



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s cholelithiázou**

Nursing care about patient with cholelithiasis

případová studie

bakalářská práce

Praha, květen 2010

Marie Šubrová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce:

Marie Šubrová

Studijní program:

Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor:

Všeobecná sestra

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Nováková, MBA

Pracoviště vedoucího práce:

Ústav pro lékařskou etiku
a ošetrovatelství, 3.lf UK

Odborný konzultant:

MUDr. Jakub Štefka

Pracoviště odborného konzultanta:

chirurgická klinika FNKV

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

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

V Praze dne

Marie Šubrová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Novákové a panu MUDr. Jakobovi Štefkovi za odborné vedení a cenné rady a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce.

Obsah

1.	ÚVOD.....	1
2.	KLINICKÁ ČÁST	2
2.1.	CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	2
2.2.	ANATOMIE ŽLUČOVÝCH CEST A ŽLUČNÍKU	2
2.3.	FYZIOLOGIE ŽLUČOVÝCH CEST A ŽLUČNÍKU	3
2.4.	ETIOLOGIE A ETIOPATOGENEZE CHOLELITHIÁZY.....	4
2.4.1.	<i>Predisponující faktory</i>	5
2.4.2.	<i>Typy konkrementů</i>	6
2.5.	KLINICKÝ OBRAZ CHOLELITHIÁZY	6
2.6.	KOMPLIKACE CHOLELITHIÁZY	7
2.7.	DIAGNOSTIKA	8
2.7.1.	<i>Anamnéza</i>	8
2.7.2.	<i>Fyzikální vyšetření</i>	9
2.7.3.	<i>Laboratorní vyšetření</i>	10
2.7.4.	<i>Zobrazovací metody</i>	10
2.8.	LÉČBA	12
2.8.1.	<i>Konzervativní léčba</i>	12
2.8.2.	<i>Chirurgická léčba</i>	13
2.8.3.	<i>Další léčebné metody</i>	14
2.9.	PROGNÓZA	14
2.10.	KAZUISTIKA	15
2.10.1.	<i>Základní údaje o nemocném</i>	15
2.10.2.	<i>Lékařská anamnéza</i>	16
2.10.3.	<i>Přehled diagnosticky významných výkonů</i>	17
2.10.4.	<i>Farmakologická léčba</i>	19
2.10.5.	<i>Průběh hospitalizace</i>	20
3.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	21
3.1.	MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ - M. GORDON	21
3.2.	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	23
3.3.	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MODELU GORDONOVÉ	26
3.4.	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PRO 2. DEN HOSPITALIZACE	30
3.5.	DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
3.6.	PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO	35
3.7.	EDUKACE PACIENTA.....	38
4.	ZÁVĚR.....	41
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	42
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	45
	PŘÍLOHY	47

1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci předkládám případovou studii pacienta s diagnózou cholelithiasis, který byl hospitalizován na oddělení gastroenterologie. Pacienta jsem poznala během mé odborné praxe.

Do klinické části jsem zařadila anatomii žlučníku a žlučových cest, charakteristiku cholelithiázy, vyšetřovací metody ve vztahu k cholelithiáze a možnosti léčby. Dále jsem v této části uvedla identifikační údaje pacienta, anamnézu, provedená vyšetření a výpis léčiv, které pacient během hospitalizace užíval a průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části jsem uvedla teorii ošetrovatelského modelu fungujícího zdraví podle Majory Gordonové a ošetrovatelského procesu, které jsem si vybrala jako nástroj pro zpracování charakteristiky pacienta a vyjádření jeho ošetrovatelských problémů. Informace jsem získávala od pacienta, ze zdravotnické dokumentace, od členů zdravotnického týmu, pozorováním a měřeními. Na základě informací jsem stanovila aktuální a potencionální diagnózy pro 2. den hospitalizace. Plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na zdravotní stav pacienta a na jeho potřeby.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Charakteristika onemocnění

Cholelithiáza a její komplikace jsou nejčastějším onemocněním žlučníku a žlučových cest. Pokud se žlučové kameny vyskytují ve žlučníku, jedná se o cholecystolithiázu. Když se konkrementy nacházejí ve žlučových cestách, jde o choledocholithiázu. Cholelithiáza patří k onemocněním s vysokým výskytem. V zemích s vysokou životní úrovní postihuje 10 – 20 % obyvatelstva, je častou příčinou pracovní neschopnosti, dosahuje 4. – 5. místa mezi důvody k hospitalizaci.

Včasná a správná diagnóza a účinná léčba jsou významné nejen pro pacienta, ale i z hlediska ekonomického. V zemích, kde se v posledních letech podařilo snížit obsah tuků v dietě, klesl i počet cholelithiázy (Švédsko).

Výskyt cholelithiázy stoupá s věkem. U žen je onemocnění 2 – 3 krát častější než u mužů. Ve vyšším věku se ale pohlavní diference zmenšuje. Je patrná i geografická závislost na výskytu. Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí. Častá je i predispozice k tvorbě kamenů v některých rodinách. V orientálních zemích je výskyt nižší, ale v posledních letech díky rozmachu západních trendů ve stravování také roste, a to hlavně ve velkých městech. (7)

2.2. Anatomie žlučových cest a žlučníku

Žlučové cesty můžeme rozdělit podle umístění na **intrahepatické** a **extrahepatické**.

Intrahepatické žlučové cesty začínají žlučovými kapilárami mezi trámci jaterních buněk, přecházejí v Heringovy kanálky a interlobulární žlučovody, a dále jako segmentové a lalokové žlučovody postupně až do *porta hepatis*. Samotnou stěnu žlučovodů nacházíme od Heringových kanálků. Větší žlučovody, do nichž se spojují interlobulární žlučovody, mají ve stěně mimo epitelu i vazivo s hladkou svalovinou tvořící vnější povrch. Žlučovody se stále spojují ve větší

vývody, které pak vytvářejí pravý a levý žlučovod, *ductus hepaticus dexter et sinister*.

Extrahepatické žlučové cesty začínají spojením pravého a levého žlučovodu v *porta hepatis*. Tímto spojením vzniká společný jaterní vývod, *ductus hepaticus communis*, ke kterému se pod ostrým úhlem připojuje vývod žlučníku, *ductus cysticus*. Spojením *ductus hepaticus communis* a *ductus cysticus* vzniká žlučovod, *ductus choledochus*. Žlučové cesty dále sestupují k duodenu a ústí spolu s *ductus pancreaticus* na *papilla duodeni major*, mohou mít společné nebo oddělené vyústění. Celé ústí obklápí *musculus sphincter Oddi*, který reguluje odtok žluči a zabraňuje refluxu duodenálního obsahu. Sfinkter je kontrahován, není-li v duodenu obsah. Brzy po přijetí potravy se svěrač žlučovodu otevírá, to umožňuje vstup žluči do střeva.

Žlučník, *vesica fellea*, slouží jako rezervoár žluči. Má hruškovitý tvar o obsahu 30 – 80 ml. Leží na spodní ploše jater, ve *fossa vesicae felleae*. Sliznice žlučníku je složena ve velké množství řas, které jsou schopné vstřebat nemalé množství vody. Žlučník můžeme rozdělit na tři části – *fundus*, *corpus*, *collum*.

Fundus vesicae felleae je slepý konec žlučníku přesahující okraj jater. Naléhá na stěnu břišní a příčný tračník, *colon transversum*, s nimiž může srůstat. Projekce fundu se nachází na okraji pravého žeberního oblouku na vnitř od medioklavikulární čáry, tento bod se využívá k palpačnímu vyšetření.

Corpus vesicae felleae, tělo žlučníku, je připojeno vazivem k dolní ploše jater. Tělo se dozadu zužuje v krček.

Collum vesicae felleae je zužující se část žlučníku, která se plynule přechází ve žlučový vývod, *ductus cysticus*. (1, 2)

2.3. Fyziologie žlučových cest a žlučníku

Žluč se tvoří nepřetržitě v jaterních buňkách – v **hepatocytech**. Denně jsou schopna játra vytvořit 600-1000 ml žluči. Žluč je hustá žlutozelená kapalina

složená z vody, hlenu, žlučových barviv, solí žlučových kyselin, cholesterolu a některých minerálních látek.

Žlučová barviva se tvoří z hemoglobinu zaniklých erytrocytů – červený bilirubin a zelený biliverdin. Jsou to odpadní látky, které jsou pro organismus toxické, ovlivňují barvu žluči a stolice. Část žlučových barviv je vylučována také močí. Soli žlučových kyselin emulgují tuky na drobné kapénky, teprve v této formě se mohou štěpit pomocí lipázy.

Žluč průběžně odtéká do žlučových cest, plní žlučové cesty a žlučník, protože vývod do duodena je uzavřen svěračem. Ve žlučníku probíhá resorpce vody a dochází ke koncentraci žluči. Vyprazdňování žlučníku je řízeno reflexně (po přijetí potravy) a hormonálně (cholecystokinem). Dojde-li k relaxaci *m. sphincter Oddi* a ke kontrakci žlučníku, žluč je vyplavována do duodena.

Mezi funkce žluče v organismu patří: příprava k resorpci tuků a vitamínů v tučích rozpustných, exkrece bilirubinu, cholesterolu, steroidních hormonů, těžkých kovů, toxických látek, aktivace proteolytických enzymů, neutralizace střevního obsahu. Dnes se věnuje pozornost i spoluúčasti žluče na imunitních pochodech. (2, 3, 4)

2.4. Etiologie a etiopatogeneze cholelithiázy

Žlučové kameny jsou tvořeny některou součástí žluči, která nebyla udržena v rozpustné formě. Konkrementy se nejčastěji vyskytují ve žlučníku, ale mohou být i ve žlučovodu. Tam mohou být vyplaveny ze žlučníku nebo mohou vznikat ve žlučovodu primárně – po cholecystektomii.

Pro udržení všech látek ve žluči v rozpuštěném stavu má zásadní význam složení žluči, poměr cholesterolu a látek udržujících cholesterol v tekuté formě (fosfolipidy, žlučové kyseliny). Ve žluči s velkým množstvím cholesterolu se tvoří cholesterolové krystalky. Poruchy vyprazdňování žluči umožňují kumulaci krystalků a jejich růst. (3, 5, 6)

2.4.1. Predisponující faktory

Při tvorbě konkrementů se uplatňují faktory, které narušují poměr látek ve žluči. K predisponujícím faktorům patří:

1. **Dědičnost:** Geneticky se potvrzuje vysoký výskyt u některých indiánských kmenů a Mexičanů. Naopak nízký výskyt je u Massajů a afrických Američanů. Sporadicky se vyskytuje cholelithiáza u jednovaječných dvojčat. V některých rodinách mají genetickou dispozici k tvorbě žlučových kamenů.
2. **Věk:** Výskyt cholelithiázy stoupá s věkem. Diagnóza je nejčastěji stanovena mezi 50. – 60. rokem života.
3. **Pohlaví:** Častěji jsou postiženy ženy – vliv estrogenu a progesteronu. Diference začíná v pubertě. Mezi 30. – 49. rokem jsou ženy postiženy cholelithiázou 3 krát častěji než muži. Po menopauze výskyt cholelithiázy klesá.
4. **Těhotenství:** Od prvního trimestru stoupá saturace žluči, k normě se vrací po 4. – 6. týdnu po porodu. V těhotenství stoupá tvorba cholesterolu, naopak tvorba žlučových kyselin klesá. Přidružuje se porucha vyprazdňování žlučníku zapříčiněná progesteronem, který způsobuje svalovou relaxaci. Po porodu mohou malé kaménky vymizet (do 6 mm).
5. **Hormonální léčba:** Ze studií vyplývá, že riziko při užívání staršího typu hormonální antikoncepce je 2 – 2, 5 krát vyšší. Podobně riziko stoupá v klimakteriu při užívání estrogenů a mužů s karcinomem prostaty léčených estrogeny.
6. **Stav výživy - obezita:** Stoupá sekrece cholesterolu ve vztahu ke žlučovým kyselinám a fosfolipidům. Je přítomna i porucha motility žlučníku. Příčinou bývá i nadbytečný energetický příjem, dieta s vysokým obsahem cholesterolu. Rychlé hubnutí vede k tvorbě litogenní žluči a špatnému vyprazdňování žlučníku.
7. **Parenterální výživa:** Při úplné parenterální výživě dochází ke změně složení žluče, hlavně je porušena kinetika žlučníku.
8. **Některé chorobné stavy:** Mezi taková onemocnění patří například hyperlipoproteinémie, diabetes mellitus, obezita, choroby a resekce ilea, insuficience pankreatu.

9. **Léky:** K nejznámějším patří účinky hypolipidemik na rostoucí saturaci žluči cholesterolem. Dále podávání somatostatinu při léčbě nádorových onemocnění. (7)

2.4.2. Typy konkrementů

Konkrementy dělíme na několik typů: **cholesterolové, pigmentové a smíšené**. Složení konkrementů bývá komplexní, chemicky čisté konkrementy jsou vzácností. Ve složení konkrementů bývají geografické a rasové rozdíly.

Cholesterolové konkrementy se v ČR vyskytují nejčastěji. Asi $\frac{3}{4}$ obsahu tvoří cholesterol. Mimo cholesterolu jsou v konkrementu obsaženy soli vápníku, pigment, žlučové kyseliny, mastné kyseliny, aj. Objevují se jednotlivě, ale mohou být i vícečetné. Čistě cholesterolové kameny jsou průsvitné, nažloutlé a vejčitého tvaru.

Pigmentové konkrementy obsahují kalciumbilirubinát. U nás jsou vzácné. Obsahují asi 10% cholesterolu. Mohou vznikat kdekoli ve žlučových cestách. Černé kameny se nacházejí ve sterilní žluči, hnědé kameny se objevují v infikované žluči. Bývají vidět při rtg-vyšetření.

Smíšené konkrementy jsou méně časté. Obsahují menší procento cholesterolu. (2, 5, 6, 7)

2.5. Klinický obraz cholelithiázy

Klinický obraz cholelithiázy probíhá velmi pestře. Onemocnění může probíhat zcela **asymptomaticky**, kdy pacient nemá žádné obtíže a dojde k náhodnému nálezu. Ve vysokém procentu zůstane onemocnění bez příznaků celý život.

Specifickým příznakem je **biliární kolika**, která je charakterizována jako náhlá a velmi krutá křečovitá bolest. Nejčastěji je lokalizována v pravém podžebří nebo epigastriu, odtud vystřeluje do pravého žeberního oblouku a někdy až do

zad. Manifestuje se většinou pozdě večer. Může trvat 30 minut až několik hodin. Často je kolika provázena intenzivním zvracením, po kterém nepřichází úleva.

Nemocný je neklidný, vyhledává úlevovou polohu. Dále se mohou objevit subfebrilie, bledost, opocení a třesavka, které jsou příznakem zánětu.

Palpačně je stažena břišní stěna v pravém podžebří. Typickým příznakem je palpační bolestivost v místě žlučníku při stlačení v nádechu – **Murphyho příznak**.

Dalším příznakem je **biliární dyspepsie** – pocit plnosti, nausea, plynatost, nesnášenlivost tuků, říhání, nepravidelná stolice.

Provokujícím momentem často bývá konzumace tučného objemného jídla, ale spouštěčem může být i fyzická námaha, prochlazení či rozrušení.

Při zaklínění konkrementu ve žlučových cestách dochází k **obstrukčnímu ikteru**, který se projevuje zežloutnutím sklér a kůže, tmavou močí a acholickou stolicí. Při obstrukci trvající delší dobu může dojít k poškození jater. (2, 7)

2.6. Komplikace cholelithiázy

Pokud obtíže přetrvávají déle - bolest trvá hodiny, může se jednat o komplikace spojené s cholelithiázou. Mezi komplikace patří:

1. **Akutní a chronický zánět žlučníku**, *cholecystitis acuta et chronica*.
2. **Hydrops žlučníku**, *hydrops vesicae felleae*, ke kterému dochází při ucpání *ductus cysticus*, dochází k nahromadění obsahu ve žlučníku a jeho odbarvení. Žlučník se zvětší.
3. **Empyém žlučníku** vzniká při druhotné infekci hydropsu. Vzniká hnis.
4. **Píštěle mezi žlučníkem a trávicí trubicí** – nejčastější jsou mezi žlučníkem a dvanáctníkem. Při zánětu se stěna žlučníku a přilehlého orgánu mohou tlakem konkrementu proležet. Vytvoří se píštěl, kterou kameny vcestují do trávicí trubice.
5. **Akutní zánět slinivky břišní**, *pankreatitis acuta* – při obstrukci Vaterovy papily žlučovým kamenem.
6. **Perforace žlučníku**, *perforatio vesicae felleae*, při které vzniká biliární peritonitida.

7. **Cholangoitida** vzniká následkem stázy žluči ve žlučovodech, kam pronikají vzestupnou cestou střevní bakterie. (8)

2.7. Diagnostika

Diagnóza cholelithiázy je stanovena na podkladě získaných poznatků z anamnézy, fyzikálního vyšetření a laboratorního vyšetření. Velký význam mají i zobrazovací metody.

2.7.1. Anamnéza

Rozhovor lékaře s pacientem, jehož cílem je určení správné diagnózy. Měla by jí být věnována patřičná pozornost, citlivost a čas. Otázky musí být formulovány jasně a srozumitelně. Anamnéza má určitý postup, který umožňuje rychlou orientaci.

1. **Nynější onemocnění** se věnuje současným obtížím pacienta co v nejpřesnějším časovém sledu. Pozornost věnujeme vstupním příznakům, které ještě nejsou zkresleny léčbou.
2. **Osobní anamnéza** shrnuje veškerá prodělaná onemocnění od narození do současnosti, úrazy, operace, pobyty v nemocnici, alergické reakce, závislosti, užívané léky. U žen se zaměřujeme na gynekologickou anamnézu - ptáme se na užívání hormonální antikoncepce a dalších hormonálních preparátů.
3. **Rodinná anamnéza** zjišťuje zdravotní stav rodičů, sourozenců a dětí. Snažíme se získat informace o onemocněních, která se vyskytují v častějším nakupení v rodině.
4. **Sociální anamnéza** se snaží zjistit rizika, se kterými se pacient mohl setkat v rodině nebo na pracovišti, např. finanční zajištění, bydlení, rodinná situace, stravovací návyky, koníčky, apod. (9)

2.7.2. Fyzikální vyšetření

Je to vyšetření pomocí našich smyslů. Spolu s anamnézou je základem stanovení diagnózy.

Aspekce (pohled) spočívá v posouzení celkového tělesného a duševního stavu pacienta a ve vyšetření jednotlivých částí těla (hlava, krk, hrudník, břicho, končetiny).

Palpace (pohmat) je nejdůležitější metodou fyzikálního vyšetření břicha. Interpretace změn je záležitostí lékaře. Pohmatem určujeme dolní okraj jater, jejich konzistenci a povrch. Dále jde zjistit zvětšení sleziny a další chorobné rezistence. Lze posuzovat bolestivost pohmatu. Bolestivost pravého dolního kvadrantu svědčí pro apendicitidu. Poměrně častá bolest je v krajině žlučníku, Murphyho příznak, při zánětu žlučníku nebo žlučnickové kolice. Chorobně změněný žlučník může být hmatný.

Percuse (poklep) informuje především o plynné náplni trávicího traktu nebo o přítomnosti tekutiny v dutině břišní. Provádí se prstem, nejčastěji ukazováčkem jedné ruky, na prostřední článek prostředníčku druhé ruky, která je přiložená na břicho. Fyziologický je bubínkový poklep, nad nevzdušnými tkáněmi (játra střevo naplněné stolicí, ascites) je poklep temný. Bolestivá reakce na poklep značí možnost podráždění peritonea zánětem.

Auskultace (poslech), fyzikální vyšetření, při kterém zjišťujeme především peristaltickou činnost střev. Výrazně bouřlivá peristaltika může značit obstrukci pasáže. Při paralytickém ileu slyšíme hrobové ticho.

Per rektum (vyšetření konečníkem) patří také k základnímu vyšetření břicha. Nejčastěji vyšetřujeme pacienta v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami. Hledáme patologické útvary. U mužů se hmatá prostata a u žen děložní čípek. Zbytek stolice na prstu může prokázat přítomnost čerstvé krve nebo melény. (2)

2.7.3. Laboratorní vyšetření

Prakticky každému pacientovi se odebírá krev a moč na biochemické vyšetření. Z laboratorních vyšetření se provádí stanovení sérových hladin bilirubinu, včetně konjugovaného bilirubinu (při obstrukci žlučových cest je přítomen v moči), dále transaminázy – ALT, AST, ALP, GMT, cholesterol, tumorové markery – CA9 – 19, amylázy v séru a v moči, CRP, KO, sedimentace. Důležité je odlišit obstrukční a neobstrukční ikterus. (2)

2.7.4. Zobrazovací metody

Ultrasonografie je základní vyšetření ordinované při podezření na onemocnění trávicího traktu. Jde o zcela neinvazivní vyšetření, které je zcela bezpečné, nijak pacienta nezatěžuje. Princip tohoto vyšetření je založen na odrazu ultrazvukové vlny procházející tkáněmi a odrážející se na jejich rozhraní. Rozhraní mohou být okraje orgánů, nádory, kameny, tekutiny, plyny. Odrážené vlny jsou registrovány a výsledný obraz je zachycený na monitoru.

Má svá omezení, zejména v orgánech obsahující plyn (žaludek, střeva), kde má jen omezenou výpovědní hodnotu. Naopak suverénní výpovědní hodnotu má v diagnostice chorob žlučníku a u parenchymových orgánů (játra, slezina pankreas). Podle nálezu jsou pak indikována další vyšetření.

Nativní RTG břicha je základní zobrazovací metoda, která dokáže zobrazit konkrementy, které obsahují kalciové soli, a tudíž jsou RTG kontrastní. Můžeme pozorovat i kalcifikace na stěně žlučníku.

Počítačová tomografie (CT) je RTG vyšetření, kde záření prochází tělem pacienta a dopadá na řadu detektorů, spojených rentgenovou lampou pevným ramenem. Rentgenka rotuje kolem celé osy těla. Počítač zobrazuje stupně absorpce v jednotlivých bodech.

Standardně se pro diagnostiku cholelithiázy nevyužívá, většinou jen když máme podezření na komplikace v podobě postižení pankreatu pro obstrukci žlučových cest.

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, diagnostická a terapeutická metoda, která slouží k vyšetření žlučových cest. Endoskop se zavede do duodena, do Vaterské papily se zavede cévka, provede se nástřík žlučových cest kontrastní látkou. Plní se žlučovody i *ductus pancreaticus*. Vše se provádí pod RTG kontrolou. Lokalizuje se překážka ve žlučových cestách, pak je možné provést terapeutický výkon (papilotomie a extrakce konkrémentu). Vyšetření může vyvolat komplikace - akutní pankreatitidu, perforace, krvácení. Po vyšetření nutný klid na lůžku, dieta, sledování hladiny amyláz v séru.

PTC – perkutánní transhepatální cholangiografie, která se provádí při obstrukčním ikteru, když není možná sondáž při ERCP. Provádí se zevní a vnitřní drenáž stentem. Nevýhodou je vysoké riziko krvácení a peritonitidy.

Magnetická rezonance (MRCP) je jedna z dalších diagnostických možností. Je neinvazivní. Pro svou nákladnost a horší dostupnost se k rutinnímu vyšetření žlučových cest nepoužívá. Principem je působení magnetických vln na polaritu buněk. Pacient nesmí mít v těle kovové předměty (endoprotéza, kardiostimulátor), hrozí nekróza, u kardiostimulátoru hrozí zástava srdce. Oproti ERCP zobrazí patologii i parenchymatózních orgánů, eliminuje komplikace. Pacient musí být na vyšetření připraven - před vyšetřením nesmí 2 hodiny pít a jíst. Možné je udělat výkon ambulantně. (2, 8, 10)

2.8. Léčba

2.8.1. Konzervativní léčba

Biliární koliku lze léčit konzervativně – **dietou, farmakologicky**. Velký význam má i dostatek spánku, možnost odpočinku.

Z počátku nic per os, hydratace parenterální cestou. Při zmírnění obtíží pacient přejít na čajovou dietu. Přibližně po dvou dnech můžeme začít se žlučnickovou dietou – omezit tuk na 50-60 g denně, nedráždivá jídla. K dietním opatřením by se mělo přistupovat individuálně. Doporučení je, aby pacient vynechal jídla, která nesnáší. Všeobecně se nedoporučují pečená a smažená masa, tučná masa a masné výrobky, smetana, vejce, majonéza, kořeněné pokrmy, alkohol, káva, apod. Denní příjem potravy by měl být rozdělen do menších porcí. Při jídle nespěchat. Všechny potraviny musí být dobře, do měkka uvařeny.

Při podávání léků v akutní fázi se vyhýbáme perorálnímu podání – nebezpečí zvracení. Podáváme **analgetika a spazmolitika** i. v. (Algifen, Bucospan, Buscolysin), pokud nezabírají pak Dolsin, Fentanyl (ne Morfin!).

Cholagola, zvyšují sekreci žluče. Mohou zvýšit obsah vody ve žluči – **choleretika** (Chenosan, Ursosan, Ursofalk) nebo usnadňují vyprazdňování žluče – **cholecysokinetika** (síran hořečnatý). Tyto přípravky jsou kontraindikovány při obstrukci žlučových cest, akutní hepatitis a akutní cholecystitis. **Antibiotika** nepodáváme, pokud nejsou známky exacerbace zánětu.

Pro zlepšení rekonvalescence se doporučuje lázeňská léčba. (2, 7, 11, 13)

2.8.2. Chirurgická léčba

Operační výkon se musí vždy uvážit. Nejsou-li jasné kontraindikace (vysoký věk, hypertenze, vážnější srdeční choroba), je operace vhodná, abychom se vyhnuli komplikacím. Operační zákrok je vhodný v období klidu a u připravených nemocných.

Cholecystektomie, odstranění žlučníku, které se provádí laparotomií nebo dnes častěji laparoskopicky s použitím videotechniky s miniinvazivním přístupem pro jednodušší pooperační průběh s kratší rekonvalescencí.

Odstranění konkrementů žlučových cest se nejčastěji provádí pomocí ERCP. Pokud nelze zákrok provést, provádí se léčba chirurgicky. Je laparotomicky nalezen žlučovod, provede se **choledochotomie**. Průchodnost je ověřena sondami nebo cholangiografií (pooperačně). Následně je odstraněn kámen pomocí klíštěk. Operace je ukončena zavedením drénu do žlučovodu (choledochostomie).

Nezbytnou součástí je předoperační příprava. Musí se zlepšit a zajistit funkce životně důležitých orgánů, upravit bilanci vodního a elektrolytového hospodářství pomocí infuzní terapie. Antimikrobiální profylaxe se zahajuje podáním antibiotik před operací (Augmentin, Unasyn, Cefobid).

Po operaci je nemocný monitorován. Hodnotí se a měří obsah drénu. Zjišťuje se bilance tekutin. Parenterálně podáváme elektrolyty a výživu.

Z pooperačních komplikací je důležité rozpoznat akutní pankreatitidu, pooperační krvácení, biliární peritonitidu, které vyžadují časnou chirurgickou revizi. (7, 8, 11)

2.8.3. Další léčebné metody

Biliární litotrypse (ESWL) je neinvazivní metoda, která umožňuje fragmentaci žlučových kamenů. Akustická vlna proniká měkkou tkání do jistého prahu bez poškození. Energie je soustředěna do míst lokalizace konkrementu. Opakovaným působením dochází k rozdrčení kamene. Drobné zbytky jsou pak přirozenými cestami vyplaveny nebo mohou být rozpuštěny podávanými léky.

Farmakologická disoluce žlučových kamenů spočívá v rozpuštění konkrementů žlučovými kyselinami. Běžně se využívá kyselina chenodeoxycholová a kyselina ursodeoxycholová. Úspěšnost léčby závisí na výběru nemocných. Limitující je velikost konkrementů. Disoluční preparáty se podávají přibližně 6-18 měsíců. Každé 2-3 měsíce procedury by se měla monitorovat disoluce a kontrolovat jaterní testy. Vedlejší účinky jsou vzácné, výjimkou je průjem, který je známkou předávkování.

Neinvazivní litotrypse spolu s disoluční terapií může být při splnění kritérií další alternativou řešení cholelithiázy. Kontraindikacemi jsou: hypofunkční a afunkční žlučník, záněty žlučových cest a žlučníku, známky obstrukce, akutní i chronická pankreatitida, koagulopatie, přítomnost vaskulárních aneurismat, těhotenství. (7)

2.9. Prognóza

Při asymptomatickém průběhu, kdy je cholelithiáza objevena náhodně a pacient je zcela bez obtíží, ve vysokém procentu zůstane bez příznaků celý život. Včasnou cholecystektomii při symptomatické cholelithiáze lze považovat nejen za preventivní opatření komplikací, ale i jako prevenci karcinomu žlučníku a žlučových cest.

Při nekomplikované cholelithiáze vede cholecystektomie k vyléčení. Rizika stoupají, pokud je cholelithiáza komplikovaná.

2.10. Kazuistika

2.10.1. Základní údaje o nemocném

Muž R. O., 64 let, byl 15. 12. 2009 přijat na oddělení gastroenterologie pro cholelithiázu k dovyšetření a susp. cholangitidu.

Stav při přijetí: hmotnost – 76 kg

výška – 169 cm

TK – 115/70

P - 96/ min.

D – 16/ min.

TT – 37,6 °C

Celkový stav: nemocný je orientován, spolupracuje, eupnoický, chůze o 2 francouzských holích, výživa a hydratace v normě.

Hlava: mezocefalická, poklep nebolestivý, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, uši a nos bez výtoků, jazyk bez povlaku plazi středem, hrdlo klidné, chrup sanován.

Krk: šije volná, karotidy tepou symetricky – bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nehmatná, jizva po tracheostomii.

Hrudník: symetrický, mammy bez rezistence, poklep plný jasný, dýchání čisté, prekordium bez víru, 2 ozvy, ohraničené.

Břicho: v niveau, poklep diferencovaný bubínkový měkký, citlivá palpace v pravém podžebří a mezigastriu, bez hmatné rezistence, peristaltika živá, játra nezvětšená, slezina nezvětšená, tapotman negativní, podbříšek klidný.

Končetiny: omezená hybnost pravého kolene, DK bez otoků, bez varixů, pulzace na periférii hmatné, jizvy na PDK klidné.

Per rektum: okolí klidné, nebolestivé, tonus přiměřený, ampula volná, stěny hladké.

2.10.2. Lékařská anamnéza

NO: pacient udává posledních 14 dní bolesti v pravém podžebří a mezigastriu, nechutenství, nausea, tmavá moč, zácpa, horečky do 39 °C.

OA: běžné dětské nemoci

Úraz r. 2004 – pád z výšky při opravě střechy

VCHGD – nyní v klidu

Pankreatická insuficience

Stp. po operaci tříselné kýly

Stp. po rekonstrukci levého ramenního kloubu

Ledvinové kameny

Chronické infekty močových cest - Pseudomonas

Zmenšený visus levého oka

Posttraumatická neuropatie

Ren arqatus

Deficit proteinu S

AA: Dalacin, Chilony

FA: Tritico 50 mg, tbl – 1xdenně na noc

Helicid 20 mg, cps – 1xdenně ráno

Lyrica 150 mg, tbl – 2x denně ráno, večer

RA: nevýznamná

SA: pacient je ve starobním důchodu, žije v bytě s manželkou a dcerou, vlastní chalupu.

2.10.3. Přehled diagnosticky významných výkonů

Všechna vyšetření byla provedena v den přijetí:

USG břicha: játra beze změn, žlučník vícečetná cholelithiáza do 1 cm, bez známek zánětu. Ledvina je podkovovitá. Pankreas a slezina jsou bez patologie.

NSB: bez známek ileu, výrazná smíšená střevní náplň, hrudkovitá kalcifikace velikosti 14 mm promítající se do pravého psoatu – v. s. v uzlině.

4. den hospitalizace:

MRCP: Vícečetná litiáza ve žlučníku, který má nezesílenou stěnu. Intrahepatické a extrahepatické žlučové žlučovody jsou nerozšířené, bez známek litiázy. Slinivka je bez expanze a změny. Játra jsou bez ložiskových změn. Slezina je nezvětšena. Podkovovitá ledvina.

Laboratorní vyšetření:

Krev biochemicky:

Urea	5,91 mmol/l	(2,5 – 8,3 mmol/l)
Kreatinin	96,6 μmol/l	(53 – 125,0 μmol/l)
Kyselina močová	171,2 μmol/l	(140 – 420,0 μmol/l)
Ca	2,26 mmol/l	(2,05 – 2,88 mmol/l)
Na	138,5 mmol/l	(132 – 150 mmol/l)
K	3,86 mmol/l	(3,40 – 5,40 mmol/l)
Cl	103,4 mmol/l	(94 – 119 mmol/l)
Bilirubin celkový	29,8 mmol/l	(5 – 21 mmol/l) !
Bilirubin přímí	10,3 mmol/l	(0,01 – 7 mmol/l) !
ALT	1,1 ukat/l	(0,15 – 0,73 ukat/l) !
AST	0,68 ukat/l	(0,10 – 0,68 ukat/l) !
GMT	3,88 ukat/l	(0,10 – 0,84 ukat/l) !
ALP	1,94 ukat/l	(0, 65 – 4,83 ukat/l)
Triacylglyceroly	1,14 mmol/l	(0,6 – 1,8 mmol/l)

Cholesterol	4,71 mmol/l	(3,6 – 5,7 mmol/l)
Protein celkový	61,4 g/l	(60 - 85 g/l)
Albuminy	37,2 g/l	(35 – 50 g/l)
Glukóza	5,12 mmol/l	(3,3 - 6,6 mmol/l)
Osmolarita séra	296,0 mosm/l	(285 – 295 mosm/l)
CRP	171,43 mg/l	(0 – 9 mg/l) !!!

Krevní obraz:

LEU	$7,8 \times 10^9/l$	(4 - 10 x $10^9/l$)
ERY	$4,0 \times 10^{12}/l$	(4,3 – 5,6 x $10^{12}/l$)
Hb	121 g/l	(120 – 150 g/l)
HMT	0,37	(0,4 – 0,48)
MCV	92 fl	(80-95 fl)
MCHC	33	(31 -36)
MCH	30,3 pg/l	(27-32 pg)
RDW	14, 4 %	(11,5 – 16%)
TROMB	$281,0 \times 10^9/l$	(150 – 300 x $10^9/l$)
MPV	6,6 fl	(7,4-11,0 fl)

Moč - chemicky:

Dusitany	pozitivní	
pH moči	6,5 pH	(5 – 9 pH)
Protein	1,0 arb. jedn.	-
Glu moč	0,0 arb. jedn.	-
Urobilinogen	16 $\mu\text{mol}/l$	(3 – 16 $\mu\text{mol}/l$)
Bilirubin	1 $\mu\text{mol}/l$	(0 – 2 $\mu\text{mol}/l$)
Ketolátky	1 arb. jedn.	-
Krev v moči	3 arb. jedn.	- !!!

Močový sediment:

ERY	2134,3 ul	(0 – 40,0 ul)
LEU	462,0 ul	(0 – 20,0 ul)
SED – epitélie	12,4 ul	(0 – 12,0 ul)
Bakterie	2383,1 ul	(0 – 2950,0 ul)

Válce bez inklinace 2,0 ul (0 – 0,3 ul)

Moč K+C:

Pseudomonas pozitivní

2.10.4. Farmakologická léčba

Tritico 50 mg – psychopharmacum, antidepresivum

- blokují parasimpatikus – netvoří se sliny, bušení srdce, mdloby
- nesmí se podávat při glaukomu a hyperplasii prostaty

Helicid 20 mg – antiulcerózum

- blokátor vodíkové pumpy

Lyrice 150 mg – Analgetikum, antiepileptikum

- používá se na neuropatickou bolest a léčbu epilepsie
- nežádoucí účinky: závratě, únava, poruchy citlivosti, změny nálady, atd.

Novalgin 1 amp. do 100 ml FR i. v.: - analgetikum, spasmolytikum

- používá se při kolikách, maximálně 4xD

Fraxiparine 0,4 ml s.c.:-přímé antikoagulancium, derivát Heparinu (frakciovaný)

- kontrola INR

Cefobid 1 g do 100 ml FR i.v.: - polysyntetické cefalosporinové antibiotikum

- baktericidní účinky
- obvyklá dávka 2-4 g denně, u závažných jaterních onemocnění a obstrukce žlučových cest by neměla dávka překročit 2g /den

2.10.5. Průběh hospitalizace

Muž, R. O., 64 let, přijat dne 15. 12. 2009 na EMERY pro cholelithíazu a susp. cholangitidu. Hospitalizaci doporučil praktický lékař, u kterého pacient udával 14 dní přetrvávající bolesti v pravé podžebří a mezigastriu, nechutenství, nauzeu, tmavou moč, zácpu a horečky do 39°C.

Při příjmu provedeno kompletní vyšetření – krev, moč, USG, NSB. Podle USG vyšetření zjištěny mnohočetné konkrementy do 1 cm ve žlučníku, bez známek zánětu. Na NSB zjištěna kalcifikace v pravém psoatu. Krevní testy signalizovaly známky infekce (velmi zvýšený CR protein) a elevaci jaterních enzymů. V moči přítomné dusitaný, ketolátky a velké množství krve a bakterií.

Byla nasazena spasmolitika a antibiotická léčba. Pacient dostával čajovou dietu a suchary. Monitorován: TK, P 2xd, TT 3xd, P+V za 24h. Zaveden PŽK, PMK pro retenci. Naplánováno MRCP.

Pacienta jsem poznala první den jeho hospitalizace. Orientován, spolupracoval. Pohybuje se pomocí francouzských holí bez problémů. Proběhlo urologické konzilium, kde byl zaveden PMK, který odváděl moč s krvavým sedimentem. Byla doporučena intenzivní hydratace. Při bolestech v pravém podžebří, které pacient udával hned při příchodu na oddělení a ve večerních hodinách, spasmolytika zabírala. Po podání pacient udával úlevu. Na antibiotika nebyla žádná alergická reakce. Přes noc spal pacient klidně.

Druhý den v poledne pacientovi vystoupila TT na 38°C. Podáno antipyretiku. Večer teplota 37,1°C. V 17 hodin si pacient stěžuje na koliku. Po podání Novalginu nastala opět úleva.

V dalších dnech TT v mezích. Spasmolytická léčba byla úspěšná. P+V,TK, P v normě. Z PMK odchází již čirá moč. Známky zánětu i jaterní enzymy byly normalizovány. Podle výsledku MRCP (18. 12. 2009) bude určen další léčebný postup, zda se bude jednat o chirurgickou nebo konzervativní léčbu.

Při MRCP byla jednoznačně diagnostikována cholecystolithiáza. Chirurg indikoval operační řešení, dále doporučil pacientovi přísnou žlučnickovou dietu. Pacient byl 23. 12. propuštěn do domácího léčení.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pro zhodnocení pacientova stavu jsem si vybrala model M. Gordon, který je u nás nejvíce preferován. Model funkčních vzorců zdraví se hodí na standardní oddělení, a proto jsem si jej také zvolila pro svého pacienta.

Při řešení problému jsem zvolila metodu ošetřovatelského procesu, která je v dnešní ošetřovatelské praxi samozřejmostí.

3.1. Model funkčních vzorců zdraví - M. Gordon

M. Gordon, profesorka ošetřovatelství, v roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců zdraví. A v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Model byl výsledkem studie, kterou financovala v 80. letech federální vláda USA. Do roku 2004 byla M. Gordon prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). M. Gordon nekomplexněji popsala člověka z ošetřovatelského hlediska. Její model se masově ujal i v ČR. Když se však zamyslíme nad použitelností obsahu v našich podmínkách, zjistíme, že ne všechny složky modelu jsou vhodné - nejsou v kompetenci českých sester.

Studie má bio-psycho-sociální základ, jejím středem je pacient, jako holistická bytost se svými potřebami.

Potřeby jedince podle modelu můžeme rozdělit do **12 oblastí**:

Vnímání zdraví – jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu, jakým způsobem o sebe pečuje.

Výživa a metabolismus – způsob příjmu potravy a tekutin, stav výživy a hydratace, stav dutiny ústní, hodnocení kůže a kožních defektů, stav nehtů a vlasů, TT.

Vylučování – způsob vyprazdňování, pravidelnost, frekvence, vzhled exkrementů, používání projímadel, zvyklosti.

Aktivita a cvičení – způsoby udržování kondice, základní životní denní aktivity, volnočasové aktivity, faktory bránící tělesné aktivitě.

Spánek a odpočinek – způsob spánku a odpočinku, délka a kvalita spánku, rituály, užívání medikamentů.

Vnímání a poznávání – smyslové vnímání, kvalita, využívání podpůrných pomůcek, způsoby komunikace, hodnocení kognitivních funkcí (poznávacích, paměť, myšlení), schopnost učení, vnímání bolesti.

Sebepojetí a sebeúcta – emocionální ladění a vnímání sama sebe, svých schopností, pocit vlastní hodnoty, nonverbální projevy pacienta.

Plnění rolí a mezilidské vztahy – přijetí a plnění životních rolí, přijetí rolí, úroveň mezilidských vztahů, role v rodině, v zaměstnání, v nemocnici, soulad nebo narušení rolí.

Sexualita – popisuje způsob uspokojení či neuspokojení v sexuálním životě, poruchy a potíže, reprodukční období ženy a s tím související obtíže.

Stres a zátěžové situace – způsoby zvládání stresu, podpora rodiny a blízkých, prožití zátěžové situace.

Víra a životní hodnoty – Individuální vnímání životních hodnot, cílů, náboženství, pohled na svět.

Jiné – informace, které se jinam nehodí.

Při hodnocení domén bychom měli brát v potaz: výchozí stav pacienta, norma pro člověka a věkovou skupinu, kulturní normy. Hlavním úkolem sestry by měla být identifikace rizik a vědět, kdy zavolat lékaře. Dle domén by měla sestra rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční (ve zdraví) nebo nefunkční (v

nemoci) chování. Dysfunkční chování může být znakem vznikajícího problému, sestra musí začít nějak jednat – označit problém, zformulovat oš. dg. a pokračovat v oš. procesu.

Model splňuje požadavky na systematické ošetřovatelské hodnocení stavu pacienta v jakémkoli systému zdravotní péče (primární, sekundární, terciární).

(14)

3.2. Ošetřovatelský proces

Metoda ošetřovatelského procesu je základním kamenem vyspělého ošetřovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpět k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině.

Umožňuje systematický a individuální přístup k ošetřování každého nemocného bez závislosti na tom, jestli je v nemocniční péči nebo v terénní péči. Vede ke zvyšování kvality ošetřovatelské péče.

Je základním teoretickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Mezi **cíle ošetřovatelství** patří:

1. podporovat a upevňovat zdraví
2. podílet se na navrácení zdraví
3. zmírňovat utrpení nemocného
4. zajistit klidné umírání a důstojnou smrt.

Díky metodě ošetřovatelského procesu sestra pacienta pozná mnohem lépe. Prohlubující se vazba sestře umožní, aby nechápala pacienta jen jako diagnózu, ale jako člověka se svými problémy a trápeními. Sestra se efektivněji může zapojit do léčebného procesu a seberealizovat se, neplnit jen pasivně pracovní povinnosti a ordinace lékaře. Sestra má ve zdravotnickém týmu jedinečnou funkci.(15, 16)

Cílem ošetřovatelského procesu je uspokojení potřeb pacienta. Potřeba je projev nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku má vliv na psychiku člověka.

Každý jedinec uspokojuje své potřeby jiným způsobem – žádoucím a nežádoucím. Za žádoucí způsob považujeme ten, který neškodí nám ani druhým. Nežádoucí způsob uspokojování potřeb se považuje ten, který může škodit dané osobě nebo druhým.

Potřeby můžeme dělit na:

- **biologické**
- **psychické**
- **sociální**

Všechny mají svou nezastupitelnou hodnotu v životě člověka. Potřeby se vyvíjí současně s životem člověka. V průběhu života se mění. (18)

Každý člen ošetrovatelského týmu nese zcela konkrétní zodpovědnost za pacientovy potřeby, které je povinen u daného pacienta zajistit. Plánovaná a individualizovaná péče přináší víc prospěchu nejen akutním pacientům, ale i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stavu, u nichž nelze očekávat.

Pomáhá zlepšit vztah sestry s hůře spolupracujícím pacientem. Umožňuje snáze pochopit příčiny jeho chování a najít vhodný způsob, jak k němu přistupovat. (15, 16)

„Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.“(16, s. 2)

Ošetrovatelský proces probíhá ve fázích:

1. zhodnocení nemocného – „Kdo je můj nemocný?“:

Než se sestra rozhodne pro nejhodnější způsob ošetřování, měla by být, co nejlépe s pacientem seznámena - zpracovat ošetrovatelskou anamnézu. Znat jeho aktuální stav, ale i předchozí vývoj stavu včetně sociální situace a vztahu ke zdraví a nemoci. Zhodnotit pacienta můžeme pomocí rozhovoru, pozorování, testování a měření. Další informace

můžeme získat od rodiny pacienta, z dokumentace a od dalších členů zdravotnického týmu.

2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz – „Co ho trápí?“

Ošetrovatelské diagnózy sestra získá z nasbíraných informací. Stanoví jejich závažnost ošetrovatelských diagnóz vzhledem k momentálnímu stavu pacienta. Analyzuje pacientův problém a jeho příčinu. Diagnózy mohou být aktuální nebo potencionální (očekávané). Každá diagnóza má jinou naléhavost, proto se musí seřadit diagnózy podle priority s ohledem na své odborné znalosti a hledisko pacienta, ne vždy se pohled pacienta a sestry může shodovat.

3. Stanovení cílů – „Čeho chceme dosáhnout?“:

Cíle musí být reálné, přiměřené stavu pacienta, jeho možnostem a schopnostem. Dále by měli být měřitelné a snadno ověřitelné. Musí být v souladu s léčbou.

4. Plán ošetrovatelské péče – „Jak dosáhneme cíle?“:

Sestra navrhne činnosti, kterými chce dosáhnout stanovených cílů. Vypracuje individuální plán pro nemocného, na kterém se bude podílet nejen ona, ale i pacient a ostatní zdravotnický personál z týmu. Proto je důležitá informovanost – předávat si informace, vše dokumentovat, aby péče o pacienta byla soustavná a kvalitní.

5. Realizace ošetrovatelského plánu:

V této fázi se provádějí ošetrovatelské postupy a zásahy, které vycházejí z ošetrovatelského plánu ošetrovatelské péče. Kde každý z účastníků má svou roli. Získáváme další informace, které nám pomáhají dále specifikovat a modifikovat další ošetrovatelskou péči pro lepší efektivitu.

6. Hodnocení ošetrovatelského procesu – „Čeho jsme dosáhli?“

Hodnotíme efekt poskytované péče. Tato fáze je velmi důležitá a nezastupitelná, protože i sebelepší péče se může minout účinkem. Musíme zjistit, zda bylo dosaženo cíle. Pokud ano, tak jakou měrou.

Když cíle nebylo dosaženo, musíme získat další informace pro plánování další péče. Dále analyzujeme jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu a provedeme nezbytné úpravy. (15, 16)

3.3. Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Gordonové

Muž R. O., 64 let, byl 15. 12. 2009 přijat na oddělení gastroenterologie pro cholelithiázu k dovyšetření a susp. cholangoitidu, 2. den hospitalizace. Žije v Praze. Nemocný je v invalidním důchodu, kvůli těžkému pracovnímu úrazu v roce 2004.

Vnímání zdraví

Pacient byl již několikrát hospitalizován. Nejdéle byl hospitalizován roku 2004, kdy utrpěl polytrauma při pádu ze střechy. Po této události se snaží žít co nejlépe. Není to už jako před úrazem, ale mohl dopadnout hůř. Posledních 14 dní jej trápil občasné bolesti břicha, nevolnost, nechutenství, zácpa, tmavá moč a zvýšená teplota. Praktický lékař jej poslal do nemocnice, kde mu byla diagnostikována cholelithiáza. Pro další postup léčby, musí být provedena další vyšetření. Pacient čeká, že se jeho problémy v nemocnici vyřeší.

Výživa

Pacient jí pravidelně asi 5 krát denně, vaří mu manželka. Přípravu jídla na talíř, ohřátí jídla a konzumaci zvládá samostatně. Denně vypije kolem 2 litrů. V poslední době trpí nechutenstvím, ale rapidně nezhubl. Dnes už je to lepší pocit na zvracení už nemá. Těší se, až se bude moci najíst.

Chrup pacienta sanován, zhotovena fixní protéza horní i dolní. Nyní bez obtíží.

Pokožku má běžně suchou bez defektů. PŽK na LHK – 2. den. Okolí vpichu nejeví známky zánětu. Kvůli zvýšené teplotě je z pocený. Jizvy po operacích a úraze (záda, ramenu, stehno, břicho).

Vylučování

Pacient udává, že má tendence k močovým infekcím. Nyní vzhled moči svědčí pro infekci močových cest – příměs krve, velké množství epitelíí. Byl mu zaveden PMK. Dále pacient upozorňuje, že má sklony k zácpě. Stolicí normálně mívá 1x za 2-3 dny. Dnes na stolici byl. Stolica byla normální bez příměsí, formovaná. Dnes se potil, kvůli zvýšené teplotě.

Aktivita a cvičení

Pacient jezdí rád na chatu, kde chodí na kratší procházky po zahradě a k sousedům, jinak se rád kouká na televizi a čte si. Dříve jezdil na kole, ale kvůli svému stavu po úrazu už cyklistiku nemůže provozovat. Po úrazu mu zůstala snížená hybnost pravého kolene. Chodí o dvou francouzských holích po rovině, ale musí odpočívat. Když má překonat vzdálenost větší jak sto metrů, raději použije vozík.

Dále má problémy s hybností levého ramene po úraze. Byl na operaci, ale hybnost má stále omezenou. Největší problémy má asi s oblékáním, mytím vlasů. Jinak se obslouží sám.

Spánek a odpočinek

Pacient spí asi 8 hodin denně. Usíná po 22. hodině. Ráno se budí asi kolem 6. hodiny. Aby se mu lépe usínalo, má rád pootevřené okno. Po obědě si rád zdřímne.

V nemocnici je pacient zvyklí si číst nebo si povídat. Vzhledem k nynějšímu stavu teď na nic nemá náladu, v posledních dnech se moc nevyspal, teď když se mu po infuzích ulevilo, chce se trochu prospat.

Vnímání a poznávání

Pacient v pozdních odpoledních hodinách udává kolikovitou bolest v oblasti žlučníku (kolem 5). Pro podání spasmolytik se mu uleví, nemá žádné bolesti.

Je orientovaný, odpovídá přiměřeně. Problémy se sluchem nemá. Kognitivní funkce jsou normální. Po úraze má zmenšený visus levého oka, ale už si na to zvykl, nijak ho to neomezuje. Nosí brýle na čtení (+1,5 dioptrie). Sluch dobrý.

Sebepojetí a sebeúcta

Pacient je energický a komunikativní. I když je invalida, snaží se, aby byl co nejvíce aktivní, myslet pozitivně. Hodně si prožil. Na svůj úraz nerad vzpomíná. Bere život jaký je. Myslí, že se jeho nynější zdravotní problémy vyřeší a on bude moci jít domů.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Žije společně s manželkou a dcerou v bytě v na okraji Prahy. Žena chodí na poloviční úvazek do práce, zbylou část dne se stará o něj. Na víkend jezdí na chatu. Manželce se snaží, co nejvíce pomáhat, aby jí nebyl na obtíž. Dcera studuje fyzioterapii, pomáhá otci se cvičením.

Sexualita

Vzhledem k věku pacienta a ke skutečnostem jsem se na sexuální život neptala.

Stres a zátěžové situace

V roce 2004 měl těžký pracovní úraz, pád ze střechy, který zásadně změnil jeho život. Vypadá to, že se s tím vyrovnal, ale stejně o tom nerad mluví. Na venek působí vyrovnaně a optimisticky. Největší oporou pro něj je rodina, na kterou se může spolehnout. Neužívá cigarety, alkohol ani drogy.

Víra a životní hodnoty

Na víru jsem se pacienta vzhledem k situaci neptala. Na prvním místě je pro něj asi rodina. Jeho největší tužbou je být co nejdéle nějakým způsobem aktivní, nebýt tolik závislý na manželce.

Základní sceningové vyšetření sestrou:

Celkový vzhled: upravený

Psychický stav:

Dutina ústní a nos: bez sekrece

Zuby: fixní zubní protéza horní i dolní

Sluch: dobrý

Zrak: zmenšený visus levého oka, dalekozrakost

Brýle: má na čtení

Puls: 96/ min. mírně zrychlený, pravidelný

Dýchání: 16/ min., při námaze dušnost

TK: 115/70

TT: 37,6 °C

Váha: 76 kg

Výška: 169 cm

BMI: 26,6 - nadváha

Vyprazdňování: PMK, sklony k zácpě

Kůže: normální, jizvy po operačních výkonech a úrazech

Alergie: Chilony

Riziko dekubitů podle Nortonové: 29(viz příloha č. 2) - □25 - riziko dekubitů

Rozsah pohybu kloubů: omezená pohyblivost levého ramene a pravého kolene

Chůze: o francouzských berlích, na delší vzdálenosti vozík (100m)

Riziko pádu: ano (4b – viz příloha č. 2)

Soběstačnost: lehká závislost (Bathelové test: 70 viz příloha č. 2)

Riziko ICHS: není (1 b – viz příloha č. 2)

Edukace: schopen

Plánování propuštění: bydlí s rodinou

3.4. Ošetrovatelské diagnózy pro 2. den hospitalizace

Na základě ošetrovatelské anamnézy jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy (pacientovy problémy a potřeby). Pro svou studii jsem použila dvousložkové diagnózy. Stanovila jsem si cíle, plán pro realizaci na 24 hodin. Po realizaci jsem vše zhodnotila. Pořadí diagnóz jsem určila podle priorit pacienta a závažnosti pacientových problémů. Přihlédnuto bylo k pacientovu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Stanovené ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální:

- 1. Akutní bolest v souvislosti se základním onemocněním**
- 2. Snížená soběstačnost v souvislosti se sníženou hybností v oblasti hygieny a oblékání**
- 3. Nedostatek informací v souvislosti se změnou dietního režimu**

Potencionální:

- 1. Riziko nežádoucích změn ve FF v souvislosti se základním onemocněním**
- 2. Riziko pádu v souvislosti s poruchou hybnosti, užíváním rizikových léků a poruchou zraku**
- 3. Riziko vzniku nozokomiální infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK,PMK)**

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Ad: 1. Akutní bolest v souvislosti se základním onemocněním

Cíl: Pacient udává zmírnění bolesti na stupeň 1 do 20 minut

Plán:

- zjistí druh, trvání a výskyt bolesti
- změř intenzitu bolesti
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinnost analgetik
- informuj lékaře o všech změnách

Realizace: Pacienta jsem poučila o nutnosti hlásit bolest. Při měření bolesti byla užitá VAS. Měření se v průběhu dne opakovalo. Doporučila úlevovou polohu, pacientovi však nepomáhala. Dle ordinace lékaře byla podávána analgetika - Novalgin 1 Amp. do 100 ml FR i. v. podle potřeby, maximálně 4xD.

Hodnocení: V poledne a 17 hodin pacient udával kolikovitou bolest v pravém podžebří (st. 5). Po podání analgetika do 20 minut bolest ustoupila (st. 0).

Ad: 2. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny a oblékání v souvislosti se sníženou hybností

Cíl: Pacient udrží své schopnosti v oblasti sebepěče

Plán:

- doprovod a kontroluj pacienta v koupelně
- asistuj při hygienické péči
- pomoz pacientovi při oblékání
- zhodnoť, zda správně používá své kompenzační pomůcky, popřípadě pouč pacienta o jejich správném používání, při problému kontaktuj fyzioterapeuta

Realizace: Dnes dopoledne za mé asistence pacient provedl hygienu ve sprše. Potřeboval věci podávat. Pomohla jsem mu umýt hlavu. Dále jsem mu pomohla s oblékáním.

Hodnocení: Pacient se snaží být co nejvíce samostatný, potřebuje částečnou dopomoc. Má sníženou hybnost levého ramene (nemůže zvednout ruku), také se špatně ohýbá, chodí o francouzských holích.

Ad: 3. Nedostatek informací v souvislosti se změnou dietního režimu

Cíl: Pacient zná nová dietní opatření, zná jejich důvody, dodržuje dietu

Plán:

- Pouč pacienta o nynějším dietním režimu a jeho vývoji
- Zajisti informační materiály
- Kontaktuj nutriční terapeuta
-

Realizace: Pacient byl poučen i jeho manželka. Dostal informační leták.

Hodnocení: Pacient zná a dodržuje dietu. Informační leták si přečetl. Na dodatečné otázky jsem mu odpověděla. Nutriční terapeut byl kontaktován.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Ad: 1. Riziko nežádoucích změn ve FF v souvislosti se základním onemocněním

Cíl: Včasné odhalení nežádoucích změn – TT, TK, P, P+V

Plán:

- Kontroluj TT 3x denně
- Měř TK a P 2x denně
- P+ V za 24 hodin
- Podávej léky dle ordinace lékaře

Realizace: Fyziologické hodnoty jsem měřila dle pokynů lékaře. Pacient spolupracoval. Při zvýšené teplotě jsem podala Novalgin1 amp. do 100 ml FR i. v. dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Ráno byla TT 36,9°C. V poledne TT vystoupala na 38°C, Po padání antipyretik TT klesala. Večer byla TT 37,1°C. Byla viditelná závislost TT a bolesti. TK a P byl celý den v normě. P+V byl také v normě.

Ad: 2. Riziko pádu v souvislosti s poruchou hybnosti, užíváním rizikových léků a poruchou zraku

Cíl: Minimalizace pádu

Plán:

- Informuj pacienta o možnosti vzniku pádu
- Pouč pacienta o pomalém vstávání, správné obuvi
- Zajisti dostupnost signalizace
- Kontroluj bezpečnost prostředí
- Asistuj pacientovi při rizikových činnostech – hygiena, oblékání, na delší přesuny použij vozík

Realizace: Pacient byl poučen, uvědomuje si rizika pádu, je opatrný. Doporučila jsem mu, aby pomalu vstával z lůžka, pokud by při stávání ucítil slabost, aby si ihned sedl a zazvonil na sestru. Kontrolovala jsem ho. Asistovala jsem při rizikových činnostech.

Hodnocení: Doposud pacient neupadl, signalizaci používá. Nepocíťoval slabost při vstávání. Manželka přinesla pacientovi pevnější obuv.

Ad: 3. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK,PMK)

Cíl: Včasné rozpoznání vzniku nozokomiální infekce

Plán:

- Dodržuj zásady asepsy
- Kontroluj okolí vpichu PŽK, převazuj dle zvyklosti oddělení, proplachuj
- Kontroluj polohu a průchodnost PMK
- Kontrolu vzhled a množství moče
- Zajisti, aby pacient přijímal dostatek tekutin
- Podávej léky dle ordinace lékaře

Realizace: Dbala jsem o zásady asepsy při převazech a manipulaci. Kanyla je průchodná, dnes zavedená 2. den. PMK dne zaveden 2. den. Byl zaveden kvůli retenci močových cest. Moč jeví známky infekce, její vzhled se nezměnil – krev, epitelie, zákal. Pacientovi byl doporučen zvýšit příjem tekutin, který se pacient snažil dodržovat (viz příloha č. 4). Podávají se ATB - Cefobid po 6 hodinách i. v. (2. den).

Hodnocení: Okolí vpichu kanyly nejeví známky infekce. PMK je průchodný. Vzhled moči se nezměnil.

3.5. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Dlouhodobý plán se zaměřoval hlavně na léčbu kolikovitě bolesti, infekce a jejich projevů. Byly sledovány životních funkcí (TT 3xD, TK, P 2xD, P+V za 24 hod.) Byl podáván Novalgin 1 amp. do 100 ml FR i. v. podle ordinace lékaře.

Z dlouhodobého hlediska je nutná úprava stravy, pro vymizení žlučnickových obtíží musí pacient dodržovat přísnou žlučnickovou dietu. O dietním režimu nutné poučit také manželku. Dále podporujeme soběstačnost, dbáme na zamezení rizikových faktorů pádu.

V první den byl poučen o režimu na oddělení. Při vypracování ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno riziko pádu. Pacient měl čajovou dietu. Doporučen zvýšený příjem tekutin. První den odpoledne měl pacient retenci moči, tak lékař zavedl PMK. Moč jevila známky infekce. Odebrána moč na kultivaci.

Dále byla zahájena antibiotická léčba (Cefobid á 6 hod.). Udával kolikovitě bolesti v pravém podžebří. Nauzeu ani nadmutí břicha neudával.

Druhý den úprava dietního režimu, pacient navíc dostával suchary. Udával kolikovitě bolesti v pravém podžebří, analgetika byla účinná. Pacient nauzeu a ani jiné dyspeptické obtíže nepocíťoval. PMK odvádí moč bez příměsí krve, epitélie zůstávají. Dnes byl pacient s dopomocí ve sprše.

Třetí den hospitalizace odebrána kontrolní laboratoř na jaterní enzymy. Výsledky byly zvýšené. Stále ve večerních hodinách přetrvávají bolesti. Pacient měl normální TT. PMK odváděl čirou moč. Pacient byl poučen, že nesmí ráno pít a jíst, že se připravuje na MRCP.

Čtvrtý den hospitalizace pacient lační, v 9 hodin odchází na MRCP. Vyšetření potvrdilo diagnózu žlučových kamenů. Pacient byl rád, že to nebylo něco horšího, když se výsledek dozvěděl. Večer opět bolesti, podána analgetika.

Další dny TT v mezích. Pacientův stav se postupně zlepšoval. Analgetická léčba byla úspěšná (viz příloha č. 3). P+V,TK, P v normě. Z PMK odchází čirá moč. Pokračuje se v ATB léčbě. Pacient je postupně realimentován na přísnou žlučnickovou dietu, kterou mu vysvětlila nutriční terapeutka a lékař. O dietě byla poučena i manželka, která o pacienta pečuje.

Podle výsledků MRCP byla pacientovy doporučena cholecystektomie, na kterou byl objednan v březnu. Dne 23. 12. byl pacient propuštěn do domácího léčení. Bude docházet na kontroly na chirurgickou ambulanci.

3.6. Psychologie nemocného

Při ošetřování se musíme zaměřit nejen na potřeby tělesné, ale i psychické obtíže, které jsou s nemocí spojené. Pro lepší porozumění pacientovi musíme pacienta lépe poznat. Je potřeba s ním mluvit, anebo jen naslouchat.

Reakce na nemoc a zvládání nemoci

Každé onemocnění sebou přináší obtíže - a to nejen fyzické, ale psychické. Mění se role, sociální vztahy, chování, atd. Postoj ke zdraví a nemoci je

individuální. Adaptace na nemoc je také rozdílná. Boj s nemocí vyžaduje mobilizaci všech sil jedince. Běžná lehká onemocnění jsou zvládnána dobře.

Pokud pacient nemůže nemoc zvládnout, pocítuje bezmoc. V takovém případě je důležitá pomoc okolí, nejúčinnější a nejlépe přijímaná je pomoc rodiny a blízkých. S chronickou nemocí se pacient musí vyrovnat a naučit se snít žít.

Když musí být pacient kvůli onemocnění hospitalizován, přichází do nemocnice s obavami. V podstatě ztrácí svou identitu, neví, co se s ním bude dít. Důležité je si udělat na pacienta čas, o všem ho informovat a hlavně mu naslouchat.

Bolest

Zvládání bolesti je u každého člověka individuální. Je to obranná reakce, která obecně signalizuje nějaké poškození. Tento subjektivní pocit je nutné nemocnému věřit. Chování při bolesti je ovlivněno z velké míry učením. Např. dítě se setkává s menší bolestí, reaguje na bolestné pláčem a křikem.

Pro pacienta je důležitá informace, že na požádání může dostat lék proti bolesti. Hodnocení bolesti je pro každého individuální. Pro lepší hodnocení nám slouží škály. Důležité je vybrat vhodnou škálu. Pro děti se nejvíce hodí škála se „smajlíky“. Pro dospělé je vhodnější číselná škála.

Akutní bolest je náhlá prudká. Má ochrannou funkci. Často na ní pacient reaguje slovně, neklidem, mimikou, pocením, zvýšenou TT, zvýšeným P a D, vyhledává úlevovou polohu. Tento typ bolesti se vyskytuje u úrazů, po operacích, kolikách, při AIM, atd.

Chronická bolest je dlouhodobá. Pacienta vyčerpává, omezuje ho při vykonávání denních aktivit. Projevuje se u člověka únavou, zhoršenou náladou, sníženou aktivitou, zřetelnými emočními reakcemi. Pokud neleze bolest odstranit, je důležité ji alespoň zmírnit.

K roli pacienta patří, že se chce uzdravit nebo chce, aby se mu podařilo vyřešit zdravotní problémy. Od zdravotnického týmu očekává, že mu pomůže vyléčit se, popřípadě zbavit utrpení. (17)

Vlastní zhodnocení pacienta

Pacienta R. O. jsem poznala první den jeho hospitalizace. Hned od začátku spolupracoval. Bylo vidět, že není hospitalizován poprvé. Při příjmu byla přítomna manželka pacienta. Z pozorování obou bylo zřejmé, že mají k sobě hezký partnerský vztah.

Při rozhovoru reagoval přiměřeně, na otázky odpovídal srozumitelně. Mimika byla totožná s kontextem. Většinou o problémech mluvil otevřeně. Když však přišlo slovo na okolnosti jeho úrazu, nechtěl o tom moc mluvit. Sdělil jen, že spadl při práci ze střechy.

Pokud měl bolesti, nebál se říct o analgetikum. Při obtížích vždy říkal, že mohl dopadnout ještě hůř. Vtipkoval s ostatními pacienty. Byl stále hovorný. Ve volném čase rád poslouchal rádio nebo si četl. Odpoledne vždy přicházela manželka, na kterou se celý den těšil.

Při činnostech (hygiena, oblékání), které sám nezvládal, se snažil co nejvíce pomáhat. Radil, jak to dělá jeho manželka. Nikdy se nebál říci o pomoc, pokud něco nezvládal. I když byl nemocnici sám nebo přišla na návštěvu manželka, choval se bez rozdílů.

Největší význam pro něj má rodina – manželka a dcera. Jeho nynějším cílem je se zbavit obtíží a zase se vrátit domů. S rodinou má hezký vztah, je pro něj velkou oporou. Po těžkém úraze, který měl, jeho role živitele rodiny přestala existovat. Po této změně, která tak změnila jeho život, se snaží dle svých schopností pomáhat doma.

Pacient vždy jevil jako stabilní osobnost. O svých problémech se nebál mluvit. Projevoval se jako extrovert s optimistickým pohledem na svět.

3.7. Edukace pacienta

Teoretický úvod

Edukace nemocného je nedílnou součástí léčby. Důležité je pacienta motivovat, aby se aktivně zapojil do léčebného procesu. Při edukační činnosti musíme brát v potaz edukovatelnost pacienta – schopnosti, možnosti, zázemí, zvláštnosti. Do edukace můžeme zapojit i rodinu, pokud je to nutné.

Udělat si na pacienta čas, zajistit soukromí. Vždy postupovat od jednoduššího ke složitějšímu. Dát pacientovi k dispozici tištěné materiály, aby si informace mohl upevnit a také zjistit v čem má nejasnosti. Nejlepší způsob, jak zjistit, zda pacient všemu porozuměl - je dobré si připravit kontrolní otázky. Máme tak okamžitou zpětnou vazbu. Nedostatky můžeme ihned napravit. Další zpětnou vazbou, jak pacient rozumí, jsou jeho reakce – oční kontakt, příkyvování, mimika, kladení otázek, atd.

Při nácviu manuálních dovedností udělat nejprve teoretický úvod, potom činnost předvést. Teprve pak začít se samotným nácvikem podle pokynů, a nakonec pozorovat pacienta při dané činnosti.

Nikdy nesmíme zapomenout pacienta i za snahu pochválit. (19)

Výživa

Pacientovi jsem vysvětlila, že z tekutin a sucharů bude přecházet na plnohodnotnou stravu velice pomalu. Trávicí trakt budeme zatěžovat postupně. Budeme sledovat, zda to pacientovy nepůsobí potíže. Postupně bude dostávat bujón, pak kaši. Teprve pokud to bude dobře probíhat – pacient nebude mít obtíže – bude možné přejít na lehká jídla.

Dále jsem mu a jeho manželce vysvětlila, jak se bude stravovat doma, která jídla bude muset v jídelníčku omezit, jak by mě správně potraviny připravovat, čemu se při přípravě jídla vyhnout, apod.

Z bílkovin se doporučuje drůbeží maso, kysané mléčné výrobky. Budou se přidávat také nenadýmavé druhy ovoce a zeleniny. Všechna jídla by měla být nedráždivá, méně kořeněné pokrmy. Všechna jídla by se měla upravovat vařením, dušením nebo pečením na sucho. Naprosto nepřijatelným způsobem přípravy jídla je smažení. Dále by se do budoucna měl vyhnout alkoholu, kávě a koření cigaret.

O všech nynějších a budoucích omezeních byla informována manželka, která dostala i informační brožuru s doporučovanými a zakázanými potravinami.

Tento dietní režim by měl pacient přísně dodržovat. V březnu by měl pacient absolvovat cholecystektomii. Po zákroku by v budoucnu neměl mít problémy s běžnou stravou. Pokud bude jídlo snášet dobře, není nutné pacienta v dalších letech omezovat.

Nyní však doporučujeme **přísnou žlučnickovou dietu**:

- Z pečiva a obilnin jsou doporučovány suchary, starší bílé pečivo, nevhodné jsou koblihy, koláče a jiné druhy sladkého, kynutého pečiva.
- Mléčné výrobky jsou preferovány kysané a nízkotučné – jogurty, jogurtová mléka, netučný tvaroh a netučné sýry. Mléko mohou pít jen ti nemocní, kteří je dobře snášejí. Máslo se nedoporučuje vůbec, místo něj lze v omezeném množství používat kvalitní rostlinné tuky (Flora).
- Libové drůbeží maso nebo jiná lehce stravitelná masa (králík, vepřová kýta). Nejvhodnější úpravou je dušení, nejméně vhodnou smažení a všechny přípravy s použitím většího množství tuku.
- Za šetrné ovoce jsou považovány banány, jablka, zpočátku jen strouhaná nebo povařená jako kompot, meruňky a broskve bez slupek a všechny druhy přesnídávek a ovocných šťáv.

- Ze zeleniny se doporučuje dušená nebo blanšírovaná mrkev nebo směs jarní zeleniny, bez cibule a bez česneku. Syrové zeleniny je lepší se vyvarovat. Brambory se doporučují ve všech úpravách bez tuku.
- Jako koření je možné využít sůl, drcený kmín, zelenou petrželku nebo jiné zelené bylinky v menším množství, kopr, citrónovou kůru. Jiné koření se nedoporučuje. Je třeba vyvarovat se požívání potravin s příměsí glutamanu sodného (instantní jídla).

Je žádoucí přijímat dostatek tekutin, raději často po menších douškách než větší množství najednou. Doporučují se raději čaje a neperlivé nápoje.

Hlavní zásady žlučnickové diety:

Přísně omezit tuky, uzeniny, smetanové výrobky, sladké zákusky, smažená jídla, majonézu a výrobky z majonézy. Důležité je si denní přísun potravy rozdělit do malých porcí. Vyvarovat se přejídání a to hlavně v nočních hodinách. (20)

Nemocniční režim – riziko pádu:

Při příjmu jsem u pacienta zjistila riziko pádu (viz příloha č. 2). Pacient byl seznámen s prostorovým uspořádáním oddělení, jeho pokoje, WC a koupelny. Byl poučen jak ovládat signalizaci, která umožňuje přivolání pomoci. Dle zvyklosti pracoviště bylo označeno lůžko, pacient dostal identifikační náramek příslušné barvy.

Byl informován, aby se choval opatrně, nebál se přivolat sestru, pokud bude špatně, nebo když bude potřebovat pomoci. Při pohybu vždy využívat lokomoční pomůcky (francouzské hole), dávat je na dostupné místo. Dále mu byla doporučena vhodná obuv. Manželka pacientovi druhý den místo pantoflů přinesla důchodky.

O riziku pádu byli informováni další členové zdravotnického týmu, u pacienta byl zajištěn zvýšený dohled. (21)

4. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme zpracovala případovou studii „Ošetřovatelské péče o nemocného s cholelithiázou. Při zpracování jsem využila metodu ošetřovatelského procesu. Pomocí toho jsem určila základní problémy nemocného, které jsem se ve spolupráci s ním snažila co nejlépe vyřešit.

Pacient byl hospitalizován devět dní na gastroenterologickém oddělení, kvůli dovyšetření cholelitiázy. Mezi největší priority při patřily léčba bolesti a úprava stravovacích návyků. Konečné rozhodnutí v dalším léčebném postupu mělo vyšetření MRCP. Kdy byly zjištěny žlučové kameny ve žlučníku. Pro další léčbu mu byla doporučena cholecystektomie, na kterou byl objednan v březnu.

Pacientův stav se postupně zlepšoval. Analgetická léčba byla úspěšná. Pokračovalo se v ATB léčbě. Pacient byl postupně realimentován na přísnou žlučnickovou dietu.

Devátý den propuštěn do domácího léčení do péče praktického lékaře. Byla mu nasazena přísná žlučnicková dieta, o které byl edukován spolu se svou manželkou. V mezidobí před operačním výkonem měl docházet do chirurgické ambulance na kontroly.

Operační zákrok by měl pacientovi zajistit normální bezbolestné trávení potravy. Pokud bude pacient dodržovat režimová opatření, mělo by vše proběhnout bez komplikací. I když je možnost recidivy cholelithiázy ve žlučovodech.

Po operačním zákroku bude důležitá časná a intenzivní rehabilitace vzhledem pohybovým schopnostem a možnostem. Dále by byla vodná lázeňská léčba, která by určitě zrychlila proces rekonvalescence.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA	alergická anamnéza
AIM	akutní infarkt myokardu
aj.	a jiné
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alanintransferáza
amp.	ampule
apod.	a podobně
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový test
AST	asparagin transferáza
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
Ca	vápník
Cl	chlor
cps.	kapsle
CRP	C reaktivní protein
CMP	cévní mozková příhoda
D	dýchání
Dg.	diagnóza
DK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
EDTA	etyléndiaminotetraoctová kyselina
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
ERY	erytrocyty (červené krvinky)
ESWL	extrakorporální litotrypse
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyziologické funkce
FR	fyziologický roztok
Gly	glykémie
GMT	gama-glutamyltransferáza
HCT	hematokrit

Hb	hemoglobin
hod.	hodina
CHE	cholecystektomie
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.m.	intramuskulární
IM	infarkt myokardu
INR	protrombinový čas
i.v.	intravenózní
K+C	kultivace a citlivost na antibiotika
LHK	levá horní končetina
LCHE	laparoskopická cholecystektomie
MCH	střední hmotnost hemoglobinu v erytrocytech
MCHC	střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytech
MCV	střední objem erytrocytů
MPV	střední objem trombocytů
MRCP	magnetická rezonance jater a žlučových cest a pankreatu
Na	sodík
NANDA	severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
NSB	nativní snímek břicha
OA	osobní anamnéz
oš.	ošetřovatelský
P	puls
PDK	pravá dolní končetina
PLT	trombocyty (krevní destičky)
PMK	permanentní močový katetr
PTC	perkutánní transhepatická cholangiografie
PŽK	periferní žilní katetr
P+V	příjem a výdej tekutin
RA	rodinná anamnéza
RDW	objemová variabilita erytrocytů
RTG	rentgen
SA	sociální anamnéza

s.c.	subkutánně
SED	sedimentace erytrocytů
Stp.	stav po
susp.	suspektní
K	draslík
tbl.	tableta
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USG	ultrasonografie
VCHGD	vředová choroba gastroduodenální
WBC	white blood cells (bílé krvinky)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Prof. MUDr. Radomír Čihák, DrSc.: Anatomie 2, Praha, Grada, ISBN: 80-247-0143-X
2. Karel Lukáš a kolektiv: Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry, Praha 2005, Grada, ISBN: 80-247-1283-0
3. Richard Rokyta: Fyziologie, Praha 2008, ISV, ISBN: 80-86642-47-X
4. Stanislav Trojan: Lékařská fyziologie, Praha 2003, Grada, ISBN: 80-247-0512-5
5. J. Mačák, J. Mačáková: Patologie, Praha 2004, Grada, ISBN: 80-247-0785-3
6. Emanuel Nečas a spolupracovníci: Patologická fyziologie orgánových systémů, Praha 2006, Karolinum, ISBN: 80-246-0675-5
7. Marie Brodanová a kolektiv: Onemocnění žlučníku a žlučových cest, Praha 1988, Grada, ISBN: 80-7169-562-9
8. František Vyhnálek a kolektiv: Chirurgie II, Praha 2003, Informatorium, ISBN: 80-7333-007-5
9. Pavel Klener a kolektiv: Vnitřní lékařství I, Praha 2000, Informatorium, ISBN: 80-86073-53-X
10. Pavel Klener a kolektiv: Propedeutika, vnitřní lékařství, svazek I, Praha 2003, Galén, ISBN: 80-7262-252-8
11. Miloš Hájek: Chirurgie pro praktického lékaře, Praha 1995, Grada, ISBN: 80-7169-108-9
12. U. Keller, R. Meier, S. Bertolli: Klinická výživa, Praha 1993, Scientia medica, ISBN: 80-85526-08-5
13. Jana Martínková a kolektiv: Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů, Praha 2007, Grada, ISBN: 978-80-247-1356-4
14. Slavomíra Pavlíková: Modely ošetřovatelství v kostce, Praha 2006, Grada, ISBN: 80-247-1211-3
15. Marta Staňková: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe, České ošetřovatelství 3, Brno 1999, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN: 80-7013-282-5

16. Marta Staňková: Jak provádět ošetrovatelský proces, České ošetrovatelství 4, Brno 1999, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN: 80-7013-283-3
17. Jan Vymětal: Základy lékařské psychologie, Praha 1994, Nakladatelství Jiří Kocourek, ISBN: 80-901601-3-1
18. Eva Trachtová a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno 2008, NCO a NZO v Brně, ISBN:80-7013-324-4
19. Petra Juřeníková: Základy edukace v ošetrovatelské praxi, Praha 2010, Grada, ISBN: 978-80-247-2171-2
20. <http://www.gastro-server.com/jpz/pagejidlo/zlucnikova.php>, Copyright © 2008 Darkmay s.r.o.
21. http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf, Mgr. Dita Svobodová: : Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, pracovní postup ČAS, 2007

PŘÍLOHY

č. 1 Ošetřovatelský záznam (vypracovaný Ústavem ošetřovatelství 3. LF)

č. 2 Hodnotící škály

č. 3 Monitorování bolesti

č. 4 Monitorování FF

č. 5 Záznam P+V