

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
PO OPERACI ŽLUČNÍKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE MOTYČKOVÁ, DiS.

Praha 2014

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
PO OPERACI ŽLUČNÍKU**

Bakalářská práce

LUCIE MOTYČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Filip Pazdírek

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Motyčková Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku

Nursing Process for Patients after Gallbladder Surgery

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Filip Pazdírek

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.3.2014

.....
Lucie Motyčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce MUDr. Filipovi Pazdírkovi za cenné rady, připomínky a odborné vedení práce.

Za ochotu a cenné rady při psaní bakalářské práce bych také ráda poděkovala MUDr. Davidovi Kostrouchovi.

ABSTRAKT

MOTYČKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku.*

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: MUDr. Filip Pazdírek, Praha. 2014. 69 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta po operaci žlučníku. Tato práce se skládá z části teoretické a praktické. Cílem bakalářské práce je co nejvíce přiblížit problematiku onemocnění žlučníku široké veřejnosti.

Teoretická část práce zahrnuje charakteristiku onemocnění žlučníku, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění, dále typy operačních výkonů a ošetrovatelskou péči o pacienta v předoperačním a pooperačním období.

Praktická část se skládá z anamnézy pacienta, důvodu přijetí pacienta do nemocnice a z ošetrovatelského procesu u pacienta po operaci žlučníku. Dále obsahuje objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potencionálních problémů, které jsou zpracovány do ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce pro zdravotní sestry.

Klíčová slova: Cholecystektomie otevřená, Laparoskopická cholecystektomie, Ošetrovatelský proces, Pooperační péče, Předoperační příprava, Žlučník

ABSTRACT

MOTYČKOVÁ , Lucie. Nursing process for patient after gallbladder surgery. College of Nursing , o.p.s. Level of qualification: Bachelor (Bc.).

Supervisor: Dr. Filip Pazdírek, Prague.2014. 69 s

The main topic of this thesis is the nursing process of patient after gallbladder surgery . This work consists of theoretical and practical sections. The aim of this thesis is to describe in detail the issue of gallbladder disease in a suitable manner for the general public.

The theoretical part includes the characteristics, diagnosis and treatment of gallbladder disease. It also describes the types of surgical procedures and nursing care of the patient in the preoperative and postoperative period.

The practical part of this work describes the history of the patient, the reason for the patient's admission to the hospital and the nursing process for a patient after gallbladder surgery. It also includes objective and subjective evaluation of the patient's current and potential problems that are processed into nursing diagnoses.

Keywords : open cholecystectomy , laparoscopic cholecystectomy , nursing care, postoperative care , preoperative preparation, Gallbladder

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	13
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	14
2 NEMOCI ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	15
2.1 CHOLECYSTOLITIÁZA	15
2.1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY	16
2.1.2 KLINICKÝ OBRAZ	17
2.1.3 DIAGNÓZA	18
2.1.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	18
2.1.5 TERAPIE	18
2.2 CHOLEDOCHOLITIÁZA	19
2.2.1 KLINICKÝ OBRAZ	19
2.2.2 DIAGNOSTIKA	20
2.2.3 TERAPIE	20
2.3 AKUTNÍ KALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA.....	20
2.3.1 KLINICKÝ OBRAZ	21
2.3.2 FYZIKÁLNÍ NÁLEZ	21
2.3.3 DIAGNÓZA	21
2.3.4 TERAPIE	22
2.4 CHRONICKÁ KALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA.....	22
2.5 AKALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA	23
2.5.1 KLINICKÝ OBRAZ	23

2.5.2	DIAGNOSTIKA	23
2.5.3	TERAPIE	24
2.6	STENÓZA VATEROVY PAPILY	24
2.7	CHOLANGOITIDY	24
2.7.1	AKUTNÍ CHOLANGOITIDA	24
2.7.2	CHRONICKÁ CHOLANGOITIDA	25
3	DIAGNOSTICKÉ METODY	26
3.1	RTG VYŠETŘENÍ – PROSTÝ SNÍMEK BŘICHA	26
3.2	ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ	26
3.3	VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (CT)	27
3.4	PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE (PTC)	27
3.5	ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (ERCP)	27
3.6	MAGNETICKÁ REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (MRCP)	28
3.7	CHOLANGIOSKOPIE	28
3.8	DYNAMICKÁ CHOLESCINTIGRAFIE	29
4	TYPY OPERAČNÍCH VÝKONŮ NA ŽLUČNÍKU	30
4.1	CHOLECYSTEKTOMIE OTEVŘENÁ	30
4.2	CHOLECYSTEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ	31
4.2.1	URGENTNÍ CHOLECYSTEKTOMIE	31
4.2.2	AKUTNÍ CHOLECYSTEKTOMIE	32
4.2.3	PLÁNOVANÁ CHOLECYSTEKTOMIE	32
4.3	PUNKCE ŽLIČNÍKU	32
4.4	CHOLECYSTOTOMIE	32
4.5	CHOLECYSTOSTOMIE	33
5	PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA	34

5.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	34
5.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	34
5.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	35
5.4 PŘÍPRAVA K URGENTNÍ (NEODKLADNÉ) OPERACI...	35
6 POOPERAČNÍ PÉČE PACIENTA	36
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI ŽLUČNÍKU.....	38
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BDK	bandáž dolních končetin
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiografie
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FW	sedimentace erytrocytů
GMT	gama-glutamyltransferáza
LCHCE	laparoskopická cholecystektomie
PŽK	periferní žilní katetr
QUICK	protrombinový čas
RTG	rentgen
TEN	trombembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USG	ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- absces**..... ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkání
- a.cystica**.....žlučnicková tepna
- a.hepatica dextra**.....jaterní tepna
- akromegalie**..... chorobné zvětšení okrajových částí těla
- analgetika**..... léky tlumící bolest
- antibiotikum**.....organická látka (přírodní nebo umělá) zabraňující růstu mikrobů nebo je hubící
- antipyretika**..... léky proti horečce, na snížení teploty
- elevace**.....vystoupenutí, nárůst, pohyb vzhůru
- epigastrium**.....nadbříšek
- gangréna**..... místní odúmrť tkáně
- hemolýza**..... rozpad červených krvinek
- hypotenze**..... snížení krevního tlaku
- incidence**..... nemocnost, demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel
- konkrement**..... patologicky vytvářený pevný útvar v dutých orgánech, kámen
- meteorismus**..... nadýmání, tvoření plynů ve střevech
- nauzea**.....pocit nevolnosti, nucení na zvracení
- nil per os**.....nepřijímat nic ústy
- obstrukce**.....neprůchodnost
- pankreatitida**.....akutní zánět slinivky břišní
- patogeneze**..... vznik a vývoj chorobných změn v těle
- perforace**.....protržení, proděravění
- peritonitida**.....zánět pobřišnice
- píštěl**..... abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem
- pneumoperitoneum**..... přítomnost vzduchu v břišní peritoneální dutině
- tachykardie**..... zrychlení srdeční frekvence nad 90min

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Léková anamnéza.....	40
Tabulka 2 Gynekologická anamnéza.....	41
Tabulka 3 Popis fyzického stavu.....	43
Tabulka 4 Aktivity denního života.....	46
Tabulka 5 Posouzení psychického stavu.....	49
Tabulka 6 Posouzení sociálního stavu.....	51

ÚVOD

Onemocnění žlučníku a žlučových cest patří v dnešní době mezi nejrozšířenější onemocnění zažívacího traktu a je častou zdravotní komplikací, zejména u lidí středního a staršího věku. Žlučník je důležitý lidský vnitřní orgán, který napomáhá trávení potravy, avšak nesprávná skladba stravy s přemírou tučných a smažených jídel a způsob stravování vede k jeho přetěžování, k tvorbě žlučových kamenů a poškození funkce žlučníku.

Cílem bakalářské práce je co nejvíce přiblížit problematiku onemocnění žlučníku široké veřejnosti a vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku a specifikovat jeho ošetrovatelské diagnózy.

Teoretická část práce zahrnuje charakteristiku onemocnění žlučníku, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění, dále typy operačních výkonů a ošetrovatelskou péči o pacienta v předoperačním a pooperačním období. V praktické části je zpracovaný ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku. Dále obsahuje objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potencionálních problémů, které jsou zpracovány do ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce pro zdravotní sestry.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Žlučník nebo-li vesica fellea je vak hruškovitého tvaru, který slouží ke skladování a úpravě žluči. Jeho délka se pohybuje kolem 8 - 12 cm, šíře 4 - 5 cm a obsah 30 – 80 cm³. (ČIHÁK, 2002). Nachází se na spodní ploše jater a anatomicky ho dělíme na čtyři části.

1. **Fundus (dno)** – přesahuje volný okraj jaterní asi 1 cm
2. **Corpus (tělo)** – je částí kryté dolní plochou pravého laloku
3. **Infundibulum** – označuje se tak přechodná část mezi tělem a krčkem
4. **Collum (krček)** – jeho délka činí asi 5 – 7 mm a přechází do ductus cysticus

Krevní zásobení žlučníku je zajištěno z a. cystica, která odstupuje z a. hepatica dextra. Vývod žlučníku (d. cysticus) se spojuje se společným žlučovodem (d. hepaticus communis) a jejich spojením vzniká žlučovod (d. choledochus). Žlučovod je dlouhý 6-8 cm, podbíhá duodenum, vtlačuje se do hlavy pankreatu a ústí, většinou společně s d. pancreaticus, v oblasti papilla duodeni major (Vateri) do duodena. Ampula je uzavřena pomocí cirkulárního svěrače, m. sphincter ductus choledochi (Oddiho svěrač), který reguluje výtok žluči do střeva. (PETROVICKÝ et al., 2001)

Žluč se tvoří v játrech, asi 0,5 – 0,7 litru za den a přichází do žlučníku, kde je ze žluče vstřebávána voda, chlorid sodný a žluč se tak zahušťuje. Při přítomnosti potravy v žaludku se uvolní hormon cholecystokinin a odstartuje uvolňování žluče ze žlučníku.

Žluč obsahuje směs žlučových solí, lipidů, cholesterolů, bílkoviny a minerální soli. Žlučové barvivo bilirubin způsobuje žlutohnědou barvu žluči. Jedním z hlavních úkolů žluči je emulgace tuků, což napomáhá jejich trávení.

2 NEMOCI ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

2.1 CHOLECYSTOLITIÁZA

Znamená přítomnost žlučových koncrementů, lidově jim říkáme kameny ve žlučníku. Patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění trávicí soustavy. Výskyt tohoto onemocnění se pohybuje u žen kolem 24 %, u mužů přibližně kolem 15%. Progresivní zvyšování incidence v posledních desetiletích je považováno za důkaz role dietních faktorů a životosprávy v patogenezi onemocnění. (DÍTĚ et al., 2007) Česká republika patří mezi země, kde je vysoká incidence cholecystolitiázy. Cholecystolitiáza nebývá častou příčinou smrti, ale z důvodu vysoké incidence je častou příčinou morbidity. (KLENER et al., 2002)

Ke vzniku koncrementů dochází při narušení rovnováhy cholesterol-žlučové kyseliny-fosfolipidy, kdy tato chemicky vyvážená trojkombinace tvoří stabilní, ve vodě nerozpustné, micely. Jakmile dojde v roztoku k přebytku cholesterolu nebo žlučových kyselin, pak dochází k jejich vypadávání z roztoku a vysrážení v podobě koncrementů. Někdy však nevzniká koncrement, ale černá hustá hmota, které se říká bláto neboli sludge. Přejít cholesterolu z formy tekuté do formy krystalické nazýváme tzv. nukleaci, kterou vyvolá výše uvedený nepoměr. V další fázi dochází ke zvětšování koncrementů, kdy hlavní příčinou je stáza žluči, což znamená městnání žluči ve žlučníku. Rychlost růstu koncrementů je asi 0.5-2.5 mm³/rok. Od vzniku prvních koncrementů uplyne k příznakům asi 3-13 let. (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

Konkrementy ve žlučníku jsou většinou cholesterolové (žluté), avšak vyskytují se i pigmentové (černé) a smíšené (hnědé).

Cholesterolové konkrementy tvoří v rozvinutých zemích 80-90 % všech koncrementů a jsou rtg (rentgen) nekontrastní. V konkrementech je obsah cholesterolu vyšší než 80%. (KLENER et al., 2002)

Čistě cholesterolové konkrementy jsou světle žluté a mají tendenci k růstu první dva až tři roky, pak dochází ke stabilizaci jejich velikosti. Většinou mají pod dva cm v průměru.

Pigmentové konkrementy jsou hnědé nebo černé s obsahem bilirubinu (tvořené kalciumbilirubinátem) a vznikají u hemolytických stavů, infekcí žlučových cest a biliární obstrukce. Jsou rtg-kontrastní, protože většinou obsahují kalcium. Primárně se tvoří ve žlučníku a vyskytují se také ve zvýšené míře u pacientů s umělou srdeční chlopní, zejména aortální, která vyvolává trvalou mírnou hemolýzu. (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

V západních zemích převažují konkrementy černé, hnědé jsou mnohem častější v jihovýchodní Asii a na pacifickém pobřeží, kde tvoří -10 % všech konkrementů. (LUKÁŠ et al., 2005)

Klinické syndromy u pigmentových konkrementů jsou stejné jako syndromy u cholesterolové litiázy. Pigmentové konkrementy mají 3-5 mm, jsou menší a mohou být lehce příčinou choledocholitiázy. Pro pigmentové a cholesterolové konkrementy je senzitivita ultrasonografie stejná. (KLENER et al., 2002).

Smíšené konkrementy obsahují další soli, jejich barva je světlohnědá nebo mohou být strakaté. Dále mají tzv. fasetované plošky, což znamená, že jsou vytvarované k sobě, jak jsou vedle sebe natlačené, jako trojrozměrné puzzle.

2.1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

Mezi hlavní rizikové faktory cholecystolitiázy patří - ženské pohlaví, starší věk (nejčastěji 50-60 rok), demografie - vysoká incidence ve střední a severní Evropě, v Severní a Jižní Americe, nízký výskyt v Asii a Tichomoří. Dále se na vzniku cholecystolitiázy podílí zvýšená hladina tuku v krvi, estrogény, těhotenství, hypolipidemika-fibráty, které zvyšují štěpení cholesterolu, obezita, ale i prudké zhubnutí, kdy dochází k poklesu sekrece žlučových kyselin a stáze ve žlučníku, parenterální výživa, vagotomie, akromegalie a některé choroby jako je diabetes mellitus, jaterní cirhóza nebo cystická fibróza. (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

2.1.2 KLINICKÝ OBRAZ

U cholecystolitiázy rozlišujeme tři klinické formy: asymptomatická cholecystolitiáza, dyspeptická forma a kolikovitá forma.

Asymptomatická neboli bezpříznaková cholecystolitiáza tvoří 60-70% všech případů a je nejčastější formou cholecystolitiázy. Většinou jsou konkrementy objeveny náhodně a to při sonografickém vyšetření břicha z jiného důvodu. Velmi malé procento nemocných se stává symptomatickými. (LUKÁŠ et al., 2005)

Forma dyspeptická je provázena nepříjemným nebo bolestivým tlakem v nadbříšku, nauzeou, zvracením, říháním, meteorismem nebo pocitem napětí po jídle bohatém na tuky.

Forma kolikovitá je typickým projevem cholecystolitiázy, kterou vyvolává přechodný uzávěr cystiku kamenem. Mezi provokující momenty, které se označují jako dietní chyba, patří především jídla bohatá na tuky, vejce, čokoláda. Provokujícím momentem může být i fyzická námaha, rozrušení a prochlazení. Často stačí již minimální podráždění např. napití studené vody, aby se záchvat objevil. Bolest vzniká náhle. K manifestaci dochází většinou pozdě večer nebo k půlnoci, což vysvětluje snazší uzávěr cystiku kamenem v horizontální poloze. Bolest je intenzivní, velmi krutá a nejčastěji lokalizována do pravého podžebří nebo epigastria. Trvá 30 minut až několik hodin a nemocní nemohou najít úlevovou polohu. Bolest začíná podél pravého oblouku žeberního a pokračuje do zad, často až pod lopatku. U nemocného je bolest často provázena intenzivním zvracením, kdy nemocný vyzvrací žaludeční obsah a později jen hořké šťávy. Nemocný je neklidný, protože zvracení nepřináší úlevu a domáhá se injekce proti bolesti, někdy má i teplotu a třesavku. Incidence záchvatů je velmi různá, vyskytují se nemocní, kteří prodělají jeden záchvat za celý život a jiní zase několikrát za týden. Nejčastěji však bývají záchvaty 1-3 krát za rok. (NEJEDLÁ et al., 2004)

Ke komplikacím cholecystolitiázy patří akutní cholecystitida, chronická cholecystitida a hydroks žlučníku (hmatný hruškovitý útvar v pravém podžebří, který vzniká při zaklínění konkrémentu v krčku žlučníku nebo ductus cysticus). Pokud proniknou do žlučníku střevní bakterie vznikne zánět nebo empyém, což je hnis ve žlučníku a hrozí gangréna, perforace a následně vznik abscesu, píštěle nebo peritonitidy. (RICHARDS et al., 2004)

Další komplikací je choledocholitiáza, která může blokovat choledochus na papile a být příčinou pankreatitidy, obstrukčního ikteru nebo cholangitidy. Při srůstech v okolí zánětlivě změněného žlučníku mohou žlučové kameny vycestovat biliodigestivní píštělí do okolních struktur – duodena, transversa nebo choledochu nebo do břišní stěny. Může dojít ke vzniku tzv. biliárního ileu, kdy větší kámen vycestuje do střeva u uzavře distální část tenkého střeva.

2.1.3 DIAGNÓZA

Klinický obraz je u případů žlučových kolik typický. Základní zobrazovací metodou pro potvrzení cholecystolitiázy je břišní sonografie. (ZEMAN et al., 2006)

2.1.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Důležité je vyloučit pravostrannou renální koliku, perforaci peptického vředu, zánět slepého střeva a akutní zánět slinivky břišní. Extraabdominální poruchy mohou také působit problémy, mezi ně řadíme infarkt myokardu spodní stěny, pásový opar, spondylogenní bolesti a pravostrannou bazální bronchopneumonii. (LUKÁŠ et al., 2005)

2.1.5 TERAPIE

Asymptomatická cholelitiáza vyžaduje pouze sledování. Odstranění žlučníku nebo-li cholecystektomie je indikována u rizikových osob, kteří jsou imunosuprimovaní, dále mladí nemocní do 45 let, diabetici, u konkrementů větších než 3 cm a u osob, kde je pozitivní rodinná anamnéza na rakovinu žlučníku.

U prosté biliární koliky jsou důležitá základní režimová opatření - klid na lůžku, nil per os, teplé obklady na podjaterní krajinu. Z farmakologické léčby podáváme spasmolytika a analgetika např. algifen, buscopan a pokud nezabírají, pak Fentanyl nebo Dolsin, nepodáváme Morfium. Po odeznění záchvatu postupně převádíme nemocného na žlučnickovou dietu č.4 s omezením tuku (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

U symptomatické cholecystolitiázy je jediným účinným léčením cholecystektomie a to buď klasická, nebo laparoskopická. (KLENER et al., 2002) Výkon má být uskutečněn co nejdříve, pokud nejsou interní kontraindikace proti provedení operace. (ZEMAN et al., 2006)

2.2 CHOLEDOCHOLITIÁZA

Choledocholitiáza znamená přítomnost žlučových konkrémentů v extrahepatálních nebo intrahepatálních žlučových cestách a jejich frekvence vzrůstá s věkem. Dochází k zadržení konkrémentů v choledochu, kde rostou a dilatují žlučové cesty, které tak mohou úplně nebo částečně uzavřít. Konkrementy dělíme do dvou skupin a to na primární a sekundární. (LUKÁŠ et al, 2005)

Primární konkrémenty vznikají nejčastěji ve žlučových cestách de novo při neúplné obstrukci žlučových cest v místech kongenitálních, traumatických nebo zánětlivých stenóz a dilataci žlučových cest. Na vznik může mít vliv i cizorodý materiál po chirurgických výkonech (šicí materiál, svorky atd.).

U sekundárních konkrémentů jde většinou o vycestovalé konkrémenty ze žlučníku. 8-15 % cholecystolitiáz je komplikováno choledocholitiázou.

2.2.1 KLINICKÝ OBRAZ

Rozlišujeme pět klinických průběhů:

1. V 10 až 20 % probíhá onemocnění bez subjektivních příznaků a konkrémenty jsou zjištěny při indikování nebo provedení cholecystektomie.
2. U 75% nemocných se choledocholitiáza manifestuje abdominálními bolestmi. Bolest trvá často několik hodin a recidivuje s odstupem dnů až měsíců a je spíše lokalizována do epigastria než do pravého podžebří. Nemocní se cítí mezi atakami zdraví.
3. Onemocnění se manifestuje příznaky částečné nebo úplné obstrukce. Stálá je elevace ALP a GMT a ikterus závisí na stupni obstrukce.

4. Forma biliární pankreatitidy, která může mít lehký až komplikovaný průběh. Může vést až k nekróze pankreatu a smrti nemocného.
5. Projevem je akutní cholangitida – ikterus, bolesti, třesavka, teplota. U 10 % manifestací touto formou je průběh těžký, s hypotenzí, šokem a mortalitou kolem 30 %. (KLENER et al., 2002)

2.2.2 DIAGNOSTIKA

Po známkách zánětu a obstrukce žlučových cest pátráme laboratorně. V diagnostice nejdříve volíme USG (ultrasonografie), která je méně spolehlivá než v diagnóze cholecystitidy a k cennému vyšetření patří především ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie) a ve speciálních případech PTC (perkutánní transhepatální cholangiografie). (KLENER et al., 2001)

2.2.3 TERAPIE

Léčba je chirurgická nebo endoskopická. Dnes jsou schopny endoskopické a transhepatální výkony vyřešit více než 90 % všech pacientů s choledocholitidou. U nemocných kde selže endoskopie, což jsou těžké septické stavy a píštěle žlučových cest je zvoleno chirurgické řešení. Antibiotická léčba je na místě, pokud dojde k závažnějšímu průběhu a to především u starých a imunosuprimovaných osob. (LUKÁŠ et al., 2005)

2.3 AKUTNÍ KALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA

Akutní kalkulózní cholecystitida patří mezi závažná zánětlivá onemocnění žlučníku a častou náhlou příhodou břišní. Nejdříve dochází k obstrukci d. cysticus, příčinou obstrukce bývá nejčastěji konkrement a navazuje na biliární koliku. Po obstrukci cystiku dochází k hromadění žluče a vzniku toxických látek, které vedou k zánětu stěny žlučníku. V prvních 24 hodinách je zánět sterilní, ale pak dochází k zamoření střevními bakteriemi. Dojde k poškození celé žlučkové stěny zánětem a vznikne lokální peritonitida. (LUKÁŠ et al., 2005)

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku patří cholelitiáza a diabetes mellitus. Toto onemocnění je časté ve vyšším věku a především jsou postiženy obézní ženy ve věku 20-50 let.

2.3.1 KLINICKÝ OBRAZ

Může jít o lehký zánět, který komplikuje dosud němou cholecystolitiázu, přes empyém až po nekrózu žlučníku se sepsí. V mnohém je klinický obraz obdobou a vystupňováním příznaků biliární koliky.

Hlavním příznakem je bolest v pravém podžebří, která se šíří do zad, je spíše stálá a trvá řadu hodin až dnů. V porovnání s biliární kolikou je bolest intenzivnější a zvětšuje se při hlubokém dýchání. Vždy je přítomna nauzea, plynatost a u 50-80 % zvracení.

2.3.2 FYZIKÁLNÍ NÁLEZ

Nemocný je febrilní, schvácený, lehce ikterický, má suchý jazyk a může být dehydratovaný. Břicho je v pravém podžebří výrazně pohmatově bolestivé, meteorické a pro svalový spasmus špatně vyšetřitelné. Murphyho příznak, bolestivá palpace v místě žlučníku v nádechu, je výrazně pozitivní. V místě žlučníku se často nachází hmatná bolestivá, nepřesně ohraničená rezistence, která svědčí pro pericholecystitidu. U pokročilého zánětu může být přítomné i peritoneální dráždění. (KLENER et al., 2002)

2.3.3 DIAGNÓZA

Diagnózu nám upřešní paraklinická vyšetření. Z laboratorních vyšetření krve nacházíme vysokou sedimentaci, v krevním obraze leukocytózu, elevaci CRP (C-reaktivní protein). Zvýšené sérové amylázy poukazují na současně probíhající akutní pankreatitidu. Diagnózu potvrdíme provedením USG, případně CT vyšetření. (KLENER et al., 2001)

2.3.4 TERAPIE

Základem terapie akutní cholecystitidy jsou režimová opatření – t.j. hospitalizace s klidem na lůžku a dietní opatření – nil per os. Léčba je chirurgická, a to buď konzervativní, nebo operační. V rozvaze o dalším postupu je nutné přihlížet k celkovému stavu pacienta, klinickému nálezu, laboratorním hodnotám a také trvání obtíží.

Při konzervativní terapii nasazujeme antibiotika, analgetika, antipyretika a je nutné zajistit dostatečný parenterální přívod tekutin. Léčba trvá cca 7-10 dní a pacientovi je doporučena LCHCE (laparoskopická cholecystektomie) s odstupem 6-8 týdnů.

Operační řešení akutní cholecystitidy bylo dříve rezervované pro pacienty, u kterých selhala konzervativní terapie, nyní však lze v časných stádiích onemocnění (tj. do 3 dnů od počátku příznaků) u pacientů s nízkým operačním rizikem přistoupit k akutní cholecystektomii. Také u pokročilých forem onemocnění, u pacientů se septickými příznaky je nutná operace. U polymorbidních pacientů lze přistoupit k minimálně invazivním technikám – t.č. punkční cholecystostomií. (YAMASHITA et al., 2007)

2.4 CHRONICKÁ KALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA

Toto onemocnění patří mezi nejčastější onemocnění žlučníku u nemocných s cholecystolitiázou. Je kombinací chronického zánětu stěny žlučníku a cholecystolitiázy. Žlučník je svráštělý, má ztlustělou stěnu, která může být kalcifikována, tento stav nazýváme porcelánový žlučník. Vyskytuje se mnohočetná cholecystolitiáza s blokádou cystiku. Žluč je odbarvená a obsahuje žlučnickové bláto, kterému se říká „sludge“.

Chybí specifické příznaky a klinický obraz je nenápadný. Nemocní pociťují tlaky v pravém podžebří, stěžují si na nesnášenlivost některých jídel a občasné biliární koliky. Velmi častá je nevolnost a zvracení bývá vzácné.

Fyzikálně nacházíme pouze nevýrazný nález. V pravém podžebří nalezáme mírnou citlivost a Murphyho příznak může být pozitivní. Pro diagnózu je důležitá sonografie nebo CT vyšetření. Jediným účinným postupem je cholecystektomie. (LUKÁŠ et al., 2005)

2.5 AKALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDA

Patří mezi méně časté a závažnější formy cholecystitidy, která vzniká bez přítomnosti koncrementů (10 %). Vede často ke komplikacím až ke smrti. (LUKÁŠ et al., 2005). Akalkulózní cholecystitida se často vyskytuje u kritických nemocných, po větších chirurgických zákrocích, u popálených, u pacientů na úplné parenterální výživě. Převážně se vyskytuje u mužů nad 50 let věku. (DÍTĚ et al., 2007)

2.5.1 KLINICKÝ OBRAZ

Nemocný má bolesti, které trvají déle než tři hodiny a poté se jejich maximum přesouvá z nadbříšku do pravého podžebří a mohou se přechodně zmírnit. Je přítomna horečka, někdy subikterus a pozitivní Murphyho příznak.

V pravém podžebří můžeme nahmatat žlučník jako elastickou, hladkou, většinou bolestivou rezistenci.

2.5.2 DIAGNOSTIKA

Provedeme ultrasonografické vyšetření, kde vidíme edematózní zesílenou stěnu žlučníku, případně kolekci tekutiny v lůžku žlučníku.

Velmi rychle se rozvíjí komplikace kalkulózní cholecystitidy a proto má značný význam včasná diagnostika. V čase operace se již u pacientů s kalkulózní cholecystitidou vyskytuje empyém, gangréna žlučníku, respektive perforovaný žlučník. (DÍTĚ et al., 2007)

2.5.3 TERAPIE

Je podávána antibiotická léčba a především provedena urgentní cholecystektomie.

2.6 STENÓZA VATEROVY PAPILY

Drobné kaménky žlučové drtě a nebo fragmenty konkrementů mohou při pasáži přes papilu poranit sliznici Vaterovy papily, která se pak hojí reparačním zánětem, který způsobí zjizvení ústí papily do té míry, že vznikne zúžení a to se stane překážkou normální drenáže žluči do střeva. Zvýší se tak intraduktální tlak ve žlučovodu a úsek žlučovodu nad stenózou se rozšíří. Nejdříve v extrahepatálním rozsahu a nakonec až na úroveň intrahepatálních žlučovodů.

V klinickém obrazu dominuje bolest charakteru biliární koliky. Dále jsou možné projevy dyspeptického syndromu. V obou případech může být laboratorně i klinicky přítomen ikterus. Z důvodu dlouhotrvající stagnace žluči v rozšířených žlučovodech vznikají stagnační konkrementy. (DÍTĚ et al.,2007)

Rozšíření žlučovodů různé úrovně a případně přítomnost konkrementů v lumen žlučovodu zjistíme při ultrazvukovém vyšetření. Důležitou diagnostickou a terapeutickou metodou je především ERCP, kdy je možno provést endoskopickou papilosfinkterotomii. V této situaci je tento výkon konečným řešením. (LATA et al., 2010)

2.7 CHOLANGOITIDY

Cholangoitidy jsou záněty žlučových cest a dělíme je na akutní, chronickou a sklerozující cholangoitidu.

2.7.1 AKUTNÍ CHOLANGOITIDA

Částečnou nebo úplnou obstrukcí toku žluče do duodena nebo zvýšením tlaku ve žlučových cestách dochází ke vzniku akutní cholangitidy. Mezi příčiny řadíme

nejčastěji choledocholitiázu, sklerozující cholangitidu a méně často nádory žlučového stromu.

Tím že dochází k městnání žluči, je toto prostředí vhodné pro pomnožení bakterií. Infekce pak postihuje postupně extra a intrahepatální žlučovody a mohou vzniknout i jaterní abscesy. Mezi nejčastější bakterie, které infekci způsobují, patří E. coli a Klebsiela. Jsou přítomny známky sepsy a typické pro toto onemocnění je horečka, biliární bolest, ikterus neboli tzv. Charcotova trias. Nemocný si stěžuje na schvácenost a závažnými příznaky jsou tachykardie a hypotenze – projevy sepsy.

V terapii hraje důležitou roli ERCP. Čím dříve lze provést, tím je výsledek lepší. Následuje endoskopická papilosfinkterotomie žlučovodu, je nutné odstranit všechny konkrementy ze žlučových cest a zajistit tak volný odtok infikované žluče do duodena. Aby to bylo možné, zavádí se plastický drén tzv. duodenobiliární drenáž, který překlene zúžené místo. Tento přístup umožní, aby se akutní infekce účinně hojila a také umožní např. dilataci zúženého místa endoskopicky a nebo chirurgické řešení. Vždy jsou indikovány antibiotika.

2.7.2 CHRONICKÁ CHOLANGOITIDA

Toto onemocnění je velmi závažné a to z důvodu dlouhodobého přetlaku ve žlučových cestách, který vede k poškození jater a vzniku sekundární biliární cirhózy. Příznaky jsou často nevýrazné, často si nemocní stěžují na dyspeptické potíže. K základní terapeutické metodě patří ERCP, které umožní odstranění překážky ve žlučových cestách. (LATA et al., 2010)

3 DIAGNOSTICKÉ METODY

Pokud máme podezření na onemocnění žlučníku, žlučových cest, jater a nebo slinivky břišní, kromě biochemického a hematologického vyšetření (krevní obraz, jaterní testy, amyláza, lipáza, glykemie, CRP) a stavu funkce jater a slinivky břišní, hrají důležitou roli zobrazovací a endoskopické metody. (VYHNÁNEK et al., 2003)

Patří sem :

3.1 RTG VYŠETŘENÍ – PROSTÝ SNÍMEK BŘICHA

Prostý snímek břicha, který provádíme vstoje, nám může ukázat konkrementy, které mají vysoký obsah vápenných solí a dávají tak pozitivní kontrast (10 až 15% ze všech konkrémentů vyskytujících se ve žlučníku). Na prostém snímku může být stejně kontrastně zobrazen i tzv. porcelánový žlučník s obsahem kalciové žluči.

Pokud je přítomen ve stěně a luminu žlučníku plyn, může to svědčit o zánětu, který je způsoben bakteriemi produkující plyn (klostridia). (ZEMAN et al., 2006)

3.2 ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

Patří mezi základní zobrazovací neinvazivní diagnostickou metodu, která přináší spolehlivé informace o velikosti žlučníku, o tloušťce jeho stěny a jeho obsahu.

Při posuzování patologického obsahu ve žlučových cestách je toto vyšetření méně spolehlivé, zatímco při posouzení šíře žlučových cest, jak extrahepatálních, tak intrahepatálních má spolehlivost velkou. (LATA et al., 2010)

Výhodou tohoto vyšetření je nulové riziko komplikací a možnost užití u každého nemocného i při ikteru. (ZEMAN et al., 2006)

3.3 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (CT)

Tato radiologická zobrazovací metoda je využívána v souvislosti s onemocněními žlučových cest a to zejména při průkazu primárního a sekundárního nádorového postižení parenchymových orgánů dutiny břišní a lymfatických uzlin. Změny šíře intrahepatálních žlučových cest a hilové jaterní struktury dobře zobrazuje kontrastní látka, která se při tomto vyšetření podává. (LATA et al., 2010)

3.4 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE (PTC)

PTC je radiologická metoda, kdy se aplikuje kontrastní látka tenkou jehlou zavedenou perkutánně z mezižeberního prostoru přes hrudní stěnu a parenchym jater do nitrojaterního žlučovodu a dojde tak k zobrazení žlučových cest. Vysokou úspěšnost má zobrazení při dilatovaných žlučových cestách. Tento přístup umožňuje také řadu terapeutických výkonů, včetně transhepatálního zavedení drénů do žlučových cest. (LATA et al., 2010)

Tuto metodu volíme v případech, u kterých nelze provést z nejrůznějších důvodů ERCP, nebo je-li potřeba zobrazit žlučovody nad překážkou. (LUKÁŠ et al., 2005)

Toto vyšetření má i rizika. Při přetlaku ve žlučových cestách může dojít k zatékání žluči punkčním otvorem do volné břišní dutiny a k rozvoji biliární peritonitidy ohraničené či difúzní. Dále může nastat krvácení z místa punkce, a proto je nutné po vyšetření zajistit kontrolu nemocného včetně možnosti urgentní operační revize. (ZEMAN et al., 2006)

3.5 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (ERCP)

Přes Vaterovu papilu do žlučových cest, nebo do d.pancreaticus je pod vizuální kontrolou duodenoskopem zaveden tenký katetr. Do jednoho nebo obou vývodů je pak

cíleně aplikována za skiaskopické kontroly kontrastní látka. Dále je pak při dostatečné náplni žlučového stromu nebo pankreatického vývodného systému zhotovena RTG dokumentace. (LATA et al., 2010)

Provádí se především u iktericky nemocných, u kterých pomáhá rozlišit intra- a extrahepatickou příčinu ikteru a objasnit jeho původ, což může být kámen nebo nádor. Po vyšetření může někdy dojít k laboratorním i klinickým projevům iritace pankreatu (5 %), proto je nutné nemocného hospitalizovat a kontrolovat amylázy po dobu 3 dnů. Toto vyšetření může mít i smrtící následky (0.8 %), kdy dochází k perforaci trávicího ústrojí, vzniku těžké pankreatitidy nebo cholangiogenní, nejčastěji pseudomonádové sepse. Indikaci je proto nutné zvážit.

Vyšetření může být doplněno současně terapeutickým výkonem, a to papilosfinkterotomií a následně odstraněním litiázy ze žlučovodu, narušením kamene laserem nebo ultrazvukem, což je pro nemocného velkým přínosem. Pokud není provedení těchto výkonů přesně indikováno, může dojít k poškození nemocného. (ZEMAN et al., 2006)

3.6 MAGNETICKÁ REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (MRCP)

Řadíme ji mezi moderní neinvazivní diagnostické metody, které umožňují zobrazení žlučového a pankreatického vývodného systému ve stejné kvalitě jako ERCP. Aby byla kvalita zobrazení lepší, podává se speciální kontrastní látka. Metoda je neinvazivní, proto neumožňuje terapeutický výkon, ale na rozdíl od ERCP dokáže zobrazit i ty části vývodného systému, které se nachází za uzavřeným průsvitem vývodu.

3.7 CHOLANGIOSKOPIE

Jedná se o endoskopické vyšetření velkých žlučových cest. Pomocí ultratenkého endoskopu, který je zaveden do žlučovodu buď perkutánně transhepatálně cestou PTC, kanálem v jaterním parenchymu, nebo přes Vaterovu papilu pomocí duodenoskopu se

širokým pracovním kanálem, se zavede cholangioskop transpapilárně do žlučových cest.

Při této metodě můžeme ze žlučovodu odebrat vzorky k histologickému vyšetření. Vzhledem k tomu, že došlo k rozvoji alternativních zobrazovacích metod, je tato technicky náročná metoda používána velmi zřídka.

3.8 DYNAMICKÁ CHOLESCINTIGRAFIE

Při této metodě používáme deriváty kyseliny iminodioctové (HIDA), které se vylučují hepatocytem do žluči a tím se znázorní žlučník a žlučové cesty. Získáváme tak informace o dynamice vyměšování žlučníku, o pohybu žluči ve žlučníku a žlučových cestách a o koncentrační a evakuační schopnosti žlučníku.

(LATA et al., 2010)

4 TYPY OPERAČNÍCH VÝKONŮ NA ŽLUČNÍKU

Rozlišujeme dva operační výkony na žlučníku, a to otevřenou cholecystektomií a laparoskopickou cholecystektomií.

4.1 CHOLECYSTEKTOMIE OTEVŘENÁ

Nejčastější indikací k cholecystektomii (odstranění žlučníku) je symptomatická cholecystolitiáza, zánětlivé onemocnění žlučníku, méně často nádory. Otevřenou cestou se provádí odstranění žlučníku od roku 1882 a v posledních letech byla četnost jejího provedení významně omezena nástupem laparoskopické cholecystektomie. Otevřená cholecystektomie má své výhody a nevýhody. Předností je větší přehlednost v operačním poli, a to především u stavů s jizevnatými deformacemi v okolí žlučníku po předchozích zánětech nebo po operačních zásazích. K nevýhodám patří větší bolesti v operační ráně, pomalejší návrat funkcí nitrobřišních orgánů a delší doba hospitalizace. Dále je také větší pravděpodobnost možnosti vzniku pooperační kýly v jizvě po operačním řezu. (ŠVÁB, 2000)

Přístup do podjaterní krajiny provádí chirurg ze šikmého nebo transrektálního řezu v pravém podžebří, výjimečně z horní střední laparotomie. Při odstranění žlučníku se volí 2 postupy, a to retrográdní nebo anterográdní. Při retrográdním postupu se uvolní žlučník z lůžka směrem k fundu a při anterográdním postupu se žlučník uvolní směrem od fundu ke krčku. Ne vždy se k lůžku žlučníku založí drén. Úkolem drénu je odvádět žluč, zánětlivý výpotek, popřípadě krev z lůžka. (ZEMAN et al., 2006)

Metoda otevřené cholecystektomie dovoluje i manipulaci v hlavním žlučovodu z jeho několikamilimetrového nářezu, kdy tak lze napravit zúžení žlučovodu nebo odstranit kameny. Pokud je operováno na žlučovodu, chirurg zavádí kromě drénu pod játra jako u prosté cholecystektomie i drén do žlučovodu, který se po nové rentgenové kontrole po deseti dnech odstraní. (ŠVÁB, 2000)

4.2 CHOLECYSTEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ

Laparoskopicky se odstranění žlučníku provádí s použitím videotechniky. Její předností je minimální přístup do dutiny břišní, a tím jednodušší pooperační průběh s kratší rekonvalescencí.(VYHNÁNEK et al., 2003)

První laparoskopická cholecystektomie byla provedena ve Francii v roce 1987 Mouratem a velmi rychle se rozšířila do celého světa. (ZEMAN et al., 2006)

Z krátké incize pod pupkem se Veresovou jehlou punktuje dutina břišní a zavádí se do ní CO₂ (kapnoperitoneum). Ve stejném řezu se pak zavádí trokar, kterým se zasune do pobříšnice laparoskop s kamerou. Proveďte se kontrola celé dutiny břišní a v nadbříšku se připojí další 2-3 pracovní vstupy trokarem. Zatažením za žlučník se po nastřížení pobříšnice získá přehled v Calotově trojúhelníku a vypreparuje se a. cystica a ductus cysticus. Obě struktury se dvojité zaklipují svorkou a přeruší. Žlučník se pak retrográdně subserózně vybavuje z lůžka, krvácení se koaguluje a po výplachu operačního pole se žlučník extrahuje. Drenáž podjaterní krajiny může být v řadě případů vynechána.

Specifické komplikace při laparoskopickém přístupu jsou poranění nitrobřišních orgánů při zavádění pneumoperitonea nebo trokarů, ztráta kaménku ze žlučníku v dutině břišní a zvýšené riziko žilní trombózy způsobené zvýšením nitrobřišního tlaku kapnoperitoneem. Naopak je nižší výskyt ranných infekcí a minimálně se vyskytují kýly v jizvě. (HOCH et al., 2011)

Pokud je z předoperačního vyšetření žlučovodů podezření na kámen, stenózu nebo jinou patologii na žlučovém vývodném systému, musí laparoskopii předcházet vyšetření ERCP nebo dilatace zúženého místa.(ŠVÁB, 2000)

Dle časového provedení dále dělíme cholecystektomii na urgentní, akutní a plánovanou.

4.2.1 URGENTNÍ CHOLECYSTEKTOMIE

Provádí se, když jsou přítomny známky progresu zánětu, zánětu pobříšnice a to kdykoli v průběhu onemocnění. Jde o život zachraňující výkon.

4.2.2 AKUTNÍ CHOLECYSTEKTOMIE

Tento výkon provádějí chirurgové do 72 h po začátku onemocnění. Akutní cholecystektomie předchází možným komplikacím, které nutí k urgentní operaci. I když vezmeme v úvahu přednosti tohoto postupu, musíme brát ohled na velké nebezpečí z poranění důležitých struktur v oblasti hepatoduodenálního ligamenta u nemocných s akutně exacerbovanou chronickou cholecystitidou s těžkými jizevnatými a retraktivními změnami. Většinou se jedná o pacienty staré, z interního hlediska nemocné a k operaci dostatečně nepřipravené. Proto je nutné zvážit tento postup a k akutní operaci přistoupit až při dokonalém personálním obsazení a vybavení sálu. Jen zkušený chirurg by měl provádět tuto operaci.

4.2.3 PLÁNOVANÁ CHOLECYSTEKTOMIE

Plánovaná nebo-li pozdní cholecystektomie se provádí nejdříve za tři týdny, nejlépe však 6 – 8 týdnů po cholecystitidě při další hospitalizaci v klidovém stádiu na tzv. „vychlazeném“ žlučníku po kompletní předoperační přípravě.

4.3 PUNKCE ŽLUČNÍKU

Dnes se indikuje velmi málo. Provádí se z důvodu terapeutických nebo diagnostických, kdy se odebírá materiál na mikrobiologické vyšetření, a to pooperačně jako doplněk klasického výkonu, nebo při laparoskopické kontrole.

4.4 CHOLECYSTOTOMIE

Dnes se téměř neprovádí. Touto cestou se odstraňovaly ze žlučníku konkrementy.

4.5 CHOLECYSTOSTOMIE

Znamená vyústění žlučníku navenek. Zakládá se, když je potřeba drénovat žlučovody navenek – těžký zánět nebo akutní pankreatitida a pokud je potřeba provést co nejrychlejší výkon pro celkový stav pacienta. Po odstranění kamenů a ověření průchodnosti cystiku se do žlučníku vloží silnější drén, který se upevní vodotěsně tabákovým stehem do cholecystostomie. (ZEMAN et al., 2006)

5 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA

Předoperační vyšetření, která jsou u pacienta provedená důsledně, mohou vést k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony dělíme na plánované, urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace.

5.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Pacient je na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Výsledky interního vyšetření nesmí být před plánovaným operačním výkonem starší 14 dnů. Patří sem EKG (elektrokardiografie), RTG srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření. Z krve vyšetřujeme krevní obraz, základní biochemii, krevní skupinu + Rh faktor, APTT a QUICK, dále pak moč + močový sediment. Dle celkového stavu pacienta rozhodne lékař, zda je nutné doplnit základní předoperační vyšetření o další speciální vyšetření.

5.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Krátkodobá předoperační příprava je obdobím 24 hodin před samotným výkonem. Důležitá je fyzická, anesteziologická a psychická příprava. Pacient musí být před výkonem 6-8 hodin lačný. Nesmí nic pít, jíst a nekouřit. U pacientů s poruchou výživy a dehydrataci je nutné zajistit přívod energie a tekutin parenterální cestou. Těsně před operací je důležité spontánní vyprázdnění močového měchýře, u některých případů se v den operace na příslušném oddělení, nebo přímo na operačním sále provádí katetrizace močového měchýře. Podle soběstačnosti provede pacient celkovou hygienu, u žen je důležité odstranit lak z nehtů a odlíčit obličej. Připravíme operační pole oholením a provedeme dezinfekci pupku.

Před operací naordinuje anesteziolog hypnotika a sedativa, protože nerušený spánek a odpočinek pomáhá zvládnout stres před operací. Větší obnosy peněz a šperky se proti podpisu ukládají do trezoru, pokud má pacient nějaké protetické pomůcky, označí se jménem a uschovají. Z dutiny ústní pak odstraníme snímatelné zubní náhrady,

označíme a uložíme do sklenice s vodou. Jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN) přikládáme pomocí elastického obinadla bandáže od špiček prstů přes nárt, patu až po tříslu nebo antiembolické punčochy.

Cílem psychické přípravy je minimalizovat strach a stres z operace, proto nesmíme nikdy podceňovat otázky pacienta, které se týkají operačního výkonu, délky anestezie, nepříznivého výsledku operace, pooperační bolesti a imobilizace.

5.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Omezuje se na časový úsek těsně, tj. asi 2 hodiny před operací. Důležitá je kontrola dokumentace pacienta, operačního pole, chrupu, lačnění, vyprázdnění a přiložení bandáží na dolní končetiny. V některých případech provedeme speciální požadavky chirurga např. žilní přístup a o všech výkonech se provede záznam do dokumentace. Na základě ordinace anesteziologa se aplikuje premedikace a on také rozhodne o tom, jaké léky, ve kterou dobu pacient dostane.

5.4 PŘÍPRAVA K URGENTNÍ (NEODKLADNÉ) OPERACI

V důsledku krátkého času na přípravu a nedostatku vstupních informací od pacienta se zvyšuje riziko možných komplikací. Starší pacienti jsou nejvíce ohroženi vzhledem k dalším přidruženým onemocněním. Biologický materiál odebíráme na STATIM a to krevní obraz, koagulace, biochemii krve a moče, krevní skupinu a Rh faktor. Vyjmeme snímatelné zubní náhrady, koupel je kontraindikována. Dále uschováme cennosti, připravíme operační pole, provedeme bandáže dolních končetin a poučíme pacienta o nutnosti lačnění - je vhodné konzultovat s anesteziologem. Popřípadě zavedeme žaludeční sondu a odsajeme obsah žaludku.

6 POOPERAČNÍ PÉČE PACIENTA

Po ukončení operačního zákroku zůstává klient pod intenzivním dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh a dostatečně spontánně nedýchá. Pokud je nutné po operaci pokračovat v umělé plicní ventilaci, jsou pacienti převezeni z operačního sálu na jednotku intenzivní péče nebo na ARO. K zajištění bezprostředního pooperačního období jsou zřizovány pooperační dospávací pokoje. Po operaci provede operátor zápis do chorobopisu ohledně ordinace léků, infuzních roztoků, transfuzí, polohy pacienta, převazu operační rány, odstranění drénů apod.

V pravidelných intervalech pak sledujeme vědomí, tep, dech, tělesnou teplotu, krevní tlak a vše zapisujeme do dokumentace. Dále kromě fyziologických funkcí kontrolujeme operační ránu zda nekrvácí, odvod z drénu, diurézu a invazivní vstupy.

Po vymizení anestetika se často dostaví bolest v operační ráně. Při nekomplikovaném průběhu hojení rány většinou bolest po jednom až dvou dnech vymizí. Přetrvávající intenzivní bolesti mohou charakterizovat komplikace v ráně, proto nikdy bolest u pacienta nepodceňujeme. Podáváme analgetika dle ordinace lékaře většinou opiátového typu, které se aplikují až po úplném odeznění anestetika a dále hypnotika, pokud se dostaví i poruchy spánku. (SLÉZAKOVÁ et al., 2007) Někdy si pacienti první den po operaci stěžují na bolest v rameni a na pravé straně krku. Tato bolest je spojena s laparoskopickou operací, kdy dochází k rozepjetí bránice zavedeným plynem během výkonu. Může trvat několik dní. (ŠVÁB, 2000)

V prvním pooperačním dnu se může jako následek premedikace a anestezie u pacienta objevit nevolnost a zvracení. Zejména u pacientů, kteří se ještě úplně neprobudili z narkózy, může dojít k aspiraci, proto aplikujeme parenterální cestou léky, které tlumí nevolnost a zvracení.

Pokud se pacient po operaci do 6-8 hodin spontánně nevymočí, provedeme katetrizaci močového měchýře.

K přechodným pooperačním stavům patří zástava plynů a stolice. Dochází k dočasnému zastavení střevní peristaltiky, která se projeví plynatostí. Pacient má vzedmuté břicho a stěžuje si na nevolnost a bolest břicha. Plynatost můžeme dobře

ovlivnit tím, že pacientovi doporučíme změnu polohy a poučíme ho o důležitosti včasné mobilizace. K podpoření peristaltiky aplikujeme léky.

Při operačním výkonu z důvodu ztráty tělesných tekutin způsobené krvácením dochází ke změnám ve vodním a elektrolytovém hospodářství, proto po chirurgických výkonech na zažívacím traktu v prvních pooperačních dnech nahrazujeme perorální příjem tekutin parenterálním podáním náhradních roztoků. Při velkém zvracení a dalších pooperačních komplikacích se k infuzní terapii přistupuje také. Pacienta pak postupně zatěžujeme stravou, dieta č.4 s omezením tuku.

U rizikových pacientů – obézní, pacienti s kardiovaskulárními nemocemi a s tromboembolickou anamnézou, je nutné dát v pooperačním období pozor na vznik TEN. Jako prevenci TEN se přikládají elastické bandáže na dolní končetiny a podávají antikoagulancia. (SLEZÁKOVÁ et al., 2007)

Pokud je pooperační průběh bez komplikací, nemocný se cítí dobře, toleruje stravu a je poučen o dietním opatření – dieta č.4 s omezením tuku, může být 3-4 den po operaci propuštěn. Kožní stehy se odstraňují až sedmý pooperační den, proto je nutný kontakt se svým lékařem. (ŠVÁB, 2000)

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI ŽLUČNÍKU

„Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče; představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče“ (PLEVOVÁ et al., 2011, s.107)

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L.Š.

Pohlaví: žena

Datum narození: 12.8.1982

Věk: 32 let

Adresa bydliště a telefon: Roblín

Adresa příbuzných: Roblín

Rodné číslo: 82.....

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: VOŠ

Zaměstnání: administrativní práce

Stav: svobodná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 1.3.2014

Typ přijetí: akutní hospitalizace

Oddělení: chirurgie

Ošetřující lékař: MUDr. A.N.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Dva dny mě silně bolelo břicho .“

Medicínská diagnóza hlavní: K 800 Kámen žlučníku s akutním zánětem žlučníku - cholecystitidou

Medicínské diagnózy vedlejší: /

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 140/80 mmHg

Výška: 166 cm

P: 85´

Hmotnost: 75 kg

D: 18´

BMI: 27 – nadváha

TT: 37°C

Pohyblivost: bez omezení

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: /

Nynější onemocnění: Nyní přichází pro přetrvávající bolestivost v pravém podžebří, nauzea, nezvracela. Břicho měkké, volně prohmatné, bolestivé v pravém podžebří, hmatný zvětšený žlučník, bez známek peritoneálního dráždění. Pacientka přijata na chirurgické oddělení pro akutní cholecystitidu k observaci, infuzní terapii a zařazení do operačního programu.

Informační zdroje: rozhovor s pacientem, dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: po biliární pankreatitidě

Otec: zdrav

Sourozenci: nemá

Děti: nemá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění, před 10 lety periferní paréza licního nervu.

Hospitalizace a operace: ERCP, EPT

Úrazy: neudává žádné

Transfúze: neudává žádné

Očkování: běžné dětské očkování

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Loette	tbl		0-0-1	Hormonální Kontraceptivum

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně - víno

Kouření: 5-7 cigaret/den

Káva: 2x denně

Léky: antikoncepce

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

(u žen)

Menarché: 14 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 4 - 5 dnů

Intenzita, bolesti: mírné

P: /

A: /

UPT: /

Antikoncepce: užívá - Loette

Menopauza: /

Potíže klimakteria: neguje

Samovyšetřování prsou: provádí

Poslední gynekologická prohlídka: asi před půl rokem

Sociální anamnéza:

Stav: svobodná

Bytové podmínky: bydlí v bytě s přítelem

Vztahy, role a interakce v rodině: vztahy v rodině dobré, pouze klasické rodinné problémy

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: je v kontaktu se známými, se sousedy vychází dobře

Záliby: čtení, sledování TV, poslech hudby

Volnočasové aktivity: krátké procházky s přítelem

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: VOŠ

Pracovní zařazení: administrativní práce

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: přiměřené

Spirituální anamnéza:

Pacientka je ateistka.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 5.3. 2014

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„občas se mi točí hlava, ale jinak žádné problémy nemám, ani s krkem“	Lebka normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá. Bulby ve středním postavení, pohyblivé, izokorické zornice bez nystagmu, skléry bílé, spojivky prokrvené. Uši a nos bez výtoků. Mimické svaly inervovány v normě. Rty, dásně a sliznice růžové, chrup sanován, jazyk bez povlaku, plazí se ve střední čáře, pohyblivost krku v normě, štítná žláza a uzliny nezvětšené. Náplň krčních žil přiměřená, pulsace karotid symetrická.
Hrudník a dýchací systém:	„Dýchá se mi dobře, bolesti na hrudi nemám“	Hrudník symetrický, bez deformit. Poklep jasný a plný. Dýchání bez zvukových fenoménů, D: 18' , bez kašle. Kuřačka – 5-7 cigaret denně.
Srdečně cévní systém:	„Obtíže nemám, tabletky na vysoký tlak neberu“	Prokrvení tkání bez patologie. Srdeční akce pravidelná, pulzace hmatná. TK: 125/75 P: 81' DKK bez otoku, bez patrných varixů, bez známek TEN, hybnost bez omezení. Zavedený PŽK 3.den – místo vpichu klidné, bez zarudnutí.

<p>Břicho a GIT:</p>	<p>„Břicho mě bolí v místě operační rány, co se týče jídla, problémy nemám, ale mám dietu a zatím mi toho moc nedávají. Na stolici jsem zatím od operace nebyla“</p>	<p>Břicho měkké, volně prohmatné, bolestivé v místě operační rány, bez hmatné rezistence, poklep bubínkový, peristaltika přiměřeně slyšitelná, plyny odchází.</p> <p>Poslední stolice před operací 2.3.2014.</p> <p>Operační rána klidná, sterilní krytí. Krytí po odstraněném E-F drénu bez prosaku.</p>
<p>Močový a pohlavní systém:</p>	<p>„Po operaci to moc nešlo, ale teď močím bez obtíží, na záchod dojdu sama, ale trvá mi to déle“</p>	<p>Ledviny na poklep nebolestivé, močení bez obtíží, moč světle žlutá bez příměsí.</p> <p>Prsa na pohmat a pohled v pořádku, genitálie bez výtoku.</p>

<p>Kosterní a svalový systém:</p>	<p>„ Většinou celý den ležím v posteli a z toho už mě trochu bolí záda. Snažím se i více chodit, ale to břicho mě stále bolí a tak spíše odpočívám “</p>	<p>Zakřivení páteře fyziologické, mírná bolest v bederní oblasti. Hybnost krční páteře v normě, horní končetiny souměrné, dolní končetiny – pohyblivost v kloubech dobrá, nebolestivá, bez otoků, bez známek TEN. Polohuje se sama dle potřeby, pohybový režim – přechází.</p> <p>Barthelův test: 100 b</p> <p>Norton score : 20 b</p>
--	--	--

Nervový systém a smysly:	„Slyším dobře, nosím brýle na čtení “	Glasgow coma scale: 15 Pacientka při plném vědomí, orientovaná v čase, místě, prostoru a osobě. Reakce přiměřené. Sluch dobrý, nosí brýle na čtení. Čich, chuť a hmat bez patologie, zachované.
Endokrinní systém:	„Nemám žádné potíže“	Lymfatické uzliny nezvětšené, endokrinní žlázy bez vnějších projevů.
Imunologický systém:	„Nebývám často nemocná, alergii na nic nemám“	Bez potíží, imunita zachovalá, alergie – neguje. TT : 36,8 ° C
Kůže a její adnexa:	„Kůži mám v pořádku.“	Hydratace přiměřená, kožní turgor v normě. Bez ikteru, hyperpigmentací. Vlasy a nehty čisté a upravené. Norton skóre: 20 b

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka při vyšetření spolupracuje, snaží se odpovídat na otázky.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„Snažím se jíst pravidelně, občas si dopřeji“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Snažím sníst vše, co dostanu, ale zatím mi toho moc nedali, mám dietu a po té operaci musím začít pomalu“	Dieta č.1, chuť k jídlu dobrá, problémy s polykáním nemá. BMI : 27 – nadváha
Příjem tekutin:	doma	„Doma vypiju asi 2 l, snažím se dodržovat pitný režim. Černou kávu 2x denně“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Snažím se hodně pít, ale moc mi ten čaj nechutná“	Pije dostatečně 1,5 – 2l tekutin denně.
Vylučování moče:	doma	„Neměla jsem problémy“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Po operaci to moc nešlo, musela jsem močit na mísu, ale dnes už je to lepší, sama zvládnou dojít na záchod a problémy nemám“	Pacientka již močí spontánně, je samostatná. Močení bez obtíží, moč světle žlutá bez příměsí.

Vylučování stolice:	doma	„Doma jsem problémy neměla, chodila jsem pravidelně“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Nechodím pravidelně, od operace jsem na stolici nebyla, ale snad se to zlepšilo“	Od operačního zákroku bez stolice. Pacientka 2.pooperační den, poslední stolice 2.3.2014.
Spánek a bdění:	doma	„Doma spím bez problémů, chodím spát docela pozdě a někdy si pospím i během dne“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Moc spát nemohu, často se v noci budím, trochu i bolestí“	V noci časté buzení z důvodu bolesti. Dle ordinace lékaře prášek na spaní dle potřeby – Stilnox tbl.

Aktivita a odpočinek:	doma	„Chodím s přítelem na procházky, občas si něco přečtu a ráda poslouchám hudbu“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Čtu si knížku a občas i různé časopisy. Snažím se chodit po chodbě, ale zatím to jde pomalu, ještě to bolí“	Omezená pohyblivost pro bolestivost v místě operační rány. Návštěvy skoro každý den. Občas pospává během dne nebo si čte.
Hygiena:	doma	„Bez problémů, umývám se každý den“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Hygienu zvládám sama, ale už se těším na pořádnou sprchu“	Hygienu provádí sama, každý den je pravidelně pacientce vyměněno ložní prádlo.
Soběstačnost:	doma	„Jsem soběstačná, nepotřebuji pomoc“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„Jsem druhý den po operaci a ještě nejsem fit, zvládám vše sama, ale jde mi to pomalu a trochu mě to bolí“	Pacientka v rámci lůžka soběstačná, dojde na WC. Snaží se a spolupracuje. Barthelův test : 100 b

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí:	„Vnímám“	Při vědomí Glasgow coma scale: 15 b	
Orientace:	„Vím kde jsem, kolik je hodin a jaký je rok“	Plně orientovaná místem, časem i osobou	
Nálada:	„Myslím si, že teď mám docela dobrou náladu“	Přiměřená nálada	
Paměť:	staropaměť	„Pamatuji si skoro vše“	Vybavuje si zážitky z dětství
	novopaměť	„Někdy mám problém“	Pamatuje si.
Myšlení:	„Myšlení mám v pořádku“	Logické myšlení, otázky chápe, řeč je plynulá.	
Temperament:	„Spíše flegmatik“	Pacientka klidná, soustředěná.	
Sebehodnocení:	„Sama se nedokážu zhodnotit“	Pacientka působí klidným, vyrovnaným dojmem.	

Vnímání zdraví:	„Zdraví je pro mě velmi důležité a vím, že bych se o sebe měla více starat“	Zdraví si váží a snaží se dodržovat doporučení nemocničního personálu.
Vnímání zdravotního stavu:	„Svůj zdravotní stav znám a doufám, že půjdu co nejdřív domů“	Pacientka zná svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Jsem ráda, že mám po operaci, ty bolesti byly nesnesitelné“	Pacientka reaguje přiměřeně.
Reakce na hospitalizaci:	„Co se dá dělat, už abych byla doma“	Přiměřená
Adaptace na onemocnění:	„Snažím se“	Spolupracuje, dodržuje léčebný postup.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Mám trochu strach, aby to přestalo bolet, ale jsem chvíli po operaci, tak snad to bude lepší“	Má obavy z bolesti.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie):	„Nemám špatné zkušenosti“	Spolupracuje, s personálem vychází dobře.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	„Myslím, že docela dobrá, nemám problém s komunikací“	Pacientka správně artikuluje, slovní zásoba bohatá.
	Neverbální	„Někdy slova nestačí“	Oční kontakt v pořádku. Mimika, gestikulace – neverbální projevy přiměřené.
Informovanost:	o onemocnění	„Byla jsem dostatečně informovaná jak při příjmu, tak i na lůžku“	Pacientka má dostatek informací o svém zdravotním stavu a pokud něco neví, tak se zeptá.
	o diagnostických metodách	„Vše mi řekli a vysvětlili“	Pacientka byla informována o vyšetřeních, které podstoupila.
	o léčbě a dietě	„Ještě přesně nevím, jak je to s tou dietou“	Pacientka má nedostatečné informace o dietním režimu.

	o délce hospitalizace	„řekli mi, že pokud bude vše v pořádku, koncem týdne bych mohla jít domů,“	Je informována o přibližné délce hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Žena“	Žena 32 let.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Dcera a přítelkyně“	Rodina je pacientce oporou a navštěvuje ji skoro každý den.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Nevím, co na to odpovědět“	Ráda čte, poslouchá hudbu a chodí na procházky.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinace:

TT, TK, P 1x denně

BDK

Konzervativní léčba:

Dieta: 1

Pohybový režim: přechází

Medikamentózní léčba:

intravenózní: Quamatel 1 amp a 12 hod 8-20

 Novalgin 1 amp a 8 hod 8-16-24 (prevence bolesti)

subkutání: Fraxiparine 0.4 ml a 24 hod 22

intramuskulární: Dipidolor 1 amp maximálně 4xdenně, s minimálním časovým odstupem 3 hodin při bolesti VAS nad 3

Chirurgická léčba: Pacientka 2. pooperační den po cholecystektomii.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

32letá pacientka L.Š. po ERCP pro obstrukční ikterus na interní klinice, kde domluvena 16.3.2014 LCHE. Dne 1.3.2014 akutně přijata na standardní chirurgické oddělení pro přetrvávající bolestivost v pravém podžebří a nauzeu k observaci a infuzní terapii. Dle pacientky ji 2 dny intenzivně bolelo břicho.

Dne 2.3.2014 pro progresi zánětlivých známek indikována k LCHE, provedeno interní předoperační vyšetření, pacientka poučena, souhlasí, od půlnoci lačná.

Dne 3.3.2014 provedena laparotomická cholecystektomie. Po operačním výkonu pacientka přeložena z operačního sálu na Jednotku intenzivní péče.

Dne 5.3.2014 pacientka přeložena na standardní chirurgické oddělení. Pacientka plně při vědomí – GLASGOW COMA SCALE - 15, orientována místem, časem, osobou i prostorem. Zrak i sluch má v pořádku. Řeč plynulá. Změřeny fyziologické funkce TK: 125/75 mmHg P: 81' D:18' TT: 36,8 °C. Břicho měkké, volně prohmatné, udává bolest v místě operační rány číslem 4 na číselné škále bolesti, kdy 10 – maximum bolesti, 0 – žádná bolest. Operační rána na břiše klidná, sterilně krytá. V pravé kubitální žíle má 3.den zavedený periferní žilní katetr. NORTON SCORE – 20 b.

Pacientka vertikalizována, dojde na WC a sama chodí po chodbě. Hygienu provádí sama. BARTHEL SCORE – 100 b. Močí spontánně. Stolice od operace zatím nebyla. Poslední stolice před operací 2.3.2014.

Hospitalizaci snáší docela dobře. Stěžuje si na buzení v noci z důvodu bolesti. Pacientce podávána analgetika dle ordinace lékaře, dále BDK jako prevence TEN.

Dieta č.1., udává nedostatek informací o dietním režimu. Pacientka se snaží, spolupracuje. BMI – 27 nadváha.

Rodinné zázemí dobré. Rodina spolupracuje, má zájem o zdravotní stav pacientky.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ:

Aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle Kapesního průvodce pro zdravotní sestry. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit pacientky.

Péče o pacientku byla realizována od 5.3.2014 do 8.3.2014.

AKTUÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY:

1. Bolest akutní z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací, určením čísla 4 na číselné škále bolesti (10 – maximální bolest, 0 – žádná bolest) a bolestivým výrazem v obličeji pacientky.
2. Tkáňová integrita porušená z důvodu operačního výkonu, projevující se operační ránou na břicho.
3. Spánek porušený z důvodu změny prostředí a akutní bolesti projevující se častým probouzením během noci, únavou a slovním vyjádřením pacientky.
4. Neznalost, potřeba poučení z důvodu nedostatku informací o dietním režimu, projevující se slovním vyjádřením pacientky.
5. Pohyblivost porušená z důvodu bolesti po operačním výkonu, projevující se zpomaleným pohybem, slabostí a verbalizací pacientky.
6. Kožní integrita porušená z důvodu zavedeného PŽK, projevující se porušením kožního povrchu.

POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY:

1. Infekce, riziko vzniku v souvislosti s operační ránou
2. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katetru
3. Zácpa, riziko vzniku z důvodu nedostatečné tělesné aktivity po operačním výkonu pro bolestivost a změny prostředí

AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA č.1

Bolest akutní z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací, určením čísla 4 na číselné škále bolesti (10 – maximální bolest, 0 – žádná bolest) a bolestivým výrazem v obličeji pacientky.

CÍLE:

- **Krátkodobý-** Pacientka udává zmírnění bolesti o 2 stupně na číselné škále bolesti – do 8 hodin.
- **Dlouhodobý-** Pacientka nepocítuje bolest – do 1 týdne.

PRIORITA:

- Střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

- Pacientka zná příčiny vzniku bolesti - do 1 hodiny.
- Pacientka umí používat číselnou škálu bolesti – do 1 hodiny.
- Pacientka používá signalizační zařízení v případě bolesti – do 1 hodin.
- Pacientka umí zaujmout úlevovou polohu – do 2 hodin.
- Pacientka je poučena o možnostech a pravidelnosti tišení bolesti – do 2 hodin.
- Pacientka zná účinky léků, které užívá – do 4 hodin
- Pacientka udává zmírnění bolesti – do 8 hodin.

PLÁN INTERVENČÍ:

- Zajisti a vysvětlí pacientce jak používat signalizační zařízení – ihned, sestra.
- Vysvětlí pacientce příčiny vzniku bolesti – do 1 hodiny – sestra.
- Nauč pacientku používat číselnou škálu bolesti – do 1 hodiny, sestra.
- Zjistí stupeň, rozsah, lokalizaci a charakter bolesti pomocí číselné škály bolesti (0-10) a zaznamenej do dokumentace – 3x denně, sestra.
- Pozoruj verbální i neverbální projevy pacientky při každém kontaktu – sestra.
- Monitoruj celkový stav a bolest pacientky průběžně – sestra.
- Seznam pacientku s možnostmi analgetizace – do 2 hodin, sestra, lékař.
- Edukuj pacientku o účincích léku proti bolesti, které užívá – do 2 hodin, sestra, lékař.

- Podávej analgetika dle ordinace lékaře, pravidelně v 8 hodinových intervalech – sestra.
- Monitoruj žádoucí i nežádoucí účinky analgetik a ved' záznam, vždy po podání analgetik – sestra.
- Sleduj vývoj bolesti a reakci pacientky na bolest - během dne – sestra.
- Monitoruj fyziologické funkce pacientky a údaje zaznamenávej do dokumentace – 2x denně, sestra.
- Zajisti pohodlí a klid pacientky – průběžně, ošetřovatelka, sestra.
- Seznam pacientku se způsoby relaxace a metodami přinášející úlevu – do 2 hodin, sestra.

REALIZACE: 5 – 8.3.2014

- Ihned po příjmu na oddělení jsem pacientce umístila na dosah ruky signalizační zařízení a seznámila ji s používáním signalizace.
- Poučila jsem pacientku, že bolest vznikla z důvodu operačního výkonu a že dostane léky, které bolest zmírní.
- Seznámila jsem pacientku s dobou aplikace analgetik, poučila o jejich účincích a naučila ji používat měřicí číselnou škálu bolesti (10-maximum bolesti, 0-žádná bolest).
- Sledovala jsem v pravidelných intervalech – po 8 hodinách - intenzitu bolesti, hodnoceno číselnou škálou bolesti, aplikovala analgetika dle ordinace lékaře a vše zaznamenávala do dokumentace.
- Při podávání analgetik jsem monitorovala celkový stav pacientky a účinky léků.
- Seznámila jsem pacientku se způsoby relaxace a naučila ji vhodnou úlevovou polohu, kterou může změnit dle své potřeby – na zádech a na boku.
- Průběžně jsem zajistila pohodlí a klid pacientky.
- Fyziologické funkce jsem měřila 2x denně.

ZHODNOCENÍ:

- 5.3.2014 - Pacientka 2.den po operaci znala příčinu své bolesti a uměla zaujmout úlevovou polohu. Poučena o signalizačním zařízení, měřicí číselné škále bolesti a analgetizaci – informacím rozuměla. Analgetika byla pacientce podávána v pravidelných intervalech – po 8 hodinách - po aplikaci pocítovala pacientka

úlevu, na číselné škále bolesti udávala z čísla 4 číslo 2. K vymizení bolesti nedošlo.

- 6.3.2014 – pacientka 3.den po operaci, udávala zmírnění bolesti z čísla 4 na číslo 1-2, analgetika podávána v pravidelných intervalech a 8 hodin.
- 7.3.2014 – pacientka 4.den po operaci, cítila se celkově dobře, bolesti udávala minimální číslem 1 na hodnotící stupnici bolesti a analgetika téměř odmítala.
- 8.3.2014 – pacientka 5.pooperační den téměř bez bolesti, na stupnici bolesti udávala číslo 0-1, propuštěna do domácí péče.

Dle všech kritérií můžeme konstatovat, že cíle byly u pacientky splněny.

AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA č.2

Tkáňová integrita porušená z důvodu operačního výkonu, projevující se operační ránou na břicho.

CÍLE:

- **Krátkodobý** – Pacientka zná postupy správné péče o operační ránu – do 24 hodin.
- **Dlouhodobý** – Pacientce se hojí rána per primam – do 3 dnů.

PRIORITA:

- Střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

- Pacientka je poučena a zná postupy správné péče o operační ránu – do 2 hodin.
- Pacientka poučena o postupu při převazu operační rány – každý den.
- Pacientka je dostatečně informována o možných komplikacích – do 2 hodin.
- Pacientka je bez známek zvýšené tělesné teploty – do 12 hodin.
- Pacientka má čistou a klidnou operační ránu – do 24 hodin.
- Pacientka je bez známek infekce – do 24 hodin.

PLÁN INTERVENČÍ:

- Pouč pacientku, jak správně má o ránu pečovat – do 1 hodiny, sestra.

- Edukuj pacientku o možných komplikacích – infekce, krváčení – do 1 hodiny, lékař, sestra.
- Pouč pacientku o kontrole operační rány a nahlášení změny vzhledu obvazu např. krváčení – do 2 hodin, sestra.
- Dej pacientce dostatek prostoru na kladení otázek o průběhu hojení operační rány – do 2 hodin, sestra, lékař.
- Měř pacientce 2x denně tělesnou teplotu – každých 12 hodin, sestra.
- Postupuj vždy asepticky při převazu operační rány – lékař, sestra.
- Monitoruj stav operační rány a hojení, zda nejeví známky zánětu – při převazu, sestra, lékař.
- Informuj ošetřujícího lékaře o změnách vzhledu operační rány – sestra.
- Udržuj operační ránu a její okolí v čistotě, sterilně krytou a dle potřeby nebo v pravidelných intervalech měň krytí za nové – sestra.
- Vždy vše zaznamenávej do dokumentace – sestra.

REALIZACE: 5 - 8.3.2014

- Po příjmu na oddělení jsem pacientku poučila o tom, jak správně pečovat o ránu a jaké jsou možné komplikace. Dále jsem pacientku poučila, aby nahlásila jakoukoli změnu vzhledu krytí operační rány.
- Lékař zkontroloval stav operační rány a dle jeho pokynů jsem ránu sterilně převázala.
- Změřila jsem pacientce fyziologické funkce.
- Během dne jsem pacientce vždy opakovaně kontrolovala stav a okolí rány a provedla zápis do ošetrovatelské dokumentace o průběhu a metodách léčby rány

ZHODNOCENÍ:

- 5.3.2014 – Pacientka se zajímala o informace ohledně péče o operační ránu, všem informacím rozuměla. Operační rána byla asepticky převázána – stehy pevné, okraje rány růžové, bez známek infekce – následně sterilní krytí.
- 6 - 7.3.2014 – Operační rána byla pravidelně kontrolována a dle potřeby asepticky převazována. Operační rána klidná, bez známek infekce.
- 8.3.2014 – Operační rána se hojí per primam, nejeví viditelné známky infekce. Pacientka propuštěna domů.

Cíle dané ošetrovatelské diagnózy byly splněny.

AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA č.3

Spánek porušený z důvodu změny prostředí a akutní bolesti projevující se častým probouzením během noci, únavou a slovním vyjádřením pacientky.

CÍLE:

- **Krátkodobý** – Pacientka zná příčiny nespavosti, je poučena o relaxačních technikách navozující spánek – do 24 hodin.
- **Dlouhodobý** – Pacientka spí nepřerušovaným spánkem, cítí se odpočatě – do 3 dnů.

PRIORITA:

- Střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

- Pacientka zná relaxační techniky navozující spánek – do 3 hodin.
- Pacientka zná vhodnou polohu ke spánku – vždy na noc.
- Pacientka je edukována o eliminaci spánku přes den – do 3 hodin.
- Pacientka je poučena o omezení příjmu čokolády a kofeinu před spaním – do 3 hodin.
- Pacientka zná účinky hypnotik – do 12 hodin.
- Pacientka spí celou noc nepřerušovaným spánkem – do 3 dnů.
- Pacientka se cítí odpočatě, neudává únavu – do 3 dnů.

PLÁN INTERVENČÍ:

- Posuď příčiny poruchy spánku pacientky – do 2 hodin, sestra.
- Zjisti faktory rušící pacientku při spaní – do 2 hodin, sestra.
- Informuj lékaře o poruše spánku pacientky z důvodu bolesti – ihned, sestra.
- Aplikuj léky proti bolesti dle ordinace lékaře - před spaním – sestra.
- Nauč pacientku vhodnou polohu ke spánku – do 2 hodin, sestra.
- Pouč pacientku o nevhodnosti spaní přes den – do 2 hodin, sestra.
- Informuj pacientku o vysazení čokolády a kofeinu před spaním – do 2 hodin.
- Vytvoř klidné prostředí pro spánek – do 12 hodin, sestra.

- Vytvřej pokoj a uprav lůžko pacientky na noc – denně, sestra.
- Edukuj pacientku o účincích hypnotik – do 12 hodin.
- Podávej pacientce hypnotika dle ordinace lékaře ve 22 hodin a zaznamenej podání do dokumentace – sestra.
- Monitoruj účinek hypnotik po jejich podání – sestra.
- Monitoruj noční spánek pacientky - průběžně – sestra.
- Vždy vše zaznamenej do dokumentace – sestra.

REALIZACE:5-8.3.2014

- Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila, že trpí nespavostí z důvodu bolesti a změny prostředí.
- Ihned jsem informovala lékaře, který naordinoval Stilnox tbl ve 22 hodin dle potřeby.
- Pacientku jsem edukovala o důležitosti fyziologického spánku, dále poučila o vhodné poloze, o relaxačních technikách a seznámila s účinky a možnostmi podání hypnotik.
- Na noc byly zajištěné vhodné podmínky pro spánek – vyvětrání pokoje, úprava lůžka, noční klid.
- Ve 22 hodin po domluvě s pacientkou byly podány léky proti bolesti a na spaní dle ordinace lékaře.
- Během noci spánek pacientky sledován.

ZHODNOCENÍ:

- 5.3.2014 – Pacientka byla poučena, všem informacím rozuměla, kritéria pro lepší spánek dodržela. Na noc byly aplikovány analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře. Po podání byl sledován účinek těchto léků. Spánek byl kvalitnější, v noci se probudila jen jednou.
- 6-7.3.2014 – Před spaním bylo vždy zajištěno klidné prostředí a vyvětrání pokoje. Dle ordinace lékaře byly ve 22 hodin podány léky proti bolesti a na spaní. Pacientka udává po podání hypnotik zlepšení spánku. Celou noc nepřerušovaně spala, nebudila se a ráno byla odpočínutá.
- 8.3.2014 – pacientka byla propuštěna do domácí péče.

Cíle dané ošetrovatelské diagnózy byly splněny.

AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA č.4

Neznalost, potřeba poučení z důvodu nedostatku informací o dietním režimu, projevující se slovním vyjádřením pacientky.

CÍLE:

- **Krátkodobý** – Pacientka je poučena a chápe informace o ordinovaném dietním režimu – do 3 hodin.
- **Dlouhodobý** – Pacientka dodržuje dietní režim – do 1 dne.

PRIORITA:

- Střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

- Pacientka je poučena o nutnosti dietního režimu – do 1 hodiny.
- Pacientka chápe nutnost dietního režimu – do 1 hodiny.
- Pacientka je poučena, co dietní režim obsahuje – do 1 hodiny.
- Pacientka dodržuje dietní režim – do 2 hodin.

PLÁN INTERVENČÍ:

- Edukuj pacientku o nutnosti dietního režimu při příjmu – sestra, nutriční terapeut
- Zjisti, zda pacientka chápe nutnost dietního režimu – do 1 hodiny, sestra, nutriční terapeut.
- Pouč pacientku, co dietní režim obsahuje – do 1 hodiny, nutriční terapeut, sestra.
- Použij dostupné edukační materiály – do 1 hodiny, sestra.
- Monitoruj, zda pacientka dodržuje dietní režim – průběžně, sestra.

REALIZACE: 5 – 8.3.2014

- Po příjmu na oddělení jsem zjistila od pacientky, jaké má dosavadní znalosti o dietním režimu a poučila jí o nutnosti dodržování dietního režimu a to i po propuštění do domácího léčení a o tom, co vše dietní režim obsahuje.
- Zodpověděla jsem pacientce otázky o dietním režimu a předala jí edukační materiály – dieta č.4 s omezením tuku.

- V průběhu hospitalizace jsem průběžným dotazováním zjišťovala jaké má pacientka znalosti o dietním režimu a zda chápe jeho nutnost a obsah. V případě potřeby jsem informace zopakovala.

ZHODNOCENÍ:

- 5.3.2014 – Pacientka byla poučena o dietě č.4 s omezením tuku, kterou musí dodržovat během hospitalizace a i po propuštění do domácí péče. Dále obdržela edukační materiál. Pacientka správně odpovídala na kontrolní otázky. Pochopila, proč musí dietní režim dodržovat a co dieta obsahuje.
- 6-7.3.2014 – Pacientka byla klidnější a udávala dostatek informací o dietním režimu.
- 8.3.2014 – Pacientka dodržuje dietní režim. Propuštěna do domácí péče.

Cíle dané ošetřovatelské diagnózy byly splněny.

POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA č.2

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katetru (PŽK).

CÍLE:

- **Krátkodobý** – Pacientka je poučena o zacházení s PŽK – do 2 hodin.
- **Dlouhodobý** – Pacientka nemá známky infekce – po dobu hospitalizace.

PRIORITA:

- Střední

PLÁN INTERVENČÍ:

- Pouč pacientku o nutnosti a účelu zavedení PŽK – do 1 hodiny, sestra.
- Prováděj pravidelnou kontrolu místa vpichu PŽK minimálně 2x denně – sestra.
- Prováděj převaz PŽK za aseptických podmínek – dle potřeby, minimálně 1x denně – sestra.
- Dodržuj zvýšenou hygienu rukou – stále, sestra.
- Prováděj výměnu infuzních setů 1x za 12 hodin – sestra.

- Monitoruj 2x denně tělesnou teplotu a místní projevy zánětu (bolest, zarudnutí, zvýšená teplota) –sestra.
- Odstraň PŽK při známkách infekce – ihned, sestra.
- Zaznamenávej stav PŽK do dokumentace – 2xdenně, sestra.

REALIZACE:5.-6.3.2014

- Při příjmu na oddělení jsem pacientce zkontrolovala PŽK a poučila ji o nutnosti jeho zavedení. Pravidelně jsem kontrolovala místo vpichu PŽK, jeho funkčnost a za aseptických podmínek převazovala 1x denně nebo dle potřeby. Tělesnou teplotu jsem pacientce měřila 2x denně a vše jsem zapisovala do dokumentace.

ZHODNOCENÍ:

- 5.3.2014 – Pacientka měla 3.den zavedený PŽK, byla poučena o nutnosti zavedení – informace pochopila. Provedla jsem převaz, kdy okolí vpichu jsem odezinfikovala a přelepila sterilním obvazem. Místo vpichu i okolí bylo klidné, bez zarudnutí a katetr byl funkční. Pacientka byla afebrilní a bez známek infekce. Vše jsem zapsala do dokumentace.
- 6.3.2014 – Pacientka afebrilní, 4.den zavedený PŽK – místo vpichu bez zarudnutí, okolí klidné, krytí bez prosaku. Dle ordinace lékaře PŽK odstraněn. Pacientka bez známek infekce.

CELKOVÉ HODNOCENÍ:

Ošetřovatelská péče byla realizována 5 – 8 den hospitalizace pacientky. Pacientka 8 den hospitalizace:

- Udává zmírnění bolesti z čísla 4 na číslo 0-1(minimální bolest) na měřící číselné škále bolesti.
- Zná zásady správné péče o operační ránu, která se hojí per primam.
- Spí klidně celou noc, porucha spánku byla odstraněna.
- Má dostatek informací o dietním režimu, dietu dodržuje.

- Spolupracuje, je aktivní, rehabilituje formou chůze, plně soběstačná.

Ošetrovatelská péče probíhala dle stanoveného ošetrovatelského plánu. Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly u ošetrovatelských diagnóz splněny.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro management:

- Podporovat vzdělávání zdravotnického personálu, návštěvy odborných seminářů.
- Zajistit proškolení zdravotnického personálu v oblasti daného onemocnění.
- Zajistit proškolení zdravotnického personálu ohledně dodržování správné životosprávy.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Dodržovat k pacientce individuální přístup.
- Uspokojit potřeby pacientky v nemocničním zařízení.
- Poučit pacientku o léčebném režimu.
- Informovat pacientku o všem, co u ni provádíš, mluvit pomalu a klidně.
- Zlepšit edukaci pacientky pomocí informačních letáků.
- Zajistit dostatek času na rozhovor s pacientkou
- Zajistit dostatečné soukromí pacientky.
- Spolupracovat s rodinou.
- Prohlubovat své znalosti.

Doporučení pro rodinu:

- Spolupracovat se zdravotnickým personálem a podílet se na dodržování léčebného režimu.

- Psychicky podporovat pacientku po celou dobu hospitalizace.
- Nepřetěžovat pacientku fyzickými požadavky.

Doporučení pro pacienta:

- Vyhýbat se fyzické a psychické námaze.
- Kdykoli požádat o lékařskou pomoc.
- Dodržovat správnou životosprávu.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo získat informace o samotném onemocnění žlučníku a seznámit s nimi širokou veřejnost. O problematice onemocnění žlučníku jsme studováním odborné literatury získali spoustu informací a také značné vědomosti v oblasti péče o pacienta s onemocněním žlučníku, které jsme využili při zpracování praktické části.

Dalším naším cílem bylo naplánovat a zrealizovat ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku, kdy jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry a ošetrovatelské intervence realizovali po dobu 4 dnů. Veškeré cíle, které jsme si stanovili, se podařilo splnit, což znamená, že ošetrovatelská péče byla efektivní a podpořila léčebný proces pacientky. Pacientka spolupracovala se zdravotním personálem a snažila se dodržovat léčebný režim.

Pro pacienta je tato akutní fáze onemocnění velmi náročná, jak po fyzické stránce, vzhledem k upoutání na lůžko, tak po psychické stránce, kdy dochází ke změně zdravotního stavu. Pacienti s onemocněním žlučníku, ale i pacienti s jakýmkoli onemocněním mají své individuální potřeby, které je potřeba uspokojovat. Práci sestry není jen plnění ordinací dle lékaře a ošetrovatelských činností, ale hlavně zaměření se na další součásti, jako je pochopení bio-psycho-sociální individuality pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Druhé, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0143-X.

DÍTĚ, Petr et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.

DOENGES, Marilyn et al., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0242-8.

HOCH, Jiří et al., 2011. *Speciální chirurgie*. 3. Rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-253-7.

KLENER, Pavel et al., 2001. *Vnitřní lékařství II. pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-76-9.

KLENER, Pavel et al., 2002. *Vnitřní lékařství Svazek IV. Gastroenterologie, hepatologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-139-4.

KUŽELA, Lubomír et al., 2004. *Diety při onemocnění žlučníku*. První vydání. Praha: MAC. ISBN 80-86783-08-1.

LATA, Jan et al., 2010. *Gastroenterologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1283-0.

NEJEDLÁ, Marie et al., 2004. *Ošetrovatelství III/1. Pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-030-X.

NĚMCOVÁ, Jitka et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

PETROVICKÝ, Pavel et al., 2001. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi 2.svazek*. Praha: Osvěta. ISBN 80-8063-046-1.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3557-3.

RICHARDS, Ann et al., 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0932-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2040-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena et al., 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1148-6.

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

VYHNÁNEK, František et al., 2003. *Chirurgie II. pro střední zdravotnické školy*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-007-5.

YAMASHITA, Yuichi et al., 2007. *Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines*. J Hepatobiliary Pancreat Surg. **14**(1), 91-97. ISSN 0944-1166.

ZEMAN, Miroslav et al., 2006. *Speciální chirurgie*. Druhé vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-260-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Koordináční středisko transplantací [online]. Ministerstvo zdravotnictví (2005). [25.1.2014]. Dostupné z: http://www.kst.cz/web/?page_id=2301

PŘÍLOHY

Příloha A – Žlučnicková dieta č.4 s omezením tuku

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A – Žlučnicková dieta č.4 s omezením tuku

Žlučnickovou dietu by měl dodržovat každý, kdo má problémy se žlučníkem. Pokud jste byli na operaci se žlučníkem, který vám byl odstraněn, měli by jste dodržovat žlučnickovou dietu nejméně jeden měsíc. Pokud po operaci jistě problémy přetrvávají, je nutné dodržovat dietu dlouhodobě, někdy po celý život.

POTRAVINY NEVHODNÉ

- Šlehačka, zakysaná smetana, volné tuky, tučná masa a ryby, domácí uzeniny, nadýmavá zelenina, smažené pokrmy, jíška, smetanové omáčky, otruby, celozrnné pečivo a alkoholické nápoje.

NEVHODNÉ TECHNOLOGICKÉ POSTUPY

- Opékání na tuku, na otevřeném ohni, uzení a smažení

POTRAVINY VHODNÉ

- Libová masa – hovězí, kuřecí, krůtí, vepřové, ryby – sladkovodní, sojové maso, libová šunka, šunkový salám, kuřecí uzeniny
- Mléčné výrobky – netučné a polotučné mléko, jogurt a jogurtové nápoje se sníženým množstvím tuku, netučný tvaroh, sýry tavené a strouhané bez příchuti s nízkým obsahem tuku
- Obiloviny – mouka, krupička, ovesné vločky, rýže, netučné kynuté pečivo, běžné pečivo, chléb, toustový chléb, netučné sušenky, piškoty a suchary.
- Zelenina, ovoce – nenadýmavá, bez semínek, vždy do měkka upravená (tepelně), celer, mrkev, petržel, listové saláty, rajčata, brambory, vyzrálé nebo mechanicky upravené ovoce (ovocné pyré, ředěné džusy), banány, mandarinky, pomeranče, jablka.
- Koření – sušené zeleninové natě, pažitka, kmín, červená sladká paprika
- Nápoje – černý, zelený a ovocný čaj, nízkostupňové pivo

Používáme malé množství nejlépe rostlinných tuků. Je důležité dodržovat pravidelnost v rozdělení denních jídel, jezte raději malé dávky a častěji (5-6 krát denně). Velmi důležité je také dodržovat pravidelný pitný režim.

Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

V Praze dne 20.3.2014

Lucie Motyčková

