

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
ID studijního oboru: 5341R003

Katarína Brostíková

Ošetřovatelská kazuistika pacienta s cholangitidou

Nursing Case Study of Patient with Cholangitis

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:
PhDr. Hana Horová

Praha, 20. 03. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury. Vycházela jsem přitom ze svých znalostí a odborných konzultací.

V Praze dne 20. 03. 2009

.....
(podpis)

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Haně Horové za trpělivost, cenné rady, podnětné připomínky, návrhy a odborné vedení při vypracovávání bakalářské práce a čas, který mi věnovala.

Obsah:

A Úvod	5
B Klinická část.....	6
1 Choroby žlučového systému	6
1. 1 Cholecystolitiáza	6
1. 2 Choledocholitiáza	8
1. 3 Akutní cholangitida	9
1. 4 Ošetrovatelská péče	10
1. 5 Edukace	11
2 Základní identifikační údaje	12
3 Lékařská anamnéza a diagnózy	12
3. 1 Lékařská anamnéza	12
3. 2 Lékařské diagnózy	13
4 Přehled významných vyšetření.....	13
4. 1 Fyzikální vyšetření.....	13
4. 2 Laboratorní vyšetření	13
4. 3 Ostatní vyšetření	15
5 Přehled terapie	16
5. 1 Farmakoterapie	16
5. 2 Dietoterapie	17
5. 3 Pohybový režim	17
6 Stručný průběh hospitalizace.....	17
C Ošetrovatelská část.....	19
1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu sestrou	19
1. 1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci	19
1. 2 Hodnocení současného stavu sestrou	19
1. 3 Základní fyziologické potřeby	19
1. 4 Psychosociální potřeby	21
1. 5 Spirituální potřeby	21
2 Ošetrovatelské diagnózy	22
3 Cíl, plán, realizace, hodnocení	23
4 Edukace	30
5 Závěr a ošetrovatelská prognóza	31
D Seznam použité literatury	32
1 Použitá literatura	32
2 Další zdroje informací.....	32
E Seznam použitých zkratk.....	33
F Přílohy	34

A Úvod

Pro zpracování závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala 55letého pacienta s onemocněním žlučového systému (choledocholitiáza a cholangitida jako komplikace cholecystolitiázy). Volba tématu byla ovlivněna svým dlouholetým působením na interní klinice a relativně častým výskytem těchto onemocnění ve středoevropském prostoru.

Cholecystolitiáza je ve vyspělém světě velmi častým onemocněním. Nejvyšší incidenci onemocnění mají severoamerické indiánské kmeny. Česká republika také patří mezi země s vysokým výskytem cholecystolitiázy. Tato choroba postihuje 10 – 20 % dospělé populace. Výskyt stoupá prudce s věkem, u žen je onemocnění nejméně 2 – 3krát častější než u mužů. Ve vyšším věku se pohlavní diference zmenšuje. Cholecystolitiáza nepatří mezi časté příčiny smrti, ale svou vysokou incidencí je častou příčinou morbidit.

Choledocholitiáza komplikuje 10 – 15 % případů cholecystolitiázy. Její výskyt prudce narůstá ve věku nad 75 let. Pro vznik cholangitidy je téměř vždy nutná přítomnost choledocholitiázy. Jedná se o velmi závažné choroby, protože mortalita neléčené cholangitidy kolísá mezi 5 – 30 %. Onemocnění má vztah k nezdravému životnímu stylu a lze ho v širším slova smyslu zahrnout pod civilizační choroby. V léčbě komplikací cholecystolitiázy existuje řada moderních endoskopických metod, které šetří pacienta před operačním zásahem.

Pacient souhlasil s poskytnutím svých osobních a zdravotních údajů pro zpracování ošetrovatelské kazuistiky.

B Klinická část

1 Choroby žlučového systému

Do této oblasti zahrnujeme:

- vrozené anomálie žlučových cest
- cholecystolitiáza
- cholecystitida
- biliární dysfunkce
- postcholecystektomický syndrom
- choledocholitiáza
- cholangitida
- stenóza Vaterovy papily
- dysfunkce Oddiho svěrače
- nádory žlučníku
- nádory žlučových cest
- karcinom Vaterovy papily

V mé bakalářské práci se věnuji těmto chorobám žlučového systému:

- cholecystolitiáza
- choledocholitiáza
- cholangitida

1. 1 Cholecystolitiáza

Cholecystolitiáza je přítomnost žlučových konkrémentů ve žlučníku.

Klasifikace žlučových kamenů:

Cholesterolové konkrémenty – jsou většinou žlutohnědé. Tvoří 75 – 90 % všech konkrémentů v rozvinutých zemích. Obsah cholesterolu v konkrémentech je vyšší než 50 %, často i nad 80 %. Cholesterolové konkrémenty jsou RTG nekontrastní.

Pigmentové konkrémenty – černé nebo hnědé – obsahují především bilirubin a jeho soli, kalciové soli a kalcium, dále pigmentové polymery a mucin. Obsah cholesterolu je obvykle nižší než 10 %. Jsou z větší části RTG kontrastní. (4)

Rizikové faktory:

- věk
- pohlaví
- hyperlipoproteinémie
- léky a hormony

- obezita
- prudké zhubnutí
- potrava s vysokým obsahem cholesterolu a sacharidů
- choroby a resekce ilea
- poruchy evakuace žlučníku
- některé choroby, např. diabetes mellitus, jaterní cirhóza, cystická fibróza (4)

Klinický obraz:

Rozeznáváme tři odlišné klinické formy cholecystolitiázy:

Asymptomatická cholecystolitiáza je nejčastější formou, tvoří 60 – 80 % všech případů. Konkrementy jsou objeveny náhodně, nejčastěji při ultrasonografickém vyšetření břicha z jiného důvodu. Jen u malého procenta nemocných se projeví symptomy. Roční riziko vzniku symptomů je 1 – 2 %. Jen výjimečně dojde k závažnějším komplikacím (cholecystitida, pankreatitida).

Symptomatická cholecystolitiáza se může projevit biliární dyspepsií. Je to pocit plnosti v epigastriu, tlak v podžebří, nesnášenlivost tuků, nauzea, plynatost, říhání, nepravidelná stolice. Obtíže se vyskytují se stejnou frekvencí u osob bez cholecystolitiázy, a proto se nepovažují za charakteristický symptom cholecystolitiázy.

Biliární kolika (biliární bolest) je naopak charakteristickým příznakem cholecystolitiázy. Bolest většinou nemá klasický vlnivý průběh kolikovitě bolesti. Příčinou biliární bolesti je nejčastěji cholecystolitiáza, ale může to být i choledocholitiáza. Mechanismem biliární bolesti je pohyb a zaklínění konkrémentu v oblasti krčku žlučníku, který je bohatě inervován, s následným spazmem hladké svaloviny žlučníku a žlučových cest, vzestupem intraduktálního tlaku a s uvolněním některých mediátorů zánětu. Bolest je krutá, vzniká náhle a bez varovných symptomů. Je nejčastěji lokalizována do pravého podžebří. Nemocní nemohou najít úlevovou polohu. Má klasickou propagaci podél pravého oblouku žeberního do zad, často až pod lopatku. Je velmi často provázena intenzívním zvracením – nemocný vyzvrací žaludeční obsah, později jen hořké šťávy. Zvracení nepřináší úlevu. Nemocný je neklidný, bledý, opocení, často subfebrilní, někdy je přítomen i mírný ikterus. Typickým příznakem je palpační bolestivost v místě žlučníku při palpaci v inspiriu – Murphyho příznak. Záchvatu často předcházejí tučná, objemná jídla (kachna, řízky, majonézové saláty). Provokujícím momentem může být i fyzická námaha, prochlazení, rozrušení. (4)

Diagnostika:

Vedle typické anamnézy a fyzikálního nálezu se diagnóza opírá o zobrazovací metody, mezi nimiž má dominantní postavení abdominální ultrasonografie. Zobrazení je možné též s pomocí CT nebo MR.

Laboratorní nález – mírná leukocytóza, v moči je zvýšená hladina urobilinogenu, mohou být přítomny stopy bilirubinu. V séru se zvyšuje koncentrace bilirubinu a krátkodobě i výrazně aminotransferázy (ALT a AST). (4)

Komplikace:

- choledocholitiáza
- obstrukční ikterus
- cholangitida
- akutní pankreatitida
- enterální nebo gastrická píštěl
- biliární ileus (4)

Léčba:

Asymptomatická cholecystolitiáza:

- pouze sledování

Symptomatická cholecystolitiáza:

- v akutní fázi (biliární kolika):
 - hladovka, klid na lůžku, teplý obklad na podjaterní krajinu
 - medikamentózně i. v. spasmolytika, analgetika
- v chronické fázi:
 - cholecystektomie (4)

1. 2 Choledocholitiáza

Choledocholitiáza je přítomnost žlučových konkrémentů v extrahepatálních nebo intrahepatálních žlučových cestách.

Klasifikace konkrémentů:

Konkrémenty ve žlučových cestách mohou být rozděleny do dvou skupin:

Primární konkrémenty – vznikají de novo ve žlučových cestách nejčastěji při neúplné obstrukci žlučových cest v místech kongenitálních, traumatických nebo zánětlivých stenóz a dilatací žlučových cest. Mohou být solitární nebo mnohočetné. Z infekčních agens se uplatňují *Escherichia coli* a *Klebsiela*, ale i další gramnegativní a anaerobní mikroorganismy. Na vzniku se může podílet i cizorodý materiál po chirurgických výkonech (šicí materiál, svorky).

Sekundární konkrémenty – ve většině případů jde o konkrémenty vycestované ze žlučníku a choroba je spojena s cholecystolitiázou. Asi 10 – 15 % cholecystolitiáz je komplikováno choledocholitiázou. (4)

Klinický obraz:

Může být rozmanitý.

Asymptomatická choledocholitiáza – konkrémenty jsou diagnostikovány při cholecystektomii. Asymptomatických konkrémentů je 10 – 20 %.

Abdominální bolesti – manifestace u 75 % nemocných. Bolesti jsou intenzivní, lokalizované spíše do epigastria než do pravého podžebří, trvají často několik hodin a recidivují s odstupem dnů až měsíců. Mezi atakami se nemocní cítí zdrávi.

Příznaky částečné nebo úplné obstrukce – konstantní je zvýšení aktivit ALP a GMT. Ikterus je variabilní a závisí na stupni obstrukce.

Biliární pankreatitidy – od lehkého průběhu až po komplikovaný, vedoucí k nekróze pankreatu a smrti nemocného.

Akutní cholangitida – ikterus, bolesti, třesavka, teplota. U 10 % manifestací formou cholangitidy je průběh těžký, s hypotenzí, šokem a letalitou kolem 30 %. (4)

Diagnostika:

Na choledocholitiázu (kromě komplikací cholecystolitiázy) pomýšlíme u nemocných po cholecystektomii, u kterých se znovu objevují příznaky obdobné příznakům předoperačním nebo intermitentní ikterus a nejasné vlny teplot. Druhou skupinu tvoří nemocní s kongenitálními, pozánětlivými nebo tumorózními stenózami žlučových cest.

Laboratorní hodnoty většinou odráží stupeň obstrukce a zánětu žlučových cest. Mohou být zcela normální u nemocných bez obstrukce. U ostatních se setkáváme se zvýšením FW, leukocytózou, známkami cholestázy (přímý bilirubin, ALP, GMT). Časté je zvýšení aminotransferáz. Zvýšení koncentrace bilirubinu je přítomno u 50 – 70 % symptomatických

nemocných.

Definitivní diagnóza je opřena o zobrazovací metody. Ultrasonografie dobře zobrazí dilataci žlučového, ale je schopna detekovat konkrementy pouze v 15 %. Proto je nezbytné provedení přímé endoskopické cholangiografie ERCP. Spolehlivost je 90 – 95%. (4)

Komplikace:

- pankreatitida
- cholangitida
- jaterní absces
- seps
- biliární ileus
- hepatorenální syndrom (4)

Léčba:

Lehký průběh:

- Ataky bolestí s teplotami a lehkým ikterem mizí spontánně i bez terapie.

Závažnější průběh:

- Namísto je antibiotická léčba – především u starých a imunosuprimovaných osob.

Klíčové místo v léčení choledocholitiázy však zauímají endoskopické a transhepatální výkony s možností papilotomie, extrakce konkrementů, mechanické litotrypse. Dočasným řešením je implantace endoprotéz do žlučových cest. Endoskopické metody jsou dnes schopny vyřešit více než 90 % choledocholitiáz. Komplikace endoskopických výkonů se udávají mezi 4 – 8 %, letalita je 0,5 – 1 %.

Chirurgické řešení – cholecystektomie, choledocholitotomie a zavedení T-drénu bylo po dlouhou dobu jedinou možnou metodou léčby choledocholitiázy. V současné době se chirurgické řešení omezuje na nemocné se selháním endoskopických výkonů. Je provázeno vyšším rizikem komplikací než endoskopické léčení.

Ne vždy je nutné po endoskopické extrakci konkrementů provést i cholecystektomii. U rizikových nemocných může být endoskopické odstranění konkrementů z choledochu řešením definitivním. (4)

1. 3 Akutní cholangitida

Cholangitida je zánět především intrahepatálních žlučových cest. Je téměř vždy spojena s částečnou nebo úplnou obstrukcí žlučových cest. Příčinou parciální obstrukce je choledocholitiáza, biliární striktury, sklerotizující cholangitida, kongenitální malformace, tumorózní obstrukce žlučových cest. Stagnace žluče je disponujícím momentem pro infikování žluče střevními mikroorganismy (*E. coli*). Žlučovody jsou naplněny infikovanou žlučí. Proces může pokračovat intraparenchymatózně a vést ke vzniku mnohočetných mikroabscesů v játrech i ke generalizované sepsi. (4)

Klinický obraz:

Onemocnění má charakter sepse. Charakteristická je *Charcotova trias*: horečka, třesavka, ikterus. Dalšími průvodními příznaky jsou bolesti, pruritus, zvracení. Nejčastějším obrazem jsou recidivující ataky s různě dlouhými intervaly mezi nimi. (4)

Diagnostika:

Při fyzikálním vyšetření je přítomný ikterus, játra jsou zvětšená, palpačně bolestivá, často je zvětšena i slezina.

Laboratorně je vysoká FW, CRP, leukocytóza a známky parciální obstrukce žlučových cest. V moči je přítomen bilirubin i urobilinogen. (4)

Léčba:

Podmínkou úspěšného léčení je zajištění drenáže žlučových cest – papilotomií a extrakcí konkrémentu nebo dilatací stenózy, v krajním případě zavedením endoprotézy nebo zevní drenáže žlučových cest. V antibiotické terapii se podávají chinolony, cefalosporiny vyšších generací a ureidopeniciliny. (4)

1.4 Ošetrovatelská péče

Pacient s chorobami žlučového systému může být hospitalizován na interním i chirurgickém oddělení. V následujícím přehledu je uvedena ošetrovatelské péče pohledem sestry na interním oddělení.

Poloha, pohybový režim

- úlevová poloha
- pohybový režim dle stavu pacienta
- signalizace u lůžka

Sledování sestrou

- celkový stav pacienta, bolest, fyziologické funkce
- hodnoty krevních vyšetření
- nauzea, hydratace a bilance tekutin
- vyprazdňování
- barva a svědění kůže
- místo zavedení kanyly
- účinek léků a jejich nežádoucí projevy
- psychický stav

Veškeré změny hlásí lékaři, zjištěné údaje zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Hygiena

- dle stavu pacienta
- péče o lůžko a pohodlí
- suché a čisté ložní a osobní prádlo

Výživa

- dle stavu pacienta
- do zvládnutí akutního stavu nic per os
- jazyk a rty můžeme navlhčit tampónem, případně vypláchnout ústa
- po úpravě akutního stavu se postupně podává nemocnému čaj po lžičkách, tekutiny a

dietní suchary

- později dieta č. 4S – s přísným omezením tuků
- v případě komplikací je pacient vyživován nadále parenterálně

Vyprazdňování

- dle stavu pacienta
- sledování množství, barvy a příměsí v moči
- vyprazdňování stolice – sledování množství, frekvence, barvy a konzistence
- prevence zácpy – časná mobilizace

Odpočinek a spánek

- zajištění klidného spánku a odpočinku – klid, snížení bolesti, farmaka
- respektování polohy – pozor na invazivní vstupy
- odstranění úzkosti, strachu

Psychosociální potřeby

- pacient je vystaven bolesti – podrážděnost, agresivita, strach, neschopnost bolesti snášet
- klid, empatie, zájem
- dostatečná informovanost pacienta o nutnosti správné životosprávy, moderních metodách léčby, dietních opatřeních (8)

1.5 Edukace

- životospráva
- dietní opatření (především minimalizace tuků) a vyvarovat se dráždivých jídel (smažená, kořeněná jídla, nadýmavá strava, čerstvé kynuté pečivo, tučná jídla, káva, česnek, majonéza)
- při mírných obtížích doporučené pití čaje z máty peprné, nebo užívání některých léků vhodných ke zlepšení funkce žlučníku, jako Isochol, Cholagol
- nepřejídat se
- pohyb, pozvolné hubnutí
- vyvarovat se zvýšené námaze a činností, při kterých se žlučník při předklonu stlačuje
- eliminace stresu
- u komplikovaných stavů lázeňská léčba, operace (8)

2 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: H. K.

Oslovení: pane K.

Rodné číslo: 53..../...

Věk: 55 let

Vyznání: katolické

Adresa: Praha západ

Pojišťovna: 207

Vzdělání: středoškolské

Povolání: restaurátor nábytku

Národnost: česká

Telefon: ano

Kontaktní osoby: manželka V. K., syn P. K.

Datum přijetí: 9. 11. 2008

Dny ošetřování: od 9. do 11. 11. 2008 (*1a, 2*)

3 Lékařská anamnéza a diagnózy

3. 1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

- otec zemřel v 81 letech na karcinom tlustého střeva
- matka zemřela v 75 letech na karcinom prsu
- má jednu 50tiletou sestru, léčí se s hypotyreózou
- má jednoho syna – syn zdrav (doplněno)

Osobní anamnéza:

- prodělal běžné dětské nemoci
- cholecystolitiáza, ve 48 letech měl biliární koliku, doporučenou operaci žlučníku nepodstoupil, neměl od té doby větší obtíže
- arteriální hypertenze od 50 let
- operace – ve 30 letech měl otevřenou frakturu bérce PDK při autonehodě
- úraz – v dětství měl naražený palec na pravé ruce – spadl ze stromu (doplněno)

Sociální a pracovní anamnéza:

- ženatý, bydlí s manželkou, pracuje jako restaurátor nábytku

Alergická anamnéza:

- pistácie – kožní projevy (kopřivka)

Návykové látky:

- nekuřák, alkohol – příležitostně pivo nebo víno, destiláty nepije
- kávu nepije, drogy 0 (doplněno)

Farmakologická anamnéza:

- Plendil 5 mg 1-0-0

Nynější onemocnění:

Pacient se známou anamnézou cholecystolitiázy byl přivezen Zdravotnickou záchrannou službou na ambulanci interní kliniky pro bolesti v nadbřišku, opakované zvracení (bez příměsí krve), febrilie a ikterus. Obtíže trvaly celkem 10 hodin. Obtížím předcházela oslava narozenin s konzumací většího množství grilovaného masa a piva. (1a, 2)

3. 2 Lékařské diagnózy

- Akutní cholangitida, choledocholitiáza v. s.
- Cholecystolitiáza, dilatace hepatocholedochu a intrahepatálních žlučovodů dle sonografie
- Arteriální hypertenze na terapii
- Hypertrofie prostaty
- St. p. otevřené fraktury bérce PDK (2)

4 Přehled významných vyšetření

4. 1 Fyzikální vyšetření

Pan K. měří 182 cm, váží 85 kg, jeho BMI je 25,7 (nadváha)

Fyziologické funkce:

- Pulz **98/min**, pravidelný
- Krevní tlak 110/70
- Dechová frekvence 14/min
- Tělesná teplota **38,2 °C** (2)

4. 2 Laboratorní vyšetření

FW: **80/105** (2)

Biochemické vyšetření krve: (2)

	<i>Vstupní vyšetření 9. 11. v 10:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 10. 11. v 7:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 10. 11. v 18:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 11. 11. v 7:00</i>	<i>Referenční meze</i>
Urea	7,9	7,4	--	6,9	2,5 – 8,1 mmol/l
Kreatinin	82,0	80,0	--	78,0	62 – 106 µmol/l
Celková bílkovina	--	61,0	--	--	65,0 – 82,0 g/l
Albumin	39,2	--	--	--	35,0 – 44,0 g/l
Natrium	139	140	--	139	137 – 146 mmol/l
Kalium	3,8	3,9	--	4,2	3,6 – 4,9 mmol/l
Chloridy	98	100	--	100	97 – 108 mmol/l
Kalcium	2,35	--	--	2,41	2,20 – 2,50 mmol/l
AST	4,06	3,72	2,11	1,50	0,25 – 0,75 µkat/l
ALT	4,66	5,64	3,89	2,28	0,30 – 0,75 µkat/l
GMT	8,08	9,86	7,30	3,89	0,10 – 0,90 µkat/l
ALP	7,60	8,10	5,30	3,20	0,70 – 2,60 µkat/l
Bilirubin	156,0	208,0	122,0	64,0	5,0 – 20,0 µmol/l
Bilirubin konjugovaný	134,7	--	--	37,5	0,0 – 5,0 µmol/l
Amyláza pankreatická	0,55	0,98	3,02	0,63	0,22 – 0,88 µkat/l
CRP	186,5	150,9	95,6	10,9	0,0 – 5,0 mg/l
Celkový cholesterol	--	5,9	--	--	3,40 – 5,20 mmol/l
Kyselina močová	--	325	--	--	230 – 400 µmol/l
Glukóza	4,2	4,1	--	3,9	3,70 – 5,60 mmol/l
CA 19-9	--	36,0	--	--	0,0 – 39,0 kU/l
CEA	--	3,6	--	--	0,0 – 5,2 µg/l
PSA	--	2,6	--	--	0,0 – 4,0 µg/l
Free PSA	--	0,33	--	--	0,0 – 1,0 µg/l

Biochemické vyšetření moče: (2)

	<i>Vstupní vyšetření 9. 11. v 10:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 11. 11. v 7:00</i>	<i>Referenční meze</i>
pH	5,0	5,2	5,0 – 7,0
Bílkovina	0	0	0 – 0 arb. j.
Glukóza	0	0	0 – 0 arb. j.
Ketolátky	0	0	0 – 0 arb. j.
Urobilinogen	3	2	0 – 0 arb. j.
Bilirubin	2	1	0 – 0 arb. j.
Krev	0	0	0 – 0 arb. j.
U-leukocyty	Negativní	Negativní	Negativní
U-amyláza	--	2,10	0,00 – 5,80 µkat/l

Krevní obraz: (2)

	<i>Vstupní vyšetření 9. 11. v 10:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 10. 11. v 7:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 10. 11. v 18:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 11. 11. v 7:00</i>	<i>Referenční meze</i>
Leukocyty	14,8	11,3	10,5	9.8	4,0 – 10,0 10 ⁹ /l
Erytrocyty	5,04	4,95	4.82	4.94	4,50 – 6,30 10 ¹² /l
Hemoglobin	150	146	144	152	140 – 180 g/l
Hematokrit	0,437	0,441	0,431	0,463	0,380 – 0,520
Objem erytrocytu	86,7	89,1	88,2	89,6	82,0 – 92,0 fl
Trombocyty	272	286	291	302	140 – 440 10 ⁹ /l

Koagulační vyšetření: (2)

	<i>Vstupní vyšetření 9. 11. v 10:00</i>	<i>Kontrolní vyšetření 10. 11. v 7:00</i>	<i>Referenční meze</i>
APTT	31,0	--	25,0 – 40,0 s
Quick test %	94,0	94,0	75,0 – 120,0
INR	1,04	1,04	0,9 – 1,2

4. 3 Ostatní vyšetření

EKG: normální křivka, provedeno 1x při příjmu

Rentgen hrudníku: fyziologický nález na nitrohručních orgánech

Nativní snímek břicha: zvýšená pneumatóza tračnicku, smíšený střevní obsah, volné pneumoperitoneum ani hladinky nejsou patrné

Sonografie epigastria a ledvin: mnohočetná cholecystolitiáza, dilatace intra i extrahepatálních žlučovodů

ERCP: Hepatocholedochus širší 12 mm, v jeho kaudální části konkrement 13 mm a patrně i několik drobnějších konkrementů. Intrahepatální žlučovody 5 – 8 mm. Provedena PST a mechanické rozdrčení. Fragменты odstraněny košíkem, kontrolní náplň již homogenní. Pankreatikus s normálním nálezem. Žlučník nezobrazen.

Chirurgické konzilium: pacient hospitalizovaný na interně, s cholangitidou, mnohočetná choledocholitiáza, st. p. ERCP s extrakcí litiázy

Objektivně: subikterus, afebrilní, nález na břicho klidný

Doporučení: objednan k provedení L-CHCE v týdnu od 5. 1. 2009 (2)

5 Přehled terapie

5. 1 Farmakoterapie

Chronická medikace (perorální):

- Plendil – tbl, 5 mg, 1-0-0, vazodilatans, blokátor kalciového kanálu, felodipinum, nežádoucí účinky: bolest hlavy, hypotenze, palpitace, otoky kotníků

V průběhu hospitalizace dočasně vysazen (pacient normotenzní). (1, 2)

Nově nasazeno:

Perorální terapie:

- Helicid – tbl, 20 mg, 1-0-1, antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy, omeprazol, nežádoucí účinky: bolesti břicha, průjemy, nauzea, zvracení
- Espumisan – tbl, 2-2-2, deflatulens, simeticonum, nežádoucí účinky nejsou popisovány
- Dithiaden – tbl, 1-0-1, antihistaminikum, bisulepini hydrochloridum, nežádoucí účinky: snížená pozornost, únava, sucho v ústech

Per rektum:

Suppositoria glycerini – dle potřeby 1 čípek, laxativum, glycerolum supp, nežádoucí účinky: dráždění konečníku se svěděním a pálením

Infuzní terapie:

Infuze fyziologického roztoku s Kalium chloratum a Buscopanem nebo Novalginem 1-0-1

Infuze glukózy 5% s Kalium chloratum a Algifenem 0-1-0-1

- 0,9% sodium chloride intravenous infusion BP Baxter inf. sol. – i. v., infuzní terapie, elektrolyty, natrii chloridum 9 g (0,9%) Aqua pro inj. ad 1000 ml infuzního roztoku
- Glucose 5% W/V intravenous infusion B. P. Bieffe inf. sol. – i. v., infuzní terapie, glukóza, glucosum monohydricum 55 g (5%), Aqua pro inj. ad 1000 ml infuzního roztoku
- Kalium chloratum – i. v. do infuze, kaliový přípravek, kalii chloridum
- Buscopan – i. v. do infuze, spasmolytikum, parasymptolytikum, butylscopolaminii bromidum, nežádoucí účinky: sucho v ústech, palpitace, retence moči
- Algifen – i. v. do infuze, spasmolytikum, analgetikum, metamizolum natricum monohydricum, pitofenoni hydrochloridum, nežádoucí účinky: alergické reakce, poruchy krvetvorby, retence moči
- Novalgin – i. v. do infuze, analgetikum, antipyretikum, metamizolum natricum monohydricum, nežádoucí účinky: alergické reakce, hypotenze

Injekční podávání antibiotik:

- Sulperazon – i. v., 2g à 12 hodin, cefalosporinové antibiotikum III. generace s inhibítorem beta-laktamázy, cefoperazonum natricum, sulbactamun natricum, nežádoucí účinky: průjem, nauzea, zvracení, kožní vyrážka, poruchy krvetvorby (2)

5. 2 Dietoterapie

- čaj a suchar (první 2 dny)
- následně dieta 4S – dieta s přísným omezením tuků (2)

5. 3 Pohybový režim

- mobilní v rámci pokoje (pohybový režim číslo 2) (2)

6 Stručný průběh hospitalizace

55letý pacient se známou anamnézou cholecystolitiázy, jedenkrát hospitalizovaný pro biliární koliku v minulosti, byl přijatý na interní kliniku dne 9. 11. 2008 pro bolesti v nadbřišku, opakované zvracení, ikterus, teploty 38,2 °C. Po vyšetření a odebrání anamnézy lékařem byly provedeny krevní odběry (biochemické vyšetření krve a moče, krevní obraz, koagulace, FW). V laboratorních výsledcích dominovala elevace zánětlivých ukazatelů (CRP, leukocytóza v krevním obraze), elevace enzymů jaterního souboru (transamináz a především markerů biliární obstrukce), amyláza byla v normě, koagulační vyšetření rovněž v normě.

Dále byly doplněny zobrazovací metody. Sonografie epigastria našla mnohočetnou cholecystolitiázu, dilataci intra i extrahepatálních žlučovodů. Rovněž byl doplněn nativní snímek břicha (bez závažné patologie) a rentgen hrudníku (bez patologického nálezu). Pacient byl seznámen s nutností hospitalizace. Byl přijat na standardní oddělení na jednolůžkový pokoj se sociálním zařízením.

V rámci vstupního pohovoru se sestrou pacient písemně potvrdil souhlas s hospitalizací, uvedl kontaktní osoby, uvedl rozsah informování sebe a svých blízkých o průběhu nemoci. Pacientovi jsem zavedla periferní žilní kanylu. Poučila jsem ho o dietě (čaj + suchar) a možných komplikacích souvisejících s nedodržováním diety. Rovněž byl edukován o sběru moče za 24 hodin z důvodu měření bilance tekutin. Měl obavy z tmavé moči, světlé stolice, svědění a nažloutlé kůže. Pacient byl proto lékařem seznámen se souborem změn, které v těle vyvolává porušený odtok žluče do střeva. Byla nasazena antibiotická, rehydratační a spasmo-analgetická léčba. Po 2 hodinách došlo k postupnému ústupu bolestí a zvracení, teplota rovněž poklesla. Byl seznámen s indikací ERCP, podepsal informovaný souhlas s vyšetřením. Při podpisu vyjádřil obavy z instrumentálních vyšetření, proto mu byl nabídnut výkon v analgosedaci s asistencí anesteziologa. Tuto možnost pacient přivítal. Pan. K. se rovněž svěřil se svými obavami z rakoviny. Rozborem doposud známých výsledků vyšetření byl jeho strach oslaben.

V pondělí 10. 11. 2008 (následující den) bylo provedeno ERCP s nálezem dilatovaného hepatocholedochu, v jeho kaudální části konkrement 13 mm a patrně i několik drobnějších konkrementů. Intrahepatální žlučovody byly rovněž dilatované. Byla provedena papilosfinkterotomie (PST) a mechanické rozdrčení. Fragmenty byly odstraněny košíkem, kontrolní náplň byla již homogenní. Pacient zákrok dobře toleroval. Kontrolní laboratorní testy neprokázaly iritaci pankreatu. Poté byla patrna jasná tendence k poklesu markerů biliární obstrukce. Na oddělení jsme pokračovali v infuzní, antibiotické a analgetické léčbě. 11. 11. 2008 byl pacient již bez teplot, bez bolestí, subjektivně udával pocit hladu. Postupně byla dieta čaj + suchar uvolněná na dietu 4S. Pacient byl informován mnou i nutričním terapeutem o omezeních při „žlučnickové dietě“. Následně byl vyšetřen chirurgem, souhlasil s operací žlučníku s odstupem a obdržel termín nástupu k výkonu. 12. 11. 2008 byla vysazena infuzní léčba, s odstupem 2 dnů i antibiotika.

Po celou dobu hospitalizace pacient spolupracoval, dodržoval léčebný režim. Pan K. byl orientován, měl dostatek informací o svém onemocnění. Měl náhled na okolnosti vzniku choroby. Za pacientem docházeli pravidelně rodinní příslušníci (manželka a syn), kteří jeví zájem o jeho léčbu. Díky tomu, že byli o všem podrobně informováni, stali se velmi důležitou součástí léčby i postupného zlepšování zdravotního stavu pacienta. 15. 11. 2008 byl pan K. propuštěn do domácí péče ve stabilizovaném stavu.

C Ošetrovatelská část

1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu sestrou

1. 1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci

Pan K. řekl: „ V minulosti jsem měl žlučnickové obtíže, jednou jsem krátkodobě ležel v nemocnici se žlučnickovým záchvatem. Dozvěděl jsem se tehdy, že mám žlučové kameny. Operace žlučníku jsem se obával, dále jsem neměl žádné obtíže a tak jsem se na operaci neodhodlal jít. Nyní jsme trochu slavili a já jsem jedl více, než jsem dlouhodobě zvyklý. Když mi poté v noci začaly bolesti, myslel jsem, že dostanu v nemocnici jen injekci a pojedu domů. Byl jsem ale vystrašený z toho, že jsem zežloutl a opakovaně zvracel. Současně bolest byla tentokrát větší, než jsem znal z minulosti. V nemocnici jsem byl lékařem při příjmu poměrně detailně informován o charakteru mé nemoci a léčebném postupu. Doufám, že v nemocnici strávím maximálně 10 dní, ale zatím nevím, jak se bude můj stav vyvíjet. (1)

1. 2 Hodnocení současného stavu sestrou

Pacient je plně orientován, má dostatek informací o svém onemocnění. Má náhled na okolnosti vzniku choroby. Spolupracuje, dodržuje léčebný režim. Hospitalizace je pro něj psychicky náročná.

1. 3 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Pan K. před onemocněním neměl žádné problémy s dýcháním. Pacient dýchá pravidelně a klidně, frekvence dechů 14/min. Při hlubokém nádechu se bolest v nadbříšku zhoršuje. Kašel ani rýma nejsou přítomny. Pan K. je nekuřák. (1a, 1b)

Hydratace

Doma pan K. vypije 1,5 až 2 litry tekutin denně. Pije čaj, minerálky. Příležitostně si dá láhev piva nebo sklenku vína. Kávu nepije. Aktuálně je perorální příjem omezen jen na čaj a neperlivou vodu. Příjem tekutin se u pacienta snížil z důvodu zvracení. Hydratace je podpořena i nitrožilním podáváním tekutin. Pacient nejeví známky dehydratace. Má k dispozici dostatek tekutin na stolku vedle lůžka. V přijímání tekutin je soběstačný. (1a, 1b)

Výživa

Pan K. před příchodem do nemocnice neměl problémy s jídlem. Má nadváhu. Při výšce 182 cm váží 85 kg. BMI je 25,7 (nadváha). Jeho váha je stabilní, nevnímá subjektivní potřebu zhubnout. Pan K. jí doma pravidelně, jeho chuť k jídlu je dobrá. Dietu s omezením při onemocněních žlučového systému příliš nedodržuje. V jídelníčku převládají tuky, příjem vitamínů v přírodní formě je minimální. Nemá rád luštěniny, protože ho nadýmají. Aktuálně nemá pocit hladu a jeho chuť k jídlu je snižena. Dieta v nemocnici je čaj + suchar a nutriční podpora infuzemi glukózy. Pacient je edukován, je si vědom možných komplikací porušení dietního režimu. Denně pečuje o chrup, chodí na pravidelné stomatologické kontroly. Chrup má vlastní, sanován, v dobrém stavu. (1a, 1b)

Vyprazdňování

Močení:

Pan K. trpí lehkou hypertrofií prostaty, je pravidelně sledován urologem. Medikamentozní léčba nebyla zatím nasazena, rovněž nebyl indikován operační výkon. Frekvence močení je v domácím prostředí lehce zvýšená, budí se i v noci a doba močení je mírně prodloužená. Neudává spontánní odchod moče ani dysurické potíže. Moč před onemocněním byla normálního vzhledu. Bolesti v oblasti podbřišku a genitálu nemá. Po začátku obtíží pacient zaznamenal ztmavnutí moče. Při přijetí jsem i já u pacienta zaznamenala tmavě hnědou barvu moči. Pacient je poučen o sběru moče za 24 hodin z důvodu měření bilance tekutin. Na toaletě má sběrnou nádobu. (1a)

Defekace:

S vylučováním stolice nemá pacient problémy. Doma pan K. chodí na stolicí 1krát denně, prakticky vždy se vyprázdní ráno. Stolice mívá normální barvu a konzistenci. Nyní od vzniku obtíží byl na stolicí 1krát, stolice ho překvapila světlou barvou a řídkou konzistencí. Krev ve stolici nepozoroval. Pan K. pociťuje plynatost břicha. (1a)

Odpočinek a spánek

Pan K. doma nemá potíže se spánkem, obvykle spí 7 až 8 hodin denně. Usíná rychle, spánek je nepřerušovaný. Když má příležitost, spí i 1/2 hodiny po obědě. Léky na spaní neužívá. Před spaním si rád čte knihy. V nemocnici působí pan K. unaveně, spal od počátku obtíží velmi přerušovaně a nekvalitně. (1a, 1b, 3)

Potřeba tepla a pohodlí

Pan K. má rád spíše chladno. Doma spí u okna s otevřenou mikroventilací. V nemocnici je hospitalizován na jednolůžkovém pokoji se sociálním zařízením. Lůžko a matrace mu vyhovují. Teplota okolí je pro něj komfortní. Zavedení periferní žilní kanyly ho neobtěžuje. Pohodlí je negativně ovlivněno pocitem svědění. (1a)

Hygiena, péče o kůži

Doma se pan K. věnuje ústní hygieně 2krát denně, sprchuje se 1krát denně večer před spaním. Pacient působí upraveným dojmem, nejeví známky zanedbanosti. Kožní obtíže se v domácích podmínkách nevyskytují. Má jizvu po autonehodě na PDK. V důsledku onemocnění je kůže ikterická. Kůže je aktuálně celistvá, bez opruzenin. Pan K. pociťuje lehké svědění celého těla. Pacient je plně soběstačný při denní hygieně v nemocnici. (1a, 1b, 3)

Bolest

Pan K. před onemocněním netrpěl chronickou bolestí. Občas má bolesti hlavy. Na bolest hlavy užívá Ibuprofen. Jinak chronicky analgetika neužívá. Při vzniku onemocnění pocítil kolísající tlakovou bolest v celém nadbřišku, bolest vystřelovala do zad, s hlubokým nádechem se prohlubovala. Intenzita bolesti odpovídá stupni číslo 6 na VAS v 10:30. Aktuálně pan K. užívá nitrožilně analgetika a spasmolytika v infuzích, bolest ustoupila na stupeň číslo 3 na VAS v 12:30, po dalších 2 hodinách (v 14:30) ohodnotil bolest stupněm číslo 1. (1a)

Fyzická a psychická aktivita

Pan K. má při svém zaměstnání a organizaci času relativně dostatek času na své záliby. Jeho hlavní zájmová aktivita je péče o zahradu. Rád si přečte dobrou knihu. Svůj volný čas také věnuje vnučkám. Pacient je plně orientován, komunikativní. Je poučen o pohybovém režimu č. 2 – samostatný v rámci pokoje. Přítomnost bolesti má negativní vliv na jeho psychickou pohodu. *(1a, 1b)*

Sexualita

Pan K. se nevyhýbal ani tomuto tématu. Je heterosexuálně orientován. Žije s manželkou pravidelným sexuálním životem. *(1a)*

1. 4 Psychosociální potřeby

Potřeba soběstačnosti

V běžném životě je pan K. plně soběstačný. Se sníženou soběstačností se setkal pouze po autonehodě, kdy měl otevřenou zlomeninu bérce PDK. V nemocnici je pan K. poučen o pohybovém režimu č. 2 – samostatný v rámci pokoje. *(1a, 1b)*

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pan K. žije s manželkou, má jednoho syna. Manželka a syn pana K. pravidelně navštěvují. Pozorováním a z rozhovoru s pacientem jsem usoudila, že jejich rodinné vztahy jsou harmonické. *(1a, 1b)*

Potřeba bezpečí a jistoty

Pan K. nebyl v předchorobí zatížen žádným strachem, aktuálně má obavy z instrumentálních vyšetření (ERCP) a možnosti onkologického původu problému. Pacient je obeznámen s výsledky dosavadních vyšetření a dalším postupem. Myslím si, že velkou oporu má v manželce a synovi. *(1a, 1b)*

Potřeba seberealizace

Pan K. má zaměstnání, které ho baví a naplňuje. Pracuje s plným nasazením jako restaurátor nábytku. *(1a)*

1. 5 Spirituální potřeby

Potřeba víry a vyznání

Pan K. je katolického vyznání, ale do kostela pravidelně nechodí. Obeznámila jsem ho s duchovními službami v nemocnici. Pacient nemá potřebu návštěvy duchovního. *(1a)*

2 Ošetrovatelské diagnózy

9. 11. 08

2. 1 Bolest v pravém podžebří z důvodu zánětu a obstrukce žlučového systému projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta, vyhledáváním úlevové polohy

2. 2 Nevolnost a zvracení z důvodu základního onemocnění

2. 3 Změna tělesné teploty z důvodu onemocnění (infekční onemocnění žlučovodu) projevující se zvýšenou tělesnou teplotou

2. 4 Strach z instrumentálních vyšetření GIT, z onkologického původu onemocnění projevující se verbálním vyjádřením obav

2. 5 Snížený objem tělesných tekutin z důvodu zvracení

2. 6 Tělesný diskomfort projevující se mírným svěděním při ikteru

2. 7 Riziko vzniku infekce při invazivním vstupu do periferního žilního systému

10. 11. 08

2. 8 Porucha spánku z důvodu bolesti vyvolané základním onemocněním a v důsledku změny prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním

11. 11. 08

2. 9 Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou příjmu a složení potravy projevující se zácpou

3 Cíl, plán, realizace, hodnocení

3. 1 Bolest v pravém podžebří z důvodu zánětu a obstrukce žlučového systému projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta, vyhledáváním úlevové polohy

CÍL

- pacient udává zmírnění bolesti nejméně o 3 stupně na VAS, případně úplnou eliminaci bolesti

PLÁN

- zjištění lokalizace, trvání, intenzity (stupnice 0 – 10 VAS), vyvolávajících nebo zhoršujících faktorů
- založení záznamu pro sledování bolesti a dokumentování intenzity, časového výskytu, určení hraniční bolesti
- pozorování celkového stavu pacienta a projevů neverbální komunikace (výrazu tváře, polohy těla, pohyby...)
- sledování fyziologických funkcí (pulz, krevní tlak, dechová frekvence, tělesná teplota)
- zajištění vhodné polohy a pohodlí
- podávání analgetik dle ordinace lékaře
- sledování účinku podávaných analgetik

REALIZACE

Pacient popsal bolest na VAS stupněm číslo 6. Zapsala jsem stupeň a časový výskyt bolesti do dokumentace. Dle lékařské ordinace jsem podávala spasmolytika a analgetika. Sledovala jsem intenzitu bolesti a účinek medikace po podání analgetik i v mezidobí mezi léčbou. Pečovala jsem o pohodlí pacienta, klidné prostředí bylo zajištěno v jednolůžkovém nadstandardním pokoji. Pacientovi jsem doporučila dostatečný odpočinek. Snažila jsem se využít všech dostupných prostředků ke zmírnění bolesti. Obezámila jsem ho se signalizačním zařízením. Pacientovi jsem vysvětlila všechny možnosti nastavení jeho polohovacího lůžka, společně jsme našli úlevovou polohu s mírně pokrčenýma nohama. Po celou dobu jsem sledovala celkový stav pacienta a fyziologické funkce.

HODNOCENÍ

- pacient pocítil ústup bolesti, bolest byla zmírněna na stupeň číslo 3 ve 12:30
- v 14:30 ohodnotil bolest stupněm číslo 1
- analgetika měla žádoucí efekt

3. 2 Nevolnost a zvracení z důvodu základního onemocnění

CÍL

- odstranit nevolnost a zvracení, eventuálně výrazně omezit frekvenci a tíži pocitů nevolnosti a zvracení

PLÁN

- sledování frekvence, množství a obsahu zvratků
- podávání antiemetik a prokinetik dle ordinace lékaře
- monitorování účinku aplikovaných léčiv
- sledování nežádoucích účinků léčiv, u kterých je nevolnost a zvracení popisována
- zajištění pravidelného příjmu a výdeje tekutin
- zvýšená péče o hygienu dutiny ústní
- edukace nutričním terapeutem

REALIZACE

Pacienta jsem vybavila dostatečným počtem jednorázových emitních misek, byl instruován o nutnosti zachování jejich obsahu ke kontrole sestrou. Pan K. byl poučen o doporučené poloze při zvracení. Podávala jsem komplexní antiemetickou a prokinetickou medikaci dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem zaznamenávala perorální a celkový příjem tekutin. Zajistila jsem návštěvu nutričního terapeuta u lůžka pacienta. Po zvracení si pacient vyplachoval ústa čistou vodou.

HODNOCENÍ

- zavedená opatření vedla k vymizení zvracení
- u pacienta přetrvával lehký pocit nevolnosti, který výrazně neomezoval jeho celkový komfort
- dutina ústní byla po celou dobu sledování v dobrém stavu

3. 3 Změna tělesné teploty z důvodu onemocnění (infekční onemocnění žlučovodu) projevující se zvýšenou tělesnou teplotou

CÍL

- tělesná teplota ve fyziologickém rozmezí

PLÁN

- monitorování tělesné teploty a výskytu třesavky v pravidelných intervalech
- sledování barvy kůže, stavu sliznic, stavu vědomí pacienta, příjmu a výdeje tekutin
- měření základních fyziologických funkcí
- odebírání hemokultur při teplotní špičce dle ordinace lékaře
- podávání antibiotik při existující infekci, sledování klinické odpovědi organismu na léčbu

- podávání antipyretik dle ordinace lékaře, lokální zevní aplikace chladivého gelu
- udržování suchého lůžka nemocného
- doporučení klidu na lůžku a dostatečného příjmu tekutin

REALIZACE

Panu K. jsem měřila a zaznamenávala tělesnou teplotu 3krát denně, k dispozici jsem měla elektronický ušní teploměr. Měřila jsem fyziologické funkce dle ordinace lékaře a sledovala příjem a výdej tekutin. Třesavka se u pacienta nevyskytovala. Na kůži pacienta jsem kromě ikteru nezaznamenala jinou abnormalitu, sliznice byly rovněž v pořádku. Odběr hemokultur nebyl lékařem indikován. Pacientovi jsem pravidelně nitrožilně podávala antibiotika a antipyretika. Pravidelně jsem měnila ložní prádlo na lůžku pacienta. Doporučila jsem mu dostatek odpočinku a u lůžka na stolku měl k dispozici konvici s teplým čajem.

HODNOCENÍ

- maximální teplota pacienta byla 38,2 °C (teplota při přijetí)
- po podání infuze s Novalginem došlo k poklesu teploty
- při zavedené terapii se teplota pohybovala v intervalu 36,6 °C až 37,6 °C
- průměrná teplota pacienta v prvních dvou dnech sledování byla 37,3 °C
- cíl splněn částečně

3. 4 Strach z instrumentálních vyšetření GIT, strach z onkologického původu onemocnění projevující se verbálním vyjádřením obav

CÍL

- zmírnit nebo eliminovat strach
- pacient je úplně informován

PLÁN

- zjištění a eliminace hlavních ovlivnitelných faktorů vyvolávajících strach
- zhodnocení situace
- pozorování verbálních i neverbálních projevů pacienta
- pozorné naslouchání, zájem o pacientův problém
- vytvoření důvěrného prostředí, trpělivost
- jasná a zřetelná komunikace
- podpora komunikace (mezi pacientem a lékařem, tlumočení poznatků lékaři při předchozím souhlasu pacienta)

REALIZACE

Při rozhovoru s panem K. jsem odhalila dva hlavní zdroje strachu. Jednalo se o strach z jakéhokoliv invazivního vyšetření a strach z rakoviny. Pacienta jsem vyslechla a rozebrala s ním danou situaci, jeho obavy. Po dohodě s pacientem jsem tyto informace předala lékaři. Následně byl pan K. informován lékařem. V rámci podepisování informovaného souhlasu s ERCP byl pacientovi detailně popsán tento výkon. Lékař zdůraznil, že se nejedná pouze o diagnostiku, ale že toto vyšetření může obstrukci žlučového systému současně vyřešit. Pacient byl seznámen s nízkým procentuálním výskytem komplikací tohoto vyšetření. Byl mu

nabídnut výkon v analgosedaci. Pan K. se rozhodl pro provedení ERCP s touto asistencí anesteziologa. Lékař srozumitelně rozebral negativitu tumor markerů (CA 19-9) a výsledek sonografického vyšetření. Obavy pana K. z nádorového původu onemocnění byly oslabeny. Výsledek ERCP dále oslabil strach z nádorového původu nemoci.

HODNOCENÍ

- získané informace byly pro pacienta velmi cenné
- pacient uvítal možnost výkonu (ERCP) v analgosedaci
- strach byl potlačen

3. 5 Snížený objem tělesných tekutin z důvodu zvracení

CÍL

- udržet objem tělesných tekutin na optimální úrovni

PLÁN

- sledování fyziologických funkcí pacienta, vzhledu sliznic, stavu kůže
- zajištění dostatečného přísunu tekutin
- informování o nutnosti zvýšeného příjmu
- kontrolování bilance tekutin
- sledování frekvence a vydatnosti zvracení
- zvýšená péče o hygienu dutiny ústní

REALIZACE

Panu K. jsem pravidelně kontrolovala sliznice a kožní turgor. Pacienta jsem edukovala o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin. Všechny tekutiny včetně infuzí byly zapisovány do listu o denním příjmu. Zaznamenávala jsem denní výdej moče. Z údajů pacienta o zvracení jsem odhadla denní ztráty tekutin zvracením. Byla jsem informována o charakteru stolice pacienta. Z výše uvedených údajů jsem odhadla bilanci tekutin (příjem 3 l, výdej močí 2,25 l, výdej zvracením 0,4 l). Pacient sám zvýšeně pečoval o ústní dutinu.

HODNOCENÍ

- u pana K. jsem nezaznamenala známky dehydratace

3. 6 Tělesný diskomfort projevující se mírným svěděním při ikteru

CÍL

- zmírnění případně úplná eliminace svědění
- pacient je obeznámen s příčinou svědění
- pacient má neporušenou kůži

PLÁN

- zjištění lokalit kůže s maximem svědění
- udržování kůže v čistotě a suchu, prevence narušení kožní integrity
- edukace o příčině svědění
- kontrolování stavu kůže
- podávání antihistaminik dle ordinace lékaře

REALIZACE

U pana K. jsem zjistila lokalitu s maximem svědění – oblast hrudníku. Kontrolovala jsem stav kůže a zaznamenávala do dokumentace. Dle ordinace lékaře jsem podávala Dithiaden, který potlačil projevy svědění. Prováděla jsem častou výměnu ložního prádla. Pacienta jsem informovala o preventivní péči o kůži a časté výměně osobního prádla. Seznámila jsem ho se skutečností, že svědění má souvislost s biliární obstrukcí a zvýšenou koncentrací žlučových kyselin.

HODNOCENÍ

- po podání léků došlo k částečnému ústupu svědění
- k úplné eliminaci svědění došlo po provedení ERCP
- kožní kryt zůstal neporušen

3. 7 Riziko vzniku infekce při invazivním vstupu do periferního žilního systému

CÍL

- pacient nejeví známky infekce v oblasti invazivního vstupu

PLÁN

- informování pacienta o nutnosti zavedení periferní žilní kanyly
- realizování prevence proti nozokomiální infekci
- dodržování aseptického přístupu při invazivních vstupech (důkladná dezinfekce místa vpichu, použití rukavic pro ochranu pacienta i sestry)
- kontrolování místa vpichů a jeho okolí (zarudnutí, otok)

REALIZACE

Pacienta jsem informovala o důležitosti zavedení periferní žilní kanyly a vysvětlila postup při jejím zavádění. Používala jsem ochranné rukavice při všech rizikových činnostech. Při zavádění a pravidelných převazech jsem postupovala podle standardů a k invazivním vstupům jsem přistupovala asepticky. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Po zavedení periferní kanyly jsem kontrolovala, zda se neobjeví známky infekce. Sledovala jsem subjektivní pocity pacienta.

HODNOCENÍ

- pacient nejevil známky infekce v souvislosti s invazivním vstupem

3. 8 Porucha spánku z důvodu bolesti vyvolané základním onemocněním a v důsledku změny prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním

CÍL

- zajistit nerušený a kvalitní spánek
- zajistit bezproblémové usínání

PLÁN

- eliminace bolesti jako rušivého faktoru omezujícího spánek a usínání
- zjištění přítomnosti dalších faktorů ovlivňujících kvalitu spánku
- zachování klidu na pokoji
- zajištění vhodné polohy na lůžku
- podávání léků dle ordinace lékaře a sledování účinku

REALIZACE

Po rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že hlavním důvodem jeho problému se spánkem je bolest (ohodnocena stupněm č. 2 na VAS) a změna prostředí. Aplikací doporučené medikace jsem dosáhla razantního poklesu stupně bolesti (pacient nepocítoval bolest). Před spaním jsem vyvětrala pokoj a upravila lůžko. Režim osvětlení jsem přeprnula na noční, zatáhla jsem žaluzie k omezení pronikání zevního světla na pokoj.

HODNOCENÍ

- pacient spal 6 hodin nepřerušovaně
- konstatoval zlepšení svého spánku

3. 9 Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou příjmu a složení potravy projevující se zácpou

CÍL

- obnovit normální způsob vyprazdňování

PLÁN

- zjištění vyvolávajícího faktoru poruchy vyprazdňování
- edukace pacienta
- dostatečná hygiena po vyprázdňování
- sledování barvy, konzistence a eventuálních příměsí stolice
- podávání projímadel dle potřeby a ordinace lékaře

REALIZACE

Pacient uvedl, že se naposledy vyprázdnil asi hodinu před příjezdem do nemocnice, stolice byla nápadně světlá a řidší. Pacienta jsem obeznámila s charakterem stolice u ikteru z biliární obstrukce. V prvních dvou dnech měl pacient dle pozorování minimální příjem

potravy (celkem cca 8 sucharů). Měl pocit plynatosti. Po zavedené léčbě tento pocit ustoupil. Pacient neměl nucení na stolicí, absenci defekace v prvních dnech vůbec nevnímal. 3. den hospitalizace pan K. ráno pocítil nucení na stolicí, při pokusu o vyprázdnění stolice neodešla. Pacientovi jsem dle ordinace lékaře podala glycerínový čípek. Následně se pan K. vyprázdnil. Stolica bylo minimální množství, již světle hnědé a formované. Pacient pocítil částečnou úlevu.

HODNOCENÍ

- po podání čípku se pacient minimálně vyprázdnil
- cíl byl částečně splněn

4 Edukace

V mé kazuistice byl pacient edukován lékařem, mnou, ostatními sestrami, nutričním terapeutem především verbálně, k dispozici měl i písemné materiály (jídelníček). V rámci edukace byl pacient seznámen s režimovými opatřeními. Hlavní pozornost byla věnována dietě během hospitalizace a po propuštění. Na přání pacienta byla edukována i rodina. Edukace je zahrnutá i v kapitole C. 3 a v příloze. Po dobu hospitalizace spolupracoval a komunikoval, proto nevznikl žádný problém v edukaci.

Edukace pacienta a rodiny o:

- principu léčby a komplikacích
- charakteru a průběhu plánovaných vyšetření, jejich variantách, přínosech a rizicích
- návštěvních hodinách a režimu na oddělení
- podávání informací o zdravotním stavu rodině
- signalizačním zařízením na pokoji, polohovacím lůžku
- úlevové poloze a poloze při zvracení
- odběrech krve
- nutnosti zavedení periferní žilní kanyly
- aplikaci infuzí, ATB a dalších léků a jejich nežádoucích účincích
- souvislosti nažloutlé kůže a mírného svědění se základním onemocněním
- pitném režimu, sběru moče a měření bilance tekutin
- charakteru stolice při základním onemocnění
- zachování zvratků z důvodu jejich vizuální kontroly
- zvýšené péči o dutinu ústní
- nezahoubné povaze onemocnění
- stravování při onemocnění žlučového systému
- cholecystektomii a možnostech lázeňské léčby po operaci

5 Závěr a ošetrovatelská prognóza

Pacient, se kterým jsem spolupracovala při vypracování této ošetrovatelské kazuistiky, je 55letý muž s diagnózami choledocholitiáza a cholangitida jako komplikace cholecystolitiázy.

Práci jsem rozdělila na klinickou a ošetrovatelskou část. Dále jsem také popsala jednotlivé aspekty onemocnění od etiologie přes klinický obraz a diagnostiku po komplikace a léčbu. V úvodu je shrnuta lékařská anamnéza, průběh hospitalizace.

Ve druhé části navazuje ošetrovatelská anamnéza vypracovaná na základě „vstupního ošetrovatelského záznamu“, který je popsán v příloze. Ošetrovatelská anamnéza tvoří základ pro ošetrovatelské diagnózy, které jsou rozpracovány v ošetrovatelské části formou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené od prvního dne hospitalizace.

Pacient strávil v nemocnici 7 dní, při přijetí byl postižen komplexem zdravotních obtíží od bolestí přes zvracení až po ikterus a teplotu. Ošetrovatelské pozorování trvalo 3 dny, za tuto dobu jsem samozřejmě nebyla přítomna na pracovišti 24 hodin denně. Využívala jsem i ošetrovatelské dokumentace a konzultace se svými kolegyněmi. Rychlé odhalení původu obtíží, nasazená terapie a dostupnost endoskopických metod (ERCP) vedla k časnému ústupu projevů onemocnění. Při propuštění byl pan K. bez bolestí, realimentován a v celkově dobrém stavu.

Psychická pohoda pacienta byla zatížena pobytem v nemocnici. Důkladným rozborem obav, nabídnutím ERCP v analgosedaci byl rozptýlen pacientův strach. Pacient byl seznámen s dietními opatřeními během hospitalizace i po jejím ukončení. Další pravidelné kontroly na našem pracovišti nebyly indikovány. Pacient bude ve sledování praktickým lékařem. Pan K. souhlasil s provedením operace žlučníku v lednu 2009. Praktickým lékařem bude doplněno předoperační vyšetření. Za hospitalizace měl pan K. hodnoty krevního tlaku v normě i při vysazené antihypertenzivní medikaci, po propuštění je nutná kontrola krevního tlaku u praktického lékaře, eventuální opětovné nasazení léků na vysoký tlak. Byl seznámen s nutností urychlené kontroly na chirurgickém pracovišti při znovuoobjevení se bolestí břicha (za splnění některých podmínek je možná akutní cholecystektomie).

Shrnutím všech poznatků lze prognózu pana K. označit za velmi dobrou. Samozřejmě je závislá na dodržování dietních opatření i v domácím prostředí. Prognóza by byla rovněž negativně ovlivněna opětovným oddalováním nebo odmítnutím cholecystektomie. Vzhledem k úplné samostatnosti pacienta se nedá předpokládat, že by v souvislosti se současným onemocněním byla nutná jakákoliv další ošetrovatelská péče.

Edukace pacienta a rodiny o všech aspektech onemocnění si sice vyžádala opakovaně čas můj i lékaře, ale v důsledku vedla ke zlepšení jeho psychické pohody.

Spolupráce s panem K. byla bezproblémová a inspirativní i přes obtíže, které mu choroba přinesla. S pacientem jsem navázala dobrý kontakt. Rodina byla velmi kooperativní, lze očekávat dobrou spolupráci i po propuštění z nemocnice. Současně jsem ráda, že jsem se účastnila procesu, který v důsledku vedl k odstranění obtíží pacienta.

D Seznam použité literatury

1 Použitá literatura

- 1) Červinková, E. a kolektiv: Ošetrovatelské diagnózy. Mikadapres, Brno 2005, ISBN 80-7013-443-7
- 2) Doenges, M. E. – Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada Publishing, Praha 2001, ISBN 80-247-0242-8
- 3) Klener, P. et al.: Propedeutika vnitřního lékařství. Karolinum, Praha 2006, ISBN 80-7262-429-6
- 4) Klener, P. et al.: Vnitřní lékařství. Karolinum, Galén, Praha 2006, ISBN 80-246 -1252-6, 80-7262- 430-X
- 5) Kolektiv autorů: Pharmindex Breviř. Medical Tribune, Praha 2006, ISBN 80-903708-0-2
- 6) Mareček, Z. a Marečková, O.: Žlučník. Vašut, Praha 2001, ISBN 80-7236-182-1
- 7) Svačina, Š. a kol.: Klinická dietologie. Grada Publishing, Praha 2008, ISBN 978-80-247-2256-6
- 8) Šafránková, A., Nejedlá M.: Interní ošetrovatelství. Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1148-6

2 Další zdroje informací

Pacient (1) – rozhovor s pacientem (1a), pozorováním (1b)

Dokumentace (Chorobopis pacienta) – (2)

Personál (3)

E Seznam použitých zkratk

ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alaninaminotransferáza
APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas
arb. j. – arbitrární jednotky
AST – aspartátaminotransferáza
ATB – antibiotika
BMI – Body Mass Index
CA – 19-9 tumorový marker pankreas, žlučové cesty
cca – přibližně
CEA – karcinoembryonální antigen
cm – centimetr
CRP – C reaktivní protein
CT – počítačová tomografie
E. coli – Escherichia coli
EKG – elektrokardiograf
ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
event. – eventuálně
FF – fyziologické funkce
fl – femtolitry
Free PSA – volný prostatický antigen
FW – sedimentace erytrocytů
g – gram
GIT – gastrointestinální trakt
GMT – gama-glutamyltransferáza
inf. sol. – infuzní roztok
INR – International Normalized Ratio – slouží k vyjádření hodnoty Quickova testu
i. v. – intravenózně
kg – kilogram
kU – kilo arbitrární jednotky
l – litr
L-CHCE – laparoskopická cholecystektomie
mg – miligram
min – minuta
ml – mililitr
mm – milimetr
mmol – milimol
MR – magnetická rezonance
PDK – pravá dolní končetina
pro inj. – na injekční použití
PSA – prostatický specifický antigen
PST – papilosfinkterotomie
Quick – protrombinový čas
RTG – rentgen
s – sekunda
st. p. – stav po
supp. – čípek

tbl – tableta
TK – krevní tlak
VAS – vizuální analogová škála
v. s. – velmi pravděpodobně
µg – mikrogram
µkat – mikrokatal
µmol – mikromol

F Přílohy

Příloha číslo 1 – Vstupní ošetřovatelský záznam
Příloha číslo 2 – Plán ošetřovatelské péče
Příloha číslo 3 – Zásady stravování při onemocnění žlučového systému
Příloha číslo 4 – Vizuální analogová škála (VAS)
Příloha číslo 5 – Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)
Příloha číslo 6 – Rozšířená stupnice Nortonové

Příloha číslo 1 – Vstupní ošetřovatelský záznam

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: H. K.

Oslovení: pane K.

Rodné číslo: 53.../...

Věk: 55 let

Stav: ženatý

Adresa: Praha západ

Osoby, které lze kontaktovat: manželka V. K., syn P. K.

Pojišťovna: 207

Povolání: restaurátor nábytku

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Vyznání: katolické

Datum přijetí: 9. 11. 2008

Hlavní důvod přijetí: bolesti břicha, opakované zvracení, teploty 38,2 °C a ikterus

Lékařská diagnóza:

Akutní cholangitida, choledocholitiáza v. s.

Cholecystolitiáza, dilatace hepatocholedochu a intrahepatálních žlučovodů dle sonografie

Arteriální hypertenze na terapii

Hypertrofie prostaty

St. p. otevřené fraktury bérce PDK

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Pacient je detailně informován o své diagnóze a léčebném postupu.

Osobní anamnéza: Prodělal běžné dětské nemoci. Cholecystolitiáza, ve 48 letech měl biliární koliku, doporučenou operaci žlučníku nepodstoupil, neměl od té doby větší obtíže. Arteriální hypertenze od 50 let. Operace – ve 30 letech měl otevřenou frakturu bérce PDK při autonehodě. Úraz – v dětství měl naražený palec na ruce – spadl ze stromu.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 81 letech na karcinom tlustého střeva. Matka zemřela v 75 letech na karcinom prsu. Má jednu 50letou sestru, léčí se s hypotyreózou. Má jednoho syna – syn zdrav.

Vyšetření: fyzikální vyšetření (fyziologické funkce), EKG, laboratorní vyšetření – FW, krevní obraz, biochemické vyšetření krve a moče, koagulace a pomocná vyšetření: rentgen hrudníku, nativní snímek břicha, sonografie epigastria a ledvin. Následující den doplněno ERCP.

Terapie: *chronická medikace* – Plendil tbl 5 mg, *nově nasazeno* – perorální terapie – Helicid, Espumisan, Dithiaden, infuzní terapie – infuze fyziologického roztoku s kalium chloratum a Buscopanem nebo Novalginem, infuze glukózy 5% s kalium chloratum a Algifenem, antibiotická terapie – Sulperazon.

Nemocný má u sebe tyto léky: Plendil tbl 5 mg.

Je poučen, jak je má brát? Je poučen, že je nemá dočasně užívat.

Obecná rizika:

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

<i>nikotinismus</i>		<u>ne</u>	ano	<i>pokud ano, kolik denně:</i>
<i>alkoholismus</i>		ne	ano	destiláty nepije, příležitostně – pivo nebo víno
<i>drogy</i>		<u>ne</u>	ano	<i>pokud ano, jaké a jak dlouho:</i>
<i>alergie</i>	jídlo	ne	<u>ano</u>	<i>pokud ano, které: pistácie</i>
	léky	<u>ne</u>	ano	<i>pokud ano, které:</i>
	jiné	<u>ne</u>	ano	<i>pokud ano, na co:</i>

dekubity – nejsou

pneumonie – nejsou

Důležité informace o stavu nemocného: Pacient je plně orientován, má bolesti v nadbřišku, zvýšenou teplotu, nauzeu a zvrací. Je soběstačný v rámci pokoje. Má nasazenou infuzní a analgetickou terapii. Sleduje se příjem a výdej tekutin.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? Protože jsem měl bolesti břicha, teplotu, zvracel jsem a pozoroval zežloutnutí kůže.

2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? Nejspíše konzumace většího množství grilovaného masa a piva.

3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? Zatím se v mém životě nic nezměnilo.

4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? Očekávám, že mi pomůžete a uzdravíte mě.

5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? Nemocniční prostředí mě stresuje, raději bych byl doma.

6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? Doufám, že v nemocnici strávím maximálně 10 dní.

7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? Ano, mám.

8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano.

9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: Jsem na pokoji sám, mám vlastní toaletu, nemám žádné speciální požadavky.

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

Komunikace:

• stav vědomí	<u>při vědomí</u>	somnolence	kóma
• kontakt navázán	<u>rychle</u>	s obtížemi	nenavázán
• komunikace	<u>bez problémů</u>	bariéry	nekomunikuje
• spolupráce	<u>snaha spolupracovat</u>	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- *Pocit'ujete bolest nebo něco nepříjemného?* ano
ne
pokud ano, upřesněte: Kolísající tlakovou bolest v celém nadbřišku, bolest vystřeluje do zad, s hlubokým nádechem se prohlubuje.
- *Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?* ano *ne*
pokud ano, upřesněte: Tlakovou bolest v celém nadbřišku, vystřelující do zad.
jak dlouho? Bolest začala po půlnoci a trvá asi 10 hodin.
- *Na čem je vaše bolest závislá?* S hlubokým nádechem se prohlubuje.
- *Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)?* Vzal jsem si Algifenové kapky.
- *Kde pocit'ujete bolest?* Jak jsem říkal v celém nadbřišku, s vystřelováním do zad.
- *Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?*
Podat nějaké léky nebo infuze.

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti: Lůžko a matrace mu vyhovují. Teplota okolí také.

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): Pacient se snaží vyvarovat hlubokému nádechu kvůli bolesti, uvádí bolest v celém nadbřišku. Na VAS pacient ohodnotil bolest stupněm č. 6.

2. Dýchání

- *Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?* ano *ne*
pokud ano, upřesněte:.....
- *Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?* ano *ne*
pokud ano, upřesněte:.....
jak jste je zvládal?
- *Máte nyní potíže s dýcháním?* ano *ne*
pokud ano, co by vám pomohlo?
- *Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázku negativně, tuto otázku nepokládejte)*
nevím ano *ne*
pokud ano, zvládnete to?
- *Kouříte?* ano *ne*
pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: Pan K. dýchá pravidelně a klidně, frekvence dechů 14/min. Udává, že při hlubokém nádechu se bolest v nadbřišku zhoršuje. Kašel ani rýma nejsou přítomny. Pan K. je nekuřák.

3. Osobní péče

- *Můžete si všechno udělat sám?* ano *ne*
- *Potřebujete pomoc při mytí?* *ano* ne
- *Potřebujete pomoc při čištění zubů?* *ano* ne
- *Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?* *ano* ne
- *Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete?* Sprchují se 1krát denně večer před spaním.

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: Pacient je plně soběstačný při denní hygieně v nemocnici. Působí upraveným dojmem, nejeví známky zanedbanosti.

4. Kůže

- *Pozorujete změny na kůži?* ano *ne*
- *Máte obvykle kůži?* *suchou* *mastnou* normální
- *Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?*
- *Svědí vás kůže?* ano *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: Pan K. pociťuje lehké svědění celého těla. V důsledku onemocnění je kůže ikterická. Má jizvu po autonehodě na PDK. Aktuálně je kůže celistvá, bez opruzenin, hematomu.

5. Strava a dutina ústní

- a) *Jak vypadá váš chrup?* dobrý *vadný*
- *Máte zubní protézu?* *dolní* *horní* žádnou
 - *Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?* *ano* ne
pokud ano, upřesněte
 - *Máte rozbolavělá ústa?* *ano* ne
pokud ano, ruší vás to při jídle?
- b) *Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou* *vyšší (o kolik)* *nižší (o kolik)*
- c) *Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?* ano *ne*
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: Moje váha je stejná, (nechuť mám až teď).
- d) *Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?* ano *ne*
- *Co obvykle jíte?* Hlavně mám rád maso na všechny způsoby.
 - *Je něco co nejíte? Proč?* Luštěniny, protože mě nadýmají.
 - *Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?* ano *ne*
pokud ano, upřesněte: Dieta žlučnicková, ale příliš jsem jí nedodržoval.
 - *Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?* Neměl.
pokud ano, upřesněte:
 - *Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?* Ano.
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? Ano, budu muset.

Objektivní hodnocení sestry:

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: Pacient je v přijímání potravy samostatný, s dietním omezením. Stav výživy je dobrý. Pacient má nutriční podporu infuzemi glukózy.

9. Lokomotorické funkce

- *Máte potíže s chůzí?* *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- *Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?* *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- *Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?* *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Výslovně mi chůzi nikdo nezakázal. Spíše jste mi doporučili klid a odpočinek.
- *Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?* *nevím* *ano* *ne*
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry: Pacient je soběstačný v rámci pokoje. Vzhledem k zvýšené teplotě a bolesti břicha mu byl doporučen klid a odpočinek.

10. Smyslové funkce

- *Máte potíže se zrakem?* *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Mám brýle na čtení.
- *Nosíte brýle?* *ano* *ne*
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? Ne.
- *Slyšíte dobře?* *ano* *ne*
pokud ne, užíváte naslouchadlo? *ano* *ne*
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry: Pacient nosí brýle na čtení, jinak je bez smyslových handicapů.

11. Fyzická a psychická aktivita

- *Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?* Ano. Pracuji jako restaurátor nábytku.
- *Máte potíže pohybovat se v domácnosti?* *ano* *ne*
- *Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte:* Ne.
- *Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici?* *ano* *ne*
- *Co děláte rád ve volném čase?* Pečuji o zahradu, rád čtu knihy.
- *Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?* Právě to čtení.
- *Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?* Ani ne, manželka mi přinese nějaké knihy.

Objektivní hodnocení sestry: Pan K. je poučen o pohybovém režimu č. 2 – samostatný v rámci pokoje. Pacient je plně orientován, komunikativní.

12. Odpočinek a spánek

- **Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?** 8 hodin denně.
- **Máte doma potíže se spánkem?** ano ne
pokud ano, upřesněte:
- **Kolik hodin obvykle spíte?** 7 – 8 hodin.
- **Usínáte obvykle těžko?** ano ne
- **Budíte se příliš brzo?** ano ne
pokud ano, upřesněte:
- **Co podle vás způsobuje vaše potíže?**
- **Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?** Ne.
- **Berete doma léky na spaní?** ano ne
pokud ano, které:
- **Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho?** Když je příležitost tak si zdřímnu na půl hodiny a to hlavně o víkendu.

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek a pod.: Pacient působí unaveně. Udává, že od počátku obtíží spal přerušovaně a nekvalitně.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- **Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?** ano ne
pokud ano, upřesněte:
- **Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?** ano ne
pokud ano, upřesněte:

U pacienta je potřeba sexuality saturována.

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--|------------------------|---------------------------------------|------------|
| • emocionalita | <u>stabilní</u> | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchovávání informací | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| • celkové ladění | <u>úzkostlivý</u> | <u>smutný (má strach z vyšetření)</u> | |
| | sklíčený | apatický | rozzlobený |

15. Rodina a sociální situace

- *S kým doma žijete?* S manželkou.
- *Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk?* Manželka, syn a vnučky.
- *Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu?* Manželce a synovi.
- *Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?* Mají o mě strach.
- *Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?* Ano – manželka, syn.
- *Je na vás někdo závislý?* Manželka je na mě částečně finančně závislá.
- *Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?* Doufám, že dobře.
- *Kdo se o vás může postarat?* Manželka.

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Pan K. žije v rodinném domku s manželkou. Má jednoho syna a dvě vnučky. Jejich rodinné vztahy se jeví harmonické. Manželka a syn pravidelně pana K. navštěvují. Z rozhovoru s pacientem se zdá, že má dobré vztahy s příbuznými.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

Ani ne, teď bych si rád zdímnul.

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči:

Z rozhovoru s pacientem, při kterém jsem použila právě vstupní dotazník, jsem získala důležité informace. Na tomto základě jsem identifikovala ošetrovatelské problémy, stanovila cíle ošetrovatelské péče a detailně je rozpracovala.

- 1) Bolest v pravém podžebří z důvodu zánětu a obstrukce žlučového systému projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta, vyhledáváním úlevové polohy
- 2) Nevolnost a zvracení z důvodu základního onemocnění
- 3) Změna tělesné teploty z důvodu onemocnění (infekční onemocnění žlučovodu) projevující se zvýšenou tělesnou teplotou
- 4) Strach z instrumentálních vyšetření GIT, strach z onkologického původu onemocnění projevující se verbálním vyjádřením obav
- 5) Snížený objem tělesných tekutin z důvodu zvracení
- 6) Tělesný diskomfort projevující se mírným svěděním při ikteru
- 7) Riziko vzniku infekce při invazivním vstupu do periferního žilního systému
- 8) Porucha spánku z důvodu bolesti vyvolané základním onemocněním a v důsledku změny prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním
- 9) Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou příjmu a složení potravy projevující se zácpou

Příloha číslo 2 – Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče						
Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plán. ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	
9. 11. 2008	Bolest v pravém podžebří z důvodu zánětu a obstrukce žlučového systému projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta, vyhledáváním úlevové polohy	– pacient udává zmírnění bolesti nejméně o 3 stupně na VAS, případně úplnou eliminaci bolesti	<ul style="list-style-type: none"> – zjištění lokalizace, trvání, intenzity, vyvolávající nebo zhoršující faktory – založení záznamu pro sledování bolesti a dokumentování intenzity, časového výskytu, určení hraniční bolesti – pozorování celkového stavu pacienta a projevů neverbální komunikace (výraz tváře ...) – sledování fyziologických funkcí – zajištění vhodné polohy a pohodlí – podávání analgetik dle ordinace lékaře – sledování účinku podávaných analgetik 	<ul style="list-style-type: none"> – pacient pocítil ústup bolesti – bolest byla zmírněná na stupně číslo 3 ve 12:30 – v 14:30 ohodnotil bolest stupněm číslo 1 – analgetika měla žádoucí efekt 	9. 11. 2008	
9. 11. 2008	Nevolnost a zvracení z důvodu základního onemocnění	– odstranit nevolnost a zvracení, eventuálně výrazně omezit frekvenci a tíži pocitů nevolnosti a zvracení	<ul style="list-style-type: none"> – sledování frekvence, množství a obsahu zvratků – podávání antiemetik a prokinetik dle ordinace lékaře – monitorování účinku aplikovaných léčiv – sledování nežádoucích účinků léčiv, u kterých je nevolnost a zvracení popisována – zajištění pravidelného příjmu a výdeje tekutin – zvýšená péče o hygienu dutiny ústní – edukace nutričním terapeutem 	<ul style="list-style-type: none"> – zavedená opatření vedla k vynizení zvracení – u pacienta přetrvával lehký pocit nevolnosti, který neomezoval jeho celkový komfort – dutina ústní byla po celou dobu sledování v dobrém stavu 	9. 11. 2008	
9. 11. 2008	Změna tělesné teploty z důvodu onemocnění (infekční onemocnění žlučovodu) projevující se zvýšenou tělesnou teplotou	– tělesná teplota ve fyziologickém rozmezí	<ul style="list-style-type: none"> – monitorování tělesné teploty a výskytu třesavky v pravidelných intervalech – sledování barvy kůže, stavu sliznic, stavu vědomí pacienta, příjmu a výdeje tekutin – měření základních fyziologických funkcí – odebrání hemokultúr při teploměr špičce dle ordinace lékaře – podávání ATB při existující infekci – podávání antipyretik dle ordinace lékaře, lokální zevní aplikace chladivého gelu – udržování suchého lůžka – doporučení klidu a dostatečného příjmu tekutin 	<ul style="list-style-type: none"> – max. teplota pacienta (při přijetí) byla 38,2 °C – po podání infuze s Novalginem došlo k poklesu teploty – při zavedené terapii se teplota pohybovala v intervalu 36,6 °C až 37,6 °C – průměrná teplota pacienta v prvních dvou dnech sledování byla 37,3 °C – cíl splněn částečně 	9. – 10. 11. 2008	

Plán ošetrovatelské péče						
Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plán. ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis
9. 11. 2008	Strach z instrumentálních vyšetření GIT, strach z onkologického původu onemocnění projevující se verbálními vyjádřeními obav	<ul style="list-style-type: none"> – zmírnit nebo eliminovat strach – pacient je úplně informován 	<ul style="list-style-type: none"> – zjištění a eliminace hlavních ovlivnitelných faktorů vyvolávajících strach – zhodnocení situace – pozorování verbálních i neverbálních projevů pacienta – pozorné naslouchání, zájem o pacientův problém – vytvoření důvěrného prostředí, trpělivost – jasná a zřetelná komunikace – podpora komunikace (mezi pacientem a lékařem, tlumočení poznatků lékaři při předešlém souhlasu pacienta) – sledování fyziologických funkcí, vzhledu sliznic, stavu kůže – zajištění dostatečného přísunu tekutin – informování o nutnosti zvýšeného příjmu – kontrolování bilance tekutin – sledování frekvence a vydatnosti zvracení – zvýšená péče o hygienu dutiny ústní 	<ul style="list-style-type: none"> – získané informace byly pro pacienta velmi cenné – pacient uvítal možnost výkonu (ERCP) v analogosedaci – strach byl potlačen 	9. 11. 2008	
9. 11. 2008	Snížený objem tělesných tekutin z důvodu zvracení	<ul style="list-style-type: none"> – udržet objem tělesných tekutin na optimální úrovni 	<ul style="list-style-type: none"> – sledování fyziologických funkcí, vzhledu sliznic, stavu kůže – zajištění dostatečného přísunu tekutin – informování o nutnosti zvýšeného příjmu – kontrolování bilance tekutin – sledování frekvence a vydatnosti zvracení – zvýšená péče o hygienu dutiny ústní 	<ul style="list-style-type: none"> – u pacienta jsem nezaznamenala známky dehydratace 	9. 11. 2008	
9. 11. 2008	Tělesný diskomfort projevující se mírným svěděním při ikteru	<ul style="list-style-type: none"> – zmírnit, případně úplně eliminace svědění – pacient je obeznámen s příčinou svědění – pacient má neporušenou kůži 	<ul style="list-style-type: none"> – zjištění lokalit kůže s maximem svědění – udržování kůže v čistotě a suchu, – prevence narušení kožní integrity – edukace o příčině svědění – kontrolování stavu kůže – podávání antihistaminik dle ordinarce lékaře 	<ul style="list-style-type: none"> – po podání léků došlo k částečnému ústupu svědění – k úplné eliminaci svědění došlo po provedení ERCP – kožní kryt zůstal neporušen 	9. – 10. 11. 2008	

Plán ošetrovatelské péče						
Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plán. ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis
9. 11. 2008	Riziko vzniku infekce při invazivním vstupu do periferního žilního systému	– pacient nejví známky infekce v oblasti invazivního vstupu	– informování pacienta o nutnosti zavedení periferní žilní kanyly – realizování prevence proti nozokomiální infekci – dodržování aseptického přístupu při invazivních vstupech (důkladná dezinfekce místa vpichu, použití rukavic pro ochranu pacienta i sestry) – kontrolování místa vpichů a jeho okolí (zarudnutí, otok)	– pacient nejví známky infekce v souvislosti s invazivním vstupem	9. – 11. 11. 2008	
10. 11. 2008	Porucha spánku z důvodu bolesti vyvolané základním onemocněním a v důsledku změny prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním	– zajistit nerušený a kvalitní spánek – zajistit bezproblémové usínání	– eliminace bolesti jako rušivého faktoru omezujícího spánek a usínání – zjištění přítomnosti dalších faktorů ovlivňujících kvalitu spánku – zachování klidu na pokoji – zajištění vhodné polohy na lůžku – podávání léků dle ordinace lékaře a sledování účinků	– pacient spal 6 hodin nepřerušovaně – konstatoval zlepšení svého spánku	11. 11. 2008	
11. 11. 2008	Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou příjmu a složení potravy projevující se zácpou	– obnovit normální způsob vyprazdňování	– zjištění vyvolávajícího faktoru poruchy vyprazdňování – edukace pacienta – dostatečná hygiena po vyprazdňování – sledování barvy, konzistence a eventálních příměsí stolice – podávání projímadel dle potřeby a ordinace lékaře	– po podání čípku se pacient minimálně vyprázdnil – cíl byl částečně splněn	11. 11. 2008	

Příloha číslo 3 – Zásady stravování při onemocnění žlučového systému

Při onemocnění žlučníku a žlučových cest je třeba dodržovat zásady správné životosprávy. Dieta je součástí léčby u velké části nemocných s onemocněním žlučníku a žlučových cest.

Po dobu akutního onemocnění je dieta v prvních dnech čaj + suchar. Následně po odeznění akutních obtíží je uvolněná na dietu 4S – šetřící s přísným omezením tuků. A při nekomplikovaném průběhu přecházíme na dietu 4 – šetřící s omezením tuků.

Pravidla diety 4S:

- dieta při akutních onemocněních žlučníku a žlučových cest je určena pro krátké období akutního onemocnění
- zpočátku je třeba vynechat zcela tuk, proto po stránce energetické není plnohodnotná, a proto není možné, aby byla podávána dlouhodobě
- v prvních hodinách, po ústupu silných bolestí a zvracení, doplňujeme především tekutiny, nejlépe ve formě slabého čaje
- po vymizení bolesti podáváme suchar
- po zklidnění všech obtíží přidáváme postupně obilné polévky, jídla z rýže, bramborovou kaši
- dieta je bez tuků, převážně uhlovodanová, jsou zcela vyloučeny bílkoviny masa a mléčných výrobků
- množství bílkovin je do 30g/den a je hrazeno převážně rostlinnými bílkoviny
- tuky v dietě jsou pod 20g/den, volné tuky na mazání a přípravu pokrmů jsou zakázány
- obsah vitamínů a minerálních látek není vzhledem k povoleným druhům potravin plnohodnotný
- jestliže nemocný toleruje uvedená lehce stravitelná jídla, přidáváme postupně bílkoviny: telecí maso, dle snášenlivosti případně mléčné výrobky
- po úplném a trvalém odeznění obtíží obohacujeme jídelníček o další libová masa a malé množství čerstvého tuku
- postupně se dostáváme na dietu s normálním obsahem bílkovin a sacharidů, tuk je ještě omezen na nejvýše 40g/den

Technologická úprava:

- musí být co nejšetrnější
- pokrmy vaříme hodně doměkka a nejdříve vše podáváme v kašovitě úpravě
- nemastíme

Příklad dietního postupu při akutním onemocnění žlučového systému – 4S (dieta přísně šetřící s omezením tuků):

1. a 2. Den

- slabý pravý čaj, heřmánkový nebo šípkový, který sladíme cukrem nebo glukopurem
- suchary nebo pečivové lupínky, ovocné želé

3. a 4. den

- **Snídaně:** slabý pravý čaj, suchary
- **Přesnídávka:** jablečná kaše nebo ovocné želé
- **Oběd:** polévka z ovesných vloček, bramborová kaše nebo kaše mrkvová
- **Svačina:** bylinkový čaj, suchary nebo pečivové lupínky
- **Večeře:** nastavované kaše nebo telecí maso nakrájené na nudličky s rajčatovou šťávou
- **Večeře II:** meruňkové pyré nebo dětská ovocná výživa

5. a 6. den

- **Snídaně:** slabý pravý čaj, suchary, med nebo džem
- **Přesnídávka:** dětská ovocná výživa, zralý banán
- **Oběd:** lisovaná bramborová nebo kroupová polévka, dušené kuře, dušená rýže
- **Svačina:** slabý pravý čaj, pečivové lupínky
- **Večeře:** krupicový svítek, broskvový krém nebo zeleninové rizoto
- **Večeře II:** jablečná dřeň v rosolu, piškot

7. a 8. den

- **Snídaně:** slabý pravý čaj, pečivové lupínky, libová šunka
- **Přesnídávka:** ovocné želé, piškot
- **Oběd:** polévka s krupicí, kapr v alobalu, brambory
- **Svačina:** slabý pravý čaj, starší pečivo, med
- **Večeře:** rajská omáčka, těstoviny
- **Večeře II:** dětská ovocná výživa

Pravidla diety 4:

- při nekomplikovaném průběhu přecházíme z diety 4S na dietu pro chronická onemocnění žlučníku dietu 4 (s 50g/den tuku)
- strava má být plnohodnotná a energeticky bohatá, s omezením tuku (hlavně tuky živočišné) a s vyloučením přepálených tuků
- doporučuje se šetřící strava po stránce mechanické, chemické i tepelné
- důležitým činitelem je pravidelný příjem potravy, spíše menší množství v 6 – 7 dávkách za den, podávaných zhruba ve 2 – 3 hodinových intervalech
- doporučuje se také zařadit do diety mléko a mléčné výrobky podle tolerance nemocného
- všechny pokrmy musí být přiměřeně teplé
- vynecháme silně kořeněná jídla
- na druhé straně je třeba, aby jídlo bylo chutné

Technologická úprava:

- snažíme se o pestrý jídelníček
- masa dusíme, vaříme, vhodná je také úprava v mikrovlnné troubě
- maso pro lepší chuť a barvu nejprve opečeme nasucho, pak je podlijeme vodou a dále upravujeme
- nepoužíváme cibulový základ ani opékání na oleji
- omáčky nezahušťujeme jíškou, ale nasucho opraženou moukou nebo zálivkou z mouky a vody
- pokrmy nesmažíme, též není vhodně grilování a vysmažování šťáv, protože při těchto úpravách dochází k přepalování tuků a vzniku dráždivých látek
- povolené množství tuku (másla nebo kvalitního oleje), nejlépe v množství do 10 g na porci, přidáváme až do hotových pokrmů

Příklad dietního postupu při chronickém onemocnění, po ukončení akutních obtíží do operace (a po cholecystektomii): 4 – dieta šetřící s omezením tuků:

Snídaně:

- čaj s citronem, rohlíky, Termix
- bílá káva, rohlíky, 10 g másla, 30 g taveného sýra
- máťový čaj, rohlíky, 50 g šunky
- čaj s mlékem, piškotová bublanina s meruňkami
- zelený čaj, netučný jogurt a kukuřičné lupínky

Oběd:

- netučný vývar s nudlemi, zapečená kuřecí prsa se sýrem v alobalu, bramborová kaše, kompot
- vločková polévka, dušené hovězí maso, dušená rýže, mrkvový salát
- zeleninová polévka s bílkovou pěnou, dietní sekaná pečeně se saturejkou (bez česneku a cibule), brambory, hlávkový salát s citronem
- netučný vývar s rýží, vařené hovězí maso, dietní rajská omáčka, těstoviny
- žemlová polévka, dušený kapr na kmínu, brambory s pažitkou, loupané rajče bez semen

Svačina:

- čaj, vánočka, ovocné želé, ovocná přesnídávka, strouhaná jablka, loupaná broskev

Večeře:

- sýrová pomazánka se šunkou, veka, loupané rajče na ozdobu
- dušené telecí maso, bramborová kaše
- rýžový nákyp s meruňkami
- zapečené těstoviny s masem a petrželkou, kompot
- vařené libové vepřové maso, dušená mrkev, brambory

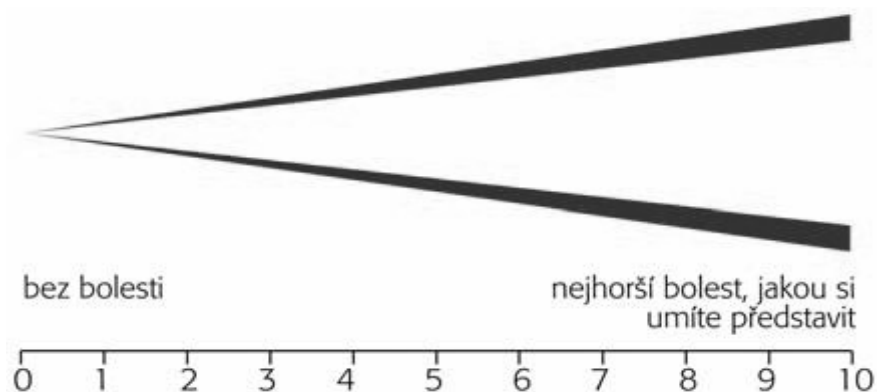
Tabulka diety 4S – vhodné a nevhodné potraviny

potraviny	vhodné	nevhodné
maso a uzeniny	nepodáváme	všechny druhy
mléko a mléčné výrobky	nepodáváme	všechny druhy
tuky	nepodáváme	všechny druhy
polévky	připravené bez tuku, šlemové polévky (z rýže, ovesných vloček, krupěk, krupice, mrkve, vody, osolíme), bramborová třená (uvařené brambory s mrkví rozmixujeme)	masové vývary, polévky s masem a vejci, luštěninové polévky
omáčky	připravené bez tuku, rajská, zeleninová, citronová	zahuštěné jíškou, smetanové
příkrmy	brambory, bramborová kaše, rýže, těstoviny	smažené brambory, luštěniny všeho druhu, knedlíky houskové i bramborové
ovoce a ořechy	loupaná strouhaná jablka, banány, ovocné přesnídávky, kompoty – jablečkový, broskvový, meruňkový, loupaný švestkový	ovoce mimo povolené druhy, ořechy, mák
zelenina	dušená mrkev, malé množství kořenové zeleniny (mrkev, celer, petržel) do polévky nebo omáčky	zelenina mimo povolené druhy, sterilovaná a nakládaná zelenina
koření	zelená petrželka, citronová šťáva, chemicky neošetřená citronová kůra, rajčatová šťáva	všechny druhy mimo povolených

Tabulka diety 4 – vhodné a nevhodné potraviny

potraviny	vhodné	nevhodné
maso	pouze libové druhy – hovězí, kuře bez kůže, králík, ryby, později libové vepřové (kýta, panenka)	tučná masa (bůček, kachna, husa), uzené, jelita, jitrnice, vnitřnosti – játra, ledvinky, mozeček, olejovky, zavináče, uzené ryby
uzeniny	libová šunka, později drůbeží, dietní salám	turistické salámy, paštiky
mléčné výrobky	podle individuální snášenlivosti – netučné sýry tavené i krájené do 45 % tuku, netučný tvaroh, jogurt, mléko sladké nebo zakysané (kefir, acidofilní atd.)	zrající sýry (syrečky, Jihočeský zrající), plísňové sýry (Hermelín, Niva), tučné sýry a ostatní mléčné výrobky, smetana
tuky	pouze v malém množství asi 10 g na porci – kvalitní olej, máslo, rostlinné máslo	slanina, přepálené tuky, tučná a smažená jídla
vejce	pouze v omezeném množství a jen do pokrmů, bílky neomezeně	vejce jako samostatný pokrm (smažená, sázená, vařená), vaječné saláty, majonéza
ovoce a ořechy	bez tvrdých slupek a zrnků – jablka, meruňky, broskve, banány, pomeranče, kompoty všeho druhu, ovocné přesnídávky	hrušky, čerstvé třešně, rybíz, maliny, jahody, všechny ořechy, kokos, mák
zelenina	pouze nenadýmavé druhy – mrkev, celer, petržel, rajčata bez semen, špenát bez česneku, hlávkový salát	kapusta, zelí, sterilovaná zelenina, květák, houby, okurky, papriky, česnek, syrová cibule
polévky	netučné vývary se zavářkou (nudle, kapání, rýže), zeleninové z povolených druhů zeleniny, rajská, obilninové polévky	tučné vývary (slepíčí, ovarová), s játrovou zavářkou, černá zabijačková, zelná, houbová, luštěninové
omáčky	nezahušťujeme jíškou – rajská, citronová, individuálně koprová	houbová, okurková, smetanové
moučníky a sladká jídla	pouze netučné – piškotové těsto, netučné křehké těsto, tvarohové pěny, želatinové rosoly, starší vánočka, pudink, žemlovka, rýžový ovocný náky, ovocné knedlíky z tvarohového těsta	šlehačkové dorty, krémové dorty, ořechové, kokosové nebo makové moučníky, koblihy, kynuté ovocné knedlíky se smetanou, čokoláda, smetanové mražené krémy
nápoje	různé druhy čaje, minerálky, ovocné džusy, individuálně mléko, kefir	zrnková káva, alkoholické nápoje, limonády s velkým obsahem CO ₂
koření	zelené druhy koření (bazalka, saturejka, petrželka, pažitka, kopr, libeček atd.), drcený kmín	kari, chilli, pepř, paprika, maggi, masox, hořčice

Příloha číslo 4 – Vizuální analogová škála



0 – nepocítuje bolest

1 – 2 – mírná bolest, lze se soustředit na hovor, lze odvést pozornost od bolesti

3 – 5 – střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění

6 – 9 – silná bolest, bolestivá grimasa, soustředění na bolest

10 – nesnesitelná bolest, pacient neovládne své chování

Na VAS pan K. ohodnotil bolest stupněm číslo 6 v 10:30.

Ve 12:30 byla bolest zmírněná na stupeň číslo 3, po dalších dvou hodinách (v 14:30) ohodnotil bolest stupněm číslo 1.

Příloha číslo 5 – Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)								
		Věk	BMI*	Ztráta* hmotnosti	Jídlo za poslední 3 týdny*	Projevy nemoci	Faktor stresu	
		<ul style="list-style-type: none"> • Nelze-li pacienta změřit a zvážit - 2 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *) • Nelze-li od pacienta získat informace - 3 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *) 	<ul style="list-style-type: none"> • do 65 let 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 – 35 	<ul style="list-style-type: none"> • žádná 	<ul style="list-style-type: none"> • beze změn množství 	<ul style="list-style-type: none"> • žádné 	<ul style="list-style-type: none"> • žádný
	<ul style="list-style-type: none"> • nad 65 let 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 20 • nad 35 	<ul style="list-style-type: none"> • více než 3 kg/3 měsíce 	<ul style="list-style-type: none"> • poloviční porce 	<ul style="list-style-type: none"> • bolesti břicha • nechutenství 	<ul style="list-style-type: none"> • střední (ERCP, chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chirurgický výkon) 		1
		<ul style="list-style-type: none"> • pod 18 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 – 6 kg/3 měsíce • volné šatstvo 	<ul style="list-style-type: none"> • jí občas • nejl 	<ul style="list-style-type: none"> • zvracení • průjem nad 6x za den 	<ul style="list-style-type: none"> • vysoký (akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP/ARO) 		2
	<ul style="list-style-type: none"> • nad 70 let 		<ul style="list-style-type: none"> • více než 6 kg/3 měsíce 					3
								Celkem 4 body
Riziko malnutrice		bez nutnosti intervence (0 – 3 bodů)		nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta (4 – 7 bodů)		malnutrice ohrožující život/průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční léčba (8 bodů a více)		

Pan K. dosáhl 4 body – je nutná intervence nutričním terapeutem, speciální dieta.

Příloha číslo 6 – Rozšířená stupnice Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatný	• úplná	• kontinentní
3	• malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • <u>horečka</u> • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná	• <u>do 60 let</u>	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící v křesle, na lůžku	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
									Celkem 33 bodů
Riziko vzniku dekubitu	Nízké (25 – 24 bodů)		Střední (23 – 19 bodů)		Vysoké (18 – 14 bodů)		Velmi vysoké (13 – 9 bodů)		

Pan K. dosáhl 33 bodů – je bez rizika vzniku dekubitů.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce

