

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Tereza Horká

Ošetrovatelská péče o pacienta s cholecystolitiázou

Nursing care of patient with cholecystilithiasis

Bakalářská práce

Praha, květen 2015

Autor práce: Tereza Horká

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Petra Sedlářová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Odborný konzultant: MUDr. Jiří Kalenský

Pracoviště odborného konzultanta: Masarykova městská nemocnice v Jilemnici

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 10.5. 2015

Tereza Horká

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petře Sedlářové za trpělivost a laskavý přístup při vedení mé práce a MUDr. Jiřímu Kalenskému za cenné rady a připomínky z praxe a za čas, který věnoval mé práci.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	7
1. Epidemiologie onemocnění.....	7
2. Patofyziologie onemocnění.....	8
3. Symptomatologie.....	9
3.1. Pacient s biliární kolikou.....	11
4. Diagnostické metody.....	11
4.1. Pomocné vyšetřovací metody.....	12
5. Terapie.....	12
5.1. Cholecystektomie.....	13
5.1.1. Klasická cholecystektomie.....	14
5.1.2. Laparoskopická cholecystektomie.....	14
5.1.3. Výhody a nevýhody laparoskopické cholecystektomie oproti otevřené cholecystektomii.....	16
5.2. NOTES cholecystektomie.....	16
5.3. Roboticky asistovaná laparoskopická cholecystektomie.....	19
5.4. Laparoskopická cholecystektomie metodou SILS (single incision laparoscopy surgery).....	20
6. Komplikace.....	21
7. Prognóza.....	22
Ošetrovatelská část.....	24
8. Anamnéza.....	24
8.1. Lékařská anamnéza.....	24
8.2. Ošetrovatelská anamnéza.....	25
9. Průběh hospitalizace.....	27
10. Ošetrovatelský problém.....	30
10.1. Edukační proces.....	35
10.2. Základní pravidla žlučnickové diety.....	41
11. Následná péče.....	48
Diskuze.....	49
Závěr.....	52
Seznam zkratk.....	54
Seznam literatury.....	55
Seznam příloh.....	57

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s cholecystolitíázou. Toto téma jsem si vybrala hlavně proto, že cholecystolitíáza je poměrně často diagnostikovanou chorobou v České republice a sestra se s pacientem s tímto onemocněním může setkat na nejrůznějších typech oddělení. Zároveň mě v souvislosti s péčí o pacientku po cholecystektomii zaujala problematika edukace v oblasti výživy z pohledu zdravotní sestry.

Práce je rozdělená na část, ve které se zabývám teoretickou rovinou onemocnění a na část, kde se snažím řešit stanovený jeden hlavní ošetrovatelský problém. V rámci doporučení pro praxi uvádím v příloze vzor edukačního materiálu pro pacienty po cholecystektomii, který je zaměřen na informace o žlučnickové dietě a zároveň vzor záznamového archu o průběhu edukace pacienta o výživě po cholecystektomii pro všeobecné sestry.

Teoretická část

V teoretické části práce se budu zabývat epidemiologií, patofyziologií, symptomatologií, diagnostikou, terapií, komplikacemi a prognózou onemocnění cholecystolitiázy.

1. Epidemiologie onemocnění

Cholelitiáza je nejčastější onemocnění žlučníku a žlučových cest. V průmyslových zemích postihuje 10 – 20% dospělé populace. Výskyt stoupá prudce s věkem, (jen 5% cholecystektomií je prováděno u dětí), zlomový je 40. rok. U žen je onemocnění častější než u mužů. Cholelitiáza nepatří mezi onemocnění s nejčastější mortalitou, ale mezi onemocnění, která jsou častou příčinou hospitalizace. Obsazuje 4. až 5. místo v pracovní neschopnosti (Brodanová a kolektiv, 1998). Cholelitiázou byli postiženi lidé odjakživa. Žlučové kameny byly nalezeny při exhumaci ostatků v těle mumifikované egyptské kněžky. Nemoc byla poprvé popsána v roce 1507 florentským patologem Antoniem Beniveniusem (Portincasa; Moschetta; Palasciano, 2006).

V USA odhadem v populaci mezi 25 - 75 lety trpí cholelitiázou 6,3 milionů mužů a 14,2 milionů žen, podobně jsou na tom i evropské státy (Ehrmann, 2008). Největší výskyt cholesterolových kamenů nacházíme u amerických indiánů kmene Pima v Arizoně, zde trpí cholelitiázou 73% žen ve věku mezi 25 – 47 lety a 61,4% žen ve věku 47 let a výše. Nižší výskyt žlučových kamenů je viditelný na populaci Asiatů a téměř nulový je výskyt žlučových kamenů u Afričanů. V USA a Evropě je také výrazná převaha kamenů cholesterolových, více jak 90 %, zatímco v asijských zemích převažují kameny pigmentové (Portincasa; Moschetta; Palasciano, 2006).

V dnešní době můžeme zaznamenat významný pokles cholelitiázy v zemích jako je např. Švédsko, kde se díky radikální úpravě stravovacích návyků a snížením přísunu tuku v potravě, snížil výskyt tohoto onemocnění (Brodanová a kolektiv, 1998).

Česká republika patří mezi země s vysokým výskytem cholelitiázy. Na konci 80. let minulého století bylo v České republice a na Slovensku odhadem na 1 000 000 pacientů s tímto onemocněním. Jelikož jsem nenašla žádnou studii

ohledně výskytu tohoto onemocnění v České republice od přelomu milénia do roku 2014, sestavila jsem tabulku statistických údajů získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ohledně počtu každoročně hospitalizovaných pacientů s touto chorobou v nemocnicích České republiky, viz. Příloha č. 1.

2. Patofyziologie onemocnění

Žlučové kameny dělíme dle složení na cholesterolové, obsahují více jak 80% cholesterolu, jsou žlutohnědé, dále kameny smíšené, které obsahují 50% – 70% cholesterolu a další látky, a jako třetí kameny pigmentové, ty obsahují hlavně bilirubin a kalciové soli, jsou hnědé a černé (Klener; Jirásek; Brodanová; Mareček, 2002).

Žlučové kameny se tvoří tehdy, když koncentrace cholesterolu nebo bilirubinu ve žluči přesáhne transportní a rozpouštěcí kapacitu pro tyto látky. Vznik cholesterolových kamenů můžeme rozdělit do 3 stádií.

1) stádium hypersaturace žluči cholesterolem

Základní podmínkou pro vznik kamenů je stav, kdy koncentrace cholesterolu ve žluči překročí transportní a rozpouštěcí kapacitu smíšených micel, fosfolipidových vezikul i fosfolipidových lamel, a hypersaturovaný roztok se stává nestabilním a má tendenci krystalizovat. V procesu krystalizace se nejprve objevují tekuté krystaly cholesterolu, které předchází krystalům solidním (Brodanová; Kordač, 1993).

2) stádium nukleace

Je stádium tvorby cholesterolového jádra za pomoci pronukleačních faktorů přítomných ve žlučníku. K hlavním pronukleačním faktorům řadíme mucin. Mucin je glykoprotein tvořený sliznicí žlučníku, kterou má chránit před agresivní žlučí. Při zvýšené saturaci žluče cholesterolem dochází ke zvýšené sekreci mucinu, ten reaguje s krystaly cholesterolu, a stává se tak živnou půdou pro růst kamenů. Mezi další pronukleační faktory řadíme např. zvýšenou koncentraci kalciových solí nebo imunoglobulinů. Z uvedeného vyplývá, že jen hypersaturovaná žluč nestačí pro tvorbu kamenů (Brodanová a kolektiv, 1998).

3) stádium růstu kamenů

Svou roli zde hraje motilita žlučníku, která je ovlivňována nervově (nervus vagus) a hormonálně (hlavně cholecystokinin). Při špatném vyprazdňování žlučníku dochází ke stáze žluči a ke změně složení žluči, a tím tvorbě a růstu žlučových kamenů. Zhoršenou motilitu žlučníku může způsobit např. nedostatečný příjem potravy nebo vagotomie. Opačný následek má léčebné podávání cholecystokininu, který urychluje vyprazdňování žlučníku, a snižuje tak riziko vzniku kamenů (Brodanová a kolektiv, 1998).

Černé pigmentové kameny vznikají přesycením žluči nekonjugovaným (nerozpustným) bilirubinem. K tomu dochází např. u stavů s vrozenou či získanou hemolýzou nebo u jaterní cirhózy. Tvoří se ve žluči, která je sterilní. Hnědé pigmentové kameny vznikají na podkladě infekce a městnání žluči ve žlučových cestách, např. z důvodu zúžení cest (Ehrmann, 2008).

Faktory podporující vznik cholesterolových kamenů

Geneticky se potvrzuje výskyt litiázy u některých indiánských kmenů, naopak nízký výskyt je prokázán u kmene Massajů. Výskyt litiázy stoupá s věkem a u lidí, kteří mají pozitivní rodinou anamnézu. Těhotenství, a s ním spojená hormonální dysbalance a celkově nižší produkce žlučových kyselin a vyšší produkce cholesterolu, jsou významným litogenním faktorem. Hormonální léčba u žen, např. v klimakteriu, při užívání hormonální antikoncepce, a u mužů léčba nádoru prostaty také podněcují riziko vzniku cholelitiázy. Stavby spojené s poruchou výživy, jako jsou obezita, rychlé hubnutí (stavby po resekcích střeva, žaludeční bypass), parenterální výživa jsou predispozicí pro tvorbu kamenů. Onemocnění jako diabetes mellitus (DM), hyperlipoproteinémie, Morbus Crohn nebo léky, jako cholestyramin, také zvyšují riziko tvorby kamenů (Brodanová a kolektiv, 1998).

3. Symptomatologie

Podle nálezu kamene či kamenů rozeznáváme cholecystolitiázu nebo choledocholitiázu. Klinicky významný je i pojem sludge (bláto ve žlučníku). Sludge může a nemusí být předchůdcem solidních žlučových kamenů. Často je odhalen při abdominální sonografii a jeho příčinou bývá především snížená hybnost žlučníku v důsledku sníženého příjmu potravy nebo u nemocných s parenterální výživou. Tento nález může být upraven změnou stravovacího a

pitného režimu u daného člověka, ale neměl by být podceňován. I na podkladě tohoto nálezu mohou vzniknout komplikace spojené s cholelitiázou (Ehrmann, 2008).

Dále se budu zabývat jen klinickým obrazem cholecystolitiázy. Rozeznáváme tři druhy cholecystolitiázy: asymptomatickou, symptomatickou a komplikovanou.

Asymptomatická cholecystolitiáza je nejčastější formou cholecystolitiázy, tvoří 60 – 80% všech případů. Konkrementy jsou objeveny náhodně. Riziko přechodu do symptomatické fáze je hlavně u obézních žen po 40. roce věku. U ostatních pacientů většinou přítomnost kamenů nevyvolává žádné komplikace, ale je třeba tyto pacienty trvale sledovat (Ehrmann; Hůlek, 2010).

Symptomatická cholecystolitiáza se projevuje specifickým příznakem - žlučnickovou bolestí, tzv. biliární kolikou. Vzniká při zaklínění kamene v oblasti krčku žlučníku a je vyvolána spazmy hladkého svalstva žlučníku, který se snaží překážku překonat. Bolest vzniká náhle, nejčastěji po jídle. Je lokalizována v pravém podžebří nebo okolí epigastria. Je popisována jako velmi krutá a intenzivní, často doprovázena zvracením, které nepřináší úlevu. Trvá 15 minut až tři hodiny a nemocný nemůže najít úlevovou polohu. Bolest se může šířit podél pravého oblouku žeberního pod lopatku či do ramene, bolest trvající déle jak 6 hodin svědčí o komplikacích cholelitiázy. Záchvatům často předchází tučná a objemná jídla (kachna). Provokujícím momentem může být fyzická námaha, prochladnutí, rozrušení. Frekvence záchvatů je u nemocných různá. Nejčastěji se záchvaty objevují dvakrát až třikrát ročně (Ehrmann; Hůlek, 2010).

Dalším příznakem symptomatické cholecystolitiázy je biliární dyspepsie. Tento pojem zahrnuje soubor příznaků souvisejících s pocitem plnosti, tlakem v pravém podžebří, nauzeou, plynatostí, říháním a poruchou vyprazdňování. Tyto obtíže se vyskytují nejen u osob s cholecystolitiázou, proto nejsou brány jako určující znak cholelitiázy (Ehrmann; Hůlek, 2010).

O **komplikované** cholecystolitiáze bude pojednáno více v kapitole komplikace.

3.1. Pacient s biliární kolikou

Nemocný s biliární kolikou je neklidný, nařiká na krutou bolest, zchvácený. Může být subfebrilní, u některých pacientů může být přítomný mírný ikterus. Břicho je lehce vzedmuté, meteorické, palpačně je někdy stažena břišní stěna v pravém podžebří. Přítomný bývá Murphyho příznak = palpační bolestivost v místě žlučníku při palpaci v inspiriu. Může být bolestivý i brániční bod nad klíčkem vpravo nebo tlak na trny Th8 – 11 (Ehrman; Hůlek, 2010).

4. Diagnostické metody

Anamnéza – Lékař při podezření na onemocnění žlučníku a žlučových cest a při sestavování anamnézy pátrá po výskytu onemocnění v rodině, u žen po užívání antikoncepce, popřípadě po těhotenství, dále se soustřeďuje na další rizikové faktory podporující vznik onemocnění žlučníku, viz patofyziologie onemocnění. Pacient často přichází s charakteristickými obtížemi symptomatické cholecystolitiázy. Lékař se ptá na charakter obtíží, lokalizaci, propagaci, trvání a na vztah k vyvolávajícím momentům. Nemocní si často stěžují v případě cholecystolitiázy na nesnášenlivost některých jídel, dále na pocity tlaku, tíhy pod pravým žeberním obloukem, na časté nadýmání a plynatost. K lékaři je může přivést i typický příznak cholecystolitiázy, a to biliární kolika, viz. symptomatologie. Biliární obtíže se projevují často v tzv. triádách. Bolest + nauzea + intolerance tuků jsou časté u cholecystolitiázy a jejich komplikacích. Bolest + zvracení + teplota + ikterus jsou typické pro choledocholitiázu a její komplikace (Brodanová; Kordáč, 1993).

Laboratorní vyšetření - Lékaře zajímají při podezření na onemocnění žlučníku: Alkalická fosfatáza, Gama - glutamyltransferáza, Aspartátaminotransferáza a Alaninaminotransferáza, bilirubin celkový, bilirubin přímý a nepřímý, nádorové markery (CA 19 – 9), hodnoty amyláz, zánětlivé parametry, Quick test, INR (mezinárodní normalizovaný poměr) (Ehrmann; Hůlek, 2010). Tyto hodnoty mohou být při onemocnění žlučníku zvýšené nad normální hladinu.

Fyzikální vyšetření – Vyšetření pohmatem lékaře informuje o případných komplikacích cholecystolitiázy (hydrops, cholecystitida), ne o průkazu žlučových

kamenů ve žlučníku. Fyziologický žlučník není hmatný a na pohmat je nebolestivý. (viz. poznámka autora)

4.1. Pomocné vyšetřovací metody

Ultrasonografické vyšetření (US) je metodou první volby při podezření lékařů na cholecystitidu. Kameny jednak pohlcují a jednak odrážejí US vlnění a zobrazují se jako echogenity různého tvaru, velikosti a struktury obklopené anechogení žlučí. Falešně negativní může být US vyšetření v případě velmi malých kamenů. Při kontrahovaném žlučníku nemusí být v průběhu vyšetření kameny vidět. US vyšetření je důležité pro odhalení sludge ve žlučníku, který může předcházet vzniku kamenů, ale může se vyskytovat i samostatně, a pacienta s tímto nálezem je třeba dále sledovat (Brodanová a kolektiv, 1998).

Výpočetní tomografie nebo Magnetická rezonance, jsou vyšetření, která se používají pro detekci cholecystitidy výjimečně např. z důvodu opakovaného nejasného průkazu kamenů při ultrasonografii.

Před cholecystektomií je u některých pacientů indikována Endoskopická Retrográdní Cholangio – Pankreatografie (**ERCP**) nebo **Endosonografie** (u pacientů s nízkým až středním stupněm rizika choledocholitidy). Tato vyšetření se provádí u pacientů s rozšířenými žlučovými cestami, viditelnými na US, po proběhlém ikteru, se zvýšenými hodnotami jaterních enzymů a se zvýšenou hladinou CA 19 – 9.

5. Terapie

Konzervativní terapie při akutních bolestivých záchvatech žlučníku, kdy ještě není indikována hospitalizace (tlakové bolesti břicha, nechutenství, nauzea), představuje klid na lůžku, teplý čaj po lžičkách, z léků pak spazmolytika a analgetika. Chroničtí pacienti toto většinou vědí a zkoušejí nejprve bolesti zvládnout doma (Prokešová, 2007).

Rizikem u těchto pacientů může být záměna příznaků žlučnickového záchvatu za příznaky infarktu myokardu, proto by tito pacienti měli pokaždé při podezření na probíhající žlučnickový záchvat, navštívit svého praktického lékaře pro dospělé a nechat se vyšetřit.

Pacienti, kteří se se záchvatem bolestí typu biliární koliky setkají poprvé, nebo jim nepomáhají po určité době doma léky na bolest, přichází k lékaři. Lékař pacienta doporučí na US vyšetření žlučníku a žlučových cest. V případě, že je pacientovi diagnostikována cholecystolitiáza a žlučové cesty jsou bez dalších přidružených patologických změn, je pacient lékařem indikován k cholecystektomii. V době, kdy pacient čeká na operaci, podstupuje další potřebná předoperační vyšetření v závislosti na typu operace.

Asymptomatická cholecystolitiáza, kdy pacient je trvale bez záchvatů typu biliární koliky a bez dyspeptických potíží, vyžaduje sledování pacientů. U rizikových případů (imunosuprimovaní pacienti, mladí do 45 let, diabetici, pacienti s konkrementy většími než 3 cm, pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou karcinomu žlučníku) se provádí elektivní cholecystektomie. (Ehrmann; Hůlek, 2010).

Strach z operace může některé pacienty vést k volbě konzervativní metody léčby cholecystolitiázy. Mezi tyto metody patří litotripse, disoluční terapie, různé léky jako např. choleretika nebo cholekinetika, popřípadě čaje a pitné lázeňské kúry. Tyto metody léčby nejsou konečným řešením onemocnění a často vedou k recidivám onemocnění, jako je tomu např. u pacientů po disoluční terapii, nebo mohou být příčinou rozvoje komplikací souvisejících s cholelitiázou. Komplikace, jako zánět žlučníku nebo pankreatu, mohou být příčinou úmrtí pacientů.

Litotripse a disoluční terapie se dnes používají výjimečně u vysoce rizikových pacientů, kteří nemohou být indikováni k operaci (pacienti se srdečním a plicním selháním), nebo u pacientů, kteří se dožadují konzervativního postupu léčby.

5.1. Cholecystektomie

V této kapitole budou zmíněny indikace, kontraindikace k operaci a stručný průběh operace. Nejčastější komplikace, předoperační a pooperační péče budou více probrány v ošetrovatelské části práce.

V dnešní době rozdělujeme cholecystektomii na klasickou, neboli otevřenou, prováděnou z laparotomie, a nebo laparoskopickou, provedenou pomocí laparoskopického instrumentária. Klasickou cholecystektomii provedl

poprvé v Čechách na chirurgické klinice v Praze v roce 1891 Karel Maydl (Brodanová, 1993).

5.1.1. Klasická cholecystektomie

Klasická cholecystektomie je provedena ze šikmého nebo transrektálního řezu (8 – 10 cm) v pravém podžebří, popřípadě z horní střední laparotomie v celkové anestezii (CA). Chirurg po preparaci v Calotově trojúhelníku podváže a protne arterii cystiku a ductus cystikus a uvolní žlučník z lůžka v játrech. Po uvolnění a vyjmutí žlučníku je lůžko žlučníku uzavřeno stehem. K lůžku žlučníku je ve většině případů jako prevence hromadění krve z lůžka zakládán Redonův drén. V průběhu operace je v případě nutnosti provedena cholangiografie, která operátora informuje o anatomických poměrech žlučových cest a o průniku použité kontrastní látky Vaterskou papilou do duodena. Operační zákrok končí sešitím jednotlivých vrstev stěny břišní (Brodanová, 1993).

Po operaci je doporučována 5 – 7 denní hospitalizace. Předpokládaná doba pracovní neschopnosti (dle pracovní činnosti) činí zhruba 6 týdnů, hlavně z důvodu prevence vzniku kýly v jizvě.

V dnešní době je klasická cholecystektomie prováděna z indikací, kdy výkon nelze provést laparoskopicky, popřípadě, kdy je z důvodu výskytu komplikací nutné laparoskopický výkon konvertovat na otevřený. Mezi indikace otevřené cholecystektomie patří svraštělý žlučník, cirhotická játra s portální hypertenzí, těžké záněty, podezření na karcinom žlučníku (Pařko et. al., 2008). Mezi kontraindikace otevřené cholecystektomie patří stavy hraničního srdečního a plicního selhání a předešlé rozsáhlé výkony v dutině břišní.

5.1.2 Laparoskopická cholecystektomie

V roce 1991 byla poprvé v ČR provedena laparoskopická cholecystektomie (LCHE) v Českých Budějovicích. Od té doby se výkon stal první volbou v případě operační terapie cholecystolitiázy (Reindlová, 2005).

Hlavní indikací k laparoskopické cholecystektomii je nekomplikovaná symptomatická cholecystolitiáza (opakované biliární koliky), mezi další indikace patří komplikace spojené s cholelitiázou (akutní cholecystitida, chronická cholecystitida, perforace žlučníku, empyém žlučníku), stavy, které mohou vést ke

vzniku maligního onemocnění (porcelánový žlučník, adenomyomatóza žlučníku, konkrementy větší jak 3,5cm) (Ehrmann; Hůlek a kolektiv, 2010).

Absolutní kontraindikace k laparoskopické cholecystektomii jsou portální hypertenze, karcinom žlučníku, respirační insuficience, kardiální dekompenzace, hemoragická diatéza, neošetřená blokáda žlučových cest, ikterus jakékoliv etiologie, vysoký stupeň těhotenství (ještě v druhém trimestru lze provést LCHE za snížení tlaku pneumoperitonea bez ohrožení plodu, když selžou metody konzervativní terapie) (Ehrmann; Hůlek a kolektiv, 2010).

Výkon je proveden v CA. Pacient je uložen na zádech a pomocí Verresovy jehly zavedené skrz supraumbilikární incizi je vytvořeno v dutině břišní kapnoperitoneum umožňující zpřehlednění operačního pole a dostatečný manipulační prostor. Původní supraumbilikární (nadpupeční) incizí zavedou lékaři trokar, na který je napojena plynová hadice udržující kapnoperitoneum, a skrze něhož je zavedena laparoskopická optika, která je napojena na monitor, kde vzniká 2D obraz umožňující kontrolu při manipulaci v dutině břišní (Jurka; Skříčka; Leybold, 1993).

Jen pro zajímavost, v ČR existují centra, která zakoupila pro své lékaře 3D monitory, umožňující trojrozměrný obraz, a tak lepší kvalitu obrazu, a tím i bezpečnější průběh operace než je tomu u běžného 2D obrazu.

Po vyšetření orgánů dutiny břišní se lékaři rozhodují, zda průběh operace bude nadále pokračovat miniinvazivním způsobem nebo dle zjištěných abnormalit bude konvertováno na otevřenou cholecystektomii. Dále je výkon za pomoci laparoskopických nástrojů a dalších incizí, jejich počet je dle zvyklosti daného pracoviště, proveden stejně jako u klasické cholecystektomie. Po ukončení operace je pacient odeslán na pooperační pokoj a dle stavu po dvou hodinách zpět na standardní oddělení. Obvykle po 4 dnech odchází pacient domů v závislosti na zvyklostech oddělení. Doporučovaná doba pracovní neschopnosti je v závislosti na typu práce tři týdny. Průměrná doba operace se pohybuje okolo 60 minut (Jurka; Skříčka; Leybold, 1993).

Mezi komplikace, které neumožňují dokončit výkon laparoskopicky, patří např. peroperační poranění žlučových cest, nezvládnuté krvácení (a. cystika), nedostatečná anatomická orientace, poranění orgánů, další přidružené patologie

dutiny břišní. Konverze není projevem neschopnosti operátora a jeho týmu, je nutná v 5% – 10% případů. Pacient je před podpisem informovaného souhlasu s operací informován operátorem o možných peroperačních i pooperačních komplikacích a je seznámen s možností konverze operace (Jurka; Skřička; Leypold, 1993).

5.1.3. Výhody a nevýhody laparoskopické cholecystektomie oproti otevřené cholecystektomii

Jednoznačný přínos LCHE oproti klasické cholecystektomii je hlavně na straně pacienta, laparoskopie je méně invazivní, má lepší kosmetický efekt, v rámci velikosti incizí se snižuje pooperační bolestivost, zkracuje se doba hospitalizace, urychluje se návrat do pracovního procesu, snižuje se riziko vzniku pooperačních komplikací v podobě kýly v jizvě.

Nevýhodou laparoskopie je množství nově vzniklých komplikací souvisejících s použitou technikou. Laparoskopie sama o sobě zvyšuje cenu výkonu oproti klasické otevřené operaci. Na straně lékaře mohou být horší ergonomické podmínky ve srovnání s otevřenou operací dle názoru některých autorů (Ryska, 2006).

Pro zajímavost, dnes se můžeme setkat s pojmem minicholecystektomie, neboli provedení cholecystektomie z řezu délky do 6 cm, či mikrocholecystektomie z incize do 4 cm. Tyto laparotomické operace by měly splňovat dle některých zahraničních studií kritéria laparoskopické operace, a mohou se tak stát možnou variantou při volbě druhu operace v rámci miniinvazivních metod (Ryska, 2006).

5.2. NOTES cholecystektomie

V 80. letech minulého století zaznamenala spolu s chirurgií vývoj i endoskopie. Pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie se endoskopisté poprvé dostaly mimo lumen trávicí trubice. V roce 2007 byl poprvé transgastrickým přístupem v USA a trasvaginálním přístupem ve Francii odstraněn pacientovi žlučník.

Transluminární endoskopická chirurgie – (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) nový směr endoskopie a miniinvazivní chirurgie. Nová možnost pro pacienty, a zatím obecně nepřijímaná, kteří budou indikováni k

cholecystektomii či apendektomii a dalším výkonům, kteří budou vyžadovat zákrok, po kterém jim nezůstane žádná viditelná jizva.

NOTES je technika, při které je endoskop zaveden přirozeným tělním otvorem nejčastěji ústy, vagínou, konečníkem či uretrou a v dutině břišní je následně proveden daný chirurgický výkon (Hucl, 2012).

V České republice se zabývají výzkumem ohledně této operační techniky nemocnice v Plzni, Hradci Králové a v Praze.

Dnes již existuje mnoho publikovaných výzkumů, které řeší problematiku NOTES na mnoha úrovních u nás i ve světě. Mě zaujaly dva české publikované výzkumy v časopise Rozhledy v chirurgii. Oba výzkumy řeší problematiku výkonu cholecystektomie, provedeného technikou NOTES, oba se snaží obhájit použití této nové techniky v případě cholecystektomie v praxi.

Studie č.1 - LCHE versus transrektální cholecystektomie metodou NOTES

První studie byla publikována v časopise Rozhledy v chirurgii z roku 2011 roč. 90, č. 12., spolupracovalo na ni několik pražských klinik a jednalo se o porovnání techniky transrektální hybridní NOTES versus laparoskopické cholecystektomie provedené na laboratorním zvířeti. Cílem této studie bylo zjistit proveditelnost obou technik a případnou zánětlivou odpověď organismu vyvolanou danou použitou technikou.

Výsledky studie uvádí, že transrektální hybridní cholecystektomie je bezpečná metoda se srovnatelnou zánětlivou odpovědí v porovnání s laparoskopickou cholecystektomií, ale jednoznačný přínos transrektální techniky NOTES ve srovnání s laparoskopií se autorům studie nepodařilo prokázat.

Studie č. 2 transrektální versus transgastrická cholecystektomie metodou NOTES

Druhá studie byla publikována v časopise Rozhledy v chirurgii z roku 2009 roč. 88, č. 4., spolupracovaly na ni lékařské kliniky z Brna a Hradce Králové. V této studii byla porovnávána metoda hybridní NOTES cholecystektomie transgastrickým a transrektálním přístupem provedená na

laboratorním zvířeti. Cílem této studie bylo zjistit pooperační morbiditu, letalitu a po pitvě nitrobřišní komplikace.

Na základě výsledků studie preferují autoři provedení cholecystektomie u pokusného zvířete transrektálním přístupem, který je na rozdíl od transgastrického technicky jednodušší. Autoři ve studii diskutují nad důležitostí správného uzavírání přístupů do dutiny břišní jako prevencí nitrobřišních komplikací při selhání sutury. Na závěr připomínají důležitost vývoje endoskopických nástrojů, potřebných pro provedení bezpečné NOTES techniky, a jako bezpečné provedení NOTES cholecystektomie považují spojení laparoskopické metody s endoskopickou tzv. hybridní NOTES.

Výsledky studií:

Ze studií vyplývá, že variantou pro pacienty může by z hlediska bezpečného transluminárního přístupu v budoucnu byla varianta transrektální cholecystektomie. U žen je při NOTES cholecystektomii preferován transvaginální přístup, který je vhodný z hlediska bezpečného uzavěru incize ručně šitým stehem. Nutno ale zdůraznit, že jednoznačný přínos techniky NOTES ve srovnání s LCHE se autorům studie zatím nepodařilo prokázat.

Problémy, které bude třeba vyřešit před zavedením NOTES techniky do klinické praxe.

Tyto studie jistě neodpověděly na všechny problémy týkající se techniky NOTES. Mezi překážky, které prozatím brání uvedení této metody do klinické praxe, patří např.: vývoj nových endoskopických nástrojů, ověření nových uzavěrů, vstupů do orgánů dutiny břišní, výcvik lékařů v provedení této metody, nalezení vhodných transluminárních přístupů, provedení rozsáhlých klinických studií, zabývajících se vznikem komplikací souvisejících s novou metodou a mnoho dalších (Hucl, 2012).

Pokud by se vývoj techniky NOTES měl dále odrážet od zájmu pacientů o tuto metodu, tak jistě bude postupovat kupředu. Pro mnoho pacientů je vidina operace bez jizev velmi lákavá. Jen pro zajímavost, již v dobách první republiky prováděl profesor Bittmann – gynekolog v Olomouci apendektomii transvaginální cestou, navštěvovaly jej primabaleríny a další ženy, které nechtěly mít po operaci

jizvu (Zonča – 2007). Velký rozmach této metody je pozorován také v Jižní Americe. Možná proto, že kritéria pro uvedení této metody do klinické praxe nebyla tak přísná, jako např. ta, co stanovila organizace NOSCAR (Natural Orifice Consortium for Assessment and Research), která dohlíží na vývoj metody NOTES v Severní Americe.

V dnešní době je nejčastěji prováděným výkonem pomocí hybridní NOTES techniky cholecystektomie. Otázka zní, zda budoucnost techniky NOTES je opravdu v typu operace, jako je cholecystektomie. Dle slov pana doktora Hucla z gastroenterologické kliniky v IKEMU, který se výzkumem techniky NOTES zabývá, je použití techniky NOTES právě na cholecystektomie špatným postupem. Především proto, že v dnešní době nejčastěji používaná LCHE, je sama o sobě minimálně invazivním výkonem, který je technicky dokonalý s minimem komplikací (Hucl, 2012).

Hledání vhodných indikací pro použitelnost techniky NOTES bude v budoucnu velký oříšek pro mnohé odborníky a možná bude klíčové pro uvedení této metody do klinické praxe.

5.3. Roboticky asistovaná laparoskopická cholecystektomie

Ve Spojených státech amerických (USA) byl robotický systém v lékařství v 80. letech minulého století využíván institucí NASA (National Aeronautics and Space Administration) pro operace kosmonautů a armádou USA pro operace vojáků v místě konfliktu. V 90. letech 20. století se tento systém uvolnil pro civilní sektor a v roce 1997 americký institut INTUITIVE Surgical, Inc. uvedl na scénu první prototyp robotického systému Da Vinci. Tento způsob provedení operace nevyžadoval bezprostřední přítomnost operátora u operačního stolu. V roce 1997 byla poprvé v USA provedena první roboticky asistovaná laparoskopická cholecystektomie (Ryska, 2006).

V prosinci 2005 se ve Vojenské fakulní nemocnici, ÚVN Praha v ČR otevřelo multioborové robotické centrum a dle zkušenosti jiných zahraničních pracovišť zde byla jako první zaváděcí operace provedena roboticky asistovaná laparoskopická cholecystektomie. V období od ledna do května roku 2006 bylo na Chirurgické klinice 2. LF UK provedeno prvních 31 roboticky asistovaných cholecystektomií, hlavní indikací k operaci, byla cholecystolitiáza (Langer, 2006).

Na základě výsledků operací prvních pacientů, kteří podstoupili roboticky asistovanou cholecystektomií v ÚVN, vidí lékaři přínos robotického systému při cholecystektomií oproti laparoskopické operaci, hlavně v 3D vizualizaci obrazu dutiny břišní, eliminaci třesu rukou přenášeného na nástroje, které jsou připojeny na pracovní ramena robota a zavedeny přes porty do dutiny břišní, v skvělé hybnosti koncových částí nástrojů, které umožňují obdobný pohyb jako skutečná chirurga ruka, a v lepších ergonomických podmínkách pro operátora. Pokud se podíváme na operační čas (průměr u posledních 10 operovaných pacientů 68,9 minut), délku hospitalizace pacienta (3 - 4 dny) a na výskyt pooperačních komplikací (u 3 pacientů z 31 zaznamenáno sekundární hojení paraumbilikární incize), jsou data srovnatelná s výsledky pacientů operovaných pomocí LCHE. (Langer, 2006)

Nevýhodou robotického systému Da Vinci je jeho pořizovací cena, vysoká cena jednorázových přístrojů a nákladný je i jeho provoz. Při srovnání LCHE a roboticky asistované laparoskopické cholecystektomie z hlediska ceny výkonu, vychází jako levnější varianta metoda LCHE (Ryska, 2006).

Cévní chirurgie (Homolka – doc. MUDr. Petr Štádler) nebo urologie (Ústřední vojenská nemocnice – MUDr. Jiří Kočárek, Ph.D.) jsou dnes považovány za obory, ve kterých si systém Da Vinci našel své místo a kde jeho přínos pro pacienta je nezastupitelný. Břišní chirurgie a s ní spojený výkon cholecystektomie nejsou zatím brány jako hlavní odvětví pro uplatnění robotického systému Da Vinci.

5.4. Laparoskopická cholecystektomie metodou SILS (single incision laparoscopy surgery)

Trend ve snižování počtu portů při laparoskopických operacích, a tím i redukce traumatizace břišní stěny, vedl k vytvoření techniky jednoincizního přístupu, pomocí kterého je provedena celá operace.

SILS – doslova přeloženo jako jednoincizní laparoskopická chirurgie. V ČR byla tato metoda poprvé použita pro odstranění žlučníku na chirurgickém oddělení okresní nemocnice Mladá Boleslav Klaudiánovy nemocnice MUDr. Tomášem Vernerem v roce 2007. Tato metoda se od klasické laparoskopické cholecystektomie odlišuje tím, že místo obvyklých dvou, tří až čtyř incizí je

vytvořena pouze jedna v pupku, skrz kterou jsou pomocí tzv. SILS portu s více pracovními kanály zavedeny laparoskopické nástroje . V dnešní době funguje MUDr. Tomáš Verner jako školitel metody SILS. V roce 2011 pomocí této metody odstranil pacientům také nadledvinu a tlusté střevo.

V roce 2011 byla v časopise Rozhledy v chirurgii publikována studie zabývající se právě metodou SILS použitou při operaci žlučníku. Studie proběhla na 3. chirurgické klinice SZÚ Nemocnica Košice – Šaca. Operaci zde podstoupilo 100 pacientů, 72 žen (2 ve 2. trimestru) a 28 mužů, hlavní indikací k výkonu byla cholelitiáza, průměrný čas operace 63 minut, průměrná doba hospitalizace 2,2 dny, průměrný věk 49, průměrné BMI 26,8. Cílem studie bylo porovnat metodu SILS na větším souboru pacientů s metodou LCHE (Vrzgula, 2011).

Výsledky studie :

U dvou pacientů došlo k peroperačním komplikacím krvácení z arteria cystika a poškození ductus hepaticus communis. U 4 pacientů došlo ke konverzi výkonu na LCHE a u 1 na otevřenou cholecystektomii. V pooperačním období se u 3 pacientů vyskytly komplikace v ráně (serom a absces), rány se zhojily po evakuaci obsahu a ambulantních převazech, kýla v jizvě se nevyskytla u žádného pacienta. Studie potvrdila, že SILS cholecystektomie je vhodnou alternativou LCHE. Předpokládané lepší výsledky SILS cholecystektomie oproti LCHE studie neprokázala. Hlavní výhodou pro pacienta je v případě použití této metody kosmetický efek. Nevýhodou této metody je její cena, která je s použitím SILS portu vyšší než cena LCHE. Budoucnost této metody vidí autoři v provedení náročnějších výkonů pomocí SILS techniky, jako je např. resekce kolorekta (Vrzgula, 2011).

6. Komplikace

Vyskytují se u 1 – 3% symptomatických cholecystolitiáz, mezi nejčastější komplikace patří:

Obstrukční ikterus vzniká při vycestování kamene do žlučových cest. Typickým ukazatelem úplného uzávěru žlučových cest je nepřítomnost urobilinogenu v moči a zvýšená hladina konjugovaného bilirubinu v séru.

Choledocholitiáza vzniká při vycestování kamene ze žlučníku do žlučových cest, jejím častým příznakem je ikterus, viz výše. **Akutní cholecystitida** je zánět žlučníku vznikající často po zaklínění kamene v ductus cystikus nebo v krčku žlučníku. Bolest při zánětu je v porovnání s biliární kolikou silnější, trvalejší a může být doprovázena zvracením a febrilií. Akutní cholecystitida, pokud není řešena, může vyústit až v empyém žlučníku s gangrénou stěny žlučníku s následnou rupturou stěny a vylitím obsahu žlučníku do dutiny břišní a rozvojem peritonitidy (Brodanová a kolektiv, 1998). **Chronická cholecystitida** může navazovat na akutní a je přítomna téměř u všech litiáz. Jejím výsledkem může být svrašťelý žlučník se ztluštělou stěnou obsahující zahuštěnou žluč s různým počtem konkrementů. Projevuje se hlavně dyspeptickými potížemi a nesnášenlivostí určitých jídel. (Brodanová – Kordač, 1993) **Hydrops žlučníku** vzniká při uzávěru ductus cystikus kamenem nebo při uzávěru žlučových cest kamenem či tumorem. Projevuje se jako zvětšený hmatný žlučník při fyzikálním vyšetření pohmatem. Je důležité diferenciatně odlišit zvětšený hmatný žlučník s plíživým nebolestivým ikterem, který je typický pro rakovinu hlavy pankreatu, a zvětšený žlučník z důvodu uzávěru žlučových cest kamenem (Ehrmann; Hůlek, 2010). **Mirizziho syndrom**, konkrement v ductus cystikus vyvolává zánět, a zánětlivý otok, tak utlačuje ductus choledochus, toto vyvolá obstrukční ikterus. **Biliární ileus** vzniká při uzavření lumen střeva žlučovým kamenem. Může vzniknout z důvodu cholecystoduodenální nebo cholecystogastrické píštěle. Je to velmi nebezpečná a často špatně diagnostikovaná komplikace cholecystolitiázy (Brodanová a kolektiv, 1998). **Karcinom žlučníku**, jeho přímé propojení s cholecystolitiázou není ještě dnes zcela prokázané, častěji se vyskytuje u žen s cholelitiázou. Stavby jako porcelánový žlučník, chronické záněty, adenomyomatóza žlučníku mohou vést k nádorovému onemocnění žlučníku (Ehrmann; Hůlek, 2010).

7. Prognóza

V případě výskytu žlučových kamenů v rodině můžeme ovlivněním životního stylu (snížení hmotnosti) a způsobem stravování (snížení příjmu tuků a zvýšený příjem vlákniny v potravě) potencionálně předcházet vzniku samotných kamenů (Brodanová a kolektiv, 1998).

V případě asymptomatické cholecystolitiázy, kdy ke vzniku symptomů typu biliární koliky dochází u 1 – 2 % nemocných, se onemocnění sleduje a u rizikových skupin osob, viz. terapie, je v rámci prevence vzniku komplikací souvisejících s cholecystolitiázou provedena LCHE (Ehrmann; Hůlek, 2010).

V případě symptomatické cholecystolitiázy s častými záchvaty typu biliární koliky lékaři pacientovi doporučí podstoupit LCHE jako jediné konečné řešení problémů souvisejících s onemocněním.

V dnešní době mají lékaři největší obavy z rizika vzniku možných komplikací souvisejících s tímto onemocněním. Komplikace se vyskytují sice jen u 1 – 3% pacientů se symptomatickou cholecystolitiázou, ale jejich závažnost v případě pozdního odhalení např. perforace žlučníku s následnou peritonitidou, mohou pacienta bezprostředně ohrožovat na životě a tyto komplikace byly i před zavedením LCHE častou příčinou úmrtí pacientů. Úmrtnost v důsledku LCHE klesla dnes na 0,01% a samotný zákrok pro pacienta nepředstavuje významné riziko.

V dnešní době lékaři řeší otázku vzniku peroperačních a pooperačních komplikací, které se objevují v souvislosti s použitím laparoskopické techniky, a jak těmto komplikacím efektivně předcházet. Diskutabilní je i otázka indikací a kontraindikací k LCHE, hlavně z pohledu zdravotního stavu a věku pacienta. V dnešní době je možné operovat i pacienty kriticky nemocné, např. čekatele na transplantaci srdce za upravení podmínek operace (snížení intraabdominálního tlaku, snížení operačního času a dokonalé monitorace pacienta), a tím snížení rizikových faktorů pro pacienta. Díky miniinvazivnosti techniky LCHE je možné doporučit laparoskopickou operaci i pacientům okolo 80. roku věku, kdy některé studie uvádí riziko letality v případě konzervativního postupu léčby cholecystolitiázy na 17% a v případě podstoupení chirurgické léčby na 1% (Pafko et. al., 2005).

Závěrem bych chtěla dodat, že se díky rozvoji diagnostických a chirurgických metod v podobě laparoskopie výrazně zlepšila prognóza pacientů s onemocněním cholecystolitiáza. Minimum pacientů díky časně diagnostice a léčbě onemocnění umírá a u minima se díky sledování průběhu onemocnění rozvíjí komplikace.

Ošetřovatelská část

Ošetřovatelská část je zaměřena na kazuistiku pacientky po LCHE u níž byla předoperačně diagnostikována cholecystolitiáza. Dále se zabývá hlavním ošetřovatelským problémem, který jsem si stanovila a to nedostatkem informací ohledně diety a dietního režimu u pacientky. Nakonec je zde uvedeno doporučení pro praxi, ke kterému jsem při řešení problému dospěla.

8. Anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 2. pooperační den. Jako předlohu jsem použila anamnézu vytvořenou na Ústavu ošetřovatelství 3.LF UK viz. Příloha č. 4. U odběru lékařské anamnézy jsem nebyla přítomna. Sestavila jsem ji s pomocí informací z příjmové zprávy pacientky, dodatečného osobního sdělení pacientky a ze zprávy o předoperačních vyšetřeních.

8.1. Lékařská anamnéza

Základní informace: Pacientka A.P. je vdova, 65 let, ve starobním důchodu, žije v malé vesnici nedaleko města Jilemnice.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela v 52 letech na rakovinu dělohy, otec zemřel v 74 letech na rakovinu plic. Pacientka má 6 sourozenců. Dvě její sestry se léčí s DM, ostatní sourozenci se neléčí s žádným chronickým onemocněním. Pacientka má jednu dceru, ta je zdravá.

Farmakologická anamnéza: Pacientka je bez trvalé medikace.

Alergologická anamnéza: Pacientka je alergická na včelí bodnutí a penicilin.

Gynekologická anamnéza: Pacientka měla jeden spontánní porod, dle jejích slov bez komplikací.

Sociální anamnéza: Pacientka žije sama v domě po svých rodičích. Dříve pracovala jako servírka. Má dceru, která za ni dochází do nemocnice a která ji přesvědčila, aby šla na zákrok. Pacientka říká, že v případě potřeby, by se o ni dcera postarala.

Osobní anamnéza: Pacientka dle svých slov nebyla nikdy výrazně nemocná, v dětství prodělala neštovice a v deseti letech (1959) si zlomila zápěstí. Trvale neměla žádné potíže až do dubna 2014. Pravidelně dochází na preventivní

prohlídky ke svému praktickému lékaři pro dospělé, na gynekologii a k zubnímu lékaři.

Nynější onemocnění: Pacientka měla první žlučnickový záchvat v dubnu 2014, ten ustoupil po lécích na bolest (Ibalgín). Další záchvat měla pacientka v květnu 2014, kdy byla ošetřena na interní ambulanci. Byla jí diagnostikována biliární kolika a pro zmírnění obtíží aplikován intramuskulárně Analgin. Obtíže ustaly. Pacientka dostala doporučení na US vyšetření. Na US vyšetření jí byla diagnostikována cholecystolitiáza. Po vyšetření se dostavila ke kontrole na chirurgickou ambulanci, kde byla obeznámena s důvody operace a byl jí navrhnout termín zákroku.

V den příjmu na chirurgické oddělení se pacientka cítí subjektivně dobře, bolesti nemá. Objektivně je bez ikteru, spolupracuje, břicho je na pohmat nebolestivé, problémy s močením a se stolicí nemá. Pacientka měla s sebou výsledky interního předoperačního vyšetření a výsledky sonografického vyšetření. Dostala k prostudování informovaný souhlas s operací a informovaný souhlas s hospitalizací a poskytováním informací kontaktní osobě. Druhý den hospitalizace podstoupí paní A.P. plánovaný operační výkon LCHE.

Fyzikální vyšetření a laboratorní výsledky: viz. Příloha č. 3
Předoperační vyšetření

8.2. Ošetřovatelská anamnéza

Anamnéza byla odebrána 2. pooperační den. Pacientka A. P. je vdova, 65 let, ve starobním důchodu. Její dcera je informována o hospitalizaci a mohou jí být poskytovány údaje o zdravotním stavu pacientky.

Diagnóza při přijetí pacientky byla cholecystolitiáza. Pacientka se trvale neléčí s dalším chronickým onemocněním a neuzívá žádné léky kromě vitamínů (Centrum). Paní A.P. je alergická na včelí bodnutí a penicilin.

Pacientka je při vědomí, orientovaná. Udává bolest. Hodnotí ji jako bodavou v místě vývodu drénu, na číselné stupnici od 0 do 5, číslem 1 (nepatrná bolest), která je intenzivnější, když si pacientka sedá nebo kašle.

Paní A. P. je nekuřačka a neudává žádné potíže s dýcháním.

Pacientka má trubicový drén střížený do obvazu, krytý sterilními čtverci. Okolí drénu je klidné bez známek infekce (zarudnutí, otok, horkost). Drén neodvádí. Měl by být odstraněn 3. pooperační den. Dále má pacientka další tři 2cm – 2,5 cm velké rány. Rány jsou bez sekrece a jejich okolí je klidné bez známek infekce. Rány jsou kryty Curapor náplastí.

Pacientka přijímá 2. pooperační den tekutou stravu. Pacientka měří 167 cm a váží 71 kg, její BMI je 25,5 (nadváha). Před žlučnickovými záchvaty neměla pacientka žádné obtíže. Pacientka má horní snímatelnou protetickou náhradu. Vypije 1,5 l tekutin denně.

Na stolicí chodila před operací pravidelně. Od operace na stolicí nebyla, plyny odchází. Dříve trpěla na časté záněty močových cest, nyní je bez obtíží. Od operace močila každý den, moč světle žluté barvy.

Pacientka je v běžných denních činnostech samostatná, celkově se cítí dobře. Druhý pooperační den chodí sama bez pomoci na toaletu a po chodbě na oddělení. Udává, že nikdy netrpěla problémy s pohybovým aparátem, jen když déle klečí na zahradě, tak ji bolí záda. V dobré fyzické kondici ji udržují vnoučata.

Spí někdy dobře někdy hůře, usíná bez léků na spaní.

Pacientka má brýle na dálku i na blízko, jiné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Spolupráce s pacientkou je dobrá. Je komunikativní, v případě, že sestra naváže rozhovor. Sama se ostýchá na něco zeptat, nechce sestry obtěžovat. Paní A.P. vyjádřila před operací strach ze zákroku, jelikož je to pro ni první operace v životě a nevěděla, co ji čeká. Nyní strach nepocit'uje, chtěla by brzy domů.

Paní A.P. se trochu stydí, protože ji dcera řekla, že kdyby jedla, tak jak má, tak by žlučnickový záchvat neměla. Pacientka se nikdy o složení potravin, ani o způsob jejich přípravy moc nezajímala. Chtěla by svůj stravovací režim zlepšit. Neví přesně, co může a nemůže jíst. Chtěla by poradit ohledně sestavení jídelníčku, a doporučení vhodných potravin a způsobu úpravy stravy.

Z invazivních vstupů má pacientka trubicový drén střížený do obvazu, krytí drénu je suché, drén převazován naposledy dopoledne v den odběru anamnézy. Periferní žilní katetr byl pacientce vyjmut 1. pooperační den.

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik: Barthelové test (100 bodů – nezávislá ve všedních denních činnostech ADL), Stupnice dle Nortonové (33 bodů – bez rizika vzniku dekubitů), Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové (5 bodů, střední riziko), Nutritional Risk Screening – 2x odpověď ANO (zhubla za poslední tři měsíce a omezila v posledním týdnu příjem stravy), dle NRS zavolat nutričního specialistu a zajistit edukaci pacientky ohledně výživy

Ošetrovatelské zhodnocení:

Hlavní ošetrovatelský problém, který jsme stanovily u pacientky, je nedostatek informací ohledně typu diety a dietního režimu, který bude muset pacientka po operaci dodržovat.

Další problémy, na které se zaměříme, jsou monitorace bolesti minimálně třikrát denně, zopakování edukace ohledně techniky vertikalizace u pacienta po břišní operaci, edukace ohledně způsobu odkašlávání, edukace v rámci prevence rizika pádu 1x denně a sledování krytí operačních ran a případných známek infekce v ráně a známek celkové infekce minimálně třikrát denně.

9. Průběh hospitalizace

O paní A. P. jsem se starala 5 dní jejího pobytu na tomto oddělení. V den propuštění pacientky jsem na oddělení nebyla přítomna a informace jsem získala zpětně od sester.

Den přijetí pacientky. Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení. Sestra s pacientkou sestavila ošetrovatelskou anamnézu, informovala ji o právech pacientů a o denním řádu oddělení. Uložila pacientku na pokoj a popsala jí, jak bude vypadat příprava před výkonem. V rámci předoperační přípravy seznámila sestra pacientku s informacemi, které se týkaly premedikace, celkové hygieny, odlakování nehtů, kontroly operačního pole, vyčištění pupku, lačnění, bandáže dolních končetin, oblečení, šperků, zubní náhrady, brýlí. Poté se paní A.P. učila jak vstávat z lůžka po operaci (s pokrčenými končetinami, otočením na operovaný bok a při posazování si pacientka přidržuje ránu) v rámci prevence vzniku kýly v jizvě. Dále bylo paní A.P. sděleno, že po operaci pojedje na dospávací pokoj, a poté na standardní pokoj, kde dostane emitní misku a zvonek k ruce. V případě, že by chtěla léky na bolest, nebo potřebovala na toaletu, tak si zazvoní.

Bylo jí zdůrazněno, že nebude moci vstávat, pít a v určitých intervalech jí bude měřen TK, P a saturace. Pacientka při příjmu neměla žádné otázky.

V den přijetí byla pacientka na čajové dietě. Odpoledne po návštěvě lékařky z Anesteziologicko - resuscitačního oddělení, která s pacientkou probrala a podepsala informovaný souhlas s anestezií, jsem se s pacientkou seznámila a poprosila ji o spolupráci v rámci mé bakalářské práce. K večeru dle slov noční sestry byla pacientka klidná bez otázek ohledně zítřejší operace a v noci klidně spala.

Den operace. Při rozdávání ranních léků jsem aplikovala paní A.P. subkutánně CLEXANE 0,4 ml, jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Pacientky jsem se zeptala, jak se cítí. Paní A.P. měla strach ze zákroku a styděla se večer před zákrokem říci sestřám o lék na spaní, nemohla prý do půlnoci usnout. Ještě jednou jsem s pacientkou probrala nejasnosti, které měla ohledně průběhu předoperační a pooperační péče. Paní A.P. se po rozhovoru cítila lépe, poděkovala a čekala než přijde na řadu v operačním plánu.

Dvě hodiny před operací jsem pacientku premedikovala (1 tableta per os Diazepam 10mg a 1 tableta per os Degan 10 mg) a namotala jí bandáže. Pacientka byla na výkon odvezena v 11:00. Z dospívacího pokoje jsme si ji převzaly na standardní oddělení v 15:30. Na operačním sále jí byl zaveden periferní žilní katetr, výkon proběhl v CA. Na dospívacím pokoji dostala pacientka 100 mg Dolsinu intramuskulárně (i.m.) na bolest. Byl jí kontrolován TK, P a saturace po 15 minutách.

Při překladi na standardní oddělení byla pacientka při vědomí, komunikovala, bylo jí nevolno, nemočila, bolesti neměla, bandáže dolních končetin měla. Na standardním oddělení byl nejprve měřen TK a P po 1 hodině do 17:30, a pak po 3 hodinách do 23:30, kdy bylo měření funkcí ukončeno. Dále bylo kontrolováno průběžně krytí drénu a dalších ran po laparoskopii, bolest, barva pokožky, odchod moči (barvu) a plynů. Paní A.P. dostala poprvé napít čaj v 18:30, kdy ji přešla pooperační nevolnost. V 19:30 sestra na noční službě s pacientkou vstala a došla na toaletu, poté sundala pacientce bandáže. Dále dle slov noční sestry pacientka spala, probudila se vždy při měření tlaku, bolesti neměla, nezvracela, krytí drénu bylo suché, plyny odcházely, stolice ne.

První pooperační den. Pacientku v 7:00 našla sestra při kontrole pokojů opocenou na posteli. Pacientka měla bolesti. Na číselné stupnici od 1 do 5, zhodnotila pacientka bolest číslem 4 (silná bolest), bolest udávala v místě vývodu drénu jako bodavou. O léky na bolest si neřekla, myslela si, že je dostane při rozdávaní ranních léků. Po domluvě dostala dle ordinace i.m. 1 ampulí Analginu. Po 30 minutách od podání léku proti bolesti, se dle slov pacientky bolest zmírnila a na číselné stupnici od 0 do 5 hodnotila pacientka bolest číslem 2 (mírná bolest). Dále dostala subkutánně CLEXANE 0,4 ml v rámci prevence TEN.

Pacientka si v 9:00 zazvonila. S pomocí došla do koupelny, chtěla se osprchovat. Lehce se jí točila hlava a bála se, že by upadla, kdyby šla sama. Bolesti už pociťovala jen při vstávání a na číselné stupnici od 0 do 5 je označila číslem 1 (nepatrná bolest). Při sprchování si namočila obvaz. Před koupelí byl obvaz na pohled suchý. Po domluvě s lékařem jsem krytí drénu vyměnila. Po odlepení bylo krytí drénu z vnitřní strany lehce zakrvácené, okolí drénu bylo klidné bez výrazného zarudnutí. Po koupeli se pacientce odstranil periferní žilní katetr. Paní A.P. 1. pooperační den přijímala čajovou dietu, nezvracela a za den vypila 2 litry čaje. Plyny odcházely, stolice ne, močila. Odpoledne chodila po pokoji a byla za ní návštěva. V 18:00 si řekla o léky na bolest, bolest před aplikací analgetik hodnotila na číselné stupnici od 0 do 5 číslem 3 (střední bolest), bodavá v místě vývodu drénu, po 30 minutách pak číslem 1 (nepatrná bolest). Po lécích na bolest usnula a spala celou noc.

Druhý pooperační den. Před vizitou se pacientce odebraly kontrolní odběry na bilirubin celkový, přímý, nepřímý a jaterní testy. Pacientka při ranní vizitě uvedla, že bolest na číselné škále od 0 do 5 hodnotí číslem 1 (nepatrná bolest), léky proti bolesti nechtěla. Lékař při převazu ránu s drénem zhodnotil a rozhodl, že drén bude vyjmut následující den. Rána s drénem byla bez viditelných známek zánětu a drén neodváděl. Pacientka se celkově cítila lépe. Paní A.P. 2. pooperační den přijímala tekutou stravu, vypila 1 litr čaje a 1 litr neperlivé vody, nezvracela. Plyny odcházely, stolice ne, močila. Odpoledne jsem s paní A.P. sepsala ošetřovatelskou anamnézu. Dle slov noční sestry spala celou noc a bolesti neměla.

Třetí pooperační den. Pacientce byl v dopoledních hodinách vyndán drén. Výsledky včerejších testů dopadly dobře. Léky na bolest nechtěla, celkově se cítila dobře a s lékařem se domluvila na propuštění domů. Ve 14:30 mě pacientka poprosila o výměnu prosáklého krytí po vyndání drénu. Ránu po drénu lékař kontroloval ještě při odpolední vizitě v 17:00, krytí od výměny bylo suché a rána bez známek infekce. Pacientka se cítila dobře a těšila se, že půjde další den domů. Pacientka 3. pooperační den přijímala dietu s přísným omezením tuku, nezvracela. Byla poprvé na stoličce, močila. Odpoledne dostala na přečtení od sester leták informující o složení a způsobu dodržování žlučnickové diety.

Informace ohledně diety dostávají pacienti od lékaře a leták se samotnou dietou předává nutriční terapeutka. V době pobytu paní A. P. na oddělení měla nutriční terapeutka dovolenou a leták s dietou předávala pacientce sestra.

Čtvrtý pooperační den. Pacientka byla v dopoledních hodinách propuštěna do domácího ošetřování s poučením od lékaře ohledně klidového režimu po operaci. Lékař ji dále poučil o dietním režimu a od sester dostala poučení ohledně péče o rány. Byl jí sdělen termín kontroly na chirurgické ambulanci a dále byla předána do péče svého praktického lékaře.

10. Ošetrovatelský problém

Hlavní ošetrovatelský problém u pacientky, stanovený 2. pooperační den, byl nedostatek informací ohledně stravovacího režimu po operaci.

Problémů při sdělování informací ohledně stravy a dietního režimu, jsem v průběhu hospitalizace pacientky shledala hned několik.

Sestry berou jako samozřejmost, že lékař stanoví dietu, kterou musí pacient jednotlivé dny po operaci dodržovat. Jako samozřejmost už ale často neberou fakt, že se jich pacient může zeptat, proč by měl tuto dietu dodržovat. Všimla jsem si, že některým sestrám činí velké problémy vysvětlit pacientovi, proč je důležité dodržovat dietní režim po operaci.

Domnívám se, že na pacienta vždy působí lépe, když řekneme, proč by něco měl dodržovat, než když mu sdělíme, že něco prostě musí dodržovat. Direktivní přístup k pacientovi ze strany lékaře nebo sestry může být častou příčinou sporů mezi pacientem a zdravotníkem a může zbytečně komplikovat

průběh terapie a prodlužovat proces zotavování a navrácení pacienta do běžného života.

V dalších odstavcích jsem uvedla situace, kdy měla pacientka nedostatek informací ohledně stravovacího režimu a sestry při předávání informací měly postupovat jiným způsobem.

V den příjmu se paní A.P. sestra zeptala, zda ví, že musí do pŕlnoci pít jen čaj a od pŕlnoci nesmí už nic jíst ani pít. Paní A.P. odpověděla, že tyto informace jí sdělil lékař na chirurgické ambulanci. Sestra tedy pokračovala dál v odběru ošetřovatelské anamnézy.

V tomto případě mi chybělo dodatečné sdělení pacientce, že čajová dieta je indikována v rámci prevence možných komplikací v průběhu operace nebo po operaci. Mezi případné komplikace by bylo vhodné uvést např. riziko aspirace.

Toto riziko hrozí u pacientů, kteří mají plný žaludek před operací a ve chvíli kdy vlivem pneumoperitonea stoupne při operaci nitrobřišní tlak, může dojít k regurgitaci žaludečního obsahu s následnou aspirací do plic (Pafko a kolektiv, 1998).

Po příjezdu z dospávacího pokoje bylo pacientce sděleno, že může začít dvě hodiny po zákroku pít. Pacientka dostala na stolek hrnek s čajem. Paní A.P. sestře sdělila, že jí je nevolno. Sestra jí odpověděla, že to je po operaci normální a do pár hodin tento stav odezní. Sestra odešla a pacientku průběžně po půl hodině kontrolovala.

Pacientce jsem po odchodu sestry sdělila, že pokud by jí bylo více špatně, tak ať ihned zazvoní. Dále jsme se domluvily, že pokud se jí po pár hodinách udělá lépe, tak se nejprve zkusí napít po doušcích a když to půjde a nebude zvracet, tak může začít pít více.

Paní A.P. se po dvou hodinách od příjezdu na standární oddělení probudila. Zazvonila si. Přišla jsem k ní a když mi sdělila, že jí je lépe a nevolnost přešla, tak jsem jí dala napít. Paní A.P. do pŕlnoci vypila tři hrnky čaje a nezvracela.

V tomto případě by bylo vhodné pacientce navíc sdělit, že nevolnost může být jednou z reakcí organismu na prodělanou anestezii nebo z důvodu

nežádoucího účinku léků proti bolesti, které pacientka dostala na dospávacím pokoji (Dolsin). Myslím si, že pacient se může cítit znepokojen situací, když mu je po operaci špatně od žaludku a měl by přibližně vědět za jakých okolností pooperační nevolnost může vznikat.

V rámci pooperační péče a dávání napít pacientovi mě zaujala připomínka sestry PhDr. Dany Klevetové, která napsala článek týkající se předoperační a pooperační péče o pacienta po LCHE. Uvádí, že před tím než pacientovi po operaci dá napít, tak nejprve zkontroluje, zda pacient zvládne vypláznout jazyk a na sucho polknout (Klevetová, 2012). Toto může být bráno jako základní pravidlo prevence aspirace a ukázka aktivního přístupu sestry v péči o pacienta.

První pooperační den dostávala pacientka čajovou dietu. U pacientky se v průběhu dne kontroloval příjem a výdej tekutin a zda pacientka nezvrací. Pacientka čajovou dietu tolerovala, důvod diety neznala.

V tomto případě by bylo vhodné pacientce vysvětlit, proč musí po operaci pít jen čaj a kdy už bude moci přijímat něco jiného kromě tekutin.

1. pooperační den by měl pacient pít jen čaj a 2. pooperační den by měl přijímat pouze tekutou stravu v rámci prevence pooperační komplikace v podobě paralytického ileu. Ten hrozí všem pacientům po operaci břicha, z důvodu obležené (zpomalené) peristaltiky střev vlivem potlačení aktivity parasymptiku při operaci. Přibližně dva až tři dny po laparoskopické operaci trvá než odejdou první plyny popřípadě stolice a střevní peristaltika se tak dá opět do pohybu, jako tomu bylo před zákrokem a pacienti mohou začít postupně přecházet z tekuté stravy na tuhou (poznámka autora).

Dále je vhodné pacienta upozornit, že dostatečný příjem tekutin, tedy alespoň 1,5 litru denně, slouží jako prevence TEN a zároveň napomáhá vyloučit zbytky anestetik z těla ven močí, a postupně tak navracet metabolismus k normálnímu stavu před operací.

Druhý pooperační den dostávala pacientka tekutou stravu. Při rozdávání snídaně se zeptala sestry, zda už také dostane něco k jídlu a jestli může kromě čaje také jiné tekutiny. Sestra paní A.P. sdělila, že k snídani dostane jablečné pyré a k obědu pravděpodobně zeleninový vývar. Pacientka se sestry zeptala, zda ji dcera

může do nemocnice přinést nějaké jídlo, které by v rámci dietního režimu pacientka mohla. Sestra pacientce odpověděla, že si zatím musí vystačit s jídlem z nemocnice. Dále pacientce sdělila, že v rámci prevence nadýmání by měla pít čaj a vodu bez bublinek.

V tomto případě se sestra mohla s pacientkou domluvit na potravinách, které by jí mohla dcera do nemocnice další dny přinést a které by korespondovaly s dietou s přísným omezením tuku. Zároveň mohla sestra pacientku uklidnit, že další dny už bude pravidelně dostávat tuhou stravu a v případě potřeby jí lékař napíše přídatky k dané dietě, pokud by měla hlad. Vhodným přídatkem pro pacienty po onemocnění žlučníku je například Nutridrink z řady Juice style.

S pacientkou jsem 2. pooperační den mluvila o tématu stravování a sama mi řekla, že neví, jaké druhy potravin má do jídelníčku zařadit, a jak jídlo upravovat po odchodu z nemocnice. Tyto informace jsem sdělila ten samý den sestře na denní službě. Sestra mi odpověděla, že informace ohledně stravovacího režimu dostane pacientka až den před odchodem domů jako všichni ostatní pacienti. Bude - li mít k danému tématu dotazy, musí je směřovat na ošetřujícího lékaře.

Pacientce jsem sdělila, že informace ohledně stravovacího režimu dostane den před odchodem domů, že je to zvyklostí daného oddělení. Pacientka mi poděkovala a nic dalšího ohledně stravovacího režimu se ten den nezeptala.

Třetí pooperační den dostávala paní A.P. dietu s přísným omezením tuku. Dieta jí nechutnala, brala ji jako nutné zlo. Sestra pacientce nevysvětlila, proč má dietu s přísným omezením tuku. Zeptala se jí, zda nepociťuje hlad a zda nechce k dietě ještě nějaké přídatky. Pacientka odpověděla, že hlad nemá a přídatky nechce.

Sestra mohla pacientce sdělit, že dietu s přísným omezením tuku musí držet proto, že funkci žlučníku po operaci přebírají postupně žlučové cesty a žluče se tvoří zatím menší množství, které by nedokázalo trávit potraviny s větším obsahem tuku a proto je přísná dieta nutná (Starnovská, 2004).

Odpoledne proběhla edukace pacientky o způsobu stravování po odchodu z nemocnice a o žlučnickové dietě. Paní A.P. dostala informační leták o žlučnickové

dietě. Ten si přečetla. Poté za ni přišla sestra a zeptala se, zda pacientka všemu v letáku rozumí. Pacientka odpověděla, že by potřeboval některé věci ohledně diety upřesnit. Sestra ji odkázala na nutriční terapeutku a ošetřujícího lékaře se slovy, že ona tomuto tématu nerozumí. Pacientka se sestry na nic dalšího ohledně diety ten den nezeptala.

Myslím si, že v tomto případě by bylo vhodné pacientce přímo obstarat kontakt na nutriční terapeutku a poradit jí, kde terapeutku nalezne. Dále by bylo vhodné upozornit lékaře, že pacientka má nedostatek informací ohledně problematiky stravování po operaci a pacientce by prospělo, kdyby si na ni lékař vyčlenil více času a na případné dotazy ji odpověděl.

U pacientky v průběhu hospitalizace nenastaly žádné komplikace, rána po operaci se dobře hojila a pacientka se každý den cítila lépe. Jediné, co ji od začátku trápilo, byl pocit viny, že se na vzniku onemocnění podílela z velké části sama špatnými stravovacími návyky.

Z chování pacientky bylo jasné, že má zájem se na dobrém výsledku terapie podílet a že by v budoucnu své stravovací návyky chtěla změnit.

Dnešní pojetí role sestry by mělo vést sestry k poskytování aktivní péče. V případě mé pacientky by byl vhodný projev aktivní péče zajištění potřebných informací, které jsou nezbytné pro pacientku z důvodu možnosti podílet se na procesu sebezpečí a z důvodu prevence recidivy onemocnění.

Čtvrtý pooperační den si paní A.P. vyslechla povídání lékaře ohledně pooperačního režimu, který zahrnoval i povídání o dietě. Dle slov sestry jsem se zpětně dozvěděla, že pacientka neměla žádné dotazy ohledně pooperačního režimu a diety.

Když jsem s pacientkou dva měsíce od zákroku znovu mluvila, řekla mi, že doplňující informace ohledně dietního režimu získala díky dceři z internetu a z knížky, kterou si pořídila.

V části textu výše jsem chtěla upozornit na situace, ve kterých sestry, chybně vyhodnotily problémy a potřeby pacientky. Myslím si, že chování sester často vyplývalo z nedostatku vědomostí týkajících se problematiky výživy pacienta po operaci.

Otázka zní, zda by sestra na oddělení všeobecné chirurgie, kde každý týden jsou přijímáni minimálně 3 lidé k plánovanému operačnímu výkonu LCHE a z ambulance chirurgie přichází další pacienti, kteří jsou hospitalizováni urgentně pro podezření na komplikace cholelitiázy, měla mít komplexní přehled o terapii pacienta s cholelitiázou, do které neodmyslitelně spadá i problematika stravování pacienta po operaci. Domnívám se, že ano. Proto jsem se zpětně pokusila navrhnout edukační proces, který by bylo vhodné použít u pacienta po LCHE a který by se týkal problematiky žlučnickové diety a dietního režimu po odchodu pacienta z nemocnice.

10.1. Edukační proces

Edukační proces jsem sestavila dle návodu v knize Edukační činnost sestry – Úvod do problematiky od Marcely Svěrákové.

1) posouzení pacientky

O pacientce víme, že před operací prodělala 2 žlučnickové záchvaty. Při druhém ji odvezla dcera do nemocnice, kde ji lékař sdělil podezření na onemocnění cholecystolitiázu, podal léky na bolest a doporučil ji operativní léčbu v podobě LCHE. Ohledně stravovacího režimu bylo pacientce doporučeno minimálně 2 dny po záchvatu pít pouze čaje a čistou vodu a jíst suchary. Po uplynutí 2 dnů může pacientka začít do jídelníčku zařazovat další potraviny, které bude její stav tolerovat. Vyhnout se měla zcela tučným a smaženým jídlům a neměla jíst velmi kořeněná jídla. Pacientka toto doporučení respektovala. Zcela se vyhnula uzeninám, maso vařila pouze na vodě a jídlo nemastila a nesolila. Pacientka si před hospitalizací neobstarala žádnou literaturu týkající se doporučení pro žlučnickovou dietu. Čekala, co ji řekne lékař. Motivací pro pacientku, aby změnila zásady svého stravovacího režimu, byly oba prodělané žlučnickové záchvaty a následně operace. Pacientka řekla, že už toto nechce znovu zažít.

Když se lékaře před operací zeptala, zda se po odstranění žlučníku mohou kameny vrátit, lékař ji na toto odpověděl pozitivně. Pacientka se poté začala zajímat o možnosti prevence vzniku kamenů ve žlučových cestách. Lékař ji odkázal na nutriční terapeutku, která s ní problematiku diety probere po operaci. Řekl jí, že před odchodem domů si s ní o případných nejasnostech ještě promluví.

Pacientka je nyní po operaci. Zotavuje se bez přidružených komplikací. Verbalizovala své obavy z nedostatku informací ohledně problematiky způsobu dodržování diety po operaci.

2) Stanovení edukačního plánu

Problémy pacienta:

- 1) Pacientka si není jistá, zda dokáže správně zařadit vhodné a nevhodné potraviny.
- 2) Nezná možnosti vhodné úpravy pokrmů.
- 3) Nemá vhodnou literaturu, ze které by mohla čerpat recepty pro přípravu pokrmů.

Edukační cíle:

- 1) Pacientka dokáže správně zařadit vhodné a nevhodné potraviny, které korespondují s pravidly žlučnickové diety.
- 2) Pacientka vyjmenuje vhodné varianty úpravy pokrmů, které dovolují pravidla žlučnickové diety.
- 3) Pacientka ví, kde najít vhodnou literaturu.

Harmonogram:

Sestra za pacientkou přijde druhý pooperační den, kdy se pacientce daří lépe a její zdravotní stav jí dovolí soustředit se na téma edukace. Pacientce předá informační leták obsahující základní informace o žlučnickové dietě. Požádá ji, aby si leták přečetla a poznamenala si věci, kterým nerozuměla a potřebuje je upřesnit. Sestra se s pacientkou domluví, že třetí pooperační den se za ni zastaví a probere nejasnosti, na které pacientka narazila. Dále bude druhý pooperační den pacientka seznámena s možnými komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování dietního režimu.

Mezi komplikace můžeme uvést vznik kamenů ve žlučových cestách, navrácení dyspeptických obtíží při nedodržování zásad žlučnickové diety, průjmy a zácpy související se špatným načasováním stravy (Starnovská, 2004).

Třetí pooperační den se sestra za pacientkou zastaví a probere s ní nejasnosti, na které pacientka předchozí den narazila. Poté pacientce zadá úkol, aby během odpoledne vymyslela, a na papír bez pomoci informačního letáku,

napsala jídelníček odpovídající zásadám žlučnickové diety a zároveň jídelníček, který by odpovídal jejímu stravovacímu režimu před onemocněním. S pacientkou se domluví, že k večeru za ní přijde a zkontroluje jídelníčky a na příkladu si ukáží rozdíl ve stravování před onemocněním a po onemocnění. Tímto sestra zároveň pacientce demonstruje, že se paní A.P. nemusí vzdát všech potravin, které měla ráda před zjištěním onemocnění. Stačí, aby některé potraviny jen správně upravila, a může je i nadále zařazovat do svého jídelníčku.

Čtvrtý pooperační den dostane pacientka poučení od lékaře ohledně dietního režimu a sestra jí odkáže na další doporučenou literaturu v podobě brožurek s recepty a na internetové zdroje. Na konec pacientku odkáže na případnou konzultaci k nutriční terapeutce do její ambulance, aby spolu mohly probrat případné problémy, které se u pacientky vyskytnou po odchodu z nemocnice a budou se týkat stravovacího režimu. Pacientka odejde se jménem nutriční terapeutky, s telefonním nebo e-mailovým kontaktem, adresou ambulance a popřípadě s výpisem ordinačních hodin.

Metody edukace:

Edukace bude vedena formou rozhovoru a praktických cvičení, sestra bude pracovat jak s informačním letákem vypracovaným nutričními terapeutky ohledně žlučnickové diety, tak s brožurami, které rozšiřují informace ohledně žlučnickové diety o rady odborníků, nové recepty a nové technologie v úpravě pokrmů. Sestra může pracovat se skupinou pacientů, kdy si např. na jednotlivých sestavených jídelníčcích ukáží pacienti navzájem dané chyby. Může pracovat i individuálně. Pacienta může edukovat na jeho pokoji nebo na společenské místnosti. Edukace by měla probíhat spíše v odpoledních hodinách. Měla by probíhat až ve chvíli, kdy se pacient po zákroku bude cítit lépe a bude se na dané téma schopen soustředit. Časový harmonogram přizpůsobí sestra chodu danému oddělení a době pobytu pacienta na oddělení.

3) Hodnocení

Sestra může provést hodnocení edukace čtvrtý pooperační den, kdy se přesvědčí, zda pacient zvládne zařadit dané potraviny a způsoby přípravy pokrmů dle pravidel žlučnickové diety nebo ne. Další ukazatel, zda edukace byla úspěšná, se může objevit s odstupem času, kdy se u pacienta, který dodržuje dietní režim,

neobjevují obtíže podobné těm před operací. Toto už se většinou sestra na oddělení nedozví, pokud s pacientem není v užším kontaktu.

Součástí edukačního procesu by měl být i záznam do edukačního listu, kde by sestra měla poznamenat průběh edukace a dosažené cíle. V rámci doporučení pro praxi jsem navrhla vzor edukačního záznamového archu pro všeobecné sestry, který by sledoval průběh edukace pacienta o výživě a zároveň by byl nápovědou pro mnohé sestry, na co se v edukaci zaměřit viz. Obrázek č. 1 -2.

Aby se edukace mohla uskutečnit, je třeba, aby sestra měla k dispozici edukační letáky, které pacienti po výkonu dostávají domů, aby znala kontakt na nutričního terapeuta, aby uměla pacienta odkázat na dostupnou literaturu a aby měla základní znalosti o problematice výživy pacienta v daném onemocnění.

Obrázek č. 1 -2

Edukační záznamový arch pacienta po LCHE		šiték pacienta	
Obsah edukace: Dietní režim a způsob stravování pacienta po operaci			
Zhodnocení pacienta/tky:			
1) Pacient chce být edukován ohledně dietního režimu po operaci.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 1 poznámka č. 1)	Datum zhodnocení: Podpis a razítko sestry, která hodnotila (viz. poznámka č. 2):
2) Pacient má informační leták z nemocnice týkající se žlučnickové diety.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 2 první den)	
3) Pacient umí rozdělit potraviny na vhodné a nevhodné dle pravidel žlučnickové diety.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 2 první a druhý den)	
4) Pacient umí rozdělit způsoby přípravy potravin na vhodné a nevhodné dle pravidel žlučnickové diety.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 2 první a druhý den)	
5) Pacient ví, kde nalezne vhodnou literaturu.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 2 třetí den)	
6) Pacient ví, proč je dietu vhodné dodržovat a dokáže vyjmenovat možné komplikace, které mohou nastat pokud dieta nebude dodržována.	ANO	NE (pokud ne viz. str. 2 třetí den)	
<p>Poznámka č. 1 – Sestra si vyžádá podpis pacienta, který tímto stvrzuje, že odmítá edukaci a informace ohledně dietního režimu si obstará sám.</p>			
Datum:		Podpis pacienta.....	
strana 1/2			

Pooperační den:(viz poznámka č. 3)	Obsah edukace:	Datum uskutečnění edukace:	Podpis a razítko sestry, která edukovala:	Podpis pacienta:
<i>První pooperační den</i>	Pacientovi dát informační leták. Pacientovi sdělit, že si má leták prostudovat a poznamenat si, čemu v letáku nerozumí. S pacientem probrat nejasnosti v informačním letáku.			
<i>Druhý pooperační den</i>	Pacientovi zadat úkol v podobě vytvoření dvou vzorů jídelníčků. Jeden jídelníček sestavený dle pravidel žlučnickové diety a druhý dle toho jak se pacient stravoval před operací. Pacienta požádat, aby nám demonstroval na příkladu jídelníčků rozdíl ve stravování před operací a po operaci. Zkontrolovat, zda pacient dokáže bez pomoci letáku vyjmenovat vhodné a nevhodné způsoby přípravy pokrmů dle pravidel žlučnickové diety.			
<i>Třetí pooperační den</i>	Pacienta seznámit s doporučenou literaturou, jak s tištěnými zdroji, tak se zdroji internetovými. Pacientovi sdělit, proč je vhodné dodržování dietního režimu po operaci. (např. dieta je vhodná v rámci prevence vzniku kamenů ve žlučových cestách nebo v rámci prevence dyspeptických obtíží, průjmů nebo zácpy související se špatným načasováním stravy)			

Poznámka č. 2 – Sestra, která provedla zhodnocení a naplánovala edukační proces u pacienta, sdělí sestře, které předává v den zhodnocení službu, jaké body v obsahu edukace splnila a jaký je plán edukace na následující dny.

Poznámka č. 3 – Harmonogram edukace dle pooperačních dnů je pouze orientační. Edukaci a její načasování přizpůsobte aktuálnímu stavu pacienta a době pobytu pacienta na oddělení.

strana 2/2

10.2. Základní pravidla žlučnickové diety

Ve chvíli, kdy sestra přistupuje k edukaci, měla by se seznámit se základními pravidly žlučnickové diety.

Mezi tyto pravidla patří:

- pravidelná strava 5x denně, nepřejídat se, vypít okolo 2l tekutin denně
- vyvarovat se přípravě jídel na tuku, upřednostňovat přípravu jídel v páře na vodě, pomocí horkovzdušného systému, na teflonových pánvích, jíšku připravovat z mouky a vody
- obsah tuku v potravě by neměl překročit 50 g, volný tuk na mazání do 10g na osobu za den
- zařadit pouze libová masa, libové vepřové dle osobní snášenlivosti, zcela vyloučit zvěřinu a vnitřnosti
- pít čaje, vodu bez bublinek, první měsíc po výkonu vůbec ne kávu, dále dle individuální tolerance a raději rozpustnou, alkohol vyloučit zcela
- pečivo z bílé mouky (starší), suchary, piškoty, toustový chléb
- 1 měsíc po zákroku se vyhýbat (ořechy, luštěniny, cibule, česnek, houby, čokoláda, majonéza)
- zeleninu raději tepelně upravenou jen kořenovou a listovou
- ovoce raději tepelně upravené přesnídávky, kompoty (jablečné, meruňkové)
- polévky první měsíc po výkonu zeleninové, obilné, vývar z kosti
- pochutiny puding z nálevu kompotu, piškoty
- mléčné výrobky kysané, nízkotučné sýry a tvarohy (do 30% tuku v sušině), nízkotučné jogurty, mléko dle individuální tolerance
- uzeniny jen libová krutí a kuřecí šunka

Jak jsem psala výše, aby edukace všeobecnou sestrou ohledně diety měla význam, musí mít sestra k dispozici vhodně obsáhlé edukační materiály, které může pacientům předat.

Když jsem si povídala s paní A. P. o informačním letáku, který dostala v nemocnici, zeptala jsem se jí, co se jí na letáku líbí, a co by naopak změnila nebo

přidala. Odpověděla mi, že oceňuje rozdělení potravin, které na letáku je jasně dané. Pro začátek než si pacientka najde další doporučenou literaturu ohledně žlučnickové diety, to takto prý bohatě stačí.

Paní A.P. chyběly v letáku odkazy na doporučenou literaturu. Dále uvedla, že z pohledu pacienta muže, by pro začátek nebylo špatné zařadit do letáku jednoduché recepty na hlavní jídla, alespoň na první tři dny po odchodu z nemocnice. Přeci jenom, pro někoho může být těžké vařit jen podle vyjmenovaných potravin bez návodu na přípravu.

V rámci mého malého průzkumu jsem navštívila 5 pražských nemocnic, kde jsem z oddělení všeobecné chirurgie získala kopie žlučnickových diet, které dostávají před odchodem domů pacienti. Zároveň jsem se sester na oddělení zeptala, jak probíhá edukace pacientů ohledně diety před propuštěním.

Edukace pacientů probíhá ve všech nemocnicích, kde jsem byla zhruba stejně. Sestry v případě, že na oddělení není k dispozici nutriční terapeutka předají pacientům informační letáky k prostudování. S doplňkovými informacemi odkážou pacienty na lékaře, kterého se pacienti mohou dotazovat v průběhu hospitalizace nebo ještě těsně před odchodem domů. Podrobnější edukaci, jak jsem ji popsala výše, sestry na oddělení neprovádí.

Když jsme si prošla diety, které jsem z různých oddělení získala, tak ani jeden z informačních letáků neobsahoval všechny podle mého názoru důležité informace, které pacient před odchodem domů potřebuje ohledně žlučnickové diety vědět. Ve všech letácích bylo uvedeno vhodné a nevhodné rozdělení potravin a vhodné a nevhodné způsoby přípravy potravin. Dva informační letáky obsahovaly navíc ukázkou jídelníčku sestaveného z vhodných potravin splňujících požadavky žlučnickové diety. Jenom jeden obsahoval návody na přípravu jednotlivých pokrmů, které pacientovi vystačí minimálně na 3 dny po odchodu z nemocnice. Ani jeden z informačních letáků neobsahoval údaje o dalších zdrojích doporučené literatury. Nakonec jen dva letáky z pěti obsahovaly kontaktní informace na oddělení léčebné výživy, jinde jako oddělení dietních sester, kde by pacienti mohli klást případné dotazy a kam by se mohly obrátit pro pomoc.

V rámci doporučení pro praxi jsem sestavila model informačního letáku o žlučnickové dietě, který dle mého názoru obsahuje dostatek informací ohledně dietního režimu pro pacienty po LCHE viz. Obrázek č. 3 - 6.

Žlučnicková dieta – dieta s omezením tuku (informační leták pro pacienty po cholecystektomii - VZOR)

Základní pravidla žlučnickové diety:

- dietu byste měli dodržovat minimálně 6 týdnů po operaci, u každého pacienta je doba dodržování diety individuální vzhledem k náročnosti operačního výkonu, přidruženým onemocněním a v závislosti na individuální snášenlivosti jednotlivých potravin
- v průběhu 6 týdnů po zákroku začněte postupně zařazovat do jídelníčku, co největší spektrum potravin, které korespondují se žlučnickovou dietou, a uspořádejte si potraviny, které vám vyhovují a nezpůsobují vám potíže podobné dyspeptickým potížím před operací
- někteří pacienti nemusí tolerovat všechny potraviny, které jsou povoleny v rámci žlučnickové diety, jedná se hlavně o mléko a mléčné výrobky, které musí být z jídelníčku vyřazeny často na delší dobu
- po uplynutí minimálně 6 týdnů od operace, byste se měli poradit s lékařem popřípadě s nutričním terapeutem, zda budete dietu dále dodržovat nebo zda začnete pozvolna přecházet na racionální stravu
- energetická hodnota žlučnickové diety – diety s omezením tuku činí 9500 kJ/den = 2272 kcal/den- strava by měla být pestrá, nenadýmavá, ne příliš kořeněná, nedráždivá s omezením tuku, který je nahrazen zvýšeným příjmem sacharidů a bílkovin v potravě
- strava by měla být pestrá, nenadýmavá, ne příliš kořeněná, nedráždivá s omezením tuku, který je nahrazen zvýšeným příjmem sacharidů a bílkovin v potravě
- jezte 5x až 6x denně, nepřejídejte se, nehladovte, snažte se vypít 1,5l – 2l tekutin denně
- používejte pouze čerstvý tuk do již hotových pokrmů pro zlepšení chuti, volný tuk na mazání pečiva konzumujte minimálně do 10 g / den

Technologická úprava potravin:

Příprava pokrmů: ve vodní lázni, na páře, pomocí horkovzdušného systému, v alobalu, na teflonové pánvi, vařením, pečením, dušením je povolena.

Pokrmby nemají dráždit trávicí ústrojí mechanicky (jádra a pecky z ovoce) ani chemicky (příliš kyselá nebo ostrá jídla) ani tepelně (příliš horká nebo studená jídla).

Jídla vhodná dle pravidel žlučnickové diety:

mléko a mléčné výrobky: mléko nízkotučné a polotučné, dle osobní snášenlivosti, kyselé mléko a podmásli, jogurty se sníženým obsahem tuku, tvaroh netučný a polotučný, sýry tuhé i tavené do 30 % tuku v sušině, ne dlouhozrající a pikantní

tuky: nepřepálené, nepřepouštěné, čerstvé máslo, rostlinné tuky (Rama, Flóra, Perla) nebo olivový olej, celkové množství tuku by

nemělo přesáhnout 30 – 50 g / den

vejce: celé ½ ks denně, ne samostatně, pouze do pokrmů, bílek neomezeně

NÁVODY NA PŘÍPRAVU JÍDEL

Rajčatová polévka

suroviny: 10 dkg čerstvých rajčat nebo 1 dkg přírodního protlaku, 1 kávová lžička hladké mouky, 5 polévkových lžic kysaného mléka, 1/2 dkg másla, sůl, pažitka, citrónová šťáva, bobkový list

postup: čerstvá rajčata nebo protlak podusíme s trochou vody nebo vývaru z kostí a s kouskem bobkového listu, prolisujeme, zahustíme nasucho opraženou moukou, před podáním přidáme rozmíchané kysané mléko, máslo a dle chuti můžeme přisladit nebo okyselit citrónovou šťávou a doplnit rozsekanou pažitkou, do polévky můžeme zavařit rýži

Nudlový nákyp

suroviny: 7 dkg nudlí, 10 dkg měkkého tvarohu, 5 dkg jablek, 1/2 vejce, 2 dkg cukru, 1/2 dkg másla, citrónová kůra, strouhanka, 1/2 dkg másla na vymazání

postup: uvažené nudle smícháme s prolisovaným tvarohem a s oloupanými nastrouhanými jablky, spojíme vejcem, osladíme a okořeníme citrónovou kůrou, přidáme kousek čerstvého másla a dobře promícháme, směs naplníme do vymazané formy máslem a vysypané strouhankou, pečeme ve vodní lázni (formu vložíme do větší nádoby s vodou)

Mrkvový salát

suroviny: 5 dkg mrkve, 5 dkg syrových jablek, citrónová šťáva, cukr

postup: oloupeme a nastrouháme mrkev a jablka, pokapeme citrónovou šťávou a dle chuti osladíme cukrem

Rizoto

suroviny: 8 dkg rýže, 7dkg telecího masa, 1 dkg másla, zelená petrželka

postup: omyté maso nakrájíme na kostky, které na sucho opečeme, osolíme, zalijeme vodou a dusíme, k poloměkkému masu přidáme spařenou rýži, zalijeme 1/8 l vody, zlepšíme kouskem másla a dusíme do měkka, na talíři zdobíme petrželkou

maso: libové telecí, hovězí, kuřecí, krůtí, jehněčí, králík, rybí filé, pstruh, vše pouze čerstvé, nekonzervované, neuzené, nesmažené, nemarinované

Pečeme a dusíme bez tuku. Maso na sucho opečeme, podlijeme netučným vývarem z kostí a dusíme nebo pečeme, šťávu zahušťujeme moukou rozmíchanou ve vodě nebo v mléce, do hotové šťávy můžeme přidat kousek másla.

polévky: zeleninové, obilné, vývar z kostí

uzeniny: libová krůtí a kuřecí šunka dle osobní snášenlivosti

obilniny a moučné výrobky: mouka škrobová, pšeničná, rýžová, kukuřičná, pudíngové prášky, krupicí, rýži, ovesné vločky, těstoviny spíše nevaječné, vídeňský práškový knedlík, kuskus

pečivo a sušenky: ne čerstvé, starší bílé, rohlíky, žemle, chléb starší toustový, suchary, piškoty, netučné kynuté (vánočka, mazanec), sušenky BeBe, Petit Beurre

zelenina: brambory, mrkev, brukev, hlávkový salát, chřest, špenát, rajčata (bez jaderek), červená řepa, zeleninu spíše vařenou, dušenou, mraženou, ne nadýmavou (hrášek, zelí, cibule, kapusta, fazolky)

ovoce: jablka, meruňky, broskve, banány, pomeranče, mandarinky, nektarinky ovoce čerstvé, kompotované nebo pyré, dle osobní snášenlivosti menší množství hrozinek nebo datlí

nápoje: neperlivá voda, čaj černý, zelený, šípkový, ovocný dle osobní snášenlivosti, mléko dle osobní snášenlivosti, 100% ředěné džusy, bílá káva (melta), ne černá káva a alkohol

různé: džem a med dle osobní snášenlivosti

koření: petrželka, kopr, vanilka, skořice, kmín, citrónová a pomerančová šťáva, pažitka, bazalka, sladká paprika, saturejka, solit minimálně

moučníky: piškotové, tvarohové těsto, vanilkové krémy, pudinky, kaše rýžové, vločkové, krupicové, nákypy a žemlovky, ne máslové krémy (máslo, cukr, vejce)

Jídelníček na tři dny po odchodu z nemocnice:

První den:

snídaně: bílý jogurt, 2 rohlíky, 10 g másla, čaj
přesnídávka: 1 banán
oběd: rajčatová polévka a nudlový nákyp
svačina: mrkvový salát
večeře: rizoto a hlávkový salát zakápnutý zálivkou z vody, soli, cukru, a citrónové šťávy

Druhý den:

snídaně: ředěný meruňkový džus, acidofilní mléko, corn flake, banán
svačina: 2 meruňky
oběd: bramborová polévka a pečené kuře s bramborem a dušenou mrkví
svačina: sušenky bebe
večeře: 2 rohlíky, 10 g másla, sýr Cottage a jablkové pyré

Třetí den:

snídaně: chleba, 10 g másla, drůbeží šunka, čaj
svačina: ovocná přesnídávka
oběd: špenátová polévka a zapečené brambory se zeleninou
svačina: 1 ovocný jogurt a nektarinka
večeře: ovocné knedlíky

S dotazy ohledně diety a dietního režimu se můžete obrátit na nutriční terapeutku:

Barbora Máslová
+420 785 698 369
barboramaslova@centrum.cz
Ordinační hodiny: Po, Út, Pá od 8:00 do 16:00
Kde najdete: areál nemocnice v Poličkách
(nová poliklinika), 2. patro
Jiráskova 42
Poličky 512 31

Doporučená literatura, ve které naleznete recepty na pokrmy dle pravidel diety s omezením tuku:

STARNOVSKÁ, Tamara. Diety při onemocnění žlučníku – recepty, rady lékaře. 1. vyd. Praha. Vydavatelství MAC, spol. s r.o., 2004. ISBN 80 – 86783 – 08 – 1.

STARNOVSKÁ, Tamara. Diety při onemocnění žlučníku 2. - Recepty. 2. vyd. Praha. Vydavatelství MAC, spol. s r.o., 2003. ISBN 80 – 86015 – 95 – 5.

MAREČKOVÁ, Olga; MENGEROVÁ, Olga. Dieta nemoci žlučníku a žlučových cest – Dieta a rady lékaře. Čestlice.

Bramborová polévka

suroviny: 60 g brambor, 20 g mrkve, 10 g celeru, 10 g petržele, 2g zelené petrželky, 250 ml vody, 5 g rostlinného tuku

postup: oloupané, omyté brambory spolu se zeleninou nakrájíme na kousky, zalijeme vodou, osolíme a vaříme do měkka, polévku dochutíme jemně sekanou petrželkou a rostlinným tukem

Pečené kuře s bramborem a dušenou mrkví

suroviny: ¼ kuřete, 1,5 dkg másla, sůl, citrón, petrželka, brambory, 12 dkg mrkve, vývar z kostí

postup: omytou a osolenou porci kuřete vložíme do nádoby a pečeme, během pečení podléváme vodou a poléváme šťávou z kuřete, k hotovému přidáme maslo, uvaříme brambory, nakonec oloupanou mrkev nakrájíme na plátky, osolíme, zalijeme trochou vývaru z kostí a dusíme, do měkké mrkve přidáme kousek másla a ochutíme citrónovou šťávou, dle chuti můžeme přisladit

Jablkové pyré

suroviny: 100 g jablek, 10g cukru, citrónová šťáva

postup: jablka oloupeme, nastrouháme, vložíme do hrnce a podlijeme malým množstvím vody, zakapeme citrónem, osladíme a dusíme doměkka

Špenátová polévka

suroviny: 4dkg špenátu (čerstvý i mražený), 5 polévkových lžic mléka, 1 kávová lžička hladké mouky, ½ dkg másla, ¼ vejce, sůl, vývar z kostí

postup: nasucho opraženou mouku rozředíme mlékem a vývarem z kostí na tzv. Bešamel, povaříme, přidáme uvařený mletý špenát a opět krátce povaříme, v hotové polévce srazíme vejce a doplníme čerstvým máslem, můžeme podávat se žemlí

Zapečené brambory se zeleninou

suroviny: 200g brambor, sůl, 100 g zeleniny (brokolice, celer, mrkev), ¼ vejce, 50 g nízkotučného mléka, bazalka, 10g sýr eidam 30% tuku v sušině, ½ dkg másla na vymazání formy

postup: brambory ve slupce uvaříme v osolené vodě, oloupeme a nakrájíme na kolečka, zeleninu omyjeme a nakrájíme na plátky nebo nastrouháme nahrubo, do zapékací klademe střídavě vrstvu zeleniny a vrstvu brambor, poslední vrstvu tvoří brambory, které posypeme sýrem a zalijeme mlékem s rozšlehaným vejcem a zapečeme

Ovočné knedlíky

suroviny: 10 dkg tvarohu, 10 dkg uvařených brambor, 5 – 7 dkg hrubé mouky s krupicí, ¼ vejce, sůl, 15 dkg ovoce (meruňky nebo jablka) 2 dkg cukru na posypání a 1 dkg másla

postup: brambory uvaříme ve slupce, oloupeme a prolisujeme, smícháme s prolisovaným tvarohem, moukou a krupicí, vypracujeme spolu s vejcem a trochou soli těsto, těsto rozválíme na plát a rozkrájíme na čtverečky, do kterých balíme ovoce, uděláme knedlíky, které zavaříme do mírně osolené vody, vaříme 5 – 7 minut, knedlíky sypeme cukrem a necháme na nich rozpustit máslo

Nakladatelství Pavla Momčilová
Medica Publishing, 2008. ISBN 978 –
80 - 85936 – 61 – 2.

KOJECKÝ, Zdeněk; LONSKÁ, H.;
PAUKERTOVÁ, M. Dieta při
nemocech žlučníku. Praha. Státní
zdravotnické nakladatelství, n. p.,
1969. 08 – 018 – 69.

**Odkazy na webové stránky, kde
lze nalézt informace a recepty
týkající se diety s omezením
tuku:**

www.ezlucnik.cz
www.svet-potravin.cz
www.jidlo-piti-ziti.cz
www.mezdravi.cz

*Pro tvorbu letáku bylo čerpáno z odborné
literatury:*

STARNOVSKÁ, Tamara. Diety při
onemocnění žlučníku – recepty, rady lékaře. 1.
vyd. Praha. Vydavatelství MAC, spol. s r.o.,
2004 ISBN 80 – 86783 – 08 – 1.

MAREČKOVÁ, Olga; MENGEROVÁ, Olga, Dieta nemoci žlučníku a žlučových cest – Dieta a rady lékaře. Čestlice.
Nakladatelství Pavla Momčilová Medica Publishing, 2008. ISBN 978 – 80 - 85936 – 61 – 2.

KOJECKÝ, Zdeněk; LONSKÁ, H.; PAUKERTOVÁ, M., Dieta při nemocech žlučníku. Praha. Státní zdravotnické
nakladatelství, n. p., 1969. 08 – 018 – 69.

11. Následná péče

Dříve byla většina pacientů po cholecystektomii posílána do lázní. Lázeňská kúra měla urychlovat rekonvalescenci a pomoci pacientovi se přizpůsobit novému stravovacímu režimu. Dnes se tato praxe změnila a do lázní jsou posíláni v rámci následné péče pacienti, kteří podstoupili komplikované výkony na žlučových cestách. Pacienti po LCHE nárok na lázeňskou léčbu nemají vůbec.

V rámci následné péče se u pacientů po LCHE řeší péče o jizvu, dietní režim, kontroly u praktického lékaře a klidový režim po operaci.

Pacienti jsou lékařem i sestrou upozorněni, že v případě výskytu komplikací v ráně (zarudnutí, sekrece, otok, bolest v ráně) popřípadě zvýšení tělesné teploty, změny barvy kůže, sliznic, moče nebo stolice musí neprodleně kontaktovat lékaře.

Pacientovi je doporučeno, aby se po operaci sprchoval. Ránu sprchoval vlahou vodou a bez mýdla do vyndání stehů. Po koupeli ránu osušil a v případě potřeby přelepil náplastí. Další informace ohledně péče o jizvu dostane pacient po vyndání stehů.

Od lékaře dostane pacient doporučení v podobě shrnutí základních pravidel o stravování po operaci. Pacientovi je doporučeno, aby žlučnickovou dietu dodržoval minimálně 6 týdnů po operaci, (u každého pacienta je doba dodržování diety individuální vzhledem k náročnosti operačního výkonu, přidruženým onemocněním a v závislosti na individuální snášenlivosti jednotlivých potravin). V průběhu 6 týdnů pacient začne postupně zařazovat do jídelníčku, co největší spektrum potravin, které korespondují se žlučnickovou dietou, a snaží se nalézt potraviny, které mu vyhovují a nezpůsobují mu potíže podobné dyspeptickým potížím před operací. U některých pacientů se může stát, že ne všechny potraviny, které jsou povoleny v rámci žlučnickové diety, bude jejich tělo tolerovat. Po uplynutí minimálně 6 týdnů od operace, pacient začne přecházet na racionální stravu. Stále by se měl snažit omezit přísun tuků v potravě. Pacientovi je doporučeno, aby se stravoval pravidelně 5x denně a snažil se vypít okolo 2l tekutin za den.

Dále je pacient poučen lékařem ohledně klidového režimu, tří týdenní pracovní neschopnost s tím spojený tělesný klid a nezvedání těžkých břemen. Je obeznámen s termínem kontroly na chirurgické ambulanci z důvodu kontroly rány a vyndávání stehů. Lékař pacientovi sdělí, kdy se má dostavit na kontroly ke svému praktickému lékaři pro dospělé. První kontrola je na třech týdnech z důvodu ukončení pracovní neschopnosti a druhá po šesti týdnech. Po této době by se u pacienta měly objevit všechny případné pooperační komplikace.

Pacientovi jsou doporučena analgetika dostupná bez lékařského předpisu v případě výskytu bolestí.

Diskuze

V dnešní době se žlučnicková dieta uplatňuje nejvíce v oblasti prevence recidivy onemocnění cholelitiáza. Existuje spousta rozporuplných názorů, zda má dieta na prevenci recidivy onemocnění vliv nebo ne. Snažila jsem se konfrontovat názor lékaře na žlučnickovou dietu, který léčí pacienty s cholelitiázou, s názory publikovanými v odborné literatuře, které se vztahují k tématu diety a stravování pacientů po cholecystektomii.

Názor lékaře na přínos diety pro pacienta po cholecystektomii byl vesměs pozitivní. Dle něho může mít dieta částečný vliv na konečný výsledek terapie a může se i nemalou měrou uplatnit v prevenci recidivy onemocnění. Vliv na konečný výsledek terapie může být v případě, kdy dieta není pacientem dodržována a u pacienta se mohou vyskytnout komplikace např. v podobě paralytického ileu. Vliv na prevenci recidivy onemocnění vidí lékař hlavně v šetřícím účinku diety na organismus pacienta po operaci. V podobě redukce tuků obsažených v potravě, která snižuje denní příjem kalorií a některým pacientům tak pomáhá shodit nadbytečné kilogramy.

Tento názor lékaře koresponduje s výsledky jedné studie, která se zabývala vlivem nadměrné hmotnosti u člověka na vznik žlučových kamenů. Dle této studie lidé s nadváhou mají větší koncentraci cholesterolu ve žluči a tím i vyšší pravděpodobnost vzniku žlučových kamenů (Kasper; Burghardt, 2015).

Některé studie publikované v odborné literatuře přikládají vlivu diety na prevenci recidivy onemocnění větší vliv a některé menší. Zde uvádím pro ilustraci

výsledky několika publikovaných studií, které se zabývaly vhodným složením stravy, které by co nejvíce snížilo u pacientů po cholecystektomii riziko recidivy onemocnění např. v podobě choledocholitiázy.

Výsledky jedné studie ukázaly, že vysoký přívod cholesterolu denně (5 vajec) vyvolal u žen se žlučovými kameny zvýšení koncentrace cholesterolu a snížení koncentrace žlučových kyselin a tím se i zvýšilo riziko vzniku nových kamenů. Ženy bez žlučových kamenů měly koncentraci cholesterolu a žlučových kyselin ve žluči po příjmu zvýšeného množství cholesterolu v potravě beze změny. Další studie prokázala, že u pacientů s cholelitiázou se zvýšenou koncentrací cholesterolu ve žluči, po šesti týdenním přísunu 40 g pšeničných otrub denně se snížila koncentrace cholesterolu ve žluči a tím i riziko vzniku nových kamenů. Dále byly publikovány výzkumy, kde se sledovalo, jaký vliv má denní konzumace 112g nebo 6g sacharózy na složení žluči a na riziko vzniku kamenů u sledovaných osob. Po 6 týdnech sledování se koncentrace žluči nezměnila, z tohoto vědci usuzují, že vliv na prevenci vzniku žlučových kamenů má malé množství vlákniny v potravě, ale nemají na ní podstatný vliv rafinované sacharidy v potravě (Kasper; Burghardt, 2015).

Vliv samotné žlučnickové diety, která je pouze chudá na tuky, autoři knihy nepovažují za rozhodující v rámci prevence recidivy onemocnění. Zdůrazňují, že změnou životního stylu a lehkou plnohodnotnou stravou se dá v jisté míře snížit riziko recidivy kamenů u pacientů po odstranění žlučnicku (Kasper; Burghardt, 2015).

Zde se nabízí otázka zda informační letáky, které dostávají pacienti po LCHE, jsou tvořeny rukou v ruce dle pravidel nejnovějších výzkumů? K této diskuzi se kompetentně mohou vyjádřit hlavně nutriční terapeuti a odborníci na výživu. Faktem je, že jistá změna stravovacích návyků je pro pacienty po odstranění žlučnicku potřebná a sestra, která pečuje o pacienta po LCHE, by si s edukací ohledně stravovacího režimu po operaci, měla umět poradit. Sestra by také měla umět pracovat s materiály, které jsou jí v rámci oddělení k dispozici, popřípadě by měla pacienta na další doporučenou literaturu, která se týká daného tématu, umět odkázat.

Když jsem si dělala průzkum v rámci 5 pražských nemocnic, ohledně edukačních materiálů pro pacienty po LCHE, velmi mě překvapilo, že ani na jednom informačním letáku nebyly uvedeny další dostupné zdroje, odkud by pacienti mohli čerpat rady a informace ohledně problematiky výživy po odstranění žlučníku.

Zaměřila jsem se tedy více na téma dostupnosti vhodných materiálů a brožur pro lidi s onemocněním žlučníku.

V roce 1969 vyšla řada brožurek pod záštitou Státního zdravotnického nakladatelství, které se specializovaly na diety při různých onemocněních. Jedna z nich se jmenovala Dieta při nemocech žlučníku. Tyto brožury byly ke koupi v každém větším knihkupectví. Pro lidi po cholecystektomii nebyl žádný problém je sehnat. Nyní je tato brožura dostupná pouze ve vybraných antikvariátech a knihovnách. Brožura obsahuje jak recepty na pokrmy a způsob stravování po záchvatech typu biliární koliky, tak recepty a doporučené postupy pro pacienty s chronickými obtížemi týkajícími se žlučníku a žlučových cest. Brožura je velmi pěkně zpracovaná a recepty jsou napsány srozumitelně.

Hledala jsem další dostupnou literaturu, která by se podobala stylu právě brožur vydaných Státním zdravotnickým nakladatelstvím. Našla jsem sérii brožur dostupných přes internetovou objednávku od nutriční terapeutky Tamary Starnovské, která také píše knihy zabývající se tematikou diet při různých onemocněních. V těchto brožurách může člověk s onemocněním žlučníku najít několik jednoduchých receptů, podle kterých lze připravit pokrmy dle pravidel žlučnickové diety. Brožura od Tamary Starnovské je navíc obohacena o nové recepty a modernější způsoby úpravy pokrmů oproti té vydané v roce 1969. Podle mého názoru je také vhodná pro pacienty po cholecystektomii, kteří si zvykají na nové stravovací návyky a hledají vhodné rady a postupy pro přípravu pokrmů dle pravidel diety.

Brožury zabývající se tematikou diet od Tamary Starnovské jsou dostupné většinou přes internet. Komunikace přes internet může i v dnešní době některým pacientům činit značné problémy. I na toto by měla být sestra připravená a měla by být schopná jednotlivým pacientům nabídnout jak doporučenou literaturu v tištěné podobě, tak i publikace a články týkající se dané problematiky dostupné

přes internet. Pro ilustraci jsem zde uvedla pár internetových odkazů, odkud mohou pacienti získat doplňující informace ohledně žlučnickové diety: <http://www.ezlucnik.cz>, <http://www.svet-potravin.cz>, <http://www.jidlo-piti-ziti.cz>, <http://www.mezdravi.cz>

Nejenom na sestřích závisí, zda se pacient uzdraví nebo ne. Zda se u něho v budoucnu vyskytnou komplikace základního onemocnění nebo ne. Často však na sestřích závisí, zda bude pacient vhodně motivován k péči o své zdraví, nebo zda bude péči jen přijímat a nic pro sebe nebude dělat.

Domnívám se, že změna životního stylu související se změnou stravovacích návyků, se často pro mnohé pacienty jeví jako jedno velké neřešitelné dilema. Pacienti se žlučovými kameny (ne všichni) často rádi jedí a svého zaběhlého stereotypu ve stravování se nechtějí vzdát. Potřebují proto vhodně motivovat a podpořit ve svém úsilí změnit svůj postoj ke stravování a vůbec k sobě samým a k vlastnímu zdraví. Myslím si, že v těchto rovinách týkajících se motivace pacienta k péči o své zdraví, se pro sestry otevírá široké pole působnosti. Sestry svým přístupem k pacientovi mohou mnohé v jeho životě ovlivnit a mohou pomoci překonat překážky, které se pro pacienta zdají nepřekonatelné.

Závěr

Sestry mají v dnešní době úplně novou roli. Neměly by pouze plnit ordinace lékaře a mít tzv. hotovo. Měly by umět vyhledávat a řešit problémy pacientů v ošetrovatelské rovině a naučit pacienty pečovat o své zdraví. Díky těmto schopnostem sester nemusí kroky pacientů v budoucnu vést nutně k lékaři, protože díky dobře mířené radě a dodržováním nějakého režimu se může podařit hrozícímu onemocnění včas předejít.

Dnes je velmi mnoho seminářů určených pro sestry, které se zabývají výživou pacientů v různých onemocněních. Vše závisí pouze na přístupu sestry zda chce a zapojí se. Každá sestra, která pracuje na určitém typu oddělení by měla mít povědomí o komplexní péči, která je na daném pracovišti poskytována pacientům. Sestry by se měly zajímat o změny ve způsobu péče o dané pacienty. To co bylo dříve bráno jako vhodný postup, nyní být nutně nemusí. Stejně jako by

měly mít povědomí o alternativních možnostech terapie a jejich přínosu pro některé pacienty. Vědomosti v těchto rovinách umožní sestře získat nadhled nad situací pacienta a zároveň pochopit jednání lékaře v určitých situacích. Umožní sestřám stát vedle lékaře jako rovnocenný partner, který se z velké části podílí na terapii a péči o pacienta a který je její nepostradatelnou součástí. Sestra, která rozumí tomu, co se s pacientem děje a proč se to děje, dokáže v pozitivním duchu ovlivnit postoje pacienta a přesvědčit pacienta, aby se aktivně podílel na péči o sebe a aby spolupracoval.

Na závěr bych chtěla použít jedno motto, které podle mého názoru často vystihuje právě práci sester a jejich odhodlání a motivaci pro pacienty něco udělat a to: „Kdo chce, hledá způsob, kdo nechce, hledá důvod.“

Seznam zkratek

a. - arteria

ADL – Activity Daily Living

BMI – Body Mass Index

ČR – Česká republika

CA – celková anestezie

DM – Diabetes mellitus

ERCP – Endoskopická Retrográdní Cholangio - Pankreatografie

i.m. - intramuskulárně

LCHE – laparoskopická cholecystektomie

např. – například

NASA - National Aeronautics and Space Administration

NOSCAR – Natural Orifice Consortium for Assessment and Research

NOTES – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery

NRS - Nutritional Risk Screening

P – puls

SILS - single incision laparoscopy surgery

str. - strana

TEN – tromboembolická nemoc

Th. - vertebra thoracica

TK – tlak

tzv. – takzvaný

US – Ultrasonografické

USA – United States of America

Seznam literatury

1. BRODANOVÁ, Marie a kolektiv. *Onemocnění žlučníku a žlučových cest*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80 – 7169 – 562 – 9.
2. BRODANOVÁ, Marie.; KORDAČ, Václav. *Klinická hepatologie*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80 – 7169 – 069 – 4.
3. DUŠEK, T. Hybridní NOTES cholecystektomie transgastrickým a transrektálním přístupem v experimentu. *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2009, 88(4), 670 – 673. ISSN 0035 – 9351.
4. EHRMANN, Jiří. Cholelitiáza. *Interní medicína pro praxi*. 2008, 10(1), 19 – 24, ISSN 1212 – 7299.
5. EHRMANN, Jiří.; Petr. HŮLEK a kolektiv. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3118 – 6.
6. HUCL, Tomáš. NOTES. *Postgraduální medicína – odborný časopis pro lékaře*. 2012, 14(6), 600 – 608. ISSN 1212 – 4184 – 5.
7. JURKA, Michal.; SKŘIČKA, Tomáš.; LEYPOLD, Jindřich. *Laparoskopická cholecystektomie*. 1. vyd. Brno: Petřivalského nadace, 1993.
8. KLENER, Pavel.; JIRÁSEK, Václav.; BRODANOVÁ, Marie.; MAREČEK, Zdeněk. *Gastroenterologie, Hepatologie – Vnitřní lékařství. Svazek 4*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80 – 7262 – 139 – 4.
9. KLEVETOVÁ, Dana. Předoperační a pooperační péče u L – CHCE a L – APPE. *Sestra*. 2012, 22(5), 42 – 45. ISSN 1210 – 0404.
10. LANGER, D. Robotická laparoskopická cholecystektomie. *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2006, 85(9), 450 – 454. ISSN 0035 – 9351.
12. PAFKO, Pavel et. al. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén – Karolinum, 2008. ISBN 978 – 80 – 7262 – 402 – 7.
13. PAFKO, Pavel et. al. *Causae Mortis v chirurgii na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80 – 7262 – 300 – 1.
14. PAFKO, Pavel a kolektiv. *Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80 – 7169 – 532 – 7.
15. PORTINCASA, Piero.; MOSCHETTA, Antonio.; PALASCIANO, Giuseppe. Cholesterol gallstone disease. *THE LANCET*. 2006, 368 (9540), 230 – 237. ISSN 0140 – 6736.
16. PROKEŠOVÁ, Jitka. Cholecystolitiáza. *Medicína pro praxi*. 2007, 4 (7 – 8), 295 – 297. ISSN 1214 – 8687.

17. REINDLOVÁ, Vladimíra. Laparoskopická cholecystektomie (LCHE). *Sestra*. 2005, 15(10), 25 – 26. ISSN 1210 – 0404.
18. RYSKA, Miroslav. Od otevřené klasické, přes laparoskopickou, po robotem asistovanou laparoskopickou chirurgii. *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2006, 85(9), 455 – 462. ISSN 0035 – 9351.
19. RYSKA, Ondřej. Transrektální hybridní NOTES versus laparoskopická cholecystektomie – randomizovaná prospektivní studie na velkém laboratorním zvířeti. *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2011, 90(12), 695 – 700. ISSN 0035 – 9351.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3129 – 2.
21. STARNOVSKÁ, Tamara. *Diety při onemocnění žlučníku – recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha. Vydavatelství MAC, spol. s r.o., 2004. ISBN 80 – 86783 – 08 – 1.
22. VRZGULA, Andrej. SILS cholecystektómia – analýza súboru prvých 100 pacientov. *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2011, 90(8), 440 – 445. ISSN 0035 – 9351.
23. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2005*. Praha: UZIS ČR, 2007. s. 54. ISBN 80 – 7280 – 653 – X.
24. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2006*. Praha: UZIS ČR, 2008. s. 64. ISBN 978 – 80 – 7280 – 729 - 1.
25. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2007*. Praha: UZIS ČR, 2008. s. 64. ISBN 978 – 80-7280 – 788 - 8.
26. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2008*. Praha: UZIS ČR, 2010. s. 64. ISBN 978 – 80 – 7280 – 851 - 9.
27. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2009*. Praha: UZIS ČR, 2011. s. 64. ISBN 978 – 80 – 7280 – 912 - 7.
28. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2010*. Praha: UZIS ČR, 2011. s. 66. ISBN 978 – 80 – 7280 – 973 - 8.
29. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011*. Praha: UZIS ČR, 2012. s. 68. ISBN 978 – 80 – 7472 – 028 - 4.
30. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2012*. Praha: UZIS ČR, 2013. s. 68. ISBN 978 – 80 – 7472 – 090 - 1.
31. ZONČA, P. Co přináší NOTES? *Rozhledy v chirurgii – odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2007, 86(11), 576 – 580. ISSN 0035 – 9351.

Seznam příloh

1. Hospitalizování ve všech nemocnicích ČR s diagnózou K80 cholelithiasis za období od roku 2005 do roku 2012
2. Výsledky předoperačního vyšetření - fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření
3. Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 1 Hospitalizování ve všech nemocnicích ČR s diagnózou K80 cholelithiasis za období od roku 2005 do roku 2012 zdroj: Zdravotnická statistika ČR

Rok	muži	ženy	celkem	Průměrná ošetrovací doba (dny)	věk
2005	13061	26273	39334	6,0	57,4
2006	10643	21796	32439	6,6	57,3
2007	10815	21264	32079	6,6	57,5
2008	11173	21514	32687	6,3	57,5
2009	11510	21819	33329	6,2	57,7
2010	11304	21667	32971	6,0	57,6
2011	11258	20350	31608	5,9	57,8
2012	12012	21243	33255	5,6	57,7

Příloha č. 2 Výsledky předoperačního vyšetření - fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření zdroj: dokumentace pacientky

AA: PNC

Předoperační vyšetření

Jméno: _____ Naroden/a/: _____

Osobní anamnéza: předchorobí bez pozoruhodností, nebývala vážněji nemocná

Užívá léky /dávky/: je bez stabilní medikace

Kortikoidy: 0 Trombóflebitidy: 0 Alergie: PEN !

Subjektivní potíže: subj. bez obtíží k CHCE

Objektivní nález: zdravé výživy, dobrého prokrvení, bez klidové či pozátěžové dušnosti, psychicky komponovaná

Hlava + krk: zornice isokorické, sklery bílé, spojivky růžové, hrdlo klidné, uzliny krční ani štítnice nejsou zvětšeny

Chrup: jorní snímatelná protetická náhrada

Plíce: na plicích čisté, sklípkové dýchání, bez vedl. poslechových fenoménů

Srdce: akce srdeční prav., ozvy jasné

Břicho: měkké, klidné, hluboká palp. citlivosti pod pravým obloukem játra ani slezina nejsou zvětšeny, Tapott. bilater. negat

Končetiny: DK bez otoků, klidné žilní svazky oboustranně, více vpravo, bez známek zánětu

fenomenu

Srdce: akce srdeční prav., ozvy jasné

Břicho: měkké, klidné, hluboká palp. citlivosti pod pravým obloukem játra ani slezina nejsou zvětšeny, Tapott. bilater. negat

Končetiny: DK bez otoků, klidné žilní svazky oboustranně, více vpravo, bez známek zánětu

Tlak krevní: 120/80 Puls: 72reg Skupina krevní: Rh:

Laboratorní výsledky:

FV: 3/19 KO: Hb: 133 HTK: 0,391 Leukocyty: 4,6
trombocyty 210; PT-INR 1,07; APTT-R 0,98

Moč: bílkovina stopa, jinak negat

Sediment močový: 0-4ery, 11-20 leuko, 5-10 epit

Z soubor: urea 5,8; kreatinin 61; bilirubin 15,6; konj. 2,2; ALT 0,25
AST 0,23; cholesterol 5,5; glukosa 5,4

RTG plic /zhodnotí rentgenolog/: neprováděn při negativní plicní anamnese

EKG /zhodnotí amb. internista/: Sin. rh., TF 73/min, nespecifické změny repolarizace-

Závěr základního předoperačního vyšetření /provede obvodní-závodní lékař, ošetřující lékař lůžkového oddělení, obvodní pediater/:

Proti operačnímu zákroku není zjevných kontraindikací

Důvod pro odborné konsiliární vyšetření /uvede lékař požadující konsil./:

Závěr konsiliáře:

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: *Standardní léčebná oddělení chirurgie*

Datum a čas odběru anamnézy:

Jméno (iniciály): *A.P.* Pohlaví: *žena* Věk: *65*

Datum přijetí:

Stav: *odopera* Povolání: *v důchodu*

Rodina informována o hospitalizaci: ano *odopera* ne

Diagnóza při přijetí (základní): *chirurgická léčba*

Chronická onemocnění: -

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba: *LCHE*

Operační výkon: *LCHE* Pooperační den: *2.*

Farmakoterapie: *léčba na bolest (MAGNUM) do večera*

léčba kožních čísteč 1 = nepastírka, léž redce

léčba léž. DE

Jiné léčebné metody: *antibiotika, vitamíny, fyzioterapie, léčba jaderem*

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké: *věci, potraviny, penicilin*

Fyziologické funkce: P: *84'* TK: *128/84* D: *16'* SpO2: TT: *36,5°C*

1) Vědomí

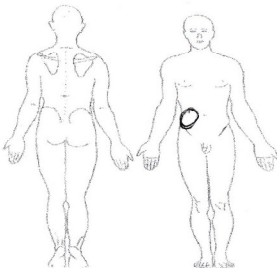
stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: *15*

Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- neustaví, když se chvilu odpočívá, intenzivnější když se sedá nebo žustle

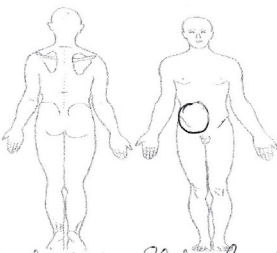
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné poruchy kůže
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *33*

lokalizace :



Hodnocení rány: *černá, výhled dle rám, hloubka bez rány, infekce => souběžná rána*
Ošetření rány: *čistota, rána po rázových úrazech, CURAPOR, nepláště velikosti 2-2,5cm - 3x*

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) - nebá se s dalším
.....
.....

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *bezdusá* Nutriční skóre: *výsledek s nut. korekcí*

Hmotnost: *71* Výška: *167* BMI: *25,5*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *vit. CENTRUM*

Enterální výživa *NE* Parenterální výživa *NE*

Denní množství tekutin: *1,5 l* Druh tekutin: *voda, čaj*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *3 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence

ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: *den před operací*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *v běžných dnech v rámci ambulace, v hodině cvičení*

Barthel test: *100 - nezávisle* *při léčení bolí každá*

Riziko pádu: ANO skóre: *5 b. - seřádně*

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké:

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: *6 h* hodina usnutí: *13⁰⁰ - 24⁰⁰*

poruchy spánku: ano ne jaké:

hypnotika: ano ne

návyky související se spánkem: *čde a*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké: *na břežov i na dálnici brýle*

potíže se sluchem: ano ne jaké:

porucha řeči: ano ne jaká:

kompenzační pomůcky: ano ne jaké:

orientace: orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: *děta*

kontakt s rodinou: ano ne

*- sledí se, dělá se s ním, není žádná zdravotní stavová
režim, není žádná*

12) Invazivní vstupy

Drény: ano ne jaké: *bulicay* Datum zavedení:

Permanentní močový katétr: ano ne

i.v. vstupy: ano periferní datum zavedení: kde:

Stav:

centrální datum zavedení: kde:

stav:

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10 ✓
	s pomoci	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Výšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrate?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko *
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přílehavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0843-6

Ošetrovatelské zhodnocení

- hlavní oš. problém u pacienta →
 nedostatečná odpověď na fyziologické a další problémy
 tímto způsobem může dojít k poškození orgánů
 dýchacích orgánů

- další problémy: - menší závažnost
 - udržování optimální teploty
 - udržování rovnováhy a celkové péče
 - sledování krevního tlaku
 - sledování krevního cukru a bílkovin
 - sledování močového a žlučového