

Univerzita Karlova v Praze

3. lékařská fakulta

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Bakalářská práce

Ošetřování nemocné s cholecystitis

(případová studie)

Květen 2006

Eva Svobodová

obor: Všeobecná sestra

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

.....

Podpis autorky

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi pomohli překonat potíže při tvorbě bakalářské práce. Děkuji zejména paní PhDr. Marii Zvoníčkové a panu MUDr. Ahmadu Masrimu.

Obsah

1. Úvod	4
2. Klinická část	5
2.1 Cholecystitis a cholelithiasis	5
2.1.1 Cholecystitis acuta	5
2.1.2 Cholecystitis chronica	6
2.1.3 Cholelithiasis	7
2.1.4 Diagnostická vyšetření	9
2.1.5 Terapie	12
2.1.6 Cholecystektomie	13
2.2 Základní údaje o nemocné	13
2.2.1 Anamnéza	13
2.2.2 Provedená vyšetření v den přijetí	14
2.2.3 Souhrn terapeutických opatření	15
2.2.4 Medikace	16
3. Ošetrovatelská část	17
3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu	17
3.1.1 Ošetrovatelský proces podle M. Gordonové	17
3.2 Posouzení stavu pacientky při přijetí	18
3.3 Ošetrovatelská anamnéza	19
3.4 Plán ošetrovatelské péče	21
4. Psychologická a sociální část	29
5. Edukace pacientky	31
6. Závěr a prognóza	33
7. Použitá literatura	34
8. Přílohy	35

1. Úvod

Ve své bakalářské práci předkládám případovou studii nemocné s akutním zánětem žlučníku. Osmnáctiletá pacientka, s diagnózou cholecystitis acuta a cholelithiasis (podle chorobopisu), byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení pražské nemocnice v březnu 2005.

V klinické části popisuji patofyziologický a klinický obraz akutní cholecystitidy a cholelitiázy. Uvádím základní vyšetřovací metody, které slouží k diagnostice onemocnění biliárního traktu.

Ošetrovatelskou část tvoří plán ošetrovatelské péče, sestavený podle modelu Marjory Gordonové, jeho realizace a hodnocení. Následuje edukace klientky a prognóza.

2. Klinická část

2.1 Cholecystitis a cholelithiasis

2.1.1 Cholecystitis acuta

Akutní zánět žlučníku postihuje zejména osoby ve středním a starším věku. Jeho vyvolavatelem bývají nejčastěji střevní mikroorganismy, jako *Escherichia Coli*, stafylokoky, streptokoky, někdy též klostridia nebo salmonely. Do žlučníku se mohou dostat vzestupnou intraduktální cestou, ale také hematogenně nebo lymfatickými cestami. Mikroby jako původce cholecystitidy se podaří kultivačně prokázat pouze v jedné až dvou třetinách případů. Pravděpodobně je inhibují žlučové kyseliny.

Cholecystitidu může způsobit také toxické poškození sliznice žlučníku, ke kterému dochází při městnání.

Ke vzniku zánětu žlučníku přispívá cholelitiáza, avšak také naopak cholecystitida potencuje vznik žlučnickových kamenů. Obě dvě onemocnění spolu souvisí a bývá těžké posoudit, které se objevilo dříve.

Akutní cholecystitida probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní. V 95% případů jsou ve žlučníku přítomny konkrementy. Zánět probíhá edematózně, flegmonózně až gangrenózně, kdy hrozí perforace a těžká biliární peritonitida.

Při progresi zánětu se do subhepatální oblasti uvolňuje exsudát. Zpočátku je serózní, později má serofibrinózní až hnisavý charakter. Postupující zánět způsobuje slepování stěny žlučníku s okolím – s omentem, duodenem, nebo s transversem. Vzniká tak pericholecystický infiltrát. Obsah žlučníku působením fibrinu a hnisavého procesu zahušťuje a zakaluje. [10, str. 256]

Pokud dojde v krčku žlučníku k fixaci kaménku, během hojení se žluč vstřebává a rozšířený žlučník zůstává naplněn serózní nebo hlenovitou tekutinou – vzniká hydrops.

Pokud zánět recidivuje nebo se udržuje v chronické formě, přičemž ductus cysticus je uzavřený, naplňuje se žlučník hnisem a vytváří se empyém. [1, str. 1099].

Klinický obraz

Zánět žlučníku se může projevovat jako prostá biliární kolika. Na jeho rozvoj se usuzuje tehdy, trvají-li obtíže déle než 6 hodin. Mnohdy bývají nemocní schvácení, s vysokými horečkami, provázenými třesavkou a zimnicí. Bolest je velmi silná a trvalá, zhoršuje se s každým otřesem – pacient proto setrvává v úlevové poloze a vyhýbá se pohybu. Může být přítomna nevolnost a zvracení, plyny špatně odcházejí a břicho je výrazně palpačně citlivé v pravém podžebří. Mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění. Nemocný má tachykardii, povrchně dýchá. Nález per rectum bývá negativní.

Podobný klinický obraz jako cholecystitis acuta může mít prostá biliární kolika, akutní pankreatitida, subhepatálně nebo latero-caekálně uložený appendix slepého střeva. V úvahu připadá i těžká akutní hepatitida.

2.1.2 Cholecystitis chronica

Chronický zánět žlučníku může vznikat buď pozvolně, nebo se vytvoří jako následek prodělané akutní cholecystitidy – jednorázové nebo opakované.

Při chronické cholecystitidě je stěna žlučníku vazivově přeměněná, takže je nepoddajná, ztluštělá a tuhá. Sliznice může zcela chybět, nebo je znatelně poškozená – zánětlivě červená, někdy pokrytá vředy.

Chronickou cholecystitidu mohou způsobit stejné mikroorganismy, jako u formy akutní. Zánět však může vznikat také v důsledku regurgitace pankreatické šťávy, která chemicky dráždí sliznici žlučníku. Příčiny mohou být rovněž metabolické, které spočívají v ukládání cholesterolu a jeho esterů ve stěně žlučníku.

Klinický obraz

Na chronickou cholecystitidu usuzujeme v případech, kdy jsou v anamnéze opakované cholecystitidy akutní. Na chronický zánět žlučníku nepoukazují žádné typické příznaky, bývá spíše přítomen soubor nespecifických dyspeptických obtíží po jídle.

Nejčastějšími komplikacemi chronické cholecystitidy jsou opakované exacerbace akutní cholecystitidy. Hrozí vznik jaterního nebo subfrenického

abscesu, akutní i chronické pankreatitidy. Chronický zánět žlučníku přispívá ke vzniku velmi zhoubného a těžko rozpoznatelného karcinomu žlučníku. [10, str. 257].

Cholelitiáza patří k velmi častým onemocněním. V České republice je postiženo cholecystolitiázou asi 20 – 30% obyvatelstva. [10, str. 254]. V USA postihuje cholelitiáza 12% populace [11, str. 23]. Onemocnění se vyskytuje u žen častěji než u mužů.

2.1.3 Cholelithiasis

„Silnými rizikovými faktory pro vznik symptomatické cholelitiázy jsou pozitivní rodinná anamnéza (provedení cholecystektomie u příbuzného prvního stupně) a obezita, tzn. BMI > 30.“ [11, str. 23]. Ke vzniku symptomatické cholelitiázy přispívá i rychlý úbytek hmotnosti o více než 1,5 kg týdně. Rizikové je také opakované ubývání a přibývání, nazývané jojo-efekt.

Tvorbou žlučových kamenů jsou více než ostatní skupiny obyvatel ohroženi nemocní s metabolickými chorobami, zejména diabetem, pacienti s poškozením jater (jaterní cirhózou) a onemocněními tenkého a tlustého střeva. Ke vzniku žlučových kamenů přispívají hormonální změny v těhotenství a vysoký obsah estrogenů v antikoncepčních tabletách. Ženy bývají postiženy častěji než muži.

Kameny se ve žlučníku tvoří z látek, které jsou běžnými součástmi žluči – z cholesterolu, z bilirubinu nebo z vápenatých solí. Typy kamenů:

Cholesterolové – obsahují 60-90% cholesterolu, z dalších látek pigmenty, soli vápníku, bílkoviny a hlen. Vyskytují se v 80% případů cholelitiázy. Jsou světle zbarvené a bývají solitérní.

Smíšené – vyskytují se v 5% případů a obsahují 20-60% cholesterolu. Bývají nahnědlé, ve větším množství, s ploškami v místech vzájemného dotyku – fasetované.

Pigmentové – vyskytují se asi v 15 %. Na jejich složení se podílí pigmenty a soli vápníku, jsou proto RTG kontrastní. Cholesterolu obsahují méně než

30%. Jsou černé nebo tmavě hnědé, vznikají u biliární obstrukce, infekcí žlučových cest, hemolytických stavů. [2, str. 43].

Nejčastěji se vyskytující konkrementy, které obsahují vyšší podíl cholesterolu, vznikají v důsledku zvýšené hladiny cholesterolu v krvi a v souvislosti s urychlenou tvorbou cholesterolových krystalizačních jader. Ke vzniku cholelitiázy přispívá také přebytek žlučových kyselin. Svou roli hraje rovněž snížená motilita žlučníku.

Klinický obraz

Mnoho případů cholelitiázy je němých. Manifestuje se pouze jedna až dvě třetiny onemocnění. Buď se dostaví typický obraz biliární koliky, nebo se může projevit tzv. dyspeptická forma. Ta spočívá v nástupu nespecifických obtíží, jako jsou nauzea, zvracení, říhání nebo plynatost, po přijetí tučné stravy.

Biliární kolika se manifestuje zejména tehdy, když se konkrement ze žlučníku uvolní a při průchodu cystikem nebo choledochem daný ductus dočasně uzavře. V popředí klinického obrazu je silná, náhle vzniklá, kolikovitá bolest, nejčastěji lokalizovaná v pravém podžebří, která může vystřelovat do zad pod pravou lopatku. Provokujícím momentem bývá obvykle dietní chyba (pozření tučného masa, vajec, čokolády), může to být však i psychické rozrušení nebo stresová situace.

Bolest nutí pacienta popocházet a vyhledávat úlevovou polohu. Bývá přítomno také zvracení a nevolnost. Břicho může být nafouklé, protože plyny ani stolice neodcházejí. V pravém podžebří je bolest nesilnější, ale při palpaci břicha nejsou přítomny známky peritoneálního dráždění.

Klinický obraz podobný biliární kolice mohou vyvolávat i další onemocnění. Z gastrointestinálních jsou to akutní gastritida, žaludeční nebo duodenální vřed, hiátová hernie, subhepatálně uložený apendix slepého střeva, dále také akutní pankreatitida, ledvinová onemocnění, zejména pravé ledviny, a infarkt myokardu.

Cholecystolitiáza bývá příčinou akutní i chronické cholecystitidy, která v nejtěžších případech probíhá gangrenózně, může perforovat a být příčinou

těžké biliární peritonitidy. Při obstrukci choledochu vzniká akutní pankreatitida doprovázená obstrukčním ikterem.

2.1.4 Diagnostická vyšetření

Nativní RTG břicha

Přestože rentgenové vyšetření znamená pro pacienta radiační zátěž, stále hraje důležitou roli v diagnostice abdominální bolesti (například zobrazení hladinek ve střevě prokáže ileus). Kontraindikováno je v graviditě.

Pokud žlučové kameny obsahují vápenaté soli, jsou RTG kontrastní a tudíž se na nativním snímku břicha objeví. Kameny, které RTG kontrastní nejsou, zesílení stěny žlučníku ani přítomnost tekutiny v jeho okolí však rentgenem zobrazit nelze. Proto se při diagnostice onemocnění žlučových cest používá ultrazvukové vyšetření.

Ultrasonografie

Při podezření na cholecystitidu nebo cholelitiázu je ultrasonografie vyšetřovací metodou první volby. Dokáže odhalit 99% žlučnickových konkrementů. Zřetelně zobrazuje obsah žlučníku (př. zahuštěnou žluč), ale i jeho stěnu a okolí. Sonograficky je proto možné prokázat cholecystitidu, je-li přítomno ztlustění stěny a tekutina v okolí žlučníku. Lze zjistit, zda jsou dilatovány žlučové cesty.

Ultrasonografie je také považována za velmi dobrou metodu ke sledování průběhu akutní pankreatitidy, která může být komplikací cholelitiázy. Sonograficky lze prokázat změnu velikosti pankreatu nebo nástup pankreatické nekrózy, přítomnost tekutiny apod.

Výpočetní tomografie

Využívá se při podezření na nádory žlučníku, pro diagnostiku cholelitiázy se používá výjimečně. Význam má při rozvoji komplikací cholelitiázy a cholecystitidy ve smyslu postižení pankreatu po obstrukci žlučových cest.

Magnetická rezonance

„V současné době se rozšiřuje použití této metody pro zobrazení žlučovodů, její citlivost se přibližuje přímé cholangiografii.“ [2, str. 124].

Vyšetření magnetickou rezonancí je však nákladné a hůře dostupné, takže se pro rutinní vyšetřování žlučových cest nepoužívá.

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

Vyšetření znamená zavedení endoskopu do duodena, kanylaci vaterské papily flexibilní kanylou a aplikaci kontrastní látky do žlučovodů. Vyšetření je náročné po všech stránkách – musí jej provádět zkušený endoskopista a rentgenolog, aby se podařila kanylace a zobrazení žlučovodů, snímky měly co největší výpovědní hodnotu a pacient byl vystaven co nejnižší dávce RTG záření (radiační zátěž ERCP pro nemocného i personál je vysoká vždy).

Vyšetření se provádí, když se pátrá po příčině cholestázy nebo když je podezření na patologii nebo anomálii žlučových cest. Indikováno je předoperačně před cholecystektomií i pooperačně, při výskytu choledocholitiázy a jiných komplikací.

ERCP může být terapeutickým výkonem, pokud se odstraňují konkrementy ze žlučovodů nebo pokud se uvolní odtok žluči u biliární akutní pankreatitidy (papilosfinkterotomií). Akutní pankreatitidy, které nemají biliární příčinu, však vyžadují odložení vyšetření až na dobu po zklidnění stavu [2, str. 126].

Perkutánní transhepatální cholangiografie

Nástřik žlučovodů kontrastní látkou po punkci provedené přes jaterní parenchym se provádí zejména tehdy, je-li kontraindikováno ERCP, nebo v případech, kdy se ERCP nezdaří (stenóza pyloru, resekce žaludku II. typu).

Cholangiografie

Jedná se o rentgenové vyšetření, které se provádí peroperačně při cholecystektomii nebo revizi žlučovodů. Kontrastní látka se kanylou nebo punkcí vpraví do ductus cysticus. Zjišťuje se přítomnost konkrementů a dalších patologických změn ve žlučových cestách. Použití peroperační cholangiografie minimalizuje riziko výskytu reziduálních

postcholecystektomických kamenů ve žlučových cestách, tzn. snižuje výskyt postcholecystektomického syndromu. [2, str. 123-172].

Laboratorní vyšetření

Při podezření na onemocnění biliárního traktu se indikují tato laboratorní vyšetření:

Bilirubin – zvýšená hladina celkového bilirubinu v krvi může mít příčiny hepatocelulární (hepatitida, cirhóza, těžké infekce) nebo cholestatické (intra i extrahepatální cholestáza). Ke zvýšení však mohou přispět i některé léky (tetracyklin, indomethacin, hormonální preparáty). Je-li překážka ve žlučovodech, bilirubin zpracovaný jaterní buňkou, tzn. konjugovaný, nemůže postupovat do duodena a vrací se zpět do jater. Dostává se do krevního oběhu. Protože je dobře rozpustný ve vodě, objevuje se v moči. Ta je tmavá, až v barvě Coca Coly. Při úplném uzávěru žlučovodů odchází světlá acholická stolice – znamená minimální přítomnost bilirubinu ve střevě. Nález bilirubinu v moči je vždy patologický, protože je důkazem vysoké sérové hladiny konjugovaného bilirubinu.

Hranice hladiny bilirubinu v séru jsou 4-20 $\mu\text{mol/l}$.

ALP – alkalická fosfatáza – je zvýšená při cholestázách všech příčin. Mírně zvýšená je fyziologicky v období růstu (do 7,5 $\mu\text{kat/l}$). V dospělosti se pohybuje v rozmezí 0,7 – 2,1 $\mu\text{kat/l}$ u žen a 0,9-2,3 $\mu\text{kat/l}$ u mužů.

GMT – gamaglutamyltranspeptidáza – její zvýšené hodnoty nalézáme u cholestáz a jaterních lézí a u chronického alkoholismu. Fyziologicky je její hladina 0,17-1,10 $\mu\text{kat/l}$ u žen a 0,25-1,77 $\mu\text{kat/l}$ u mužů.

Cholesterol – hladina celkového cholesterolu by měla být 4,5 – 5,2 mmol/l . Zvýšená bývá často, a to u hyperlipoproteinémií, cholestázy, diabetu, nefrotického syndromu, mentální anorexie, u pacientů léčených kortisolem a androgeny. Vyšetření hladiny cholesterolu se obvykle doplňuje i o stanovení LDL a HDL, z důvodu prevence aterosklerózy.

Aminotransferázy – ALT (referenční meze 0,15-0,96 $\mu\text{kat/l}$) je zvýšená u těžkých hepatitid, obstrukčního ikteru, a toxického poškození jater. AST

(0,22-0,87 μ kat/l) dosahuje vyšších hodnot ze stejných příčin jako ALT a dále z příčin kardiálních (infarkt myokardu, srdeční operace).

Zánětlivé parametry – podezření na akutní cholecystitidu může být provázeno zvýšením leukocytů, rychlejší sedimentací a zvýšenou hladinou CRP (norma je do 5 mg/l). Zvýšené hodnoty zánětlivých parametrů prokazují přítomnost zánětu v organismu.

Amyláza a lipáza – jejich zvýšené hladiny v séru poukazují na akutní pankreatitidu. Jedna z příčin jejího vzniku je obstrukce žlučových cest při cholelitiáze - jedná se o komplikaci biliární koliky. Výše hladiny lipázy při akutní pankreatitidě není přímo úměrná závažnosti onemocnění a klesá pomaleji než sérová amyláza. Fyziologicky se rozmezí sérové amylázy udává mezi 1,17-5,0 μ kat/l, lipázy 0,10-3,16 μ kat/l. [7, str. 697-706]

2.1.5 Terapie

Akutní cholecystitis i cholelithiasis vyžadují klid na lůžku, zpočátku nic per os a hydrataci parenterální cestou. Podávají se spasmolytika, analgetika a studené obklady na pravé podžebří. V prvních hodinách se nedoporučuje podávat antibiotika ani opiáty, aby bylo možné včas zjistit případné příznaky peritoneálního dráždění.

Při progresi nálezu na břicho nebo při vzniku komplikací je nezbytné neodkladné chirurgické řešení. Po zmírnění obtíží se přechází na čajovou dietu a po dvou dnech na žlučníkovou.

Laparoskopická, řidčeji klasická cholecystektomie, je jedinou možnou terapií, která zbaví nemocného obtíží. Výkon se má provést co nejdříve po nálezu cholelitiázy. Každá recidiva biliární koliky znamená pro pacienta bolest a trápení, v neposlední řadě také přináší riziko vzniku komplikací.

Žlučníkové kameny složené z cholesterolu lze odstranit konzervativně podáváním derivátů žlučových kyselin. Touto cestou však není možné odstranit všechny typy kamenů, navíc je spojena s velkým rizikem recidiv. Provádí se výjimečně. [10, str. 255].

2.1.6 Cholecystektomie

Poprvé byla cholecystektomie provedena J. C. Langenbuchem v roce 1882 v Berlíně. V České republice o devět let později, roku 1891 (chirurg Karel Maydl).

Nyní se výkon provádí buď laparoskopicky, nebo klasickou cestou – ze šikmého nebo transversálního řezu v pravém podžebří, a to retrográdním nebo anterográdním postupem.

Podle časového rozpětí mezi okamžikem diagnostiky cholelitiázy (cholecystitidy) a dobou operace se rozlišují čtyři formy:

Urgentní cholecystektomie – život zachraňující výkon, neodkladný

Akutní cholecystektomie – provedena do 72 hodin od začátku potíží

Odložená cholecystektomie – 9.-12. den začátku onemocnění

Plánovaná (pozdní) – za 4-6 týdnů po akutní hospitalizaci, většinou se provádí laparoskopicky [2, str. 218].

2.2 Základní údaje o nemocné

Pacientka X. Y. byla přijata na JIP oddělení chirurgie pražské nemocnice 2.3. 2005 v 8:30 hod. Pacientce je 18 let, měří 166 cm, váží 38 kg. Je svobodná, trvale bydlí v Praze.

Diagnózy při přijetí:

R 10.0 - colica abdominalis acuta

K 80.0 – cholelithiasis et cholecystitis acuta

F 50.0 – anorexia mentalis

Susp. K 85.0 – susp. pancreatitis acuta

2.2.1 Anamnéza

RA: oba rodiče zdraví, sourozence nemá, babička z matčiny strany podstoupila v 54 letech cholecystektomii

OA: v raném věku prodělala plané neštovice, příušnice, zarděnky. V 10ti letech spálu. Před třemi měsíci začala docházet na dětskou kliniku Ke Karlovu, kde se ambulantně léčí pro mentální anorexii. Operaci žádnou

nepodstoupila, z úrazů zlomenina levé horní končetiny v sedmi letech. Transfúzi nedostala, kortikoidy neužívala ani neužívá. Nekuřačka, alkohol pije výjimečně.

AA: pyly (trávy), léky 0.

NO: Přichází pro silné bolesti břicha trvalého charakteru, které trvají asi 8 hodin. Bolest vychází z pravého mezogastria až podžebří a vystřeluje do zad. Nemocná nezvracela, avšak má nauzeu od nástupu obtíží. Stolicí měla naposledy včera.

FF: TK 108/58, P 86', 14 dechů/min.

Pacientka je při vědomí, spolupracující, orientována. Je výrazně hypotrofická, mírně dehydratována. Na kostře, svalstvu ani kůži nejsou přítomny defekty, srdeční akce je pravidelná, 2 ohraničené ozvy. Břicho dýchá celé, je měkké, prohmatné, výrazně palpační bolestivost v pravém mesogastriu až pravém podžebří. Peristaltika je přítomna. Nejsou známky peritoneálního dráždění. Nález per rectum je normální.

2.2.2 Provedená vyšetření v den přijetí

Sonografie

Pankreas bez patologického nálezu, játra v oblouku žeberním, ve žlučníku několik konkrementů asi 5mm velkých, ztlustělá stěna o síle 4mm, pod játry malé množství tekutiny. Žlučovody nejsou dilatovány. Obě ledviny jsou přiměřené velikosti a polohy, bez dilatace dutého systému. Slezina je nezvětšená, homogenní. Závěr: cholecystolithiasis, cholecystitis acuta. Ostatní orgány dutiny břišní bez patologických nálezů.

Laboratorní vyšetření krve

- krevní obraz: leukocyty $3,1 \times 10^9/l$, erytrocyty $3,93 \times 10^{12}/l$, hemoglobin 123 g/l, hematokrit 0,361, trombocyty $182 \times 10^9/l$.
- FW 10/20
- CRP 6 mg/l
- Glykémie 3,5 mmol/l
- Na 145 mmol/l

- K 4,8 mmol/l
- Cl 102 mmol/l
- Urea 6,7 mmol/l
- AST 10,10 μ kat/l
- ALT 6,55 μ kat/l
- ALP 2,26 μ kat/l
- amyláza v séru 7,05 μ kat/l
- lipáza 51,54 μ kat/l
- bilirubin 38 μ kat/l

2.2.3 Souhrn terapeutických opatření

Dieta – nic per os

Klid na lůžku

Monitorace fyziologických funkcí

TT, P, TK á 3 hod.

Odběry krve na krevní obraz a biochemii

Infúze 500 ml G 5% + 15 ml 10% NaCl na 3 hod.

Cefalotin 750 mg ve 100 ml F1/1 po 6ti hod.

Buscopan 1 amp. ve 20 ml F1/1 bolus a dále kontinuálně 20ml/6 hod.

Tramal 50 mg i. m. á 6 hod.

Priessnitzův obklad na břicho.

Bilance tekutin za 24 hod., kontrola specifické váhy moči.

Sonograficky prokázána cholecystitis acuta s cholelitiázou, laboratorní hodnoty poukazují i na akutní pankreatitis (lipáza 51,54 μ kat/l, amyláza v séru 7,05 μ kat/l). Byla zahájena konzervativní terapie (spasmolytika, analgetika, antibiotika a infúzní terapie) a monitorace fyziologických funkcí na JIP. Pokud nedojde k progresi nálezů, chirurgický výkon se odloží –

z interního hlediska by byl riskantní, nemocná je velmi kachektická (BMI 13,79).

2.2.4 Medikace

Buscopan – účinná látka scopolamini butylbromidum. Spasmolytikum a parasympatolytikum. Spasmolyticky působí zejména na hladkou svalovinu gastrointestinálního traktu.

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, glaukom, tachyarytmie, cystická fibróza, retence moči, střevní atonie, střevní neprůchodnost.

Nežádoucí účinky: objevují se relativně často i při podávání terapeutických dávek. Patří k nim sucho v ústech, mydriáza, tachykardie, zácpa, retence moči.

Interakce: účinná látka zpomaluje evakuaci žaludku, tj. ovlivňuje resorpci léků podaných perorálně.

Cefalotin – účinná látka – cefalotinum. Širokospektré baktericidní antibiotikum cefalosporinové řady, s vysokou účinností zejména na grampozitivní mikroorganismy.

Kontraindikace: přecitlivělost na cefalosporinová antibiotika.

Nežádoucí účinky: alergické reakce, zvýšené hodnoty jaterních transamináz, superinfekce rezistentními mikroorganismy, hemolytická anémie.

Interakce: Současné podávání aminoglykosidových antibiotik nebo furosemidu zvyšuje nefrotoxický účinek cefalotinu.

Tramal – účinná látka – tramadoli hydrochloridum. Analgetikum. Používá se při střední až silné bolesti různého původu.

Kontraindikace: přecitlivělost na tramadol, intoxikace alkoholem, hypnotiky, opiáty a centrálně působícími analgetiky.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, sucho v ústech, riziko vzniku závislosti

Interakce: účinek tramadolu snižuje carbamazepin, tramadol sám naopak potencuje účinek léčiv tlumících CNS. Podávání tramadolu spolu s inhibitory MAO vede k závažným nežádoucím účinkům.

3. Ošetrovatelská část

3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je interaktivní způsob řešení ošetrovatelských problémů a současně systematická, individualizovaná cesta k naplnění cílů ošetrovatelské péče. Jedná se o vědecký systematický přístup, který vyžaduje znalosti, zamyšlení a schopnost úsudku. Pět fází ošetrovatelského procesu tvoří anamnéza, sestavení ošetrovatelských diagnóz, plánu péče, jeho realizace a zhodnocení.

Ošetrovatelský proces lze aplikovat ve všech sférách ošetrovatelské péče – v nemocnicích, v ambulantní i terénní péči. Je kladen důraz zejména na holistické pojetí nemocného – snažíme se mu pomoci v oblasti biologické, sociální, duševní i duchovní. Údaje o nemocném se získávají jeho pozorováním (objektivní data), rozhovorem s klientem (subjektivní data) a rozhovorem s jeho blízkými, pokud nemocný souhlasí. Zjištěné problémy se formulují jako ošetrovatelské diagnózy a na jejich základě se sestavuje plán ošetrovatelské péče. Vytyčí se cíle, kterých by bylo žádoucí dosáhnout, a vypracuje se postup, který umožní jejich dosažení. Tvorby plánu ošetrovatelské péče by se měl účastnit i pacient. [12]

Sestra pracuje s klientem podle ošetrovatelského plánu, který sestavila, a do dokumentace zaznamenává průběh jeho realizace. V poslední fázi plán péče zhodnotí – zaměřuje se na to, zda dosáhla cílů, které si stanovila.

3.1.1 Ošetrovatelský proces podle modelu Marjory Gordonové

Model Marjory Gordonové se nazývá „Model fungujícího zdraví“. V porovnání s ostatními modely pojímá člověka nejkompexnějším způsobem. Jeho rámec tvoří dvanáct oblastí: vnímání zdravotního stavu, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, kognitivní a percepční schopnosti, sebekoncepce a sebeúcta, mezilidské vztahy, sexualita, zvládání stresových situací, víra, a oblast jiné, kde sestra může zmínit jakýkoliv problém, který nezapadá do kategorií předchozích.

Sestra sbírá údaje podle jednotlivých oblastí, vyhledává, kde má pacient těžkosti a potíže a následně sestavuje plán ošetrovatelské péče. [9, str. 167].

3.2 Posouzení stavu pacientky při přijetí

Osmnáctiletá pacientka, na první pohled výrazně kachektická, zaujímá na lehátku úlevovou polohu vsedě, s koleny přitaženými k břichu a s hlavou skloněnou a opřenou o kolena. Je při vědomí, bledá, vyčerpaná. Na první pohled nejsou patrné na pokožce žádné léze. Udává stupeň bolesti číslo 8 na desetistupňové škále.

Vstupní ošetrovatelská péče

Zavedení intravenózní kanyly (hřbet levé horní končetiny) a současně odebrání krve na hematologii (krevní obraz) a biochemii (minerály, jaterní testy, amyláza a lipáza). Pacientka je uložena do lůžka, jsou připevněny elektrody a je zahájena monitorace fyziologických funkcí. Na počátku monitorace je TK 105/55, P 82', 16 dechů/min. Nemocná je afebrilní, 36,3°C.

Pomalou intravenózní injekcí je podán Buscopan 1 amp. ve 20 ml F1/1. Poté je napojena infúze 500 ml 5% glukózy s 15ml NaCl přes infuzní pumpu na 3 hodiny a Buscopan injektomatem 1 amp. ve 20ml F1/1 na 6 hodin. Pacientce je přiložen na bolestivou oblast břicha Priessnitzův obklad. Je poučena o nutnosti klidového režimu na lůžku a možnostech kontaktování sestry.

Pacientka ve chvílích po přijetí potřebovala zejména klid a možnost odpočinku a spánku, protože byla velmi vyčerpaná. Podrobnější údaje pro ošetrovatelskou anamnézu byly proto sebrány až odpoledne, kdy byli dotázáni také rodiče pacientky.

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

1/ Vnímání vlastního zdraví

Osmnáctiletá pacientka je hospitalizována poprvé. Léčí se pro mentální anorexii. Tři měsíce dochází do poradny specializované na poruchy příjmu potravy. Během posledního měsíce přibrala 2 kilogramy.

Rodiče dívky sdělují, že jejich dcera s léčbou mentální anorexie souhlasí (pouze v ambulantní formě, nechce být hospitalizována). Uvědomuje si, že je důležité, aby přibrala, aby se cítila zdravá a nebyla tolik unavená. Z nárůstu hmotnosti o 2 kg měla radost celá rodina, včetně pacientky samotné.

2/ Výživa a metabolismus

Nyní pacientka nesmí přijímat žádnou potravu ani tekutiny, je zajištěna parenterální výživa. Je zavedena periferní intravenózní kanyla na hřbet levé horní končetiny, po úvodních infúzích glukózy a Hartmannova roztoku se přechází na parenterální výživu „all in one“, připravenou do vaku na 24 hodin v lékárně podle aktuálních výsledků biochemických vyšetření krve.

Doma se klientka stravuje formou četných malých porcí, preferuje zdravou výživu, je vegetariánka. Má ráda jablka a různé druhy zelených čajů s příchutí.

Pacientka je kachektická, BMI 13,79. Má mírně snížený kožní turgor. Kůže je bledá, suchá, bez zjevných defektů, sliznice růžové. Vlasy má jemné, slabé, lámou se. Nehty na rukou se třepí.

3/ Vylučování

Pacientka neudává žádné obtíže nebo bolest při mikci ani při vyprazdňování stolice. Na stolicí chodí jedenkrát za dva dny. Zvracení neguje. Nadměrným pocením netrpí.

4/ Aktivita a cvičení

Klientka pravidelně necvičí, dříve ráda plavala. Nyní se při sportu příliš rychle unaví. Ráda však chodí na procházky do přírody. Denně navštěvuje

střední školu (gymnázium), ve volném čase si ráda čte krásnou literaturu. Úroveň soběstačnosti pacientky je snížena nynějším onemocněním.

5/ Spánek a odpočinek

Pacientka neudává žádné obtíže s usínáním, s kvalitou spánku ani s probouzením. Spí obvykle asi 8 hodin. Před usnutím si ráda čte. Je zvyklá spát ve tmě, se staženými žaluziemi. Cítí se unavená během dne, ale spát v jinou denní dobu než večer nechodí.

Nejraději odpočívá v přírodě na dlouhých procházkách.

6/ Kognitivní a percepční schopnosti

Pacientka neudává žádné obtíže se sluchem nebo se zrakem, objektivně vidí a slyší dobře. Hovoří plynule, tiše, velmi zdvořile a spisovně. Odpovídá přiléhavě. Je při vědomí, plně orientována osobou, časem i prostorem.

Potíže s pamětí nemá, nové informace si zapamatuje snadno. Ve škole prospívá velmi dobře, po celou dobu studia na gymnáziu má vyznamenání.

Udává silnou akutní bolest břicha v pravém podžebří. Bolest mírní úlevová poloha vsedě s pokrčenými koleny, přitaženými k břichu. Zhoršuje ji jakýkoliv pohyb. Klientka si na bolest sama nestěžuje, nepláče, avšak na intenzitu bolesti lze usuzovat z mimického výrazu tváře. Na dotaz při příjmu udala stupeň č. 8 na desetistupňové škále bolesti.

7/ Vnímání sebe sama – sebepojetí a sebekoncepce

Na toto téma jsem z důvodů akutního stavu s pacientkou nehovořila.

8/ Role a mezilidské vztahy

Pacientka bydlí ve společné domácnosti s oběma rodiči. Na jejich návštěvu se očividně těší. Do poradny pro poruchy příjmu potravy dochází společně s otcem. Se spolužáky ve škole má přátelské vztahy.

S ošetřujícím personálem komunikuje bez obtíží, podrobuje se léčebnému režimu bez výhrad.

9/ Sexualita a reprodukce

Pacientka měla menarché v 15ti letech, nyní asi 6 měsíců menses nemá. V akutním stavu jsem další informace nezjišťovala.

10/ Vyrovnávání se se stresem

Podle objektivního sledování klientky i podle sdělení jejích rodičů lze pacientku charakterizovat jako velmi svědomitou a pečlivou. V náročných životních situacích bývá úzkostná. Je uzavřená, někdy bývá plačtivá. Téměř nikdy se nerozčiluje.

11/ Žebříček hodnot a víra

Pacientka považuje za nejdůležitější brzy se uzdravit a být co nejdříve doma – postrádá také spolužáky. Snaží se pilně studovat, do budoucna by se ráda věnovala nějaké smysluplné činnosti (loňské léto brigádně pracovala jako ošetřovatelka v domově důchodců). Ani pacientka ani její rodiče nejsou aktivně věřící.

12/ Jiné

Maminka pacientky má velké obavy z toho, aby dívka během hospitalizace neztratila drahocenné dva kilogramy, když konečně začala přibírat, a aby v okamžiku, kdy bude moci přijímat tekutiny a stravu, opravdu jedla a pila.

3.4 Plán ošetřovatelské péče

Ošetřovatelské diagnózy, uvedené níže, byly postupně stanovovány během prvního dne hospitalizace.

Přehled ošetřovatelských diagnóz

1. Akutní bolest břicha v souvislosti s nynějším onemocněním
2. Snížení objemu tělesných tekutin v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem
3. Úzkost a strach v důsledku hospitalizace
4. Riziko pádu a poranění v důsledku slabosti a dehydratace
5. Porucha výživy v důsledku současného onemocnění
6. Riziko vzniku infekce z důvodu intravenózní aplikace léků a parenterální výživy

1/ Akutní bolest břicha v souvislosti s nynějším onemocněním

Cíl:

- Do deseti minut po podání analgetika a spasmolytika se sníží bolest alespoň o dva stupně.
- Do tří hodin od přijetí bude bolest na stupni č. 4 na desetistupňové škále bolesti (VAS – visual analogical scale).
- Pacientka nebude udávat zesílení intenzity bolesti.
- Bolest nebude příčinou poruch spánku.

Plán:

- Spasmolytikum (Buscopan 1 amp. ve 20 ml F1/1 i. v.) a analgetikum (Tramal 50 mg. i. m.) podat co nejdříve, tj. ihned po uložení pacientky do lůžka, napojení na monitor a kontrole fyziologických funkcí. Dále podávat spasmolytika a analgetika podle indikací lékaře.
- Doporučit pacientce úlevovou polohu vleže na boku, schoulit se „do klubíčka“ – ihned.
- Zajistit vhodné podmínky k odpočinku – klid, šero sklopením žaluzií, pacientku zbytečně nebudit.
- Při probuzení se optat na intenzitu bolesti – je introvertní, sama si nepostěžuje.
- K určení intenzity bolesti používat škálu bolesti.
- V noci sledovat po 1-2 hodinách zda pacientka klidně spí a ráno se dotázat na kvalitu spánku.

Realizace a hodnocení:

Po zavedení i.v. kanyly, uložení pacientky, napojení na monitor a změření fyziologických funkcí jsem podala pomalou intravenózní injekcí 1 amp. Buscopanu ve 20 ml F1/1 a 50 mg Tramalu intramuskulární injekcí. Po aplikaci Priessnitzova obkladu na břicho jsem nemocné vysvětlila úlevovou polohu vleže na břiše, „v klubíčku“. Pacientka však preferovala polohu vsedě s pokrčenými koleny přitaženými k břichu. Po deseti minutách

udávala stále bolest o intenzitě 8. Za dalších deset minut si lehla na bok, do klubíčka, a usnula. Za tři hodiny po přijetí udávala intenzitu bolesti č.3.

Druhý den hospitalizace byl podle indikací lékaře dále kontinuálně podáván Buscopan 1 amp. ve 20 ml F1/1 na 6 hodin a Tramal 50 mg intramuskulárně po 6ti hodinách. Pacientka udávala, že má jen malou bolest, stupeň 1-2 na škále bolesti. Zesílení intenzity bolesti nebylo po oba dva dny zaznamenáno. V noci klientka klidně spala 7-8 hodin.

2/ Snížení objemu tělesných tekutin v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem (nauzea, nepřijímání stravy ani tekutin po 8 hodin)

Cíl:

- Pacientka bude mít kožní turgor v normě.
- Pacientka nebude mít oschlé rty.
- Bilance příjmu a výdeje tekutin budou v rovnováze.
- Specifická váha sbírané moči za 24 hod. nebude vyšší než 1020.
- Pacientka nebude trpět nauzeou a nebude zvracet.

Plán:

- Bezodkladně zahájit infúzní terapii dle indikací lékaře.
- Sledovat bilance tekutin a zaznamenávat je do ošetřovatelské dokumentace.
- Trpí-li pacientka žízní, navlhčit rty. Ošetřit suché rty vhodným prostředkem, aby nepraskaly.
- Za 3 a 6 hod. po přijetí zkontrolovat specifickou váhu moči.
- Při kontrole fyziologických funkcí, tj. á 3 hod., se dotázat nemocné na nauzeu.

Realizace a hodnocení:

První infúze byla zahájena ihned poté, co se pacientka uložila na lůžko. Provedla jsem záznam do ošetřovatelské dokumentace. Pacientka se

vymočila až 4 hodiny po přijetí, 200 ml/spec. váha 1040. Za další tři hodiny bylo množství moči 450 ml a spec. váha 1025.

Bilance za 24 hodin byly vyrovnané (příjem 2850 ml, výdej 2500 ml). Specifická váha moči je 1008. Od druhého dne hospitalizace bylo možné začít s příjmem p. o. Klientce jsme uvařili její oblíbený čaj. Dopoledne jej přijímala po lžičkách, odpoledne již popíjela po doušcích. Za 12 hodin příjem p. o. 600 ml.

Pacientka v den přijetí ani následující den nezvracela, ani netrpěla nauzeou. Druhý den hospitalizace již neměla oschlé rty, a kožní turgor byl již v normě.

3/ Úzkost a strach v důsledku hospitalizace

Cíl:

- Pacientka sdělí, že se cítí dostatečně informována o svém zdravotním stavu. Nebudou přítomny objektivní známky strachu a úzkosti (napjatý výraz ve tváři, zvýšená ostražitost, plačtivost, třes rukou, opakované dotazy, nespavost...).
- Pacientka bude pravdivě informována o všech úkonech, které ji čekají.
- Pacientka bude komunikovat s personálem ošetrovatelské jednotky.
- Pacientce bude umožněn kontakt s blízkými osobami (rodiče).

Plán:

- Komunikovat s pacientkou. Snažit se navodit příjemnou přátelskou atmosféru.
- Pravdivě informovat o všech ošetrovatelských úkonech.
- Podporovat návštěvy rodičů.
- Zajistit pacientce soukromí při hygieně a při vyprazdňování.

Realizace a hodnocení:

Při příjmu jsme dívce vysvětlili všechny úkony, které ji čekají – zavedení i.v. kanyly, infúzní terapie, přilepení elektrod a napojení na monitor, měření

fyziologických funkcí po třech hodinách. Snažili jsme se tak o navození atmosféry důvěry a odstranění „strachu z neznáma“.

Nemocná komunikovala se všemi členy ošetřujícího týmu. Sama však hovor nikdy nezačala, sama si nepostěžovala vůbec na nic. Je potřeba ji opakovaně vybízet, aby se nestyděla kontaktovat sestru, když potřebuje na toaletu, nebo když má bolesti.

Lůžko pacientky jsme od ostatních lůžek na boxe oddělili paravánem, aby klientka měla co nejvíce soukromí. Snažili jsme se ji povzbudit informacemi, že za ní mohou přijít její blízcí na návštěvu. Příchod rodičů pacientku potěšil.

Druhý den trávila asi hodinu dopoledne a dvě hodiny navečer četbou oblíbené knihy. Na dotaz sdělila, že se cítí dobře informována o svém zdravotním stavu a o dietě, kterou bude muset dodržovat v následujících dnech. Žádné dotazy neměla.

Přes veškerou snahu ošetřovatelského týmu bylo patrné, že nemocná měla napjatý výraz ve tváři. Je pravděpodobné, že úzkost klientky pramení také z jiných zdrojů než z hospitalizace. Narušené vnímání vlastního těla a odmítání potravy při mentální anorexii je často způsobeno úzkostí. Problémy, které nemocnou trápí a které úzkost vyvolávají, dokáže odhalit a vyřešit většinou až psychoterapie, která bývá nedílnou součástí léčby mentální anorexie. Na chirurgickém oddělení jsme neměli ani časové možnosti, ani odborné kompetence na to, abychom s klientkou zahájili psychoterapii, navíc by to ani při akutním bolestivém onemocnění nebylo možné. Snažili jsme se proto její úzkost zmírnit ohleduplným citlivým přístupem a vstřícností.

4/ Riziko pádu a poranění v důsledku slabosti a dehydratace

Cíl:

- Druhý den hospitalizace bude pacientka potřebovat jen minimální dopomoc při hygieně, oblékání a česání.
- Až nebude indikovaný klid na lůžku, pacientka si bude schopná bezpečně dojit na toaletu bez pomoci sestry.

Plán:

- Poučit klientku o používání signalizačního zařízení.
- Pomáhat pacientce při hygieně a vyprazdňování.
- Komunikovat s pacientkou, aby se mohla v rámci svých nynějších sil a schopností aktivně účastnit všech činností.
- Povzbuzovat pacientku – plně soběstačná bude během několika dnů.
- Až bude možné začít s vertikalizací a docházením na toaletu, pacientku doprovázet, dokud si nebude zcela jistá v pohybu mimo lůžko.

Realizace a hodnocení:

První den bylo nutné provádět celkovou hygienu bez aktivní účasti pacientky, protože byla velmi vyčerpaná. Sama si pouze vypláchla ústa. Potřebovala dopomoc při podkládání podložní mísy. Na lůžku sama aktivně měnila polohu.

Druhý den se klientka sama umyla na lůžku, pomohla jsem jí pouze umýt záda a ošetřit pokožku tělovým krémem. Na toaletu ještě nechodila, protože měla stále indikovaný klid na lůžku.

5/ Porucha výživy v důsledku současného onemocnění

Cíl:

- Pacientka nebude během hospitalizace ubývat na hmotnosti.
- Pacientka bude před propuštěním přijímat tekutiny a stravu.

Plán péče:

- Každý den hospitalizace kontrolovat hmotnost pacientky.
- Připravovat parenterální výživu podle indikací lékaře.
- Jakmile bude umožněná čajová dieta, začít s perorálním příjmem tekutin. Domluvit se s rodiči pacientky, aby donesli její oblíbený čaj.
- Podle léčebného režimu přecházet od čajové diety na žlučnickovou. Respektovat stravovací preference pacientky – vegetariánství, zdravá strava.

- Poučit nemocnou o žlučnickové dietě. Najít vhodné potraviny a jídla, která jsou v souladu s dietou a která pacientce chutnají.
- Stravu podávat jen ve velmi malých porcích.
- Dívku povzbuzovat a chválit.

Realizace a hodnocení:

Každý večer byla zkontrolována hmotnost pacientky. Pacientka stále váží 38 kg, tj. na hmotnosti neubývá. Údaje byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Parenterální výživa byla připravována a podávána v souladu s indikacemi lékaře. Druhý den bylo možno začít s příjmem tekutin per os. Klientce jsme nabídli její oblíbený čaj, abychom ji pozitivně motivovali k perorálnímu příjmu. Stravu ještě žádnou nepřijímala, bylo nutné začít se zatěžováním trávicího traktu opatrně a postupně.

Dohodli jsme se s pacientkou a jejími rodiči na vhodných jídlech, která jí budou moci - až začne přijímat stravu - připravovat a nosit do nemocnice, aby jí strava chutnala a přitom byla v souladu s dietou. Nemocná nadšeně souhlasila.

Lékař za spolupráce rodičů informoval pacientku o tom, že nárůst hmotnosti je nezbytný, aby bylo možné provést cholecystektomii, a že ji operace zbaví rizika recidiv bolestivé biliární koliky. Pacientka sdělila rodičům, že se bude snažit přibrat.

6/ Riziko vzniku infekce z důvodu intravenózní aplikace léků a parenterální výživy

Cíl:

- Nedojde ke vzniku infekce v souvislosti s invazivním vstupem.
- Okolí vstupu intravenózní kanyly nebude začervenalé, oteklé ani bolestivé.
- Pacientka nebude febrilní.

Plán:

- Dodržovat sterilní postup při zavedení intravenózní kanyly.
- Převazovat a přepichovat intravenózní kanyly dle platného standardu.
- Všechny léky a infúze pro intravenózní podání připravovat sterilním způsobem. Kanylu vždy po podání léků propláchnout 5 ml fyziologického roztoku.
- Nepodávat do periferní i.v. kanyly látky, které jsou indikovány pouze pro podání do centrálního žilního řečiště.
- Pacientku poučit, aby bezodkladně informovala sestru, bude-li okolí vpichu bolet. Při každém kontaktu s pacientkou provádět zrakovou kontrolu místa vpichu.

Realizace a hodnocení:

Intravenózní kanyla byla zavedena za aseptických podmínek do žíly na hřbetu levé horní končetiny. Do ošetrovatelské dokumentace pacientky byl proveden záznam o zavedení i.v. kanyly. Pacientka byla poučena o nutnosti udržovat místo i.v. vstupu v čistotě.

Veškerá intravenózní medikace byla připravována sterilním způsobem. Po aplikaci léků byla intravenózní linka propláchnuta fyziologickým roztokem.

Během prvních dvou dnů hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce v souvislosti s intravenózním vstupem. Vstup i. v. kanyly byl čistý, okolí nebylo ani začervenalé ani oteklé a nemocná po celou dobu neprožívala bolest v tomto místě. Po oba dva dny byla pacientka afebrilní.

4. Psychologická a sociální část

Klientka byla přijata na chirurgické oddělení pro akutní cholecystitidu s cholelitiázou, avšak jako přidruženou diagnózu měla mentální anorexii. Mentální anorexie je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Obvykle se posuzují tato kritéria (podle MKN-10, dg. F50.0):

A/ tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo BMI je 17,5 kg/m² a nižší.

B/ snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám – vyhýbá se jídlům, po kterých by mohl přibrat, a užívá jeden nebo více z těchto prostředků: vyprovokované zvracení, laxativa, anorektika, diuretika, nadměrné cvičení.

C/ pacient má strach z tloušťky a zkreslenou představu o vlastním těle, vtírají se mu obavy ze ztloustnutí a vede jej to ke stanovení velmi nízkého prahu hmotnosti, kterou považuje za ideální.

D/ je přítomna rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu – u žen vzniká amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.

E/ jestliže onemocnění propukne před pubertou, projevy puberty se opoždějí nebo dokonce pozastavují (může se zastavit růst).

Nemocní s mentální anorexií představují velmi různorodou skupinu s různým průběhem. Onemocnění se manifestuje nejčastěji ve věku 13-20 let a může proběhnout jen jako jednorázová epizoda s úplnou remisí, může mít velmi dlouhodobý průběh, nebo se opakuje ve formě četných epizod po řadu let.

Mentální anorexie patří mezi psychiatrická onemocnění s nejvyšší letalitou, která dosahuje 2-8%. Procento pacientek, které se uzdraví, se velice liší podle jednotlivých pramenů. Asi 20-50% mentálních anorektiček dokáže dosáhnout normální tělesné hmotnosti.

Pozitivní prognostické faktory zahrnují časný začátek poruchy a krátkou dobu jejího trvání. Špatnou prognózu znamenají narušené vztahy s rodinou, deprese, u žen manželství (vdané ženy jsou více rezistentní na terapii). U

mužů je již pouhá přítomnost onemocnění považována za negativní faktor z pohledu prognózy. [5, str. 16-25]

Obávala jsem se, že bude obtížné najít vhodný způsob, jak hovořit s pacientkou o stravování a jak jí edukovat ohledně žlučnickové diety, kterou bude muset dodržovat.

Využili jsme blízkého vztahu pacientky a jejích rodičů a s jejich pomocí jsme nemocnou informovali jak o zdravotním stavu, tak o dietě. Klientka se v přítomnosti rodičů cítila jistější a tak komunikovala více otevřeně.

Pacientka se bála, abychom ji nenutili jíst to, co nechce. Ubezpečili jsme jí, že bude jíst to, co bude chtít, že budeme její stravovací preference plně respektovat. Dohodli jsme se s rodiči pacientky, že jí budou donášet jídlo z domova, protože vegetariánská strava není v nemocnici příliš chutná. Sama klientka dostala příležitost vymyslet si jídla, která budou v souladu s dietou, a která jí zároveň budou chutnat.

Během pobytu na chirurgickém oddělení jsme neměli žádné obtíže v komunikaci s pacientkou, a tak ošetřující lékař nežádal psychologické ani psychiatrické konzilium. Myslím si, že důležitou roli hrála probíhající terapie ve specializované poradně pro mentální anorexie, započatá 3 měsíce před hospitalizací, snaha pacientky o návrat ke stravování a zvýšení hmotnosti a v nespolední řadě také pravidelné návštěvy rodičů, se kterými si pacientka rozumí.

Pokud by pacientka nespolupracovala a odmítala přijímat stravu, byla by situace mnohem složitější a byla by nezbytná konzultace dalšího postupu s psychiatrem.

Po propuštění do domácího ošetřování bude klientka dále docházet do poradny pro mentální anorexii.

5. Edukace pacientky

Stěžejní oblast edukace klientky je výživa. Je nutné, aby přibrala alespoň 5 kilogramů, aby mohla být bez větších rizik provedená cholecystektomie. Strava musí splňovat všechna kritéria žlučnickové diety.

Doma pacientka přijímala stravu v cca 8mi porcích denně. Jednotlivé porce byly velmi malé, po měsících trvání mentální anorexie nebyla pacientka schopná sníst ani polovinu běžné porce najednou. Důležité však bylo, že před hospitalizací u nás již dokázala jíst (za poslední měsíc přibrala 2 kg). Bylo tedy na co navázat. Nemocná sama měla zájem na zvýšení své hmotnosti.

Klientce jsem vysvětlila, že od příjmu tekutin k přijímání stravy bude moci přecházet jen pomalu. Bude-li dobře snášet čajovou dietu, nabídneme jí bujón, bramborovou kaši, přesnídávky a popíjení Nutridrinku. Potom bude možné přejít na lehká jídla, začít s příjmem bílkovin (kysané mléčné výrobky). Budou se přidávat také nenadýmavé druhy ovoce a zeleniny. Bude nutné přijímat nedráždivá, méně kořeněná jídla, a vyhýbat se alkoholu a kávě.

Z pečiva a obilnin jsou doporučovány suchary, starší bílé pečivo, nevhodné jsou koblihy, koláče a jiné druhy sladkého, kynutého pečiva. Zcela nevhodné jsou kroupy.

Mléčné výrobky jsou preferovány kysané a nízkotučné – jogurty, jogurtová mléka, netučný tvaroh a netučné sýry. Mléko mohou pít jen ti nemocní, kteří je dobře snáší. Máslo se nedoporučuje vůbec, místo něj lze v omezeném množství používat kvalitní rostlinné tuky (Flora).

Snášeli-li nemocný bez obtíží kašovitou stravu, je možné začít s přijímáním libového drůbežního masa, nebo jiných lehce stravitelných mas (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 glutamátu sodného.

Je žádoucí přijímat dostatek tekutin, raději často po menších douškách než větší množství najednou, doporučují se slabé černé nebo ovocné čaje a neperlivé nápoje (voda, naředěné ovocné šťávy).

Zásady žlučnickové diety, jako přísné omezení tuků, uzenin, smetanových mléčných výrobků a sladkých zákusků, nezasahovaly klientce do jejích stravovacích zvyklostí, naopak se s nimi ztotožňovala, protože je vegetariánka a preferuje zdravou výživu. Nutnost rozdělit porce na 6-10 malých porcí denně neznamenal pro pacientku nic nového, protože obdobným způsobem přijímala stravu i před nynější hospitalizací.

Bujón, Nutridrink i bramborovou kaši nemocná odmítla, ale souhlasila s příjmem několika lžiček přesnídávky, strouhaného jablka anebo kousku banánu.

Pacientka se obávala nemocniční vegetariánské stravy, a tak jsme se domluvili, že jí rodiče budou moci přinést jídlo z domova a my ho ohřejeme. Klientka sama si vymyslela několik pokrmů, které byly v souladu se žlučnickovou dietou a které by jí chutnaly (vařená rýže se zeleninou, dušená brokolice).

Klientka i její rodiče se cítili dostatečně informováni o zásadách žlučnickové diety a neměli žádné doplňující dotazy.

6. Závěr a prognóza

Pacientka byla hospitalizována deset dní. Propuštěna byla do domácího ošetřování. Během hospitalizace nedošlo ke změně hmotnosti. Při propuštění přijímala nemocná tekutiny i stravu, i když jedla po velmi malých porcích (jablko dělila na čtvrtiny). Byla pozvána na kontrolní sonografické vyšetření břicha a na odběry krve za týden po propuštění. Pacientka byla informována, aby se dostavila na oddělení, pokud by se opět objevily bolesti. Byly jí poskytnuty telefonní kontakty, aby mohla v případě jakýchkoliv dotazů nebo potíží zavolat.

Pokud se klientce podaří přibrat 5 kg, bude moci podstoupit cholecystektomii. Přestože je mentální anorexie závažné onemocnění s nepříliš dobrou prognózou, domnívám se, že se klientce může podařit 5 kilogramů přibrat. Za pozitivní faktor považuji to, že přibrala již 2 kg před hospitalizací a že má velkou podporu ze strany rodiny.

7. Použitá literatura

1. Bednář, B. et al. 1983. Patologie II. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 583 stran. Bez ISBN.
2. Brodanová, M. et al. 1998. Onemocnění žlučníku a žlučových cest. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 260 stran. ISBN 80-7169-562-9.
3. Gordon, M. 1987. Nursing diagnosis, process and application. 2. vyd. USA: McGraw-Hill Company, 1987. 515 stran. ISBN 0-07-023828-6.
4. Hegglin, R. 1972. Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. 11. vyd. (1. české). Praha: Avicenum, 1972. 897 stran. Bez ISBN.
5. Krch, F. et al. 2005. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 stran. ISBN 80-247-0840-X.
6. Marečková, O. 1998. Nemoci žlučníku a žlučových cest. Edice Dieta. 1. vyd. Čestlice: Nakladatelství Pavla Mončilová, 1998. 141 stran. ISBN 80-85936-13-5.
7. Schaffler, U. et al. 1993. Vademecum lékaře. 4. vyd. Praha: Galén, 1993. 790 stran. ISBN 80-85824-00-0.
8. Suchopár, J. et al. 1997. Remedia compendium. 2. vyd. Praha: Panax, 1997. 663 stran. ISBN 80-902126-3-8.
9. Trachtová, E. 2003. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 186 stran. ISBN 80-7013-324-4.
10. Zeman, M. et al. 2001. Speciální chirurgie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 575 stran. ISBN 80-7262-093-2.

Časopisy a www stránky

11. Bellows, Ch. F., Berger, D. H., Cross, R. A.: Léčba cholelitiázy. *Medicína po promoci*, 2005, roč. 6, č. 9, str. 23-28.
12. www.delmar.edu/rn/handbook/docs/glossary.html

8. Přílohy

I. Ošetrovatelská dokumentace (formulář 3. LF UK)