

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CHOLECYSTOLITHIÁZOU

Bakalářská práce

JANA MORAVCOVÁ

***VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
PRAHA 5***

Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsem uvedla v seznamu použité literatury. Současně dávám svolení, aby byla práce využívána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2009

.....

ABSTRAKT

MORAVCOVÁ, JANA. Ošetrovatelský proces u pacienta s cholecystolithiázou. Praha, 2009.

Bakalářská práce.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha.

Bakalář v oboru všeobecná sestra.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pohlová.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cholecystolithiázou. Teoretická část popisuje anatomii, patofyziologii, klinický obraz, komplikace, diagnostiku a léčbu akutní i chronické fáze onemocnění. Charakterizuje rovněž ošetrovatelskou péči v obou těchto fázích. Nosnou částí práce je část praktická, kasuistika u pacientky v chronické fázi tohoto onemocnění. Řeší aktuální i potenciální problémy pacientky v rámci hospitalizace. Součástí ošetrovatelského procesu je proces zaměřený na edukaci pacientky v oblasti výživy a dietních opatření po prodělané operaci.

Klíčová slova: Cholecystolithiáza. Cholecystectomy. Pacientka. Sestra.

ABSTRACT

MORAVCOVÁ, JANA. Nursing process for the patient with Cholecystolithiasis. Prague, 2009.

Bachelor's work.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Prague.

Bachelor of Science in General Nursing.

Supervisor of the work: Mgr. Zuzana Pohlová.

The main theme of bachelor work is the nursing process for patient with Cholecystolithiasis. Theoretical part describes anatomy, pathophysiology, clinical picture, complications, diagnosis and treatment of acute and chronic phases of this disease. The work also characterizes the nursing care in both of phases. The substantial part of work is the practical casuistry of patient in chronic phase of this disease. It solves the actual as well as potential problems of patient within hospitalization. The component part of nursing procedure is the process focused on education of patient in the area of nutrition and diabetic precautions after operation.

Key words: Cholecystolithiasis. Cholecystectomy. Patient. Nurse.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na ošetrovatelský proces u pacienta s cholecystolitiázou ve všech jeho fázích. Zabývá se rovněž edukačním procesem, který řeší dietní opatření po operačním výkonu.

Výběr tématu práce byl ovlivněn působením na chirurgickém oddělení, kde je tato problematika, vzhledem k hojnému výskytu daného onemocnění, řešena velmi často. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních a internetových zdrojů.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, užitečné podněty v ní však mohou nalézt i všeobecné sestry z praxe, které se běžně setkávají s ošetřováním pacientů s cholecystolitiázou na chirurgickém či interním oddělení.

Touto cestou vyslovuji poděkování za odborné vedení a pedagogické usměrnění vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Pohlové.

Seznam použitých zkratek

a. - arteria

ALP – alkalická fosfátáza

ALT – alanin-aminotransferáza

AMS – alfa-amylázy

APTT – aktivovaný parciální
tromboplastinový čas

AST – aspartát-aminotransferáza

BMI – Body Mass Index

CRP – C-reaktivní protein

d. - ductus

CHE – cholecystectomie

CHCE - cholecystectomie

EKG – elektrokardiogram

ERCP – endoskopická retrográdní
cholangio-pankreatografie

ESWL – extrakorporální litotripsie
rázovou vlnou

g - gram

GIT – gastrointestinální trakt

GMT – gama-
glutamyltranspeptidáza

i.v. - intravenózní

MCH – množství hemoglobinu
v buňce

MCHC – střední koncentrace Hb
v erytrocytech

MCV – střední objem erytrocytů

mg - miligram

MOP – mikrobiální obraz poševní

MPV – střední objem krevní
destičky

např. – například

PLT - trombocyty

RDW – erytrocyty

RHB - rehabilitace

RTG – rentgenové vyšetření

QUICK – protrombinový čas

UCDA – kyselina urodexycholová

UZ - ultrazvuk

tbl – tableta

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Charakteristika onemocnění.....	10
1.1 Anatomie žlučníku a žlučových cest.....	10
1.2 Etiologie, patofyziologie onemocnění	10
1.3 Klinický obraz	13
1.4 Komplikace.....	14
2 Diagnostika	15
2.1 Klinické vyšetření	15
2.2 Laboratorní vyšetření.....	15
2.3 Ultrazvuk	16
2.4 Nativní rentgenový snímek	16
2.5 Radionuklidová dynamická choleoscintigrafie	17
2.6 Diferenciální diagnostika	17
3 Léčba	19
3.1 Léčba akutní fáze	19
3.2 Rozpuštění žlučových koncrementů	19
3.3 Extrakorporální litotripsie rázovou vlnou	19
3.4 Chirurgická léčba	20
4 Prognóza	22
5 Perioperační péče.....	23
5.1 Předoperační vyšetření.....	23
5.2 Předoperační příprava	24
5.3 Pooperační péče.....	24
6 Specifika ošetrovatelského procesu.....	25
6.1 Péče o pacienta v akutní fázi onemocnění	25
6.2 Péče o pacienta v chronické fázi onemocnění.....	25
6.3 Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy	26
PRAKTICKÁ ČÁST	27
7 Identifikační údaje pacienta	27
8 Lékařská dokumentace	28

8.1	Nynější onemocnění	28
9	Předoperační vyšetření.....	30
10	Léčba ošetrovatelských dnů.....	33
11	Fyzikální vyšetření sestrou.....	38
12	Anamnéza dle M. Gordonové	40
13	Ošetrovatelské diagnózy	43
13.1	Ošetrovatelské diagnózy při přijetí.....	43
13.2	Ošetrovatelské diagnózy po operaci.....	47
13.3	Ošetrovatelské diagnózy při propuštění	50
14	Edukační proces	52
	Závěr	55
	Seznam použité literatury	56
	Seznam tabulek uvedených v textu	59
	Přílohy	60

ÚVOD

Cholecystolitiáza je onemocnění vyskytující se v populaci velmi často. Postihuje 20 až 30% obyvatelstva, častěji ovšem ženy. Cílem této práce je popsat péči o pacienta, který trpí tímto onemocněním. V první části práce se zaměřuji na lékařskou i ošetrovatelskou teorii, v druhé, praktické části se zabývám popisem průběhu ošetrovatelského procesu u pacientky, která přichází na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu.

Pro toto onemocnění je charakteristická silná kolikovitá bolest, tzv. biliární kolika. Většinou přichází po dietní chybě, po velkém stresovém vypětí nebo nadměrné tělesné námaze. Kameny mohou být objeveny také náhodně, při ultrazvukovém vyšetření indikovaném pro jiné obtíže. Toto onemocnění většinou postihuje lidi, kteří jsou obézní a dlouhodobě konzumují nesprávnou stravu. K tvorbě kamenů vede i dlouhodobý nedostatek vitamínu C a naopak nadměrné dávky vitamínu B. Vznik kamenů ve žlučových cestách podporuje i užívání některých léků, např. hormonální antikoncepce. Zajímavá je fakt, že toto onemocnění se postihuje častěji ve vyspělých zemích. V Afrických státech se choroby žlučníku a žlučových cest nevyskytují téměř vůbec. Z toho vyplývá, že způsob stravování a životní stylu má na vznik tohoto onemocnění velmi podstatný vliv. Jako prevenci chorob žlučníku i jiných gastroenterologických nemocí lze tedy označit dodržování zásad zdravé výživy a zdravého stylu života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika onemocnění

Cholecystolithiáza je přítomnost žlučových kamenů ve žlučníku.¹

1.1 Anatomie žlučníku a žlučových cest

„Žlučník je tenkostěnný hruškovitý orgán, který je asi 8 cm dlouhý a je uložen ve fossa vesicae felleae na viscerálním povrchu jater podél linie oddělující pravý lalok od lobus quadrantus levého laloku. Je fixován k játrům záhybem peritonea, které vychází u jaterního pouzdra. Asi u 4% je tento závěs pohyblivý, což predisponuje k torzi žlučníku. Kapacit žlučníku se pohybuje mezi 40 – 60 ml, ale může být i značně vyšší. Anatomicky se žlučník dělí na nejobsáhlejší fundus, užší tělo a oblé infundibulum. Zkroucený krček pak pokračuje do ductus cysticus.“²

Nejbližší orgány v okolí žlučníku jsou colon transversum, duodenum. Tři centimetry dlouhý ductus cysticus se napojuje na ductus hepaticus communis. Stěna žlučníku je tvořena pojivovou tkání a hladkou svalovinou. Sliznici tvoří mukózní žlásky a lemují ji cylindrické buňky. Sliznicí je v d. cysticu a v krčku tvořena spirálovitě stočená Heisterova řasa, která může bránit průchodu kamene nebo průniku nástroje. V krčku žlučníku se nachází rozšíření, tzv. Hartmanův váček, v němž často dochází k zaklínění kamene. Z 80% zajišťuje krevní zásobení široká vinutá a. cystica, která vychází z pravé a. hepatica, kříží d. cysticus a vytváří síť ve stěně žlučníku. Zbylých 20% je zásobení odchylné.

1.2 Etiologie, patofyziologie onemocnění

Mechanismy tvorby koncrementů:

Žlučové kameny vznikají na základě těchto příčin:

¹ Zavoral, Venerová a kol., 2007

² Brodanová a kol., 1998, str. 13

a) Hypersaturace žluče cholesterolem

Jako hlavní příčina přesycení žluče cholesterolem je popsána vysoká sekrece cholesterolu játry. Méně často se na tvorbě konkrementů může podílet nedostatečná sekrece žlučových kyselin.

b) Nukleace cholesterolu

Nukleace znamená tvorbu krystalů ve žluči. Krystaly vznikají spojováním vezikul nasycených cholesterolem. Na zahájení tvorby krystalů mají vliv tzv. pronukleační faktory, mezi něž patří např. vápenaté ionty, bilirubin, bakteriální infekce.

c) Poruchy motility

Poruchy motility žlučníku jsou významným faktorem, jelikož umožňují zdržení krystalů a tím i jejich růst.³ Ovlivňují složení žlučových lipidů a rozpustnost cholesterolu. „Čas mezi nukleací a objevením se konkrementů je nezbytný pro vznik klinicky významných konkrementů“.⁴

Druhy konkrementů (žlučových kamenů)

Cholesterolové kameny tvoří 80 – 90% všech žlučových konkrementů. Jsou žlutohnědé, velké od několika milimetrů až po 2-3cm. Vznikají tak, že při nepoměru mezi žlučovými kyselinami, lecitinem a cholesterolem je do žluči secerováno více cholesterolu. Rychlost vzniku je dána rizikovými faktory a genetickou predispozicí k tvorbě litiázy.

Rizikové faktory pro vznik cholesterolových konkrementů

- a) Geneticky – vyšší výskyt u některých indiánských kmenů a Mexičanů, nízký výskyt u Massajů a afrických Američanů. Sporadicky se vyskytuje cholelithiáza u jednovaječných dvojčat.
- b) Věk – výskyt stoupá s věkem, nejčastěji mezi 50 a 60 lety věku. Nízký výskyt do 40 let věku, do 20 let věku je počet operovaných pacientů 5%.
- c) Pohlaví – postiženy častěji ženy, mezi 30 – 49 rokem jsou 2–3krát častěji postiženy ženy než muži. Jako příčina zvýšené tvorby konkrementů v pubertě a snížené tvorby v menopauze jsou udávány hormonální změny ve vazbě na estrogeny a progesteron.

³ Lukáš, Žák a kol., 2007

⁴ Brodanová a kol., 1998, str. 63

Pigmentové konkrementy vznikají z bilirubínu a jeho solí, z kalcia a z pigmentů.

Dělí se na:

- a) Černé, které se tvoří ve žlučníku z bilirubinu a z anorganických solí kalcia. Jsou RTG kontrastní. „Vznikají při nadprodukcii a sekrecii nekonjugovaného bilirubinu do žluče, při zvýšené koncentracii ionizovaného kalcia ve žluči, při snížené sekrecii žlučových kyselin a při poruše motility žlučníku.”⁵
- b) Hnědé konkrementy, jež obsahují bilirubin a vápenaté soli, pigmentové polymery a mucin. Vyskytují se při městnání žluče. Výjimečně jsou ve žlučníku, častěji však ve žlučových cestách za přítomnosti biliární infekce.

Rizikové faktory pro vznik černých kamenů jsou:

- a) Hemolýza (rozpad červených krvinek, při kterém se uvolňuje hemoglobin)
- b) Gilbertův syndrom (dědičná porucha metabolismu žlučového barviva bilirubinu v krvi, projevující se především zežloutnutím kůže a očního bělma v důsledku ukládání přebytečného bilirubinu v tkáni)
- c) Záněty ilea - záněty tenkého střeva, resekce – odstranění části ilea, bypass ilea, postradiační poškození tenkého střeva
- d) Celková parenterální výživa
- e) Cirhóza jater (chronické jaterní onemocnění, při kterém dochází k přestavbě jaterní tkáně a cévního řečiště)
- f) Cystická fibróza (je autosomálně recesivní dědičná choroba charakterizovaná poruchou transportu elektrolytů, zejména Na⁺ a Cl⁻, v epitelových buňkách respiračního, trávicího, urogenitálního traktu a potních žláz)
- g) Dieta s vysokým obsahem cholesterolu

Rizikové faktory

Jako nejvýznamnější rizikové faktory pro vznik konkrementů jsou v odborné literatuře udávány⁶:

- . Věk
- . Ženské pohlaví
- . Hyperlipoproteinémie (skupina metabolických onemocnění, charakterizovaná zvýšenou hladinou tuků a lipoproteinů v plazmě)

⁵ Zavoral, Venerová a kol., 2007, str.148

⁶ Lukáš, Žák a kol., 2007; Zavoral, Venerová a kol., 2007

- . Léky a hormony (např. hypolipidemika, hormonální antikoncepce) - větší riziko výskytu konkrementů v klimakteriu při léčbě estrogy, muže ohrožuje karcinom prostaty léčený estrogy.
- . Obezita
- . Rychlý váhový úbytek
- . Parenterální výživa – vytvoří se sludge až u poloviny nemocných, při návratu k perorální stravě mizí do několika týdnů. „Příčinou je změna složení žluči a hlavně porucha kinetiky žlučníku”.⁷
- . Alkoholická cirhóza
- . Infekce žlučových cest
- . Chronická hemolýza
- . Diabetes mellitus

Výskyt v populaci

Cholecystolitiáza se v populaci vyskytuje až ve 20-30%. Onemocnění je 2-3krát častější u žen než u mužů, což je způsobeno hormonálními změnami, jako je těhotenství či klimakterium⁸.

1.3 **Klinický obraz**

Cholecystolitiáza má tři různé formy⁹:

- 1) Asymptomatická – je nejčastější formou. Konkrementy mohou být objeveny náhodně při sonografickém vyšetření břicha, většinou zůstanou němé. Konkrementy se manifestují většinou bolestí. Jen vzácně vznikají komplikace při uvolnění kamene, jako například cholecystitida, pankreatitida či obstrukční ileus. Riziko výskytu komplikací stoupá s věkem. Více ohroženi jsou nemocní trpící diabetem.¹⁰
- 2) Symptomatická – specifickým příznakem je bolest žlučníku, tzv. biliární kolika.

⁷ Bordanová a kol., 1998, str. 41

⁸ Lukáš, Žák a kol., 2007

⁹ Lukáš, Žák a kol., 2007; Zavoral, Venerová a kol., 2007

¹⁰ Bordanová a kol., 1998

Bolest vzniká náhle, je intenzivní, stálá a manifestuje do epigastria (nadbřišek). Může být doprovázena nauzeou, pocity plnosti, zvracením, nadýmáním. Někdy jsou přítomny průjmy a stolice střídavé konzistence.¹¹ Bolest je lokalizována v pravém podžebří. Trvání bolesti se pohybuje přibližně od 30 minut až po několik hodin, než spontánně odezní. „Mechanismus vzniku bolesti je odstartován pohybem nebo zaklíněním konkrementu nejčastěji v oblasti krčku, kde je bohaté nervové zásobení. Následně dochází ke spazmu svaloviny žlučníku a žlučových cest, k vzestupu intraduktálního tlaku, ke zvýšené sekreci do lumina žlučníku.”¹² Záchvatu obvykle předcházejí tučná jídla např. kachna, vejce, majonézové saláty, smažené pokrmy apod. Při biliární kolice může být přítomna bledost, pocení, subfebrilie i mírný ikterus. Typickým příznakem bolestivost v místě žlučníku při palpaci v nádechu – tzv. Murphyho příznak. Biliární dyspepsie je dalším příznakem symptomatické cholecystolythiázy. Nemocný pociťuje plnost v epigastriu, tlak v pravém podžebří, nesnášenlivost tuků, nauzeu, plynatost, říhání, má nepravidelnou stolicí.

- 3) Komplikovaná cholecystolithiáza – může se vyvinout i z asymptomatické cholecystolithiázy. Nejčastější komplikace jsou choledocholitiáza (přítomnost žlučových kamenů ve žlučových cestách), obstrukční ikterus (způsoben mechanickou překážkou odtoku žluče do střeva), cholangitida (zánět žlučových cest) a akutní pankreatitida (zánět slinivky břišní), perforace žlučníku, žlučníková píštěl.

1.4 Komplikace

- a) Časně komplikace cholecystolitiázy – cholecystitis acuta (akutní zánět žlučníku), hydrops žlučníku (žlučník naplněný žlučí), empyém žlučníku (nahromadění hnisavého obsahu ve žlučníku, bilioenterální fistula, choledocholitiáza (přítomnost žlučových kamenů ve žlučovodu), obstrukční ikterus, cholangitis acuta, akutní biliární pankreatitida (akutní zánět slinivky břišní vzniklý v souvislosti se žlučovými kameny).

¹¹ Brodanová a kol. 1998

¹² Brodanová a kol 1998, str. 69

- b) Pozdní komplikace – cholecystitis acuta a karcinom žlučníku¹³.

2 Diagnostika

2.1 Klinické vyšetření

Pohledem nelze zjistit žádnou změnu, pouze pokud by se jednalo o hydrops žlučníku. Pohmatem a poklepem zjišťujeme bolestivost v pravém hypochondriu – Murphyho příznak. „Nahmatáme – li zvětšený žlučník, většinou má tvar hrušky, anebo jablka, je důležité se ujistit, že námi nahmataná rezistence má souhyb s dýcháním, tedy stejný souhyb, jako mají játra.”¹⁴ Příčinou může být hydrops žlučníku – žlučník je naplněn neodtékající stagnující žlučí. Pokud je žlučník zvětšen nádorovým procesem, je pokleповě nebolestivý. Pokud je příčinou nádor, bývá lokalizován v hlavě slinivky břišní nebo v oblasti Vaterovy papily. Pokud je hmatný žlučník nebolestivý, svědčí pak pro uzávěr extrahepatálních cest, např. zaklíněný kamen na papile, karcinom papily, karcinom slinivky břišní, je to tzv. Courvoisierovo znamení.¹⁵

2.2 Laboratorní vyšetření

V laboratorním nálezu se objevuje leukocytóza, zvýšená sedimentace, při biliární kolice zvýšená hladina amyláz, zvýšená hladina enzymu ALP a GMT při obstrukční formě, elevace transamináz, a elevace CRP a dalších zánětlivých markerů¹⁶.

Sestra poučí pacienta o nutnosti lačnění před plánovaným odběrem. Pacienta informuje o dostatečné hydrataci. Doporučí mu, aby před odběrem nepil kávu, nekouřil. Vyzve nemocného, aby se posadil, případně položil na lůžko. Krev odebírá do předem označené čisté a suché zkumavky. Zkumavka musí být označena štítkem, na kterém je uvedeno jméno pacienta, rodné číslo, číslo pojišťovny, číslo diagnózy a oddělení, na

¹³ Hrabovský a kol., 2003

¹⁴ Špinar a kol., 2008, str. 111

¹⁵ Špinar a kol., 2008

¹⁶ www.solen.cz/savepdfs/med/2007/07/03.pdf

kterém je pacient hospitalizován. K odběru použije jehlu dostatečného průměru, aby při průtoku krve jehlou nedocházelo k ruptuře erytrocytární membrány. K odebranému materiálu vypíše žádanku dle zvyklosti oddělení. Užívá-li pacient léky, které mohou ovlivnit výsledek je to nutné uvést na žádance. Sestra zajistí včasný transport materiálu do laboratoře. O výsledku laboratorního vyšetření informuje lékaře.¹⁷

2.3 Ultrazvuk

Ultrasonografické vyšetření je nejpoužívanější metodou v diagnostice cholecystolitíázy, dokáže odhalit kameny větší než 2 mm. Jedná se o nenáročné neinvazivní vyšetření. Pomocí ultrazvuku posuzujeme velikost žlučníku, charakter náplně, tloušťku stěny žlučníku, přítomnost polypů či divertiklů stěny žlučníku a identifikujeme konkrementy. „Princip vyšetření spočívá v tom, že ultrazvukové vlny vysílané přístrojem procházejí tkáněmi a odrážejí se na jejich rozhraních. Tato rozhraní mohou být vytvořena okraji orgánů, nádory, kameny, tekutinami, plyny. Odražené vlny jsou registrovány a výsledný obraz se zobrazuje na monitoru.“ K tomuto vyšetření není nutná příprava pacienta.¹⁸

Sestra pacienta informuje o tom, že by měl být lačný, aby nedošlo k znehodnocení výsledku. Poučí ho o průběhu ultrazvukového vyšetření. Sanitář odvede pacienta na vyšetření, po ukončení ho odvede zpět na oddělení. Sestra informuje lékaře o výsledku ultrazvukového vyšetření.

2.4 Nativní rentgenový snímek

Nativní rentgenový snímek je schopen odhalit kalcifikované konkrementy, porcelánový žlučník (kalcifikace ve stěně žlučníku, ileus nebo také vzduch ve žlučových cestách způsobený enterální nebo gastrickou píštělí)¹⁹. Nativní snímek břicha se po zavedení sonografického vyšetření již nepoužívá. Změny na žlučníku nebo

¹⁷ Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006

¹⁸ Lukáš a kol, 2005

¹⁹ Zavoral, Venerová, 2007

žlučových cestách jsou většinou objeveny náhodně na snímku břicha, provedeném z jiné indikace.²⁰

Sestra poučí pacienta o průběhu rentgenového vyšetření. U žen zjišťuje sestra graviditu, aby se předešlo poškození plodu. Odstraní z pacienta kovové předměty, nacházející se v místě pravděpodobného snímkování. Žádná další příprava není nutná. Zajistí, aby se pacient dostavil na vyšetření. Po vyšetření se pacient vrací na oddělení. Sestra informuje lékaře o výsledku.

2.5 Radionuklidová dynamická cholescintigrafie

Je citlivá metoda s použitím radionuklidu, která umožňuje sledovat dynamický záznam funkce žlučníku a žlučových cest. „Pokud jde o žlučník, hodnotíme jak funkci koncentrační, tak evakuační schopnost žlučníku. Vyšetření funkce žlučových cest (vyšetření HIDA) nás informuje o volném průchodu radionuklidu celým žlučovým stromem. Principem je sledování průchodu radiofarmaka podaného i.v. žlučovými cestami pomocí gamakamery.“ Vyšetření lze provést i u pacienta se zvýšenou hladinou bilirubinu v séru (kolem 100 mmol/l).²¹

Sestra upozorní pacienta, že musí být na lačno, 12 hodin před vyšetřením nesmí jíst, pít a kouřit. 3–4 hodiny před vyšetřením sní pacient 50g čokolády, dalších 50g si bere pacient s sebou na evakuační test. Pacient po cholecystectomii se nasnídat musí. Sestra zajistí přesun pacienta na vyšetření a zpět. Výsledek vyšetření předá lékaři.²²

2.6 Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnóze je třeba vyloučit všechny náhlé příhody břišní: akutní pankreatitidu – zánět slinivky břišní, apendicitidu – zánět červovitého přívěsku, perforaci peptického vředu, pravostrannou renální koliku. Dále je nutno vyloučit extraabdominální poruchy, jako je: infarkt myokardu spodní stěny, herpes zoster (pásový opar), spondylogenní bolesti, pleuropneumonie.

²⁰ Brodanová a kol. 1998

²¹ Špinar a kol., 2008, str.112

²² http://www.fnspo.cz/kliniky/nme/pdf/2007_10_24_001.pdf

Sestra asistuje lékaři při vyšetření pacienta, sleduje pacienta, monitoruje bolest, krvácení z GIT, případně další příznaky svědčící pro jiné onemocnění. Při odhalení těchto příznaků informuje lékaře. Zajistí, aby pacient absolvoval všechna další lékařem naordinovaná vyšetření, např. laboratorní vyšetření, RTG srdce a plic.

3 Léčba

3.1 Léčba akutní fáze

V akutní fázi jsou k léčbě biliární koliky podávána spasmolytika (léky na uvolnění křečí) a analgetika (léky snižující vnímání bolesti), případně antibiotika (léky používané při bakteriální nákaze), pro uvolnění tahu svaloviny žlučníku a uvolnění zaklíněného kamene. Nemocný přijímá pouze tekutiny, aby nedošlo ke dráždění svaloviny žlučníku. Poté přechází na dietu č. 4 s omezením tuků. Tato léčba bývá omezena na dobu po biliární kolice, na osoby odmítající operační výkon a na dobu do provedení cholecystectomie.²³

3.2 Rozpuštění žlučových konkrementů

Disoluce neboli rozpouštění žlučových konkrementů kyselinou chenodeoxycholovou a ursodeoxycholovou, tzv. UCDA. Kyseliny jsou nemocnému podávány formou tablet. Zvyšují ve žluči množství kyselin, které udržují cholesterol rozpuštěný, aby mohly odcházet do střeva. Tímto způsobem jsou léčeni pacienti, kteří mají pouze jeden velký cholesterolový konkrement, a to o velikosti 5-15 mm při zachovalé kontrakční a koncentrační funkci žlučníku. Jako terapeutická metoda se neosvědčila pro výraznou recidivu konkrementů do 5 let – až u 28% pacientů. Dnes se UCDA používá pouze jako prevence vzniku konkrementů po extrakci endoskopickou cestou či po extrakorporální litotripsii rázovou vlnou (ESWL).²⁴

3.3 Extrakorporální litotripsie rázovou vlnou

Konkrementy se rozpadají působením rázových vln. Rázové vlny jsou vytvářeny mimo tělo elektrohydraulickými, elektromagnetickými, piezoelektrickými litotripty. Tyto vlny se soustřeďují na konkrement pomocí ultrazvuku nebo skiaskopie. Po

²³ Šváb a kol., 2005,

²⁴ Šváb, 2000, www.solen.cz/savepdfs/med/2007/07/03.pdf

proběhlé litotripsii je nutná dlouhodobá disoluční léčba (viz výše), může být pro nemocné při splnění kritérií, alternativou chirurgického zákroku.²⁵

3.4 Chirurgická léčba

V současnosti nejpoužívanější chirurgickou metodou je cholecystektomie, odstranění žlučníku – CHCE. Indikací k operaci jsou záněty, kameny ve žlučníku a také nádory.

Historie

Cholecystektomie byla poprvé provedena v roce 1882 v Berlíně Johannem Carlem Langenbuchem. U nás ji poprvé provedl na České chirurgické klinice v Praze v roce 1891 Karel Maydl.

a) Cholecystektomie otevřená

„Je prováděna ze šikmého nebo transrektálního řezu v pravém podžebří, případně z horní střední laparotomie. Je možno volit postup retrográdní, nebo antegrádní. Při retrográdním postupu je po nastřížení peritonea při krčku žlučníku v Calotově trojúhelníku (spodina jater, společný žlučovod, ductus cysticus) vypreparována arteria cystica, ligována a prořata. Stejně tak je ošetřen ductus cysticus a žlučník je uvolněn z lůžka směrem k fundu. Při antegrádním postupu je žlučník postupně uvolněn z lůžka od fundu žlučníku a nakonec jsou ligovány a prořaty a. cystica a d. cysticus. Lůžko žlučníku je opatřeno stehem a tak peritonealizováno. Sblížením okrajů peritoneem krytého glissonského pouzdra je zmenšen vzniklý defekt na spodině jater a omezen vznik pevných srůstů jako příčina možných pooperačních obtíží a komplikací. V případě potřeby revize v podjaterní krajině v budoucnu usnadní preparaci a orientaci operátora. Steh lůžka uzavírá krvácející drobné cévy a zející aberantní žlučovody. U stehu hlubokého lůžka má steh zabírat celou hloubku lůžka, nebo je vhodné do lůžka pod steh založit aktivně nasávající drén (do Morissonova prostoru, který má odvádět

²⁵ Brodanová a kol. 1998, www.solen.cz/savepdfs/med/2007/07/03.pdf

žluč z aberantních žlučovodů, zánětlivý výpotek, případně krev z lůžka. Odtok krve nebo žluči z drobných cév nebo aberantních žlučovodů je často nevypočitatelný.”²⁶

b) Cholecystektomie laparoskopická

Je odstranění žlučníku pomocí laparoskopu a tenkých nástrojů, které jsou zaváděny třemi až čtyřmi malými nářezy o velikosti 1 cm. Průběh operace je sledován televizní technikou. „Operace se provádí v celkové anestezii po založení kapnoperitonea, kdy se speciální Veressovou jehlou insuluje do peritoneální dutiny CO₂. Stěna břišní se oddálí od orgánů dutiny břišní, postupně se zavedou 4 porty pro kameru a endoskopické nástroje a chirurg, který sleduje operační pole na obrazovce, provede endoskopickými nástroji cholecystectomii po zasvorkování d. cysticus a a. cystica. Žlučník s konkrementy se odstraní rozšířenou incizí pod pupkem, místem portu pro kameru.”²⁷ Při předoperačním podezření na kámen, stenózu či jiné patologie na vývodném systému žlučovém, je před laparoskopickým výkonem nutno provést vyšetření ERCP. Hospitalizace po laparoskopické cholecystectomii je krátká, většinou 2 až 3 dny. „Má přednost v menších pooperačních bolestech, rychlém obnovení funkce orgánů dutiny břišní a v rychlém návratu do běžného života a práce.”²⁸

²⁶ Brodanová a kol. 1998, str. 215

²⁷ Paško a kol. 2008, str. 102

²⁸ Šváb 2000, str. 29

4 Prognóza

„Po cholecystektomii pro symptomatickou cholelitiázu mohou přetrvávat abdominální bolesti u zhruba 30% pacientů. Menší procento přetrvávání bolestivých symptomů po operaci je u pacientů s jasnými klinickými biliárními kolikami, nesnášenlivostí tučného jídla a u pacientů jejichž žlučník měl zesílenou stěnu.”²⁹

²⁹ www.cls.cz/dokumenty2/os/t193.rtf

5 Perioperační péče

5.1 Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření má být přesné a účelné, usnadňuje to práci chirurga na operačním sále.

*Prováděná vyšetření:*³⁰

- Odběr krve na hematologické vyšetření – krevní obraz, APTT, QUICK a biochemické – jaterní testy ALT, AST, ALP, AMS, GMT.
- Rentgenový snímek srdce a plic
- EKG – elektrokardiografie, metoda zaznamenávající graficky elektrické proudy vznikající při činnosti srdečního svalu během každé srdeční kontrakce.
- Interní předoperační vyšetření – internista zjišťuje funkčnost životně důležitých orgánů, vzhledem k očekávané zátěži anestezií a operačním výkonem, chronická a prodělaná onemocnění, eventuálně doporučí řešení očekávaných komplikací v perioperačním období.
- Vyšetření anesteziologem

Činnost sestry:

- Sestra provede odběr krve a odebraný materiál odešle do laboratoře.
- Pacienta odešle na RTG vyšetření srdce a plic, k tomuto vyšetření není nutná zvláštní příprava.
- Natočí EKG. Uloží pacienta do polohy vleže, pacient vyvíjí minimální svalovou aktivitu. Sestra oholí, očistí a odmastí kůži v místě přiložení elektrod. Pacient se nesmí dotýkat kovové části postele, končetiny nesmí mít překřížené. Sestra přiloží svody, zapne elektrokardiograf a vytiskne záznam. Sejme elektrody, osuší kůži pacienta.
- Výsledky laboratorního vyšetření, popis rentgenového snímku a záznam EKG předá sestra lékaři, provádějícímu interní vyšetření.

³⁰ Skalická a kol., 2007; Hrabovský a kol., 2003; Šváb, 2000

- Výsledky interního vyšetření spolu s chorobopisem předá sestra anesteziologovi, který dle výsledků a celkového stavu pacienta určí premedikaci před operací.

5.2 Předoperační příprava

Večer před operací dostane pacient léky ordinované anesteziologem, případně léky ordinované ošetřujícím lékařem. Sestra poučí pacienta, aby od půlnoci, tedy alespoň 8 hodin před operačním výkonem nejedl, nepil a nekouřil. Před operací se nemocný musí vykoupat buď sám, nebo s pomocí sestry. Sestra zkontroluje čistotu operačního pole a operační pole oholí. Provede bandáže dolních končetin jako prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Pokud má pacient umělý chrup, odevzdá jej sestře stejně jako cenné věci, jako jsou prsteny a řetízky, které sestra pečlivě uschová do trezoru oddělení. Pacient se před výkonem vymočí. Podle pořadí pacienta v operačním programu aplikuje sestra premedikaci dle ordinace anesteziologa. Nemocný je odvezen na operační sál s kompletní dokumentací.

5.3 Pooperační péče

Pokud nevzniknou komplikace při operačním výkonu, je pacient přivezen zpět na standardní oddělení. Spolu s pacientem se na standardní oddělení vrací i jeho dokumentace, již tvoří úplný chorobopis doplněný o operační protokol a přesné ordinace následující po proběhlém operačním výkonu. Tyto ordinace většinou obsahují pokyny o intervalech měření fyziologických funkcí většinou 1 hodinu á 15 min, poté á 1 hodinu do stabilizace, pokyny pro aplikaci analgetik, antibiotik, infúzních roztoků, případně transfúzních přípravků. Sestra dále kontroluje krytí operační rány, pečuje o drény, cévky nebo sondy. Kontroluje krytí rány. Při zhoršení fyziologických funkcí, celkového stavu pacienta nebo prosaku rány informuje lékaře.

6 Specifika ošetrovatelského procesu

6.1 Péče o pacienta v akutní fázi onemocnění

- Sestra asistuje lékaři při fyzikálním vyšetření a sběru anamnézy.
- Po vyšetření pacienta ultrazvukem a odběru krve nemocného uloží na lůžko. Polohu nemocný zaujímá sám, části ji mění a hledá úlevovou polohu.
- Dle ordinace podá nemocnému léky, nejčastěji intravenózně do kanyly, která je nemocnému zavedena při příjmu. Podává spasmolytika a analgetika. Spasmolytika tlumí bolest, ale mají nežádoucí účinky, které je třeba sledovat, jako např. tlumí sekreci, působí zácpu, snižují tvorbu moči a rozostřují vidění na blízko.
- Do odeznění příznaků akutní fáze – biliární koliky nesmí nemocný přijímat nic per os. Po stabilizaci stavu, dostává nemocný tekutiny, dietní suchary později dietu č. 4.
- V akutní fázi má nemocný omezenou sebeobsluhu, proto sestra dopomůže v péči o jeho hygienu, vyprazdňování. Pečuje o lůžko a pohodlí nemocného.
- Po odeznění koliky je nemocný propuštěn do domácí léčby, v případě diagnostikování cholecystolithiázy je objednan k plánovanému operačnímu výkonu
- Po propuštění musí nemocný dodržovat ordinovanou dietu a vyvarovat se dráždivých jídel.³¹

6.2 Péče o pacienta v chronické fázi onemocnění

- Předoperační příprava – sestra připraví pacienta psychicky, zajistí souhlas klient s výkonem, zajistí nácvik prvků pooperačního režimu. Asistuje při komplexním interním vyšetření (EKG, RTG), odebere moč a krev, monitoruje fyziologické funkce, zajistí celkovou očistu klienta, připraví operační pole.
- Pooperační období – sestra kontroluje vitální funkce á 15 minut, později každých 30 min až 1 hodinu dle stavu do stabilizace. Sleduje stupeň vědomí. Kontroluje stav krytí operační rány. Podává naordinované infúze a intravenózní a intarmuskulární injekce, sleduje intravenózní přístupy, monitoruje bolest, zaznamenává barvu,

³¹ Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004

konzistenci, množství tekutiny z drénů. Sleduje možné příznaky komplikací, sleduje vyprazdňování močového měchýře, pacient se má vymočit do 8 hodin po výkonu.³²

- Pacient zaujímá polohu a pohyb s ohledem na invazivní vstupy a drény.
- Sestra aktivizuje pacienta v sebeděči, hygienu provádí pacient za pomoci sestry – pozor na invazivní vstupy a drény!
- Výživa pacienta – nultý a první den po operačním výkonu je výživa parenterální, druhý den 0/S, další den dieta 4/S.
- Vyprazdňování – pravidelnou stolicí má pacient až při pravidelném přísunu stravy.
- Sestra asepticky pečuje o rány a drény, zaznamenává odtok sekrece, množství a barvu.
- Odpočinek a spánek – Sestra aplikuje léky proti bolesti, hypnotika. Omezuje rušivé faktory na oddělení a pokoji pacienta.
- RHB – Rehabilitační sestra pacienta poučí o pooperačním režimu již v předoperačním období. Sestra aktivizuje pacienta v sebeděči a předchází imobilizačnímu syndromu.
- Psychosociální potřeby pacienta – Sestra zajistí kontakt s rodinou, sociální sestrou, případně knězem. Zajistí pacientovi dostatek informací.
- Domácí péče – Pacient se v domácí péči zaměří na životosprávu a dietní opatření.³³

6.3 Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy

- Bolest akutní – 00132, z důvodu operačního výkonu.
- Porušený spánek – 00095, z důvodu hospitalizace.
- Strach – 00148 – z důvodu hospitalizace a operačního výkonu.
- Porušená kožní integrita – 00046 – z důvodu operační rány.
- Riziko infekce – 00004 – z důvodu operační rány, zavedení periferního žilního katétru a drénů.
- Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028 – z důvodu nedostatečného příjmu tekutin v pooperačním období.

³² Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006

³³ <http://zdravotni.blog.cz/0903/osp-s-onemocnenim-zlucniku-a-zlucovych-cest>

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Identifikační údaje pacienta

- Iniciály pacienta: D. M.
- Pohlaví: žena
- Narodena: 1945
- Bydliště: Praha
- Pojišťovna: 111
- Den přijetí: 26. 2. 2009
- Zaměstnání dnes: důchodkyně
- Zaměstnání dříve: kuchařka
- Stav: rozvedená
- Nejbližší příbuzní nebo osoby, kterým lze podávat informace: sousedka J. J., bydliště Praha.

O pacientku jsem pečovala během její hospitalizace na chirurgickém oddělení od 26.2 do 2.3. 2009. Pacientka byla hospitalizována od 26. 2. do 2. 3. 2009.

8 Lékařská dokumentace

8.1 Nynější onemocnění

Pacientka přijata plánovaně k CHE, několik měsíců pociťuje dyspeptické potíže, dle UZ – cholecystolithiasa.

Asi 7-8 měsíců má po jídle bolesti v pravém podžebří, vystřelující do zad a provázené nadmutím až zvracením. Při ultrazvukovém vyšetření byly nalezeny kameny ve žlučníku. Ikterus nebyl přítomen. Světlou stolicí ani tmavou moč pacientka neměla.

- Alergická anamnéza: PNC, prokain, mesokain.
- Farmakologická anamnéza:

Tabulka 1 - Chronická medikace pacientky

Název léku	Dávkování	Způsob podání	Léková skupina
Lekoptin retard 240 mg	1-0-0	Per os	Blokátory vápníkového kanálu
Lorista 50 mg	1-0-1	Per os	Antagonisté receptoru angiotensinu II

- Sociální anamnéza: důchodkyně, dříve kuchařka.
- Rodinná anamnéza: bezvýznamná.
- Toxikologická anamnéza: 0
- Gynekologická anamnéza: porod 1x, bez komplikací.
- Osobní anamnéza:
 - Sledovaná onemocnění: hypertenze
 - Operace: 2x haemorrhoides
- Úrazy: 0

Pacientka je orientována v prostoru i čase, spolupracuje.

- Váha: 87 kg
- Výška: 158 cm
- Puls: 68´
- TK: 150/90
- Dechová frekvence: 16´
- Teplota: 36,7 °C

Fyzikální vyšetření lékařem:

- *Kůže*: hydratovaná, anikterická.
- *Hlava*: mesocefalická, pokleповě nebolestivá, výstupy nV nebolestivé, inervace nVII správná, bulby ve středním postavení, zornice isokorické, foto+, jazyk plazí ve střední čáře.
- *Krk*: hybnost volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestů, štítná žláza nezvětšena.
- *Hrudník*: symetrický, komprese nebolestivá, dýchání sklípkové čisté, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené. Prsy bez rezistence.
- *Břicho*: v niveau, dýchá v celém rozsahu, bez jizev, poklep diferenciálně bubínkový, palpáce nebolestivá. Břicho měkké, bez hmatné rezistence, bez peritoneálních příznaků, tapotement bilatelárně negativní, hepar a lien nehmatný.
- *Per rectum*: okolí anu klidné, tonus svěračů normální, bez hmatné rezistence, bez patologické příměsi.
- *Páteř*: bez skoliózy, rozvíjí se volně.
- *HK*: bez omezení hybnosti, bez flebitidy.
- *DK*: bez otoků, bez známek flebitidy, bez trofických defektů, hybnost volná.

Plánovaná vyšetření:

Kontrolní KO po operačním výkonu.

Léčba ordinovaná při přijetí:

- Laparoskopická cholecystectomie
- Infuzní terapie po výkonu
- Antikoagulační léčba
- Léčba bolesti

Diagnóza při přijetí:

K801 Kámen žluč s jinou cholecystitidou

9 Předoperační vyšetření

Sonografie břicha ze 7.1.2009

Pankreas má echogenitu zvýšenou, strukturu lalůčkovitou, bez ložiskových změn. Játra o dva prsty přes oblouk, okraj otupen, echogenita je střední, intrahepatické žlučovody jsou štíhlé, hepatocholedochus má šířku 7 mm bez patrné překážky. Žlučník je z poloviny vyplněn drobnými konkrementy velikosti do 5 mm, které se ve žlučníku přesunují podle gravitace, stěna žlučníku je jemná. Slezina nezvětšená, homogenní. Ledviny jsou normálně veliké a uložené, korová vrstva přiměřené šíře, duté systémy jsou nerozšířené. Na rozhraní dolní a střední třetiny levé ledviny se nachází variabilně stínící echogenní útvar o průměru 8 mm. Močový měchýř má stěny hladké, děloha masivní v AVF, homogenní, ovaria nevidím. Kličky střevní mají obvyklou šíři, ložiskové změny v dutině břišní nejsou patrné.

Závěr:

- Lipomatoso pankreatu
- Steatoso jater
- Mnohočetná drobná cholecystolithiaso
- Podezření na nefrolithiaso vlevo.

Skiagram hrudníku z 10. 2. 2009

Hrudník lehce asymetrický, skelet bez výraznější patologie, stín srdeční nezvětšen, bránice klenutá, úhly volné, plicní pole bez ložiskových a infiltrativních změn. Na bočním poli velmi jemné pleurální adheze na bránici.

Gynekologické vyšetření z 11. 2. 2009

Obj: normální palpační gynekologický nález. Malá pánev na dosah prstu, bez patologické rezistence.

Cytologie: normální nález, MOP I

Závěr: Z gynekologického hlediska není k operačnímu výkonu.

EKG

Sinus, f 74/min., PQ 0.20, bez ložiskových změn.

Laboratorní vyšetření

Tabulka 2 – Výsledky biochemického vyšetření z 10. 2. 2009

Metoda	Výsledek	Jednotky	Referenční hodnoty	Hodnocení
Urea	4,2	mmol/l	2,5-8,3	
Kreatinin	79	umol/l	60-115	
Natrium	138.3	Mmol/l	135-146	
Kalium	4,73	Mmol/m	3,6-5,3	
Chloridy	100,5	Mmol/l	95-107	
Bilirubin	12,5	Umol/l	3-22	
ALT	0,49	Ukat/l	0,1-0,7	
AST	0,39	Ukat/l	0,1-0.65	
GMT ALP	1.03	Ukat/l	0,5-1	Zvýšená hodnota
Amylasy	1.03	Ukat/l	0-1,67	
Celková bílkovina	75,9	g/l	64-82	

Tabulka 3 – Výsledky vyšetření krevního obrazu z 10. 2. 2009

Metoda	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Leukocyty (WBC)	9,3	$10^9/l$	4-11
Erytrocyty (RBC)	4.74	$10^{12}/l$	4.2-5,4
Hemoglobin (Hgb)	13, 8	g/dl	12-16
Hematokrit (Hct)	41	%	37-47
MCV	86,5	fl	81-99
MCH	29,1	Pg	27-33
MCHC	33, 7	g/dl	32-37
RDW	14,6	%	11,5 – 14,5
PLT	276	$10^9/l$	130 – 450
MPV	10,6	fl	7,4 – 11

Tabulka 4 – Výsledek koagulačního vyšetření z 10. 2. 2009

Metoda	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
QUICK	1,01	INR	0,85 – 1,25
APTT	32,1	s	31,5 - 38,5

10 Léčba ošetřovatelských dnů

Den přijetí 26. 2. 2009

Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/80, P 72´

Nasazena antikoagulační, antitrombotická léčba: Fraxiparine 0, 3ml, podání s.c./večer 18:00 a ráno v 6:00 s premedikací.

Edukace rehabilitační sestrou: předoperační instruktáž o dechovém a aktivním cvičení, o nácviku stoje, chůze, nácvik odkašlávání, informace o následném domácím pohybovém režimu.

Anesteziologická příprava:

Na noc: Hypnogen (hypnotikum, sedativum), podáno ve 22.00.

Operační den 27. 2. 2009

Premedikace na výzvu: Dolsin 50 mg (analgetikum, anodynum), Atropin (parasympatholytikum), podáno v 8:30 i.m., aplikován Fraxiparine 0, 3ml s.c. v 6:00.

Bandáže dolních končetin.

Operační protokol:

- Datum zahájení operace: 27.2.09 09:31.
- Datum ukončení operace: 27.2.09 12:50
- Doba trvání: 03:19
- Typ anestézie CA
- Operační diagnózy: K801 Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou
- Indikační rozvaha: UZ prokázaná symptomatologická cholecystolithiasa
- Operační výkony: Cholecystectomy videolaparoskopica, drain.
- Průběh:

V klidné CA zavádíme kapnoperitoneum z portu pod pupkem. Poté pracovní port pod mečíkem a 2 krát v pravém mesogastriu. Žlučník je objemný bez srůstů, stěna nejví známky akutního zánětu, veškeré tkáně ale difúzně krvácější, jakoby při cholecystitidě, dutina břišní je bez viditelné patologie. Postupně preparujeme jednotlivé struktury V Callotově trojúhelníku a poté klipujeme Ductus cystikus a a. cystiku. Žlučník postupně vybavujeme z lůžka pomocí koagulačního háčku

a disektoru, játra i stěna žlučníku silně bodově krvácejí, po celou dobu operace se nám vzhledem k habitu pacientky nedaří operovat ve volnějším prostoru, stěnu břišní se nedaří relaxovat, po uvolnění žlučníku stavíme difuzní a značné krvácení z jaterního lůžka, zavádíme redon pod játra, žlučník zachycujeme a cílíme jej k umbilikálnímu portu, kde jej ale ztrácíme, resp. kde se vysmekl z extraktoru. V tomto okamžiku dále není možné získat přehled v dutině břišní, kdy operační prostor je cca 4 cm, do kterého se nám tlačí tučné omentum, pokoušíme se kapnopneumoperitoneum obnovit a když se nám to částečně podaří, není možné žlučník nalézt. Ani přes opakované pokusy se nedaří získat obvyklý pracovní prostor, proto provádíme rozšíření rány pod pupkem a poté se nám daří objemný žlučník s kameny nalézt, když instrumentářka hlásí souhlasný počet roušek a operačních nástrojů uzavíráme tuto ránu loopem a další porty klasicky jednotlivými stehy.

Pooperační ordinace

Kontrola fyziologických funkcí pacientky: TK, P á 1 hodina do stabilizace.

Fyziologické funkce pacientky:

- 13:00 – 143/70, 80´
- 14:00 – 132/ 56, 81´
- 15:00 – 117/54, 80´
- 16:00 – 120/55, 80´
- 17:00 – 122/51, 85´
- 18:00 – 133/60, 85´
- 19:00- 128/64, 85´
- 20:00 – 136/58, 79´
- 24:00 – 131/67, 75´
- 6:00 – 125/60, 78´

TT: 36, 8°C

Kontrola celkového stavu:

Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje.

Péče o Redon-drén:

Kontrola prosaku kolem drénu, sledování odpadu a funkčnosti drénu – odvádí minimálně.

Kontrola prosaku rány – krytí suché.

Infúzní terapie: Hartmanův roztok 500ml (krystaloidní roztok)

Podávání analgetik - při bolesti Tramal 100mg (analgetikum) á 6 hodin i.v., podán v 18:00.

Fraxiparine 0,3 ml á 12 hodin, podán v 18:00.

Dieta: 0/S - čajová

Kontrola diurézy do 21:00 – v 18:00 spontánně močila.

Tabulka 5 - Hodnocení bolesti 27.3. – 28.3.

14:00	2 – obtěžující bolest
18:00	3 – silná stresující bolest
22:00	1 – mírná bolest
2:00	1 – mírná bolest
6:00	2 – obtěžující bolest

První pooperační den 28.2.2009

Měření fyziologických funkcí 2 krát denně:

12:00 – 139/68, 77´

24:00 – 121/53, 72´

Fraxiparine 0,3 ml/ 2 krát denně, 6:00, 18:00

Novalgin tbl(analgetikum) á 6 hodin, podán ve 12:00

Tramal 100 mg p.p

Chronická medikace: Lorista 50 mg 1-0-1, Lekoptyn retard 1-0-0, Oxazepam 10 mg

N/N

Dieta: SK/N – nemastná kaše

Břicho pacientky je klidné, nepocítuje bolesti, drén odvedl 30 ml odpadu – zatím ponechán.

PŽK ex.

Soběstačnost (viz. Příloha 3 ADL test) počet bodů 100, pacientka je nezávislá.

Riziko pádu (viz Příloha 4 Tabulka měření rizika pádu) počet bodů, riziko pádu nehrozí.

Tabulka 6 - Hodnocení bolesti 28.2.

6:00	2 – obtěžující bolest
14:00	2 – obtěžující bolest
22:00	1 – mírná bolest

Druhý pooperační den 1. 3. 2009

Měření fyziologických funkcí 1x denně:

12:00 – 136/64, 75´

Fraxiparine 0,3 ml/ 2x denně, 6:00, 18:00

Novalgín tbl p.b.

Chronická medikace: Lorista 50 mg 1-0-0, Lekoptin retard 1-0-0, Oxazepam 10mg

N/N

Dieta: 1

Pacientka nepocítuje větší bolesti, drén odvedl 20 ml, převaz rány: dezinfekce jodisolem, dále suché krytí, drén ex.

Kontrolní odběr krve na vyšetření krevního obrazu.

Hodnocení pacientka pocítuje

Tabulka 7 – Výsledek vyšetření krevního obrazu z 1.3.2009

Metoda	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Leukocyty (WBC)	9,1	$10^9/l$	4 - 11
Erytrocyty (RBC)	4, 11	$10^{12}/l$	4,2 – 4,4
Hemoglobin (Hgb)	12,6	g/dl	12 -16
Hematokrit (Hct)	44	%	37 - 47
MCV	87,2	fl	81 - 99
MCH	26,5	Pg	27 -33
MCHC	34,9	g/dl	32 - 37
RDW	13,8	%	11,5 – 14,5
PLT	381	$10^9/l$	130 - 450
MPV	10,9	fl	7,4 - 11

Třetí pooperační den, propuštění pacientky 2. 3. 2009

Měření fyziologických funkcí 1krát denně:

12:00 - 138/71, 74´

Fraxiparine 0,3/ 1x denně s.c., 6:00

Chronická medikace: Lorista 50 mg 1-0-1, Lekoptin retard 1-0-0

Dieta: 4

Pacientka je bez obtíží, břicho je měkké prohmatné, obvaz neprosakuje.

Převaz rány: Novikov na stehy.

Hmotnost pacientky: 85 kg.

Pacientka propuštěna.

Glycerin supp. s sebou.

Tabulka 8 - Hodnocení bolesti u pacientky po dobu hospitalizace

Den hospitalizace	Stupeň bolesti	Podané analgetikum
1 .	Bez bolesti	0
2.	3 – silná stresující bolest	Tramal 100 mg/ i.v.
3.	2 – obtěžující bolest	Novalgín tbl., Tramal 100mg/ p.p.
4.	1 – mírná bolest	Novalgín tbl/ p.p
5.	1 – mírná bolest	0

11 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový stav:

D: 16' P: 70' TT: 36,7°C Věk: 64 let Výška: 158 cm Váha: 87 kg

- *Vědomí:* Pacientka je orientována místem časem i osobou.
- *Dýchání:* Eupnoe.
- *Poloha, postoj:* Poloha pacientky je dobrovolná. Postoj vzpřímený, chůze pružná, končetiny volně pohybující se podél těla.
- *Chůze, postoj:* Chůze bez kolísání a vrávorání, při zavřených očích pacientka mírně nejistá. Stoj s mírně rozkročenýma nohama, při zavřených očích není odchylka ve stoji výrazná.
- *Abnormální pohyby:* U pacientky není přítomen třes, tik ani jiné abnormální pohyby.
- *Konstituce:* Pacientka hyperstenická.
- *Kůže, vlasy – řasy – obočí, nehty:* Barva růžová, kůže je hydratovaná, bez ikteru, bez hyperpigmentace, bez hematomů, pacientka nemá žádné ekzematické projevy, turgor dobrý, bez varixů, bez větších jizev. Vlasy jsou jemné, ochlupení normálního vzhledu, řasy, obočí též. Nehty jsou hladké.
- *Výživa:* BMI pacientky je: 34,85, svědčí pro obezitu 1. stupně.
- *Řeč, hlas:* bpn.
- *Hlava:* Lebka - velikost je normocefalická, tvar – mezocefalická, poklep nebolestivý; výstupky n.V nebolestivé, inervace III.n. správná, inervace VII.n. správná; příušní žláza nebolestivá, nezvětšena; víčka – bpn, oční bulby ve středním postavení – volně pohyblivé, zornice izokorické okrouhlé, spojivky růžové, skléry bílé; boltec – bpn, zvukovod- bez sekrece, sluch – slyší dobře; nos – bez výtoku; rty – růžové, jazyk – růžový, vlhký, plazí ve střední čáře, tonzily – hladké, růžové, dásně růžové; chrup sanován.
- *Krk:* Krční páteř je pohyblivá, pulsace karotid – symetrická, náplň jugulárních vén není zvýšená, lymfatické uzliny – oboustranně nehmatné, glandula thyroidea – nehmatná.
- *Hrudník:* Hyperstenický, dechová vlna se šíří symetricky, prsy – symetrické, bez rezistence; fremitus pectoralis – oboustranně symetrický, poklep plic – plný, jasný, dýchání – čisté, sklípkovité; srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu – neviditelný, akce srdeční – pravidelná, ozvy – ohraničené.

- *Břicho:* V úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový; kůže hladká, bez jizev, světlá; pohmat nebolestivý, bez rezistence; játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, okraj se nedaří vyšetřit, slezina je nehmatná; ledviny bimanuálně nehmatné, tapotement negativní, ureterální body nebolestivé, moč měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivý, uretra bez výtoku, labia majora bez nálezu.
- *Končetiny:* Končetiny jsou bez otoků, prsty symetrické v ose bez tvarových změn, růžové, kůže teplá, pružná, periferní pulsace hmatné, žíly dolních končetin bez varixů, lýtka pohmatově nebolestivá, klouby volně pohyblivé, svaly a šachy pohmatově nebolestivé, páteř fyziologicky zakřivená, lymfatické uzliny nehmatné nebolestivé, šlachové reflexy oboustranně výbavné.³⁴

³⁴ Nejedlá, 2006

12 Anamnéza dle M. Gordonové

1) Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako narušený. Pro udržení svého zdravotního stavu chodí pravidelně na procházky, snaží se omezovat příjem tučných jídel. Posledních 7-8 měsíců pociťuje bolesti po jídle v pravém podbřišku, trápí ji dyspeptické obtíže jako nadýmání až zvracení. Lékařská doporučení se snaží dodržovat důsledně. Přiznává, že někdy přijímá nadměrné množství potravy.

2) Výživa

Pacientka si udržuje stále stejnou váhu, nedaří se jí zhubnout, BMI pacientky je 34,85 (viz. Příloha č. 1 - Hodnocení stavu výživy – BMI) trpí obezitou prvního stupně. Stravu přijímá p.os., forma stravy je normální, stav chrupu dobrý. Stravu přijímá 5x denně, dodržuje žlučnickovou dietu, kterou ale porušuje. Pacientka je schopná se sama najíst. Denní příjem tekutin pacientky je 0,5 – 1l tekutin, pije kávu, čaj a vodu. Sucho v ústech nepociťuje, defekty v ústní dutině nemá. Kožní turgor, stav nehtů i vlasů je dobrý.

3) Vylučování a výměna

Mikce je bez problémů. Vylučování moče zvládá pacientka sama. Příměsí v moči nepozoruje. Vyprazdňování stolice zvládá sama. Trpí spíše zácpou – stolice asi 3x do týdne. Barva stolice normální, inkontinencí netrpí. Občas užívá glycerinový čípek pro podporu vyprázdnění. Pacientka udává poslední stolicí 26.2.

4) Aktivita, odpočinek

Pacientka má pocit dostatečné životní síly. Cvičí pouze občas, příležitostně chodí se sousedkou plavat. Doma provozuje aktivitu bez obtíží. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Pacientka je nezávislá, prevence imobilizačního syndromu není nutná. Držení těla je vzpřímené, koordinace dobrá.

Pacientka udává problémy s usínáním. Přes den spí občas 2 hodiny po obědě. Léky na spaní užívá – Oxazepam 1tbl, když nemůže usnout. Za rušivé faktory považuje pacientka hluk a světlo. Doma usíná při otevřeném okně.

5) Vnímání, poznávání

Vnímání pacientky je jasné. Sluch má dobrý, kompenzační pomůcky nepoužívá. Má zhoršený zrak pravého i levého oka na dálku, užívá brýle. Řeč je plynulá, udržuje otevřený kontakt. Pacientka je plně orientovaná, paměť má neporušenou.

6) Vnímání sebe sama

Pacientka se označuje za optimistku. Je nespokojena se svým tělem z důvodu obezity. Pociťuje úzkost a nervozitu z hospitalizace a z operačního výkonu. Při pocitech nervozity se uklidňuje poslechem hudby.

7) Vztahy

Bydlí sama, je rozvedená. Má jednu dceru, se kterou se nestýká. Nejbližší osoba je pro ni sousedka, stýkají se často, mají přátelský vztah. Chování pacientky k lidem je přátelské.

8) Sexualita

Sexuální vztahy nemá žádné. Začátek menstruace ve 12 letech, počet těhotenství jedno – fyziologické, porod 1, klimakterium ve 46 letech.

9) Zvládání zátěže odolnost vůči stresu

Napětí prožívá zřídka, vyvolává ho nemoc, snižuje ho relaxace a poslech hudby. Se stresovými situacemi se vyrovnává rychle, zvládá je sama nebo s pomocí přátel.

10) Životní principy

Pacientka je nevěřící. Nejdůležitější hodnotou je pro ni zdraví.

11) Bezpečnost a ochrana

Nemocná má normální tělesnou teplotu. Pacientka se vyhýbá zakouřeným prostorám.

12) Komfort

Pacientka pociťuje tělesnou nepohodu z důvodu svého onemocnění. Bolest má akutní, v důsledku operačního výkonu. Bolest vnímá přiměřeně, tiší ji analgetika a úlevová poloha. Intenzita bolesti se pohybuje od 1. do 3. stupně na vizuální analogové škále (viz. Příloha č. 2 - Hodnocení bolesti). Pociťuje sociální izolaci.

13) Růst a vývoj

Pacientka netrpěla žádnou vývojovou disproporcí, vyvíjela se normálně, její psychomotorický vývoj odpovídá jejímu věku.

13 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy při prijetí (26.2.):

00093 Úzkost z důvodu hospitalizace a operačního výkonu projevující se nervozitou a verbalizací.

00095 Porušený spánek z důvodu rušivých faktorů (hluky a rozsvíceného světla na pokoji), projevující se problémovým usínáním.

00001 Nadměrná výživa z důvodu nadměrného příjmu potravy a nedodržování zásad zdravého životního stylu, projevující se obezitou a BMI 34, 85

00118 Porušený obraz těla z důvodu obezity projevující se sdělováním roztrpčení ze svého zevnějšku

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu tekutin

Ošetrovatelské diagnózy po operaci (27.2.):

00132 Bolest akutní - z důvodu operačního výkonu, projevující se intenzitou stupně 3, verbalizací, změněnou mimikou.

00046 Porušená kožní integrita - z důvodu operačního výkonu projevující se operačními ranami v oblasti pupku

00004 Riziko infekce z důvodu operačních ran, zavedení Redonova drénu a periferního žilního katétru.

Ošetrovatelské diagnózy při propuštění (2.3.):

00011 Zácpa z důvodu nízkého příjmu tekutin projevující nadměrnou námahou při defekaci, pocity plnosti v konečníku a nepravidelným vyprazdňováním

000163 Ochota ke zlepšení výživy – z důvodu pooperačního stavu, projevující se zájmem seznámit se s dietními opatřeními. (viz. Kapitola 14 Edukační proces)

13.1 Ošetrovatelské diagnózy při prijetí

00093 Úzkost z důvodu hospitalizace a operačního výkonu, projevující se nervozitou a verbalizací.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka pociťuje snížení pocitu úzkosti do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacientka si uvědomuje podstatu úzkosti do 2 hodin.
- Pacientka má dostatek informací do 2 hodin.
- Pacientka sama vyhledává aktivity do 24 hodin.
- Pacientka neverbalizuje úzkost do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

Promluv s pacientkou o její úzkosti do 2 hodin – sestra.

Informuj pacientku o ošetrovatelských výkonech do 2 hodin – sestra.

Zajisti kontakt s lékařem – do 12 hodin.

Seznam pacientku s prostředím oddělení, provozem a domácím řádem do 12 hodin – sestra.

Vytvoř vstřícný a důvěryhodný vztah do 24 hodin – sestra, ošetrovatel.

Kontaktuj sociální pracovníci do 24 hodin – sestra.

Pobízej pacientku, aby vyjádřila své obavy a pocity nahlas – do 24 hodin – sestra.

Realizace:

Promluvila jsem s pacientkou. Seznámila ji s prostředím oddělení, provozem a domácím řádem. Zajistila jsem kontakt s lékařem. Informovala jsem pacientku o ošetrovatelských činnostech.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka udávala snížení pocitu úzkosti po proběhlé operaci. Po zbytek hospitalizace již úzkostlivá nebyla.

00095 Porušený spánek z důvodu rušivých faktorů (hluku a rozsvíceného světla na pokoji), projevující se problémovým usínáním.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka nemá problémy s usínáním do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je během dne dostatečně aktivní do 3 dnů.
- Pacientka konstatuje zlepšení svého usínání do konce hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

Pacientku během dne dostatečně aktivizuj - do 24 hodin – ošetrovatel, sestra.

Snaž se omezit hluk a světlo na pokoji i na oddělení ve večerních hodinách – sestra.

Informuj lékaře - do 12 hodin – sestra.

Podej hypnotika dle ordinace lékaře – před spaním – sestra.
Zajisti dostatečně vyvětraný pokoj – ihned – ošetřovatel, sestra.
Neruš zbytečně spánek pacientky – ošetřovatel, sestra, lékař.
Sleduj průměrnou délku spánku – průběžně – sestra, ošetřovatel.
Sleduj účinnost a efektivnost podaných léků – do 12 hodin – sestra.

Realizace:

Informovala jsem lékaře. Pacientku jsem během dne aktivizovala. Omezila jsem hluk a světlo na pokoji ve večerních hodinách. Vyvětrala jsem pokoj. Podala jsem pacientce léky na spaní. Sledovala jsme jejich účinek.

Hodnocení:

Cíl splněn pacientka usíná bez obtíží po užití léků na spaní.

00001 Nadměrná výživa z důvodu nadměrného příjmu potravy a nedodržování zásad zdravého životního stylu, projevující se obezitou a BMI 34, 85.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka sníží svoji hmotnost o 2 kg do propuštění.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je ochotna řešit svoji nadváhu do propuštění.
- Pacientka zná rizika svojí obezity do 2 dnů.
- Pacientka umí sestavit zdravý a vyvážený jídelníček do týdne.

Ošetřovatelské intervence:

Zjisti stav výživy pomocí BMI (viz. Příloha 1 Hodnocení stavu výživy – BMI) do 24 hodin – sestra.

Promluv s pacientkou o její obezitě – do 1 dne – sestra.

Pouč pacientku o rizicích její obezity – do 2 dnů – lékař, sestra.

Zajisti pacientce kontakt s dietní sestrou – do 2 dnů – sestra.

Umožni pacientce sledovat svoji váhu – vždy – sestra, ošetřovatel.

Zajisti pacientce přístup k informačním letákům – do 1 dne – sestra.

Nauč pacientku sestavit si zdravý a vyvážený jídelníček – do týdne – sestra.

Realizace:

Promluvila jsem s pacientkou o její obezitě, informovala jsem ji o rizicích obezity. Umožnila jsem pacientce sledovat její váhu. Zajistila jsem pacientce informační letáky. Učila jsem pacientku sestavovat jídelníček.

Hodnocení:

Cíl splněn úplně, pacientka zredukovala 2 kilogramy, pacientka pochopila rizika, která přináší obezita.

00118 Porušený obraz těla z důvodu obezity projevující se sdělováním roztrpčení ze svého zevnějšku.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka pocítuje pozitivní pocity z vlastního těla v maximální možné míře do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe důvod svojí obezity do 24 hodin
- Pacientka spolupracuje při řešení toho problému do 48 hodin
- Pacientka se zajímá o možnosti redukce její váhy do 48 hodin

Ošetřovatelské intervence:

Promluv s pacientkou o příčinách její obezity – do 1 dne – sestra, lékař.

Promluv s pacientkou o pocitech a vnímání vlastního těla – do 1 dne – sestra, lékař.

Poskytni dostatečný časový prostor a naslouchej nemocné – do 1 dne – sestra, lékař.

Zodpověz veškeré dotazy nemocné v této oblasti – průběžně - sestra

Doporuč pacientce pohybové aktivity, které může vykonávat při redukcí svojí hmotnosti – do 2 dnů – sestra, lékař.

Zajisti pacientce informační materiály, zabývající se redukcí hmotnosti – do konce hospitalizace – sestra.

Pouč pacientku zdravém životním stylu – do 2 dnů – sestra.

Doporuč pacientce svépomocné skupiny, zabývající se řešením obezity – do konce hospitalizace – sestra.

Zajisti kontakt s psychologem – při potřebě a zájmu pacientky – do konce hospitalizace – lékař, sestra.

Realizace:

Promluvila jsem s pacientkou o příčinách její obezity a vnímání jejího vlastního těla, snažila jsem se poskytnout dostatečný časový prostor pro dotazy a diskuzi. Doporučila jsem vhodné pohybové aktivity. Zajistila jsem pacientce informační materiály. Poučila jsem pacientku o zdravém životním stylu a doporučila jsem jí svépomocné skupiny.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně. Pacientka sděluje, že pociťuje pozitivnější vnímání obrazu vlastního těla. Pochopila příčinu své obezity a aktivně se zajímala o možnosti řešení svého problému.

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu tekutin.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka nemá deficit tělesných tekutin během hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka přijímá dostatečné množství tekutin – do 1 dne.
- Pacientka si sama zapisuje přijaté množství tekutin do 2 dnů.
- Pacientka přijímá vhodné tekutiny – do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

Pouč pacientku o dostatečném pitném režimu do 2 hodin – sestra.

Pouč pacientku o významu dostatečného příjmu tekutin v organizmu do 2 hodin – sestra.

Doporuč pacientce, aby si sama hlídala přijaté množství tekutin – průběžně – sestra.

Zajisti pacientce dostatečný přísun tekuti – vždy – ošetrovatel, sestra.

Sleduj bilanci tekutin – průběžně – sestra.

Při nedostatečném příjmu tekutin informuj lékaře – do 2 hodin – sestra.

Podej infúze na doplnění objemu tekutin dle ordinace lékaře – ihned – sestra.

Realizace:

Poučila jsem pacientku o dostatečném příjmu tekutin, sledovala jsem bilanci tekutin, poskytla jsem pacientce dostatečné množství tekutin.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u pacientky nedošlo k deficitu tekutin. Během hospitalizace přijímala dostatečné množství tekutin a chápe význam příjmu tekutin.

13.2 Ošetrovatelské diagnózy po operaci

00132 Bolest akutní z důvodu operačního výkonu, projevující se intenzitou stupně 3, verbalizací, změněnou mimikou.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka je bez bolesti do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient zaujímá úlevovou polohu do 1 hodiny.
- Pacientka si umí sledovat intenzitu bolesti do 1 hodiny.
- Pacient informuje sestru o vývoji bolesti průběžně.
- Pacient dodržuje léčbu vždy.

Ošetřovatelské intervence:

Sleduj charakter bolesti – ihned – sestra.

Sleduj stupeň intenzity bolesti na stupnici bolesti od 1 do 5 (viz. Příloha 2 Hodnocení bolesti) – ihned – sestra.

Vysvětli nemocné význam sledování a hodnocení bolesti – ihned – sestra.

Monitoruj bolest, založ analgetický list – do 2 hodin – sestra.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře – ihned, poté á 6 hodin – sestra.

Sleduj účinek podávaných analgetik – průběžně – sestra, lékař.

Zajisti dostatečný klid na pokoji – do 24 hodin – ošetřovatel, sestra.

Informuj pacienta o úlevové poloze – do 2 hodin – sestra.

Odváděj pacientovu pozornost od bolesti, např. komunikací, četbou, poslechem hudby – do 24 hodin – ošetřovatel, sestra.

Sleduj stupeň a charakter bolesti průběžně po dobu hospitalizace – 3krát denně – sestra.

Všímej si všech projevů, které mohou signalizovat bolest, např. bolestivá grimasa, naříkání, pocení – při každém kontaktu – sestra, ošetřovatel.

Zajisti signalizační zařízení k lůžku – ošetřovatel, sestra.

Realizace:

Sledovala a zaznamenávala jsem intenzitu, charakter a stupeň bolesti pacientky. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře. Sledovala jsem účinek podávaných analgetik. Zajistila jsem dostatečný klid na pokoji pacientky. Informovala jsem ji o úlevové poloze. Snažila jsem se odvádět pacientčinu pozornost. Bolest jsem monitorovala průběžně. Zajistila jsem pacientce signalizační zařízení k lůžku.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka při propuštění udává intenzitu bolesti stupně 1 (vizuální analogová škála), hodnotí jí jako velmi mírnou, analgetika již neužívá.

00046 Porušená kožní integrita – z důvodu operačního výkonu projevující se operačními ranami v oblasti pupku.

Priorita: střední

Cíl: Operační rány se hojí per primam do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe význam zvýšené hygienické péče o operační rány do 2 hodin.
- Pacientka zná zásady zvýšené hygienické péče o operační rány do 2 hodin.
- Pacientka dodržuje dostatečnou hygienickou péči v okolí operačních ran do 24 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Pouč pacientku o převazech ran – do 2 hodin – sestra.

Pouč pacientku o významu a nutnosti dodržování zásad zvýšené hygienické péče o operační rány – do 2 hodin – sestra.

Dodržuj aseptické postupy při převazech ran – vždy – sestra, lékař.

Zaznamenej do dokumentace vzhled ran a použitý krycí a dezinfekční materiál. Do 2 hodin – sestra.

Sleduj prosakování krytí – průběžně – sestra, ošetrovatel.

Vyměňuj krytí dle potřeby – ihned – sestra.

Kontroluj funkčnost drénu – průběžně – sestra, ošetrovatel.

Zaznamenej a nahlas lékaři množství odpadu z drénu – do 24 hodin – sestra.

Realizace:

Poučila jsem pacientku o převazech ran. Dodržovala jsem aseptické postupy při převazech. Krytí jsem měnila ndle potřeby. Informovala jsem lékaře o stavu ran a množství odpadu z drénu. Vše jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientčiny rány se hojí per primam, hojení je bez komplikací.

00004 Riziko infekce z důvodu operačních ran, zavedení Redonova drénu a periferního žilního katétru.

Priorita: střední

Cíl: U pacientky se neprojeví známky infekce do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka dodržuje dostatečnou hygienu – vždy.
- Pacientka zná projevy infekce do 2 hodin.

- Pacientka informuje sestru při objevení projevů infekce – ihned.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj místa vpichu a místo vstupu drénu – průběžně – sestra, ošetrovatel.

Dodržuj aseptické postupy – vždy – sestra, lékař.

Sleduj funkčnost a délku zavedení – průběžně – sestra, ošetrovatel.

Informuj pacientku o počátečních příznacích infekce – do 2 hodin – sestra, lékař.

Vstup drénu sterilně převazuj – vždy – sestra.

Dbej na pravidelnou výměnu krytí – vždy – sestra.

Proveď změnu místa vpichu periferního katétru při podezření na vznikající infekci nebo nefunkčnosti katétru – ihned – sestra.

Realizace:

Poučila jsem pacientku o počátečních příznacích infekce, dodržovala jsem aseptické postupy při péči o periferní katétr, místo vstupu Redonova drénu jsem sterilně převazovala.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u pacientky nedošlo k projevům infekce během hospitalizace.

13.3 Ošetrovatelské diagnózy při propuštění

00011 Zácpa z důvodu nízkého příjmu tekutin, projevující se nadměrnou námahou při defekaci, pocity plnosti v konečníku a nepravidelným vyprazdňováním stolice.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka se vyprazdňuje pravidelně, frekvence i konzistence stolice jsou v mezích normy.

Výsledná kritéria:

- Pacientka se vyprázdní do 24 hodin
- Pacientka nepocítuje napětí břicha, plynatost a plnost v konečníku do 2 dnů.
- Pacientka nevyvíjí nadměrnou námahu při defekaci do týdne.
- Pacientka chápe nevhodnost pravidelného užívání laxantií do týdne

Ošetrovatelské intervence:

Pouč pacientku o nevhodných potravinách – do 24 hodin – sestra.

Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice – průběžně.

Sleduj charakter a barvu stolice – průběžně – ošetrovatel, sestra.

Informuj lékaře – do 24 hodin – sestra.

Aplikuj glycerinový čípek případně klyzma dle ordinace lékaře – ihned – sestra.

Sleduj účinnost podaného čípku či klyzmatu – po podání – sestra.

Zajisti soukromí při defekaci pacientky – vždy – ošetřovatel, sestra.

Realizace:

Poučila jsem pacientku o vhodné neucpávající stravě. Sledovala jsem frekvenci, barvu a charakter stolice. Podala jsem glycerinový čípek dle ordinace lékaře. Sledovala jsem jeho účinnost. Zajistila jsem pacientce soukromí při defekaci.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, pacientka defekovala do 24 hodin, napětí břicha, plynatost a plnost v konečníku u nemocné ještě částečně přetrvává.

14 Edukační proces

V rámci edukace pacientky jsem se zaměřila na dietní opatření po operaci žlučníku.

Edukační záznam, realizace

Téma edukace: Poučení pacientky v oblasti dietních opatření po odstranění žlučníku.

Forma edukace: Verbálně, informační leták, doporučení literatury.

Cíl edukace: Pacientka chápe nutnost změny jídelníčku po odstranění žlučníku.

Doporučení: Pacientce bylo vysvětleno jaké potraviny, v jakých dávkách a intervalech může požívat.

Příjemce edukace: Pacient

Edukátor: Sestra

Metody: Výklad, rozhovor.

Pomůcky: Informační leták, brožura, jídelníček.

Edukační plán

Neznalost a poučení v oblasti: **000163 Ochota ke zlepšení výživy** z důvodu pooperačního stavu, projevující se zájmem seznámit se s dietními opatřeními.

Cíl: Pacientka je ochotna a dodržuje dietní opatření do týdne.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe význam dodržování dietního režimu – do 1 dne.
- Pacientka zná vhodné a nevhodné potraviny – do 1 dne.
- Pacientka má dostatek informačních materiálů – do 2 dnů.
- Pacientka chápe vztah mezi dodržováním diety a vnímáním obrazu svého těla – do 2 dnů.

Intervence:

- Vysvětlí pacientce význam dodržování dietního režimu – do 1 dne – sestra.
- Pouč pacientku o vhodných a nevhodných potravinách (viz. Příloha 5 Vhodné potraviny pro pacienta po odstranění žlučníku) – do 1 dne – sestra.
- Zajisti pacientce dostatek informačních materiálů – do 2 dnů – sestra.
- Doporuč vhodnou literaturu, zabývající se žlučnickovou dietou – do 1 dne – sestra.

- Z odpověz pacientce její dotazy – do 2 dnů – sestra, lékař.
- Zjistí podle kontrolních otázek, zda pacientka pochopila problematiku dietního opatření (viz. Tabulka 8) – do dvou dnů – sestra.

Realizace:

Poučila jsem pacientku o vhodnosti a nevhodnosti některých potravin. Zajistila jsem dostatek informačních materiálů. Vysvětlila jsem pacientce význam dodržování dietního opatření a rizika, která přináší porušování tohoto opatření. Pomocí kontrolních otázek jsem zjišťovala, zda pacientka pochopila problematiku dietního opatření.

Hodnocení:

Pacientka pochopila význam dietního opatření. Aktivně se sama zajímala o nabízenou literaturu a informační letáky. Na kontrolní otázky odpovídala správně.

Kontrolní otázky pro sestru a pacienta

Tabulka 9 - Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
Jaké potraviny jsou pro pacienta po odstranění žlučníku vhodné?	Pro pacienta jsou vhodné netučné mléčné výrobky, libová masa, obiloviny, nenadýmavá zelenina.
Jak se projeví chyby ve stravování?	Obvykle se projeví průjmem, nadýmáním, pocitem plnosti, říháním, nikoliv však bolestí.
Jakou úpravu potravin by měl pacient zvolit?	Pacient by měl potraviny upravovat vařením a dušením.

Tabulka 10 - Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
Jaké jsou nevhodné potraviny?	Nevhodné potraviny jsou: ořechy, smetana, šlehačka, tučná masa, domácí uzeniny, smažené pokrmy, alkohol.
V jakém množství se mohou konzumovat pokrmy?	Konzumují se malé porce, pravidelně, s dostatečným příjmem tekutin.
Jaké nápoje jsou vhodné?	Vhodné jsou čaje bylinné i ovocné, mlýnský pramen, nízkostupňové pivo.

Hodnocení edukace:

Cíl byl splněn. Pacientka zná vhodné a nevhodné potraviny a nápoje, správnou přípravu i četnost konzumace pokrmů.

Prognóza pacientky

Pacientka se dostaví 8 den po operaci do chirurgické ambulance na odstranění stehů. Po provedené laparoskopické operaci není dlouhá doba rekonvalescence, pacientka bude do 2 – 3 týdnů schopna vykonávat všechny běžné činnosti. Do té doby nebude zatěžovat břišní svalovinu a bude dodržovat spíše klidový režim. Pacientka se zaměří na dodržování žlučnickové diety, o které byla poučena.

Závěr

Díky laparoskopické metodě operací se zkracuje doba hospitalizace pacienta na oddělení. Nebývá výrazně tělesně ani pohybově omezen, po krátkodobé rekonvalescenci se může bez větších obtíží navrátit do běžného pracovního života. Pacienti po odstranění žlučníku musí dodržovat přísná dietní opatření. Proto je důležité v péči o pacienta po cholecystektomii soustředit se na edukaci v oblasti výživy, aby nedocházelo k dietním chybám, projevujícím se zhoršením stavu pacienta. Pacienti by měli mít k dispozici dostatečné množství informačních a edukačních materiálů.

Při ošetřování pacientky D.M. jsem pochopila, že u pacientů jak v akutním, tak i pooperačním období se musíme zaměřit právě na dietní opatření a změnu životního stylu těchto pacientů. Je potřeba jim vše důkladně vysvětlit a správně je motivovat k dodržování dietního režimu, ukázat jim možnosti, které mají ve výběru a přípravě vhodných pokrmů.

Seznam použité literatury

BRODANOVÁ, Marie a kol. Onemocnění žlučníku a žlučových cest. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-562-9.

ČERVINKOVÁ, Eliška a kol. Ošetrovatelské diagnózy. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-443-7.

DOENGES, Marilynn. E.; MOORHOUSE, Mary Frances. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

HOCH, Jiří; LEFFLER, Jan a kol. Speciální chirurgie, učebnice pro lékařské fakulty. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-44-9.

HRABOVSKÝ, Jaromír a kol. Chirurgie. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2003. ISBN 80-86432-52-1.

KUŽELA, Lubomír; STARNOVSKÁ, Tamara. Recepty, rady lékaře. Diety při onemocnění žlučníku. Praha: MAC, 2005. ISBN 80-86783-08-1.

LUKÁŠ, Karel a kol. Gastroenterologie 2003, Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-420-9.

LUKÁŠ, Karel; ŽÁK, Aleš a kol. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Karel a kol. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

Mikšová, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

NEJEDLÁ, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.

NEJEDLÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. Ošetrovatelství III/1 pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy. Praha: INFORMATORIUM, 2004. ISBN 80-7333-030-X.

PAFKO, Pavel a kol. Základy speciální chirurgie. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-7262-402-7.

SKALICKÁ, Hana a kol. Předoperační vyšetření – návody pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1079-2.

STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Ediční řada- Praktické příručky pro sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-323-6.

ŠPINAR, Jindřich a kol. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1749-4.

ŠVÁB, Jan. Operace žlučníku a žlučových cest. Praha: TRITON, 2000. ISBN 80-7254-124-2.

ZAVORAL, Miroslav; VENEROVÁ, Johana a kol. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-902-3.

Internetové zdroje

FIBÍR, Aleš. Žlučnickové kameny [online]. 23. prosince 2003 [obrázek č. 1, č. 2, č. 3 2009-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/zlucnikove-kameny/>>.

HAVLÍK, Roman; KRÁL, Vladimír. Cholelithiáza. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002 [cit. 2009-03-11]. Dostupné na WWW: <www.cls.cz/dokumenty2/os/t193.rtf>

PROKEŠOVÁ, Jitka; DOLINA, Jíří; HRIVNÁK, Radoslav. Cholecystolithiáza. Medicína Pro Praxi 2007; 4 (7-8): 295-297 [online]. Brno: III. interní gastroenterologická klinika FN, Brno; Chirurgická klinika FN, Brno. [cit. 2008-12-11]. Dostupné na WWW: <www.solen.cz/savepdfs/med/2007/07/03.pdf>.

Poradna zdraví [online]. [Příloha 1 2009-03-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.poradna-zdravi.cz/nadvaha>>.

Fakultní nemocnice Ostrava [online]. Přehled vyšetření prováděných na klinice nukleární medicíny. [cit. 2009-03-27]. Dostupné na WWW: <http://www.fnsपो.cz/kliniky/nme/pdf/2007_10_24_001.pdf>.

Zdravotní blog [online]. OSP sonemocněním žlučníku a žlučových cest. [cit. 2009-03-27]. Dostupné na WWW: <<http://zdravotni.blog.cz/0903/osp-s-onemocnenim-zlucniku-a-zlucovych-cest>>.

Seznam tabulek uvedených v textu

Tabulka 1 – Chronická medikace pacientky

Tabulka 2 – Výsledky biochemického vyšetření z 10. 2. 2009

Tabulka 3 – Výsledky vyšetření krevního obrazu z 10. 2. 2009

Tabulka 4 – Výsledky koagulačního vyšetření z 10. 2. 2009

Tabulka 5 – Hodnocení bolesti 27. 2 – 28. 2. 2009

Tabulka 6 – Hodnocení bolesti 28. 2. 2009

Tabulka 7 – Výsledky vyšetření krevního obrazu z 1. 3. 2009

Tabulka 8 - Hodnocení bolesti u pacientky po dobu hospitalizace

Tabulka 9 - Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka 10 – Kontrolní otázky pro pacienta

Přílohy

Příloha 1 Hodnocení stavu výživy – BMI

Příloha 2 Hodnocení bolesti

Příloha 3 Hodnocení soběstačnosti

Příloha 4 Tabulka měření rizika pádu

Příloha 5 Vhodné potraviny pro pacienta po odstranění žlučníku

Příloha 6 Laparoskopická cholecystectomie

Příloha 7 Přerušení d. cystiku kovovými klipy

Příloha 8 Žlučové konkrementy

Příloha 9 Recept – Krůta se žampiony

Příloha 1 **Hodnocení stavu výživy – BMI** ³⁵

$$\text{BMI} = \text{váha (kg)} : \text{výškou (m)}^2$$

1.	18,5 – 24,9:	Normální váha - zdravotní riziko je minimální.
2.	25,0 – 29,9:	Nadváha - zvýšené zdravotní riziko. Hrozící onemocnění: hyperlipidémie, abnormality hladin pohlavních hormonů, poruchy plodnosti, bolesti zad, poškození plodu související s nadváhou matky.
3.	30,0 – 34,9:	Obezita I. stupně - vysoké zdravotní riziko! Hrozící onemocnění: výše uvedená onemocnění, navíc ateroskleróza, hypertenze, onemocnění kloubů (zejména kolen a kyčlí), dna.
4.	35,0 – 39,9:	Obezita II. stupně - velmi vysoké zdravotní riziko! Hrozící onemocnění: výše uvedená onemocnění, rakovina (prsu u žen po menopauze, tlustého střeva), koronární onemocnění, mozková mrtvice.
5.	40 a více:	Obezita III. stupně - Hrozící onemocnění: výše uvedená onemocnění, navíc diabetes mellitus II stupně, onemocnění žlučníku, dušnost

³⁵ <http://www.poradna-zdravi.cz/nadvaha>.

Hodnocení bolesti

(podle Royal Marsden Hospital, in LEMON 1, 1996)

Jméno a příjmení

R. č.

Datum

Základní vyšetření

Pacientův popis bolesti

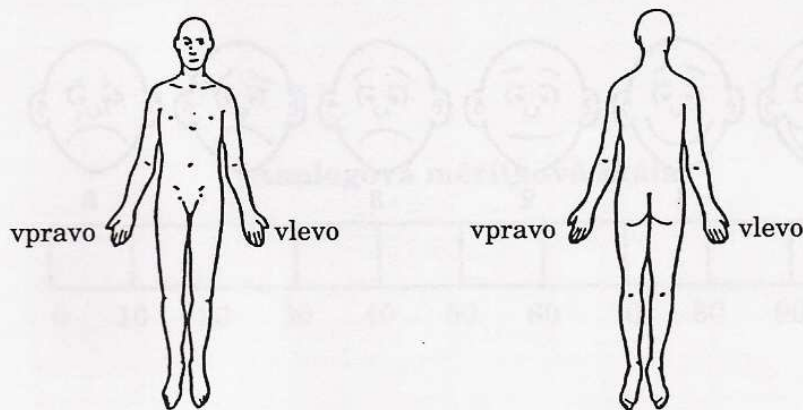
Co pomáhá zmírnit bolest

Co bolest zhoršuje

Máte bolest?	1. v noci	ano	ne	poznámka
	2. v klidu	ano	ne	poznámka
	3. při pohybu	ano	ne	poznámka

Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C....



Intenzita bolesti:	0 – žádná bolest	3 – silná, stresující bolest
	1 – mírná bolest	4 – velmi silná bolest
	2 – obtěžující bolest	5 – nesnesitelná bolest

³⁶ Staňková, 2006

Barthelův test základních všedních činností
(ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	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
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Příloha 4 **Tabulka měření rizika pádu** ³⁷

Zjištění rizika pádu						
Skóre vyšší než 3, riziko pádu						
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze		1	
	používá pomůcky	1		Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1			užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik antihypertenzív psychotropní léky, benzodiazepiny	1
	neschopnost přesunu	1				
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc v anamnéze nykturie/inkontinence	0				
	vyžaduje pomoc	1				
Věk	18 - 75	0				
	75 a více	1				
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0	
	občasná/ noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1	
	historie desorientace/demence	1				
Celkové skóre:						

³⁷ Formulář: Ošetřovatelská dokumentace dle M. Gordonové, VŠZ.

Příloha 5 **Vhodné potraviny pro pacienta po odstranění žlučníku**

Libová masa: hovězí, vepřové, telecí, kuřecí, krůtí, králičí, ryby – filé, treska, sladkovodní ryby, sójové maso – plátky i kostky, libová šunka, šunkový salám, uzeniny drůbeží i kuřecí.

Mléčné výrobky: rostlinné, netučné a polotučné mléko (podle snášlivosti); jogurt, jogurtové nápoje se sníženým množstvím tuku; nízkotučný tvaroh, přírodní nebo ochucený ovocem nebo zeleninou; čerstvé, tavené i tvrdé sýry bez pikantní příchuti a s nízkým obsahem tuku.

Obiloviny a obilné výrobky: mouka, krupice, krupička, rýže, ovesné vločky, kukuřičná mouka i krupice, běžné pečivo, běžný chléb, toustový chléb, netučné sušenky bez kakaa a bez náplně, např. BeBe, dětské piškoty, dietní suchary.

Ovoce a zelenina: mražená, sterilovaná, nenadýmavá, tepelně zpracovaná mrkev, celer, petržel, květák, listové saláty, rajčata, brambory; zralé ovoce, banány, jablka, broskve, meruňky, pomeranče, mandarinky, ryngele, nektarinky.

Koření: sušené zeleninové natě, např. kopr, bazalka, bobkový list, kmín.

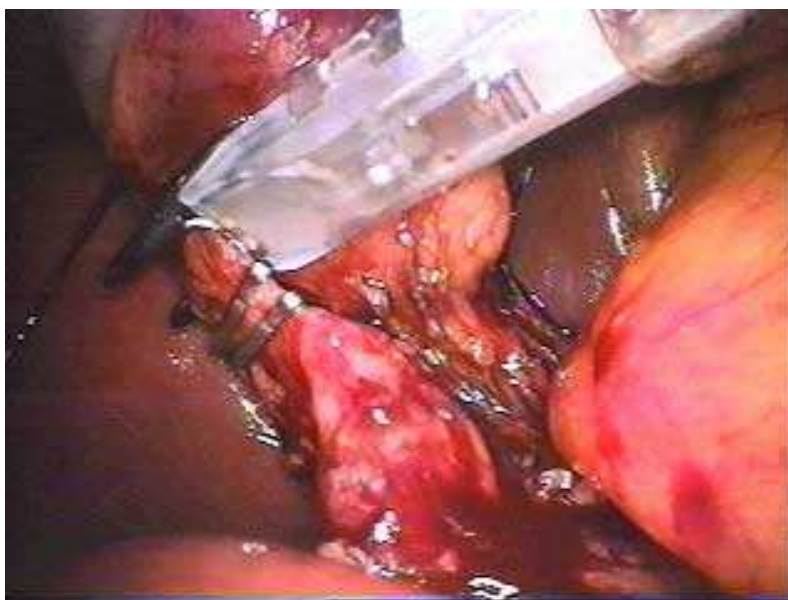
Nápoje: čaje – bylinné černé, zelené, ovocné (podle snášenlivosti), mlýnský pramen, nízkostupňové pivo.³⁸

³⁸ Kužela, Starnovská, 2005

Příloha 6 Laparoskopická cholecystectomie³⁹



Příloha 7 Prerušení d.cystiku kovovými klipy



³⁹ Příloha 6, 7, 8 <http://www.ordinace.cz/clanek/zlucnikove-kameny/>.

Příloha 8 **Žlučové konkrementy**



Příloha 9 **Recept – Krůta se žampiony**

Potřebné suroviny:

200 g krůty

sůl

60 g žampionů

1 bílý jogurt se sníženým obsahem tuku

10 g oleje

10 g cibule

špetka kari

petrželka

Maso osolíme, podlijeme vodou, přidáme půlku oloupané cibule. Žampiony očistíme a nakrájíme na tenké plátky, přidáme k masu a dáme dusit. Jogurt rozmícháme s olejem a kari kořením. Asi v polovině přípravy odstraníme cibuli, jogurtovou směs přilijeme k masu se žampiony a dodusíme. Hotový pokrm ozdobíme snítkou petrželky.⁴⁰

⁴⁰ Kužela, Starnovská, 2005