



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s dg. cholecystolithiasis**

*Nursing care of the patient with
cholecystolithiasis*

případová studie

bakalářská práce

Praha, květen 2007

Anna Hobelantová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce:	Anna Hobelantová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Milena Vaňková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství
Odborný konzultant:	MUDr. Ladislav Novák
Pracoviště odborného konzultanta:	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Datum a rok obhajoby: červen 2007

Prohlášení

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

V Turnově dne 21. května 2007

.....

Anna Hobelantová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Ladislavu Novákovi a Mgr. Mileně Vaňkové za odborné vedení mé práce, cenné rady a podněty při jejím zpracování. A za neméně důležitou pomoc při technickém zpracování práce p. Lukášovi Gajdovi.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 KLINICKÁ ČÁST - ÚVOD ANATOMIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST.....	8
1.1 ANATOMIE ŽLUČOVÝCH CEST.....	8
1.2 ANATOMIE ŽLUČNÍKU.....	9
1.3 ŽLUČ.....	10
2 FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST.....	11
2.1 TVORBA A FUNKCE ŽLUČI A ŽLUČOVÝCH KYSELIN V ORGANISMU.....	11
2.2 SLOŽENÍ JATERNÍ A ŽLUČNÍKOVÉ ŽLUČI.....	13
3 CHOLECYSTOLITIÁZA.....	14
3.1 CHOLELITIÁZA (ŽLUČOVÉ KAMENY).....	14
3.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	14
3.2.1 <i>Asymptomatická cholelitiáza</i>	14
3.2.2 <i>Symptomatická cholelitiáza</i>	14
3.2.3 <i>Komplikovaná cholelitiáza</i>	15
3.3 OBJEKTIVNÍ NÁLEZ.....	16
3.4 LABORATORNÍ NÁLEZ.....	16
3.5 ŽLUČOVÉ KONKREMENTY.....	16
3.5.1 <i>Klasifikace žlučových konkrementů</i>	16
3.5.2 <i>Tabulka č.2: Výskyt konkrementů a obsah cholesterolu (2, 4)</i>	17
3.5.3 <i>Predisponující faktory k tvorbě cholesterolových kamenů – etiologie</i>	17
3.6 KOMPLIKACE CHOLECYSTOLITHIÁZY.....	17
3.7 DIAGNOSTIKA CHOLECYSTOLITHIÁZY.....	18
3.8 VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST.....	18
3.8.1 <i>Anamnéza</i>	18
3.8.2 <i>Symptomatologie</i>	19
3.8.3 <i>Laboratorní vyšetření</i>	20
3.9 TERAPIE CHOLECYSTOLITIÁZY.....	23
3.9.1 <i>Konzervativní</i>	23
3.9.2 <i>Chirurgická: cholecystektomie – klasická či laparoskopická</i>	24
4 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉ.....	25
4.1 ANAMNÉZA DLE LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE.....	25
4.2 SOUHRN DIAGNOSTICKÝCH METOD.....	26
4.2.1 <i>Laboratorní vyšetření</i>	26
4.2.2 <i>Přístrojová vyšetření</i>	28
4.3 STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	28
4.4 SOUHRN PODÁVANÝCH LÉKŮ (DLE ABECEDY).....	30
5 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	34
5.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES OBECNĚ.....	34
5.2 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU V PRAXI.....	34
5.2.1 <i>“Model fungujícího zdraví” dle Majory Gordonové</i>	35
5.2.2 <i>Ošetrovatelská anamnéza (2. den hospitalizace – operační den)</i>	38
5.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ KE 2. DNI HOSPITALIZACE (OPERAČNÍ DEN).....	40
<i>Předoperační:</i>	40
<i>Pooperační:</i>	41

<i>A) Aktuální:</i>	41
<i>B) Potencionální:</i>	41
<i>5.3.1 Stanovení ošetrovatelského plánu</i>	42
6 EDUKACE PACIENTKY	52
7 PSYCHOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ ČÁST	54
8 PROGNOZA	56
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ ODBORNÉ LITERATURY:	58
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	60
SEZNAM ZKRATEK	62
SEZNAM PŘÍLOH:	64
PŘÍLOHA Č. 1 - EKG.....	65
PŘÍLOHA Č. 2 - INFORMACE O DIETÁCH PRO PACIENTY	66
PŘÍLOHA Č. 3 - OŠETŘOVATELSKÉ VYŠETŘENÍ	70

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou T.N., která byla hospitalizovaná na chirurgické klinice s diagnózou cholecystolithiázy.

V klinické části se zabývám charakteristikou, anatomií, patologií, etiologií, příznaky, diagnostikou, komplikacemi, léčbou a terapií cholecystolithiázy.

V ošetrovatelské části jsou uvedeny veškeré zjištěné údaje o nemocné, stručný průběh hospitalizace a souhrn všech vyšetření, která byla pacientce v rámci léčby provedena. Popisuji terapii onemocnění a její možnosti. Zabývám se ošetrovatelskou anamnézou a metodikou ošetrovatelského procesu z modelu Funkčního zdraví Majory Gordonové. Sestavuji aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy k jednomu dni hospitalizace. Do ošetrovatelské části také zahrnuji ošetrovatelský plán a jeho zhodnocení. Zkoumám zde psychologickou a sociální problematiku nemocné a její prožívání nemoci. Téma edukace je v mé práci obsaženo jako neméně důležitá součást. V textu jsem použila tabulky a přílohy.

Závěrem popisuji prognózu onemocnění cholecystolithiázy obecně i ve vztahu k mé pacientce.

1 Klinická část - Úvod anatomie žlučníku a žlučových cest

Žlučové cesty a žlučník se vyvíjejí již v 5. týdnu embrionálního vývoje. Nejdříve jsou to solidní útvary, k jejichž kanalikulizaci dochází postupně kaudálně od jater. Lumen žlučníku existuje již ve 12. týdnu těhotenství.

1.1 Anatomie žlučových cest

Žlučové cesty dělíme dle umístění na intrahepatické (uvnitř jater) a extrahepatické (mimojaterní).

Intrahepatické žlučové cesty se sbírají od žlučových kapilár mezi buňkami trámců v jaterních lalůčcích přes Heringovy kanálky a interlobulární žlučovody. Dále jako segmentové a lalokové žlučovody postupně až do porta hepatis. Od Heringových kanálků se již nachází samostatná stěna žlučovodů. Větší žlučovody, do nichž se spojují žlučovody interlobulární jsou složeny z epitelové výstelky a vaziva s hladkou svalovinou, která tvoří vnější povrch.

Začátek extrahepatických žlučových cest se lokalizuje v porta hepatis jako ductus hepaticus dexter et sinister (pravý a levý vývod jaterní). Spojením těchto dvou jaterních vývodů vznikne ductus hepaticus communis (společný vývod jaterní). Tento vývod je dlouhý 2 – 4 cm a vstupuje do ligamentum hepatoduodenale, kde se pod ostrým úhlem spojuje s vývodem žlučníku – ductus cysticus. Dalším spojením ductus hepaticus communis a ductus cysticus vznikne ductus choledochus (žlučovod). Žlučovod je dlouhý 8 cm a má průsvit 0,5 – 1,3 cm a ústí na papilla duodeni major (vaterské papile) spolu s ductus pancreaticus do duodena. Šíře ústí na papile je 1 – 6 mm. Společné ústí se vyskytuje v 70 % případů jako ampulla hepatopancreatica. Tato ampulla je obklopena cirkulární sfinkterovou hladkou svalovinou musculus sphincter ampullae. Spirální vlákna přecházejí

jako musculus sphincter ductus choledochi (Oddiho svěrač) na ústí žlučového a jako m. sphincter ductus pancreatici na ústí ductus pancreaticus. Sfinktery jsou staženy pokud není v duodenu obsah. Brzy po příjmu potravy se otevírá sfinkter žlučového a umožní vstup žluče do střeva. Řasy sliznice a tyto sfinktery zabraňují zpětnému chodu žluče do ductus pancreaticus a proniknutí střevního obsahu do vývodů. (1,2)

1.2 Anatomie žlučníku

Žlučník (vesica biliaris, vesica fellea, cystis fellea) je vak hruškovitého tvaru. Jeho délka je 8 – 12 cm a šířka 4 – 5 cm. Kapacita žlučníku je 30 – 80 cm³ (40 – 50 ml). Je uložen ve fossa vesicae biliaris jater. Anatomicky se žlučník dělí na fundus, užší tělo a oblé infundibulum. Zkroucený krček pak pokračuje do ductus cysticus.

Slepý konec (dno) žlučníku, fundus vesicae biliaris, je obrácen dopředu dolů a přesahuje okraj jater přibližně o 1 – 1,5 cm. Je plně pokryt peritoneální serosou. Naléhá na přední stěnu břišní, kaudálně se stýká s colon transversum, se kterým může případně srůstat. Fundus se promítá na přední stěnu břišní na dolní okraj pravostranného žeberního oblouku. Je to těsně navnitř od medioklavikulární čáry. Palpačnímu vyšetření je fundus žlučníku přístupný právě v tomto místě. Fundus pak přechází v corpus vesicae biliaris.

Tělo žlučníku, corpus vesicae biliaris, je připojeno vazivem do fossa vesicae biliaris. Povrchové peritoneum jater kryje v tomto místě jen volný povrch žlučníku. Corpus shora naléhá na flexura coli dextra. Tělo žlučníku se dozadu zužuje v collum vesicae biliaris. Místo přechodu těla žlučníku v krček se klinicky označuje jako infundibulum žlučníku.

Krček žlučníku, collum vesicae biliaris, je zužující se část, která dorzálním směrem plynule v oblouku přechází ve vývod žlučníku.

Vývod žlučníku, ductus cysticus, je široký asi 3 mm a po 2 – 3 cm se spojuje s ductus hepaticus communis. Tímto spojením vznikne ductus choledochus.

Lamina propria žlučníku je obsahuje mnoho drobných cév, které podporují vstřebávání vody a solí ze žluče. Sliznice žlučníku je pokryta epitelem složeným z vysokých cylindrických buněk s mikrovlyky na povrchu. Tyto buňky produkují na slizničním povrchu hlen s glykoproteinovými komplexy. Sliznice tvoří makroskopické síťovité řasy a mezi nimi jsou drobné výdutě sliznice. V krčku žlučníku a na začátku ductus cysticus se nachází plica spiralis, spirální řasa, která ztěžuje průtok, ale ten je možný v obou směrech. Stažnost žlučníku umožňuje nesouvislá vrstva hladké svaloviny, složená z podélných a spirálních pruhů spojených vazivem, tunica muscularis žlučníku. (1)

1.3 Žluč

Žluč (bilis, fel, cholé) je žlutohnědá tekutina na vzduchu zelenající. Tvoří se v játrech a její množství se pohybuje od 0,5 až 0,7 litru za den. Odtud putuje do intrahepatických cest a těmi dále do extrahepatických cest - do ductus hepaticus dexter et sinister a do ductus hepaticus comunis. Za celkové množství žluči a jeho kolísání odpovídá aktivní sekrece žlučových kyselin do žlučových kanálů. Žlučové cesty se postupně naplňují žlučí a ta přetéká do žlučníku. Zde se vstřebává voda a žluč se postupně koncentruje. Jestliže přijde potrava (hlavně tuky) do dvanáctníku, svěrač (m. sphincter ductus choledochi - Oddiho svěrač) se uvolní, dochází zde ke stahu žlučníku a koncentrovaná žluč může odtékat ze žlučníku do duodena. (2, 11)

2 Fyziologie žlučníku a žlučových cest

2.1 *Tvorba a funkce žluči a žlučových kyselin v organismu*

Ve žlučníku dochází k resorpci vody a iontů. Denně játra vytvoří 600 – 1000 ml žluči. Více však ve dne než v noci. K secernaci žluči je třeba tlak 15 – 20 cm H₂O a při tlaku vyšším než 35 cm H₂O její tvorba ustává. Žluč je tvořena dvěma různými pochody. První je založen na sekreci žluči nezávisle na žlučových kyselinách, která je spojena s transportem Na⁺, který je spojen s Na⁺-K⁺-ATPázovou aktivitou. A druhý pochod: sekrece žluči nezávisle na žlučových kyselinách, které jsou secernovány aktivním mechanismem.

Funkce žluči v organismu:

- Má účast na trávení – žluč přispívá k emulzifikaci tuků, aktivuje střevní a pankreatické enzymy a tím připravuje trávení živin a jejich resorpci ze střeva.
- Bez žluči by nedocházelo ke vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (A,D,E,K) a kalcia
- Pomáhá neutralizovat žaludeční a střevní obsah tím, že sekretuje hydrogenuhličitan.
- Díky žluči dochází k exkreci látek pro organismus vlastních, např. cholesterol, bilirubin, proteiny
- Je cestou exkrece řady xenobiotik, např. léků, toxinů, kovů.
- Žluč je podmínkou enterohepatálního oběhu žlučových kyselin, který je pro organismus nezbytný.
- Má spoluúčast na imunitních pochodech organismu. Sekrecí IgA přispívá k integritě sliznic.

Žlučové kyseliny vznikají v játrech z cholesterolu a jsou konjugovány s taurinem a glycinem a pak vylučovány do žluči. Tvoří se dvě

základní kyseliny. Je to kyselina cholová (trihydroxykyselina) a chenodeoxycholová (dihydroxykyselina). Denně se produkuje asi 500 – 600 mg těchto kyselin. (2,11)

2.2 Složení jaterní a žlučnickové žluči

Tabulka č.1: Složení jaterní a žlučnickové žluči (podle Ewe, K., Karbach, U., 1990)

Součásti	Jaterní žluč (mmol/l)	Žlučnicková žluč (mmol/l)
Na+	165	28
K+	5	10
Ca ²⁺	2,5	12
Cl-	90	15
HCO ₃ ⁻	45	8
Žlučové kyseliny	35	310
Lecitin	1	8
Žlučové pigmenty	0,8	3,2
Cholesterol	3	25
Bilirubin	1,5	15
PH	8,2	6,5

3 Cholecystolitiáza

3.1 Cholelitiáza (žlučové kameny)

Cholelitiáza znamená přítomnost žlučových koncrementů (žlučových kamenů) a to buď v intrahepatálních nebo extrahepatálních žlučových cestách (choledocholitiáza) nebo přímo ve žlučníku (cholecystolitiáza). Cholelitiáza a její komplikace patří mezi nejčastější choroby žlučníku a žlučových cest. Ve vysoké míře se objevuje v zemích s vysokou životní úrovní, bohužel i Česká republika patří mezi ně. Postihuje 10 – 20 % dospělé populace. Incidence této choroby stoupá s věkem, u žen je její výskyt 2 – 3krát častější než u mužů. Mohou se vyskytovat i rodinné predispozice. (2)

3.2 Klinický obraz

Cholecystolitiázu si můžeme rozdělit na asymptomatickou, symptomatickou a komplikovanou cholelitiázu.

3.2.1 Asymptomatická cholelitiáza

V tomto případě probíhá onemocnění jako němé. Většina němých kamenů zůstane němými celý život. Onemocnění se manifestuje hlavně bolestí a to pouze v 1 – 2 % nemocných ročně. Manifestace probíhá častěji v prvních letech po stanovení diagnózy. Komplikace jsou vzácné, ale i první ataka může být nebezpečná. Jde o cholecystitidu, pankreatitidu a nebo obstrukční ikterus.

3.2.2 Symptomatická cholelitiáza

Nejčastějším projevem je tzv. „biliární dyspepsie“ s nadýmáním, flatulencí, pocitu plnosti a intolerancí některých jídel. Mohou se objevit

sklony k průjmu a stolici střídavě různé konzistence. Objevit se může i palpitace a regurgitace potravy. Tyto obtíže je nutné sledovat. Ani po operačním řešení cholecystektomií tyto obtíže nemusí vymizet. Hlavním a nejtypičtějším příznakem je bolest. Označuje se jako „biliární bolest“ nebo „biliární kolika“. Tato bolest nemá klasický vlnitý průběh jako u koliky, ale je tupá a má různou intenzitu. Je typická pro cholecystolitiázu, choledocholitiázu nebo diskenezi žlučových cest. Bolest vznikne zaklíněním nebo pohybem konkrementu v krčku žlučníku. Krček je bohatě zásoben nervovými zakončeními a proto je velmi citlivý. Následně dojde ke spazmu svaloviny žlučníku a žlučových cest, stoupne intraduktální tlak a zvýší se sekrece do lumina žlučníku. Také se zvýší tvorba prostaglandinů ve stěně žlučníku. Biliární bolest vzniká nejčastěji náhle, bez jakýchkoli varovných příznaků. Z počátku se bolest objevuje v oblasti epigastria a dále postupuje do pravého podžebří. Může také začínat v zádech, pod levým žeberním obloukem nebo okolo pupku. Vyzařovat může také do pravého ramene nebo pravé paže. Bolest rychle graduje a zůstává 15 – 60 minut velmi silná. Nemocný bolest popisuje jako silnou, velmi intenzivní až krutou. Nausea a zvracení biliózního obsahu je také přítomné. Nemocného zvracení vyčerpává ale úleva se nedostaví. Bolest se objevuje zpravidla večer a předchází mu objemné a tučné jídlo požitá večer (řízky, kachna, majonéza, houby,...). Projevujícím momentem záchvatu také může být fyzická námaha, rozrušení i prochlazení. Doba trvání záchvatu je různá. Může trvat 15 minut, ale také až 4 – 6 hodin. To může vést ke komplikacím (např.: hydrops žlučníku, pankreatitida). Záchvaty se mohou opakovat a jejich počet je různý. Nepříznivý průběh má cholecystolitiáza u častých záchvatů u mladších nemocných, kuřáků, obézních a u diagnostikovaných plovoucích kamenů.

3.2.3 Komplikovaná cholelitiáza

Roční výskyt komplikací, u těch cholelitiáz, co se již projeví, se pohybuje mezi 1 – 3 %. Obstrukční ikterus z choledocholitiázy při

vycestování konkrémentu, nebo následné záněty jsou nejčastějšími komplikacemi vůbec. Také ohrožení karcinomem žlučníku je vzhledem k litiáze pravděpodobné. U každého karcinomu žlučníku je zároveň přítomna i cholelitiáza. S rostoucím počtem cholecystektomií klesá i výskyt tohoto karcinomu.

3.3 *Objektivní nález*

Nemocný se chová neklidně, neustále mění svoji polohu, vyhledává úlevovou polohu a choulí se do klubička. Je nervózní, stěžuje si na prudkou bolest, je zpocený, bledý, schvácený. Může být zvýšená teplota i malý subikterus. Břišní stěna je napjatá, břicho nadmuté, palpačně citlivé až velmi bolestivé pod pravým žeberním obloukem nebo v nadbřišku. Je přítomen Murphyho příznak.

3.4 *Laboratorní nález*

Může se vyskytovat lehká leukocytóza, v moči je zvýšen urobilinogen. V séru stoupá hladina bilirubinu, po kolice se zvýší sérové aminotransferázy. ALP se v 10 – 20 % zvyšují lehce. Zánětlivé známky jsou obrazem cholecystitidy.

3.5 *Žlučové konkrémenty*

3.5.1 *Klasifikace žlučových konkrémentů*

- Cholesterolové kameny tvoří 80 – 90 %. Tyto kameny obsahují více než 80 % cholesterolu. Mohou být čistě cholesterolové nebo smíšené s obsahem dalších látek např. mucin, kalciumbilirubinát. Jsou většinou facetované, žlutohnědé a rtg – nekontrastní.
- Pigmentové kameny mají černé nebo hnědé zbarvení a obsahují hlavně bilirubin a jeho soli, kalciové soli, dále pigmentové polyméry a mucin. Jsou většinou rtg – kontrastní.
- Smíšené

3.5.2 Tabulka č.2: Výskyt konkrementů a obsah cholesterolu (2, 4)

Typ konkrementů	Výskyt (%)	Obsah cholesterolu (%)
Cholesterolové	80	60 – 90
Pigmentové	15	Více 15
Smíšené	5	20 – 60

3.5.3 Predisponující faktory k tvorbě cholesterolových kamenů – etiologie

Není přítomna jedna příčina cholelitiázy, ale jsou tu různé rizikové faktory :

- Genetické
- Věk- výskyt stoupá s věkem
- Pohlaví – častěji ženy
- Demografická závislost – severní a střední Evropa, Severní a Jižní Amerika (indiáni kmene Pima – 80 % žen)
- Těhotenství – estrogeny
- Hormonální léčba – zvýšené riziko v klimakteriu u žen, u mužů s karcinomem prostaty
- Stav výživy – obezita, prudké hubnutí
- Parenterální výživa – mizí
- Některé chorobné stavy – hyperlipoproteinémie, DM, cirhóza jater
- Z léků – hypolipidemika

3.6 *Komplikace cholecystolithiázy*

- Akutní a chronická cholecystitida: těžké rozlišení prvotní komplikace, zda se prvně objevily konkrementy nebo zánět
- Hydrops žlučníku: při uzávěru ductus cysticus nebo empyem vzniklý při infekci obsahu

- Choledocholitiáza: vzniká vycestováním kamene ze žlučníku. Následkem toho může vzniknout cholangitida, pankreatitida nebo obstrukční ikterus.
- Vlivem pokračujícího zánětu žlučníku přecházejícího na okolní orgány se mohou vytvářet vnitřní biliární píštěle např: cholecystokolické, cholecystoduodenální, cholecystocholedochové, jaterní abscesy, ileus z kamene.
- Blokádou konkrementem na Vaterské papile vzniká těžká edematózní pankreatitida – nazýváme též „Papilární ileus“ – absolutní indikace – provedení EPT (terapeutický výkon).
- Rakovina žlučníku
- Bouveretův syndrom
- Echogenní žluč – žlučové bláto (sludge): je tvořena krystaly cholesterolu a kalciumbilirubinátu, vzniká přechodně u stázy žluči, často při delším lačnění, parenterální výživě a při obstrukci d. cysticus nebo d. choledochus.
- Mirizziniho syndrom: blokace konkrementem krček žlučníku či d. cysticus, v okolí konkrementu bývá rozsáhlý zánětlivý infiltrát a výsledkem je imitace obstrukce žlučových cest

3.7 Diagnostika cholecystolithiázy

Diagnostika tohoto onemocnění je postavena na anamnéze, fyzikálním vyšetření a pomocných vyšetřovacích metodách. Anamnestické údaje a fyzikální vyšetření se liší u jednotlivých onemocnění žlučníku, ale pomocná vyšetření jsou shodná.

3.8 Vyšetření žlučníku a žlučových cest

3.8.1 Anamnéza

- předchozí a současné nemoci, operace, úrazy, četnost a charakter příznaků

- Rodinná anamnéza: pátráme po výskytu biliárních onemocnění v rodině – generační výskyt
- předchozí hepatobiliární onemocnění
- zjišťujeme metabolické poruchy – DM, obezita, hyperlipoproteinémie
- hledáme vztah k ateroskleróze a hypertenzi
- všechna chronická onemocnění
- výskyt dřívějších ikterů
- bolesti v dutině břišní
- všechny dyspeptické příznaky – nesnášenlivost některých jídel, nechutenství, nepříjemné pocity v břiše, pocit tlaku, nadýmání, meteorismus, říhání
- změny teploty, charakter horečky
- změny hmotnosti, zejména spontánní pokles
- Gynekologická anamnéza: ptáme se zda-li žena už rodila – častější výskyt litiázy
- Farmakologická anamnéza: léky – zejména hormonální antikonceptiva, hypolipidemika
- Abúzus alkoholu, tabáku a jiných návykových látek – mají také zásadní význam. (2)

3.8.2 Symptomatologie

1) Pohledem :

- kůže – ikterus
- peritoneální známky
- caput medusae – známky portální hypertenze – splenomegalie- jaterní cirhóza
- oční víčka – subikterus
- variabilní uložení žlučníku – nejčastěji uložen pod pravým jaterním lalokem

- viditelný pouze u velkého zvětšení a chabé břišní stěny, při nádorovém onemocnění

2) Poklepem:

- bolestivost – při přechodu zánětu na peritoneum zjišťujeme známky peritoneálního dráždění, které je lokalizované na pravé podžebří, může zde být nález ohraničený nebo difuzní bolestivostí

3) Palpací:

- bolestivost žlučníku i okolí
- levé podžebří – situs viscerum inverzum – orgány jsou na protilehlé straně než fyziologicky – velice vzácné!!
- metody palpace : bimanuálně, ventrálně, ventrodorzálně nebo hmaty zaměřené přímo na žaludeční krajinu
- fyziologicky není žlučník hmatný
- hydrops – žlučník je napjatý, tuhý, výrazně bolestivý se známkami peritoneálního dráždění
- trvale hmatný žlučník – způsobeno nádory
- Courvoisierův příznak – nebolestivý zvětšený žlučník, kameny nemusí být přítomny, zvětšení žlučníku a obstrukční ikterus při obstrukci choledochu v oblasti Vaterské papily nebo hlavy pankreatu, je tumorózním příznakem
- hodnotíme reakci nemocného na pohmat – Murphyho příznak – neschopnost se zhluboka nadechnout při zánětu žlučníku – bolestivá palpace i jater a sleziny

3.8.3 Laboratorní vyšetření

Sérový bilirubin :

Zvýšená hladina provází ikterus. Při překážce ve žlučovodech se tento bilirubin vrací do krve je proto přímý, konjugovaný, rozpustný ve vodě. Snadno se dostává do moči – barva moči podobná černému

pivu, coca-cole. Při úplném uzávěru choledochu do střeva neprojde žádný bilirubin – acholická stolice, v moči není urobilinogen, urobilin.

Cholestatické (exkreční) enzymy :

1) ALP – alkalická fosfatáza

Odštěpuje kyselinu o-fosforečnou z primárních fosfátových esterů.

V séru bývá zvýšená u nemocných s obstrukcí žlučových cest.

2) GMT – gamaglutamyltranspeptidáza

Glykoprotein vázaný na membrány, který katalyzuje transfer-gamaglytamyl skupin z glutamylpaptidů a jiné peptidy, aminokyseliny a vodu. Aktivita GMT je vyšší u mužů než u žen (v těhotenství nestoupá), také jsou vysoké u novorozenců a v prvním roce života, také stoupají s věkem po šedesátém roce života a u alkoholismu. Zvýšení je současně se zvýšením ALP. A vyskytuje se i u tumorů jater.

3) LAP – leucinaminopeptidáza

Zvýšení se vyskytuje také u cholestáz a je vyšší u hepatitid, silně se zvyšuje v těhotenství od třetího měsíce, u tumorů.

4) Cholesterol

Riziko hypercholesterolemie vzhledem k obstrukčnímu ikteru (vzestup LDL lipoproteinů, klesá HLD cholesterol a pre-beta-frakce - VLDL, v 99% se objevuje lipoprotein X) a provází všechny formy cholestáz.

5) Qickův test

Prodloužení protrombinového času je u cholestáz způsobeno poruchou resorpce vitamínu K. Patologické hodnoty se normalizují

do 24 až 48 hod po parenterálním podání 10 mg vitamínu K a zmražené plasmy, operace při normalizaci.

Tumorózní markery:

Jsou to makromolekulární látky, které jsou fyziologicky přítomny v malém množství a mění své koncentrace v závislosti na růstu a povaze nádoru. Jejich důležitý význam je především využíván při screeningovém vyšetřování rizikových skupin (např. nemocní s primární sklerozující cholangitidou). Mají i diagnostický a prognostický význam.

1) CEA – karcinoembryonální antigen

Je nejpoužívanější v biliární oblasti

2) CA 19,9 – nespecifický antigen tumoru GITU

Zobrazovací metody

1) Nativní snímek břicha

indikace: kalcifikované konkrementy, porcelánový žlučník, emfyzematozní cholecystitida, biliární ileus, k vyloučení pneumoperitonea, diff. Dg.

2) Ultrasonografie základní zobrazovací metoda

indikace: onemocnění žlučníku, hepatocholedochu, intrahepatálních žlučovodů, pankreatu

3) Endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie, endoskopická papilotomie (ERCP, EPT)

indikace: choledocholitiáza, tumory žlučových cest a pankreatu, stenózy žlučových cest, ikterus nejasné etiologie, organické změny ductus pancreaticus, stenóza Vaterské papily, základní zobrazovací metoda žlučových cest a pankreatických vývodů a terapeutická (EPT)

4) Perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC)

indikace: choledocholitiáza, tumory žlučových cest, stenózy žlučových cest při neúspěchu ERCP

5) Computerová tomografie (CT)

indikace: tumory žlučníku, žlučových cest, akutní i chronická pankreatitida, tumory pankreatu

6) Endoskopická ultrasonografie

indikace: zásadní metoda pro přesnou lokalizaci tumorů žlučových cest a pankreatu

7) Dynamická choleoscintigrafie

indikace: akutní cholecystitida, atrezie žlučových cest, obstrukce žlučových cest, anomálie žlučových cest, perforace žlučníku, dysfunkce Oddiho sfinkteru

8) Magnetická rezonance – MRI

indikace: stenózy žlučových cest, choledocholitiáza, tumor žlučových cest při nemožnosti provedení ERCP, PTC žlučových cest

3.9 Terapie cholecystolitiázy

3.9.1 Konzervativní

U akutních záchvatů je tato léčba metodou volby a používají se především analgetika (např. Tramal) a spazmolytika (např. Buscopan, Spazmoveralgin). Doporučuje se klid na lůžku, čaj po lžičkách, ledový obklad na pravé podžebří. Dobře léčená kolika by se měla zmírnit do několika hodin. Jestliže ke zklidnění nedojde, nebo se přidruží jiné příznaky, je nutná hospitalizace. V nemocnici se podávají léky parenterálně, přidávají se antiemetika a sedativa. Po zklidnění bolesti je pak hlavní léčbou dietní opatření. Léčba mezi záchvaty spočívá v podávání choleretik (např. Boldochol, Izochol, Panzytrát, Pankreolan). Velmi vhodné jsou žlučníkové

čaje a k rekonvalescenci tohoto onemocnění je lékařem doporučena lázeňská terapie.

3.9.2 Chirurgická: cholecystektomie – klasická či laparoskopická

V současné době je indikováno k laparoskopické cholecystektomii 95% všech pacientů s diagnózou cholecystolitiázy. Při jakýchkoli komplikacích laparoskopické operace je indikovaná konverze v klasickou operaci žlučníku – selhání přístrojů, nemožnost provedení kapnoperitonea, (předchozí opakované operace), nepřehlednost operačního pole, pokročilé zánětlivé nálezy, nezkušenost operátora, krvácení v dutině břišní.

Primárně se provádí klasická cholecystektomie u nemocných po opakovaných operacích, pro nemožnost provedení kapnoperitonea z interních důvodů (ICHS, fibrilace, arytmie srdeční, CHOPN), při známkách náhlé příhody břišní – biliární peritonitida (perforace žlučníku, pokračující zánět žlučníku na okolní orgány – septický stav), tumory žlučníku. (2)

4 Základní identifikační údaje nemocné

Jméno a příjmení: T.N.

Pohlaví: žena

Věk: 58 let

Bydliště: Praha

Národnost: česká

Stav: vdaná

Kontakt: manžel

Oslovení: paní

Datum přijetí: 19.2.2007

Datum operace: 20.2.2007

Diagnóza při přijetí: cholecystolithiáza

4.1 Anamnéza dle lékařské dokumentace

Rodinná anamnéza: otec zemřel na srdeční onemocnění, matka zdravá, sourozence nemá, děti zdravý (dcera a syn)

Sociální anamnéza: paní T.N. žije s manželem v rodinném domě

Farmakologická anamnéza: dlouhodobě nebere žádné léky

Pracovní anamnéza: dříve referentka u letecké společnosti, nyní v předčasném důchodu

Alergická anamnéza: Penicilin

Abusus: pacientka nekouří, alkohol pije příležitostně, kávu nepije

Osobní anamnéza: pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, vážně nikdy nestonala, DM a TBC nemá, stav po exenteraci pravé axily (2/2001), 2001 hospitalizována pro otoky DK, nyní se nevyskytují.

Nynější onemocnění: nemocná byla přijata na chirurgické oddělení pro plánovanou cholecystektomií

Při příjmu: hmotnost: 79 kg
výška: 175cm
tepová frekvence: 50/min.
TK: 125/ 60 mmHg sloupce
BMI:25,8

Celkový stav: orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě. Kůže bez patologických eflorescencí. Stoj a chůze normální. Dýchání čisté, poklep jasný. Břicho měkké, dýchá, palpačně bez citlivosti. Tapotement a Israeli negativní. Dolní končetiny bez otoků a známek tromboembolické nemoci (TEN).

4.2 Souhrn diagnostických metod

4.2.1 Laboratorní vyšetření

Krevní obraz (referenční meze)

FW za 1 hod 16mm (1-15) – v normě

FW za 2 hod 43 mm (4-37) – v normě

Leukocyty 5,0giga/l (4,0 – 9,5) – v normě

Erytrocyty 3,99tera/l (3,70-5,40) – v normě

Hemoglobin 130g/l (120-160) – v normě

Hematokryt 0,38l (0,35-0,46) – v normě

Střední objem erytrocytů- MCV 95,7 fl (80,0-100) – v normě

Trombocyty 276giga/l (15-400) – v normě

Sérum (referenční meze)

Bilirubin 10,0 umol/l (více 17,0) – v normě

Glukosa 5,6mmol/l (3,3-5,6) – v normě

Sérum – minerály (referenční meze)

Vápník 2,61mmol/l (2,24-2,64) – v normě
Fosfor 1,41mmol/ (0,65-1,61) – v normě
Sérum – dusíkaté metabolismy (referenční meze)
Urea 5,3mmol/l (2,0-6,7) – v normě
Kreatinin 83umol/l (45-104) – v normě
Sérum – enzymy (referenční meze)
ALT 0,32μkat/l (více 0,78) – v normě
AST 0,43μkat/l (více 0,72) – v normě
GMT 0,28μkat/l (více 0,68) – v normě
Fosfatáza alkalická 1,8μkat/l (více 2,20) – v normě
Serologické a virologické vyšetření
Stan AB HIV 1/2 ELISA – neg.
BWR – VDRL – neg.
BWR – TPHA – neg.
Moč – chemicky (referenční meze)
Ph 6,0 (5,0-6,5) – v normě
Leukocyty 0
Krev 0
Nitrity 0
Bílkovina 0
Glukóza 0
Aceton 0
Urobilinogen 0
Bilirubin 0
Močový sediment (referenční meze)
Leukocyty 28/μl (více 15) – zvýšené
Erytrocyty 2/μl (více 10) – v normě
Epitel dlaždicovitý 4μl (více 15) – v normě
Bakterie 1arb.j.
Koagulační vyšetření (referenční meze)
Quickův test – INR 0,95 INR (0,80-1,20) – v normě
APTT 34,2 sec. (24,0-33,0) - zvýšený

Krevní skupina: 0

RH faktor: RH+

4.2.2 Přístrojová vyšetření

1) Břišní ultrasonografie

Byla vyšetřena játra, žlučník, žlučové cesty, pankreas, slezina, ledviny. Závěrem byla diagnostikována nesčetná volná cholecystolitiáza .

2) Esophagogastroduodenoskopie

Při tomto vyšetření byl zjištěn normální nález.

3) EKG

Při tomto vyšetření byla zjištěna normální EKG křivka.

Viz příloha č.1

4) RTG srdce + plíce

Při tomto vyšetření byl zjištěn normální nález.

4.3 Stručný průběh hospitalizace

1.den hospitalizace :

Pacientka byla přijata 19.2.2007 na chirurgické oddělení k plánované cholecystektomii s kompletním interním vyšetřením (viz. výše). Pacientce byl vysvětlen chod oddělení a předložena práva pacienta. Byla provedena předoperační příprava. Pacientku navštívil anesteziolog a naordinoval premedikaci k operaci: Dolsin 50 mg i.m., Atropin 0,5 mg i.m., Degan 1 amp im. a na noc Diazepam 5 mg p.o. Pacientka byla edukována o výkonu a podepsala písemný souhlas o provedení operace a zároveň souhlas s provedením celkové anestezie. Pacientka byla seznámena s hodnocením bolesti, se škálou bolesti. Pacientka přijímá denně 1,5l tekutin, proto byla edukována o možném vzniku dehydratace a bylo jí doporučeno zvýšit jejich příjem.

2.den hospitalizace - Operační den:

Pacientka bude připravována na plánovaný výkon – laparoskopickou cholecystektomií. Proběhla příprava operačního pole – odstranění chloupků na břichu. Dále byla provedena hygienická péče v předoperačním období – pacientka se osprchovala. Pacientka od večera lačnila, nepila, nekouřila. Byla provedena edukace prevence TEN a následná bandáž DK. Pacientka byla také edukována o následné pooperační rehabilitaci. V rámci toho jí bylo vysvětleno vstávání z lůžka, odkašlávání. Byla jí vysvětlena vizuální analogová škála bolesti. Pacientka nemá šperky, zubní protézu a je oblečena do chirurgické košile. Podle operačního plánu pacientka dostala premedikaci v 10.30. Po aplikaci premedikace byla převezena na operační sál. Dále byl pacientce na sále, před operací zaveden PŽK a během operace Redonův drén. Pacientka byla opět přivezena ze sálu ve 12.30. Dle ordinace anesteziologa se provádí kontrola fyziologických funkcí po 15 min. a poté po 30 min. do 15:00.

Tabulka č.3: Měření fyziologických funkcí (TK, P) po operaci

Hodina měření	Krevní tlak TK (mmHg)	Puls P (tepů za 1 min)
12:30	115/60	56´
12:45	110/60	62´
13:00	120/65	65´
13:30	110/65	56´
14:00	105/60	58´
15:00	105/65	60´

Je důležité aby sestra sledovala úroveň vědomí, riziko aspirace a zotavování se po celkové narkóze. Po příjezdu ze sálu kontrolujeme operační ránu (zda-li neprosakuje krytí), průchodnost PŽK a je-li je Redonův drén funkční, množství a charakter odváděného sekretu. Pacientka nesmí pít do 2hod. po operaci pouze vlhčit ústa. Také nebude přijímat nic per os až do druhého dne, kdy ji bude lékařem předepsána dieta č.1. V domácím ošetřování bude pacientka dodržovat dietu č.4. Byla podána následující medikace: Torecan 1 amp. i.v. ve 13-18-24-06 hod., Clexane 0,2 ml s.c. v 18.00. Také byl podáván Dolsin 50 mg i.m. dle potřeby pacientky

(sledování bolesti dle dřívější edukace) a na noc aplikován Hypnogen tbl, kvůli nedostatečnému a přerušovanému spánku.

3.den hospitalizace – 1. pooperační den:

Pacientka se cítí subjektivně dobře. TK - 110/65, P – 65', TT – 36.8°C. Redonův drén již neodvádí, proto byl odstraněn. PŽK byl vyndán, protože pacientce nebyly předepsány žádné další infuze. Na stolici pacientka dnes nebyla. Převaz rány. Aplikace Dolsinu 50 mg i.m. v 8.00.

4.den hospitalizace – 2. pooperační den:

Pacientka se cítí subjektivně dobře, bolest nepocítuje. Převaz rány (aplikován Novikov), sutura klidná, FF v normě. Pacientka dodržuje dietu č.4. – s omezením tuků. Nemocná byla edukována o domácím ošetřování, dítě a pozvána na kontrolu na chirurgickou ambulanci k vyndání stehů.

4.4 Souhrn podávaných léků (dle abecedy)

ATROPIN inj.

IS: parasimpatikolytikum

I: Premedikace před celkovou anestezií – snižuje sekreci v respiračním ústrojí, tlumí kolikovitě bolesti, při spazmech v zažívacím ústrojí, při bradykardii

KI: Glaukom, organická stenóza pyloru, hypertrofie prostaty, mukoviscidóza, hypertyreóza, tachykardie, vysoká teplota, poruchy vyprazdňování močového měchýře, při těžké poruše acidobazické rovnováhy a v hypoxii.

NÚ: V terapeutických dávkách útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, porucha akomodace, fotofobie, tachykardie, retence moči, obstipace, bolest hlavy. Ve vyšších dávkách záškuby až svalové křeče, halucinace až ztráta vědomí.

BETADINE liq.

IS: antiseptikum, lokální dezinficiens (má širokospektrý antimikrobiální účinek)

NÚ: obsahuje jód – nebezpečí alergické reakce, podráždění kůže možné (zřídka)

CLEXANE inj.

IS: antitrombotikum, antikoagulans

I: Profylaxe TEN, léčba TEN u nemocných léčených pro akutní onemocnění interního či infekčního charakteru, léčba nestabilní anginy pectoris, prevence tvorby trombů v mimotělním oběhu při dialýze.

KI: Hypersenzitivita na enoxaparin sodný, krvácivé stavy či zvýšené riziko krvácení v souvislosti s poruchami homeostázy, anamnestická trombocytopenie, aktivní peptický vřed, akutní infekční endokarditida, hemorragická cévní mozková příhoda.

NÚ: Krvácení, trombocytopenie, kožní lokální a celkové alergické reakce.

DEGAN tbl.

IS: antiemetika, prokinetika

I: Tlumí zvracení, povzbuzuje pohyb tenkého střeva a žlučníku, před nevolností a zvracením při onemocnění jater a ledvin, při úrazech hlavy, zranění mozku.

KI: Při krvácení do GIT, při neprůchodnosti GIT, při epilepsii.

NÚ: Bývá dobře snášen, jinak pocit únavy, ospalost, neklid, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, deprese, sucho v ústech, extrapiramidové reakce – mimovolní reakce obličejových svalů, stáčení očí, hlavy, rytmické křeče žvýkacích svalů, poruchy řeči.

DIAZEPAM tbl.

IS: anxiolytikum

I: Při úzkosti, napětí, chorobném strachu. Neklidu u neuróz, jen přechodné užívání, pro snížení svalového napětí, k zabránění vzniku epileptických křečí, na počátku hospitalizace a u pacientů jako předoperační příprava.

KI: Při projevech ochablosti, při zeleném očním zákalu, při otravě alkoholem, léčivy tlumící nervový systém, při těžkém poškození jater a ledvin, 1. Tři měsíce v těhotenství, kojení, u dětí do 3 let.

NÚ: Spavost, únava, porucha koncentrace, desorientace, bolest hlavy, porucha zraku, porucha řeči, alergické kožní reakce, zažívací potíže, bolesti v nadbřišku, potíže při močení, snížení sexuální dráždivosti, vzniká riziko lékové závislosti.

DOLSIN inj.,sol.

IS: analgetikum, anodynum

I: Bolest při maligních tumorech, po těžkých úrazech, infarkt myokardu, asthma cardiale, plicní edém, plicní embolie, poruchy porodní činnosti, premedikace před celkovou anestezií.

KI: Útlum dýchacího centra, úrazy hlavy, otravy křečovými jedy, těžké onemocnění jater, porfyrie.

NÚ: Opakované podání vysokých dávek v krátkém intervalu vyvolá záškuby, tremor, hyperreflexi a křeče, dále závratě, sedace, útlum dechového centra, poruchy srdeční frekvence, hypotenze, pocení, sucho v ústech, nauzea, dávení, mírná zácpa, retence moči, spasmus žlučovýchodů, alergická reakce, psychická a fyzická závislost.

HYPNOGEN tbl.

IS: hypnotikum

I: Užívání v dospělosti při trpění nespavostí, snižuje počet probuzení, prodlužuje celkovou dobu spánku a zlepšuje jeho kvalitu tím, že obnovuje jeho normální strukturu. Určen ke krátkodobému užívání.

KI: Neužívat při alergii na zolpidem, při náchylnosti k zástavě dechu ve spánku, dechové nedostatečnosti a těžké jaterní nedostatečnosti. Přípravek nesmějí užívat děti a mladiství do 18 let.

NÚ: Neklid, zmatenost, zvýšená nespavost, noční můry, halucinace, nervozita, změny libida, podráždění, agresivita, poruchy chování,

náměsíčnost, deprese. Při nástupu těchto účinků je nutné přerušit jeho užívání a vyhledat lékaře.

TORECAN inj.

IS: antiemetikum

I: Nauzea a zvracení po chirurgických operacích, při chemoterapii, při radioterapii, při terapii léky, které vyvolávají zvracení (např. opiáty) Nauzea a zvracení u hepatobiliárních poruch, u urémie, migrény, závratí po komoci mozku.

KI: Přecitlivělost na některou ze složek přípravku, při poklesu funkcí centrálního nervového systému, věk pod 15 let.

NÚ: Somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče, extrapyramidové příznaky např. opistotonus, sucho v ústech, anorexie (vzácně).

5 Ošetrovatelská část

5.1 Ošetrovatelský proces obecně

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Nyní je součástí koncepcí ošetrovatelství ve většině států na světě. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetrovatelský proces vyžaduje naučit se:

- systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech
- rozpoznat problém (analýza dat)
- plánovat (kladení cílů, volba řešení)
- realizovat (uskutečnění cílů)
- hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby)

Základní lidské potřeby musí být vždy plněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud není schopen se nemocný o sebe postarat sám. Pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí. K důležitým součástem procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. Samozřejmě pečlivě a srozumitelně vedená, přesná dokumentace. Ošetrovatelský proces je procesem flexibilním a strukturovaným, a proto je základem pro práci sestry. Používání ošetrovatelských diagnóz (Oš.Dg.) pomůže ve výběru ošetrovatelských přístupů a poskytne návod k hodnocení. (5,3)

5.2 Použití ošetrovatelského procesu v praxi

Veškeré informace jsem získala při rozhovoru s pacientkou, z dokumentace, do které jsem po souhlasu pacientky mohla nahlížet, od

ostatních členů ošetrovatelského týmu – ošetřujícího lékaře, sestry a pozorování pacientky. Pro sběr dat jsem použila formulář, který se používal v nemocnici, kde jsem nemocnou ošetřovala. Aplikovala jsem model “Fungujícího zdraví” Majory Gordonové.

5.2.1 “Model fungujícího zdraví” dle Majory Gordonové

Tento model je z hlediska holistické filosofie nejkompexnějším pojetím člověka v ošetrovatelství. Podle tohoto modelu může sestra zhodnotit zdravotní stav, jak zdravého, tak nemocného jedince. Zdravotní stav pacienta můžeme rozdělit na funkční a dysfunkční. Při použití tohoto modelu sestra získává komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy. Poté stanoví aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat a realizovat svoji péči o pacienta. “Funkční typy zdraví” pacientů jsou obecně odvozeny z interakce člověka s prostředím. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio – psycho – sociální integrace. Při porušení jediné z těchto oblastí narušuje zdraví celého organismu. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, kulturními, vývojovými, sociálními a duchovními faktory. Pod dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy. Podle priorit tak vytvoří adekvátní plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů (sekundární a terciální prevence), ale i u relativně zdravých osob, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetrovatelské péče (primární prevence) dojde k vážnému narušení zdraví a vzniku choroby. Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá z nich představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Zahrnuje to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem o své zdraví pečuje, jak zvládá rizika spojená s nynějším onemocněním, jak dodržuje lékařská a ošetrovatelská doporučení.

2. výživa a metabolismus

Popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu jídla a tekutin. Zvláštní preference ve výběru, užívání náhradních výživových látek. Dále sem patří hodnocení stavu kůže, celková schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů, sliznic, chrupu, TT, výška a hmotnost

3. vylučování

Informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, MM a kůže), pravidelnost ve vylučování, obvyklé rituály a používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a vzhled exkretů.

4. aktivita cvičení

Popisuje způsob udržování tělesné kondice, aktivity ve volném čase a při relaxaci, základní denní životní aktivity (sebepéči, soběstačnost), sporty, faktory, které brání v provozování aktivity.

5. spánek, odpočinek

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace, délku spánku v noci i ve dne, vnímání kvality a kvantity spánku a také, jak se člověk cítí odpočinitý, způsoby navození spánku, přerušovaný spánek, léky na spaní, prostředí ke spánku a odpočinku.

6. vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, přiměřenost smyslů – sluch, zrak, chuť, čich a dotek, popř. Používání kompenzačních pomůcek, úroveň vědomí a mentálních funkcí, zda pacient netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena, zhodnocení kognitivních funkcí (učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob vyjadřování).

7. sebekoncepce, sebeúcta

Popisuje emocionální stav a vnímání sama sebe, individuální názor pacienta na sebe, vnímání svých schopností, talentu, celkového vzhledu, vlastní identity, vlastní hodnoty, způsoby emocionální reakce, nonverbální projevy (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas, způsob řeči).

8. plnění rolí, mezilidské vztahy

Popisuje přijetí, vnímání, plnění životních rolí a úroveň a úroveň mezilidských vztahů, plnění závazků a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci, soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání.

9. sexualita, reprodukční schopnost

Zahrnuje poruchy nebo potíže v této oblasti, popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě, v jakém reprodukčním období se nachází žena, popř. Problémy s tím související.

10. stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Nejdůležitější životní změny v posledních 2 letech, způsob tolerance a zvládání stresových situací, podpora rodiny a okolí, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

11. víra, přesvědčení, životní hodnoty

Individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení (včetně náboženské víry a transcendence), které nemocného vedou nebo ovlivňují, zahrnuje vše, co je pro nemocného v životě důležité, např. kvalita života, víra, očekávání, které se vztahují ke zdraví.

12. jiné

Jiné důležité informace, které nejsou zařazeny v předchozích oblastech.

5.2.2 Ošetřovatelská anamnéza

(2. den hospitalizace – operační den)

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka byla přijata do nemocnice k plánované cholecystektomii. Očekává, že její pobyt v nemocnici bude krátký a její stav se po operaci zlepší. Je informovaná o léčebném režimu a bude ho dodržovat.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka má chrup v dobrém stavu. Váží 79 kg a BMI je 25,8. Od 24 hod. pacientka lačnila před výkonem. Po operaci nepřijímá nic per os. Doma ráda jí a vaří typická česká jídla, hodně kořeněná. Bývalo jí proto po tučných a kořeněných jídlech těžko, vždy po jejich konzumaci. Očekává, že bude muset držet dietu po návratu domů. Rozumí jí a chce ji dodržovat. Doma pije denně asi 1,5l tekutin (minerální vody, čaje) a byla poučena o nutném zvýšení příjmu tekutin.

3. Vylučování

Pacientka doma chodí na stolicí 1x denně, bez žádných obtíží. Projímadla neužívá. Dnes na stolicí nebyla. Frekvence močení doma je asi 4x – 7x za den. Při močení obtíže nemá. Dnes z důvodu operace se vyprazdňuje na podložní mísu. Po operaci se pacientka vymočila spontánně do 6 hodin.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka je v předčasném důchodu a ve volném čase se věnuje své zahradě. Při večerní hygieně potřebuje pacientka asistenci. Dle Barthelova testu denních činností je pacientka ohodnocena po operačním výkonu 75 body což znamená lehkou závislost.

5. Spánek, odpočinek

V domácím prostředí pacientka se spaním obtíže neudává. Spí 6 – 8 hodin denně. Přes den někdy po obědě. Ráno se cítí odpočinitá. Léky na spaní doma nikdy neužívala. Pobyt v nemocnici na ni působí v tomto ohledu negativně. Spí přerušovaně, v noci se budí 1 – 3krát. Chod oddělení je příliš hlučný a prostředí pacientce příliš nevyhovuje.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka slyší a cítí dobře, vnímá všechny chutě. Používá brýle na čtení (2 dioptrie na obou očích). Orientuje se v místě, čase a svou osobou. V nemocnici se cítí bezpečně, ale ruší ji chod oddělení. Má bolest v okolí operační rány a zad mezi lopatkami z ležení. Intenzitu bolesti rány na stupnici 1 – 10 ukazuje na stupeň 5. Je poučena o svém stavu.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka se na svůj věk cítí dobře. Je velice pozitivistická a náladu má vždy dobrou. Výjimkou je pouze bolest a neklidný spánek. Je velice vděčná, že ji rodina podporuje a často ji navštěvuje. Pacientka je velmi komunikativní a v navazování nových kontaktů nemá obtíže. Proto chodí ráda do společnosti a do divadla. Na mě působila velice příjemně a komunikace s ní mi byla také příjemná.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije v rodinném domě s manželem. Má dvě děti, syna a dceru. V nemocnici ji navštěvují každý den, manžel, děti i s vnoučaty. Manžel je schopen se o sebe doma postarat sám, ale těší se na návrat manželky. Pacientka je v předčasném důchodu spokojená, samotou netrpí. Ráda chodí do společnosti a s přáteli do divadla.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka žije sexuálním životem přiměřeně ke svému věku. Menopauza od 52 let bez obtíží.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Dle údajů od nemocné v posledních dvou letech neprodělala žádné těžké zátěžové situace. Pacientka v běžném životě stresem netrpí. Řeší pouze běžné denní komplikace. Nemocniční prostředí ji mírně znervózňuje. Po návratu si je jistá, že se vše vrátí do obvyklých kolejí. Už se těší na zahrádku.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka není věřící. Zaměstnání pro pacientku nebylo nejdůležitější součástí života, proto si nyní plně užívá důchodu a svých vnoučat. Na svou zahrádku nedá dopustit.

12. Jiné

Fyziologické funkce: TK - 105/65, P – 60', D 17', TT 36,8, Při měření Barthelova testu základních všedních činností po operaci pacientka dosáhla skóre 75, riziko vzniku dekubitů bylo dle stupnice Nortonové 32. Pacientka je alergická na penicilin.

5.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz ke 2. dni hospitalizace (operační den)

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na základě konzultace s nemocnou, ošetřující sestrou, a s přihlédnutím k medicínským prioritám. Rozdělila jsem si Oš. Dg. na předoperační a pooperační. Pooperační se dále dělí na aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy.

Předoperační:

1) Pocit strachu z důvodu operace, projevující se nejistotou a úzkostným stavem pacientky.

2) Neznalost pojmu a potřeba poučení o předoperační a pooperační péči z důvodu nedostatku informací, projevující se nejistotou nemocné.

Pooperační:

A) Aktuální:

1) Akutní bolest operační rány z důvodu operačního výkonu – cholecystektomie, projevující se pocitem nepohodlí a verbálními stížnostmi pacientky.

2) Porucha spánku z důvodu změny prostředí a bolesti po operaci, projevující se nočním buzením a únavou pacientky.

3) Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a oblékání z důvodu snížené pohyblivosti po operaci, projevující se pocity bezmoci.

B) Potencionální:

1) Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu snížené pohyblivosti po operačním výkonu.

2) Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže - operační rána, zavedení PŽK a Redonova drénu.

3) Riziko aspirace z důvodu celkové anestezie.

4) Riziko poruchy vyprazdňování močového měchýře z důvodu operace.

5.3.1 Stanovení ošetřovatelského plánu

Předoperační ošetřovatelské diagnózy:

1) Pocit strachu z důvodu operace, projevující se nejistotou a úzkostným stavem pacientky.

Cíl:

Krátkodobý: Zmírnění strachu.

Dlouhodobý: Odstranění strachu.

Plán:

- promluví si s nemocnou o jejím strachu
- informuj nemocnou o výkonu, léčebném plánu
- zajisti častý kontakt s rodinou (je-li to možné)

Realizace:

S pacientkou jsem si promluvila o jejím strachu z důvodu operace. Informovala jsem ji o časovém harmonogramu předoperační přípravy, byla edukována o premedikaci.

Hodnocení:

Pacientka porozuměla časovému harmonogramu předoperační přípravy i premedikaci a vše plní bez obtíží. Je v úzkostném stavu pro obavy z výkonu a nejistých výsledků. Tím, že byla plně edukována se její strach z operace zmírnil. Rodina za pacientkou dochází každý den a zůstávají zde po celou dobu vyhrazenou pro návštěvy. V přítomnosti rodinných příslušníků pacientka na strach úplně zapomene.

2) Neznalost pojmu a potřeba poučení o předoperační a pooperační péči z důvodu nedostatku informací, projevující se nejistotou nemocné.

Cíl:

Pacientka je poučena a dostatečně informována o předoperační a pooperační péči.

Plán:

- lékař edukuje pacientku o pojmu – laparoskopické cholecystektomie

- anesteziolog edukuje pacientku o premedikaci
- pouč pacientku o předoperační ošetrovatelské péči – pacientka provede celkovou hygienu večer před operací, od půlnoci pacientka lační z důvodu operačního výkonu. Bezprostředně před operací se provede příprava operačního pole – oholení operační plochy – oblast břicha. Před odjezdem na sál pacientka na sobě nebude mít šperky, zubní protézy, nebude mít nalakované nehty a převleče se do operační košile, nemá spodní prádlo, bude jí aplikována premedikace
- pouč pacientku o pooperační ošetrovatelské péči – po operaci pacientka nebude 2 hodiny pít (pouze vlhčit ústa) a do druhého dne do rána nepřijímá nic per os, pro bolest po operaci bude pacientce aplikována medikace (analgetika, opiáty) dle ordinace lékaře. Při operaci bude pacientce zaveden PŽK a Redonův drén.
- edukuj o pojmech PŽK a Redonův drén
- pouč o prvcích pooperačního režimu, nacvičuj je (prevence TEN, dechová rehabilitace, odkašlávání, pohyb na lůžku, správné vstávání z lůžka) a zajisti o nich dostatek informací – psaná, instruktážní edukace
- vysvětlí pacientce možnost ztíženého vyprazdňování močového měchýře po operačním výkonu a nacvičuj s pacientkou vyprazdňování - podej pacientce podložní mísu, dej pacientce možnost vyzkoušet si močení do podložní mísy, zajisti soukromí při nácviku vyprazdňování
- ukaž, vysvětlí a nauč pacientku pracovat s vizuální analogovou škálou bolesti již před operací
- zkontroluj zda pacientka edukaci rozuměla

Realizace:

Pacientku lékař edukoval o pojmu – laparoskopická cholecystektomie. Anesteziolog seznámil nemocnou s premedikací před operací. Dodala jsem pacientce psané edukační materiály. Poučila jsem ji o předoperační a pooperační ošetrovatelské péči. Pacientka před operací

provedla celkovou hygienu, osprchovala se. Bezprostředně před operací jsem pacientce oholila operační plochu a poučila pacientku o nutnosti odstranění šperků, zubní protézu pacientka nemá. Pacientka byla anesteziologem poučena o premedikaci.

Pacientku edukuji o Redonově drénu : drén (angl.- drain) obecně je pomůcka k odvádění tekutin např. z ran, po operaci. Jeho zavedení je důležité pro odtok krve, hnisu a jiných tekutin, jejichž hromadění by komplikovalo hojení rány. V případě, že drén už neodvádí žádný sekret, odstraníme ho a rána se může zacelit úplně. Drénů je několik druhů a pacientce byl zaveden tzv. Redonův drén. Je to polyethylenová několikrát perforovaná hadička, kterou se tekutina odvádí do lahve s podtlakem.

Vysvětlím pacientce postup správného vstávání z lůžka, tak aby ho pacientka pochopila a dokázala provést. Pacientka si na lůžku v poloze na zádech pokrčí DK. Jednou rukou si fixuje ránu a otočí se na bok – zdravý. Poté pomalým pohybem DK spouští z lůžka a druhou horní končetinou se zároveň zvedá, přitahuje pomocí držadla zavěšeného nad lůžkem. V rámci prevence TEN pacientka po operaci bude muset nosit bandáže DK dokud nebude plně vertikalizována. Pacientka si může na lůžku nacvičovat pohyb např. zvedáním DK, plantární flexi, extenzi špiček končetin, předvádění jízdy na kole, pohyb na lůžku, sedání v lůžku, chůze. Pacientka by měla cviky opakovat každou hodinu po dobu 1 minuty, pokud nespí.

Hodnocení:

Pacientka byla lékařem poučena o pojmu laparoskopická cholecystektomie a anesteziologem o premedikaci před operací. Předoperační hygienu provedla bez obtíží. Nemocná prostudovala dodané materiály a edukaci porozuměla jim bez problému. Pacientka byla plně seznámena s pojmy PŽK, Redonův drén a pochopila jejich nutnost zavedení. Pacientka bez obtíží provede správné vstávání z lůžka, dechovou RHB a je seznámena s prevencí TEN. Pacientka je velice schopná a snaživá a dodržuje vše bez obtíží.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1) Akutní bolest operační rány z důvodu operačního výkonu - cholecystektomie, projevující se pocitem nepohodlí a verbálními stížnostmi pacientky.

Cíl:

Krátkodobý: Zmírnění bolesti.

Dlouhodobý: Odstranění bolesti.

Plán:

- zjistí lokalizaci bolesti, charakter, trvání, stupeň bolesti každou hodinu
- založ záznam o sledování bolesti
- pracuj s vizuální analogovou škálou bolesti
- informuj o úlevové poloze (dle pohodlí pacientky), prevenci bolesti při vstávání, změně polohy
- podej analgetika, opiáty dle ordinace lékaře
- sleduj účinek podávaných opiátů, v případě komplikací informuj lékaře

Realizace:

Založila jsem záznam o hodnocení bolesti operační rány ve 12.30, ihned po operačním výkonu a záznam aktualizuji. Informovala jsem pacientku, jak má vstávat, aby se bolest nezhoršovala při změně polohy. O vstávání přes bok a vzepření se o HK o lůžko a tím se zvedne a aby si při chůzi a změně poloh přidržovala operační ránu. Aplikovala jsem Dolsin 50 mg i.m. dle potřeby pacientky ve 13.00 a v 17.00 dle ordinace lékaře a sleduji účinek opiátů.

Hodnocení:

Pacientka má bolest v okolí operační rány, nejvíce ji bolí okolí pupku. Pacientka popisuje bolest na vizuální analogové škále stupněm č. 5. Charakterizuje ji jako tupou až svíravou. Po aplikaci Dolsinu se pacientce ulevilo a bolest se zmírnila. Na vizuální analogová škále ji přiřazuje ke stupni č.2. Pacientka prozatím nevstává, až k večeru. Poté vstává přes bok a

pomocí HK, operační ránu si přidrží a dolní končetiny pomalu pokládá k zemi. Břicho jí bolí méně. Při chůzi si operační ránu přidrží a bolest je menší.

2) Porucha spánku z důvodu změny prostředí a bolesti po operaci, projevující se nočním buzením a únavou pacientky.

Cíl:

Pacientka bude spát klidným, nepřerušovaným spánkem alespoň 6 hodin za noc.

Plán:

- zajisti klid na pokoji pacientky, oddělení
- před spaním vyvětrej pokoj pacientky, uprav lůžkoviny a lůžko
- pacientku zbytečně neprobouzej
- aplikuj hypnotika (analgetika, ..) dle ordinace lékaře
- sleduj účinky podaných léků

Realizace:

Pohyb na pokoji pacientky byl minimalizován. Pacientce byl večer před operací ve 20.00 hod podán Hypnogen tbl. dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Po aplikaci Hypnogenu pacientka usnula a bez probuzení spala až do rána přibližně do 7.00. Ráno se pacientka cítí odpočínutá.

3) Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a oblékání z důvodu snížené pohyblivosti po operaci, projevující se pocitem bezmoci.

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka s dopomocí v koupelně provede hygienu, s dopomocí se osuší a oblékne.

Dlouhodobý: Pacientka je schopna si samostatně provést hygienickou péči v plném rozsahu (dojít do koupelny, umýt se a obléknout).

Plán:

- zhodnot' úroveň sebepéče pomocí Barthelova testu
- pomáhej pacientce s přesunem do koupelny
- omyj pacientku, kde to sama nezvládne
- osuš pacientku v místech, kde to sama nedokáže
- dopomož pacientce se obléknout

Realizace:

Pacientka byla v Barthelově testu ohodnocena 75 body což znamená, že je po operaci mírně nesoběstačná. Pacientku jsem dovedla do koupelny, kde jsem jí omyla záda, na která si nedosáhla. Poté jsem ji osušila místa, tam kde se pacientka nebyla schopná otřít samostatně a dopomohla jí při oblékání..

Hodnocení:

Prozatím není pacientka schopna všechny tyto úkony zvládnout bez dopomoci. Největší komplikací je pro pacientku obléknutí se do košile, což je způsobeno omezeným rozsahem pohybu po operaci a s ní spojená bolest.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1) Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu snížené pohyblivosti po operačním výkonu.

Cíl:

Tromboembolická nemoc nevznikne.

Plán:

- informuj pacientku co je TEN
- proved' bandáž obou DK od špičky do třísla elastickým obinadlem
- kontroluj zda jsou bandáže plně funkční
- mobilizuj pacientku na lůžku v rámci RHB a proved' s pacientkou preventivní cvičení – plantární flexi, extenzi špiček končetin každou hodinu, dechovou rehabilitaci,

odkašlávání, napodobování jízdy na kole, zvedání DK – každou hodinu, když nespí

- podávej antikoagulantia dle ordinace lékaře
- sleduj projevy krvácivosti
- sleduj laboratorní nálezy koagulačních vyšetření

Realizace:

Poučím pacientku co je to tromboembolická nemoc, jaké jsou její příznaky a proč nemoc vzniká. TEN je hluboký zánět žil dolních končetin spojený se vznikem krevní sraženiny v místě zánětu. Tato sraženina zcela zúží, nebo částečně uzavře průsvit cévy. Někdy se také sraženina může uvolnit a způsobit plicní embolii. Příznaky této nemoci jsou otok končetin, bolest v plosce nebo lýtku při došlápnutí, pocit bolestivého napětí v lýtku. V závažnějších případech horečka s třesavkou a kruté bolesti celé končetiny a masivní otok. Hlavní příčinou vzniku této nemoci je zpomalení průtoku krve dolními končetinami při delším pobytu na lůžku – po úrazech, po operaci, v bezvědomí. Dalšími příčinami mohou být chorobné změny cévních stěn, poruchy srážlivosti krve, diabetes mellitus, obezita a věk nad 40 let.

Pacientce jsem provedla bandáž obou DK od špičky až po třísla dříve než vstala z lůžka a vysvětlila ji jejich nutnost. Pečlivě jsem kontrolovala, zda se bandáže pohybem na lůžku neznechodí a stále plní svoji funkci. Poučila jsem pacientku o důležitosti včasné vertikalizace a při chůzi jsem pacientce dělala doprovod. Pacientce jsem již večer před operací v rámci předoperační přípravy aplikovala Clexane 0,4 ml s.c. dle ordinace lékaře. Sledovala jsem výsledky koagulačních vyšetření a projevy krvácivosti. S pacientkou jsem cvičila na lůžku. Prováděli jsme preventivní cviky TEN. Na lůžku může pacientka nacvičovat pohyb např. zvedáním DK, plantární flexi, extenzi špiček končetin, předváděním jízdy na kole, pohyb na lůžku, sedání v lůžku, chůze. Pacientka by měla cviky opakovat každou hodinu po dobu 1 minuty, pokud nespí.). Pacientku jsem edukovala o správném provádění dechové rehabilitace – pacientka si má dát dlaně na

dolní hranici hrudníku, vdechovat pomalu a hluboce nosem , zadržet dech na 2 – 3 sekundy a pomalu vydechovat ústy.

Hodnocení:

Pacientka je plně informována o TEN. Má plně funkční bandáže obou DK a s menší dopomocí chodí. Pacientka je bez známek projevů krvácení a TEN. Pacientka provádí dechovou rehabilitaci a preventivní cviky vzniku TEN.

2) Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže – operační rána, zavedení PŽK a Redonova drénu.

Cíl:

Pacientka je bez známek celkové i místní infekce (schvácenost, únava, pocení, zvýšená teplota, začervenání, otok, nebo zvýšenou teplotu v místě PŽK).

Plán:

- včas si všimni a diagnostikuj místní známky infekce v místě vstupu PŽK, operační rány a Redonova drénu
- postupuj přísně asepticky při každé manipulaci s PŽK a při převazu operační rány
- prováděj a dodržuj hygienickou desinfekci rukou
- sleduj celkové i místní známky infekce
- dbej na průchodnost PŽK a funkčnost Redonova drénu
- převazy PŽK a rány prováděj dle ordinace lékaře, dle potřeby

Realizace:

U PŽK jsem provedla kontrolu místa vpichu 1x denně a vždy při každé manipulaci s ním. Při manipulaci jsem dodržovala správné zásady. Místní a celkové známky infekce jsem také kontrovala. Při převazu operační rány jsem postupovala asepticky a dle ordinace lékaře. Dle ordinace lékaře jsem pro převaz použila Betadine roztok, čtverce a krytí Cosmopor.

Hodnocení:

Okolí vpichu PŽK nejeví známky místní ani celkové infekce a operační rány se hojí per primam. Začervenání, otok, nebo zvýšená teplota v místě PŽK nebyly objektivně přítomny. Operační rána je klidná, krycí materiál není prosáklý. Fyziologické funkce v normě. Drén je plně funkční, odvádí 30 ml sekretu, který má krvavě načervenalou barvu.

3) Riziko aspirace z důvodu celkové anestezie.

Cíl:

K aspiraci nedojde.

Plán:

- pacientka zaujímá vhodnou polohu
- sleduj úroveň vědomí a orientaci pacientky po celkové anestezii – orientaci místem, časem, osobou
- sleduj zda pacientka nemá pocit nauzey a zvracení

Realizace:

Pacientku jsem poučila, aby měla při poloze na zádech hlavu na stranu vzhledem k riziku aspirace z důvodu celkové anestezie a rizika aspirace. Sledovala jsem úroveň vědomí.

Hodnocení:

Pacientka je plně při vědomí, pospává a na výzvu reaguje a vyhoví. Je bez pocitů nauzey a zvracení.

4) Riziko poruchy vyprazdňování močového měchýře z důvodu operace.

Cíl:

Dosažení fyziologického vyprazdňování moči.

Plán:

- sleduj zda se pacientka po operaci vymočí do 8 hod
- zajisti soukromí při vyprazdňování
- při obtížích použij další postupy – pusť tekoucí vodu, přikládej teplé obklady na podbříšek

Realizace:

Pacientce jsem zajistila soukromí paravanem umístěným mezi lůžky spolupacientek. Pečlivě sleduji čas prvního vymočení pacientky po operačním výkonu a zapíši ho do dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka obtíže při močení neudává a po operaci se do 6 hodin vymočila bez problémů.

6 Edukace pacientky

Edukace, jako taková, je v každém období nemoci jedním z nejdůležitějších předpokladů pro správnou léčbu a uzdravování nemocného. Snažíme se využít takových edukačních metod, které jsou pro pacientku vhodné (slovní - ústní, písemná, audio, video, TV, praktický nácvik - instruktáž). V mém případě je edukace pacientky již před operací založena hlavně na pohybové aktivitě v rámci prevence TEN a správném vstávání z lůžka (pro snížení zátěže břišních svalů a tím rizika poškození operační rány), nácviku těchto činností a předání informací (týkajících se předoperační, pooperační ošetrovatelské péče, neznámých pojmů). Dále je do budoucna pro pacientku nutné stanovit správnou dietu a doporučit pacientce její dodržování.

Do domácího ošetřování lékař pacientce stanoví dietu určenou pro onemocnění jejího typu. Je to dieta č. 4 s omezením tuku (viz příloha č.2). Využívá se po operacích žlučníku, při snížené funkci pankreatu, chronických onemocnění žlučníku a pankreatu. Charakteristikou této diety je: strava je biologicky plnohodnotná, pestrá, lehce stravitelná a vhodná pro dlouhodobé i přechodné podávání. Hlavní je výběr potravin a způsob jejich tepelného zpracování (nevhodné je fritování, smažení a pečení na tuku). Kládeme velký důraz na množství a výběr tuků. Tuky by neměly překročit množství do 50g denně. V pooperačním období by se pacienti měli vyvarovat potravinám, které způsobují nadýmání, mohou totiž způsobit urychlení činnosti střev a zvyšují plynatost a nadýmání a tím i bolest břicha po operaci. (např.: tuky, bramborák, čerstvé houby, kyselá nakládaná zelenina, kapusta, hrách, květák, fazole, česnek, zelí, ořechy, hrušky, třešně, melouny, pečivo ne čerstvé,...) Důležité je také rozdělení potravy na malé dávky (nejlépe jíst 5-6krát denně) a dodržovat pravidelnost. Z důvodu většího komfortu spánku omezovat večerní dávku. Nedoporučují se jíst příliš horká či studená jídla. Co se týká hodně kořeněných jídel, ty jíst spíše méně. Některá jídla, která způsobují obtíže, byť jen drobné, je nutné vynechat i nadále a vyzkoušet později. Vlastní zkušenost s potravinami je

důležitější, než mnohá doporučení. Pacientka by i vzhledem ke své nadváze měla tuto dietu dodržovat a pokud možno vyvarovat se dietním chybám. Dále dbáme na pravidelný pitný režim. Je třeba vypít 2,5l až 3l tekutin denně.(6,9,10)

7 Psychologická a sociální část

Zdravý člověk si „zdraví“ jako takové neuvědomuje až do chvíle, kdy je ohroženo, v horším případě porušeno. Tento stav se projevuje nemocí. Člověk a nemoc je téma velice složité. Definice nemoci dle WHO – Světové zdravotnické organizace je: “Nemoc je narušení homeostázy ve třech základních složkách lidské existence – fyzické, psychické a sociální.” Definice zdraví dle WHO je: “ Zdraví jako stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady.” Také se k tomu v dnešní době přiřazuje i duchovní stránka. Jestliže člověk onemocní, dojde v průběhu nemoci a hospitalizace k několika změnám. Tyto změny jsou nazývány „Negativní stránky pacientova života v nemocnici“. Člověk se ocitá v jiném prostředí a mění se i jeho sociální postavení, depersonalizace ve společnosti. Ztrácí svoji sociální identitu a stává se tím, o koho se pečuje, komu je poskytována péče, tím kdo trpí nemocí. Může se z důvodu onemocnění stát nesamostatným - pasivním, což je pro člověka jindy soběstačného velké psychické zátěž. Důležitou změnou je také ztráta bezpečí a jistoty. Pocit strachu a nevědomost o své vlastní budoucnosti. Často je neinformovanost a změna prostředí hlavním zdrojem obav a strachu. Pacient neví co ho v nemocnici čeká.(13)

Pacientka přijala roli závislého nemocného. Je klidná, komunikativní a velice dobře spolupracuje. O svém zdravotním stavu byla informována ošetřujícím lékařem a plně mu důvěřuje, stejně tak i ošetřujícímu personálu. Cítí se být v dobrých rukou. Edukaci, která jí byla provedena v rámci diety, velmi dobře rozumí a je ochotna ji akceptovat a vykonávat a těší se na případný úbytek váhy vzhledem k její nadváze. Byla vždy přátelská, komunikovat bylo vždy o čem a tím i atmosféra byla uvolněná.

Po operaci pacientka zjišťuje další překážku v její léčbě. Je to bolest způsobená operačním výkonem, vzniklou operační ránou. Bolest obecně vyvolá u každého z nás pochybnosti o našem zdraví, pocit nejistoty, strachu a úzkosti. Pro pacientku, jež je oslabena (např.operací) je bolest velkou

fyzickou i psychickou újmou. Pacientka má bolest při chůzi a pohybech na lůžku. Je pro ni povzbuzující, když ji dopomohu při polohování, dosahování pro pomůcky na stolečku nebo při přemísťování na toaletu. Pacientka se cítí bezpečněji a ví, že se na mne může spolehnout. Pacientka bude v lepším psychickém rozpoložení tehdy, až si bude moci tyto věci udělat sama a v sebedůvěře si bude naprosto jista.

Pro pacientku je velikou oporou její rodina. V nemocničním prostředí se necítí příliš dobře a je nesvá. Manžel pacientku navštěvuje každý den a přináší jí zprávy z jejího nejbližšího okolí. Během dne si i volají. Na návštěvy chodí i dcera a syn s vnoučaty. Z toho má pacientka největší radost a je na ni poznat pocit spokojenosti. V tu chvíli zapomene na všechny nepříjemnosti v nemocnici. Pacientka se už těší do své zahrádky, kterou má tak ráda. Uvědomuje si ovšem, že bude muset z počátku být opatrnější a nepřetěžovat se. Pacientka se den po dni cítí lépe a věří, že půjde brzy domů. Díky dostatečným informacím o onemocnění pacientka ví, že je tento zdravotní stav dočasný a brzy se vrátí do normálu. Pacientka je seznámena s dietním opatřením, které je ochotna dodržovat a bude spokojena i s možným váhovým úbytkem, vzhledem k její nadváze.

8 Prognóza

U benigního onemocnění žlučníku, nekomplikované operace je prognóza velice dobrá. Má vztah k celkovému stavu pacienta (přidružené těžké stavy – nejistá prognóza – revize žlučových cest komplikované cholecystektomie) U nemocných s maligním onemocněním (tumory žlučníku a žlučových cest) je velice špatná. Nemocní zmirají v krátké době na celkové selhání jater potažmo celého organismu. Další léčba je pouze symptomatická.

Prognóza u pacientky T.N. po laparoskopické cholecystektomii je z medicínského hlediska dobrá, pokud se rána bude hojit per primam a pacientka bude dodržovat dietu i v domácím prostředí.

Závěr

Cílem mé práce bylo popsat ošetrovatelský proces pacientky T.N. s cholecystolitiázou před a po cholecystektomií. V klinické části své práce jsem se věnovala onemocnění cholecystolitiázy jako takovému. Poté jsem se zabývala fyziologií žlučníku a žlučových cest, klinickým průběhem onemocnění, jeho komplikacemi a léčbou. V druhé části – Ošetrovatelské, jsem použila jako vzor model “Funkčního zdraví” Majory Gordonové. Zpracovala jsem zde ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán a hodnocení plánu. Do práce jsem samozřejmě zahrнула i psychologickou a sociální stránku pacientky a popsala jsem ji v Psychologické části své práce.

Seznam použité odborné literatury:

- 1) Čihák, R.:Anatomie 2. Praha: Grada Publishing spol s.r.o. , 2002. ISBN 80-247-0143-X
- 2) Brodanová, M., a kolektiv: Onemocnění žlučníku a žlučových cest. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o. , 1998. ISBN 80-7169-562-9
- 3) Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8
- 4) Jurka, M., Skřička, T., Leypold, J.:Laparoskopická cholecystektomie. Brno: Petřivalského nadace, 1993. ISBN – neuvedeno
- 5) Doenges, M., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8
- 6) Marečková, O., Mengerová, O.: Nemoci žlučníku a žlučových cest, Dieta a rady lékaře. Čestlice: Nakladatelství Pavla Momčilová, 1997, 1998. ISBN 80-85936-13-5
- 7) Nejedlá, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-247-1150-8
- 8) Krekulová, L., Řehák, V.: Dieta při onemocněních jater, žlučníku a žlučových cest. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-295-8
- 9) Šváb, J.: Operace žlučníku a žlučových cest. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-124-2
- 10) Vokurka, M.,Hugo, J. a kolektiv: Velký lékařský slovník 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5

11) Rokyta, R. a kolektiv.: Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000.
ISBN 80-85866-45-5

12) Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovateľstvo 1 a 2.
Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0

13) Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada publishing, 2002.
ISBN 80-247-0179-0

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka č.1 – Složení jaterní a žlučnickové žluči

Tabulka č.2 - Výskyt konkrementů a obsah cholesterolu

Tabulka č.3 – Měření fyziologických funkcí (TK, P) po operaci

Seznam informačních zdrojů:

- 1) Chorobopis pacientky T.N.
- 2) Ošetrovatelská a lékařská dokumentace
- 3) Rozhovor
- 4) Pozorování

Seznam zkratek

m. – musculus

např. – například

RTG – rentgen

CT – počítačová tomografie

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

EPT – endoskopická papilotomie

MRI – magnetická rezonance

DM – diabetes mellitus

i.m. – intra muskulární

i.v. – intra venózní

s.c. – sub cutánní

PŽK – permanentní žilní katetr

DK – dolní končetiny

HK – horní končetiny

FF – fyziologické funkce

TK – krevní tlak

P – puls

TT – tělesná teplota

BMI – body mass index

TEN – Trombo-embolická nemoc

Oš.- ošetřovatelský,-á,-é

Dg. – diagnóza

MM – močový měchýř

IS – indikační skupina

I – indikace

KI- kontraindikace

D – dávkování, počet dechů za minutu ????

NÚ – nežádoucí účinky

TBC – tuberkulóza

GIT – gastrointestinální trakt

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická o
organizace

VAŠ – Vizuální analogová škála

Seznam příloh:

Příloha č.1: EKG

Příloha č.2: Informace o dietách pro pacienty

Příloha č.3: Ošetřovatelské vyšetření

Příloha č. 1 - EKG

Příloha č. 2 - Informace o dietách pro pacienty

Dieta č. 4 – s omezením tuku

Dietní doporučení jsou uzpůsobena široké škále pacientů s onemocněním trávicího systému, proto je třeba dietu individuálně upravit při konzultaci s odborníkem na výživu.

Dieta je určena nemocným s onemocněním jater, žlučníku. Po operacích žlučníku, při snížené funkci pankreatu, chronických onemocnění žlučníku a pankreatu. Je také vhodná při odeznívajících střevních dyspepsiích.

Charakteristika diety:

Strava je biologicky plnohodnotná, vhodná k dlouhodobému i přechodnému podávání. Strava je pestrá, lehce stravitelná (důležitý je výběr potravin a způsob jejich tepelného zpracování).

Zvláštní pozornost je u této diety třeba věnovat časté nesnášenlivosti mléka. Podle individuální snášenlivosti ho buďto úplně vylučujeme, nebo zařazujeme jen v omezeném množství. Úspěšně ho můžeme nahradit zakysanými mléčnými výrobky (např. nízkotučným jogurtem a nízkotučným tvarohem). Velký důraz klademe na množství a výběr tuků. Používáme malé množství nejlépe rostlinných tuků (např. Rama, Alfa, Perla, Flóra). Je třeba dodržovat pravidelnost v rozdělení denních jídel. Raději jezte malé dávky a častěji. Nejlépe 5 – 6 krát denně. Nejezte příliš horká či příliš studená jídla. Dbejte na pravidelný denní přísun tekutin. Denní dávka tekutin by měla být 2,5 – 3l.

Technologická úprava:

Používáme vaření, dušení, dušení v páře, pečení v alobalu a bez tuku, v horkovzdušné troubě, přípravu na teflonu. Nepřepalujeme tuky.

Zahušťujeme

- moukou opraženou na sucho nebo Solamylem
- dietní jíškou (do mouky opražené na sucho přidáme tuk – nepřepaluje se)
- dietní kuličkou (mouka opražená na sucho se míchá s máslem a tímto se zahustí hotový pokrm, který se ještě chvíli tepelně zpracuje)
- zálivkou z mouky opražené na sucho na teflonové pánvi zředěné tekutinou
- zeleninou, bramborami

Pro získání tmavší barvy šťávy obalíme maso v hladké mouce a na rozpáleném pekáči opékáme na sucho a podléváme netučným vývarem nebo vodou, dále tepelně upravujeme. Tuk přidáváme do hotového pokrmu. Cibule může být použita pouze za vydušení, pokud ji snášíte.

VELMI NEVHODNÉ JE SMAŽENÍ, FRITOVÁNÍ A PEČENÍ NA TUKU!

Výběr vhodných potravin a pokrmů:

Tuky: máslo, rostlinné tuky (Rama, Perla, Flóra, Alfa) a oleje (slunečnicový, olivový, řepkový). Používáme pouze čerstvý tuk v malém množství, do hotových pokrmů přidáváme až na závěr technologické úpravy.

Masa: vybíráme libová – hovězí, vepřové, telecí, kuřecí, králičí, rybí filé, tresčí, maso sladkovodních ryb (kapr, pstruh), krůtí prsa. Dle stádia nemoci můžeme použít i sojové maso – plátky, kostky.

Uzeniny: libovou šunku, šunkový salám, drůbeží šunku a drůbeží salám, drůbeží párky – omezeně pouze s kečupem.

Vejsce: celá či žloutek se povoluje v množství do ½ ks za den jako součást pokrmů, bílky jsou povolené v neomezeném množství.

Mléko a mléčné výrobky: netučné a polotučné mléko sladké – pokud ho snášíte. Kyselé mléko a kysané mléčné výrobky se sníženým množstvím tuku, tvaroh – netučný, polotučný, přírodní či ochucený povolený s ovocem, zeleninou. Sýry čerstvé, tavené, tvrdé (nízkotučné – 30% tuku v sušině). Nejsou vhodné dlouhozrající a pikantní sýry (Hermelín, Niva, Olomoucké tvarůžky, Ementál, ovčí sýry).

Obiloviny: pšeničnou krupici, dětskou krupičku, pšeničnou mouku bílou, rýži, rýžovou mouku, ovesné vločky, kukuřičnou mouku a krupici.

Pečivo: povolené je netučné, vodové bílé, starší bílý a toustový chléb, starší netučné kynuté pečivo (vánočka, mazanec), netučné sušenky bez přídavku kakaa a bez náplně (BeBe), dětské piškoty, dietní suchary.

Polévky: vývary zeleninové, obilninové a z libových mas. Jako zavářku používáme rýži, těstoviny, krupicové noky, kapání, strouhání, mlhovinu, svítek, sedlinu, osušenou housku. Cibuli dáváme pouze vyvařit.

Zelenina: používáme mraženou, sterilovanou či mladou, čerstvou, nenadýmavou, ale vždy do měkka upravenou (tepelně nebo mechanicky zpracovanou). Mrkev, celer, petržel, mladou brukev (myslí se jeden kus), špenát (bez cibule a česneku), hlávkový a čínský salát, čekankové puky, rajčata. Zálivku připravujeme pouze z citrónové šťávy.

Ovoce: používáme mechanicky nebo tepelně upravené, vyztřelé, eventuelně oloupané (pyré, ovocné rosoly, šťávy, mošty, ovocné kaše, džusy). Banány, jablka, broskve, meruňky, pomeranče, mandarinky, grepy, nektarinky.

Příkrmy: Všechny mimo kynutých knedlíků. Brambory v různé úpravě bez tuku, rýže, těstoviny, vídeňský práškový knedlík, krupicové noky.

Moučníky: piškotové, tvarohové těsto, vanilkové krémy, pudinky, kaše – rýžové, vločkové, krupicové, nákypy, a žemlovka.

Koření: sušené zeleninové natě, kopr, pažitka, bazalka, vývar z kmínu a hub, drcený kmín, kůra z chemicky neošetřených citrusových plodů, bobkový list, červená sladká paprika, saturejka (chuťově napodobí pepř)

Nápoje: voda, voda se šťávou, ovocné šťávy, mošty, 100% džusy, bylinné čaje (z máty, heřmánku, řepíku, kopřiv, třezalky, The-Salvat, Stomaran, šípkový), černý čaj, mléko dle individuální snášenlivosti. Mlýnský pramen, nízkotučné pivo.

Nevhodné potraviny:

Kroupy a krupky jako samostatný pokrm nebo příkrm

Pečivo – čerstvé pečivo všeho druhu, pečivo tukové, z listových, třených, kynutých těst. Slunečnicový, celozrnný, česnekový chléb a pečivo.

Mléko a mléčné výrobky – tučné mléko, smetanu, šlehačku, sýry s příchutí, zrající, plesnivé (Nivy, Hermelín, Olomoucké tvarůžky, Parmazán, s zeleným pepřem, česnekový). Smetanové jogurty, jogurty s nevhodným ovocem, obilím, otrubami a smetanové krémy.

Maso – tučné, konzervované, uzené, nakládané, smažené, uzeniny kromě povolených, vnitřnosti, slaniny, husa, kachna, zvěřina, ryby (uzené, konzervované, nakládané, kyselé), tlačěnka, jitrnice, jelita, škvarky, sádlo, kaviár.

Ovoce – rybíz, angrešt, maliny, ostružiny, rebarbory, hrušky, datle, fíky, hroznové víno, jahody dle snášenlivosti, borůvky, brusinky.

Zelenina – květák kapusta, zelí, kysané zelí, ředkvičky, staré kedlubny, paprikové lusky, okurka, dýně, cuketa, pórek, cibule, česnek, zelenina naložená v oleji a octě.

Nápoje – vody s vysokým obsahem kysličníku uhličitého, alkoholické nápoje, vícestupňové pivo, káva s kofeinem a lógreem, kakao.

Luštěniny – hrách, fazole, čočka.

Pochutiny – Masox, hořčice, Worchester, Maggi, majonézy, ostré koření, Sojová omáčka, instantní polévky.

Příklad jídelního lístku:

Pondělí:

Snídaně: Čaj. Pečivo. Med. Jogurt.

Přesnídávka: Ovocná přesnídávka.

Oběd: Polévka zeleninová. Hovězí v mrkvi. Brambory. Piškotová roláda s džemem.

Svačina: Šípkový čaj. Pečivo.

Večeře: Pečené kuře. Rýže. Mandarinkový kompot.

Úterý:

Snídaně: Čaj. Pečivo. Džem. Nízkotučný sýr.

Přesnídávka: Ovoce.

Oběd: Polévka rajčatová s těstovinami. Libové vepřové. Špenát. Jemný knedlík.

Svačina: Čaj. Pečivo.

Večeře: Rýžový nákyp s meruňkami.

Příloha č. 3 - Ošetřovatelské vyšetření