

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S
CHOLECYSTOLITHIASOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE PRÁTOVÁ, DiS.

PRAHA 2014

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S
CHOLECYSTOLITHIASOU**

Bakalářská práce

LUCIE PRÁTOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Martin Oberreiter

Praha 2014



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

Prátová Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cholecystolithiasou

Comprehensive Nursing Care for Patients with Cholecystolithiasis

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Martin Oberreiter

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny uvedla dle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

Lucie Prátová DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce MuDr. Martinovi Oberreiterovi, za cenné připomínky, rady a odborné vedení práce.

ABSTRAKT

PRÁTOVÁ, Lucie. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cholecystolithazou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: MUDr. Martin Oberreiter, Praha 2014, 69 stran.

Bakalářská práce se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí u pacienta s cholecystolithiasou. Teoretická část je zaměřena na definici onemocnění, rozdělení onemocnění, diagnostiku a léčbu. Preventivní a dietní opatření. Následující část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s plánovaným výkonem laparoskopická cholecystektomie, na důvody přijetí pacienta do nemocnice, na stručnou pacientovu anamnézu. Dále také obsahuje objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potenciálních problémů, které jsou následně zpracovány do ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova: Cholecystolithiasa. Diagnostika cholecystolithiaz. Dieta. Komplikace onemocnění. Léčba.

ABSTRACT

PRÁTOVÁ, Lucie. Comprehensive nursing care for patients with cholecystolithiasis .
The Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MuDr. Martin Oberreiter.
Prague 2014, 69 pages

My bachelor thesis deals with Comprehensive nursing care for patients with cholecystolithiasis. The theoretical part is focused on the definition of the disease, diagnosis and therapy and also prevention and dietary measures. The next part is focused on the processing of nursing process for a patient with planning to undergo laparoscopic cholecystectomy. This part also is focused on the reasons for the patient's admission to the hospital for a brief patient's medical history. It also contains objective and subjective evaluation of the patient's current and potential problems, which are subsequently processed into nursing diagnoses.

Key words: Complication diseases. Cholecystolithiasis. Diagnosis cholecystolithiasis.
Diet. Therapy.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
1 CHOLECYSTOLITHIASIS.....	14
1.1 KLASIFIKACE KONKREMENTŮ	14
1.2 PREDISPONUJÍCÍ FAKTORY:.....	15
1.3 KLINICKÝ OBRAZ CHOLECYSTOLITHIASY	15
2 VÝVOJ A KOMPLIKACE CHOLECYSTOLITHIASY ..	17
2.1 CHOLECYSTITIS	18
2.1.1 AKUTNÍ CHOLECYSTITIS	18
2.1.2 CHRONICKÁ CHOLECYSTITIS.....	19
2.2 CHOLEDOCHOLITHIASIS	20
2.3 CHOLANGOITIS	20
2.4 BILIÁRNÍ PERITONITIS.....	21
2.5 NÁDORY ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST.....	21
3 VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST.....	23
4 LÉČBA.....	26
4.1 CHIRURURGICKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÉM ÚSTROJÍ	27
4.2 CHOROBNÉ STAVY PO CHOLECYSTEKTOMII.....	28
5 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN A REALIZACE	30

5.1	BIOLOGICKÉ POTŘEBY V RÁMCI INVAZIVNÍHO ZÁKROKU	30
5.2	PREVENCE ONEMOCNĚNÍ.....	34
6	DIETA PŘI ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU	35
7	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CHOLECYSTOLITHIASOU	38
7.1	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	44
7.2	POSOUZENÍ PRACIENTKY DLE KONCEPČNÍHO MODELU MAJORY GORDON.....	46
7.3	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I. A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT	51
7.4	CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	63
7.5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM LITERATURY	67
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
BD	břišní drén
EKG	elektrokardiograf (výsledek - elektrokardiogram) – přístroj pro měření elektrické aktivity srdce
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
i. v.	intravenózní - nitrožilní (podání léku,...)
NGS	nasogastrická sonda
p. o.	per os (perorální) - ústy (podání léku,...)
RTG	zobrazení tvrdých i měkkých lidských tkání, která využívá rentgenové záření
UZ	ultrazvuk

(VOKURKA, 2009, KREJSOVÁ, 2005)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkáně

Biliární – týkající se žlučového systému

Cullenovo znamení – žlutá nebo našedlá zbarvení podkoží okolo pupku

Duodenum (dvanáctník) – část tenkého střeva

Diabetes mellitus – nedostatečná tvorba a sekrece inzulínu

Empyém – hnis v tělních dutinách

Edematózní – oteklý, mající charakter otoku

Gangréna – místní odúmrtí tkáně

Greyovo – Turnerovo zbarvení – žluté nebo našedlé zbarvení podkoží v tříselech

Hydrops – nahromadění tekutiny

Hypochondrium – podžebří

Hyperlipoproteinemie – zvýšené množství lipoproteinů v krvi

Hyperurikémie – zvýšená hladina kyseliny močové v krvi

Cholecystektomie – odstranění žlučníku

Choledochu – žlučovod

Cholelitiáza – tvorba a přítomnost žlučových kaméneků konkrémentů v žlučových cestách a žlučníku

Cholangitis – zánět žlučových cest

Lumen – vnitřní část průsvitu

Ileum – kyčelník, tenké střevo

Ikterus – žlutavé zbarvení bělma, kůže

Murphyho znamení – palpační vyšetření žlučníku

Oddiho svěrač – svěrač uzavírající společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu do dvanáctníku – nově vytvořený dutý útvar v měkkých tkáních neobsahující epitel

Pericholecystitida – cholecystitida s peritoneálním drážděním

Pišťel – nepřirozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži

Pruritus – svědění bez průvodních kožních změn

Regurgitace – návrat nestrávené potravy do úst bez nauzey a dávení

Sludge – žlučové bláto

Sentinelová klička - plynem naplněná klička duodena vzniklá obstrukcí zvětšenou hlavou pankreatu

Subikterus – žlutavé zbarvení bělma a sklér

Steatorea – nadměrné množství tuku ve stolici

Vaterská papila – místo v sestupné části duodena, kde ústí žlučovod (ductus choledochus) a vývod slinivky břišní (ductus pancreaticus)

Wirsungův vývod – ductus pancreaticus, vývod slinivky břišní ústící na Vaterově papile do dvanáctníku, v konečné části je spojen se společným žlučovodem

(VOKURKA, 2009, KREJSOVÁ, 2005)

ÚVOD

Mezi nejčastější potíže, které člověka trápí, jsou problémy s trávicím ústrojím. Každý hned přemýšlí o žaludku či střevech, ty samozřejmě plní svou funkci trávení a vstřebávání živin. Nesmíme opomenout na játra, které jsou nenahraditelné pro náš organismus. Zajišťují termoregulaci a detoxikaci organismu. V játrech vzniká bilirubin, který je hlavní složkou žluči. Žluč je důležitá k trávení tuků a vstřebávání vitamínů.

Onemocnění žlučníku a žlučových cest je značně rozšířené. Na vzniku kamenů se podílí celá řada faktorů. Lidé konzumují mnoho nezdravých jídel. Roli tu také hraje stres a geny.

Žlučové kameny byly léčeny už ve staroegyptě samotným zakladatelem Imothepem ve 3. tisíciletí před naším letopočtem. K terapii využívaly různé extrakty a byliny.

Cílem bakalářské práce je demonstrace informací z odborných publikací a seznámení s daným onemocněním. Práce je rozdělena na dva celky, teoretická část a praktická část.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá osvětou onemocnění žlučníku a žlučových cest. Popsání klinického obrazu, komplikací a ošetrovatelskou péčí u daného onemocnění.

Praktická část se zabývá vypracováním ošetrovatelského procesu u pacientky s cholecystolithiasou v Fakultní nemocnici Hradec Králové. Po celou dobu pacientovi hospitalizace byly sepsány subjektivní a objektivní ošetrovatelské problémy které byly hodnoceny dle koncepčního modelu Majory Gordon. Dále popsání procesu péče o pacientku, která byla přijata k plánované operaci žlučníku.

Cílem práce je popsání daného onemocnění a v neposlední řadě vytvoření ošetrovatelského procesu a specifikace ošetrovatelských diagnóz. Také stanovit určitá

doporučení, prevenci, dietu, kterými by se měli pacienti nejen po dobu hospitalizace ale i po propuštění domů řídit.

Závěr práce tvoří shrnutí ošetrovatelské péče a doporučení pro praxi.

1 CHOLECYSTOLITHIASIS

„Žlučové kameny se nejčastěji vyskytují ve žlučníku. Cholelithiasa (žlučové kameny) a její komplikace jsou nejčastějšími chorobami žlučníku a žlučových cest. Patří k onemocnění s vysokým výskytem, v zemích s vysokou životní úrovní postihují 10 – 20 % obyvatelstva. Jsou častou příčinou pracovní neschopnosti a hospitalizace, naštěstí ne mortality“ (BRODANOVÁ, 1998, s. 39).

„Včasná a správná diagnóza a účinná léčba jsou proto významné nejen pro nemocného, ale i z hlediska ekonomického. Návrat nemocného do normálního života s plnou pracovní výkonností je proto naším cílem, naštěstí často dosažitelným.

V posledních letech jsme svědky, jak v zemích, kde se podařilo snížit obsah tuků v dietě, poklesl i počet cholelitiás (USA, Švédsko). Výskyt prudce stoupá s věkem, u žen je onemocnění nejméně 2 – 3krát častější než u mužů, ve vyšším věku se pohlavní diference zmenšuje. Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí žlučových kamenů.

Je známá i predispozice k tvorbě kamenů v některých rodinách. Lithiáza je dvakrát častější tam, kde lithiázu měli rodiče i sourozenci“ (BRODANOVÁ, 1998, s. 39).

1.1 KLASIFIKACE KONKREMENTŮ

Konkrementy dělíme na cholesterolové a pigmentové.

Cholesterolové konkrementy jsou častější, žlutohnědé. Lze je rozdělit na čistě cholesterolové nebo smíšené konkrementy s obsahem dalších látek.

Pigmentové konkrementy obsahují bilirubin. Barva černá, hnědá (BRODANOVÁ, 1998).

1.2 PREDISPONUJÍCÍ FAKTORY:

- genetika – častý výskyt v rodinách
- věk – s věkem stoupá výskyt
- pohlaví – ženy jsou postiženy častěji než muži
- těhotenství – stoupá saturace žluči, k normě se upravuje až po porodu
- hormonální léčba – hormonální antikoncepce, vyšší riziko u žen v klimakteriu
- stav výživy – obezita nebo rychlé hubnutí
- parenterální výživa – vytváří se sludge (žlučové bláto), mizí 4 týdny po podání perorální stravy
- některé chorobné stavy – hyperlipoproteinemie (zvýšená koncentrace lipidů nebo lipoproteinů v plazmě), diabetes mellitus (nedostatečná tvorba nebo nedostatek účinku inzulínu), choroby a resekce ilea (ileum – kyčelník)
- léky – nejčastěji hypolipidemika (léky na snížení cholesterolu) (BRODANOVA, 1998).

1.3 KLINICKÝ OBRAZ CHOLECYSTOLITHIASY

Cholecystolithiasa je buď klinicky latentní, nebo se projevuje jinými bolestivými syndromy.

- **Latentní cholelitiáza:** Kaménky ve žlučníku nevyvolávají příznaky, pokud se drží v „němé zóně“, tj. v těle a ve dnu žlučníku. Teprve když se dostávají do „choulostivé zóny“ – do krčku, do *ductus cysticus*, do společného žlučovodu – stává se z morfologického nálezu nemoc s klinickými příznaky. Odhaduje se, že asi polovina kaméneků zůstává klinicky latentní.
- **Žlučová kolika:** Typickým projevem cholecystolithiasy je žlučová kolika. Obtíže se objevují občas, záchvatovitě, většinou po vyvolávající dietní

chybě. V mezidobí, je nemocný bez obtíží. Po kolice většinou dochází k přechodným projevům žlučové retence, buď zřetelným (žloutenka), nebo naznačeným (tmavší moč, světlá stolice), nebo jen laboratorním (hyperbilirubinémie).

- **Syndrom čistě viscerální:** u mírné koliky je bolest v nadbřišku s nauzeou a zvracením (podobně jako u „akutní gastritidy“), ale s přerušovaným, kolikovitým rytmem, trvající několik hodin, zřídka déle. Je pravděpodobně vyvolána křečovými stahy žlučníku a žlučovodu, ale i žaludku a dvanáctníku při jejich reflexním dráždění ze žlučníku a žlučovodu.
- **Syndrom viscerální s přenesenou bolestí:** je-li kolika intenzivnější, zvláště když se kamének protlačuje cystikem nebo společným žlučovodem, připojuje se ke zmíněné epigastrické bolesti iradiace pod pravý oblouk žeberní a dále pásovitě pod pravou lopatku, někdy i do pravého ramene. Tato bolest v pravém podžebří ovládne klinický obraz, nemá už kolikovitý ráz, je stálá; - často se bolest přenáší doleva, a to zvláště tehdy, došlo-li k podráždění nebo zánětu slinivky. Avšak i bez toho se může levostranná iradiace projevit, neboť bolestivé podněty ze žlučníku se mohou přenášet.
- **Syndrom somatický:** - při akutní cholecystitidě a pericholecystitidě je drážděna nástěnná pobřišnice, což způsobuje ostrou somatickou bolest v místě žlučníku. Přidružuje se napětí i stažení břišní stěny v pravém horním kvadrantu.
- **Biliární dyspepsie:** Na rozdíl od syndromů bolestivých bývá syndrom dyspeptický trvalý a představuje vleklé trávicí obtíže, jež se občas zjitří žlučovou kolikou nebo jejími ekvivalenty. Dyspepsie má ráz žaludeční nebo střevní, přičemž se za typickou považuje nesnášenlivost tuků, zvláště koncentrovaných a zahřátých. Na rozdíl od nesnášenlivosti tuků např.: u dráždivého tračníku, po resekcii žaludku a u pankreatické insuficience se však u biliární dyspepsie nevyskytuje spojitost s průjmem, nýbrž spíše se zácpou. Biliární dyspepsie bývá obvykle projevem chronické cholecystitidy (KORDAČ, 1991).

2 VÝVOJ A KOMPLIKACE CHOLECYSTOLITHIASY

Kaménky, jež setrvávají ve žlučníku, působí klinické příznaky. Trvalým drážděním sliznice, zvláště mají-li drsný povrch, mohou způsobit zánět. Ten může být latentní, ale může způsobit vleklou dyspepsii. Příznaky a komplikace nemoci jsou podmíněny pohybem kamének a záleží na tom, kam docestují a co se s nimi dále stane. Konkrement, který se dostane do krčku žlučníku, ucpe jeho ústí a vyvolá žlučovou koliku. Nastane pak několik možností:

- ucpaní krčku je přechodné, kamének se vrátí zpět do žlučníku. Tím se příznaky upraví.
- kamének pronikne do *ductus cysticus* a zde utkví; tato „blokáda cystiku“ může však být vyvolána také jen otokem sliznice po průchodu kaménku. Při trvajícím uzávěru cystiku, retinovaná žluč dráždí sliznici k sekreci, žlučník se zvětšuje, jeho stěna se ztenčuje a vazivovatí, z obsahu se vstřebávají součásti žluči a nakonec zbývá velký fibrózní vak naplněný bílou hlenovitou tekutinou – chronický hydroks (nahromadění tekutiny). Soli vápníku mohou být vyměšovány do nitra a vytvořit mléčnou žluč nebo další vápenné konkrementy (KORDAČ, 1991).

Jestliže se městnající obsah žlučníku infikuje, vznikne cholecystitis, akutní nebo chronická. Při prudké infekci může vzniknout empyém – (hnis v žlučníku) žlučníku a jeho stěna může proděravět. Perforace do břišní dutiny způsobí peritonitidu. Častěji se však zánět ohraničí tím, že se kolem žlučníku vytvoří srůsty (pericholecystitida – cholecystitida s peritonálním drážděním). Pak může dojít k perforaci do srůstu a popřípadě i do sousedních orgánů, nejčastěji do střeva. Tím se vytvoří píštěl a kaménky mohou odcházet ze žlučníku. Vycestovaný kamének může utkvět a vyvolat neprůchodnost střeva, nejčastěji distálního ilea.

Kamének projde skrze *ductus cysticus* do choledochu, připouští-li to jeho velikost (do 0,5 cm), může projít dále do dvanáctníku a odejít se stolicí. Jinak utkví ve společném žlučovodu, obvykle v jeho dolní části nad papilou a způsobí

intermitující obstrukci, což se projeví žloutenkou. Žluč nad překážkou se infikuje a vznikne cholangitis (zánět žlučových cest), která podle prudkosti a intenzity vývoje způsobí buď abscesy (ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkáně) v játrech, nebo biliární cirhózu.

Utkvení kaménků v terminálním choledochu může rušit odtok pankreatické šťávy a být příčinou akutní nebo chronické pankreatitidy. Žlučové kaménky se někdy pokládají za faktor podporující vznik rakoviny žlučníku. Byla proto doporučována i profylaktická cholecystektomie (odstranění žlučníku) při latentní cholelitiáze. Avšak frekvence karcinomu žlučníku je vzhledem k výskytu litiázy příliš malá, a to ještě je známo, že kauzální vztah může být i opačný, tj. rostoucí nádor způsobí vznik kaménků (KORDAČ, 1991).

2.1 CHOLECYSTITIS

Cholecystitis je zánětlivé onemocnění žlučníku.

2.1.1 AKUTNÍ CHOLECYSTITIS

Akutní zánět žlučníku patří k náhlým břišním příhodám a svou dramatičností se podobá akutní apendicitidě. Téměř vždy je příčinou uzávěr *ductus cysticus* kaménkem. Městnající žluč vyvolá zánět zprvu chemicky, hlavně účinkem žlučových kyselin, později i infekcí.

Příznaky splývají, aspoň zpočátku, s příznaky žlučové koliky. Zatímco však pro žlučovou koliku je příznačná bolest viscerální a přenesená (v nadbřišku, vyzařující podél pravého mezižebří), vyznačuje se akutní zánět zvláště bolestí somatickou, tj. lokalizovanou v místě žlučníku a provázenou peritoneálním drážděním. Protože dno žlučníku naléhá na nástěnnou pobřišnici při úponu bránice, jde bolest do pravého hypochondria (podžebří) a pod pravou lopatku, a podél bráničního nervu do pravého ramene. Při dýchání se bolesti zvětšují, proto nemocný dýchá povrchně a trhaně. Na rozdíl od koliky nezvrací. Dojde-li současně k zánětu slinivky, vyzařuje bolest podél levého podžebří a pod levou lopatku. Při palpaci je břišní stěna v pravém

horním kvadrantu stažena, Murphyho znamení (palpační vyšetření žlučníku) je pozitivní. Při kolice se teplota nezvyšuje, nanejvýš jen málo v prvních 24 hodinách. Při akutním zánětu teplota stoupá a dostavuje se leukocytóza. Žloutenka vzniká tehdy, je - li choledochus (žlučovod) uzavřen kaménkem nebo zánětlivým edémem (otok).

V nepříznivém případě spěje zánět k empyému a k perforaci. Zvláště závažná je infekce u starých a špatně živěných osob. Jsou-li přítomny bakterie produkující plyn (*E. coli*, streptokoky), má zánět ráz emfyzematózní: na rentgenovém snímku je žlučník vyplněn plynem. K tomuto obrazu může dojít i při vzniku píštěle (nepřirozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži) mezi žlučníkem a střevem, avšak rozdíl je v tom, že při plynovém zánětu je ve žlučníku hladina tekutiny, což při píštěli nebývá (BRODANOVÁ, 1998, KORDAČ, 1991).

2.1.2 CHRONICKÁ CHOLECYSTITIS

Chronická cholecystitis je nejčastější následek cholelithiázy. Bakteriální původ je jen asi ve třetině případů, u ostatních je obsah žlučníku sterilní. Žlučnicková stěna se vazivově ztlušťuje, žlučník se svažuje a slepuje s předstěnou nebo okolními orgány. Uvnitř jsou kaménky ve žlučovém „blátě“ nebo v organizujícím se vazivovém pletivu, nebo zanořené do stěny; jeden kámen bývá fixován v krčku. Sliznice je zvrhovatělá a zjizvená.

Klinicky je nekomplikovaná chronická cholecystitis buď nemá, nebo se projevuje biliární dyspezií: tlak v nadbřišku a nadmutí břicha, zvláště po tučných pokrmech, říhání, hořká regurgitace (návrat nestrávené potravy do úst bez nauzey a dávení). Objektivně je charakteristická, ale ne vždy prokazatelná bolestivost v místě žlučníku a Murphyho znamení.

Diagnóza je ztížena tím, že objektivní nález bývá chudý. Klinické i laboratorní známky mohou zcela chybět, a jedinou úchytkou pak je průkaz kamének a nefungujícího žlučníku (KORDAČ, 1991).

2.2 CHOLEDOCHOLITHIASIS

Kaménky se dostávají do společného žlučovodu ze žlučníku, zde se zvětšují a nabývají podlouhlého tvaru. Podle operačních a pitevních statistik provází 10 – 25 % cholecystolithiás. Jen výjimečně se kaménky tvoří ve žlučovodu jaterním nebo společným. Kaménky v choledochu mohou být ojedinělé nebo mnohočetné.

Choledocholithiasis může být **latentní** nebo **symptomatická**.

Latentní je vzácnější než latentní cystolithiáza; přesto se však chirurg nebo patolog občas setká s překvapujícím nepoměrem mezi žlučovodem nepěchovaným kaménky a nedostatkem klinických příznaků.

Symptomatická nebo-li obstrukční syndrom. Obstrukce je nejčastěji podmíněna kaménkem v papile Vateri. Obstrukce je buď neúplná (může být latentní, neboť žluč kamének obtéká) nebo je intermitující (projevuje se občasnými kolikami následovanými obstrukční žloutenkou). Příznaky u symptomatické choledocholithiázi zahrnují: žlučovou koliku, cholangitidu, žloutenku a pankreatitidu (KORDAČ, 1991).

2.3 CHOLANGOITIS

Skoro vždy vzniká následkem částečné obstrukce žlučovodu při choledocholithiáze. Městnající žluč nad překážkou se infikuje.

Rozlišuje se forma akutní a chronická:

Akutní cholangitis je dramatickou příhodou s obrazem prudké sepse. Nemocný je horečnatý, schvácený, laboratorní nálezy svědčí pro akutní zánět. Znamky žlučové retence, většinou s iktetem (žlutavé zbarvení kůže, bělma) nebo subikterem ukazují na původ nemoci. Žluč bývá hnisavá, zánět se šíří do jaterních žlučovodů a při prudkém vývoji může vést k abscesům v játrech.

Chronická cholangitis zahrnuje typické trias: bolest v krajině jater, horečka s třesavkou a žloutenka. Nejtěžší je diagnóza tehdy, chybí-li nejtypičtější příznak cholangitidy – horečka s třesavkou. Celá nemoc se pak může projevovat jen neurčitou

dyspepsií a vzdálenými příznaky sepse nebo ložiskové infekce, aniž cokoli v anamnéze, v nálezů místním a laboratorním ukazuje na postižení žlučových cest (KORDAČ, 1991).

2.4 BILIÁRNÍ PERITONITIS

Vniknutí žluči do peritoneální dutiny při poranění žlučovodu, nebo při prasknutí žlučníku, vyvolá prudkou zánětlivou reakci. Také perforace žlučníku při empyému nebo gangréně (místní odumrtí tkáně) mívá dramatický ráz náhlé břišní příhody. Avšak část biliárních peritonitid vzniká plíživě, bez nápadnějších příznaků peritoneálního dráždění. Zvláště se to stává u starých osob s obstrukční žloutenkou a s dlouhou anamnézou žlučových obtíží. Je zvláštní, že k této komplikaci může dojít bez jakýchkoli příznaků peritoneálního dráždění a je třeba s touto skutečností počítat (KORDAČ, 1991).

2.5 NÁDORY ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

„Nádory žlučníku a žlučových cest patří mezi časté malignity, jsou většinou provázeny rychlou progresí onemocnění a velmi nepříznivou prognózou“ (LUKÁŠ, ŽÁK A KOL., 2007, s. 253).“

Příznaky nádorů:

- bolest v pravém podžebří
- dyspepsie
- nechutenství
- hubnutí
- teploty
- kterus
- pruritus (svědění bez průvodních kožních změn)
- steatorea (nadměrné množství tuku ve stolici)

„Karcinom žlučníku je nejčastějším nádorem žlučových cest a pátým nejčastějším tumorem trávicího ústrojí. Nádor má tendenci k rychlé progresi. Postiženy jsou převážně ženy starší 70 let. Může být přítomen i u velmi mladých osob. Téměř vždy je přítomna cholecystolithiáza. Karcinom žlučníku postihuje jen asi 0,5 % nemocných s cholecystolithiázou“ (LUKÁŠ, ŽÁK A KOL., 2007, s. 253).

Klinický obraz

„V prvním období je překryt mnohaletou anamnézou žlučnickových obtíží a v popředí jsou necharakteristické dyspeptické obtíže. V pozdější fázi je nejvýraznějším příznakem bolest v pravém podžebří, která je trvalého charakteru“ (LUKÁŠ, ŽÁK A KOL., 2007, s. 253).

Léčba

„Jen vzácně je možný radikální chirurgický výkon. Prognóza je nepříznivá vzácně přežívají nemocní 1 rok. Průměrné přežití od diagnózy je 4,5 měsíce“ (LUKÁŠ, ŽÁK A KOL., 2007, s. 253).

3 VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Anamnéza

Při klasických žlučových kolikách bývá klinický obraz tak charakteristický, že umožňuje diagnózu už podle anamnézy. Podle rázu bolesti a podle eventuelní žloutenky lze soudit i na lokalizaci kamének a na současné postižení slinivky. Na druhé straně není správné anamnézu přeceňovat (KORDAČ, 1991, BEDRNA,2001).

„Vždy musíme pátrat po výskytu biliárních onemocnění v rodině. Často litiázou trpěla matka či babička našich nemocných a jsou rodiny, kde je litiáza téměř pravidlem v několika generacích. Jindy nacházíme nápadné nakupení metabolických poruch: obezity, diabetu, hyperlipoproteinemie (zvýšené množství lipoproteinů v krvi), hyperurikémie (zvýšená hladina kyseliny močové v krvi).

Vždy se ptáme na těhotenství; ženy, které rodily, mají litiázu častěji.

Pátráme po užívání léků, hlavně hormonálních antikonceptiv a některých hypolipdemik.

Charakteristicky se biliární obtíže sdružují v různé triády. Mezi ně patří bolest, nauzea, intolerance tuků, bolest se zvracením, teplota, ikterus“ (BRODANOVÁ, 1998, s. 21).

Objektivní vyšetření

Na kůži mohou být patrné známky ikteru. Na těle mohou být i stopy po škrábaní – pruritus. Poklepem zjišťujeme bolestivost. Nejdůležitější je palpace. Kameny ve žlučníku nejsou hmatné. Při podráždění a zánětu žlučníku je klasickým nálezem příznak Murphyho: tlačíme rukou nebo palcem pod žeberní oblouk v medioklavikulární čáře a vyzveme vyšetřovaného, aby zhluboka dýchal; na výši vdechu pocítí bolest a zarazí dech. Bolest je způsobena tím, že žlučník při vdechu

narazí na ruku. Hydrops žlučníku se hmatá jako oblá rezistence. Svědčí pro uzávěr cystiku (KORDAČ, 1991, BEDRNA,2001).

Laboratorní vyšetření

Vyšetřujeme ukazatele, které provázejí typické změny žlučníku a žlučových cest.

Mezi ně patří: - sérový bilirubin

- cholestatické (exkreční) enzymy: ALP – alkalická fosfatáza

GMT gamaglutamyltranspeptidáza

- aminotransferázy - AST – aspartátaminotransferáza

ALT – alaninaminotransferáza

- cholesterol

- tumorózní markery – CA 19 – 9

- FW – sedimentace

- KO – krevní obraz (BRODANOVÁ, 1998)

Zobrazovací metody

Nativní snímek břicha – RTG - Jen málo konkrementů obsahuje tolik vápníku, že jsou rentgenově kontrastní. Čisté kameny cholesterolové a pigmentové nejsou kontrastní..

Orální cholecystografie byla donedávna standardní metodou vyšetření žlučníku. Dnes je nahrazována sonografií.

Perkutánní transhepatická cholangiografie (PTC). Tenká jehla Chiba (jméno japonského ústavu, kde byla metoda vypracována) se zavede do některého nitrojaterního žlučovodu a vstříkne se kontrastní látka. Tato metoda je užitečná zvláště pro znázornění proximálního žlučového stromu, jestliže distální překážka nedovoluje vyšetření retrográdní; dále při cholestatické žloutence a při některých syndromech po cholecystektomii.

Endoskopická retrográdní cholangiografie (ERC). Je obtížnější a náročnější než PTC, vyžaduje tým zacvičeného endoskopisty a rentgenologa a speciální

vybavení. Poskytuje možnost biopsie a endoskopické terapie (papietomie, extrakce a drcení kamenů, zavedení nazobiliární drenáže) za účelem rozpouštění kamenů, umístění endoprotézy při maligních stenózách, provádění balónkové dilatace.

Ultrasonografie (UZ) . Je to metoda rychlá, neinvazivní a v detekci kaménků žlučníku spolehlivá na 95 %. Velkou výhodou je, že jí lze použít i při žloutence, u těhotných, u osob alergických na jodové preparáty (KORDAČ, 1991, BEDRNA,2001).

4 LÉČBA

Postup u asymptomatických forem onemocnění

U osob starších 50 let, kteří nikdy neměli obtíže se žlučníkem, se doporučuje postup konzervativní, protože je prokázáno, že u více než poloviny z nich se už obtíže do konce života neprojeví. U osob mladších 50 let, u nichž nejsou kontraindikace, se připouští profylaktická cholecystektomie, protože manifestace obtíží a komplikací je větší riziko operace menší.

Druhým důležitým hlediskem je množství a velikost koncrementů; je-li žlučník naplněn množstvím drobných kaménků, je pravděpodobné, že se nemoc dříve či později klinicky projeví a je tedy lépe s chirurgickým léčením neotálet. Naopak, jde-li o kameny velké a je-li koncentrační schopnost žlučníku zachována, je pravděpodobnost klinické manifestace menší a lze vyčkat. Jde-li o jeden velký solitér, je operace obvykle zbytečná, protože takový kámen většinou nevyvolává obtíže (KORDAČ, 1991, BEDRNA,2001).

Léčba symptomatické formy nemoci:

Žlučová kolika lehčího rázu se léčí spasmolytiky a analgetiky. Cholagoga nejsou účelná, protože cílem léčby je udržet kaménky v klidu ve žlučníku.

Konzervativní léčení v mezidobí. Pokud nemocný není operován, léčba zahrnuje dietu, podporu sekrece žluči a symptomatické léky. Dieta se opírá o tyto zásady:

- a) zákaz potravin způsobující stahy žlučníku (koncentrované tuky),
- b) zákaz potravin s vysokým obsahem cholesterolu (vnitřnosti),
- c) zákaz potravin chemicky dráždivých (přepálený tuk, naložené, silně kořeněné pokrmy).

Léky podporující vyměšování žluči (cholagoga) se dělí na léky podněcující její tvorbu (choleretika): soli žlučových kyselin, rostlinné látky jako artyčok, kurkuma; a na léky podněcující vyprazdňování žlučníku (cholecystokinetika): olivový olej, síran

horečnatý, aj. Vyměšování žluči podporuje hojné pití tekutin, zvláště pitné kúry při lázeňském léčení (Karlovy Vary).

Symptomatické léky tlumí spazmy a bolesti spasmolytiky a analgetiky.

Léčení Choledocholithiasis

Léčba akutní obstrukce choledochu. Tato komplikace, projevující se obstrukční žloutenkou a popř. cholangitidou, vyžaduje:

- a) antibiotika, která však jsou jen dočasně účinná, trvá-li uzávěr žlučového,
- b) úpravu vodní a elektrolytové rovnováhy infúzemi,
- c) pokus o uvolnění překážky spasmolytiky, endoskopickým cestou.

Toto léčení je ovšem jen předeheurou k léčení chirurgickému. Operace při žloutence je zatížená větším rizikem komplikací, a proto je lepší vyčkat do jejího odeznění. Na druhé straně, jestliže obstrukce neustoupí, prodlévání každým dnem zvyšuje poškození organismu a operační riziko.

Léčba akutní cholecystitis

Konzervativní léčení zahrnuje: klid na lůžku, půst, infuze roztoků, tlumení bolesti a antibiotika.

Chirurgické léčení se doporučuje u osob mladších 45 let v prvních 24 hodinách, kdy bývá výkon technicky snadný a úprava rychlá (KORDAČ, 1991, BEDRNA,2001).

4.1 CHIRURURGICKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÉM ÚSTROJÍ

„ Roku 1882 byla provedena první cholecystektomie. Tento výkon zůstává, ať provedený laparoskopicky, či klasicky, jediným radikálním způsobem léčby. Pokud není interních kontraindikací, má být tento výkon proveden co nejdříve po průkazu cholelithiázy. Každé vyčkávání a odklad znamená jen prodlužování útrap nemocného a zvýšení operačního rizika v souvislosti s přibývajícím věkem nositele“ (BRODANOVÁ, 1998, S. 213).

Punkce žlučníku

Punkce žlučníku je indikována z důvodů terapeutických nebo diagnostických (odběr materiálu, aplikace kontrastní látky). Provádí se méně často.

Cholecystostomie

„Je zakládána tam, kde je třeba drénovat žlučovody navenek např. u těžkých zánětů, kde je pro špatný stav nemocného nutno provést co nejrychlejší drenáž žlučovodů. Do žlučníku je vložen silnější drén, fixovaný stehem. Provádí se pod sonografickým nebo CT vedením“ (BRODANOVÁ, 1998, s. 215).

Cholecystektomie

„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. Operace je prováděna v celkové anestezii kde dochází k odstranění žlučníku a žlučovodů“ (BRODANOVÁ, 1998, s. 215).

Laparoskopická cholecystektomie

„Při laparoskopické cholecystektomii se žlučník odstraňuje speciálními nástroji zavedenými do dutiny břišní. Operační postup kontroluje chirurg laparoskopem, z něhož je obraz přenášen na televizní obrazovku“ (NEUWIRTH, 1996, s. 88).

4.2 CHOROBNÉ STAVY PO CHOLECYSTEKTOMII

Vynětí žlučníku má uspokojivý výsledek asi u 80 % nemocných s kaménkovou nemocí: koliky vymizí a nemocný může normálně jíst. Asi 20 % operovaných však má obtíže, jež mohou být různého původu.

Zhruba je lze rozdělit do dvou skupin:

Do první skupiny patří trvalí obtíže stejného druhu jako před operací. Nejčastější důvod je ten, že předoperační obtíže byly mylně přičteny žlučovým kaménkům, které ve skutečnosti byly nahodilým nálezem. Protože cholelithiáza

je častá a asi v polovině případů klinicky latentní, zjistí se poměrně často u nemocných, kteří trpí trávicími obtížemi z jiného důvodu. Je pak samozřejmé, že vynětí žlučníku nepřinese úlevu.

Ve druhé skupině se obtíže po operaci změnilo. U těchto nemocných po operaci sice vymizí těžké žlučové koliky, avšak přetrvávají drobnější žlučové obtíže – bolesti v pravém podžebří, trvající kratší dobu, opakující se popř. vícekrát denně, a k tomu často trvalá dyspepsie žaludeční nebo střevní („biliární dyspepsie“) (KORDAČ, 1991, BEDRNA, 2001).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN A REALIZACE U ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU

„Pacient s onemocněním žlučníku a žlučových cest je nejčastěji přijímán na standardní jednotku chirurgického oddělení. Hospitalizace je nutná vždy v případě příznaků zánětlivého procesu, v případě akutních bolestí biliární koliky, při všech závažných komplikacích, např. při obstrukčním ikteru a dále pak v případě chirurgické intervence při tomto onemocnění (cholecystektomie, choledochotomie...). Je však možné přijmout některé pacienty s onemocněním žlučníku a žlučových cest na standardní jednotku interního oddělení (např. při biliární kolice)“ (TOMÁNKOVA, 1999, s. 86).

5.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY V RÁMCI INVAZIVNÍHO ZÁKROKU

„předoperační období:

- plánovaný operační výkon (interní vyšetření, fyzická a psychická příprava...)
- kompenzace přidružených onemocnění (Diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční...)
- příprava operačního pole (hygiena kůže, čistota pupku především u laparoskopických metod, oholení ochlupení v případě nutnosti na břicho a v pravém podžebří)
- minimalizace rizik infekce
- prvky pooperačního režimu
- prevence tromboembolické nemoci (důkladná interní příprava, bandáž DK...)
- dostatek informací o plánovaném výkonu např. výhody miniinvazivních metod
- menší zátěž pro organismus
- snížení rizika pooperačních komplikací
- rychlejší mobilizace

- zkrácení pracovní neschopnosti
- kosmetický efekt

pooperační péče:

- všeobecné zásady pooperační péče (uložení pacienta na „zotavovací“ pokoj, infuzní terapie...)

poloha a pohybový režim:

- převezměte pacienta s dokumentací ze zabezpečeného pokoje nebo z JIP
- zkontrolujte všechny invazivní vstupy:
- periferní žilní vstup a kapající infuzi
- drény podle typu operace, např. Redonův drén u laparoskopických metod,
- T-drén u cholecystektomie a revize choledochu,

monitoruj:

- základní životní funkce (tlak krve, puls, dech do stabilizace stavu, tělesnou teplotu 2 krát denně)
- bolest a její projevy
- aplikace antikoagulancií, jako prevence tromboembolických komplikací
- operační ránu (sekrece...)
- sekreci z drénů
- projevy pooperační nevolnosti
- spontánní vyprázdnění močového měchýře
- odchod plynů, vzednutí břicha
- projevy infekce
- výsledky základních vyšetření
- hlavní a vedlejší účinky ordinovaných léků

hygienická péče:

- zhodnoťte úroveň sebepéče v oblasti hygieny
- aktivizujte pacienta v péči o sebe sama, při práci dávej pozor na invazivní vstupy, aby nedošlo k jejich vytažení či infikování

- respektujte vyčerpanost, únavu a nezájem v péči o sebe sama
- všeobecné hygienické zásady

výživa:

- zhodnoťte úroveň výživy a sebeděče v této oblasti zajisti kvalitně:
- a 1. den přísun energie a tekutin parenterální cestou dle ordinace lékaře
- pokud nemá pacient projevy pooperační nevolnosti, začni pomalu s dietou 0/S a sleduj nauzeu
- zpravidla 3. den podávej klientovi dietu s přísným omezením tuk

vyprazdňování:

- zhodnoťte úroveň sebeděče v oblasti vyprazdňování
- sledování spontánního močení a odchodů plynů v pooperačním období
- pravidelné vyprazdňování stolice začíná až s dostatečným přísunem potravy

péče o operační ránu a drény:

- převazy dle zvyklosti oddělení
- minimalizace infekce
- kontrola okolí operační rány
- drény:
 - Redonův drén:
- sledujeme množství, podtlak, vzhled
- odstraňuje se většinou 1. - 2. pooperační den
 - T-drén:
- sledujeme množství, průchodnost, volnost samospádu
- barva: první dny světle žlutá jaterní žluč, (možnost příměsí malého množství krve)
- veď přísnou bilanci odtoku žluči, při velkých ztrátách je nutno zvážít hrazení (pozor hlavně u starších pacientů a diabetiků)
- sleduj a zajisti odběr minerálů v krevním séru, sleduj hladiny kalía, patologie neprodleně hlas lékaři

- odstranění T-drénu je individuální, podle nálezu na rentgenovém vyšetření (cholangiografie) a podle operačního zásahu na žlučových cestách, ve většině případů asi 3. den po operaci, píštěl po drénu se zahojí přibližně asi za 72 hodin
- není výjimkou, že s T-drénem odchází klient i do domácího ošetření

odpočinek a spánek:

- zhodnoťte úroveň spánku a odpočinku u pacienta
- proveďte náležitá opatření proti bolesti (využij fyzikální zákonitosti placebo a behaviorálního efektu, podávej ordinované analgetikum)
- dodržujte všeobecné zásady této problematiky

rehabilitace:

- aktivizujte pacienta ihned v pooperačním období, veď ho k sebeobslužnosti
- kontrolujte správně přiloženou bandáž
- svoji pozornost zaměřuj na starší pacienty s řadou přidružených onemocnění, u kterých by mohlo dojít i k rychlému rozvoji imobilizačního syndromu a vzniku závažných pooperačních komplikací“ (TOMÁŠKOVÁ, 1999, s. 88 – 89)

Psychosociální potřeby

„Hospitalizace po operaci žlučníku a žlučových cest je vzhledem k současným trendům používání miniinvazivní chirurgie poměrně velmi krátká (laparoskopické a endoskopické metody odstranění žlučových kamínků). Výjimku tvoří komplikované stavy s infekcí a přidruženým onemocněním, s nutností dlouhodobých drenáží. V rámci psychosociálních potřeb je nutno především minimalizovat bolest, rychle pacienta zaktivizovat, zajistit mu kontakt s rodinou. Důležitá je také příprava na domácí péči s nutností kvalitního dodržování dietního režimu a postupné zátěže“ (TOMÁŠKOVÁ, 1999, S. 89).

„Domácí péče:

- doporučení pokračovat v úpravě životosprávy s minimalizací přísunu tuků a potravin na přepalovaném oleji
- nedoporučuje se také káva, alkohol, nadýmavé potraviny, čerstvé pečivo, čerstvé máslo
- styl ve stravování si pacient postupně osvojuje a individualizuje
- kontrola u lékaře s monitorací dostatečné jaterní funkce (odběr krve a moče na biochemické vyšetření)
- návrat do pracovního procesu s postupnou zátěží podle stavu, u laparoskopických a endoskopických metod je pracovní neschopnost zkrácena v průměru až o jeden měsíc
- u komplikovaných stavů se doporučuje lázeňská léčba, např. v Karlových Varech“ (TOMÁŠKOVÁ, 1999, s. 90).

5.2 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

V prevenci se uplatňují zásady, směřující proti dispozičním faktorům: otylosti, diabetu, střevním infekcím, zvláště salmonelovým. Mnoho osob, zvláště žen, nepřijímá dosti tekutin a trpí latentní dehydratací. Klinicky se to projevuje sklonem k zácpě a tvorbě kaménků v močovém a žlučovém ústrojí.

Medikamentózní rozpouštění kaménků je založeno na principu, že při kaménkové nemoci snížen pool žlučových kyselin, jež mají základní význam pro udržování cholesterolu. Zvýšení jejich koncentrace ve žluči zlepší její disoluční schopnost. Hlavní žlučovou kyselinou ve žluči je kyselina chenodeoxycholová. Po jejím podání se zmenší syntéza cholesterolu v játrech a jeho biliární sekrece.

K tomuto léčení se hodí starší nemocní a takoví, u nichž je zvýšené operační riziko. Podmínkou je, aby kaménky byly rentgenově nekontrastní, o průměru menším než 2 cm a aby žlučník měl zachovanou schopnost koncentrace. Léčení trvá 1 – 2 roky a vede k vymizení kaménků asi v 50 %. Asi u třetiny z nich dojde do roka k recidivě (KORDAČ, 1991, BEDRNA, 2001)

6 DIETA PŘI ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU

„Správná léčba nemocí žlučníku závisí do značné míry na správné výživě. Hlavní funkcí žlučníku je upravit neboli zahustit žluč. Žluč pomáhá trávit živiny v potravě a podporuje střevní pohyby. Nejvíce se jí vylučuje při konzumaci stravy bohaté na tuky. Při onemocnění žlučníku je prospěšná nízkotučná dieta, naopak při ochablém, nedostatečně funkčním žlučníku by se měla konzumovat dieta s vyšším obsahem bílkovin a tuků. Je známo, že nevyvážená a příliš tučná strava je jednou z příčin onemocnění žlučníku. Dietní opatření při zánětu žlučových cest se shodují s přístupem při zánětu žlučníku“ (FREJ, 2006, s. 80).

Hlavní dietní zásady v období záchvatu žlučové koliky a při prudkém zánětu žlučníku:

- nejíst žádné tuky, máslo, mastná a na bílkoviny bohatá jídla, např. maso a mléčné výrobky, ani kořeněná jídla, ořechy, syrové ovoce, čokoládu, nepít slazené limonády, alkohol, sodovky, kakao, nepoužívat koření;
- pít čaj, kyselé mléko, neslazené ovocné šťávy;
- konzumovat přírodní tvaroh, obilniny bramborovou kaší, pečivo suché, nenakynuté, bez tuku (suchary, rýži, těstoviny, ovesné vločky);
- koření nahradit citronovou šťávou nebo rajským protlakem;
- zelenina, čerstvé ovoce a ořechy nejsou vhodné;

Hlavní dietní zásady při chronickém onemocnění žlučníku

- základem diety je nízký příjem tuků;
- pravidelná strava;
- konzumace čerstvě uvařených pokrmů;
- pomalu jíst, soustředit se na jídlo;
- nevečeřet těsně před spaním – méně se zatěžuje trávicí ústrojí;
- nejíst smažená a fritovaná jídla;
- omezit kombinaci nadbytku tuků a bílkovin (tučná masa), jíst libové maso, maximálně 170 g denně, bílé, zbavené viditelného tuku;

- vynechat ořechy, olivy, kokos, margaríny, šlehačku, kysanou smetanu, čokoládu, salátové dresinky a oleje, sardinky v oleji, uzeniny, sýry, tučné omáčky, husí a kachní maso;
- konzumovat zeleninové a kuřecí vývary;
- zajistit dostatečný příjem esenciálních tuků (omega-3 a omega-6 mastné kyseliny) v mořských rybách, rybím oleji; jíst ryby nízkotučné a sardinky ve vlastní šťávě;
- celkově jíst nejvíce 3 lžičky tuku denně, vyhnout se hydrogenovaným tukům (margaríny, cukrářské výrobky jako jsou dorty, koláče);
- dávat přednost extra panenskému olivovému nebo řepkovému oleji, které spolu s máslem podporují vylučování žluči ze žlučníku;
- z mléčných výrobků vybírat nízkotučné nebo bez tuku (nízkotučné mléko, sýry, podmáslí, tvaroh, jogurty);
- jíst čerstvou nebo vařenou zeleninu; syrová zelenina v podobě šťávy (jablka) vyhovuje každému;
- ke vhodným zdrojům sacharidů patří zejména celozrnné potraviny (neloupaná rýže, celozrnný chléb), těstoviny, rýže, brambory atd.
- vybírat ovoce s nízkým obsahem cukru (jablka, hrušky, nikoliv tropické plody);
- jíst dostatek zeleniny (4 - 5 porcí denně);
- zajistit si příjem vlákniny;
- jíst potraviny s dostatkem vitamínu C (ovoce, papriky, petržel, brambory);
- pít čaj, džusy, syčené minerálky, filtrovanou kávu (při 2 a více šálcích denně brání tvorbě žlučnickových kamenů, ale pozor na negativní účinky kofeinu);

Při tvorbě žlučových kamenů je vhodný jablečný džus. Naopak vyhněte se vejším, vepřovému masu, drůbeži, fazolím, ořechům, pomerančům, cibuli, mléku, kávě a kukuřici. (FREJ, 2006).

„Tuky a dochucovadla (denní množství)

Vhodné: máslo (1 lžička), šlehačka, smetana (3-6 lžíce), rostlinné oleje (3 lžíce), nízkotučné dresinky (3 lžičky), extra panenský olivový olej (3 lžičky), sezamový, slunečnicový či sojový olej (3 lžičky).

Nevhodné: sádlo, živočišné tuky ve větším množství, palmový olej, hydrogenovaný olej, glutamát, sýrové omáčky, tučné dresinky, čipsy“ (FREJ,2006, s. 79 - 80).

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CHOLECYSTOLITHIASOU

V rámci hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla sebrána a sepsána následující data. Byla využita metoda pozorování, rozhovor a fyzikálního vyšetření pacientky.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: J.M.

Pohlaví: žena

Datum narození: 1979

Věk: 34

Adresa bydliště a telefon: Hradec Králové

Rodné číslo: 79XXXX/XXXX

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: mzdová účetní

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 20. 1. 2014

Typ přijetí: plánované

Oddělení: CH/C

Ošetřující lékař: MUDr. O.

Důvod přijetí udávaný pacientem: plánovaná operace žlučníku

Medicínská diagnóza hlavní:

Laparoskopická cholecystektomie

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/70

Výška: 162

P: 78'

Hmotnost: 80

D: 16'

BMI: 30 – nadváha

TT: 36,3°C

Pohyblivost: úplná

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: AB+

Nynější onemocnění:

Pacientka již půl roku uvádí dyspeptické obtíže s bolestivostí břicha v oblasti pravého podžebří. Přijata přes chirurgickou příjmovou ambulanci na chirurgické lůžkové oddělení k plánovanému výkonu laparoskopická cholecystektomie.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, chorobopis pacientky, manžel.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: matka zemřela na CA prsu v 50 letech

Otec: Hypertenze, DM na inzulínu

Sourozenci: bratr – zdrav, sestra - hypertenze

Děti: 2 zdraví dcera a syn

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: v dětství mononukleóza, léčí se s hypertenzí

Hospitalizace a operace:

Hospitalizovaná již byla během porodů. Operace žádné doposud nepodstoupila.

Úrazy: běžné dětské úrazy, vážné úrazy neprodělala

Transfúze: /

Očkování: běžná povinná očkování

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lokren	tbl	20 mg	½ - 0 - 0	Antihypertenzivum

Alergologická anamnéza:

Léky: /

Potraviny: /

Chemické látky: /

Jiné: pacientka nemá žádné alergie

Abúzy:

Alkohol: /

Kouření: 10x denně

Káva: 2x denně

Léky: /

Jiné drogy: /

Gynekologická anamnéza:

Menarche: asi od 13 pravidelná

Poslední menstruace: asi před 14 dny

Porody: 2, bez komplikací

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: před dvěma měsíci

Samovyšetřování prsou: neprovádí, 1x za 2 roky mamografie

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: rodinný domek

Vztahy, role a interakce v rodině: v rodině nemají žádné vážné konflikty

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: vztahy dobré

Záliby: děti, kolo, výlety s dětmi

Volnočasové aktivity: výlety s dětmi

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: mzdová účetní

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: přijatelné

Spirituální anamnéza:

Pacientka není věřící.

Religiozní praktiky: /

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: před operací – EKG, UZ břicha, RTG S+P,

Krevní odběry před operací: KO, APTT, INR, BIOCHEMIE – jaterní testy, CRP, glykémie, Urea, Krea

Výsledky:

Biochemie:	hodnota	norma
Na	141mmol/l	137 - 146 mmol/l
K	3,8 mmol/l	3,8 - 5,0 mmol/l
Cl	102 mmol/l	97 - 108 mmol/l
urea	3,6 mmol/l	2,8 - 8,0 mmol/l
kreat	60 mmol/l	44 - 110 mmol/l
CRP	349	0 - 5
amyláza	1,1 ukat/l	0,42 - 1,92 ukat/l

AST	2,03 ukat/l	0,1 - 0,7 ukat/l
ALT	0,62 ukat/l	0,1 - 0,8 ukat/l

Hematologie:	hodnota	norma
Krevní obraz		
Ery	4,8 x 10 ¹² 1	4,3 - 5,9 x 10 ¹² 1
Leuk	8,5 x 10 ⁹ 1	3,8 - 9,6 x 10 ⁹ 1
Hb	140 g/l	135 - 175 g/l
Hk	0,3 0,4	0,5
Tromb	160 x 10 ⁹ 1	150 - 450 x 10 ⁹ 1

Konzervativní léčba:

Dieta: před operací 8 hodin lačnění, 1. operační den dieta tekutá č.1, 2. operační den dieta č.4

Pohybový režim: při příjmu plná mobilizace, po operaci klidový režim 12 hodin, poté mírná dopomoc v sebedpěči

RHB: aktivní

Výživa: Převážně perorální.

Medikamentózní léčba:

- per os:

Lokren 20 mg ½ - 0 - 0

Stilnox 0 - 0 - 0 - 1

Dormicum 7,5 mg na výzvu před operací

Novalgin 1 - 1 - 1

- intra venózní:

F1/1 1000 ml i.v. po operační výkonu

Novalgin 2 ml i.v. a 6 hodin

- subkutánně:

Dipidolor 15 mg při bolesti

Fraxiparin 0,3 ml po operaci

Chirurgická léčba:

Pacientce provedena plánovaná laparoskopická cholecystektomie.

7.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 22. 1. 2014

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Nosím pouze brýle na čtení, nemám žádné obtíže“	Lebka normocefalická poklep nebolestivý, zornice izokorické, krátkozrakost, výstupy trigeminu nebolestivé, jazyk plazí středem, jazyk vlhký, rty růžové. Chrup plně vyvinutý, sanován. Krk – uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil nezvětšena.
Hrudník a dýchací systém:	Pacientka neuvádí dechové obtíže.	Hrudník souměrný, bez deformit, prsy symetrické. Dýchání čisté, sklípkové D 16' SpO2 96 %
Srdečně cévní systém:	„Mám vysoký tlak, beru léky.“	Srdeční akce pravidelná, Šelesty 0x TK – 110/70 P – 67'
Břicho a GIT:	„Bolí mě dost břicho, mám drén.“	V úrovni s hrudníkem, souměrné. Břicho bolestivé, měkké, prohmatné, peristaltika +, operační rány o velikosti 2 - 3cm, sterilně

		překryty. BD funkční, odvádí serózní tekutinu. NRS stupeň 3.
Močový a pohlavní systém	Pacientka neudává obtíže s močením.	Močový měchýř normálně vyvinutý, Močení přiměřené příjmu tekutin. Moč čirá, bez příměsí.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	„Cítím se teď nemotorná, bolí mě dost břicho tak potřebuji doprovod na toaletu.“	Klouby – nebolestivé. Pohyblivost - částečná, bolestivost břicha. Motorika fyziologická. Chůze s doprovodem. ADL – 75b – lehká závislost, kategorie 2 Norton skóre – 30 b – riziko žádné GCS – 15b.
Nervový systém a smysly:	„Nemám žádné obtíže.“	ADL – 75b. – lehká závislost, kategorie 2 Norton skóre – 30b. – riziko nízké GCS – 15b.
Endokrinní systém:	Pacientka neuvádí obtíže.	Štítná žláza nehmatná.
Imunologický systém:	„Nemám alergie.“	AA:O
Kůže a její adnexa:	Pacientka neudává žádné obtíže na kůži.	Operační rány o velikosti 2 - 3cm, v pravém podžebří

		vyveden břišní drén. Na LHK zavedena PŽK – 2.den M/0 Kůže prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, kožní turgor fyziologický Norton skóre – 30b. riziko žádné
--	--	---

Poznámky z tělesné prohlídky: /

7.2 POSOUZENÍ PRACIENTKY DLE KONCEPČNÍHO MODELU MAJORY GORDON

Ke své kazuistice jsem si vybrala model Marjory Gordon. Model je odvozený z interakcí osoby – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují model M. Gordon za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model M. Gordon obsahuje 12 vzorců. Ve dvanácti možných vzorcích se projeví aktuální nebo potencionální problém jedince. Když sestra takový problém identifikuje, musí ho označit, formulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav adekvátně k věku. Problémy se žlučníkem jí začaly zhruba před půl rokem. Snědla smažený sýr a trpěla velkými bolestmi v pravém podžebří. Byla na vyšetření (UZ břicha), kde byla diagnostikována cholecystolithiasa. Pacientce nasazena konzervativní terapie. Obdržela instrukce, jak držet dietu a byla objednána na další vyšetření. Přestože držela dietu, žlučnickové záchvaty stále sílily a pacientka nemohla už nic jíst. Proto urgovala na opakování

vyšetření a zjistilo se, že kámen ze žlučníku se dostal do žlučových cest a operace je nutná. Proto byla objednána na nejbližší termín operace.

Aktivity před operací zvládala dobře, má ráda výlety s dětmi, kolo, péče o zahrádku. Pacientka má ráda všechny sporty, ale pouze jen pasivně. Dnes se **pacientka necítí dobře**. Je první den po operaci. Cítí se jako by měla „v břiše vše jinak“. Cítí tlak na prsou. **Pacientka má bolesti – tlumeno analgetiky. NRS stupeň 3.**

2. Výživa, metabolismu

Pacientka se naposled vážila asi před týdnem, měla 80 kg. Měří přibližně 165 cm. BMI – 30 – nadváha. Zkoušela držet diety, ale nikdy u žádné dlouho nevydržela. Potravu přijímá asi 4x denně, jí velice rychle a většinou ve spěchu. Má ráda smažená, kořeněná jídla a omáčky. První žlučnickový záchvat měla po smaženém sýru. I když ví, že by měla jíst zdravě, nikdy to dlouho bez nezdravých jídel nevydržela. Od doby prvního žlučnickového záchvatu se snažila omezit tuky a sladké. Ví, že kvůli hypertenzi by měla omezit přísun soli. Příjem tekutin je dostatečný. Pacientka během dne vypije okolo 2,5 litru. Má nejraději ovocné čaje a minerální vody. Před operací byla poučena, že nesmí 12 hodin před operací jíst ani pít. Uvádí, že byla tak nervózní, že by ani nic nesnědla. Dieta po operačním výkonu 0 – čajová, první pooperační den 1 – tekutá a poté dieta číslo 4 – s omezením tuku. Pacientka toleruje dietní opatření. **Pacientka uvádí neznalost v oblasti dietního opatření.** Kožní turgor v normě. Kůže čistá bez deformit. **Rány o velikosti 2 - 3cm po laparoskopické operaci** jsou sterilně zakryty. **Břišní drén** z oblasti rány funkční, odvádí serózní tekutinu. **Dnes v drénu 20 ml.** Zubní protézu nemá, zubaře navštěvuje pravidelně, nikdy neměla větší problémy s chrupem. Otoky na těle měla pouze v těhotenství. Vlasy a nehty upravené. Pacientka užívá chronicky pouze antihypertenzivum.

3. Vylučování

Vyprazdňování střeva: stolice je pravidelná, každý den. Někdy po tučných jídlech měla pacientka i průjmovitou stolici provázenou bolestmi pravého podžebří, a křečemi. Teď doufá, že se stolice upraví do normálu, po odstranění žlučníku. Zácposu

nikdy netrpěla. Projímadla nikdy nepotřebovala. **Vyprazdňování moče:** Pacientka nemá žádné obtíže v oblasti vyprazdňování moče. Dříve měla asi 2 krát zánět močového měchýře, ale zaléčila se antibiotiky. Moč má jantarově žlutou barvu, mikce asi 8-10 krát denně, dle příjmu tekutin. Pacientka je první den po operaci proto **potřebuje doprovod na toaletu.**

Pocení, odér: Pacientka netrpí návaly horka. Nepocituje, že by se abnormálně potila.

4. Aktivita – cvičení

Cítí se trochu **vyčerpaná po operaci**, na cvičení nemá ani pomyšlení, je ráda že zvládá základní sebeobsluhu. **ADL – 75b – lehká závislost**, kategorie 2.

Norton skóre – 30 b – riziko žádné. **Na toaletu pacientka potřebuje doprovod.** Aktivitu před operací zvládala bez problémů. Sportovní aktivity má ráda jen pasivně. Nejraději má výlety s dětmi. Držení těla vzpřímené. Dýchání čisté, povrchové fyziologické bez známek kašle. Srdeční akce pravidelná, P – 67'.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka uvádí, že nespavostí trpí pouze v nemocnici. Hypnotika neužívá. Po ránu se pacientka cítí vyspalá. Usíná okolo 23 hodiny. Budí se okolo 6 hodiny. Za noc se nebudí. Přes den aktivizace, nespává. Spánek tvrdý, nepřerušovaný. **Bolest břicha ji občas budí. Podávání tisíců léku.**

6. Vnímání, poznání

Při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou. Pacientka slyší dobře, nosí brýle na čtení, na kontrole byla před rokem. Pacientka udává, že paměť je úměrná věku. **Pacientka si stěžuje na bolest – tlumeno analgetiky. NRS stupeň 3.** „Před operací to bylo strašné“. Bolesti v pravém podžebří neustupovaly ani po podání analgetik. Byla na pokraji sil.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka se vnímá jako optimistka. Je klidná, spolupracující. Stýská se jí po dětech. Nálada dobrá, dojem milý. Obraz těla spokojený. Řeč srozumitelná.

8. Role – mezilidské vztahy

Je matkou dvou dětí, dcera a syn. Bydlí s dětmi a manželem v rodinném domku. Pracuje jako mzdová účetní, nemá žádné osobní rodinné problémy. Rodina ji každý den navštěvuje, manžel se stará o chod domácnosti během pacientčiny hospitalizace. V zaměstnání je spokojená, spolupracovnice ji navštěvují v době nemoci. Má svoje oblíbené přátele, se kterými tráví dovolenou.

9. Sexualita - reprodukční schopnost

Měla dva spontánní porody. Těhotenství fyziologická. Antikoncepci neužívá, užívala v mládí. Gynekologa navštěvuje pravidelně 2 krát do roka.

10. Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání

Pacientka je klidná a spolupracující. **Kouří 10 cigaret denně**, během hospitalizace pacientka nekouří, alkohol jen příležitostně. Problémy řeší sama, rodinné vážné nemá, s manželem běžné hádky.

11. Víra (přesvědčení) – životní hodnoty

Pacientka je ateistka. Pacientka uvádí, že zdraví a rodina je její priorita.

12. Jiné

Pacientka má zaveden v den operace **periferní žilní katétr** na levé horní končetině. **Břišní drén. Operační rána** sterilně překryta.

Chronická medikace:

Lokren 20 mg 1/2 – 0 – 0 – tbl. antihypertenzivum per os

Po dobu hospitalizace je medikace rozšířena:

Dipidolor při bolesti NRS 3- inj. analgetikum i.m. a 8 hodin

Novalgin při bolesti NRS 1-2 – i.v. ve 100ml F 1/1. analgetikum a 6 hodin

F1/1 1000 ml i.v. – fyziologický roztok

Fraxiparine 0,3 ml s.c. – antikoagulancium

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka J. M. 34 let. Doposud léčena s hypertenzí. Zhruba před půl rokem začala mít dyspeptické obtíže. Snědla smažený sýr a měla bolesti pravého podžebří. Vyhledala odbornou pomoc, kde byla diagnostikována cholecystolithiasa. Nasazena konzervativní terapie. Dyspeptické obtíže narůstaly a na posledním UZ břicha stanovena choledocholithiasa. Obdržena termín operačního řešení. Pacientka nastoupila na chirurgické lůžkové oddělení v Hradci Králové k plánovanému výkonu laparoskopická cholecystektomie. Dnes pacientka hospitalizována 3. den, operační den 1. Afebrilní, oběhově stabilní, TK – 130/80, P – 78', D – 16', TT – 36,3 °C. Pacientka má **zaveden PŽK** k infuzní terapii na LHK – předloktí M/0, 2. den. **Břišní drén** zaveden 2. den, odvádí serózní tekutinu, 20 ml. **Pohyblivost pacientky omezena** – ADL 75 b., lehká závislost. **Bolesti břicha NRS stupeň 3**. Podávány analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka aktivně zapojována po dobu hospitalizace do rehabilitačního ošetřovatelství- **chůze s doprovodem do plné mobility**. Rodina spolupracující. **Informovanost pacientky o dietním opatření malá**.

7.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I. A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

1. Akutní bolest břicha z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením pacientky, kdy ji na stupnici 0 - 10 (10 - maximum, 0 - žádná bolest), NRS skóre 3, zaujímáním úlevové polohy, neverbálními projevy pacientky
2. Tkáňová integrita porušená z důvodu chirurgického výkonu, projevující se viditelnou operační ránou na břiše
3. Péče o sebe sama nedostatečná s upřesněním úrovně 2 (problémy s HP, s oblékáním a úpravou zevnějšku) z důvodu bolesti NRS 3 projevující se dopomocí ve všech denních aktivitách (dopomoc v HP, dopomoc v oblékání a úpravě zevnějšku)
4. Neznalost (dietní opatření) z důvodu nedostatku zkušeností s daným onemocněním projevující se verbálním sdělením pacientky

Potenciální diagnózy

4. Infekce riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katétru na horní končetině
5. Infekce riziko vzniku z důvodu zavedení břišního drénu během operačního výkonu

- 1. Akutní bolest břicha z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením pacientky, kdy ji na stupnici 0 - 10 (10 - maximum, 0 - žádná bolest) NRS skóre 3, zaujímáním úlevové polohy, neverbálními projevy pacientky**

Cíl krátkodobý: pacientka bude mít bolest NRS 1 do 24 hodin

Cíl dlouhodobý: odstranění bolesti na NRS 0 do konce hospitalizace

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka dokáže zaujmout úlevovou polohu při bolesti – 30 minut
- Pacientka bude poučena o pravidelnosti a možnostech tišení bolesti - ihned při příjmu.
- Bolest bude snížena na stupnici NRS 1 – do 1 hodiny
- Pacientka slovně vyjádří účinek analgetik do 1 hodiny po podání.
- U pacientky dojde k vymizení bolesti nejpozději do odchodu domů.

Plán intervencí 22.1. – 24. 1.:

- Dle míry soběstačnosti dopomoz pacientce v zaujímání úlevové polohy dle potřeby - všeobecná sestra u lůžka.
- Edukuj ihned pacientku o možnostech analgetizace a o možnosti kdykoliv požádat o léky od bolesti a nutnosti každou změnu bolesti hlásit - všeobecná sestra u lůžka.
- Podávej léky dle ordinací lékaře a dle bolestí pacientky, sleduj jejich účinky (pozitivní i negativní - nevolnost) a zaznamenávej je do dokumentace - všeobecná sestra u lůžka.
- Sleduj u pacientky během hospitalizace dle hodnotících škál pro bolest její intenzitu a charakter bolesti - všeobecná sestra u lůžka.
- Pozoruj neverbální projevy pacientky (mimika,...) a výkyvy fyziologických funkcí (hypertenze, tachykardie) a patologické hodnoty hlas lékaři - všeobecná sestra u lůžka.
- Ved' záznam do šetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra u lůžka

Realizace 22.1. – 24. 1.:

Dne 21. 1. byl proveden operační výkon. Dnes 1 pooperační den.

8:00 – kontrola fyziologických funkcí TK – 120/80, P – 87', D – 16'

9:00 - pacientka uvádí bolest NRS 3. Aplikace analgetik dle ordinace lékaře. Dipidolor 15 mg i.m.

10:00 – kontrola intenzity bolesti. Pacientka verbalizuje úlevu. NRS 1. Doporučena úlevová poloha

12:00 – kontrola fyziologických funkcí TK – 110/80, P – 80, D – 16'

14:00 – pacientka opět verbalizuje bolest NRS 2, tlumeno analgetiky dle ordinace lékaře. Aplikace Novalginu 2mg ve 100ml F 1/1 intravenózně.

15:00 – kontrola intenzity bolesti. Pacientka cítí úlevu.

Dále pokračováno v intervencích. Aplikace analgetik dle ordinace lékaře.

Hodnocení 22.1. – 24. 1.:

Pacientka při příjmu informována o analgetické léčbě – informacím porozuměla aktivně zaujímala doporučené úlevové polohy, dle potřeby dopomoc. Analgetika pacientce byly podávány dle ordinace lékaře v pravidelných časových intervalech. Účinek analgetik sledován, pacientka uváděla úlevu po podání analgetik. U pacientky došlo ke snížení bolesti z NRS 3 na NRS 1.

23.1. Dnes pacientka uvádí bolestivost NRS 2, aplikována analgetika dle ordinace lékaře.

Cíl se podařilo splnit. NRS sníženo.

2. Tkáňová integrita porušená z důvodu chirurgického výkonu, projevující se viditelnou operační ránou na bříše.

Cíl krátkodobý: pacientka zná projevy infekce v operační ráně do 1 dne

Cíl dlouhodobý: po dobu hospitalizace u pacientky nedojde k infekci v operační ráně

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Operační rána bude pravidelně kontrolována a dle potřeby asepticky ošetřována
- a prevenci komplikací (dodržování klidového režimu, opatrné pohyby na lůžku,
- spolupráce při převazech,...) – každý den
- U pacientky budou po dobu hospitalizace tišeny doprovodné příznaky spojené
- s porušenou tkáňovou integritou (bolest v operační raně) – 30 minut

Plán intervencí 22. 1. – 24. 1.:

- Dle škály pro hodnocení rány popiš její velikost, tvar, hloubku, bolestivost, okolí rány, přítomnost infekce - všeobecná sestra u lůžka.
- Při převazu rány postupuj asepticky - lékař, všeobecná sestra u lůžka.
- Zvol vždy vhodné pomůcky, které budou při převazu potřeba - všeobecná sestra u lůžka.
- Při převazu zhodnot' ránu a okolí, zda nejví známky zánětu - všeobecná sestra u lůžka.
- Při komplikacích (infekce, masivní krvácení, rozpad rány,...) konzultuj stav s ošetřujícím lékařem - všeobecná sestra u lůžka.
- Ránu a okolí udržuj v čistotě, sterilně krytou - všeobecná sestra u lůžka.
- Krytí udržuj čisté a suché a v pravidelných intervalech nebo dle aktuální potřeby – asepticky měň za nové - všeobecná sestra u lůžka.
- U BD sleduj množství a charakter odpadu - všeobecná sestra u lůžka.
- Asepticky pečuj o BD - všeobecná sestra u lůžka.
- Dle ordinace lékaře proved' kontrolní odběr krevního obrazu - všeobecná sestra u lůžka.
- Ved' záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra u lůžka

Realizace 22. 1. – 24. 1. :

Dne 21. 1. byla provedena laparoskopická cholecystektomie. Operační rána sterilně zakryta bez prosaku, vyveden 1 břišní drén se seriózním obsahem napojený na sběrný sáček. Pacientka edukována o pooperačním režimu a podávání analgetik.

Dne 22. 1.

8:00 – kontrola operační rány, bez prosaku, břišní drén funkční odvádí serózní tekutinu, palpačně operační rána bolestivá

9:00 – převaz rány s lékařem, rána klidná hojící se per primam, okolí drénu klidné. Rána bez známek infekce, palpačně citlivá. Provedena dezinfekce rány a výměna sterilního krytí. BD odvedl 40 ml serózní tekutiny

14:00 – operační rána klidná, nesákne, odpady z drénu fyziologické

18:30 – předání pacientky noční službě, rána klidná nesákne, BD funkční, množství odpadů přirozené

Dále bylo pokračováno v aseptické péči o ránu. Rána po dobu hospitalizace bez známek zánětu. Okolí klidné, bez známek zarudnutí. Operační rána sterilně zakryta.

Hodnocení 22. 1. – 24. 1.:

Operační rána pravidelně kontrolována.

Během hospitalizace u pacientky nebyly shledány žádné známky infekce v ráně.

Převazy operační rány prováděny za aseptických podmínek.

Edukace pacientky o klidovém pooperačním režimu, pacientka porozuměla

Pacientka spolupracující při převazech.

Analgetikum podáváno před převazem

Cíl byl splněn.

U pacientky nevznikla infekce. Operační rána po celou dobu hospitalizace klidná, hojící se per primam. Okolí klidné.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

- 3. Péče o sebe sama nedostatečná s upřesněním úrovně 2 (problémy s HP, s oblékáním a úpravou zevnějšku) z důvodu bolesti NRS 3 projevující se dopomocí ve všech denních aktivitách (dopomoc v HP, dopomoc v oblékání a úpravě zevnějšku)**

Cíl dlouhodobý: pacientka zvládá techniky péče o sebe samu (návčik HP, oblékání) do 2 dní

Cíl krátkodobý: pacientka zvládá HP s mírnou dopomocí druhé osoby do 2 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka verbálně sdělí, že zvládá HP s mírnou dopomocí druhé osoby 2x denně
- Pacientka provádí návčik příjmu potravy s mírnou dopomocí druhé osoby 5x denně
- Pacientka provádí návčik oblékání s mírnou dopomocí druhé osoby 1x denně

Plán intervencí 22. 1. – 24. 1.:

- Zjistí míru soběstačnosti – všeobecná sestra, denně
- Zjistí ochotu pacientky spolupracovat – všeobecná sestra, denně
- Aktivizuj pacientku, zapojuj ji do jednotlivých činností (návčik HP, oblékání) – všeobecná sestra, denně
- Motivuj pacientku pro zlepšení sebepéče – všeobecná sestra, denně
- Zajisti bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů – všeobecná sestra, denně
- Dej pacientce dostatek času k návčiku činností – všeobecná sestra, denně
- Ved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace 22. 1. – 24. 1.:

Dne 22. 1. První pooperační den, pacientka mobilizována z lůžka. Kontrola stavu pacientky. Vertikalizace s dopomocí, pacientka uvádí bolestivosti operační rány. Podány dle ordinace analgetika. Pacientka uvádí úlevu, mobilizace z lůžka lepší.

Hygienická péče s dopomocí zdravotnického personálu. Dopomoc při stravování. ADL 75 bodů – lehká závislost. Během následujících pooperačních dnů pacientka zvládala sebeobsluhu více sama. Dopomoc minimální.

Dne 24. 1. Pacientka propuštěna do domácího léčení. Pacientka plně soběstačná, chodící.

Hodnocení 22. 1. – 24. 1.:

Cíl byl splněn.

Pacientka při propuštění do domácího léčení plně soběstačná.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

4. Neznalost (dietní opatření) z důvodu nedostatku zkušeností s daným onemocněním projevující se verbálním sdělením pacientky

Cíl dlouhodobý: pacientka má dostatek informací o dietního opatření do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacientka toleruje a rozumí dietnímu opatření do 1 dne

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- **Pacientka zná a vyjmenuje dietní opatření do konce hospitalizace**
- **Pacientka verbálně sdělí, že porozuměla dietnímu opatření**

Plán intervencí 22. 1. – 24. 1.:

- posud' ochotu pacientky učit se – všeobecná sestra, denně
- zjistí úroveň znalostí pacientky – všeobecná sestra, denně
- posud' motivaci pacientky, jejich blízkých – všeobecná sestra, denně

- zajisti pacientce informační materiály (letáčky, brožurky) - všeobecná sestra, denně
- doporuč a urči pacientce priority – všeobecná sestra, denně
- informuj pacientku o technikách léčebného procesu, dietní opatření, ošetrovatelská péče o ránu – všeobecná sestra, denně, všeobecná
- edukuj pacientku o vhodné dostupné literatuře – všeobecná sestra, denně
- ved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace 22. 1. – 24. 1.:

Během hospitalizace byla pacientka poučena a edukována o dietním opatření. Zjištěny dosavadní stravovací návyky. Dne 21. 1. operační výkon pacientka lačná, dodržuje dietní režim.

Dne 22. 1. první pooperační den pacientka poučena o dietním opatření, dieta číslo 1. Pacientka toleruje a dodržuje dietu. Podávána strava v pravidelných intervalech.

Dne 23. 1. druhý operační dieta číslo 4 – edukace pacientky, doporučena literatura a poskytnut materiál k dietnímu opatření po operačním výkonu. Strava 5krát denně.

Dne 24.1. třetí pooperační den pacientka zná a toleruje dietní opatření. Dokáže vyjmenovat doporučený dietní režim.

Hodnocení 22. 1. – 24. 1.:

Cíl byl splněn.

Pacientka po celou dobu hospitalizace dietní opatření tolerovala a dodržovala. Pacientka dostatečně edukována.

Ošetrovatelské intervence nadále nepokračují.

5. Infekce riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katétru na horní končetině

Cíl dlouhodobý: u pacientky nedojde ke vzniku infekčních komplikací po dobu zavedení PŽK během hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacientka zná projevy infekce periferní žilní kanyly do 1 dne

Priorita: střední

Plán intervencí 22. 1. – 24. 1.:

- Zhodnot' ihned po příjmu stav kůže v místě zavedení invazivního vstupu – všeobecná sestra, denně
- Informuj hned po příjmu pacientku o zásadách hygieny, manipulaci a ošetřování PŽK – všeobecná sestra, denně
- Sleduj neustále funkčnost, průchodnost PŽK a jeho okolí, všeobecná sestra, denně
- Sleduj TK, P, D dle ordinace lékaře a hodnoty zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, denně
- Sleduj tělesnou teplotu dle ordinace lékaře a hodnoty zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, denně
- Pátrej nepřetržitě po místních projevech infekce v místě zavedeného PŽK – všeobecná sestra, denně
- Pracuj vždy asepticky – všeobecná sestra, denně
- Chraň vždy pacientku před nozokomiální nákazou – všeobecná sestra, denně
- Prováděj pravidelně výměnu sterilního krytí PŽK dle standardních postupů oddělení – všeobecná sestra, denně
- Při počátečních známkách infekce, ihned odstraň PŽK a informuj lékaře – všeobecná sestra, denně
- Pečuj o pohodlí pacientky – všeobecná sestra, denně
- Ved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně
- edukujte pacientku o rizikových faktorech a prevenci infekce – všeobecná sestra, denně

- sledujte funkčnost, průchodnost PŽK, proplachy PŽK a 6 hodin – všeobecná sestra, denně
- zhodnoťte stav kůže v místě zavedení PŽK – všeobecná sestra, denně
- dodržujte postupy při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, použití sterilních pomůcek) – všeobecná sestra, denně
- chraňte pacientku před nozokomiálními nákazami – všeobecná sestra, denně

Realizace 22. 1. – 24. 1.:

Během operačního výkonu dne 21. 1. Byl pacientce zaveden periferní žilní katétr na předloktí levé horní končetiny. Katétr byl pravidelně kontrolován, prováděny proplachy fyziologickým roztokem. Intravenózní cestou byly aplikovány infuze a analgetika. Místo zavedení PŽK pravidelně kontrolováno, okolí bez známek infekce. Dne 23. 1. PŽK odstraněn. Po dobu zavedení katétru pravidelně kontrolována tělesná teplota – fyziologická. V místě zavedení nejsou žádné známky infekce ani komplikace.

Hodnocení 22. 1. – 24. 1.:

Cíl byl splněn.

Po dobu hospitalizace pacientka nejeví známky infekce.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

6. Infekce riziko vzniku z důvodu zavedeného břišního drénu

Cíl dlouhodobý: u pacientky nedojde ke vzniku infekce v okolí drénu po dobu zavedení BD během hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacientka zná projevy infekce břišního drénu do 1 dne

Priorita: střední

Plán intervencí 22. 1. – 24. 1.:

- Zhodnot' ihned po příjmu stav kůže v místě zavedení břišního drénu – všeobecná sestra, denně
- Informuj hned po příjmu pacientku o zásadách hygieny, manipulaci a ošetřování BD – všeobecná sestra, denně
- Sleduj neustále funkčnost, průchodnost BD a jeho okolí - všeobecná sestra, denně
- Sleduj TK, P, D dle ordinace lékaře a hodnoty zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, denně
- Sleduj tělesnou teplotu dle ordinace lékaře a hodnoty zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, denně
- Pátrej nepřetržitě po místních projevech infekce v místě zavedeného BD – všeobecná sestra, denně
- Pracuj vždy asepticky – všeobecná sestra, denně
- Chraň vždy pacientku před nozokomiální nákazou – všeobecná sestra, denně
- Prováděj pravidelně výměnu sterilního krytí BD dle standardních postupů oddělení – všeobecná sestra, denně
- Při počátečních známkách infekce v okolí BD, ihned informuj lékaře – všeobecná sestra, denně
- Pečuj o pohodlí pacientky – všeobecná sestra, denně
- Ved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně

Hodnocení 22. 1. – 24. 1.:

Během operačního výkonu zaveden břišní drén. Sledována funkčnost, sekrece. Břišní drén napojen na svodný sáček. 1x za 24 hodin. Okolí drénu sterilně překryto. Pravidelně asepticky ošetřováno. Okolí drénu bez známek infekce. Břišní drén odvádí serózní tekutinu. Břišní drén odvádí méně. Proto odstraněn 23. 1. Místo zavedení drénu klidné, bez známek infekce. Kontrolovány pravidelně fyziologické funkce.

Realizace 22. 1. – 24. 1.:

Cíl byl splněn.

Pacientka nejeví známky infekce. Ranka po odstranění drénu sterilně překryta, hojící se per primam. Okolí klidné.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

7.4 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Dne 20. 1. pacientka J. M. přijata na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu laparoskopická cholecystektomie. Bolesti žlučníku pacientku trápily již půl roku. Při příjmu, pacientka spolupracující, plně při vědomí. Soběstačná. Edukována o ošetrovatelské péči. Kontrola fyziologických funkcí. Zahájena předoperační příprava, od půlnoci lační. Pacientka edukována o dietním opatření.

Dne 21. 1. Proveden operační zákrok. Pacientka přivezena z dospávací jednotky v 12:30. Při vědomí, plně orientována časem, místem, osobou. Vyveden břišní drén a periferní žilní katétr během operačního výkonu. Kontrola fyziologických funkcí v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Monitorace a 2 hodiny. Pacientka si stěžuje na bolestivost břicha. Aplikace analgetické terapie. Dodržován klidový pooperační režim. Fyziologické funkce – TK – 120/80, P – 87', D – 16'. Operační rány sterilně zakryty, rána nesákne. Břišní drén funkční odpad 70ml za 24 hodin. Pacientka spolupracující. Dietní opatření čaj. PŽK – funkční, proplachy a 6 hodin. Vše zapsáno do dokumentace.

Dne 22. 1. první pooperační den. Pacientka vertikalizována z lůžka. Pacientka si přejde s doprovodem. ADL – 75b – lehká závislost, kategorie 2, cítí se lépe. Bolestivost břicha NRS 3. Tlumení analgetiky. Proveden převaz lékařem, kontrola rány. Rána klidná, hojící se per primam, okolí klidné. Provedena dezinfekce a přiloženo sterilní krytí. BD funkční, odvádí serózní tekutinu, 40 ml. Pacientka

při vědomí, orientovaná, oběhově stabilní TK. 120/80, P – 87', D – 16', afebrilní. Dieta číslo 1, pacientka toleruje dietní opatření. Periferní žilní katétr funkční.

Dne 23. 1. druhý operační den. Pacientka uvádí zlepšení stavu. Bolestivost břicha menší. Peristaltika slyšitelná. Dnes odstraněn břišní drén lékařem, odvedl pouze 20 ml serózní tekutiny. Před převazem podány analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka potřebuje mírnou dopomoc ve všech denních aktivitách. Oběhově stabilní. Operační rána klidná, hojící se. Provedena dezinfekce a přiloženo sterilní krytí. Okolí klidné. Dietní opatření toleruje, dieta číslo 4 s omezením tuků. Odstraněna periferní žilní kanyla z důvodu nevyužití. Bolesti břicha ustupují NRS 2. Analgetika dle ordinace lékaře.

Dne 24. 1. třetí pooperační den. Pacientka si přejde bez doprovodu. Dopomoc v sebeděči mírná. Při vědomí, plně orientována. Oběhově stabilní – TK – 130/80, P – 77', D – 17', TT – 36,4°C. Kontrola operační rány. Rána klidná hojící se. Dezinfekce rány a aplikována Novikov. Pacientka klidná, spolupracující. Propuštěna do domácího léčení. Edukována o dietním opatření. Pacientka chápe problematiku dodržování diety.

7.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienty:

- Dodržovat zásady zdravé výživy.
- Jíst alespoň 4 x až 5 x denně.
- Mezi jídly dodržovat maximálně 2 až 3 hodiny pauzu.
- Začít den lehkou snídaní.
- Všechna jídla připravovat čerstvá.
- Vyhnout se následnému ohřívání pokrmů.
- Jíst vařená a dušená jídla.
- Omezit tučné, pečené nebo smažené jídlo na minimum.
- Vyhýbat se čerstvému pečivu, polotovarům a ostře kořeněným jídlům.
- Pít dostatečné množství neperlivé vody.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- dodržování standardních postupů dle zvyklosti oddělení (předoperační a pooperační péče)
- dodržování asepse při převazech operační rány
- dostatečné edukace pacientů
- dostatečná motivace pacientky
- psychická podpora
- spolupráce s rodinnými příslušníky
- vzdělávání se v oboru

Doporučení pro rodinu:

- Přizpůsobení domácího prostředí
- Dopomoc při sebepéči a sebeobsluze
- Spolupráce s ošetřujícím lékařem a zdravotnickým personálem

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o komplexní ošetrovatelské péči o pacientku s cholecystolithiasou. Onemocnění žlučníku a žlučových cest je v dnešní době značně rozšířené. Pacient si musí osvojit nové stravovací návyky.

Cílem bakalářské práce bylo docílit souhrnného přehledu onemocnění žlučníku a žlučových cest. V jednotlivých kapitolách jsou popsány vyšetřovací metody, léčba, diagnostika, možnosti léčby a operační řešení.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje rozdělení onemocnění, komplikace, léčbu.

Praktická část demonstruje zhodnocení pacientky, která byla plánovaně přijata na chirurgické lůžkové oddělení operačnímu výkonu laparoskopická cholecystektomie. Dle pacientčina problému byla stanovena ošetrovatelská péče a vyhotoveny ošetrovatelské diagnózy. K zhodnocení potřeb byl využit model Majory Gordon.

Prostřednictvím bakalářské práce mi byla udělena možnost prohloubení svých znalostí o daném onemocnění. Doufám, že práce bude přínosem jako vhodný zdroj informací sestřám v klinické praxi a studentům ošetrovatelských oborů, které se zajímají o danou problematiku.

SEZNAM LITERATURY

BARVA, Jiří. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s, 2013. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o. p. s, Katedra ošetrovatelství.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

BRODANOVÁ Marie a kol. *Onemocnění žlučníku a žlučových cest*. Praha: Grada. 1998. ISBN 80-769-562-9.

DOENGES, Marilynn E., Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80- 247-0242-8.

FERKO, Alexander a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0230-4.

FREJ, David. *Dietní sestra diety ve zdraví a nemoci*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-537-X.

FROŇKOVÁ, Marie, Zdeňka MIKŠOVÁ, Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1443-4.

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978- 80-7345-202-5.

HUSKOVÁ, Jitka, Petra JUŘENÍKOVÁ, Věra PETROVÁ, Dana TOMÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství-učební text pro střední zdravotnické školy 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. ISBN – neuvedeno

KALA Zdeněk, Igor KISS, Vlastimil VÁLEK a kol. *Nádory podjaterní oblasti*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2867-4.

KOCIÁNOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTĚRBÁKOVÁ. *Přehled nejpoužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-012-1.

KREJSOVÁ, Marie. *Přehled nejpoužívanějších lékařských pojmů*. Praha: Informatorium, 2005. ISBN 80-7333-037-7.

KORDAČ, Václav a spol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN –
neuveдено

KOTRBA, Miroslav. *Kuchařka-žlučnicková dieta*. Praha: Dona, 2005. ISBN –
neuveдено

LUKÁŠ, Karel, Karel ŽÁK a kol. *Gastroenterologie a hematologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAŘATKA, Zdeněk a kol. *Klinická gastroenterologie*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN –
neuveдено

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

NEUWIRTH, Jiří, Greta FIFERNOVÁ. *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-88-5.

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

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

ŠPITÁLNÍKOVÁ Sylvie. In: Ordinace.cz [online]. *Léčivé rostliny používané při onemocnění žlučníku a žlučových cest* Ročník, číslo, str. neuvedeny. [cit. 2008-03-10]. ISSN 1801-8467 Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/lecive-rostliny-pouzivane-pri-onemocneni-zlucniku-a-zlucovych-cest/>

CHOLELITIÁZA. In: Pfyziolfup.upol [online]. © 2012 *pfyziolfup.upol*. [vid. 1. 2. 2013]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki2>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - Recepty pro pacienty s onemocněním žlučníku	I
PŘÍLOHA B - Léčivé byliny.....	III
PŘÍLOHA C - Obrázek 1 cholelitiáza (Dobiaš, 2012).....	V
PŘÍLOHA D - Čestné prohlášení studentek získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	VII

PŘÍLOHA A

RECEPTY PRO PACIENTY S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU

Brambory v alobalu

8 velkých brambor oválného tvaru (minimálně 10 cm délky), počítáme

2 brambory na osobu

Brambory důkladně omyjeme, osušíme, ponecháme ve slupce a jednotlivě zabalíme do alobalu, poklademe na plech nebo na rošt a pečeme v troubě vyhřáté na 200 - 225 °C (asi 45 - 60 minut). Hotové brambory částečně rozbalíme, křížem nakrojíme po delší straně, otvor zvětšíme a mírně vyhloubíme. Podávat můžeme s máslem, bylinkovým máslem, jogurtovou omáčkou.

Jogurtová omáčka: 1 bílý nízkotučný jogurt, čerstvá nadrobno nasekaná pažitka, lžice citronové šťávy, lžička kečupu a sůl dle chuti.

Palačinky se špenátem

Suroviny na palačinky: 250g hladké mouky, 5 dcl nízkotučného mléka, 3 vejce, 2 lžice oleje, asi 30 g cukru moučky, špetka soli

Suroviny na špenátovou náplň: 1 vejce, 1 mražený špenát, 2 – 3 lžice hladké mouky,

1 dcl nízkotučného mléka, 20 g másla sůl, 2 stroužky česneku (cca 15 – 20 kusů)

Do nádoby vlijeme asi 1 dcl mléka a rozšleháme v něm vejce, cukr a sůl, vmícháme olej a těsto zředíme mlékem na požadovanou konzistenci. Těsto necháme chvíli odpočinout. Smažíme na rozpálené teflonové pánvi, pro nemocné strávnicky, kteří musí omezit přísun tuků v dietě, lze palačinky z výše uvedeného těsta připravovat na úplně suché pánvi. Těsto nalijeme naběračkou do středu pánve a necháme je rovnoměrně roztéci po celé ploše. Jakmile těsto ztuhne, palačinku obrátíme a upečeme z druhé strany. Záleží na kvalitě teflonové pánve, ale při přípravě bez tuku potřebuje palačinka většinou trochu pomoci, aby se nechala obrátit. Proto, jakmile

těsto začne od krajů tuhnout, opatrně uvolňujeme okraje plastovou obracečkou. Palačinku postupně uvolníme celou, takže ji můžeme obrátit (buď pomocí obracečky, nebo elegantně nadhozem). Hotové palačinky klademe na plochý talíř a plníme špenátem. (FREJ, 2006).

PŘÍLOHA B

LÉČIVÉ BYLINY

Léčivých rostlin příznivě působící na žlučník a žlučové cesty je skutečně celá řada. Můžeme je rozdělit na choleretika (podporují a zlepšují tvorbu žluči v jaterních buňkách), cholekinetika (zlepšují pohyb žluči v žlučových cestách) a cholagoga (zvyšují a urychlují vylučování žluči ze žlučových cest a žlučníku do střeva). Jednotlivé druhy se liší spolehlivostí a intenzitou léčebného účinku. Přírodní léčiva mají spíše podpůrný a doplňkový charakter nelze od jejich užívání očekávat zázraky. Pokud potíže neustupují nebo se zhoršují, je třeba vyhledat odbornou pomoc. Žádnou léčivou rostlinu není vhodné užívat dlouhodobě. I přírodní léčiva mají své nežádoucí účinky. Mohou také ovlivňovat efekt již léků podávaných k léčbě jiných onemocnění, proto je vhodné poradit se o jejich využití se svým ošetřujícím lékařem. Většina uvedených léčivých rostlin se používá ve formě nálevu připraveného za tepla. Správně postupujeme takto: požadované množství předepsaných částí rostlin většinou sušené se přelije určeným množstvím vroucí vody. Nádoba se přikryje a na teplém místě se nechá stát asi 15 minut (ŠPITÁLNÍKOVÁ, 2008).

Artyčok zeleninový (*Cynara scolymus*)

Když kvete, sbírá se list pro léčebné účely. Suší se umělým teplem do 40°C, je bez zápachu a chutná hořce. Obsahuje hořčiny, třísloviny, inulín, sliz. Usnadňuje tvorbu a vylučování žluči. Doporučená denní dávka jsou dvě polévkové lžíce, které zalijeme šálkem vroucí vody a připravený nálev užíváme vnitřně (ŠPITÁLNÍKOVÁ, 2008).

Boldovník vonný (*Peumus boldus*)

Tato dřevina má stále zelenými listy. Listy bývají křehké, tuhé a kožovité, obvykle 6 cm dlouhé a 4cm široké, šedozelené až žlutozelené. Jejich okraje bývají podvinuté. Líc listu je hrboletý. Pochází z Peru a Chile. V lidovém léčitelství se používá list. Sušené listy mají kafrový pach a silně kořenitou mírně nahořklou chuť. Obsahuje silici, alkaloidy hlavně boldin a tak flavonoidy. Boldin stimuluje tvorbu

a vylučování žluči. Sušené listy a přípravky (dražé, granule, extrakty) se používají při onemocnění žlučníku a žlučových cest (ŠPITÁLNÍKOVÁ, 2008).

Šalvěj lékařská (*Salvia officinalis*)

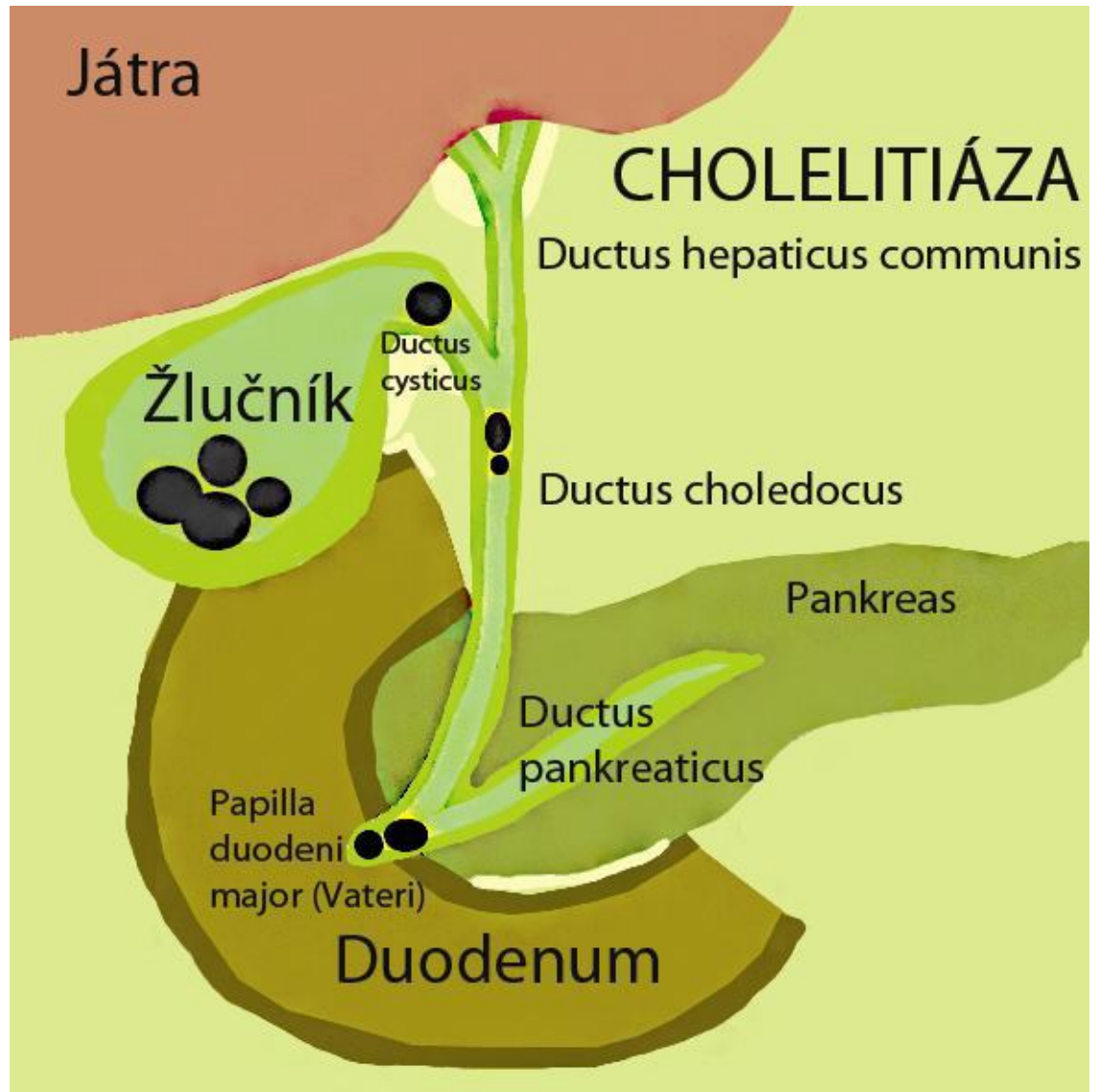
Setkáváme se s ní v našich zahrádkách. Sbírá se list či nať krátce před květem v květnu či červnu v poledne za suchého počasí. Vlhké listy rychle zhnědnou. Suší se ve stínu či při umělém teple do 35°C. Správně usušené listy i nať by měly být zelenavé až stříbrošedé. Vůně sušené šalvěje bývá výrazně kořenitá, chuť nahořklá až svíravá. Obsahuje hlavně silici, třísloviny, hořčiny, některé hormony, sloučeniny kyseliny nikotinové. Jednou ze složek silice je jedovatý thujon. Proto není vhodné šalvěj užívat v libovolných dávkách nebo delší dobu než týden. Šalvěj působí protizánětlivě, podporuje trávení, zlepšuje funkci žlučníku, uvolňuje křeče hladkých svalů (střev, močových, žlučových cest). Nálev se připraví přelitím 1 čajové lžičky sušené šalvěje na šálek vroucí vody. Pije se před hlavními jídly. V malém množství 1 - 2 lístky čerstvé šalvěje či špetka suché šalvěje na jednu porci se používá také jako koření (ŠPITÁLNÍKOVÁ, 2008).

Pelyněk pravý (*Artemisia absinthium*)

Sbírá se kvetoucí nať v červnu až srpnu za suchého počasí v poledních hodinách. Teplota při sušení nesmí překročit 40°C. Sušená nať má mimořádně hořkou chuť. Obsahuje zejména silici, hořčiny. Působí zvýšené vylučování trávicích šťáv. Malé dávky působí uvolnění křečí, vyprázdnění žlučníku. Používá se při žlučových kolikách. Vnitřně se užívá ve formě nálevu, který připravíme z 1-2 čajových lžiček sušené pelyňkové natě přelité jedním šálkem vroucí vody. Pije se třikrát denně. Někdy se podává také ve formě prášku třikrát denně 1 g. Nesmí se podávat těhotným ženám. Není vhodné používat pelyněk déle než 5 dní. V silici obsažený thujon je ve velkých dávkách jedovatý, vyvolává závratě a křeče. Nadměrné nebo časté používání pelyňku ve formě nálevu, koření či likéru může vést ke klinickým poruchám čítí i vědomí (ŠPITÁLNÍKOVÁ, 2008).

PŘÍLOHA C

OBRÁZEK 1 CHOLELITIÁZA (DOBIAŠ, 2012)



Zdroj: Cholelitiáza. In: pfyziollfup.upol [online]. © 2012 pfyziollfup.upol. [vid. 1. 2. 2013]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2>

PŘÍLOHA D

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ
PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cholecystolithiázou“ jsem vypracovala samostatně, pod odborným vedením vedoucího bakalářské práce. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb. o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským ve znění pozdějších předpisů).

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

Lucie Prátová DiS.