

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**DENYS BUDARIN**

**Praha 2016**

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

Bakalářská práce

DENYS BUDARIN

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD

Praha 2016



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

**Budarin Denys**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 4. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním žlučníku a  
žlučových cest

*Complex Nursing Process in Patients with Diseases of the Gallbladder  
and Biliary Tract*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Rád bych poděkoval PhDr. Janě Hlinovské za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a její čas. Dále bych chtěl poděkovat vrchní sestře chirurgického oddělení Mgr. Ivaně Bališové za možnost praxe. Také bych chtěl poděkovat ostatním zaměstnancům oddělení za pomoc a výuku.

## ABSTRAKT

BUDARIN, Denys. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2016. 71 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest. Práce bude rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první teoretické části se zaměřím na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku pacientů s onemocněním žlučníku a žlučových cest. V návaznosti je v práci popsáno základní dělení žlučníku, žlučových cest, příznaky, prevence a především léčba a ošetrovatelská péče o pacienta v nemocniční péči. Závěr práce tvoří psychosociální problematika pacientů s tímto onemocněním. Druhou praktickou část tvoří kazuistika – případová studie z klinické ošetrovatelské praxe v nemocnici. Ošetrovatelský proces ve všech pěti fázích a zhodnocení kvality poskytované péče.

### Klíčová slova

Bolest. Onemocnění. Ošetrovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra. Žlučník. Žlučové cesty.

## ABSTRACT

BUDARIN, Denys. *Complex Nursing Process in Patients with Diseases of the Gallbladder and Biliary Tract*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2016. 71 pages.

The theme of the bachelor thesis is comprehensive nursing care for patients with diseases of the gallbladder and biliary tract. The work will be divided into two parts, theoretical and practical. In the first part I will focus on the medical and nursing problems of patients with diseases of the gallbladder and biliary tract. Further I will break down the basic division of the gallbladder, biliary tract, symptoms, prevention and treatment especially nursing and patient care in hospital setting. The thesis concludes with psychosocial problems of the patients with the disease. The second part consists of casuistry - a case study of clinical nursing practice in the hospital. Nursing process in all five stages and assessing the quality of care provided.

### Keywords

Bile ducts. Disease. Pain. Patient. General nurse. Gallbladder. Nursing Care.

## OBSAH

### SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

### SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	16
1 ETIOLOGIE.....	18
2 ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST...22	
2.1 CHOLECYSTITIDA AKUTNÍ .....	22
2.2 CHOLECYSTITIDA CHRONICKÁ .....	22
2.3 DYSKINEZE ŽLUČOVÝCH CEST .....	23
2.4 CHOLELITHIASIS .....	24
3 SYMPTOMATOLOGIE AKUTNÍ CHOLELITIÁZY ...26	
4 DIAGNOSTIKA CHOLELITIÁZY .....	27
5 LÉČBA CHOLELITIÁZY .....	30
6 VÝŽIVA.....	33
7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST .36	
7.1 Předoperační péče.....	36
7.2 Intraoperační období.....	37
7.3 Pooperační péče .....	37
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST .40	
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
ZÁVĚR .....	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	70
PŘÍLOHY.....	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ALP** – alkalická fosfatáza

**ALT** – alaninaminotransferáza

**Arb. j.** - arbitrárních jednotek

**ASA** – americká společnost anesteziologů

**AST** – aspartátaminotransferáza

**BMI** – body mass index

**CRP** – C-reaktivní protein

**CT** – počítačová tomografie

**CVK** – centrální venózní katétr

**CVT** – centrální venózní tlak

**CD** – cavum douglasi (douglasův prostor)

**D** – dechové frekvence

**Ery** – erytrocyty

**EKG** – elektrokardiograf

**ERCP** – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

**GIT** – gastrointestinální trakt

**GGT** – gama-glutamyltransferáza

**Gluk** – glukóza

**Ht** – hematokrit

**Hb** – hemoglobin

**ICHS** – ischemická choroba srdeční

**JIP** – jednotka intenzivní péče

**MCV** – mean corpuscular volume (střední objem erytrocytu)

**MCHC** – mean corpuscular haemoglobin concentration (celkový obsah hemoglobinu Ery)

**MCH** – mean corpuscular haemoglobin (střední obsah hemoglobinu erytrocytu)

**MRI** – magnetická rezonance

**NPB** – náhlá příhoda břišní

**p. o.** – per orální

**PCT** – prokalcitonin

**PMK** – permanentní močový katétr

**PŽK** – permanentní žilní katetr

**P** – puls

**RP** – % retikulocytů korigovaných výpočtem na normal.hematokrit

**RPI** – produkční index retikulocytů

**Rt** – retikulocyty %

**RTG** – rentgenové vyšetření

**RTG S+P** – rentgenové vyšetření srdce a plic

**Sph (SG)**– specifická hmotnost (specific gravity)

**T** – tlak

**TT** – teplota

**FR** – fyziologický roztok

**Urea** – urea, močovina

**U** – urina (moč)

**USG** – ultrasonografie

**UZ** – ultrazvukové vyšetření

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Atopická dyskineze** – nedostatečný průtok žluči

**Absces** – ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkáně

**Amyláza** – enzym štěpící škroby na jednodušší cukry

**Biliární** – týkající se žlučového systému

**Dilacerace** – roztržení

**Drenáž** – odstraňování tekutiny z ran po úrazu, operaci

**Cholecystektomie** – chirurgické odstranění žlučníku

**Cholecystitida** – zánětlivé onemocnění žlučníku

**Choledocholitiáza** – přítomnost žlučových kamínků ve žlučovodu

**Insuficience** – nedostatečnost

**Ikterichnost** – zežloutnutí skléry

**Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu

**Leukocytóza** – chorobné zmnožení bílých krvinek

**Lipáza** – enzym rozkládající tuky na glycerol a mastné kyseliny

**Nauzea** – subjektivní pocit nevolnosti

**Oddiho sfinkter** – svěrač uzavírající společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu do dvanáctníku duodena

**Pankreatitida** – zánětlivé onemocnění slinivky břišní

**Patogenetický** – týkající se mechanismu vzniku nemoci

**Peristaltika** – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který probíhá v podélném směru a slouží k posouvání jejich obsahu

**Profylaxe** – ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat

**Resekce** – odstranění části nebo celého orgánu

**Retroperitoneum** – část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou  
vystlanou pobřišnicí

**Spastická dyskineze** – zvýšení toku žluče

**Tachykardie** – je zvýšená tepová frekvence

(VOKURKA a kol., 2010)

## ÚVOD

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části je, zaměřit se na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku pacientů s onemocněním žlučníku a žlučových cest, popsat etiologii, symptomatologii, rozepsat metody diagnostiky a léčby, popsat výživu a specifiku ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

Cílem praktické části je zpracování plánu individuálního ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest, který byl hospitalizován na chirurgickém oddělení v místě vykonání individuální praxe. Ošetrovatelský proces byl vypracován podle modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové napodkladě získaných informací od nemocného, ze zdravotnické dokumentace a od dalších členů ošetrovatelského týmu. Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz bylo využito taxonomie II NANDA I domén 2012-2014.

Žlučnickové kameny jsou jedním z těch onemocnění, jehož četnost se snižuje s vývojem lékařské vědy a zlepšením správné životosprávy. K prodloužení střední délky života přispívá především lepší životospráva.

V Rusku je výskyt onemocnění žlučovými kameny na úrovni evropského průměru 10 %, ale bylo zjištěno, že ve druhé polovině dvacátého století se výskyt žlučových kamenů v populaci zdvojnásobuje každých deset let. Ve věku 60 let téměř každý druhý člověk trpí bolestivými útoky biliární koliky, která postihuje zejména ženy (LASUKOVA, 2006). Nemocní často nevyžadují lékařskou pomoc a nevědí, že tím ohrožují svůj život. Chirurgové se běžně setkávají s komplikovanými případy onemocnění žlučovými kameny, jejichž komplikace vznikají z toho důvodu, že člověk nemá dostatečné znalosti spojené se závažností onemocnění, kdy jsou kameny ve žlučníku a žlučových cestách.

V případě včasného využití moderní metody léčby cholelitiázy, lze dosáhnout úplného uzdravení v 85-95% případů. U nekomplikovaných případů této choroby pacienti snázejí léčbu lépe. Celková úmrtnost po operacích žlučových kamenů je od 0,5 % do 0,8 %, v závažnějších případech se zpravidla zvyšuje náročnost operace, a to zejména u starších osob (LASUKOVA, 2006).

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Rozpracovat základní dělení žlučníku, žlučových cest, příznaky, prevence a především léčbu.

**Cíl 2:** Rozpracovat plán ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest v nemocniční péči.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl1:** Vypracovat ošetrovatelský proces o pacienta s cholelitiázou na chirurgickém oddělení a stanovit ošetrovatelské diagnózy.

**Cíl2:** Přiblížit problematiku zánětlivého onemocnění žlučníku a žlučových cest především z hlediska náročnosti ošetrovatelské péče a zátěže pacienta.

#### **Vstupní literatura:**

JANÍKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice&klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.

#### **Popis rešeršní strategie:**

Pro vyhledávání odborných publikací byla zvolena klíčová slova za účelem snížení konečného počtu dokumentů. Tato slova jsou: bolest, onemocnění, ošetrovatelská péče, pacient, všeobecná sestra, žlučník a žlučové cesty. Rešerše byly vytvořené v rešeršním oddělení Národní lékařské knihovny.

# 1 ETIOLOGIE

Vzhledem k tomu, že žlučník a žlučové cesty jsou místem akumulace a dokonce koncentrace žluči, žluč a její složky jsou také za určitých podmínek zdrojem kamenů.

Žluč je z 85-95 % vytvořena z vody, ve které se nacházejí žlučové kyseliny, cholesterol, fosfolipidy, bilirubin, bílkoviny a elektrolyty. Primární součástí žluči jsou lipidy (tuky) a pigmenty. Hlavní žlučové lipidy – cholesterol, fosfolipidy a žlučové kyseliny jsou produkty metabolismu jaterních lipidů. Základním pigmentem žlučového barviva je bilirubin. Bilirubin je konečným produktem rozpadu hemoglobinu, který se uvolní při zničení starých nebo poškozených červených krvinek (NAŇKA, 2009).

Většina žlučových kamenů je smíšená. Obsahují značné množství organických a anorganických látek, jako je například cholesterol, žlučová kyselina, bílkoviny, sůl, vápník, bilirubin a mikroprvky. Nicméně při převaze složek je dovoleno rozlišovat cholesterolové, pigmentové a smíšené kameny.

Nejčastěji se setkáváme s cholesterolovými kameny, jejichž hlavní složkou je cholesterol. Cholesterolové kameny mají převážně kruhový nebo oválný tvar, jejichž průměr je typický od 4-5 do 12-15 mm a jsou téměř vždy umístěny ve žlučníku. Převážně smíšené cholesterolové kameny mají vrstvenou strukturu nebo se skládají z pigmentované středové části, obklopené tenkou vrstvou cholesterolu. Vápno a pigment jsou základními znečišťujícími látkami cholesterolových kamenů, které vytvářejí cholesterolo-pigmento-vápenaté kameny a jsou z velké části mnohonásobné. Vyskytují se jich desítky nebo dokonce až stovky (OGULOV, 2006).

Pigmentové kameny mají často malé rozměry, jsou tvrdé a křehké. Obsahují hlavně bilirubin a jeho polymery. Rozlišují se na černé a hnědé pigmentové kameny. Obvykle se nacházejí jak ve žlučníku, tak i ve žlučových cestách.

Velmi vzácně se setkáváme s vápničovými kameny, složenými z uhličitanu vápenatého. Jejich tvar je obvykle nepředvídatelný a často trnový. Barva kamenů je světlá až tmavohnědá.



Důvody tvorby cholesterolových a pigmentových kamenů žlučových cest jsou různé, neboť jsou vytvořeny z různých složek.

Tvorba cholesterolových kamenů je způsobená třemi hlavními faktory: přesycením žluči cholesterolem, ukládáním soli cholesterolu ve formě krystalů a poškozením funkce žlučníku. Jinými slovy, když je velké množství cholesterolu ve žluči, tak se obvyklé vylučování narušuje (NIKOLAJEV, 2007).

Přesycení žluči cholesterolem záleží na věku, pohlaví, dědičnosti, obezitě, onemocnění jater a podávání některých léků. Cholesterol je ve vodě nerozpustný, ale ve žluči je v rozpustném stavu, v důsledku přítomnosti kyseliny žlučové a lecitinu (fosfolipidu). Tyto lipidy tvoří micely (multilamelární váčky) složené z cholesterolu, lecitinu a žlučových kyselin. Hlavním faktorem je poměr mezi lipidy. V případě, že množství kyseliny žlučové a lecitinu není dostatečné pro vytvoření micely, ve které může být "zabalený" cholesterol obsažený ve žluči, je žluč považována za přesycenou a predisponující ke tvorbě kamenů. Pro tvorbu kamenů je rozhodující nejen žluč obsahující přebytek cholesterolu, ale i normální úroveň žluče nebo dokonce i žluč se sníženým obsahem cholesterolu, avšak při nedostatku žlučových kyselin a lecitinu. Proto by měly být určeny znaky, předurčující vznik rizika tvořících se kamenů ve žluči, které mají vliv na zvyšování hladiny cholesterolu (věk, pohlaví, obezita, dědičnost) nebo na snížení úrovně lecitinu a žlučových kyselin (diety, onemocnění jater, dědičnost, podávání některých léků). Mělo by být také uvedeno, že existují faktory, které ovlivňují oba mechanismy přesycení žluči cholesterolem (ILČENKO, 2011).

Žluč přesycená cholesterolem je jen jedním z faktorů, predisponujících ke vzniku kamenů. Pro jejich vznik je nutné i ukládání cholesterolových krystalů z vícevrstevnatých váček (micely). Mezi faktory, které dále přispívají k ukládání cholesterolu patří přítomnost hlenu ve žluči, nadbytek proteinu, infekce žlučových cest a další. Hlen snižuje podávání aspirinu a dalších nesteroidních protizánětlivých léků. Zvláštní význam pro lidské zdraví má stav žlučníku a jeho schopnost plně vykonávat svou funkci. V době mezi příjmem potravy je žlučník naplněn žlučí z jater, kde se hromadí a následně putuje do dvanáctníku. Za normálních okolností je žlučník uvolněn z produktů degradace, které mohou indukovat tvorbu kamenů a to zejména u lidí s přesycenou žlučí a krátkou dobou ukládání. V případě zdravé kontraktilní funkce a neustálého doplňování žluči, ke tvorbě kamenů ve žlučníku nedochází. Proces

tvorby žluči ve žlučníku se zpomaluje při jeho onemocnění, které způsobuje stagnaci žluči, srážení a krystalizace cholesterolu se vznikem tmelu, který předchází tvorbě žlučových kamenů. Biliární tmel je suspenze krystalů cholesterolu, granulí bilirubinátu vápenatého a jiné soli, ve 20 % případů způsobuje rozvoj žlučových kamenů nebo akutní cholecystitis (VOROTYNCEV, 2007).

Pigmentové kameny obsahující méně než 30 % cholesterolu, vytvořeného při poruchách metabolismu pigmentu. Černé pigmentové kameny neobsahují cholesterol. Mechanismus jejich vzniku není zcela objasněn, ale je známo, že se vyskytuje u onemocnění charakterizovaných zvýšeným ničením eritrocitu (hemolýzou), který se uvolňuje v důsledku velkého množství pigmentu. Pigmentové kameny mohou vzniknout spolu s cirhózou jater (DANILOV, 2005).

Hnědé pigmentové kameny jsou smíšené kameny, obsahující pigment a menší množství stearátu vápenatého, palmitátu a cholesterolu, které se tvoří kvůli stagnaci žluči a infekci žlučových cest.

Hlavním místem vzniku kamenů při cholelitiáze je žlučník, kde jsou příznivé podmínky pro ukládání cholesterolu a pigmentu bilirubinu. K tvorbě cholesterolu a černého pigmentu kamenů dochází převážně ve žlučových cestách, ale jen ve výjimečných případech. Obvykle se tyto druhy kamenů stěhují do žlučových cest ze žlučníku při ataku žlučových kolik. Hnědé pigmentované kameny se mohou vyskytovat v žlučových cestách (DANILOV, 2005).

Na vznik kamenů v žlučových cestách mají významný vliv hormony. Ke zvýšenému výskytu kamenů dochází i při podávání perorální antikoncepce, kdy při dlouhodobém podávání antikoncepce dochází u žen k výskytu onemocnění žlučníku dvakrát častěji než u žen neužívajících hormonální antikoncepci. Další vliv na vznik kamenů má příjem léků obsahující estrogen, což má významný vliv u žen v menopauze, kdy se výskyt žlučových kamenů zvyšuje 2,5 krát. Ke stejnému vzorci dochází u mužů užívajících estrogen k léčbě rakoviny prostaty (STUKALOV, 2008).

Mnoho rodiček onemocní častěji než ženy, které neprodily. V pozdní fázi těhotenství dochází k neúplnému vyprázdnění žlučníku, což vede ke zvýšení jeho zbytkového množství, akumulaci krystalů cholesterolu a v důsledku k tvorbě žlučových kamenů. Během těhotenství dochází ke zvýšenému výskytu žlučového tmelu, který se

u 2/3 žen klinicky neprojeví a po porodu sám zmizí. V období po porodu jsou žlučové kameny diagnostikovány 9x častěji než je obvyklé. Malé kameny občas zmizí po ukončení těhotenství u třetiny žen (LASUKOVA, 2007).

Máme stanoveny predisponující faktory žlučových kamenů a můžeme konstatovat, že některé z nich jako například dědičnost nebo těhotenství nelze v žádném případě vyloučit.

## **2 ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

Onemocnění žlučníku a jeho cest jsou léčena na gastroenterologii. V případě akutního stavu pacienta dochází k léčbě na chirurgickém oddělení.

Nejčastějším onemocněním žlučových cest jsou žlučové kameny. Při průchodu žlučových kamenů žlučovými cestami vzniká žlučnicková kolika. Zánětem mohou být dále postiženy žlučové cesty a žlučník. Dalším onemocněním je biliární dysfunkce, což je funkční porucha pohyblivosti žlučových cest, při které vznikají časté zažívací potíže a nesnášenlivost některých jídel (zvláště tučných a smažených jídel). Vážným onemocněním je karcinom žlučníku, který se často projevuje až v pozdních stádiích, kdy přes veškerou snahu bývá léčba neúspěšná (ILČENKO, 2011).

### **2.1 CHOLECYSTITIDA AKUTNÍ**

Akutní cholecystitida – je jedním z nejčastějších onemocnění žlučníku. Hlavní příčinou výskytu akutní cholecystitidy je infekce. Infekce může do žlučníku proniknout třemi způsoby: krví, ze střeva přes žlučnickové cesty a přes lymfatický systém. S krví a lymfou se infekce dostane do žlučníku jen tehdy, pokud dochází k poruše jaterní neutralizační funkce. Kvůli motorickým vadám žlučovodu mohou bakterie proniknout ze střeva. Zánět v žlučníku nenastoupí, pokud nedochází k porušení motorické funkce a ke stagnaci žluči (IVANČENKOVA, 2006).

V závislosti na patologických změnách rozlišujeme katarální, abscesovou, gangrenózní a cholecystitidu perforovaného tvaru. Mezi nejčastější komplikace akutního zánětu žlučníku patří hnisavá peritonitida, cholangitis, pankreatitis, jaterní abscesy. Při akutní kalkulózní cholecystitidě může dojít k částečné nebo úplné obstrukci společného žlučovodu a k rozvoji obstrukční hepatitidy A (žloutenka) (ILČENKO, 2011).

### **2.2 CHOLECYSTITIDA CHRONICKÁ**

Mezi nejčastější chronické onemocnění žlučníku a žlučových cest patří chronická cholecystitida.

Chronická cholecystitida je zánětlivé onemocnění, které způsobuje porušení stěny žlučníku, tvorbu kamenů v něm a motorické poruchy žlučového systému.

Chronická cholecystitida se vyvíjí postupně, málo kdy po akutním zánětu žlučníku. V případě přítomnosti kamenů mluvíme o chronickém kalkulózním cholecystitis, v případě jejich nepřítomnosti se jedná o cholecystitidu bez kamenů. Často se vyskytuje v kontextu dalších chronických onemocnění trávicího traktu: gastritidy, pankreatitidy, hepatitidy.

Vývoj chronické cholecystitidy je způsoben bakteriální flórou (*Escherichia coli*, streptokoky, stafylokoky a další). Ve vzácných případech chronická cholecystitida je způsobena anaerobními bakteriemi helmintóza (*Opisthorchis*, *Giardia*), plísňovými infekcemi (Aktinomykóza) a viry hepatitidy. Existuje cholecystitida toxického a alergologického původu (IVANČENKOVA, 2006).

### **2.3 DYSKINEZE ŽLUČOVÝCH CEST**

Dyskineze žlučových cest je nemoc spojená s poruchou hybnosti žlučníku a žlučových cest, v důsledku čehož dochází k nesprávnému průtoku žluči pro trávení do dvanáctníku.

Mezi hlavní důvody systémové nerovnováhy patří jak nadměrná konzumace kořeněných, slaných, mastných, smažených, uzených potravin a alkoholických nápojů, tak i negativní emoce (hněv, podrážděnost). Dalším důvodem dyskineze žlučových cest je nervový stres, což vede ke křečím žlučníku, žlučových cest a nadměrnému uvolňování žluči do dvanáctníku. V důsledku toho je odvedena do slinivky břišní, kde je její tok blokován a tímto způsobem je narušen odtok pankreatické šťávy. Tak začíná vlastní trávení pankreatu a vývoj reaktivní pankreatitidy i diabetu. Dalšími možnými komplikacemi dyskineze jsou zánět žlučníku (cholecystitida), žlučové kameny, holetsistopankreatit, duodenitida, gastroduodenitida a atopické dermatitidy. Mezi faktory, které přispívají k rozvoji dyskineze žlučových cest patří následující onemocnění: genetická predispozice; přítomnost vegetativní-cévní dystonie; virová hepatitida; neurózy; potravinové alergie, atopická dermatitida; struma; zánětlivé onemocnění zažívacího traktu; chronické léze infekcí dýchacích cest; endokrinní onemocnění (hypertyreóza, diabetes mellitus) a parazitózu gastrointestinálního traktu (IVANČENKOVA, 2006).

V závislosti na charakteru poruchy příjmu kyseliny žlučové, se rozlišuje hypokinetická dyskineze žlučových cest (nedostatečný průtok žluči) a hyperkinetický

typ onemocnění (zvýšení toku žluče). První typ onemocnění se nazývá atopická dyskineze a druhý typ – spastická dyskineze.

## **2.4 CHOLELITHIASIS**

Cholelithiasis je onemocnění žlučníku, ve kterém jsou vytvořené žlučové kameny (cholecystolitiáza) nebo kameny mohou být v žlučovodu (choledocholitiáza). V první fázi onemocnění jsou zjištěny fyzikální a chemické procesy, které přispívají k tvorbě kamenů. Druhé fázi se při přítomnosti kamenů říká – asymptomatická nemoc (ale v současné době skrytá). V průběhu třetí etapy jsou symptomy cholelithiasis (KUTYAKOV, 2005).

Výskyt žlučových kamenů může způsobit vývoj cholecystitidu. Pokud má pacient nekomplikovanou formu onemocnění, použije se konzervativní léčba. V případě těžšího stádia nemoci je nutná operace.

Existují tři hlavní typy žlučových kamenů: cholesterolové, pigmentové a smíšené. Smíšené a cholesterolové žlučové kameny obsahují více než 70 % cholesterolu. Pigmentové kameny obsahují alespoň 10 % cholesterolu. Nejčastějším typem žlučových kamenů jsou cholesterolové kameny, které mohou být lokalizovány ve žlučníku a žlučových cestách. Hlavními důvody pro tvorbu kamenů jsou porušení fyzikálně-chemického složení žluči, žlučové stagnace a infekce žlučových cest (KUTYAKOV, 2005).

### **Rizikové faktory, které by mohly vést k rozvoji cholelitiázy:**

- nevyvážená a nesprávná výživa;
- nadváha;
- pohlaví (ženy mají větší pravděpodobnost, že onemocní častěji než muži);
- pravidelné užívání hormonální antikoncepce;
- dědičnost.

**Tvorba žlučových kamenů v důsledku onemocnění:**

- diabetes;
- cirhóza jater;
- hyperparatyroidismus;
- Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

### 3 SYMPTOMATOLOGIE AKUTNÍ CHOLELITIÁZY

Prvním příznakem cholecystitidy je nejčastěji výskyt záchvatovité bolesti pod pravým žebrem, bolesti vyzařující do oblasti ramena, lopatky a v supraklavikulární oblasti (na pravé straně). Bolest je provázena pocitem nauzey a opakovaného zvracení. Za charakteristické příznaky jsou u pacientů považovány hořká chuť v ústech a přítomnost žluči ve zvracích. Nejprve je pocíťována v pravém podžebří tupá bolest, jejíž intenzita se zvyšuje s rozvojem patologického procesu. Tělesná teplota může dosáhnout 38°C, v některých případech má pacient zimnice (ZEMSKOV, 2015).

V případě destruktivní formy onemocnění nebo zejména komplikací peritonitidy perforovaného tvaru – včetně příznaků zánětu žlučníku, dojde k nárůstu srdeční frekvence na 100-120 tepů za minutu (tachykardie). V některých případech dochází k zežloutnutí skléry (ikterichnost); výraznější příznaky žloutenky budou zaznamenány, pokud má pacient problém s obecnou průchodností žlučových cest v důsledku zánětu nebo zablokování konkrementem (ZEMSKOV, 2015).

Při vyšetření má pacient suchý jazyk pokrytý plakem. Při palpaci břicha se projevuje bolest v pravém podžebří a reflexní reakce svalů, živý projev z těchto příznaků by měl zvýšit podezření na destruktivní formy onemocnění.

V lékařství jsou známy další specifické příznaky zánětu žlučníku (akutní forma) (ZEMSKOV, 2015):

Grekov symptom – Ortner: pacient cítí bolest při další kontrole, lékař hranou dlaně poklepe na žeberní oblouk z pravé strany;

Symptom Kera: hluboký pohmat na inspiraci způsobuje ve žlučníku náhlý nárůst bolesti;

U vyšetření krve je zaznamenán zvýšený počet bílých krvinek a neutrofilů (leukocytóza, neutrofilii) a nízké lymfocyty (lymfopenie).



## 4 DIAGNOSTIKA CHOLELITIÁZY

Diagnostika cholelitiázy se opírá o klinický a laboratorní obraz, z dalších metod je na prvním místě ultrasonografie, v záloze pak zůstává CT a pro diagnostiku choledocholitiázy zejména ERCP. ERCP je na místě především při podezření na konkrementy ve žlučových cestách. V diagnostice je v současnosti nahrazuje MRCP. Role ERCP v léčbě choledocholithiasy je však nezastupitelná. Ve složitých situacích je na vysoce specializovaných pracovištích prováděno PTC vyšetření.

### **Ultrasonografie**

Ultrazvuk je v současné době nejvíce informativní a zároveň nejméně invazivní způsob diagnózy cholelitiázy. Moderní ultrazvuková diagnostika může odhalit kámen do 2 mm a nejcitlivější přístroje mohou diagnostikovat i starší fáze vzniku žlučových kamenů (ILČENKO, 2011).

### **ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie**

Kombinuje endoskopickou metodu při které identifikujeme Vaterskou papilu a zavádíme do ní kanylu s následnou aplikací kontrastu do pankreatického vývodu a žlučových cest a jejich RTG zobrazení. Výhodou této metody v porovnání s jinými metodami, u kterých se používají rentgenová kontrastní činidla, je, že umožňuje okamžité zavedení kontrastního materiálu do žlučových cest. V případě porušení vylučovací funkce jater, nefunkčního žlučníku, nedostatečnosti Oddiho svěrače, umožňuje lépe zobrazit žlučník a jeho cesty. Kromě identifikace konkrémentů po celé délce žlučových cest umožňuje ERCP řadu léčebných zákroků (odstranění konkrémentu ze žlučových cest, papilotomie, zavedení stentů) (KUTYAKOV, 2005).

### **MRCP – magnetická rezonance cholangiopancreatographie**

MRI ve své tradiční podobě je používána v diagnostice žlučových kamenů zřídka, avšak MRCP založená na počítačové rekonstrukci trojrozměrných obrazů žlučových cest, získává púdu pod nohama jako alternativa k jiným metodám cholangiografie. Toto neinvazivní vyšetření nevyžaduje podávání kontrastního činidla, trvá pouze několik minut a nezatěžuje nemocného ionizujícím zářením. Kromě toho řešení MRCP má kvalitu snímku, která se přibližuje k přímé cholangiografii. Citlivost

MRCP v diagnostice choledocholitiázy je asi 95 % takže tam, kde je možnost jejího provedení, hraje stále významnou roli v diagnostice choledocholitiázy (KUTYAKOV, 2005).

MRCP má některé nevýhody neinvazivního vyšetření. Neumožňuje odběr tkáně a materiálu k cytologickému, histologickému, mikrobiologickému a biochemickému vyšetření, a zejména nedává možnost přímého vyšetření duodena či Vaterovy papily a neumožňuje bezprostřední léčebný výkon (ERHMANN, 2008).

### **CT – počítačová tomografie**

V diagnostice onemocnění žlučníku a žlučových cest je role počítačové tomografie omezena ze stejných důvodů jako radiografie. Nicméně, počítačová tomografie rozšiřuje možnosti diagnostiky a lékař odhalí nebo vyloučí komplikace, jako například pankreatitidu, výskyt perivezikální tekutiny, její perforaci žlučníku a absces. Vývoj techniky počítačového zpracování tomografie v posledních letech umožňuje rekonstruovat obraz žlučových cest k provedení CT – cholangiografie (IVANČENKOVA, 2006).

PTC – punkční transhepatální cholangiografie.

Je indikována především u obstrukční žloutenky, tam kde se nedaří ERCP. Vyšetřující se pod RTG kontrolou snaží punkcí přes stěnu břišní, najít nitrojaterní rozšířený žlučovod a do něj je pak aplikována kontrastní látka. PTC umožňuje některé léčebné zákroky, například zavedení stentu do zúžených žlučových cest.

### **Labaratorní vyšetření**

Laboratorně můžeme zjistit možné příznaky zánětu pomocí stanovení hladiny leukocytů a sedimentace erytrocytů, dále pak ztížení odtoku žluče (alkalická fosfatáza, bilirubin) nebo jaterní poškození (ALT, AST). Perzistující cholestáza se projevuje ikterem, světlou stolicí a tmavou močí (HAVLÍK, 2002).

### **Povinné laboratorní vyšetření:**

- kompletní krevní obraz – leukocytóza s posunem bodnutí, zrychlený sedimentace erytrocytů;
- vyšetření moči – urobilin, bilirubin, přítomnost žlučových barviv;

- vyšetření celkového bilirubinu v krvi a jeho frakce - zvyšování úrovně bilirubinu díky přímé frakci;
- ALT, AST – zvýšená hladina ve vývoji reaktivní hepatitidy během biliární koliky;
- ALP – zvýšená hladina;
- GGT – zvýšená hladina;
- celkový obsah bílkovin v krvi – v normálním rozsahu;
- proteinogramma – absence dysproteinemia nebo malá hypergammaglobulinemia;
- hladina cukru v krvi – v normálním rozsahu;
- amylázy krvi a moči – lze pozorovat zvýšenou aktivitu enzymu;
- hladina cholesterolu v krvi – často zvýšená;
- $\beta$ -lipoprotein v krvi – často zvýšený;
- coprogram – zvýšení obsah mastných kyselin.

**V přítomnosti symptomů:**

- CRP v krvi – pro diagnostiku komplikací (chronická pankreatitida, cholangitis);
- fekální pankreatická elastáza-1 – pro diagnostiku komplikací (chronické pankreatitidy, cholangitida).

## 5 LÉČBA CHOLELITIÁZY

Hospitalizace je nutná pouze v případě biliární koliky. V období remise by se měly vytvořit podmínky pro realizaci optimálního režimu dne. Těžké fyzické aktivity jsou omezené. Zároveň je třeba připomenout, že hypokineza podporuje tvorbu kamenů.

### KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Při asymptomatické přítomnosti kamenů stejně jako v případech, kdy záchvat biliární koliky byl pouze jednou a záchvaty se neopakují nebo pacient má kontraindikace k chirurgickému zákroku, by měla být předepsána konzervativní léčba. Cílem konzervativní léčby žlučových kamenů je potlačení zánětu, zlepšení toku žluči a motorických funkcí žlučníku a jeho cest a zároveň odstranění poruch metabolismu souvisejících s nemocí (ILČENKO, 2010).

Lékař musí změnit taktiku léčby v závislosti na fázi patologického procesu (biliární kolika, exacerbace, remise). Zároveň musí rozhodnout, kde bude pacient léčen, tzn. zda bude léčen na chirurgickém oddělení nemocnice, ambulantně nebo v lázních.

Při záchvatu žlučové koliky okamžitě podáváme parenterálně spazmolytika a anticholinergika. Doporučují se teplé obklady na břicho v oblasti žlučníku (pokud nejsou žádné známky zánětu). Pokud nezabírají antispazmodické léky, podáváme je opakovaně za 0,5-1,5 hodiny.

Příznaky cholecystitidy nebo cholangitidy jsou indikací pro předepsání vysokých dávek širokospektrálních antibiotik. Doporučuje se chladit pravé podžebří, po dobu 1-2 dnů je předepsána dieta a jsou povoleny teplé nápoje. Tato léčba může zastavit záchvat koliky a eliminovat zánět. V období remise je předepsána dieta, farmakologická, fyzikální a balneologická léčba (HOCH, 2011).

Cholesterolové kameny malé velikosti můžeme rozpustit kyselinou chenodeoxylovou nebo aplikovat i ursodeoxycholovou kyselinu. Pokud má pacient příznaky cholestázy doprovázené svěděním, je předepsán cholestyramin, který zabraňuje vstřebávání cholesterolu a žlučových kyselin ve střevech.

Pacientům je doporučován dostatek pohybu, např. fyzioterapie, pěší turistika, časté a malé porce jídla (4-6 krát denně), omezení kořeněných a smažených jídel a potravin s vysokým obsahem cholesterolu (ILČENKO, 2010).

## **CHIRURGICKÁ LÉČBA**

### **Asymptomatické žlučové kameny**

Klinické příznaky bez příznakových žlučových kamenů se vyskytují v průměru u 2 % pacientů ročně. Většina pacientů s asymptomatickou cholecystolitiázou nebere v potaz, že je nutno podstoupit všechny nepříjemnosti, náklady a chirurgická rizika spojené s odstraněním žlučníku, jehož nemoc se nemusí nikdy prokázat klinicky, a to i přes všechny možné komplikace. Nicméně u pacientů s diabetem by měly být asymptomatické žlučové kameny odstraněny (VOROTYNCEV, 2005).

### **Žlučové kameny s klinickými příznaky**

I když ve většině případů vzniká spontánně biliární kolika, patologické příznaky žlučových cest se opakují každoročně u 20-40 % pacientů. Komplikace jako je zánět žlučníku, choledo-cholitiáz, cholangitida a pankreatitida se vyskytují u 1-2 % pacientů ročně (KOMAROVA, 2008). Takže existují všechny podklady k odstranění žlučníku (cholecystektomie).

Otevřená cholecystektomie, kdy přístupem ke žlučníku je laparotomie. Jde o bezpečný a efektivní chirurgický výkon v případě, že vše probíhá dle plánu bez komplikací. Obecně mortalita nepřesahuje 0,1-0,5 %. Její alternativou a v současnosti standardním přístupem se stala laparoskopická cholecystektomie. Při tomto způsobu operace je zotavení rychlejší, s malým pooperačním diskomfortem a lepšími kosmetickými výsledky, včetně ukazatelů pooperačních komplikací a úmrtnosti. V případě obtížnosti plné anatomické vizualizace žlučníku nebo možnosti komplikací při laparoskopické cholecystektomii, je nutná otevřená operace. Pokročilý věk obecně zvyšuje riziko jakéhokoliv typu intervence (KOMAROVA, 2008).

U pacientů trpících biliárními kolikami, epizody bolesti po cholecystektomii obvykle zmizí. U některých pacientů s dyspepsií a intolerancí mastných potravin před operací tyto příznaky z neznámých důvodů po operaci vymizely. Cholecystektomie nevede k problémům příjmu potravy a po operaci nevyžaduje žádné omezení ve stravě.

U některých pacientů dochází k průjmu, často kvůli malabsorpci solí žlučových kyselin (HOCH, 2011).

## 6 VÝŽIVA

Nevhodná strava podporuje tvorbu kamenů i zhoršení cholelitiázy. Kameny, které jsou vytvořeny v této patologii, se skládají především z produktů narušeného metabolismu cholesterolu a žlučových solí. Cílem diety s onemocněním žlučníku a žlučových cest je, poskytnout výživné potraviny, které obsahují normální množství bílkovin a sacharidů. U pacientů je potřeba omezit spotřebu tuků.

### **Tímto způsobem dosáhneme:**

- chemického šetření jater;
- normalizace jejich funkce a funkce žlučových cest;
- zabránění tvorby nových kamenů.

### **Dieta č.4 - šetřící s omezením tuků**

*Tuto dietu podáváme při chronickém onemocnění žlučníku, po skončení akutních obtíží nebo po operaci žlučníku. Strava má šetřící charakter jak výběrem potravin, tak jejich úpravou. Individuální výběr potravin zabrání zhoršení subjektivních potíží pacienta. Pestrou stravou zajistíme dostatek vitamínů a minerálních látek [www.drhamzova.cz/article/index/stripped\\_title/zlucnikova-dieta](http://www.drhamzova.cz/article/index/stripped_title/zlucnikova-dieta). Základním principem u žlučnickové diety je omezení příjmu tuků, jenž by neměl překročit hranici 60 g denně a dále je důležité v průběhu dne rozdělit si porce jídla na menších 5-6 dávek, což v podstatě splňuje i dietní doporučení pro hubnutí. Dále je důležité vyhýbat se pálivým a nadýmavým potravinám, nevhodná je také spotřeba alkoholu, i když malá sklenice piva většinou nevádí. Při přípravě jídla by se neměly používat tuky, výjimkou je malé množství olivového oleje. Jinak se doporučuje pouze vaření a dušení nebo pečení bez tuku (OLIVKA, 2014).*

### **Povolené potraviny**

- nízkotučné potraviny,
- obilniny (pečivo je vhodné jíst 1 den staré, čerstvé není vhodné),
- pouze nedráždivé koření,

- libové druhy masa,
- libové ryby,
- z uzenin pouze libová šunka,
- masové nebo zeleninové vývary, u zeleniny pozor na nadýmavou a pálivou,
- med,
- olivový olej v malém množství,
- máslo a margaríny na mazání,
- hroznový a bílý cukr,
- ovoce a zelenina s výjimkou nevhodných druhů.

#### **Zakázané potraviny**

- tučné maso,
- uzeniny,
- tučné ryby,
- konzervované výrobky,
- pálivé koření a pikantní jídla,
- čerstvé, smažené a sladké pečivo,
- nadýmavá a dráždivá zelenina (luštěniny, cibule, česnek, květák, brokolice),
- káva,
- perlivé a jemně perlivé nápoje,
- alkohol,
- tučné mléčné produkty a často i polotučné,



- ovoce s drobnými semínky (jahody, ostružiny, maliny, borůvky, jedlé jeřabiny),
- rajčata – konzumace pouze po odstranění semínek,
- kokos,
- všechny druhy ořechů,
- majonézy, hořčice, tatarské omáčky, pálivý kečup.

## 7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNENÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Sestra musí posoudit subjektivní a objektivní údaje pacienta. Zaměří se při posouzení zejména na dyspeptické těžkosti: nauzeu, zvracení, dietní chybu, nadýmání, nadměrnou plynatost; bolesti v pravém podžebří a anamnézu biliárních kolik. Sestra musí věnovat pozornost nejen dyspeptickým problémům, ale také stavu dýchacího systému. Bude zjišťována anamnéza předchozích respiračních potíží a zda je, či byl pacient kuřák. Důležité je zaznamenat přítomnost povrchního dýchání a neúčinný kašel. Následně bude zhodnocen nutriční stav pacienta a jiné oblasti.

### 7.1 Předoperační péče

Za pomoci dalšího komplexního posouzení zdravotního stavu pacienta stanoví sestra plán ošetrovatelské péče a ošetrovatelské diagnózy. Pacient bude poučen o předoperační přípravě a pooperačním režimu, včetně opatření při komplikacích, například bude poučen o tom, jak musí pacient vstávat z lůžka, dojde k nácvičku dýchání apod. Dále pacient podepíše záznam o provedené edukaci. Po rozhovoru s lékařem-operátorem a anesteziologem pacient podepíše informovaný souhlas s operačním výkonem a podáním anestezie (JANÍKOVÁ, 2013).

#### **Intervence sestry před operací žlučníku:**

- Obecná předoperační příprava.
- Kontrola dokumentace, kompletizace výsledků předoperačních vyšetření a kontrola podepsaných informovaných souhlasů.
- Příprava operačního pole (hygienická péče, hygiena a dezinfekce pupku, odstranění ochlupení, vložení tamponu do pupku a přelepení).
- Vyprázdnění střeva.
- Kontrola vitálních funkcí (TK, P, TT, D).
- Zavedení periferního žilního katétru.
- Dle ordinace lékaře intravenózní aplikace tekutin na zlepšení hydratace.

- Dle ordinujícího lékaře příprava a aplikace dalších léků.
- Kontrola lačnění, 6 hodin před operací pacient nesmí jíst, 2 hodiny před operací nesmí pít a od půlnoci nesmí kouřit.
- Prevence tromboembolické nemoci (bandáž dolních končetin a aplikace podle ordinujícího lékaře minihepatinizace).
- Dle ordinujícího lékaře aplikace ATB profylaxe nebo předání požadované dávky ATB pacientem na operační sál.
- Odložení šperku, sepsání cenností a vyjmutí zubní protézky.
- Před podáním premedikace kontrola vyprázdnění močového měchýře.
- Kontrola identifikace pacienta.
- Aplikace premedikace na výzvu z operačního sálu.
- Odvoz a předání pacienta na opeční sál.

## **7.2 Intraoperační období**

Operace probíhá v celkové anestezii. Poloha pacienta v průběhu operace je na zádech. Při klasické cholecystektomii se dutina břišní otevírá šikmou laparotomií v pravém podžebří nebo horní střední laparotomií (DUDA, 2000). Jestliže se cholecystektomie provádí laparoskopicky, provádí se výkon při založeném pneumoperitoneu Veressovou jehlou s chráničem hrotu. Operace probíhá v atmosféře oxidu uhličitého při tlaku 12 mm Hg. Do břišní dutiny se zavedou 3-4 troakary, kterými se zavádí optika a nástroje. Lékař-operatér provádí výkon za přímé kontroly zrakem na televizním monitoru (ZEMAN, 2006).

## **7.3 Pooperační péče**

O překladi pacienta z operačního sálu na standardní oddělení nebo na jednotku intenzivní péče rozhoduje anesteziolog a lékař-operatér. Při výskytu závažných komplikací pacient bude přeložen na JIP pro intenzivní sledování. V případě, že nejsou žádné komplikace, bude pacient první hodiny po operaci zpravidla na dospávacím pokoji vedle operačního sálu v péči anesteziologa a anesteziologické sestry. Po plném

probuzení a při dobrém stavu dýchání bude pacient přeložen na standardní chirurgické lůžkové oddělení.

V bezprostředním pooperačním období jsou u pacienta sledovány hlavní životní funkce: stav vědomí, dýchání, srdeční činnost a krevní oběh. Monitorování vitálních funkcí (TK, P, TT, D). Také je potřeba monitorovat stav vědomí. Kontrola vědomí a vitálních funkcí se provádí v pravidelných intervalech, které určí operátor a anesteziolog (v prvních hodinách po 15-30-60 min, interval se prodlužuje při stabilitě pacienta na 2-4 hodiny). U pacientů kteří byli přeloženi na jednotku intenzivní péče (JIP), se monitoruje CVT a EKG. Musíme sledovat případné příznaky krvácení a šoku. V prvních hodinách po operaci pacientovi může být aplikována oxygenoterapie. Dle ordinujícího lékaře se provede odběr krve na vyšetření krevního obrazu a biochemické vyšetření (AST, ALT, bilirubin) (ZELENÍKOVÁ, 2013).

Po odeznění anestezie má pacient po operačním výkonu bolesti, které se projevují na místě operační rány. Důležité je proto monitorovat bolesti a zajistit dostatečnou analgetizaci. Bolesti po laparoskopické operaci se mohou vyskytnout v epigastriu nebo v hypogastriu. Po cholecystektomii jsou viscerální bolesti nejsilnější v den operace (LARSEN, 2004).

Analgetika aplikujeme podle ordinujícího lékaře. Obvykle se používají analgetika v injekční formě. Injekce se aplikuje intramuskulárně nebo intravenózně. Terapeuticky účinné jsou nesteroidní protizánětlivé látky. V den operace se nepodávají opioidy (LARSEN, 2004).

### **Drenáž po cholecystektomii**

T-drén může být zaveden po cholecystektomii a revizi choledochu. Kehrova T-drenáž umožňuje dekompresi v žlučových cestách odvodem žluči ven, případný instrumentální endoskopický zásah a kontrastní znázornění žlučových cest (ČAPOV, 2001).

Při cholecystektomii nekomplikované cholelitiáze k lůžku žlučníku založíme dren na 3, maximálně 5 dní, pak se odstraní. Při komplikaci cholelitiázy (cholangitis, choledocholitiáza, atd.) zavádíme drenáž do žlučovodu (většinou do choledochu). Tato drenáž je zafixována ligaturou, v této souvislosti nemůže být dren samostatně z dutiny břišní odstraněn. Aby byla jistota, že je možno dren odstranit, je nutné vědět, kolik žluči

odvádí za jeden den a také je nutno znát výsledky ultrazvukové diagnostiky žlučových cest.

T-drén se po operaci napojí na sběrný sáček na samospád. Sáček je potřeba zafixovat pod úroveň pacientova pasu, aby nedošlo k refluxu žluči. Musíme sledovat kolik žluči odvádí drén, jaké barvy, jakého charakteru, průchodnost drénu a volnost samospádu. V první den po operaci má obsah světle-žlutou jaterní žluč (může být přítomnost příměsí malého množství krve). Je nutná přísná bilance odtoku žluči. Pokud bude obsah drenáže 1 litr za jeden den, musíme to nahlásit lékaři. Rána po drénu se zahojí za 24-72 hodin. T-drén odstraňuje jen lékař. Občas se stane, že pacient odchází s T-drénem do domácí péče. V tomto případě musíme pacienta poučit, jak o T-drén pečovat. Pacient by měl být ponaučen o tom, jak samostatně postupovat při vyprázdnění sáčku a jak pečovat o kůži v okolí drénu. Při těchto změnách se musí hlásit lékaři: hnisavá sekrece tam, kde je vstup drénu, otok, horečka, bolesti v pravé horní polovině břicha, žluč obtéká kolem drénu, zvracení, nauzea a světlá stolice (ZELENÍKOVÁ, 2013).

Po operaci musíme u pacienta sledovat stav hydratace, diurézu a celkovou bilanci tekutin. Následně musíme sledovat vyprázdnění močového měchýře, mělo by být do 6-8 hodin od operace. V den operace pacient dostává tekutiny jenom intravenózně. Za 2-4 hodiny po operaci může začít přijímat tekutiny per os. Dále se u pacienta může vyskytnout nauzea a zvracení kvůli anestezii, která klesá do 6-12 hodin po operačnímu výkonu. Dle ordinujícího lékaře podáváme antiemetika. Stěva začnou normálně fungovat za 2-3 dny, přičemž v prvních pooperačních dnech bude mít pacient pocit nafouklého břicha se zvýšeným odchodem plynů (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

## 8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

<b>Datum narození:</b> X.Y.48	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Praha	<b>Věk:</b> 68 let
<b>Adresa příbuzných:</b> Praha	<b>Číslo pojišťovny:</b> XXX
<b>RČ:</b> XXXXXXXXXX	<b>Státní příslušnost:</b> Česká republika
<b>Stav:</b> rozvedená	<b>Zaměstnání:</b> důchodce
<b>Datum přijetí:</b> 02.03.2016	<b>Typ přijetí:</b> akutní
<b>Oddělení:</b> Chirurgie	<b>Ošetřující lékař:</b> X.X
<b>Jméno a příjmení:</b> X.X	<b>Vzdělání:</b> středoškolské úkončené maturitou

### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„Měla jsem předepsanou konzervativní léčbu. Dodržovala jsem dietní omezení a brala jsem algifen. V noci se začaly projevovat akutní bolesti v pravém podžebří, pak se bolest začala rozšiřovat směrem nahoru do pravého ramena.“

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

K801 Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

I10 Esenciální (primární) hypertenze

E785 Hypelipidemie NS

### **Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu:**

- **TK:** 145/99 mmHg
- **P:** 96/min
- **D:** 20/min
- **TT:** 36,3 °C
- **Stav vědomí:** plné, jasné

- **Řeč, jazyk:** jasný
- **Výška:** 162 cm
- **Hmotnost:** 73 kg
- **BMI:** 27,4
- **Pohyblivost:** bez omezení
- **Orientace místem, časem, osobou:** orientovaná v čase, místě a prostoru

#### **Nynější onemocnění:**

Pacientka s 5 denní anamnézou bolestí v pravém podžebří přivezena RZS pro zhoršení obtíží. Dle sonografie konkrement zaklíněný v infundibulu žlučníku, leukocytoza.

#### **Informační zdroje:**

Pozorování a rozhovor s pacientem.

#### **Anamnéza:**

##### **Osobní anamnéza:**

**Sledovaná onemocnění:** hypertenze a hypercholesterolemie.

**Operace:** 0

**Překonaná a chronická onemocnění:** 0

**Úrazy:** 0

**Očkování:** běžná dětská očkování

**Transfúze:** 0

### **Léková anamnéza: (chronická medikace)**

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Způsob podání</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Lozap H	tbl.	per os	1-0-0	Losartan a diuretika
Lozap	tbl.	per os	0-0-1	Losartan a diuretika
Simvastatin	tbl.	per os	0-0-1	Hypolipidemika

### **Gynekologická anamnéza:**

**Menarché:** od 13 let

**Cyklus:** pravidelný

**Trvání:** 3–4 dny

**Intenzita, bolesti:** mírná

**PM:** nepamatuje

**A:** ne

**UPT:** ne

**Antikoncepce:** ne

**Menopauza:** v 51 letech

**Potíže klimakteria:** nemá

**Samovyšetřování prsou:** provádí

**Poslední gynekologická prohlídka:** před půl rokem

### **Alergologická anamnéza:**

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje



## **Rodinná anamnéza:**

**Matka:** zemřela v 80 letech zřejmě stářím

**Otec:** dlouho se prý léčil se srdcem, po dlouhé nemoci zemřel v 78 letech

**Sourozenci:** nemá

**Děti:** dcera – zdravá

## **Sociální anamnéza:**

**Stav:** rozvedená

**Bytové podmínky:** panelový byt 2+1

**Vztahy, role a interakce v rodině:** žije s dcerou v panelovém bytě, bez výrazných konfliktů, jen klasické rodinné problémy, které však společnými silami vždy zvládly, se sousedy mají dobrý vztah.

## **Abúzy:**

**Alkohol:** nepije

**Kouření:** kouří 10 cigaret denně

**Káva:** nepije

**Léky:** neguje

**Jiné návykové látky:** neguje

## FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

**Kůže:** hydratovaná, bez icteru či cyanosy

**Hlava:** pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice isokorické, foto+, jazyk plazí ve střední čáře.

**Hrudník:** dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené.

**Břicho:** v niveau, bez jizev a kýl, poklep nebolestivý dif. bubínkový, poslechově peristaltika +, bez obstrukčních fenoménů, palpační citlivost v obou podžebřích, více vpravo, břicho měkké, volně prohmatné, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění.

**Per rectum:** okolí anu klidné, v dosahu prstu bez patalogie, bez resistance, CD nevyklenuje, na rukavici světle hnědá stolice bez patologické příměsi.

**Horní končetiny:** bez otoku či zánětu, bez omezení hybnosti.

**Dolní končetiny:** bez otoku či zánětu, bez příznaku flebotrombosity, bez trofických defektů, hybnost volná.

# UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I

## TAXONOMIE II

<p><b>1. Podpora zdraví</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvědomování si zdraví</li> <li>• Management zdraví</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Kouřím už dlouho, teď kouřím 10 cigaret denně, alkohol nepiju. Nyní nemůžu opustit nemocniční lůžko, a proto jsem od příjmu na oddělení tedy nekouřila“.</p> <p>Z rozhovoru s pacientkou můžeme říci, že se pacientka o své zdraví stará, ale kvůli tomu, že má nedostatečné znalosti, nedodrhuje zdravý životní styl, kouří cigarety a má hypertenze.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nedostatek znalostí o základních zdravotních praktikách.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>2. Výživa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem potravy</li> <li>• Trávení</li> <li>• Vstřebávání</li> <li>• Metabolizmus</li> <li>• Hydratace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Do doby než začaly problémy se žlučníkem, jsem žádnou dietu nedržela. Pak se začaly projevovat bolesti v pravém podžebří, proto jsem musela jít na vyšetření k lékaři. Na vyšetření jsem se dozvěděla, že mám problém se žlučníkem a od té doby musím dodržovat předepsané dietní omezení“.</p> <p>Pacientka se neomezovala v jídle. Nedodrhuovala žádnou dietu, dokud se nezačal projevovat problém se žlučníkem. Nezdravé jídlo je součástí problému se žlučníkem a nadváhou. S hydratací pacientka nemá problém, ale v nemocnici nemá ráda čaj a proto pije jen vodu. Kvůli onemocnění musí dodržovat dietu.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>

<p><b>3. Vylučování a výměna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkce močového systému</li> <li>• Funkce gastrointestinálního systému</li> <li>• Funkce kožního systému</li> <li>• Funkce dýchacího systému</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Potíže s močením nemám. Na stolicí jsem vždy chodila pravidelně a žádné obtíže jsem neměla. Dýchá se mi dobře, problémy s kůží nemám“.</p> <p>Pacientka problém s vylučováním nemá. Permanentní močový katétr nemá. Chodí na záchod pravidelně a bez pomoci. Břicho nebolí, jenom bolesti kvůli onemocnění žlučníku. Dýchání je pravidelné, typ a hloubka dýchání je normální. Dechová frekvence je 20/minutu, saturace je 95 % bez aplikace kyslíku. Může dojít k poruše trávení a k zácpě.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> Porucha trávení, nauzea, zácpa.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>4. Aktivita – odpočinek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek, odpočinek</li> <li>• Aktivita, cvičení</li> <li>• Rovnováha energie</li> <li>• Kardiovaskulární-pulmonální reakce</li> <li>• Sebepéče</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Doma spím bez problémů. Tady se mi nespí moc dobře, protože tu pořád něco pípá, chrčí a je tu moc lidí. Když mě nevzbudí jiný pacient, vzbudí mě sestra nebo lékař. Aktivity nebo sport nedělám jenom chodím na procházku“.</p> <p>Pacientka je trochu unavená. Má bolesti a nemůže normálně spát. Ruší ji nemocniční prostředí. Nezvyklá na nové prostředí.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> Porucha spánku.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>5. Percepce/kognice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pozornost</li> <li>• Orientace</li> <li>• Kognice</li> <li>• Komunikace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Nejsem nepozorná ke svému okolí ani k sobě. Vím, kde jsem a uvědomuji si proč. O své nemoci vím jen to, co mi řekl doktor. Jsem společenská, ráda poznávám nové lidi a povídám si s nima“.</p> <p>Pacientka je plně orientovaná místem, časem a</p>

	<p>osobou. Získaným informacím rozumí, pamatuje si je, někdy si zapisuje poznámky.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p><b>Priorita:</b> 0</p>
<p><b>6. Sebepercepce</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebepečetí</li> <li>• Sebeúcta</li> <li>• Obraz těla</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Jsem spíše extrovert a vůdčí osobnost. Mám mnoho přátel, takže si myslím, že jsem celkem oblíbená. Mimo nemocnici v podstatě nejsem nikdy sama a hned, jak to bude možné, přijde sem za mnou nějaká návštěva. Je mi trochu nepříjemné, že zde nemám úplné soukromí třeba při hygieně, ale vydržím to. Ostatně se nemám za co stydět“.</p> <p>Pacient nejeví známky beznaděje nebo snížené sebeúcty.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p><b>Priorita:</b> 0</p>
<p><b>7. Vztahy mezi rolemi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role pečovateli</li> <li>• Rodinné vztahy</li> <li>• Plnění rolí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Dítě mám, dceru. S dcerou jsme nejlepší kamarádky. S manželem rozvedená. V rodině máme dobré vztahy, pravidelně se sházíme na chatě“.</p> <p>Pacientka má dítě, dceru. S dcerou a s rodinou má dobré vztahy. Svou rodinu informovala o svém zdravotním stavu, přislíbili návštěvu během návštěvních hodin.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p><b>Priorita:</b> 0</p>
<p><b>8. Sexualita</b></p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuální funkce</li> <li>• Reprodukce</li> </ul>	<p><b>hospitalizaci:</b></p> <p>„Neměla jsem problémy“.</p> <p>Pacientka neudává sexuální problémy.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b>Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p><b>Priorita:0</b></p>
<p><b>9. Zvládání/tolerance zátěže</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatické reakce</li> <li>• Reakce na zvládání zátěže</li> <li>• Neurobehaviorální stres</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Bojím se jít na operaci. Ale vydržím a zvládnou to. Chtěla bych co nejdříve mít operaci za sebou“.</p> <p>Pacientka se bojí, ale má bojovný duch.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b>Pacientka má strach před operací.</p> <p><b>Priorita:Střední</b></p>
<p><b>10. Životní principy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Přesvědčení</li> <li>• Soulad hodnot/přesvědčení/jednání</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Nemoc jsem si způsobila sama, svým životním stylem. Teď nad tím přemýšlím a budu se starat o své zdraví lépe kvůli vnoučatům a dceři. Jsem věřící, ale nepotřebuju pomoc duchovního. Věřím, že všechno bude v pořádku“.</p> <p>Pacientka je věřící, ale nepotřebuje pomoc duchovního. Věří, že všechno bude v pořádku a bude se lépe starat o své zdraví.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p><b>Priorita: 0</b></p>
<p><b>11. Bezpečnost – ochrana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekce</li> <li>• Fyzické poškození</li> <li>• Násilí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Alergii nemám. Nikdy jsem se nepokusila o sebepoškození nebo sebevraždu. Myslím, že takoví lidé mají problém duševní a psychický.“</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environmentální rizika</li> <li>• Obranné procesy</li> <li>• Termoregulace</li> </ul>	<p>Ráda bych pomohla těmto lidem, ale nevím jak”.</p> <p>Pacientka má zavedenou kanylu. Nesledujeme známky násilí vůči sobě nebo okolí. Tělesná teplota je stabilní, potíže s dýcháním nemá.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Riziko infekce.</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p><b>12. Komfort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesný komfort</li> <li>• Komfort prostředí</li> <li>• Sociální komfort</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Mám bolestiv oblastioperační rány, ale mám něco předepsáno lékařem na bolest. Zatím všechno v pořádku. Chtěla bych už co nejdřív jet domů”.</p> <p>Pacientka má bolesti vzniklé základním onemocněním, dle numerické škály měření bolesti hodnota 3-4. Pravidelně jsou jí aplikována analgetika, na která reaguje poklesem bolesti na hodnotu 0.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Pacientka má bolesti.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>13. Růst/vývoj</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Růst</li> <li>• Vývoj</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p>„Nikdy jsem problémy s růstem a vývojem neměla. Jenom myslím že, mám nadváhu. Chtěla bych být trochu štíhlejší”.</p> <p>Pacientka měří 162 cm, váží 73 kg a její BMI je 27,4 - nadváha. Během posledních 5 let si udržuje stálou hmotnost.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Pacientka má nadváhu.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>

# MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

## Ordinovaná vyšetření:

UZ žlučových cest a pankreatu; EKG; rentgenologické vyšetření srdce a plic s popisem; nativ břicha; sonografie břicha; laboratorní vyšetření krve – biochemické vyšetření, vyšetření krevního obrazu, koagulační vyšetření; kontrola TK, P;

## Výsledky:

*Biochemické vyšetření ze dne 02.03.2016 – 01:13*

	Výsledek	Referenční mez		Výsledek	Referenční mez
<b>Gluk:</b>	5,7 mmol/l	4,4-6,4 mmol/l	<b>CRP:</b>	2,1 mg/l	do 11 mg/l
<b>Na:</b>	139 mmol/l	137-145 mmol/l	<b>U – pH:</b>	6,5	4,5-6
<b>K:</b>	3,40 mmol/l	3,5-5,1 mmol/l	<b>U – SG:</b>	1.007 kg/l	1,002-1,03 kg/l
<b>Cl:</b>	103 mmol/l	100-108 mmol/l	<b>U – Glu:</b>	0 arb.j.	normál
<b>Urea:</b>	5,40 mmol/l	do 8,9 mmol/l	<b>U – Keto:</b>	0 arb.j.	negativní
<b>Krea:</b>	75 µmol/l	49-87 µmol/l	<b>U – Prot:</b>	0 arb.j.	negativní
<b>Bil:</b>	18 µmol/l	do 22 µmol/l	<b>U – Bil:</b>	0 arb.j.	negativní
<b>AST:</b>	0,33 µkat/l	0,25-0,57 µkat/l	<b>U – Uro:</b>	0 arb.j.	normál
<b>ALT:</b>	0,25 µkat/l	0,17-0,65 µkat/l	<b>U – Krev:</b>	0 arb.j.	negativní
<b>ALP:</b>	1,75 µkat/l	0,55-1,78 µkat/l	<b>U – Nit:</b>	0 arb.j.	negativní
<b>GGT:</b>	0,25 µkat/l	0,2-1,3 µkat/l	<b>U – Ery:</b>	1 bb/µl	do 5 bb/ µl
<b>AMS:</b>	1,11 µkat/l	0,42-1,62 µkat/l	<b>U – Leu:</b>	1 bb/µl	do 10 bb/ µl
<b>Lip:</b>	0,69 µkat/l	0,22-1 µkat/l	<b>U – EpD1:</b>	5 bb/µl	do 15 bb/ µl

Referenční meze laboratorních výsledků byla stanovena dle laboratoře OLM MOÚ (oddělení laboratorní medicíny, Masarykův onkologický ústav).

*Hematologie ze dne 02.03.2016 – 01:13*

WBC: 12,2

RBC: 4,88

Hb: 148,0 g/l

Hct: 0,418 l/l

MCV: 85,7 fl

MCH: 30,3 pg

MCHC: 0,354 kg/l

RDW: 12,9 %



PLT: 295,0

Pct: 0,300 x10 ml/l

MPV: 10,3 fl

PDW2: 12,0 fl

*Hematologie ze dne 02.03.2016 – 01:13*

PT – čas: 13,9 s

PT – R: 1,04 l/l

INR: 1,05 l/l

PT – N: 13,4 s

aptt – p: 35,7 s

aptt – R: 1,07 l/l

aptt – n: 33,4 s

*Sonografie břicha ze dne 02.03.2016 – 02:22*

Pacient byl seznámen s vyšetřením. Pravý lalok jaterní v oblouku žeberním, parenchym jaterní homogenní, bez ložisek. Intra i extrahepatické žlučovody štíhlé (choledoichus do 9 mm), žlučník hraniční velikosti 9x3 cm, s oválným konkrementem zaklíněným v oblasti infundibula – dosahujícím velikosti cca 2 cm. Stěna žlučníku není rozšířená. Pankreas nezvětšen, homogenní struktury. Ledviny obvyklé velikosti, tvaru a lokalizace, parenchymová vrstva zachována, bez ložisek, dutý systém nedilatován. Slezina nezvětšená homogenní, bez ložisek. Bez volné tekutiny v dutině břišní.

Zavěr: cholecystolithiasa s konkrementem zaklíněným v infundibulu.

*RTG – nativ břicha 02.03.2016 – 02:31*

Kličky střešní přiměřené šíře, bez dilatace, bez hladinek. Subfrenia bez přítomnosti volného vzduchu. Bez patologických stínů kalcifikační sytosti v předpokládaném průběhu močových a žlučových cest. Bez strukturálních změn na zobrazeném skeletu.

Závěr: Bez známek iléozního stavu či pneumoperitonea.

*Biochemie ze dne 02.03.2016 – 06:00*

Na: 139 mmol/l

K: 3,10 mmol/l

Cl: 106 mmol/l

Urea: 4,80 mmol/l

Krea: 68 umol/l

Bil: 15 umol/l

AST: 0,32 ukat/l

ALT: 0,23 ukat/l

ALP: 1,58 ukat/l

GGT: 0,23 ukat/l

CRP: omezená frekvence vyš. mg/l

*Hematologie ze dne 02.03.2016 – 06:00*

WBC: 10,0

RBC: 4,61

Hb: 138,0 g/l

Hct: 0,397 l/l

MCV: 86,1 fl

MCH: 29,9 pg

MCHC: 0,348 kg/l

RDW: 12,9 %

PLT: 258,0

Pct: 0,280 x10 ml/l

MPV: 11,0 fl

PDW2: 12,4 fl

*Rentgenologické vyšetření srdce a plic (RTG S+P) ze dne 02.03.2016 – 09:18*

Hrudník souměrný, viditelný skelet bez patologických změn. Srdeční stín ve střední čáře, bez dilatace, obvyklého tvaru, aorta štíhlá. Náplň hílů fyziologická, bez známek kalcifikace. Stín horního mediastina nerozšířen, vzdušný sloupec trachey ve střední čáře, přiměřené šíře. Oboustranně zachovalá transparence plicního parenchymu, bez ložiskových i čerstvých infiltrativních změn, bronchovaskulární kresba pravidelná, normální šíře. Pravá i levá polovina bránice klenutá, hladká, fyziologického postavení. Kostofrenický úhel oboustranně volný, ostrý. Pleurální prostory bez patologické náplně.

Zavěr: Přiměřený nález na nitrohručních orgánech.

*EKG – vyšetření 02.03.2016 – 10:06*

SR frekvence 56/min, bez znaku akutní ložiskové ischemie.

**Konzervativní léčba:**

*02.03.2016 – 03:16*

**Dieta:** 0/S čajová

**Infúze, parenterální výživa:** Analgin 5 ml do 100 ml FR i.v. kapat 30 min.

**Pohybový režim:** klid

**RHB:**klid

*02.03.2016 – 07:18*

**Dieta:** nic per os

**Infúze, parenterální výživa:** Hartmannův roztok inf. sol. 1000 ml i.v. kapat 6 hod od 7:30 do 13:00

**Pohybový režim:** klid

**RHB:** klid

*03.03.2016 – 12:38*

**Dieta:** 0/S čajová, pít za dvě hodiny pooperaci

**Infúze, parenterální výživa:** ze sálu dokapat a poté Hartmannův roztok inf. sol. 1000 ml i.v. kapat 6 hod.

**Pohybový režim:** klid

RHB:nic

*03.03.2016 – 13:24*

**Dieta:** 0/S čajová, pít za dvě hodiny pooperaci

**Infúze, parenterální výživa:** KCl 0,3% + G 5% 500 ml i.v. na 6 hod.

**Pohybový režim:** klid

**RHB:** klid

*03.03.2016 – 13:45*

**Dieta:** 0/S čajová, pít za dvě hodiny po operaci

**Infúze, parenterální výživa:** Plasmalyte s G 5% inf. sol. 1000 ml + 40 ml 7,45% KCl aplikovat i.v. rychlostí 100 ml/hod.

**Pohybový režim:** klid

**RHB:** v den operace dle kondice sed, první pooperační den instruktáž o pohybovém režimu, aktivní cvičení na lůžku; vertikalizace, sed, stoj, chůze dle kondice, intenzivní dechová RHB, prevence TEN instruktáž.

*04.03.2016 – 07:34*

**Dieta:** S/KN nemastná kaše, jídlo dle tolerance, poučena

**Infúze, parenterální výživa:** nic

**Pohybový režim:** chůze

**RHB:** nic

**Medikamentózní léčba:** od 02.03.2016 do 05.03.2016

Název léku	Forma	Způsob podání	Dávkování	Skupina
Lozap H	tbl.	per os	1-0-0	Diuretika
Lozap	tbl.	per os	0-0-1	Diuretika
Simvastatin	tbl.	per os	0-0-1	Hypolipidemika
Analgin	injekční roztok	i.v.	5ml do 100 ml FR 30min	Analgetikum
Analgin	injekční roztok	i.v.	½ amp.do 100 ml FR 15 min při bolesti max. 4x denně po 6 hod.	Analgetikum
Novalgin 1g	injekční roztok	i.v.	2 ml do 100 ml FR 20 min 4x denně po 6 hod.	Analgetikum
Dipidolor 15 mg	injekční roztok	i.m.	1 amp. při bolesti max. 3x denně po 8 hod.	Analgetikum
Cefobid	injekční roztok	i.v.	1 g ve 20-100 ml FR, 30 min. 4x po 6 hod. a EX	Antibiotika
Clexane	injekční roztok	s.c.	0,4 ml 1x denně, aplikovat 2x po 12 hod. a EX	Antikoagulancium
Lactobacillus	tbl.	per os	1-1-1	Lactobacily
Controloc 40 mg	injekční roztok	i.v.	do 10 ml FR aplikovat 2 min přímo, 2x denně 1-0-1	Antacida
Ondansetron 8 mg	injekční roztok	i.v.	1 amp. do 10 ml FR aplikovat 2 min. při potřebě, max. 3x denně po 8 hod.	Antiemetika

## **Chirurgická léčba (výkon, kdy):**

Datum zahájení operace: 03.03.2016 – 12:29

Operační výkony: Videocholecystectomy (4PLC), drain.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 02.03.2016**

Pacientka 68 let, 02.03.2016 byla přivezena rychlou záchrannou službou na chirurgickou ambulanci s 5 denní anamnézou bolestí v pravém podžebří, přivezena pro zhoršení obtíží v noci a konkrétně v 01:00 hodin.

Byla provedena vyšetření: laboratorní vyšetření krve, sonografie břicha a nativ břicha. Na sonografii byl zjištěn konkrement zaklíněný v infundibulu žlučníku, leukocytóza. Pacientka má zavedený periferní intravenózní katetr a byla přeložena na chirurgické oddělení, podepsala informovaný souhlas s hospitalizací. Pak dostala na zmírnění bolesti analgin. Pacientka má následovná onemocnění: hypertenze a hypercholesterolemie. Je pod stálou medikací. Pacientka má protrahovanou biliární koliku. V 09:18 hodin provedeno RTG srdce a plic, byl zjištěn přiměřený nález na nitrohručních orgánech. Pak jsme ji začali připravovat na operaci. Dle ordinace lékaře je podávána farmakoterapie (antibiotika, antiemetika, analgetika), infuzní terapie a jsou sledovány základní vitální funkce (TK, P, D, TT). Dále přiloženy vysoké bandáže dolních končetin. Pacientka 03.03.2016 dostala premedikaci a byla předaná na operační sál. Po operačním výkonu– videocholecystectomy, drein, pacientku předali na jednotku intenzivní péče. Byla přeložena na JIP kvůli tomu že se problematicky budila z CA. Pacientka si stěžuje na bolest operační rány, kterou hodnotí číslem 4, podávána analgetika dle ordinujícího lékaře. Pacientka má ordinovaný klid na lůžku, riziko vzniku dekubitů nemá. Nesmí nic per os. Pacientka spolupracuje a komunikuje. Dále aplikován dle ordinujícího lékaře Clexane 0,4 ml subcutálně 1x denně. Po operaci má pacientka zavedený drén. Rána je klidná, bez známek infekce, nekrvácí. Invazivní vstupy bez známek infekce. Srdce a plíce v normě, břicho měkké, bolestivé v oblasti operačních incísi, dren 30 ml serosanguinolentního obsahu, bez známek nitrobřišních komplikací, DK bez otoků.

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

*Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny dle priorit. Stanoveno dle NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2012–2014.*

## AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

### **Narušená integrita tkáně (00044)**

*Doména 11: Bezpečnost/ochrana*

*Třída 2: Fyzické poškození*

Priorita: střední

### **Akutní bolest (00132)**

*Doména 12: Komfort*

*Třída 1: Tělesný komfort*

Priorita: střední

## POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

### **Riziko vzniku infekce (00004) /PŽK/**

*Doména 11: Bezpečnost/ochrana*

*Třída 1: Infekce*

Priorita: střední

### **Riziko krvácení (00206)**

*Doména 11: Bezpečnost/ochrana*

*Třída 2: Fyzické poškození*

Priorita: vysoká

# OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

## **Narušená integrita tkáně (00044) (operační rána)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

### **Určující znaky:**

- Poškozená tkáň

### **Související faktory:**

- Mechanický faktor

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má obnovenou tkáňovou integritu – operační rána je zhojena bez komplikací - do 7 dní

**Cíl krátkodobý:** Pacient je plně informován o zásadách péče o ránu – do 2 dnů

### **Očekávané výsledky:**

Pacientova operační rána nejeví známky místní infekce – do 12 hodin

Pacient je plně informován o postupu a zásadách převazu operační rány – denně

Pacient ví, že pokud zaznamená změny v ráně, ihned uvědomí sestru – denně

### **Plán intervencí:**

1. Při převazování rány postupuj přísně asepticky podle standardu oddělení – vždy, všeobecná sestra.

2. Ránu převazuj – podle potřeby, všeobecná sestra.

3. Kontroluj pravidelně okolí rány, krvácivé projevy a komplikace hlas lékaři – 2xdenně, všeobecná sestra.



4. Všiměj si i dalších charakteristik možného zánětlivého ložiska (např. exudátu, granulace, napětí tkání, lesklé kůže) – vždy, všeobecná sestra.

5. Dbej nasaturaci výživy s adekvátním příjmem látek důležitých pro dobrý průběh hojení – denně, všeobecná sestra.

6. Sleduj laboratorní výsledky - à 6 hodin, všeobecná sestra.

#### **Realizace 04.03.2016 (06:00-18:00):**

Po ranní toaletě vykonaný převaz rány v oblasti břicha. Rána se hojí perfektně, bez viditelných známek zánětu.

Při manipulaci s pacientem ošetřující personál postupuje opatrně.

#### **Hodnocení (po 12 hodinách):**

Cíl splněn částečně. Operační rána nejeví známky místní infekce. Operační rána je v relativně sterilním prostředí. Kožní integrita není obnovena. Další hodnocení se doporučuje uskutečnit po 12 hodinách. Pokračující intervence: 1-6.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2**

### **Akutní bolest (00132)**

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciačního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

#### **Určující znaky:**

- vyhledávání antalgické polohy (z důvodu vyhnutí se bolesti),
- bolest (intenzita bolesti dle numerické škály bolesti /0-10/ je 6 v klidu),
- výraz obličeje (bolestivá grimasa),

- narušení vzorce spánku,
- zúžené zaměření pozornosti (snížená interakce s lidmi a prostředím).

**Související faktory:**

- původci zranění (operační výkon)

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:**Pacient nemá bolesti - do 4 dnů.

**Cíl krátkodobý:**Pacient udává zmírnění bolesti ze stupně 4 na stupeň 1 na 10 stupňové číselné škále bolesti – do 2 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je poučen o nutnosti analgetické léčby – do 1 hodiny
- Pacient zná a umí zaujmout úlevovou polohu – do 2 hodin
- Pacient chápe příčinu bolesti – do 1 dne
- Pacient je schopen o bolesti a jejích projevech hovořit – do 1 dne
- Pacient používá numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti – do 1 dne
- Pacient udává zmírnění bolesti (ze stupně 4 na stupeň 3) při zavedené léčbě bolesti – do 1 dne

**Plán intervencí**

1. Zjistí rozsah, stupeň, lokalizaci a charakter bolesti, pomocí 10 stupňové číselné škály a zaznamenej – do 1 hodiny, všeobecná sestra ve službě.
2. Pouč pacienta o nutnosti analgetické léčby – do 1 hodiny, všeobecná sestra ve službě.
3. Edukuj pacienta o možnostech a metodách zmírnění bolesti – do 2 hodin, všeobecná sestra ve službě a fyzioterapeut.

4. Sleduj pacientovu bolest, na 10 stupňové číselné škále bolesti, ale i jeho celkový stav –průběžně, všeobecná sestra ve službě.

5. Pečuj opohodlí a klid pacienta –průběžně, všeobecná sestra ve službě a ošetřovatelka.

6. Podávej analgetika dle ordinací lékaře – denně adle ordinací lékaře, všeobecná sestra ve službě.

7. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky léků – vždypopodání léků, všeobecná sestra ve službě.

### **Realizace 04.03.2016**

- 7:00 – měření FF - krevní tlak, puls, teplota, dechová frekvence
- 7:15 – zjištění rozsahu, stupně, lokalizace a charakteru bolesti + provedení záznamu
- 7:30 – edukace pacienta o analgetické léčbě, možnostech a technikách zmírnění bolesti
- 8:00 – podání analgetik dle ordinací lékaře – ½ amp. Analginu do 100 ml fyziologického roztoku, kapat i. v. 15 min při bolesti max. 4x denně po 6 hod.
- 8:30 – sledování účinků léků a celkového stavu pacienta
- 9:30 – rehabilitace a zajištění pohodlí pacienta
- 12:00 – měření FF a kontrola bolesti pomocí VAS
- 13:30 – zajištění pohodlí a klidu pacienta
- 15:30 – podání analgetik dle ordinací lékaře - 1 amp. Analgin 5 ml do 20 ml fyziologického roztoku i. v. dle ordinací lékaře
- 16:00 – sledování účinku analgetik
- 18:00 - měření FF+kontrola bolesti

### **Hodnocení (po 12 hodinách):**

Cíl splněn částečně. Pacient druhý den po operačním výkonu umí zaujmout úlevovou polohu, je edukován o analgetické léčbě a udává zmírnění bolesti bezprostředně po aplikaci léku na škále bolesti z čísla 4 na číslo 1. Pokračující intervence: 1-7.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 3**

### **Riziko vzniku infekce (00004) (PŽK)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

### **Rizikové faktory:**

- Nedostatečná primární obrana (porušená kůže – invazivní katetr PŽK)
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nemá projevy místní ani celkové infekce – po dobu zavedení.

**Cíl krátkodobý:** Pacient je plně informován o zásadách péče o PŽK – do 2 dnů.

### **Očekávané výsledky:**

Pacientův invazivní vstup PŽK je průchodný – denně.

Pacient nemá známky místní infekce v okolí invazivního vstupu – denně.

### **Plán intervencí:**

1. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce – à 12 hodin, všeobecná sestra.
2. Prováděj převazy invazivních vstupů podle standardu oddělení – à 24 hodin, všeobecná sestra.

3. Kontroluj průběžně místo zavedení invazivního vstupu –à 12 hodin, sestra.
4. Vykonávej bariérovou ošetrovatelskou péči – vždy, všeobecná sestra.
5. Udržuj pacienta i lůžko v čistotě – à 12 hodin, všeobecná sestra.
6. Sleduj a dokumentuj fyziologické funkce (TK, P, D, TT) – à 12 hodin, všeobecná sestra.
7. Sleduj délku zavedení invazivního vstupu a dokumentuj – à 24 hodin, všeobecná sestra.
8. Pečuj o adekvátní hydrataci – denně, všeobecná sestra.

**Realizace 04.03.2016 (6:00-18:00):**

Vykonaný převaz centrálního žilního katetru. Fyziologické funkce jsou u pacienta sledovány kontinuálně. Jsou aktivně vyhledávány místní a celkové známky infekce. Kontinuálně je sledovaná funkčnost invazivních vstupů. Antibiotika jsou aplikována podle ordinace lékaře.

Sestra dodržovala principy bariérové ošetrovatelské péče.

**Hodnocení (po 12 hodinách):**

Invazivní vstup je průchodný. Pacientka nemá známky místní infekce. Cíl splněn částečně. V naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat. Další interval hodnocení po 12 hodinách. Pokračující intervence: 1-8.

## **Celkové zhodnocení péče**

Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu. Celková pooperační léčba proběhla bez komplikací, nedošlo k žádné infekci. Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu, hospitalizaci snášela dobře. Byla edukována o dodržování pitného režimu. Pacientka udávala bolest číslem 4 na 10 stupňové číselné škále. Pomocí analgetik a postupným zlepšováním celkového stavu pacientky bolest zcela vymizela a cíl také byl splněn. V prvních dnech po operaci měla pacientka potíže se spaním, nemohla spát z důvodu bolesti, cítila se unavená. Pomocí naplánovaných intervencí a odstraňování bolesti pomocí analgetik pacientka čtvrtý pooperační den udávala zlepšení spánku, necítila se unavená a spala celou noc. Pacientka se sama aktivně podílela na pooperační péči a rekonvalescenci. Pacientka hodnotila ošetřovatelskou péči a přístup jak lékařů, tak všeobecných sester velmi kladně. Naplánovaný plán individuální péče byl efektivní.

## 9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitou roli v péči o pacienta hrají všeobecné sestry. Ony jsou právě s pacientem téměř 24 hodin denně a jsou tak jedním ze spojovacích článků, které informují o účinku dané léčby. Pacienti s cholelithiazou představují významnou součást každodenní chirurgické praxe. Důležitou součástí léčby cholelithiazy je sekundární prevence vzniku recidivy konkrementu. Prevence spočívá v pravidelném dietním režimu, jehož základními rysy jsou: přijímat potraviny, které obsahují normální množství bílkovin a sacharidů, u pacientů je omezená spotřeba tuků, omezení alkoholu a nadměrného solení. Doporučuje se také více pohybu a u pacientů s nadváhou redukce hmotnosti.

### **Všeobecná doporučení pro pacienta:**

- Podpora pozitivního myšlení; zájem o podporu a udržení zdravého života.
- Dodržovat zásady zdravé životosprávy.
- Dodržovat zásady předepsané diety.
- Dodržovat pitný režim, pít čistou vodu, alespoň 2 litry denně.
- Nebát se vyhledat a požádat o lékařskou pomoc.

### **Všeobecná doporučení pro rodinu pacienta:**

- Přizpůsobení se celé rodiny stravovacímu režimu (je-li to možné).
- Nevyčleňovat nemocného ze společenského kolektivu.
- Trpělivost všech členů rodiny.
- Nepřetěžovat pacienta fyzickými a psychickými požadavky.

### **Všeobecná doporučení pro zdravotníky:**

- Edukovat nemocného a jeho rodinu o zdravém životním stylu (o výživě a zdravé životosprávě).
- Poskytovat pacientům praktické rady, vysvětlení, zodpovídat dotazy, kterým nerozumí.

- Být oporou pacientům i jeho rodině po celou dobu hospitalizace.
- Získat si pacientovu důvěru.
- Pomáhat pacientovi a všem členům rodiny vyrovnávat se se stresem.



## ZÁVĚR

Zadání naší bakalářské práce Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest jsme zpracovávali v Nemocnici na Bulovce v Praze, na chirurgickém oddělení. V teoretické části jsme se zabývali cholecystitidou chronickou i akutní, dyskinezi žlučových cest a cholelitiázou z medicínského, i z ošetrovatelského hlediska. Uvedli jsme etiologii, symptomatologii, diagnostiku a léčbu těchto onemocnění, dále pak specifika ošetrovatelské péče.

Hlavním cílem práce byla snaha přiblížit problematiku zánětlivého onemocnění žlučníku a žlučových cest především z hlediska náročnosti ošetrovatelské péče a zátěže pacienta. Ke splnění cíle jsme použili praktickou část, kde jsou uvedena fakta o celkovém stavu a potížích vybraného nemocného. Stanovili jsme aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, vypracovali jsem plán péče, který jsme zrealizovali a zhodnotili. Můžeme tedy říct, že cíl práce se nám podařilo splnit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Drhamzova*[online]. MUDr. Eva Hamžová - praktický lékař. [cit. 03.02.2016].  
Dostupné z: [http://drhamzova.cz/article/index/stripped\\_title/zlucnikova-dieta](http://drhamzova.cz/article/index/stripped_title/zlucnikova-dieta)
- EHRMANN, J., 2008. *II. interní klinika LF a FN Olomouc. Přehledové články* [online].  
Cholelitiáza. Interní medicína pro praxi. Prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc. [10.07.2016].  
Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/>
- ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum.  
ISBN 978-80-7262-612-0.
- GALPERIN, E. a VETSHEV, P., 2009. *Chirurgický průvodce žlučových cest*. 2. vyd.  
Rusko, Moskva: Vidar-M. ISBN 978-5-88429-120-1.
- HAVLÍK, R., 2002. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Cholelitiáza*. Reg. č. a/019/193.
- HLINOVSKÁ, J., 2014. *Teorie ošetrovatelství*. Studijní materiál - e-learningová opora, zpracováno v rámci projektu Inovace studijního programu Ošetrovatelství a specializace ve zdravotnictví, CZ.1.07/2.2.00/28.0004. Dostupné na: [www.vszdrav.cz/sharepoint](http://www.vszdrav.cz/sharepoint)
- HOCH, J. a kol., 2011. *Speciální chirurgie*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-253-7.7
- ILČENKO, A., 2010. *Farmakoterapie při onemocnění žlučníku a žlučových cest*. 2. přeprac. vyd. Rusko, Moskva: MIA. ISBN 978-5-8948-1753-8.
- ILČENKO, A., 2011. *Onemocnění žlučníku a žlučových cest: průvodce pro lékaře*. 2. přeprac. vyd. Rusko, Moskva: MIA. ISBN 978-5-9986-0050-0.
- IVANČENKOVA, R., 2006. *Chronické onemocnění žlučových cest*. přeprac. vyd. Rusko, Moskva: «Atmosfera». ISBN 5-902123-16-X.
- JANÍKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JuxtraInfo* [online]. Alexander Artsishevsky. [cit. 17.02.2016]. Dostupné z: [http://juxtra.info/biliary\\_diseases/cholelithiasis/cholelithiasis.php](http://juxtra.info/biliary_diseases/cholelithiasis/cholelithiasis.php)
- KULISHOVA, L. a PUSTOSVETOVA, E., 2008. *Základy ošetrovatelského procesu: teorie a praxe ve dvou dílů*. vyd. Rusko, Rostov na Donu: Fentks. ISBN 5222222322.
- KUTYAKOV, M., 2005. *Diagnostika, léčba a prevence komplikací po operaci orgánů dutiny břišní. Základy péče a výživy pacientů v pooperačním období*. vyd. Rusko, Barnaul: AGMU. ISBN 5-KMG-DLIPOPONOBPOUIPBVPP.

- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice&klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2.přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4449-0.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- OGULOV, A. a kol., 2006. *Žlučník. S ním a bez něho*. Přeprac. vyd. Rusko, Moskva:MIA.ISBN 5-98541-003-X.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ.*Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.
- Velký lékařský slovník*[online]. Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MUDr. Kateřina Mrázová. Normální laboratorní hodnoty dospělých. [10.03.2016]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/normalni-hodnoty>
- VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- Volynskaja, Russian President Administration FGBU "Clinical Hospital№1"*. [online]. Russian President Administration FGBU "№1 ClinicalHospital". [cit. 07.02.2016]. Dostupné z: <http://volynka.ru/Articles/Text/351>
- VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., 2013. *Ošetrovatelská dokumentace – MarjoryGordon 2*. Diagnostické domény M. Gordon – 13 domén koncepčního modelu. [online] [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/>

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Rešeršní protokol.....	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	II

## **KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

Denys Budarin

**Jazykové vymezení:** čeština

**Klíčová slova:** cholelithiasis, žlučník, onemocnění, diagnostika, etiologie, klasifikace, léčba, ošetrovatelský proces, příznaky

**Časové vymezení:** 2005–2015

**Druhy dokumentů:** vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 37

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním žlučníku a žlučových cest v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....  
Jméno a příjmení studenta