do 1 hodiny
- pacientka je v lepší fyzické i psychické kondici do 4 hodin

**Plán intervencí ze dne 4. 11. 2008:**

- doporuč pacientce, aby pila po malých dávkách a častěji během dne, sestra bakalářka
- prováděj několikrát denně očištění dutiny ústní, sestra bakalářka
- doporuč pacientce cucat kostky ledu, sestra bakalářka
- pobízej pacientku k hlubokému pomalému dýchání, podporujícimu relaxaci, sestra bakalářka
- zabav pacientku poslechem hudby, sledováním televize či četbou, aby tolik nemyslela na nepříjemné pocity, sestra bakalářka
- dle ordinace lékaře podávej antiemetika, sestra bakalářka

**plán sestavila:** Kolářová Iva

**Realizace ze dne 4. 11. 2008:**

11. 00 - pacientka pocítuje problém s nauzeou nultý den po operačním výkonu.  
Kolářová Iva

11. 15 - na pacientku jsem dohlížela a apelovala na příjem tekutin. Pacientce jsem několikrát denně prováděla očištění dutiny ústní gázou a borglycerinem. Kolářová Iva

13. 00 - pacientku jsem zabavovala komunikací o její rodině. Pacientce nebyly podávány žádná antiemetika. pacientka si v dalších dnech hospitalizace na nauzeu již nestěžovala. Kolářová Iva



**Hodnocení ze dne 4. 11. 2008:**

pacientka se v podvečerních hodinách cítila o mnoho lépe a se zájmem komunikovala. Kolářová Iva

**Celkové hodnocení ze dne 7. 11. 2008**

Pacientka od prvního dne po operačním výkonu do konce hospitalizace nepocítovala nauzeu. Nebyly podány žádná antiemetika. Během dne vypila pacientka 1 – 1,5 litru tekutin. Pacientka se mohla věnovat běžným činnostem, byla komunikativní.

<p><b>Ošetrovateľská diagnóza 3:</b></p> <p>Výživa porušená, nedostatečná z dôvodu nauzey, nechutenstvá, operačného výkonu, strachu z prijetí potravy prejavujúci sa odporom k jedlu.</p>
<p><b>Cíl :</b> D – pacientka má dostatečnú výživu do 3 dní</p> <p>K – pacientka si udrží telesnú hmotnosť v maximálnej možnej miere</p>
<p><b>Priorita :</b> stredná</p>
<p><b>Výsledné kritéria :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka má chuť k jedlu do 3 dní</li> <li>• pacientka neverbalizuje nechuť k jedlu do 2 dní</li> <li>• pacientka je dostatočne informovaná do 30 minút</li> </ul>
<p><b>Plán intervencií :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• doporuč pacientke aby jedla častejšie v malých porciách najlepšie 6 x denne, sestra bakalárka, dietoterapeut</li> <li>• postarej sa o čisté, príjemne voňavé a klidné prostredie, sestra bakalárka</li> <li>• podej pacientke dostatok informácií o pooperačnej péči, sestra bakalárka</li> <li>• seznam ji s dodržovaním diietných opatrení, sestra bakalárka, dietoterapeut, lekář</li> <li>• odbouř strach z prijímané potravy vysvětlením o dodržovaní diety, sestra bakalárka, dietoterapeut</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>plán sestavila:</b> Kolářová Iva</p>
<p><b>Realizace dne 5. 11. 2008:</b></p> <p>7. 30 - pacientke jsem doporučila, aby jedla častejšie v malých dávkách. Kolářová Iva</p> <p>8. 30 - pacientke jsem vysvětliła dodržení diety a ujistila ji, že po konzumaci nebude mít žádné zažívací potíže. Seznámila jsem pacientku s dodržovaním diety č. 4.</p> <p>Kolářová Iva</p>

**Hodnocení ze dne 5. 11. 2008:**

pacientka se po mém vysvětlení pravidelně stravovala bez zažívacích potíží.

Cíl splněn. Kolářová Iva

**Celkové hodnocení ze dne 7. 11. 2008**

Pacientka byla v době hospitalizace dostatečně informovaná o dietě, kterou bude v několika týdnech dodržovat. Smířila se se současnou dietou a dodržovala ji. Pacientka se vždy snažila jíst stravu alespoň v menším množství. Druhý den po operačním výkonu pacientka nepocítovala nechutenství ani nauzeu.

<p><b>Ošetřovatelská diagnóza 4:</b></p> <p>Spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se únavou, spánkem přes den, probouzením v noci.</p>
<p><b>Cíl :</b> D – pacientka má fyziologický spánek do 24 hodin  K – pacientka zná příčinu poruchy spánku do 30 minut</p> <p><b>Priorita :</b> střední</p>
<p><b>Výsledné kritéria :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka bude spát 6 hodin v noci bez přerušení</li> <li>• pacientka se nebude ráno cítit unaveně a podrážděně</li> <li>• pacientka nebude spát během dne</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí ze dne 5. 11. 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dostatečná příprava na spánek (vyvětrání pokoje, úprava lůžka), sestra bakalářka</li> <li>• minimalizovat rušivé elementy na pokoji a oddělení, sestra bakalářka</li> <li>• zajistí uspokojení biologických potřeb, sestra bakalářka</li> <li>• podej hypnotika dle ordinace lékaře, sestra bakalářka</li> <li>• během dne pacientku dostatečně aktivizuj, sestra bakalářka</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>plán sestavila:</b> Kolářová Iva</p>
<p><b>Realizace ze dne 5. 11. 2008:</b></p> <p>8. 30 – pacientku jsem během celého dne aktivizovala jejími zájmy a mými návštěvami na pokoji. Kolářová Iva</p> <p>18. 00 – informovala jsem noční směnu o pacientčině problému s poruchou spánku. Kolářová Iva</p> <p>20. 00 – pacientce byla provedena úprava lůžka, hypnotika nebyla podána. Kolářová Iva</p>
<p><b>Hodnocení ze dne 5. 11. 2008:</b></p> <p>pacientka se v noci budila méně často, i přes mou snahu vyřešit pacientčino trápení, byl celkově problém nevyřešen. Kolářová Iva</p>

### **Celkové hodnocení ze dne 7. 11. 2008**

U pacientky nedošlo v době hospitalizace k vymizení problému spojeného se spánkem, pouze k mírnému zlepšení. Nedocházelo k probouzení během spánku tolikrát, jako předešlou noc, ale celkově nebyl problém po dobu hospitalizace vyřešen. Pacientka sama udávala, že ke zlepšení spánku dojde v domácím prostředí.

<p><b>Ošetřovatelská diagnóza 5:</b> Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní kanyly, operační rány.</p>
<p><b>Cíl :</b> u pacientky se neobjeví známky infekce po dobu její hospitalizace</p>
<p><b>Priorita :</b> vysoká</p>
<p><b>Výsledné kritéria :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• místo vpichu bude bez otoku, zduření a zarudnutí po celou dobu hospitalizace</li> <li>• místo vpichu nebude bolestivé po dobu hospitalizace</li> <li>• u pacientky se neobjeví zvýšená tělesná teplota, třesavka, zimnice, popřípadě zvýšené pocení po dobu hospitalizace</li> <li>• operační rána je klidná, bez známek zarudnutí po dobu hospitalizace</li> <li>• operační rána se hojí per primam po celou dobu</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí ze dne 4. 11. 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sleduj místa vpichu 1x denně, sestra bakalářka</li> <li>• dodržuj aseptický postup při manipulaci, sestra bakalářka</li> <li>• sleduj příznaky zánětu a systémové infekce (třesavka, horečka, ...), sestra bakalářka</li> <li>• dodržuj doporučenou dobu zavedení kanyly + záznam, sestra bakalářka</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>plán sestavila:</b> Kolářová Iva</p>
<p><b>Realizace ze dne 4. 11. 2008:</b></p> <p>10. 30 – sledovala jsem místo vpichu, operační ránu a zavedený drén v dutině břišní po celý den a provedla jsem záznam o zavedení kanyly. Kolářová Iva</p>
<p><b>Hodnocení za dne 4. 11 2008:</b></p> <p>u pacientky se neobjevily žádné známky infekce, operační rána je klidná, nekrvácí. Drén odvádí irigační tekutinu s krví. Kolářová Iva</p>

### **Celkové hodnocení ze dne 7. 11. 2008**

Pacientce byla v den operačního výkonu zavedena periferní intravenózní kanyla na pravé horní končetině v loketní jamce. Místo vpichu bylo klidné. Den po operačním výkonu byla pacientce kanyla odstraněna. Pacientka měla zaveden drén v dutině břišní, který byl také první den po výkonu odstraněn. Operační rána se hojí per primam.

## ZÁVĚR

V předmětné práci jsme se zabývali ošetrovatelskou problematikou nemocné s cholecystolitiázou ( žlučnickové kameny). Úspěšně jsme řešili pacientčiny problémy v rámci ošetrovatelského procesu, který se musí dotýkat všech sfér lidského organismu ať už fyzické, psychické nebo sociální.

Ošetrovatelská péče na chirurgickém oddělení je velmi náročná. Kvalita péče záleží na odborném a profesionálním přístupu celého kolektivu. Největším úspěchem je, když sestra, která nemocnou ošetřuje, k ní dokáže přistupovat jako k osobnosti s jejími potřebami a požadavky. Na druhé straně tato práce přináší dobrý pocit, protože přímá účast na uzdravení nemocné je zřetelně viditelná.

Práce na zvoleném tématu byla pro nás velmi přínosná. Hlavně třídění poznatků do teoretické části bylo tím nejlepším způsobem, jak se o cholecystolitiáze dozvědět co nejvíce.

Během hospitalizace byly stanoveny čtyři aktuální ošetrovatelské diagnózy a jedna potenciální ošetrovatelská diagnóza.

Po celou dobu hospitalizační péče pacientka ochotně spolupracovala. Všechny prosby a přání nemocné jsme se snažili vzhledem k chodu oddělení splnit.

Práce může být využita jako informační zdroj pro sestry pracující v této oblasti při poskytnutí odborné a kvalitní ošetrovatelské péče. Věříme, že i laická veřejnost zde najde cenné informace.



## SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BRODANOVÁ, M. ; KORDA, V.: Klinická hepatologie. Praha: Grada Avicenum,1993. 549 s. ISBN 80-7169-069-4
2. BRODANOVÁ, M.a kol.: Onemocnění žlučníku a žlučových cest. Praha: Grada Publishing, 1998. 255 s. ISBN 80-7169-562-9
3. DOENGES, M. E. ; MOORHOUSE, M F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
4. DYLEVSKÝ, I.: Somatologie. Olomouc: EPAVA, 480 s. ISBN 80-86297-05-5
5. HAVLOVÁ, V. ; WOHL, P. Kuchařka při onemocnění žlučníku. Praha: Vyšehrad, 2001. 78 s. ISBN 80-7021-499-6
6. HOFER, M.: Kurz sonografie. Praha: Grada Publishing, 2005. 240 s. ISBN 80-247-0956-2
7. HORKÝ, J.: K nemocem jater a žlučových cest. Praha: AVICENUM, 1989. 141 s. ISBN 08-038-89
8. JURKA, M. ; SKŘIČKA, T. ; LEOPOLD, J.: Laparoskopická cholecystektomie. Brno: Petřivalského nadace, 1993. 207 s.
9. JUŘENÍKOVÁ, P. ; HŮSKOVÁ, J. ; PETROVÁ, V. ; TOMÁNKOVÁ, D.: Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. Uherské Hradiště, 1999. 234 s.
10. KORBOVÁ, L. ; KOHOUT, J. ; BALÁŠ, V.: Patofyziologie trávicího ústrojí. Praha: Avicenum, 1985. 377 s. ISBN 08-070-85
11. KOTRBA, M.: Kuchařka Žlučnicková dieta. České Budějovice, 2005. 94 s. ISBN 80-7322-074-1
12. MAREČEK, Z. ; MAREČKOVÁ, O.: Žlučník. Praha: Vašut, 2001. 32 s. ISBN 80-7236-182-1
13. MAREČKOVÁ, O.: Nemoci žlučníku a žlučových cest. Česlice: Medica Publishing, 2008. 126 s. ISBN 978-80-85936-61-2
14. MAREŠOVÁ, Z.: Játra a žlučník ve zdraví a nemoci. Praha: AVICENUM, 1976. 118 s. ISBN 08-058-76
15. MAŘATKA, Z.: Klinická gastroenterologie. Praha: AVICENUM, 1988. 653 s. ISBN 08-025-88
16. MAZÁK, J. a kol.: Vnitřní lékařství. Praha: Naše vojsko, 1978. 1019 s. ISBN 28-117-78

17. NIEDERLE, B.: Chirurgie žlučových cest. Praha: AVICENUM, 1977. 624 s.
18. PACOVSKÝ, V.: Vnitřní lékařství. Praha: AVICENUM, 1986. 225 s. ISBN 08-001-86
19. SVATOŠ, A.: Motorická činnost žlučníku. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 109 s. ISBN 08-037-69
20. ŠVÁB, J.: Operace žlučníku a žlučových cest. Praha: TRITON, 2000. 38 s. ISBN 80-7254-124-2

# SEZNAM PŘÍLOH

## 1. Obrázky

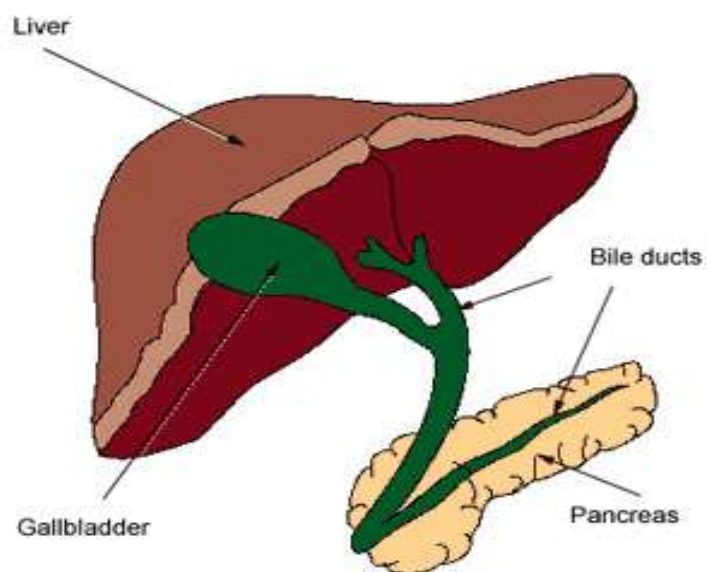
Obrázek 1: Anatomie žlučníku a žlučových cest

Obrázek 2: Žlučník se žlučnickovými kameny

Obrázek 3: Chirurgicky vyjmutý žlučník se žlučnickovými kameny

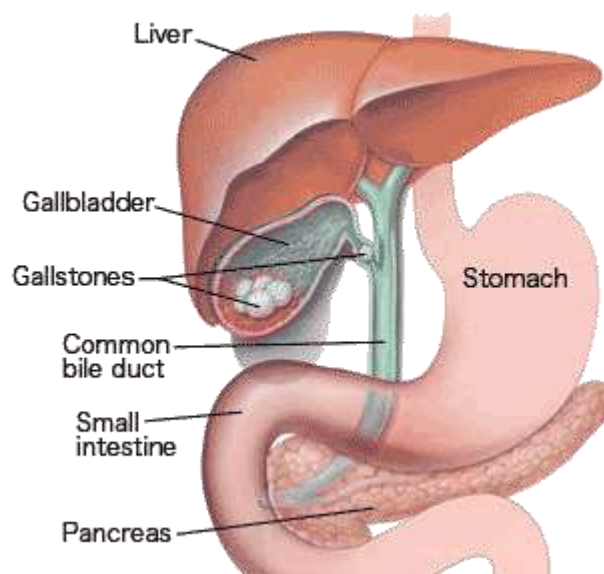
## 2. Příklad diet při onemocnění žlučníku

**Obrázek 1: Anatomie žlučníku a žlučových cest**



Tento obrázek podává docela přehledně informace o anatomických poměrech v okolí žlučníku. Z jater (Liver) vychází žlučovod, ze kterého odstupuje slepá větev zakončená žlučníkem (Gallbladder). Žlučovod se ve své dolní části napojuje na vývod slinivky břišní (Pancreas) a dohromady vyúsťují v tenkém střevě v místě zvaném Vaterská papila.

**Obrázek 2: Žlučník se žlučníkovými kameny**



Na tomto obrázku vidíme žlučník (Gallbladder) se žlučníkovými kameny (Gallstones). Při pozornějším pohledu vidíme, že jeden kámen se již nachází ve spojení žlučníku se žlučovodem. Pokud se tento kámen dostane do tenkého střeva (Small intestine), nic se nestane. Pokud se ovšem v jakémkoliv místě zasekne, povede to k řadě komplikací, z nichž žlučníkový záchvat bude na prvním místě.

**Obrázek 3: Chirurgicky vyjmutý žlučník s žlučníkovými kameny**



Chirurgicky vyjmutý žlučník byl podélně rozříznut a my tak můžeme vidět velké množství žlučníkových kamenů.

## **Příklad diet při onemocnění žlučníku**

### **Těstoviny se šunkou a žampióny**

250 g menších těstovin bez vajec, sůl, 1 lžička oleje, 80 g šunky, 100 g žampiónů, 1 lžička oleje, petrželka

Těstoviny uvaříme v osolené vodě, odcedíme je a ihned promícháme s olejem. Šunku nakrájíme na nudličky. Žampióny očistíme, větší klobouky sloupneme, opláchneme a nadrobno nakrájíme. Nasucho je opečeme, zastříkneme horkou vodou a krátce podusíme, šťávu vydusíme. Promícháme je se šunkou, olejem, osolíme, vmícháme do horkých těstovin a posypeme opláchnutou, osušenou a nadrobno nakrájenou petrželkou. Podle snášenlivosti pacienta dochutíme špetkou oregana nebo majoránky, popř. posypeme nízkotučným, nejemno nastrohaným sýrem.

### **Rýže dušená s rybím filé**

200 g dlouhozrné rýže, sůl, kousek oloupané cibule, 150 g rybího filé, citrónová šťáva, 100 g zeleniny, hrášek, 2 lžíce oleje, pažitka

Rýži propláchneme, spaříme horkou vodou, odcedíme, zalijeme horkou vodou, osolíme, doplníme cibuli a dusíme. Filé nakrájíme na kousky, zakapeme citrónovou šťávou a necháme 10 minut odležet. Zeleninu nadrobno nakrájíme. Filé osolíme, pokryjeme zeleninou, podlijeme horkou vodou a dusíme. Horkou rýži promícháme s filé a zeleninou, olejem, dosolíme. Pokrm posypeme opláchnutou, osušenou a nadrobno nakrájenou pažitkou. Opět můžeme dochutit oreganem nebo majoránkou.

