

Univerzita Karlova v Praze  
3. lékařská fakulta  
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o nemocnou po cholecystektomii

PŘÍPADOVÁ STUDIE

V Praze, duben 2006

Klára Šindýlková  
Ošetrovatelství  
Všeobecná sestra  
Bakalářské studium

### **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Radomile Drozdové a MUDr. Miroslavu Dvořáčkovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň děkuji všem, kteří mi ochotně pomáhali.

V Praze, duben 2006

Klára Šindýlková

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu, kterou udávám v seznamu.

V Praze, duben 2006

Klára Šindýlková

## Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	5
<b>2</b>	<b>KLINICKÁ ČÁST</b> .....	6
2.1	Anatomie a fyziologie žlučových cest.....	6
2.2	Onemocnění předcházející cholecystektomii .....	7
2.2.1	Žlučové kameny.....	7
2.2.2	Zánětlivé onemocnění žlučových cest.....	12
2.3	Diagnostika onemocnění žlučníku a žlučových cest.....	17
<b>3</b>	<b>ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉ</b> .....	19
3.1	Anamnéza dle lékařské dokumentace.....	19
3.2	Průběh hospitalizace.....	20
<b>4</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	30
4.1	Ošetrovatelský proces.....	30
4.2	Model fungujícího zdraví podle M. Gordonové.....	32
4.3	Ošetrovatelská anamnéza.....	33
4.4	Ošetrovatelské diagnózy.....	36
4.5	Krátkodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení v průběhu 12 hodin.....	37
4.6	Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	42
4.7	Psychologie nemocné, reakce pacientky na nemoc.....	43
4.8	Edukace.....	46
4.9	Závěr a prognóza .....	47
	Seznam použitých zkratk.....	48
	Seznam odborné literatury.....	49
	Seznam příloh.....	50

## 1. ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou V.M. (51let), která byla hospitalizována v nemocnici fakulního typu na interním oddělení, s diagnózou cholangitida a choledocholitiáza. Zde byla provedena diagnostická vyšetření, na jejichž podkladě byla pacientka indikována k chirurgickému řešení - klasické cholecystektomii. Poté byla hospitalizována na chirurgické jednotce intenzivní péče.

V klinické části je popsána anatomie a fyziologie žlučníku žlučových cest. Dále následuje patofyziologie vzniku onemocnění. Další část je věnována klinickému obrazu, diagnostice, terapii a prognóze onemocnění. Součástí klinické části jsou informace, které byly získány z lékařské dokumentace: základní údaje o nemocné, lékařská anamnéza, diagnostické metody a terapeutická opatření. Závěr této části je věnován shrnutí průběhu hospitalizace.

V úvodu ošetrovatelské části je nastíněna teorie ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu M. Gordonové - model fungujícího zdraví, který byl použit k získání informací pro sestavení ošetrovatelské anamnézy. Dále byly stanoveny diagnózy a byl sestaven plán individualizované ošetrovatelské péče. Jako zdroj informací byla použita lékařská a ošetrovatelská dokumentace, rozhovor a pozorování. V další části jsou podrobně rozpracovány aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které byly zpracovány vzhledem k omezenému rozsahu práce pouze na první pooperační den (24.den hospitalizace). Následuje krátkodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení účinnosti jednotlivých ošetrovatelských intervencí. Dále je stručně popsán dlouhodobý ošetrovatelský plán a jeho hodnocení z ošetrovatelského hlediska, reakce pacientky na nemoc a prognóza onemocnění. Konec práce je věnován edukaci pacientky.

Práce je doplněna seznamem zkratk, které byly v práci použity, seznamem odborné literatury, seznamem příloh a přílohami.

## **2. KLINICKÁ ČÁST**

### **2.1 Anatomie a fyziologie žlučových cest**

**Žlučové cesty** se dělí podle umístění na intrahepatické (uvnitř jater) a extrahepatické (mimojaterní)

#### **Intrahepatické žlučové cesty**

Skládají se ze žlučových kapilár, které se sbíhají do porta hepatis. Stěna žlučovodů se skládá z epitelové výstelky a vaziva s hladkou svalovinou.

#### **Extrahepatické žlučové cesty**

Extrahepatické žlučové cesty začínají v porta hepatis jako ductus hepaticus dexter et sinister – pravý a levý vývod jaterní. Spojením obou jaterních vývodů vzniká ductus hepaticus comunis - společný vývod jaterní, který je dlouhý 2 – 4 cm, vstupuje do lig. hepatoduodenale, a tam se pod ostrým úhlem spojuje s vývodem žlučníku – ductus cysticus a vzniká ductus choledochus – žlučovod.

#### **Žlučník, vesica fellea (vesica biliaris, cystis fellea)**

Žlučník je vak hruškovitého tvaru, délky 8 - 12 cm a šíře 4 - 5 cm, o obsahu 30- 80 cm<sup>3</sup>, ležící na spodní straně jater, oddělující pravý a levý lalok.

Na žlučníku rozeznáváme tyto části: Fundus vesicae biliaris (dno) žlučníku, promítá se 1- 1,5 cm pod jaterní okraj a často bývá hmatný při uzávěru žlučovodu nebo cystiku. Zřídka bývá celý kryt pobřišnicí.

Corpus vesicae biliaris (tělo) žlučníku je připojeno vazivem do fossa vesicae biliaris a povrchové peritoneum jater kryje v tomto místě jen volný povrch žlučníku. Tělo žlučníku se dozadu zužuje v collum vesice biliaris

(krček) žlučníku, to je zužující se část, která dorzálním směrem přechází plynule v oblouku ve vývod žlučníku – ductus cysticus. (5, 7)

**Žluč (bilis, fel, cholé)** je žlutohnědá tekutina na vzduchu zelenající. Tvořena je v játrech, v množství od 0,5 až 0,7 litru za den. Odtud přechází do intrahepatických cest a jimi do extrahepatických cest - do ductus hepaticus dexter et sinister a do ductus hepaticus comunis. Za celkové množství žluči a jeho kolísání je odpovědná aktivní sekrece žlučových kyselin do žlučových kanálů. Žluč postupně naplňuje žlučové cesty a přetéká do žlučníku, zde se vstřebává voda a žluč se postupně koncentruje. Přejde-li potrava (zvláště tuky) do dvanáctníku, uvolní se svěrač (m.sphincter ductus choledochi - Oddiho svěrač), dojde ke stahu žlučníku a koncentrovaná žluč odtéká ze žlučníku do duodena.

(5, 7,18)

## **2.2 Onemocnění předcházející cholecystektomii**

### **2.2.1 Žlučové kameny**

Rozumíme tím přítomnost žlučových konkrémentu ve žlučníku (cholecystolitiáza) nebo ve žlučových cestách (hepatikolitiáza, choledocholitiáza). Je to velmi časté onemocnění. V průmyslových zemích postihuje 10 - 20 % dospělé populace. Výskyt stoupá prudce s věkem, u žen je onemocnění dvakrát častější než u mužů. Česká republika patří mezi země s vysokým počtem nových případů onemocnění cholelitiázy, a to mezi 12 - 21 %.

#### **Dělení konkrémentů**

- Cholesterolové kameny (žlutohnědé) tvoří asi 80 – 90% všech konkrémentů u pacientů v rozvinutých zemích. Vznikají ve žluči

s vysokým obsahem cholesterolu. V důsledku různých složek obsažených ve žluči se cholesterol vysráží z roztoku a růstem jeho

krystalu se tvoří makroskopické kameny. Konkrementy můžeme rozdělit na čisté cholesterolové kameny, obsahující více jak 95% cholesterolu, a smíšené konkrementy s obsahem 10 – 20% dalších látek (např. mucín, kalciové soli). Tyto kameny jsou rentgen kontrastní. Před pubertou jsou touto chorobou obě pohlaví postižena řídce, ale se stejnou frekvencí. Pak jsou ženy až do menopauzy častěji postiženy než muži, po menopauze se rozdíl zmenšuje. Rizikovými faktory cholesterolových konkrementů jsou: věk, ženské pohlaví, léky a hormony, obezita, prudké zhubnutí (zvláště opakované) potrava s vysokým obsahem cholesterolu, sacharidů. Také některé choroby jako např. diabetes melitus či jaterní cirhoza.

- Pigmentové kameny (černé nebo hnědé) (2, 11)

### **Cholecystolitáza**

Klinický obraz u cholecystolitiázy je velmi pestrý. Rozeznáváme odlišné klinické formy: asymptomatickou a symptomatickou cholelitiázu.

**Asymptomatická:** vyžaduje pouze sledování. Cholecystektomie je indikovaná u rizikových osob, jakými jsou například: mladí nemocní (do 50 let), diabetici, nemocní, u nichž je plánovaná transplantace, dále nemocní s anomálií nebo adematózou žlučníku.

**Symptomatická:** specifickým příznakem je žlučnicková bolest neboli biliární kolika. Je popisována jako velmi krutá, křečovitá, nebo alespoň intenzivní bolest. Tato bolest vzniká náhle, bez varovných signálů. Je vyvolaná přechodným uzávěrem cystiku kamenem.



Mezi provokující činitele patří dietní chyba (tučná, objemná jídla), otřesy, tělesná námaha, prochlazení a rozčilení. Záchvat se projevuje zpravidla pozdě navečer či k půlnoci. To se vysvětluje snazším uzavřením cystiku v horizontální poloze. Bolest je lokalizována pod pravým obloukem žeberním nebo v epigastriu, může se šířit do zad, ramene, zhoršovat se dýcháním. V 90% si nemocný stěžuje na pocit tlaku v celém břiše, nadmutí z plynatosti, často má nauzeu nebo zvrací, nařiká na žízeň. Prostá kolika trvá 30 minut až několik hodin. Déletrvající bolest měnící se v bolest trvalou může značit nastupující zánět žlučníku. Frekvence záchvatů je různá. Někteří nemocní mají dva až tři záchvaty během deseti let, ale jsou případy, kdy dochází k několika záchvatům během týdne. Nejčastěji mají nemocní jeden až tři záchvaty ročně.

**Laboratorní vyšetření:** u tohoto onemocnění se vyskytuje mírná leukocytóza, v moči se objevuje zvýšené množství urobilinogenu, mohou být přítomny stopy bilirubinu. (2, 11)

### **Komplikace cholecystolitázy**

- a) Akutní a chronická cholecystitida - je těžké určit, co bylo prvotní, zda konkrementy, nebo zánět
- b) Hydrops žlučníku: při uzávěru ductus cystikus nebo empyem vzniklý při infekci obsahu
- c) Choledocholitiáza: vznikne při vycestování kamene ze žlučníku. Následkem toho může vzniknout cholangoitida, pankreatitida nebo obstrukční ikterus
- d) Při vzniku srůstů kolem zánětlivě změněného žlučníku mohou vzniknout: vnitřní biliární píštěle, jaterní abscesy, ileus z kamene
- e) Rakovina žlučníku

### **Terapie cholecystolitázy**

Konzervativní

- Při akutních záchvatech je tato léčba základem a používají se především analgetika (Tramal) a spazmolytika (Buscopan, Spazmoveralgin). Doporučuje se klid na lůžku, čaj po lžičkách, teplý obklad na pravé podžebří. Dobře léčená kolika by se měla uklidnit do několika hodin. Pokud se tak nestane, nebo se přidruží jiné příznaky, je nutná hospitalizace. V nemocnici se podávají léky parenterálně, přidávají se antiemetika a sedativa. Dojde-li ke zklidnění bolesti, pak hlavní léčbou je dietní opatření.
- Léčba mezi záchvaty: nemocní užívají choleretika: Boldochol, Izochol, Panzytrát, Pankreolan, dále žlučnickové čaje, karlovarskou sůl. Také je doporučena lázeňská léčba

Chirurgická léčba: cholecystektomie – klasická či laparoskopická

(2,11)

### **Choledocholitiáza**

Choledocholitiáza je výskyt kamenů ve žlučovodu extrahepatálně. Většina kamenů pochází ze žlučníku, do žlučových cest se dostala vycestováním po průchodu ductus cysticus, proto je obvykle současně přítomna cholecystolitiáza. Počet kamenů v choledochu je různý, od jednoho po celou řadu, kdy choledochus je doslova vyplněn mnoha kameny, které se hromadí, řadí a dostávají se i vysoko do intrahepatálních žlučovodů.

### **Klinický obraz**

U choledocholitiázy můžeme rozlišit řadu klinických forem

- Onemocnění nevyvolává potíže, kameny jsou objeveny náhodně při vyšetření, při operaci
- Nejčastější je forma s abdominální bolestí. Je přítomna asi u 75% postižených. Bolesti mohou mít ráz biliární koliky, trvají často řadu hodin a recidivují v různých intervalech. Jindy jsou bolesti

spíše tupé, lokalizované více do epigastria a mohou vyzařovat doleva. Často jsou provázeny nauzeou a zvracením. U nemocných se současnou cholecystolitiázou může být choledocholitiáza přehlédnuta, protože klinický obraz nemusí být odlišný.

- Dále se onemocnění projevuje částečnou nebo úplnou obstrukcí pod obrazem cholestatického ikteru. Na obstrukci se nepodílí jen kámen, ale i přidružený zánět a edém. Klinicky je přítomna tmavá moč, odbarvená stolice, svědění kůže. Mohou se přidat známky cholangitidy; teploty až septické, i s třesavkami, případně vznikají intrahepatální abscesy.
- Vzácněji dochází k pankreatitidě. Může probíhat lehce, ale i jako těžké, život ohrožující onemocnění

**Laboratorní nález:** zvyšuje se hladina sérového bilirubinu asi v 50-75%, hodnoty jsou často jen mírně nebo středně zvýšené (do 70  $\mu\text{mol/l}$ ).

Nejcitlivějším testem je zvýšení aktivity alkalické fosfatázy. Běžně dosahuje pětinasobku normálních hodnot, vyšších u zánětlivých komplikací a malignit.

**Komplikace:** cholangoitida, jaterní abscesy, sepse, hepatorenální syndrom, vnitřní biliární píštěle, ileus z kamene. Při vleklém průběhu stoupá riziko sekundární biliární cirhózy.

**Terapie:** léčíme bolest, stejně jako u biliární koliky. Nabízí se zde i chirurgický výkon (choledochotomie), který přispěje k akutnímu zvládnutí hrozících nebo již přítomných komplikací a ke zlepšení celkového stavu nemocného.

**Prognóza:** pokud se podaří odstranit kameny a zvládnout infekci, je dobrá. Chronické nebo zanedbané formy vedou často k závažným komplikacím jaterním, případně až k jaterní přestavbě. (2,11)

## **Hepaticolitiáza**

V západních zemích je vzácná, výskyt se odhaduje na necelé 1%. Běžná je v oblasti Thaj-wanu, Jižní Koreje a Číny (20-18-45%). Obvykle jde o pigmentové kameny. Vyskytují se hlavně u obyvatelstva s nízkou sociálně-ekonomickou úrovní, často současně s parazity a recidivující obstrukcí žlučových cest. Jsou časté při kongenitálních malformacích.

Hepaticolitíáza se řeší dle individuálních plánů; pokud to rozsah dovolí, může být řešením resekce postižené části s odstraněním postižených segmentů, jindy drenáž žlučových cest, či pokusy o litotrypsi. Operace se doporučuje proto, že hepaticolitíáza s sebou nese riziko maligního zvratu (cholangiokarcinom). Po výkonu je nutné pečlivé sledování a včasná sanace zánětlivých komplikací. Podává se kyselina ursodeoxycholová, příp. střevní prokinetika. (2,11)

## 2.2.2 Zánětlivé onemocnění žlučových cest

### Cholecystitis

#### Akutní kalkulózní cholecystitida

Jde o závažné zánětlivé onemocnění žlučníku a jednu z velmi častých akutních břišních příhod. Ve více než 90% je spojena s cholecystolitíázou.

V patogenezi onemocnění se v současné době uvažuje především o dvou formách:

- Obstrukce ductus cysticus žlučovým koncrementem nebo žlučovým blátem. Ve většině případů navazuje na biliární koliku.
- Zánět stěny žlučníku je ve většině případů bakteriálního původu. Po obstrukci cystiku dochází ke koncentraci žluči a vzniku toxických substancí, které vedou k zánětu stěny žlučníku. Zánět je v prvních 24 hodinách sterilní, ale pak dochází ke kontaminaci střevními bakteriemi.

**Rizikové faktory:** cholecystitida může vzniknout v každém věku, ale nejčastěji se objevuje u žen mezi 20.-50. rokem, často u obézních,

protože trpí cholecystolitiázou. Pokud ale má cholecystolitiázu muž, je akutní cholecystitidou ohrožen častěji. Výrazným rizikovým faktorem je diabetes mellitus. Akutní cholecystitida se vyvine asi u 13-16% diabetiků s litiázou a probíhá s mnohem častějšími a nebezpečnějšími komplikacemi. Výskyt stoupá i s věkem. U dětí je vzácná.

**Klinický obraz:** může jít o lehký zánět, komplikující dosud němou cholecystolitiázu, provázený nevýraznými obtížemi přes empyem až po gangrenu žlučníku, se septickými teplotami. Na začátku je obvykle záchvat typu biliární koliky. Většina nemocných má proto v anamnéze recidivující biliární koliky. Dominujícím příznakem je bolest v pravém podžebří, šířící se do zad a pod pravou lopatku. Zatímco běžná biliární kolika odezní do několika hodin, u cholecystitidy je kolikovitá bolest vystřídána stálou, spíše tupou, tlakovou bolestí různé intenzity, která trvá řadu hodin i dnů, a v dalším průběhu může být stupňována krátkými spasmy. Bolest se zhoršuje dýcháním. V 90% si nemocný stěžuje na pocit tlaku v celém břiše, nadmutí z plynatosti, často má nauzeu nebo v 50 až 80% zvrací. Může škytat, ve vyšších věkových skupinách mohou být příznaky jen mírné i při závažné formě.

**Objektivní nález:** téměř vždy je teplota 38-40°C. Nemocný může být schvácený, lehce ikterický, jazyk a sliznice jsou oschlé, může být dehydratovaný. Třesavka upozorňuje na cholangoitidu či empyém žlučníku. Kožní turgor je snížen. U starších pacientů dochází snadno k poruše psychiky s dezorientací. Častá je tachykardie a mírná tachypnoe. Břicho je výrazně palpačně bolestivé v pravém podžebří a vzedmuté.

**Terapie:** toto onemocnění vyžaduje hospitalizaci. Konzervativní léčba spočívá v hladovce, klidu na lůžku a parenterálním přívodu tekutin. Při závažném průběhu je nutno přistoupit k parenterální výživě. Chirurgické léčení vyžaduje odstranění žlučníku s antibiotickým zajištěním před i po výkonu. Nevhodnou antibiotickou léčbou jsou cefalosporiny třetí generace, pro jejich nižší účinek proti gram pozitivním mikroorganismům.

(1, 2, 8, 11)

### **Akalkulózní cholecystitida**

Je vzácnější než forma kalkulózní, ale vede mnohem častěji k velmi rychlému průběhu, komplikacím a smrti. Její výskyt se odhaduje jen na 10-15 % akutních cholecystitid. Nejčastěji se s touto situací setkáváme u osob dlouhodobě hladovějících, u úplné parenterální výživy, po opakovaných transfuzích, při polytraumatech, u osob na ventilační podpoře, po celkové anestezii, po výkonech v dutině břišní. Dále po komplikovaných porodech, při sepsi, šoku. Také se vzácně vyskytuje jako projev artritidy, ischemie stěny žlučníku u starých lidí.

**Klinický obraz:** neliší se od obrazu popsaného při kalkulózní cholecystitidě. Diagnostika je obtížnější, protože cholecystitida vzniká u osob, které doposud neměly žádné onemocnění žlučníku ani žlučových cest, nemají cholecystolitiázu. Také je zde daleko vyšší výskyt komplikací než u kalkulózní formy. Symptomatologie bývá naopak daleko mírnější.

(1, 2, 8, 11)

**Terapie:** léčení je většinou konzervativní. Podávají se infúzní roztoky, antimikrobiální látky, spazmolytika a analgetika. Dále je nutné dietní opatření. Urgentní cholecystektomie se provádí v případě, že se vyskytne komplikace pod obrazem náhlé příhody břišní.

Mortalita je vyšší než u kalkulózní formy, vyskytuje se v rozmezí 9-60%.

### **Chronická kalkulózní cholecystitida**

Je nejčastějším typem onemocnění žlučníku u nemocných s cholecystolitiázou. Vyznačuje se kombinací cholecystolitiázy a chronického zánětu stěny žlučníku. Žlučník je u většiny nemocných svraštělý, se zánětlivou ztluštělou stěnou, která může být kalcifikovaná. Je přítomna mnohočetná cholecystolitiáza s blokádou cystiku. Žluč je odbarvená a obsahuje žlučové bláto.

**Klinický obraz:** je velmi nenápadný, specifické příznaky chybějí. Symptomy se většinou překrývají se symptomatologií ostatních

gastrointestinálních onemocnění, především dráždivého tračníku. Nemocní trpí dyspeptickým syndromem s tlaky v pravém podžebří, trpí nesnášenlivostí některých jídel, občasnými biliárními kolikami, nebo atakami akutní cholecystitídy. Docela často se objevuje nauzea, ale zvracení je vzácné. Maximum bolesti může být i v oblasti lopatky.

**Objektivní nález:** u tohoto typu není příliš výrazný. Bývá palpační bolestivost v pravém podžebří, pozitivní. Nemocní jsou často obézní. Diagnóza se určuje pomocí ultrasonografického vyšetření, popřípadě se provádí počítačová tomografie nebo ERCP a cholescintigrafie.

**Terapie:** jediným účinným řešením je cholecystektomie. U pacientů, kteří operaci odmítají, se doporučuje úprava hmotnosti a dodržování diety.

Vhodná je lázeňská léčba, pitné kúry, choleretika, cholagoga, prokinetika, uplatní se i pankreatické extrakty. Oblíbené jsou žlučnickové čaje.

**Prognóza:** většinou je dobrá, občas musíme počítat s akutnějšími exacerbacemi. Vzácným rizikem je vznik karcinomu žlučníku.

(1, 2, 8, 11)

### **Záněty žlučvodů**

- Nitrojaterní cholangoitidy: postihují drobné nitrojaterní větve. Velké žlučovody postiženy nejsou, což je důležité jen pro diferenciální diagnostiku. Příčina je alergicko - toxická.
- Cholangoitity velkých mimojaterních a jaterních vývodů: vznikají většinou infekcí žluče při obstrukci žlučových vývodů. Zřídka najdeme primární bakteriální cholangoitidu bez překážky. Může se též vyskytnout chronická abakteriální cholangoitida.

### **Akutní cholangoitida**

Cholangitida, zánět žlučových cest, je téměř vždy spojena s částečnou obstrukcí žlučových cest při choledocholitiáze nebo stenózách žlučových cest. Vyvolavatelem může být nejčastěji *Escherichia coli*, *Clostridium*, *Klebsiella*.

**Klinický obraz:** v klinickém obraze se vyznačuje Charotova trias: horečka, žloutenka, bolest. Jedná se o vážné, život ohrožující onemocnění, projevující se bolestí v pravém podžebří, teplotou s třesavkou a žloutenkou. Objevuje se hepatosplenomegalie, v laboratorním nálezu je vysoká leukocytóza, sedimentace, bývá pozitivní hemokultura. Obzvláště nebezpečnou formou je akutní hnisavá cholangitida, kdy žlučovod je naplněn hnisem a v klinickém obraze převládá septický šok se selháváním jater. Zásadní význam má urgentní operace. U lehčích forem je možno před operací zmírnit průběh onemocnění antibiotickou léčbou a podáním infuzí.

**Prognóza:** většinu nemocných se podaří zachránit, ale u septických stavů je úmrtnost kolem 35%.

(1,2,8,11)

### **Primární sklerózující cholangitida**

Jeví se jako zcela primární onemocnění, bez předcházející litiázy, zánětu, operace či traumatu. Je charakterizováno ztlustěním stěny mimojaterních žlučovodů, následným zúžením až obliterací. Příčina vzniku není objasněná, předpokládá se autoimunitní původ.

**Klinický obraz:** onemocnění je provázeno mírnou obstrukční žloutenkou. Nebývá teplota ani třesavka. V laboratorním nálezu se objevují vysoké hodnoty alkalické fosfatázy.

**Terapie:** indikací je operační revize pro nejistou povahu obstrukce. Z konzervativní terapie se používají kortikoidy v kombinaci s antibiotiky.

**Prognóza:** je docela vážná. Průměrná doba přežití od propuknutí prvních příznaků je přibližně deset let.

(1, 2, 8, 11)



## 2.3 Diagnostika onemocnění žlučníku a žlučových cest

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

Mezi pomocná vyšetření patří

❖ Laboratorní metody

biochemické vyšetření: ALP, GMT, AST, ALT, bilirubin, cholesterol.

❖ Zobrazovací metody

- nativní snímek břicha – indikace: kalcifikované konkrementy, porcelánový žlučník, emfyzematózní cholecystitida, biliární ileus
- ultrasonografie základní zobrazovací metoda – indikace: onemocnění žlučníku, hepatocholedochu, intrahepatálních žlučvodů, pankreatu
- cholecystografie - nyní používána jen jako doplněk ultrasonografického vyšetření
- endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP) základní zobrazovací metoda žlučových cest a pankreatických vývodů, indikace: choledocholitíza, tumory žlučových cest, stenózy žlučových cest, ikterus nejasné etiologie, organické změny ductus pancreaticus

- perkutánní transhepatalní cholangiografie (PTC) indikace: choledocholitiáza, tumory žlučových cest, stenózy žlučových cest při neúspěchu ERCP
- computerová tomografie (CT), indikace: tumory žlučníku, žlučových cest, akutní i chronická pankreatitida, tumory pankreatu
- endoskopická ultrasonografie - zásadní metoda pro přesnou lokalizaci tumorů žlučových cest a pankreatu
- dynamická cholescintigrafie - indikace: akutní cholecystitida, atrezie žlučových cest, obstrukce žlučových cest, anomálie žlučových cest, perforace žlučníku, dysfunkce Oddiho sfinkteru
- magnetická rezonance - MRI, indikace: stenózy žlučových cest, choledocholitiáza, tumor žlučových cest při nemožnosti provedení ERCP, PTC žlučových cest (2, 8)

### 3. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉ

Jméno a příjmení: V.M.

Pohlaví: žena

Věk: 51 let

Diagnóza: cholangitida, choledocholitiáza

#### 3.1 Anamnéza dle lékařské dokumentace

**Rodinná anamnéza:** otec zemřel v 54 letech na tumor žaludku, matka zemřela v 75 letech po akutním infarktu myokardu

**Sociální anamnéza:** paní V.M. žije s manželem a dvěma syny v čtyřpokojovém bytě

**Farmakologická anamnéza:** dlouhodobě Vasexent tbl.10 mg 1-0-0

**Pracovní anamnéza:** zaměstnána jako řidička tramvaje

**Alergická anamnéza:** Ketazon, Benetazon

**Abusus:** pacientka nekouří, alkohol pije příležitostně, kávu nepije vůbec

**Osobní anamnéza:** pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, 5 let arteriální hypertenze II. st., obezita, recidivující cholangitida,

choledocholitiáza, před 7 lety byla provedena endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie a zaveden stent. V lednu 2005 stp. akutní cholangitidě, endoskopické trypsi.

**Nynější onemocnění:** nemocná byla přijata na interní oddělení pro ikterus, který se objevil týden před přijetím. Dva dny po vzniku ikteru měla třesavku, zimnici, teplotu 40<sup>0</sup>C.

Další den se objevily bolesti v pravém podžebří. Při ERCP byla nalezena mnohočetná litiáza společného hepatiku a junkce, provedena trypse, extrakce, pro zbytkovou litiázu zaveden do pravého hepatiku stent.

**Při příjmu:** hmotnost: 90 kg

výška: 165cm

tepová frekvence 58/min.

TK 120/ 80 mmHg

BMI 35.2

**Celkový stav:** orientovaná, spolupracuje, slabý ikterus, klidové eupnoe, hydratace v normě, obezita. Kůže bez patologických eflorescencí.

Stoj a chůze v normě. Dýchání čisté, břicho v úrovni

### **3.2 Průběh hospitalizace**

Pacientka byla přijata v prosinci roku 2005 na interní oddělení, kde probíhala léčba akutní cholangitidy a byly prováděny vyšetřovací metody, které měly upřesnit dg. cholelitiáza. Dle výsledků vyšetření byla pacientka doporučena k operaci, která byla provedena 23. den hospitalizace.

Po výkonu byla přeložena na chirurgickou jednotku intenzivní péče.

Doplňující vyšetřovací metody, které byly provedeny před operací

- CT břišní dutiny
- Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

### **Endoskopické vyšetření**

Závěr: Nitrojaterně lokalizovaná litiáza v obou hepaticích, komunikující cholangiogenní abces pravého hepatiku. Pacientka je indikována k chirurgické revizi.

### **Operace byla naplánována na 23. den hospitalizace**

#### **Předoperační příprava**

Den před operací byla zahájena příprava. V odpoledních hodinách byly nemocné podány dva glycerinové čípky, po kterých se dobře vyprázdnila. Dále byl vyčištěn pupeční pahýl lihobenzinem. Sestra s pacientkou probrala otázky obav z operačního výkonu. Také byla poučena lékařem o možnosti vzniku komplikací spojených s operací, event. o dalších možných komplikacích v pooperačním období. Před spaním dostala dle ordinace lékaře sedativum Stilnox tbl. 10mg.

Ráno v den operace si pacientka provedla osobní hygienu. Nitrožilně jí byly podány roztoky Glukózy 5% a aminokyselin. Dále byly provedeny bandáže dolních končetin a podán Clexane 0,4 ml s.c., jako prevence tromboembolické nemoci. Na pokyn ze sálu byla aplikována premedikace, při které byl i.m. podán Dolsin 50mg a Atropin 0,5mg. Pacientka byla poučena, že již nesmí vstávat z lůžka.

Operace proběhla bez komplikací.

**Z operačního protokolu:** revisio viarum bil., evacuatio abscessus, zavedeny dva drény typu Penrou

**Výkony:** cholecystektomie, choledochotomie, rekonstrukční výkon na žlučových cestách.

Paní M. byla po operaci přeložena na chirurgický JIP II

### **První pooperační den**

Dieta: pouze čaj per os do 400ml

Kanylace: CŽK, PMK

Dle ordinace lékaře: systém All in one

Nazogastrická sonda na spád: Nutriflex lipid

Pacientka byla napojena na monitor

- ❖ sledovat fyziologické funkce á 2 hodiny (sudé)
- ❖ sledovat bilanci tekutin
- ❖ podat dle potřeby O<sub>2</sub> maskou
- ❖ sledovat glykémii á 4 hod. 06-10-14-18-22-02
- ❖ provádět dechovou rehabilitaci 3x za den

### Hodnoty laboratorního vyšetření 1. pooperační den

	Hodnoty pacientky	Referenční meze
Leukocyty	<b>11 x 10<sup>9</sup>/l</b>	4,00-10,00 x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	3.3x 10 <sup>12</sup> /l	3,90-5,1 x 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	100 g/l	123-153 g/l
Hematokrit	0.31 arb j.	0,350-0,470 arb j.
střední objem ery	92 fl	80-96 fl
Trombocyty	354 x10 <sup>9</sup> /l	140 - 440 x10 <sup>9</sup> /l
Monocyty	0.4%	1-10%
Lymfocyty	39%	25- 50%
neutrofyly	<b>8.8%</b>	0 – 6%
Eozinofyly	0%	0 – 5%
Bazofyly	0.05%	0 –2%
bilirubin celkový	<b>29.7 µmol/l</b>	5,0 – 17,0 µmol/l
ALT	0.65 µkat/l	0,15 – 0,73 µkat/
AST	<b>1.08 µkat/l</b>	0,20 – 0,70 µkat/l
GMT	<b>2.48 µkat/l</b>	0,00 – 0,92 µkat/l
ALP	<b>6.19 µkat/l</b>	0,65 – 4,82 µkat/l
Na	137 mmol/l	134 – 145 mmol/l
K	4 mmol/l	3,80 – 5,30 mmol/l

## Farmakoterapie

Profylaxe	Clexane 0,4 ml s.c. Quamatel 20mg 1 amp. i.v
Epidurální katétr	Marcain 0,5 % 20 ml + Fentanyl 6ml s 50 ml Fyziologického roztoku– při bolesti
Analgetika	Dipidolor amp. 1 – 1 - 1 Novalgin amp. 1 – 1 – 1
ATB	Cefobid 1,0 g á 8 hod. i.v Avrazor 500 mg do 100 ml Fyziologického roztoku á 12 hod.
Infuzní terapie	G 10% + 8j. Actrapidu do každých 500ml Fyziologického roztoku (3x 500ml/24 hod.) Ringrův roztok 1/1 500 ml + 15 ml 7,5 % KCl
	Torecan 1 amp i.v. á 8 hod při nauze
Nebulizace	Mucosolvan sol.1ml + 2 ml aqua pro injekcione 1-1-1



### **Clexane inj.** (antikoagulancium)

#### Terapeutické indikace

- ❖ profylaxe tromboembolické nemoci ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii
- ❖ profylaxe tromboembolické nemoci u nemocných upoutaných na lůžko, léčených pro akutní onemocnění interního či infekčního charakteru

#### Nežádoucí účinky

- ❖ krvácení včetně retroperitoneálního či intrakraniálního krvácení
- ❖ ojediněle, při spinální/epidurální anestezii a zavedených pooperačních trvalých katetrech, regionální neuroaxiální hematomy
- ❖ v počátečních dnech může být mírná, asymptomatická trombocytopenie
- ❖ v místě aplikace může dojít k bolesti, hematomu a mírnému lokálnímu podráždění
- ❖ vzestup počtu destiček a hladiny jaterních enzymů

### **Quamatel inj.** (antagonista H<sub>2</sub> receptorů)

#### Terapeutické indikace

- ❖ profylaxe a terapie peptických vředů
- ❖ terapie akutní, chronické pankreatitidy

#### Nežádoucí účinky

- ❖ dyspeptické obtíže
- ❖ bolesti hlavy

(16, 17)

### **Glukóza 10 % (infúzní roztok)**

#### Terapeutické indikace

- ❖ podání glukózy jako zdroje energie
- ❖ nosný roztok pro kompatibilní elektrolytové koncentráty a léčiva
- ❖ stavy hypoglykémie

#### Nežádoucí účinky

- ❖ při řádném dodržování indikací, kontraindikací a doporučeného dávkování, nejsou nežádoucí účinky známy

### **Avrator inj. (antiinfektivum, antiprotozoikum, chemoterapeutikum)**

#### Terapeutické indikace

- ❖ určen k antimikrobní profylaxi u kontaminovaných chirurgických výkonů, především v břišní chirurgii, dále pro léčení těžkých infekcí a stavů vyvolaných anaerobními bakteriemi, u nichž perorální forma není vhodná nebo je kontraindikována

#### Nežádoucí účinky

- ❖ ojediněle se vyskytují zažívací obtíže, nauzea, zvracení, sucho v ústech, bolesti v epigastriu
- ❖ lokální bolestivost v místě aplikace
- ❖ zcela vzácně závratě, bolesti hlavy, malátnost

### **Fentanyl inj. (opiooid středně dlouhého účinku)**

#### Terapeutické indikace

- ❖ nitrožilní anestezie
- ❖ peroperační analgezie
- ❖ tlumení akutní, chronické bolesti

(16, 17)

#### Nežádoucí účinky

- ❖ nauzea
- ❖ zvracení
- ❖ útlum dechového centra

#### **Ringerův roztok** (infúzní roztok)

##### Terapeutické indikace

- ❖ přípravek je určen k parenterální dodávce tekutin a elektrolytů při stavech izotonické hypotonické dehydratace a hypovolémie po zvracení, průjmech, rozsáhlejších popáleninách, krváceních a infekcích

#### Nežádoucí účinky

- ❖ febrilie, infekce v místě podání, flebitida nebo tromboflebitida šířící se z místa aplikace

#### **Torecan inj.** (neuroleptikum s výrazným antiemetickým účinkem)

##### Terapeutické indikace

- ❖ těžká nauzea
- ❖ zvracení
- ❖ závratě

#### Nežádoucí účinky

- ❖ ojediněle extrapyramidové příznaky, mizící s vysazením léku

**Dipidolor inj.** (analgetikum - antagonist opiodních receptorů)

Terapeutické indikace

- ❖ tlumení akutních bolestí (16, 17)

Nežádoucí účinky

- ❖ zácpa, zpomalení peristaltiky
- ❖ riziko útlumu dechového centra

**Novalgín inj.** (neopioidní analgetikum)

Terapeutické indikace

- ❖ tlumení bolesti, různé lokalizace

Nežádoucí účinky

- ❖ alergická kožní reakce
- ❖ nauzea
- ❖ zvracení

**Cefobid inj.** (antibiotikum z řady cefalosporinů III. generace)

Terapeutické indikace

- ❖ těžké infekce, vyvolané bakteriemi (např. endokarditida, peritonitida, infekce kůže, kostí, dýchacích cest, hepatobiliární infekce)

Nežádoucí účinky

- ❖ bolest v místě aplikace
- ❖ alergická reakce
- ❖ průjem

- ❖ možnost vzestupu jaterních hodnot

(16, 17)

### **Actrapid HM** (roztok humánního inzulínu)

#### Terapeutické indikace

- ❖ diabetes mellitus, diabetické koma
- ❖ při operačních zákrocích

#### Nežádoucí účinky

- ❖ alergická reakce
- ❖ hypoglykémie

### **Mucosolvan sol.** (mukolytikum, expektorans)

#### Terapeutické indikace

- ❖ nemoci dýchacích cest spojené s tvorbou a evakuací sekretu

#### Nežádoucí účinky

- ❖ zažívací obtíže

(16, 17)

## **4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

Individualizovaná ošetrovatelská péče o nemocnou byla provedena metodikou ošetrovatelského procesu. Informace byly zhodnoceny, podle modelu M. Gordonové - model fungujícího zdraví.

### **4.1 Ošetrovatelský proces**

Je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, která zahrnuje aktivní činnosti sestry na základě poznání nemocného. Objevuje se zde nové pojetí člověka jako bytosti holistické, zdůrazňuje provázanost a interakci složky somatické, psychické a sociální. Uspokojování tělesných, duševních, sociálních a dalších potřeb jedinců rodin, skupin nebo komunit, hlavně podpora a udržení zdraví, zmírnění utrpení a průběhu umírání. Vyskytuje se v něm plánovitost, cílenost, logika, tvořivý přístup sestry a pacienta při řešení problému.

Člověk je chápán jako individualita, která má své jedinečné postoje, názory, potřeby a vlastnosti. Ošetrovatelský proces je cyklický děj bez absolutního začátku nebo konce. (13, 14, 21, 22)

#### **Fáze ošetrovatelského procesu**

- 1) Sběr informací a zhodnocení pacienta: zahrnuje získávání informací o potřebách lidí pro ošetrovatelskou péči. Předpokládá to profesionální všímavost, pozorovací dovednosti sestry a schopnost systematického vyhledávání dat. Informace se zaznamenávají

v ošetrovateľskom dotazníku a plánu tak, jak postupuje interakce s pacientem.

- 2) Stanovení ošetrovateľské diagnózy: druhý krok ošetrovateľského procesu. Sestra musí využiť profesionálnych dovedností pozorování, komunikaci, schopnosti analýzy a interpretace získaných dat a stanovit ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou hlavní problémy ošetrovateľské péče v pořadí jejich naléhavosti.
- 3) Plánování: plánem ošetrovateľských zákroků se míní specifické ošetrovateľské „ordinace“, zahrnující celkový výsledek navržených ošetrovateľských aktivit. Obsahuje cíle ošetrovateľské péče včetně kritérií pro jejich hodnocení, a specifické ošetrovateľské činnosti potřebné k dosažení stanovených cílů.
- 4) Realizace: jde o zajištění navržených ošetrovateľských činností, které sestra provádí pro pacienta a s pacientem, za účelem dosažení ošetrovateľských cílů. Patří sem také dokumentace specifických ošetrovateľských činností v ošetrovateľském plánu.
- 5) Hodnocení: hodnocení jako pátý krok ošetrovateľského procesu znamená sledování účinnosti péče s ohledem na specifická kritéria vztahující se k ošetrovateľským cílům a činnostem. Hodnocení je prováděno zpětnou vazbou, jež je potřebná pro identifikaci dalších potřeb pacienta. Hodnocení se také týká dokumentace toho, jak se péče odráží na nemocném v oblasti tělesné, psychické a sociální, ve vztahu k předem stanoveným cílům a ošetrovateľským zákrokům zaznamenaným v ošetrovateľském plánu.

(13, 14, 21, 22)

## 4.2 Model fungujícího zdraví podle Majory Gordonové

Je to model fungujícího zdraví. Je zaměřen na celkové zhodnocení pacientova zdravotního stavu, jeho potřeb z hlediska bio – psycho – sociální integrace. Tento rámec je celkem rozdělen do dvanácti oblastí, z nichž je každá představuje funkční a dysfunkční součást zdravotního stavu jedince.

Funkční typ zdraví je odvozen z interakce člověka a prostředí. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými a sociálními faktory.

Pro dysfunkční typ zdraví je typické, že sestra sestaví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a sestaví plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chronických stavů, ale i relativně zdravých jedinců, kdy v případě neposkytnuté adekvátní ošetrovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

### Jednotlivé oblasti modelu podle M. Gordonové

- ❖ vnímání zdraví
- ❖ výživa a metabolismus
- ❖ vylučování
- ❖ aktivita a cvičení
- ❖ spánek a odpočinek
- ❖ vnímání a poznávání
- ❖ sebepojetí a sebeúcta
- ❖ plnění rolí, mezilidské vztahy
- ❖ sexualita a reprodukční schopnost
- ❖ stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance
- ❖ víra, přesvědčení, životní hodnoty



### 4.3 Ošetřovatelská anamnéza

Informace o nemocné byly získány několika způsoby: rozhovorem, pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a od ošetřovatelského personálu.

#### **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Z rozhovoru vyplynulo, že se nemocná o své zdraví příliš nestarala, zásady zdravého životního stylu nedodržovala a ani se o ně doposud nezajímala.

Po operaci pociťuje bolest a tlak v ráně. Nyní, v době po operaci, si uvědomuje hodnotu svého zdraví a daleko více se o něj bude starat. Od tohoto okamžiku si prý „bude více vážit života“. Pacientka dodává „vždyť tu nemoc jsem si způsobila vlastní hloupostí“.

#### **Výživa a metabolismus**

Pacientka udávala, že před hospitalizací neměla žádné problémy ve stravování, nedržela žádná dietní opatření, ale jedla nepravdělně. Za normálních okolností, když je pacientka doma, vypije za den asi 3. litry tekutin.

Po dobu hospitalizace až do dne operace dodržovala léčebnou dietu

První pooperační den může pacientka přijmout pouze malé množství tekutin a to ji značně znepokojuje. Z objektivního hlediska se u pacientky žádné známky dehydratace neobjevily.

#### **Vylučování**

Paní M. před hospitalizací neměla s vyprazdňováním moči ani stolice žádné potíže, nemusela používat projímadla, vyprazdňovala se nepravdělně.

Od začátku hospitalizace potíže s vyprazdňováním neměla.

Nyní, v první pooperační den, má zaveden permanentní močový katétr, na stolici nebyla.

### **Aktivita, cvičení**

Pacientka se po práci stará převážně o domácnost, když má čas, to prý je málokdy, ráda plete či vyšívá. Relaxací po náročném pracovním dni je pro pacientku čtení historických románů, nebo poslech příjemné hudby.

Podle jejích slov sportovní aktivity do jejího běžného života „nepatří“. Nikdy prý nebyla sportovní typ a ani sama ke sportu nemá kladný vztah. Svoji tělesnou kondici si nijak neudržovala, je si vědoma nadváhy, která je nyní asi 20kg.

Po dobu hospitalizace dodržovala léčebný režim.

První pooperační den je omezen pohyb, pacientka rehabilituje v rámci lůžka s fyzioterapeutkou. Pacientka se cítí unavená. Většinu dne spává.

### **Spánek a odpočinek**

„Na spánek si nemůžu stěžovat, naštěstí spím dobře“ říká paní M. Pacientka neužívá medikamenty na spaní, ani nemá žádný zvyk, který by ji ulehčoval usínání. Udává, že si někdy přes den musí odpočinout, (spí přibližně dvě až tři hodiny), protože často vstává do práce velmi brzy ráno (kolem 3. hodiny ranní).

Po dobu hospitalizace problémy se spánkem neměla. Bolest byla tlumena, a tak ji spánek nenarušovala.

### **Vnímání, poznávání**

Pacientka je při plném vědomí, je orientovaná, v čase i prostoru, přesně ví, kde a proč se nachází. Se sluchem potíže nemá, na čtení nosí brýle.

V první pooperační den je trochu unavená, spává.

### **Sebekoncepce a sebeúcta**

V této oblasti nebyl u pacientky před hospitalizací ani v době hospitalizace problém.

### **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Paní M. je dvacet pět let vdaná, má tři děti, žije v panelovém bytě. Na přátele nemá příliš mnoho času, ale vždy přivítá, když se s nimi může setkat. Pacientka pracuje již od vystudování střední dopravní školy jako řidička tramvaje. Práce ji velmi baví, i když je časově náročná.

V době hospitalizace ji navštěvoval manžel a děti.

### **Sexualita a reprodukční schopnost**

Pacientka má tři děti. Dceru 23 let, dva syny 16 a 14 let. O otázkách její sexuality jsme se nebavily.

### **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance**

U paní M. se v posledních letech neudály žádné významné životní změny. Dříve byla pro ni náročná péče o tři děti, ale nyní jsou samostatnější, a tak jí trochu práce ubylo. Jako určitou zátěž v běžném životě pociťuje časovou náročnost svého povolání. Pracuje na směny, které jsou často v pozdních nočních, nebo v brzkých ranních hodinách. Ze začátku to pacientce dělalo potíže, ale po určité době si prý na tento rytmus zvykla.

Po dobu hospitalizace byl pro ni nejvíce stresujícím momentem den operace. Měla strach, zda se výkon podaří a obavy, jak vše dopadne.

Operace proběhla bez komplikací, strach pominul.

### **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pacientka mi sdělila, že je nevěřící a ani nikdo z její rodiny se k víře „nehlásí“. Z rozhovoru vyplynulo, že je rasově i nábožensky tolerantní.

Mezi životní priority řadí především rodinu a její harmonický „chod“, zdraví.

## 4.4 Ošetrovatelské diagnózy

Z důvodů rozsahu a typu práce jsou ošetrovatelské diagnózy podrobně stanoveny a rozpracovány pouze na jeden ošetřující den, tj. první pooperační den (24. den hospitalizace). Jsou seřazeny podle závažnosti zdravotního stavu a po domluvě s nemocnou, dle jejich aktuálnosti.

### a) Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- a1) akutní bolest jako následek operačního výkonu
- a2) nelibost spojená se snížením příjmu tekutin, který byl stanoven v rámci pooperačního opatření
- a3) snížená soběstačnost v hygieně, vyprazdňování jako následek pooperačního stavu
- a4) porucha kožní integrity jako následek operačního výkonu a invazivních vstupů: centrálního žilního katétru, periferní žilní kanyly, epidurálního katétru, nazogastrické sondy a permanentního močového katétru

### b) Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- b1) Potenciální riziko vzniku komplikací v souvislosti s operačním výkonem
- b2) Potenciální riziko vzniku infekce jako následek invazivních vstupů

## 4.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení v průběhu 12 hodin

### ad) a1 Akutní bolest jako následek operačního výkonu

**Cíl:** pacientka bude udávat zmírnění či vymizení bolesti do 1 hod. po podání analgetik

#### **Plán péče:**

- ❖ sledovat chování a neverbální projevy pacientky naznačující bolest, včasné rozpoznat tyto projevy
- ❖ pomocí škály bolesti určit sílu a charakter bolesti
- ❖ poučit pacientku o úlevové poloze
- ❖ podat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek

**Realizace:** podle numerické škály bolesti byl zjištěn stupeň bolesti. Podle pacientky odpovídá číslu pět v rozmezí od jedné do desíti, kdy jednička značí žádnou bolest a desítka udává nesnesitelnou, krutou bolest. Pacientka pociťovala bolest v okolí operační rány převážně při pohybu. Nemocné bylo vysvětleno, že je možné si ránu přidršet, při změně polohy či kašli, a tento postup vede ke zmírnění bolesti.

Podle výrazu v pacientčině tváři se mnohokrát nedalo poznat, zda právě trpí bolestí, či nikoliv, proto bylo nutné ptát se na bolest častěji. Dle ordinace lékaře byly podány medikamenty do epidurálního katétru: 20 ml 0,5 % Marcainu a 6ml Fentanylu do 50 ml Fyziologického roztoku.

(viz. příloha č. 2)

**Hodnocení:** pacientka pochopila, že může sama ovlivnit bolest, přidržením rány a také to při změně polohy prováděla. Po podání analgetik pacientka

udává velké zmírnění bolesti do třiceti minut a bolest ustoupila zcela do jedné hodiny.

**Ad) a2 Nelibost spojená se snížením příjmu tekutin, který byl stanoven v rámci pooperačního opatření**

**Cíl:** pacientka chápe důvody sníženého příjmu tekutin

**Plán péče:**

- ❖ vysvětlit pacientce důvod omezeného příjmu tekutin
- ❖ svlažovat ústa namočenou žínkou
- ❖ podat infúzní terapii dle ordinace lékaře
- ❖ sledovat příjem a výdeje tekutin každé dvě hodiny (sudé)

**Realizace:** nemocná znala důvod omezeného množství tekutin. Měla možnost svlažování rtů namočenou žínkou. Infúzní roztoky byly aplikovány dle ordinace lékaře. Každé dvě hodiny (06-08-10-12-14-16-18-20-22-24), byla sledována bilance tekutin

**Hodnocení:** Pacientka chápe, důvody omezeného příjmu tekutin, přesto jí snížený příjem vadí. Příjem a výdej tekutin byl v normě.

**ad) a3 Deficit soběstačnosti v hygieně, vyprazdňování jako následek pooperačního stavu**

**Cíl:** dojde k úpravě soběstačnosti do třech dnů od operace

**Plán péče:**

- ❖ zhodnotit v jaké oblasti a rozsahu potřebuje pacientka pomoc
- ❖ dle zjištěných informací poskytnout potřebnou pomoc
- ❖ dohodnout se s pacientkou o postupu při poskytování pomoci
- ❖ provést hygienu na lůžku
- ❖ zabezpečit vyprazdňování

**Realizace:** ranní toaleta byla provedena v sedě na lůžku s pomocí sestry. Vyprazdňování moče probíhá pomocí permanentního močového katétru, stolice v 1. pooperační den nebyla, což je v normě.

#### **ad) a4 Porucha kožní integrity jako následek operačního výkonu**

**Cíl:** operační rána se bude hojit per primam

##### **Plán péče:**

- ❖ kontrolovat ránu a všimnout si vzniklých změn
- ❖ pečovat o kůži kolem rány
- ❖ asepticky ošetřovat ránu
- ❖ sledovat proces hojení ran a vznik možných komplikací (krvácení, infekci, dehiscenci)
- ❖ sledovat drény a jejich funkčnost
- ❖ sledovat invazivní vstupy a jejich okolí

**Realizace:** v 8 hodin při ranní vizitě kontroloval ránu lékař, poté byla odezinfikována a sterilně kryta čtverci. Dále byla rána sledována každé tři hodiny (11-14-17-20-23). Drény byly kontrolovány každé dvě (sudé) hodiny odváděly přiměřené množství sekretu.

**Hodnocení:** operační rána byla klidná, nekrvácela, nejevila známky infekce ani se nerozestupovala.

#### **b)Potenciální ošetřovatelské diagnózy**

- b1) Potenciální riziko vzniku komplikací v souvislosti s operačním výkonem
- b2) Potenciální riziko vzniku infekce jako následek invazivních vstupů centrálního žilního katétru, periferní žilní kanyly, epidurálního katétru, nazogastrické sondy a permanentního močového katétru

**ad) b1 Riziko vzniku komplikací v souvislosti s operačním výkonem – vzniku infekce, krvácení**

**Cíl:** včasné rozpoznání varovných příznaků značící možnost vzniku komplikací

**Plán péče:**

- ❖ v časném pooperačním období sledovat á 1 hod. základní fyziologické funkce: krevní tlak, tepovou frekvenci, dech, tělesnou teplotu, saturaci O<sub>2</sub>
- ❖ pravidelně kontrolovat ránu a její okolí aspoň pětkrát denně (08-12-16-20-24)
- ❖ sledovat celkový stav vědomí, barvy kůže, sliznic
- ❖ asepticky ošetřovat operační ránu a všechny invazivní vstupy (centrální žilní katétr, periferní žilní kanylu, epidurální katétr, nazogastrickou sondu a permanentní močový katétr)
- ❖ informovat pacientku o možném vzniku pooperačních komplikací a o nutnosti hlásit jakékoliv změny ve stavu pacientky

**Realizace:** dle stanoveného plánu byly sledovány fyziologické funkce a hodnoty zapisovány do ošetrovatelské dokumentace. Krevní tlak, puls i tělesná teplota byly v normě.

Občas došlo k poklesu saturace kyslíkem na 95%. Z tohoto důvodu byl podáván kyslík kyslíkovými brýlemi po dobu patnácti minut a saturace se zvýšila. Rána byla kontrolována dle stanoveného rozpisu. Invazivní vstupy (centrální žilní katétr, periferní žilní kanyla, epidurální katétr, nazogastrickou sondu a permanentní močový katétr) a jejich okolí byly sledovány, zda nejeví známky infekce. Při ošetřování rány a manipulaci s invazivními vstupy bylo postupováno podle zásad asepsy.



**Hodnocení:** V časném pooperačním období byly fyziologické hodnoty v normě, z počátku došlo k poklesu saturace kyslíkem, který se opět zvýšil po aplikaci zvlhčeného kyslíku kyslíkovými brýlemi a poté k poklesu již nedocházelo. Rána vypadala klidně, neprosakovala, kůže nebyla zarudlá. Krvácení ani známky infekce se neobjevily a ke vzniku pooperačních komplikací nedošlo.

**Ad) b2 Riziko vzniku infekce, jako následek invazivních vstupů: CŽK, periferní kanyly, epidurálního katétru, permanentního močového katétru, nazogastrické sondy, drénů a operační rány**

**Cíl:** u pacientky se neobjeví známky infekce

**Plán péče:**

- ❖ pracovat podle zásad asepse
- ❖ pravidelně sledovat všechny invazivní vstupy
- ❖ dbát na průchodnost periferní kanyly, centrálního žilního katétru, nazogastrické sondy, permanentního močového katétru a drénu
- ❖ operační ránu převazovat sterilně
- ❖ provádět dostatečnou hygienu
- ❖ před podáním léků a jiných látek do periferní kanyly či centrálního žilního katétru vždy zdesinfikovat místo vstupu
- ❖ sledovat třikrát denně místo kolem vstupu, zda nejeví známky infekce: zčervenání, bolestivost, otok
- ❖ podat antibiotika podle ordinace lékaře

**Realizace:** Ráno byl proveden převaz operační rány, postupováno bylo podle zásad asepse. Při hygieně bylo zvýšeně pečováno o okolí invazivních vstupů. Podle ordinace lékaře byla podána antibiotická léčba (Cefobid 1,0g i.v á 8 hod. tj. 08-16-24 hod. a Avrazor 500 mg do 100 ml fyziologického roztoku á 12 hod. tj. 08-20 hod.)

**Hodnocení:** invazivní vstupy byly řádně ošetřovány, bylo postupováno dle zásad asepse. Také byla podávána antimikrobiální léčba dle ordinace lékaře. Ke vzniku infekce nedošlo.

#### 4.6 Dlouhodobý ošetřovatelský plán

Pacientka byla po operaci 4 dny na jednotce intenzivní péče.

**Druhý pooperační den:** nemocná se cítila lépe a ráno došla k umyvadlu, kde provedla hygienu s malou dopomocí. Stále měla snížený příjem tekutin, který dle ordinace lékaře, byl 600 ml na den. Pacientka toto zvýšení uvítala, ale stále to bylo pro ni velmi nedostačující. Dle ordinace lékaře byl proveden odběr krve ke zjištění hodnot jaterních testů, které byly stále zvýšené. Parenterální výživa byla ukončena. Permanentní močový katétr měla zavedený, sledovala se bilance tekutin, která byla v normě.

Stolice v druhý pooperační den ještě nebyla. Pacientka udávala bolest menší intenzity (než v první pooperační den) a po podání analgetik dle ordinace lékaře, odezněla do patnácti minut.

Drény odváděly přiměřené množství sekretu. Fyziologické funkce byly v normě. Rána byla převázána, vypadala klidně, nekrvácela a nejevila známky infekce. V dopoledních hodinách pani M. cvičila s fyzioterapeutkou. Sama prováděla dechovou rehabilitaci. Nafukovala gumovou rukavici několikrát za den. Během dne byla trochu unavená, ale pospávala daleko méně, nežli předchozí den. Začala více komunikovat. Nemocná měla strach, jak rodina zvládá domácnost bez její přítomnosti. V odpoledních hodinách navštívil pacientku manžel a syn. Z reakce pacientky vyplynulo, že její obavy se nenaplnily a rodina domácnost docela zvládá. Toto zjištění se odrazilo i na chování pacientky byla potom klidnější a veselejší.

**Třetí pooperační den:** byla schopna provést hygienu bez dopomoci. Byl proveden opět kontrolní odběr krve na jaterní testy. Měla radost z toho, že jí pan doktor dovolil příjem tekutin 1l za 24 hod. Rána byla opět převázána, byla klidná, nekrvácející. Byla vyndána periferní žilní kanyla. Drény byly povytaženy a zkráceny. Tento den byla pacientka poprvé od operace na stolici. Pacientka byla usměvavá, komunikující, přes den již nespávala, četla časopisy. Na bolest si již nestěžuje. Opět ji odpoledne navštívil manžel a děti.

**Čtvrtý pooperační den:** po ranní lékařské vizitě, byl opět proveden kontrolní odběr krve. Příjem tekutin byl zvýšen na 1,5 l za 24 hod. Sledovala se stále bilance tekutin, která byla přiměřená. Permanentní močový katétr byl zrušen. Stolice byla normální. Pacientka rehabilitovala s fyzioterapeutkou již delší dobu.

Dechovou rehabilitaci prováděla sama bez připomínání. Cítila se mnohem lépe. Bolest neudávala. Drény byly vyndány. NGS byla vyndána. Fyziologické funkce byly v normě. Výsledky jaterních testů byly stále vyšší. V odpoledních hodinách, po domluvě s lékařem, byla nemocná přeložena na standardní chirurgickou jednotku v téže nemocnici. Vyndání stehů bylo naplánováno na sedmý den po operaci.

## **4.7 Psychologie nemocné, reakce pacientky na nemoc**

### **Změny v psychickém stavu pacienta v průběhu nemoci**

Hovoříme-li o změnách v průběhu nemoci, většinou se nám vybaví změny v oblasti tělesné např. na kůži, sliznicích. Ale i v duševním stavu pacienta probíhá mnoho změn, které jsou neméně důležité. Nepříznivé vlivy v psychosociální oblasti mají na ohrožení zdraví stejně negativní dopad, jako

nepříznivé vlivy biologické. Ztráta bezpečí, jistoty a sociálního postavení může vyvolat stejné zdravotní problémy, jako třeba dlouhý nedostatek životně důležité látky. Problémem nemocného nemusí být pouze přítomnost bolesti, otoku nebo třeba dušnosti, ale také strach, úzkost, nejistota, a u mnoha nemocných hraje velkou roli také informovanost. V překonání těchto pocitů může pomoci kontakt se zdravotnickým personálem. Je důležité, aby sestra nemocnému naslouchala, povzbuzovala ho a uklidňovala. Mnohdy postačí i pouhá její přítomnost.

(9,12)

### **Faktory ovlivňující prožívání nemoci**

- ❖ okolnosti nemoci
- ❖ charakter nemoci
- ❖ premorbidní osobnost
- ❖ stupeň celkové citlivosti na nepříjemné podněty
- ❖ celková reaktivita
- ❖ hierarchie hodnot
- ❖ zdravotní uvědomění
- ❖ sociální postavení

(9,12)

### **Reakce pacientky na nemoc**

Každý člověk se určitým způsobem vyrovnává se svými problémy nebo onemocněním, ať jsou jakékoliv intenzity a závažnosti. Lidé vnímají obtíže různě. Záleží na typu, povaze i charakteru osobnosti člověka, jak se vyrovná s nemocí, která jej potká.

Paní V.M. trpěla dlouho obtížemi provázející cholelitiázu. Prošla i různými vyšetřeními a byla u ní potvrzena choledocholitiáza. Již před sedmi lety lékaři pacientce radili, aby podstoupila operaci. Nedbala jejich rad a na operaci nešla, měla pocit, že to není nutné. V uplynulém období došlo u ní

opakovaně k obstrukčnímu ikteru, potíže se opakovaly a stupňovaly. Paní V.M. se nesnažila dodržovat dietu, která by mohla obtíže zmírnit. Když se její zdravotní stav opět zhoršil, došlo k hospitalizaci, která vyústila až v operaci. Teprve tehdy si pacientka uvědomila, že tomu mohla předejít.

Nemocniční prostředí paní M. příliš nevadilo. Problémem pacientky byl snížený přívod tekutin z důvodů pooperačního opatření. Pacientka byla zvyklá z domova pít až 3 litry tekutin za den, a to nebylo po operaci možné. Nemocnou to velmi zneklidňovalo, ale objektivní známky deficitu tekutin se u ní neobjevily. Tekutiny byly hrazeny parenterálně. Pacientce byl vysvětlen důvod tohoto opatření. Třetí pooperační den došlo k navýšení příjmu tekutin a to již byla spokojená.

Další starost v pooperačním období měla o rodinu a chod domácnosti. Měla obavy, že manžel s dětmi to bez její přítomnosti nezvládne. „Přestože mi manžel doma pomáhá, bojím se, že to sám nezvládne“ říkala paní M. ustaraně. V předcházejícím období hospitalizace, pomáhala s domácností její sestra, která již dále vypomáhat nemohla. V první pooperační den se manžel nemohl dostavit na návštěvu, a tak byla plná nejistoty a obav. Navečer se po telefonu se s ním domluvila a zjevně se uklidnila. Manžel ji přesvědčil, že je vše v pořádku, a proto že nemá důvod k obavám. Pacientce jakoby „spadl kámen ze srdce“. Byla klidná a usměvavá.

Paní M. si v období po operaci uvědomila, že „zdraví má jen jedno a je potřeba se o něj starat“. Od tohoto okamžiku si prý „bude více vážit života“. Pacientka dodává „vždyť tu nemoc jsem si způsobila vlastní hloupostí“.

Paní M je rozhodnutá, že po návratu z nemocnice domů pozmění svůj dosavadní způsob života. Bude se snažit dodržovat doporučenou dietu, jíst častěji, v menších porcích. Také se pokusí zařadit do svého denního

programu tělesnou aktivitu, kterou bude provádět formou častějších vycházek.

## **4.8 Edukace**

Sestra nemocného edukuje v celém průběhu ošetřování, v předoperační době a v pooperační době. Používá různé techniky například rozhovor, instruktáž aj. Při edukaci by měla spolupracovat s ostatními členy ošetřovatelského týmu, s lékařem a s rodinnými příslušníky.

Edukace pacienta není jen činností, která ho zapojuje do péče o vlastní osobu. Sestra svým přístupem vyjadřuje zájem, starostlivost a respekt k jeho osobnosti. Dává mu pocit bezpečí, důvěry ve vlastní schopnosti a snižuje pocit nejistoty a strachu.

### **Základní kroky při edukaci**

- ❖ seznámit se s nemocným, představit se mu, získat o nemocném co nejvíce informací
- ❖ aktivně ho zapojovat do ošetřování
- ❖ poskytnout nemocnému všechny dostupné informace
- ❖ zodpovídat nemocnému jeho dotazy, vybízet ho k dotazování
- ❖ je velmi důležité vytvořit si partnerský vztah mezi nemocným a sestrou.

Po dobu hospitalizace pacientky byla průběžně prováděna edukace. Vzhledem k typu a rozsahu práce bude tato edukace zaměřena hlavně na dietu, kterou by paní M. měla dodržovat po propuštění.

Je důležité, aby pamatovala že střádací funkce žlučníku neexistuje, a proto je vhodné

- ❖ aby nebyly velké pauzy mezi jídly
- ❖ aby nebylo v jednotlivé porci velké množství tuku
- ❖ aby byl zvolen vhodný způsob úpravy jídla

Pro dietu je charakteristický nízký obsah tuků a zákaz ostrého koření. Z technologických úprav se doporučuje vaření a dušení. Pokud jde o potraviny, je nutné vyloučit máslo a slaninu, naopak upřednostnit používání rostlinného oleje nebo rostlinného másla. Z uzenin je možné zařadit drůbeží salám a šunku, z mas tzv. bílá, tedy krůtu, králíka, rybí filé, pstruha. Nevhodné je čerstvé kynuté pečivo, čokoláda, zrnková káva, kakao, alkohol (viz příloha č.3). (2, 23)

#### **4.9 Závěr a Prognóza**

Nemocná se po operaci cítila dobře, žádné komplikace se neobjevily. Po čtyřdenní péči na JIP byla přeložena na standardní chirurgické oddělení. Pro uspokojivý zdravotní stav byla Paní M po třech dnech propuštěna do domácího ošetřování.

Prognóza u pacientky po cholecystektomii je z medicínského hlediska dobrá, pokud bude nemocná dodržovat dietu, nemusí mít žádné obtíže.

## SEZNAM ZKRATEK

amp.	.....	ampule
ALP	.....	alkalická fosfatáza
ALT	.....	Alanin-aminotransferáza
AST	.....	Aspartát-aminotransferáza
ATB	.....	antibiotika
BMI	.....	body mass index
°C	.....	Celsiův stupeň
cm	.....	centimetr
CT	.....	počítačová tomografie
CŽK	.....	centrální žilní katétr
ERCP	.....	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
g	.....	gram
g / l	.....	gram na litr
GMT	.....	Gama-glutamyltransferáza
i.v.	.....	intravenózní aplikace, do žíly
JIP	.....	jednotka intenzivní péče
K	.....	kalium, draslík
mg	.....	miligram
mmol / l	.....	milimol na litr
MRI	.....	magnetická rezonance
Na	.....	sodík
NSG	.....	nasogastrická sonda
O <sub>2</sub>	.....	kyslík
PMK	.....	permanentní močový katétr
PTC	.....	perkutánní transhepatální cholangiografie
s.c.	.....	subkutánně, pod kůží
sol.	.....	roztok
tbl.	.....	tableta
TK	.....	krevní tlak
μkat/l	.....	mikrokataly na litr
μmol/l	.....	mikromol na litr



## SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

- 1) Baláš, V.: Speciální chirurgie IV. Avicenum, Praha, 1985
- 2) Brodanová, M. a kol.: Onemocnění žlučníku a žlučových cest. Grada Publishing, Praha, 1998
- 3) Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: Speciální psychologie, IDVPZ, Brno, 2001
- 4) Červinková, E. a kol.: Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ, Brno, 2001
- 5) Čihák, R.: Anatomie 2. Grada Publishing, Praha, 2002
- 6) Doenges, M., Moorhouse, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada Publishing, OPraha, 2001
- 7) Dylevský, I.: Somatologie. Avicenum, Praha, 1990
- 8) Ehrmann, J. a kol.: Ikterus, Grada Publishing, Praha 2003
- 9) Honzák, R.: I v nemoci si buď přítelem. Avicenum, Praha, 1989
- 10) Juřeniková, P.: Ošetrovatelství 2. část. Uherské Hradiště, 1999
- 11) Klener, P.: Vnitřní lékařství-svazek IV. Galén, Praha, 2002
- 12) Křivohlavý, J.: Vážně nemocný mezi námi. Avicenum, Praha, 1989
- 13) Lemon, I.: Učební texty pro sestry a porodní asistentky. WHO, Copenhagen, IDV PZ, Brno, 1996
- 14) Mastiliáková, D.: Úvod do ošetrovatelství I. Karolinum, Praha, 2003
- 15) Neuwirth, J., Fifernová, G.: Ošetrovatelství II. Informatorium, Praha, 1998
- 16) Pharmindex kompendium: MediMedia Information, Praha, 2001
- 17) Remedia compendium: III. vydání, Panax, Praha, 1999
- 18) Rokyta, R., a kol.: Fyziologie pro bakalářská studia, ISV, Praha, 2000
- 19) Rozsypalová, M.: Staňková, M.: Ošetrovatelství 1/1. Informatorium Praha, 1999
- 20) Rozsypalová, M.: Staňková, M.: Ošetrovatelství 1/2. Informatorium Praha, 1999
- 21) Staňková, M.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, Brno, IDVPZ, 2002

- 22) Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství, Univerzita Karlova, Praha, 1996
- 23) Stranovská, T.: Diety při onemocnění žlučníku II. Sdružení MAC s.r.o, Praha, 1998
- 24) Trachtová, E, a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. NCO NZO, Brno, 2004
- 25) Vyhnánek, F. a kol.: Chirurgie II pro střední zdravotnické školy. Informatorium, Praha, 1997

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2 - Hodnocení bolesti

Příloha č. 3 - Vhodné a nevhodné potraviny u žlučnickové diety

