

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM JATER

Bakalářská práce

EVA NOVOTNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s
PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

Novotná Eva, *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem jater*. Praha 2009.

Bakalářská práce.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Bakalář všeobecná sestra.

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Pohlová.

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem jater přímo zaměřený na Hepatocelulární karcinom jater, který patří v této problematice mezi nejtypičtější.

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou, v každé kapitole popisují nejnovější možné informace a metody, které jsou s daným onemocněním spjaty. Rozvoj, typické oblasti trpící touto chorobou, klinický obraz, komplikace, diagnostiku, léčbu i jiné možnosti onemocnění.

Druhou část práce tvoří praktická část bakalářské práce. Obsahuje sebranou anamnézu o pacientovi s jeho souhlasem na dané diagnostikované onemocnění. Zde popisují celkový stav pacienta s jeho potřebami a hodnotím dle ošetrovatelských diagnóz po dobu pěti dní.

Cílem celé bakalářské práce je souhrn informací o kompletním onemocnění a možnost poukázat na jiný náhled dané problematiky.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Karcinom. Hepatocelulární. Teoretická a praktická část.

Summary

Novotná Eva, *Nursing process in care of a patient with liver carcinoma*.
Prague 2009. Bachelor work.

College of Nursing, g. b. c.

Bachelor of Nursing.

Supervisor: Mgr. Andrea Pohlová.

The subject of my bachelor work is the nursing process in care of a patient with liver carcinoma directly aimed at hepatocellular liver carcinoma, which is one of the most typical forms of the disease.

The bachelor work contains a theoretical part, where the newest informations and methods related to the disease are given in each chapter. Progress, typical areas suffering from the given disease, clinical picture, complications, diagnosis, treatment and other factors of the disease.

The second part of the bachelor work is the practical part. It contains a complete patient case-history with consent of the patient for the diagnosed disease. I describe here the general condition of the patient with his needs and I evaluate it according to the nursing diagnosis during the period of five days.

The main aim of the bachelor work is to give a complete information of the whole disease and to point out another perspective on this policy.

Key words: Nursing process. Carcinoma. Hepatocellular. Theoretical and practical part.

Předmluva

Svoji práci s tématem karcinom jater, jsem si vybrala z důvodu mé práce na oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismu, kde mě velice zaujalo onemocnění karcinom jater. Na tomto oddělení pracuji již druhý rok. Tato nemoc patří k velice závažným onemocněním, kde nehraje roli jenom fyzický stav pacienta, ale i psychický a je velice důležitý celkový náhled na pacienta i jeho celou rodinu.

Hlavním cílem celé práce je poukázat na problematiku související s onemocněním a jiné možné úhly pohledu. Teoretická část mé práce obsahuje souhrn nejnovějších informací a zkušeností lékařů, kde se můžete dozvědět nejnovější typy a názory, jak správně k dané nemoci přistupovat. V praktické části popisují sběr anamnézy od pacienta. Podle taxonomie Nanda domény rozepisují dle stavu a potřeb pacienta jeho aktuální i potenciální diagnózy.

Chtěla bych touto cestou poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Andree Pohlové za ochotu, náměty a nápady při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat za spolupráci MUDr. Zuzaně Mališové a MUDr. Libuši Lomské za konzultaci informací v teoretické části z lékařského hlediska a všem ostatním, kteří mi pomáhali po celou dobu.

Seznam používaných symbolů a zkratk (řazených abecedně):

AFP	=	alfafetoprotein
ALP	=	alkalická fosfatáza
ALT	=	alaninaminotransferáza
AST	=	aspartátaminotransferáza
BMI	=	Body Mass Index
CT	=	počítačová tomografie
cm	=	centimetr
č.	=	číslo
D	=	dech
DCP	=	des - gama - karboxyprotrombinu
DNA	=	deoxinukleová aminokyselina
EKG	=	elektrokardiogram
GMT	=	gama - glutamyltransferáza
HCC	=	Hepatocelulární karcinom
HBV	=	virus hepatitidy B
HCV	=	virus hepatitidy C
i.v.	=	intravenózně
kHz	=	kilo Herz
LD	=	laktatdehydrogenáza
MR	=	magnetická rezonance
ml/h	=	mililitr za hodinu
ml/den	=	mililitr za den
ng/ml	=	nanogram na mililitr
NGS	=	nasogastrická sonda
O. L.	=	ordinace lékaře
př. n. l.	=	před naším letopočtem
P	=	pulz
PHK	=	pravá horní končetina
PŽK	=	periferní žilní katétr
PMK	=	permanentní močový katétr
roč.	=	ročník
RFA	=	radiofrekvenční ablace

RTG = rentgen
TT = tělesná teplota
tbl. = tableta
TK = krevní tlak
USG = ultrasonografie
% = procent

Obsah:

Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Klinická charakteristika onemocnění	12
1. 1 Anatomie a fyziologie jater	12
1. 2 Definice, charakteristika karcinomu jater	14
1. 3 Etiologie, patofyziologie	15
1. 4 Klinický obraz	17
1. 5 Morfologické dělení a komplikace	18
1. 6 Diagnostika	21
1. 7 Terapie	23
1. 7. 1 Chirurgická léčba	23
1. 7. 2 Radiofrekvenční ablace	25
1. 7. 3 Farmakoterapie	25
1. 8 Dietoterapie	26
1. 9 Pohybový režim	27
1. 10 Psychoterapie	27
1. 11 Prognóza	29
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním s karcinomem jater	30
2. 1 Ošetřování nemocných	30
2. 1. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	30
2. 1. 2 Sledování nemocných	30
2. 2 Možné ošetrovatelské problémy	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 Posouzení stavu pacienta	32
3. 1 Identifikační údaje	32

3. 2 Výtah z lékařské dokumentace	33
3. 2. 1 Lékařská anamnéza	33
3. 2. 2 Vyšetření	35
3. 2. 3 Závěr při příjmu	36
3. 3 Terapie	37
3. 3. 1 Chirurgická léčba	37
3. 3. 2 Konzervativní léčba (Farmakoterapie)	37
3. 4 Dietoterapie	37
3. 5 Pohybový režim	37
3. 6 Psychoterapie	37
3. 7 Fyzikální vyšetření sestrou	38
3. 8 Ošetřovatelská anamnéza dle Gordon 13. Domén	41
3. 8. 1 Podpora zdraví	41
3. 8. 2 Výživa	41
3. 8. 3 Vylučování a výměna	41
3. 8. 4 Aktivita – odpočinek	41
3. 8. 5 Vnímání – poznávání	42
3. 8. 6 Vnímání sebe sama	42
3. 8. 7 Vztahy	42
3. 8. 8 Sexualita	42
3. 8. 9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	42
3. 8. 10 Životní princip	43
3. 8. 11 Bezpečnost – ochrana	43
3. 8. 12 Komfort	43
3. 8. 13 Růst a vývoj	43

4 Ošetrovatelská péče	44
4. 1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	44
4. 2 Plán ošetrovatelské péče	45
5 Edukace pacienta	50
5. 1 Edukační list	50
5. 2 Edukační záznam – realizace	50
5. 3 Edukační plán	51
5. 3. 1 Cíl edukačního plánu	51
5. 3. 2 Význam	51
5. 3. 3 Technika	51
5. 4 Kontrolní otázky pro sestru	51
5. 5 Postup při zaškolování pacienta	51
5. 6 Kontrolní otázky pro pacienta	52
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	53
Závěr	54
Seznam literatury	55
Seznam tabulek	57
Seznam příloh	58

Úvod

Bakalářská práce ošetrovatelský proces u nemocného s karcinomem jater je velice rozsáhlé téma, které jsem přímo nasměrovala po konzultacích s lékaři na Hepatocelulární karcinom jater, který u nás v České republice patří k nejčastějšímu výskytu. Karcinom jater má širokospektré rozšíření a já ve své práci rozepisuji i možné jiné příčiny vzniku daného onemocnění.

Kvůli své práci všeobecné sestry na oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismu jsou dané diagnostikované onemocnění dost stále se objevující u pacientů, a proto jsem zvolila tuto šanci, poukázat na onemocnění. Přinést nový náhled na onemocnění s pohledu zdravotní sestry za spolupráce lékaře, ale i poukázat na pacienta jako celek s jeho rodinou.

V mé rodině se již před několika lety u mé babičky objevilo onkologické onemocnění, kde já sama jsem pociťovala na vlastní kůži těžkost a zármutek z dané situace a to mě nejvíce motivovalo k výběru mé bakalářské práce. Poukázat na to, že se v dnešní době dá s touto nemocí pracovat a že není důležité jenom se léčit a dodržovat předepsanou léčbu pro fyzický stav pacienta, ale také se podílet na vytvoření pozitivní atmosféry v okolí pacienta. Nezáleží jenom na celém zdravotním personálu, ale i na přístupu rodiny, její přímé podpory, protože zde je psychika druhým největším lékem a ta se nedá ničím jiným nahradit.

Hlavním cílem mé práce je poukázat na problematiku související s onemocněním a jiné možné úhly pohledu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou rozepsány kapitoly a podkapitoly bakalářské práce, dále postupují dle sounáležitosti obsahu. V praktické části rozepisuji a hodnotím ošetrovatelský proces s informacemi přímo od pacienta. Informace mám sebrány pro moji práci se souhlasem pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

1. 1 Anatomie a fyziologie jater

Játra (hepar) jsou největším orgánem těla, jejich hmotnost kolem 1200 – 1500g a představují jednu padesátinu celkové tělesné hmotnosti u dospělého člověka. Jsou chráněna žebry v pravém podžebří, horní hranice se rozkládá na úrovni prsních bradavek. Játra jsou tvořena pravým lalokem, jaterním přívěstkem (appendix fibrosa hepatis), levým lalokem, žlučníkem (vesica fellea). Pravý lalok je asi šestkrát větší než levý a obsahuje menší segmenty a to lobus caudatus na zadní straně a lobus quadratus na ploše dolní. Na brániční (diafragmatické) ploše jeho průběh rozděluje játra na pravý a levý lalok. Má význam jako dočasná překážka při šíření zánětlivých procesů. Jaterní nervová pleteň obsahuje vlákna se sympatickými gangliemi T7-T10, které se nazývají coeliacus (Scherlecková, Dooley, rok 2004).

Vnitřní členění jater neodpovídá povrchovému členění na játrech. Podle společného větvení arteria hepatica propria, vena portae a intrahepatických žlučovodů se dělí na dvě hlavní části na levou, menší (pars hepatis sinistra), pravou a větší (pars hepatis dextra). Tyto dva laloky tvoří nesčetné jaterní lalůčky a uvnitř každého z nich lze spatřit malé cévy vyvedené do jaterní žíly. Základní stavební jednotkou jater je jaterní buňka, nazývaná hepatocyt, na styku dvou jaterních buněk je vždy žlučový kanálek. Hepatocyty jsou uspořádány do trámců a jaterních lalůček. Z funkčního hlediska a biochemických pochodů se liší v závislosti na blízkosti portálního pole a obsahu kyslíku.

V jaterní cirkulaci se uplatňují dvě hlavní složky. Složka funkční, s krví bohatou na látky, které se zpracovávají v játrech. Tuto krev přivádí vrátnicová žíla (vena portae).

V krvi jsou obsaženy látky vstřebané ve střevě z potravy a jdoucí do jater ke zpracování. Vrátnicovou žilou se do jater dostává krev ze žaludku, tenkého a tlustého střeva, pankreatu, sleziny a tak přitékají k jaterním buňkám všechny vstřebané živiny. Složka nutritivní, s tepennou, kyslíkem bohatou krví, kterou přivádí arteria hepatica propria. Jaterní žíly, které opouštějí játra, jsou zpravidla tři, dvě z pravého laloku a jedna z levého. Vstupují přímo do dolní duté žíly.

Žlučník (z latinského jazyka vesica fellea) je vak hruškovitého tvaru, délky osm až dvanáct centimetrů. Uložený pod pravým jaterním lalokem. Žluč je plynule tvořena

v játrech, v množství 0,5–0,7 litru za den a prochází do žlučníku. Ve žlučníku je ze žluče vstřebávaná voda a chlorid sodný a žluč se zahušťuje. Uvolňování žluče ze žlučníku odstartuje hormon cholecystokinin, který se uvolňuje z dvanáctníku při přítomnosti potravy v žaludku. Žluč je složitá tekutina. Obsahuje směs žlučových solí, lipidů, cholesterolů a vybraných pigmentů, bílkoviny a minerální soli jako je např. sodík. Žlutohnědá barva žluči má svůj původ v žlučovém barvivu bilirubinu, vznikajícím hlavně rozpadem červených krvinek. Jedním z hlavních úkolů žluči je emulgace tuků ve střevu.

Játra mají z fyziologického hlediska tři hlavní funkce, v metabolismu sacharidů, tuků i bílkovin. V metabolismu sacharidů tvoří glykogen z glukózy, fruktózy a galaktózy. Glukóza vstřebávaná ze střev se chemicky mění na zásobní glykogen, který se ukládá v samotných játrech i v jiných tkáních. Zde se skladuje a uvolňuje cukr.

Další funkce jsou převážně v metabolismu cholesterolu. Do jater přichází všechny produkty trávení tuků, a některé z nich se využívají k výrobě různých životně důležitých tukových látek a to zvláště cholesterolu. Je nezbytnou součástí při výstavbě a funkci různých, především nervových buněk. Zároveň je proslulejší jako jeden z viníků aterosklerózy a srdečních infarktů. Vykonává řadu důležitých funkcí v metabolismu tuků (probíhá v nich oxidace tuků) a při tvorbě ketolátek (vznikají v nadměrném množství při vystupňovaném odbourávání tuků při nedostatku cukru – při hladovění nebo při dekompenzovaném diabetu).

Játra mají velký význam pro metabolismus celého lidského organismu i v metabolismu bílkovin, protože zde vzniká albumin, fibrinogen a protrombin (plasmatické a sérové bílkoviny krve). Nežádoucí proteiny se v játrech rozkládají na jednotlivé aminokyseliny. Při přeskupování bílkovin a jednotlivých aminokyselin v játrech vzniká i určité množství „volného“ dusíku, který se rychle přeměňuje na močovinu, hlavní odpadní produkt jater ve vztahu k proteinům.

Mezi další funkce jater patří tvorba a vylučování žluči, účast na přípravě činnosti některých steroidních hormonů a detoxikační funkce mnoha léků a jedů (<http://www.kst.cz/web>).

1. 2 Definice, charakteristika karcinomu jater

Karcinom jater je definován, jako maligní nádor vznikající z epitelu, který metastazuje převážně krevní a lymfatickou cestou.

(<http://lekarske.slovniky.cz/pismeno/k>)

Dle Válka (rok 2006, str. 59): „Hepatocelulární karcinom (HCC) maligní tumor vycházející z hepatocytů.“

„V minulosti se HCC nazýval hepatokarcinom nebo hematodem. První popis rakoviny jater pochází již od Galena z 2 století př. n. l. (Brodanová, Kordáč, rok 1993, str. 431).“

Primární nádory jater jsou z více než 80 % zastoupené HCC. Celosvětově jsou primární nádory, mezi které patří HCC pátou nejčastější příčinou úmrtí. Mezi oblasti nejvyššího výskytu HCC patří východní Asie (Japonsko a Čína) a subsaharská oblast. Nejnižší incidence HCC je v Evropě, v Austrálii, na Novém Zélandě a v Severní a Latinské Americe. V Severní Americe je největší výskyt HCC u přistěhovalců a jejich potomků (Scherlockova, Dooley, rok 2004).

„Nejčastějším nádorovým onemocněním jater v Evropě a ve Spojených státech amerických je v jejich metastatickém postižení (Zavoral, Venerová, rok 2007).“

V Evropě se karcinom jater vyskytuje statisticky před čtyřicátým rokem života, vrcholí mezi padesátým a sedmdesátým rokem života. Vysoký výskyt této nemoci je v Africe (Brodanová, Kordáč, rok 1993). Ve vyspělých zemích je výskyt HCC nízký u jednotlivců mladších čtyřiceti let (časopis Bulletin, roč. 9, č. 2/3 2001, str. 77).

Mezi prokázané rizikové faktory vzniku HCC patří infekce HBV, HCV, aflatoxin, jaterní cirhóza (bez ohledu na etiologii) a hereditární tyrozinémie. Mezi možné rizikové faktory vzniku HCC lze zařadit perorální kontraceptiva, antitrypsinovou deficienci, ataxii teleangiektasiu a alkohol. Nelze jako rizikový faktor ani vyloučit hemochromatózu, porfyrii cutaneu tardu a schistosomiázu.

1. 3 Etiologie, patofyziologie

Etiologie lidského HCC není dodnes zcela objasněna. Má vztah s jaterní cirhózou. Asi 70 % karcinomu jater vzniká v cirhotických játrech. Výzkumy potvrzují, že nemocní trpící cirhózou, mají velké riziko vzniku HCC. Uplatňují se samozřejmě i další faktory, mezi které patří životní prostředí či lékové terapie pacienta. Další skupinou osob s predispozicí vzniku HCC jsou nosiči viru HbsAg (Brodanová, Kordáč, rok 1993).

Studie na molekulární úrovni prokázaly, že u karcinomu jater dochází k integraci HBV DNA do hepatocytů, a tato integrace může mít význam s transformací buňky. Schopnost HBV integrovat svou DNA do buněčné DNA během chronické onemocnění je spojena s možností působení jako iniciátoru tumoru. Abnormální genom a transformovaný fenotyp může vést k autonomnímu růstu tumoru. Tato koncepce považuje tedy integraci HBV DNA do hostitelova genomu jako iniciální, ale nedostačující krok, který jen usnadní vlastní transformační proces. Jde jen o iniciální stadium, které může být např. regenerační či nekrotický proces či různé hepatotoxiny, které zahajují vlastní progresi nádoru (Brodanová, Kordáč, rok 1993).

Dále nebyl zcela prokázán vztah vzniku HCC a virů hepatitidy A a B. Biliární cirhóza komplikuje HCC spíše velice minimálně, kde záleží na individualitě a genové vybavenosti jedince.

Abúzus alkoholu, při kterém v častých případech vzniká jaterní cirhóza, nelze při vzniku HCC vyloučit. Zde jde hlavně o nepříznivý vliv různých chemických látek či současné infekce HBV a HCV. Karcinom se u cirhózy vzniklé z abúzu alkoholu objevuje většinou až v pokročilém stádiu onemocnění. Dost často se objevuje u lidí, kteří abstinují nebo jsou po abstinenci.

HCC je úzce spjat i s výživou resp. malnutricí pro nás velice důležitých bílkovin, nezastupitelných pro stavbu jaterních buněk.

Hepatoxiny působí jako chemické karcinogeny. Mezi hepatoxiny patří mykotoxiny (aflatoxiny), pyrolizidinové alkaloidy, cykasin, safrol a některá antibiotika (grizeofulvin), které jsou rostlinného původu a mezi chemikálie patří nitrosaminy. Aflatoxiny jsou produkovány plísní *Aspergillus flavus*. Nejčastěji tuto plíseň najdeme na potravinách (burské oříšky, obilí, rýže, sója). Aflatoxiny jsou častější příčinou HCC než virus hepatitidy B (HBV). K vyvolání HCC mohou přispívat i další látky, např. imunosupresivní látky (kortikoidy) a selen, ale i paraziti Schistosomóza a Klonorchóza mohou přispět ke vzniku HCC.

Hormonální vlivy působící na vznik tohoto typu karcinomu, více četnější u mužů než u žen. Nízká hladina hormonů štítné žlázy způsobuje nižší projektivní vliv proti nepříznivému účinku chemikálií. Negativní vliv na vznik HCC má kouření i kontaminovaná voda.

Patologie tohoto onemocnění je dána příčinou vzniku a faktory, které na zasaženou lokalizaci působí. Primární karcinom HCC se vyskytuje častěji než jeho cholangiocelulární forma. Zvláštní formu, která se vyskytuje, minimálně nazýváme fibrolamelární karcinom jater.

U HCC je nejčastěji postižen pravý lalok jater. Makroskopický vzhled karcinomu je závislý na přítomnosti jaterní cirhózy. Fibrotická složka nádoru a jeho související vlastnosti růstu, jsou vždy u každého případu individuální. Za optimálních podmínek roste karcinom jako homogenní masa, která postupně komprimuje okolní parenchym. Později se vytvářejí satelitní uzly, které splývají dle vývoje s původními uzly. Karcinom v jaterní cirhóze často napodobuje cirhózu. Nejčastěji se vyskytují u makronodulární jaterní cirhózy s malými četnými uzly prorůstající do okolního parenchymu. Uprostřed těchto uzlů jsou častější nekrotické změny. Vzhled je často žlutavý, šedý nebo bělavý s hemoragiemi. HCC roste invazivně, rychle infiltruje okolí a tvoří uzlovitou strukturu. Vzácná forma HCC se projevuje větší fibrózou tkáně a může mít vzhled jaterních metastáz. Vzácně se může vyskytovat i HCC vzhledově připomínající angiosarkom, jedná se však o vaskularizovaný HCC (Brodanová, Kordáč, rok 1993).

Fibrolamelární forma karcinomu, kde jsou maligně změněné jaterní buňky obklopeny vazivem, postihuje mladší nemocné. Nedochozí zde k vzestupu alfafetoprotein (AFP), nejsou přítomny známky cirhózy a je zde větší naděje na resekci. Cholangiocelulární forma karcinomu vzniká z cholangiol, se nachází v čisté formě velmi vzácně, většinou se ve smíšené formě s HCC (Zavoral, Venerová, rok 1997).

1. 4 Klinický obraz

HCC se velice často vyznačuje dlouhým asymptomatickým obdobím. Poté nastupují příznaky jako neurčitý tlak v pravém podžebří, pokles tělesné hmotnosti, nechutenství, zhoršení probíhající cirhózy jater. Možné jsou i akutní komplikace spojené s krvácením do dutiny břišní při ruptuře nádoru.

Brodanová (rok 1997, str. 286) uvádí: „HCC postihuje třikrát častěji muže než ženy, maximální výskyt je v 5. a 6. dekádě života. V zemích s vysokým výskytem HBV i o 20 let dříve. Při obvyklém obrazu jsou v popředí známky dekompenzovaného jaterního onemocnění, projevující se ascitem, ikterem a encefalopatií. Alespoň jeden z těchto příznaků je uváděn až v 65 %. Jindy se objeví soubor (syndrom) příznaku, které jsou označovány jako toxický syndrom. Pokles hmotnosti, nechutenství, únava a slabost. Asi ¼ lidí si stěžuje na bolesti v epigastriu či pod pravým žeberním obloukem, u 20 % dochází ke krvácení do trávicího ústrojí.“

Při fyzikálním vyšetření pacienta lékař zjišťuje zvětšení jater, často arteriální třes, subfebrilie. Vzácně se objevují hmatné metastázy v lymfatických uzlinách v dutině břišní (Zavoral, Venerová, rok 1997).

Dále se mohou vyskytovat paraneoplastické projevy. Jsou to nemetastatické projevy, které jsou vázány na existenci maligního nádoru. Následek specifické nebo nespecifické činnosti nádorové buňky, který není vázán na prostorové šíření. (hypoglykémie, erytrocytóza, hyperkalcemie). Hypoglykémie může probíhat ve dvou formách. První forma je v terminální fázi choroby při poklesu množství funkční rezervy jaterní tkáně a je mírná v projevech. Druhá forma paraneoplastická. Může být prvním příznakem HCC a obvykle vyžaduje terapii intravenózně podávanou glukózou (Zavoral, Venerová, rok 1997).

1. 5 Morfologické dělení a komplikace

HCC se rozděluje podle patologické – morfologické klasifikace podle Smadji a Borgonovy. Tato klasifikace je velice jednoduchá a napomáhá předoperačnímu zařazení pacienta do správné kategorie. První skupina se vyznačuje expanzivním tumorem definovaným jako kulovité ložisko. Tumor utlačuje přilehlý jaterní parenchym, od kterého je oddělen pouzdrem. Může zde docházet k infiltrování rakovinnými buňkami, tumor zde své pouzdro neutlačuje. V druhé skupině dochází k destrukci a ruptuře pouzdra expanzivního tumoru, ten se pak šíří do okolí, do periferních větví portální žily. Satelitní ložiska jsou tady častější než v první skupině. Třetí skupina se vyznačuje infiltrovanými tumory, kde je ložisko bez přesně stanovených hranic, nádorová tkáň se šíří do parenchymu v okolí. Tumory třetí skupiny jsou někdy nazývány malými HCC a mají větší možnosti využití terapeutických metod.

Mezi nejčastější komplikace HCC patří ascites, encefalopatie a ikterus. Ascites je charakterizován přítomností tekutiny v dutině břišní. Příčinou ascitu je hyperalbuminémie s poklesem onkotického tlaku a portální hypertenze, které ovlivňují propustnost kapilár, dochází tak ke zvýšené filtraci tekutin cévní stěnou, což má za následek redistribuci retinované tekutiny a tedy vznik ascitu. Dále se na vzniku ascitu podílí lymfostáza, která způsobí sekreci lymfy do břišní dutiny při překročení kapacity lymfatického systému, zvýšená retence sodných iontů a vody, kdy dochází k retenci sodíku a následné hyponatrémii, snížená perfúze ledvin se sníženou glomerulární filtrací při sníženém průtoku krve a změny hormonální, kde renin, angiotenzin a aldosteron zvyšují krevní tlak a tím dochází k jaterní hypertenzi. Průběhem času se zvyšuje aktivita sympatiku, která vede k intrarenální konstriktci, ke sníženému průtoku krve ledvinami, ke snížení glomerulární filtrace a exkrece sodných iontů a vody. Zvyšuje se koncentrace prostaglandinů. Nemocný s jaterní cirhózou má celkový vaskulární objem zvýšený, ale značná část je v portální oblasti, kde je tato tekutina neefektivní. Funkčně působí jen část tekutiny nazývána plazmatický volum. Tato tekutina je velice důležitá pro nemocného s jaterní cirhózou, aby byla v rovnováze při zvýšené portální hypertenzi s retencí sodných iontů. Ascitická tekutina není odděleným, neměnným prostorem, stále mezi ní a extraabdominální tekutinou probíhá výměna. Pohybuje se kolem 32-40 ml/h, to je 900 ml/den. Subjektivní nález u ascitu je prvním příznakem do skončení latentního období onemocnění. Při tvorbě ascitu si nemocný může stěžovat na tlaky v břiše, pocity plnosti, říhání, meteorismus, kolísání hmotnosti, pokles diurézy, otoky dolních končetin a pruritus.

Objektivnímu nálezu u pacienta dominuje únava, přepadlost, suchost sliznic, strie, pavoučkové névy a caput meduze. Odhaluje se fyzikálním vyšetřením, kdy je možné ho diagnostikovat při množství nad dva litry. Hlavní dnešní diagnostickou metodou je USG, která prokáže ascites již při množství kolem 200 až 3000 ml, CT a laparoskopii. Při každém vyšetření ascitů má být provedena diagnostická punkce. Měla by být provedena Rivaltova zkouška. Jde o ověření zkoušky výpotku při punkcích, zda jde o zánětlivý (pozitivní) či nezápětlivý (negativní). Exsudát je výpotek, zápětlivá tělní tekutina. Transudát je nezápětlivá tělní tekutina nahromaděna v tělní dutině. U cirhózy jater je ascitická tekutina čirá, žlutavá nebo nazelenalá. Má charakter transsudátu. U cirhózy je obsah bílkovin nižší. V sedimentu nacházíme ojediněle erytrocyty a leukocyty. Cytologie u ascitu nemá velký význam, na rozdíl od bakteriologického vyšetření s kultivací. Zvýšená hladina aktivity laktátdehydrogenáza (LD) musí vést lékaře k úvaze o maligní povaze nálezu. Nemocný s ascitem by měl být poučen, že se jedná o závažný stav, že musí být hospitalizován, dodržovat přísný klid na lůžku a abstinenci alkoholu. Terapie ascitu spočívá v zahájení dietních opatření, které zahrnují dietu se sníženým obsahem soli a sníženým příjmem tekutin. Při nedostatečném efektu dietních opatření se podávají diuretika za přísného sledování příjmu a výdeje tekutin.

Ikterus se vyznačuje žlutým zbarvením tkání a zvýšenou hladinou bilirubinu. Malé zvýšení hladiny bilirubinu se projevuje subikterem, kdy žlutavé zbarvení najdeme na sklérách a měkkém patře. Někdy může být přehlednutelné. Vše je způsobené bilirubinem, což je odpadová látka metabolismu hemů, kde je tato látka tvořena hemoglobinem, myoglobinem a cytochromem. Bilirubin vzniká z hemoglobinu. Přeměna hemoglobinu na bilirubin probíhá v RESECH. Při počátečním kroku dochází k otevření porfyrického kruhu a k odstranění železa, zde se tvoří první pigment biliverdin, který je dále redukován na bilirubin. Ikterus se dělí na prehepatální a je výsledkem zvýšené nabídky nekonjugovaného bilirubinu jaterní buňce, která ji nemetabolizuje. Hepatální ikterus patří k nejčastějším příznakům u onemocnění jater, je často výsledkem laboratorního vyšetření, kde dochází k špatné konjugaci bilirubinu. Posthepatální ikterus je výsledkem poruchy vylučování konjugovaného bilirubinů do střeva způsobené přítomností překážky ve žlučových cestách pro odvod žluče z jater do střeva. Hlavním příznakem cholestatického ikteru je acholická stolice.

Jaterní selhání (jaterní insuficience) spojené s encefalopatií je způsobeno nedostatečnou funkcí jaterního parenchymu, dochází k selhávání metabolických funkcí. Rozsah může kolísat od pouhé poruchy zvané hyperbilirubinemie až k těžkému stavu,

při kterém selhává většina jaterních funkcí, zejména syntetických a biotransformačních. Pak je ohrožena integrita základních životních funkcí, tím je narušen a ohrožen organismus jako celek.

Jaterní encefalopatie je poškození zahrnující všechny neurologické a psychiatrické změny, které provázejí jaterní insuficienci. Pro mozkovou činnost je potřeba neporušená funkce jater, dodnes není zcela jasně dáno, co přímo ovlivňuje funkce mozku a jater na funkci CNS. Nepřímo ověřeně je dáno, že játra produkují nějakou substanci, ale pravděpodobnější je, že vychytávají a zneškodňují nějaké látky a tím brání jejich účinku v CNS.

(Brodanová, Kordáč, rok 1993)

1. 6 Diagnostika

Každý pacient je pro lékaře individualita a jeho projevy a potíže mohou být jiné, proto je velice důležitý přístup a správné objasnění diagnóz pacientů. Diagnóza HCC by měla být vzhledem ke špatné prognóze onemocnění co nejvčasnější. K vlastní diagnóze používáme řadu vyšetřovacích metod, mezi které patří fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Důležité je sledovat nemocné s jaterní cirhózou, kteří mají vyšší riziko vzniku HCC. Mělo by se postupovat standarty daného oddělení.

- Ultrasonografie (USG) je nejdůležitější zobrazovací metoda první volby, které se provádí minimálně jedenkrát ročně. USG obraz HCC je velmi variabilní a závislý na jeho velikosti, podílu tuku, přítomnosti a degenerativních změn (časopis Bulletin, roč. 9, č. 2/3 2001, str. 77).
- Počítačová tomografie (CT), využívána ke včasné diagnostice. CT slouží i jako kontrola pro stav léčby a vývinu rozvoje nemoci.
- Angiografie, pomocí které se zjišťuje patologická vaskularizace. Cévní změny lze diagnostikovat i pomocí magnetické rezonance.
- Diagnostická laparoskopie, která nám pomůže zobrazit přeměnu jaterní tkáně povrchu a poškozených hloubě uložených ložisek.
- Pro upřesnění diagnózy a zhodnocení morfologie nádoru je vhodné provést biopsii jater pod CT či USG kontrolou a jeho histologické vyšetření.

Všechna zmíněná vyšetření vyžadují velice zkušené profesionály, kteří dokážou správně a jasně odlišit změny jaterní tkáně a udat správnou diagnózu. Diferenciálně diagnosticky je nutno od HCC odlišit metastatický proces a další ložiskové procesy jater, mezi které patří cysty a solidní tumory.

- Důležitou součástí diagnostiky je laboratorní obraz pacienta, který nám může odhalit včasné patologie.

Často se objevuje mírná až střední hyperbilirubinemie. Aktivita alkalické fosfatázy (ALP) je prakticky zvýšena vždy, a to i v případech, kdy není patrný ikterus. Typicky jsou zvýšeny hodnoty izoenzymu II a slabě III. Aktivita gama – glutamyltransferáza (GGT) bývá při HCC mírně zvýšena. Zvýšené hladiny ALP a LD mohou také být známkou malignity. Změna sériových transferáz, pokles hodnot albuminu a zvýšené hladiny gamaglobulinů jsou známkou současně probíhající jaterní cirhózy.

- Alfa-fetoprotein se používá v diagnóze karcinomu jater od roku 1964, tvoří se ve vlastní nádorové tkáni i v okolních hepatocytech. Určuje se pomocí citlivých RIA metod a jeho normální hladiny u zdravých dospělých jsou velice nízké (7-10ng/ml). Sledováním změn jeho hladiny můžeme kontrolovat i terapeutické výsledky u karcinomu jater. Cytostatická terapie hladinu alfa-fetoproteinu snižuje, kortikoidy spíše tuto hladinu zvyšují (Brodanová, Kordáč, rok 1993, Melichar, 2007).

„V roce 1984 Liebman a spol. objevil signifikantní vzestup hladiny abnormálního des-gama-karboxyprotrombinu (DCP), (PIVKAI) v séru u 67 % pacientů s karcinomem jater na Thai-wanu. Abnormální hodnoty se pohybovaly kolem 300ng/ml. Byla vyvinuta Elisa metoda, která umožňuje detekci cirkulujících abnormálních protrombinů nebo DCP. Bylo dokázáno, že příčinou těchto hodnot jsou zřejmě vážnoucí metabolismus vitamínu K a ne jeho nedostatek (Brodanová, Kordáč, rok 1993, str. 439).“

1. 7 Terapie

Léčebná doporučení pro HCC zahrnují resekce jater či transplantaci jater, radiofrekvenční ablací, systémovou chemoterapii, chemoembolizaci, intraarteriální chemoterapii, radioterapii a symptomatickou terapii.

1. 7. 1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba tohoto primárního karcinomu jater není vždy možná. Radikálním řešením je jaterní transplantace, kde největším rizikem při provádění transplantace jsou metastázy. Pro transplantaci jater jsou dána přísná kritéria, která nesplňuje každý pacient. Velice se klade důraz v těchto kritériích na chirurgickou či medikamentózní léčbu, která by mohla nemocnému zajistit delší přežití. Je velice důležité transplantaci zahájit co nejdříve, než se objeví vážné komplikace jaterního onemocnění, které mohou zvyšovat, nebo být kontraindikací vůbec pro nemocného. Konečnou podmínkou pro transplantaci je seznámení nejen nemocného, ale i rodiny s danými možnými komplikacemi výkonu. V současné době se o této indikaci diskutuje nejvíce, ale dané výsledky nejsou až tak uspokojivé, dochází k přežití dvou až tří let po výkonu v procentech 20-30 % transplantovaných, proto mnoho lékařů někdy tuto formu zavrhuje, protože vynaložené prostředky a jiné úsilí lékařů se moc neliší od medikamentózní léčby a jiných postupů.

Špatné výsledky jsou dány u nemocných s HCC zhoršením stavu a to recidivou tumoru. V některých případech nelze úplně zjistit, zdali jaterní tkáň neobsahuje nádorové buňky. V České republice není tato metoda zcela běžná, většinou lékaři volí jinou alternativu léčby. Transplantace jater má některé nesporné výhody k resekci jater. Téměř 90 % nemocných s HCC má jaterní cirhózu. Rozsáhlá resekce jaterního parenchymu je v těchto případech spojena s vysokým rizikem selhání jater, zatím co u transplantovaných riziko jaterního selhání nehrozí.

Parciální resekce jater nevede ke snížení rizika vývoje nového nádoru v ponechaném jaterním parenchymu. V počátečních obdobích vývoje transplantací jater tvořili pacienti především s hepatocelulárními nádory významnou část indikací k transplantaci. Po několika letech však zavládla skepse, důvodem byla vysoká rekurence až 70 % případů.

V současné době u nás tvoří jaterní nádory jen přibližně 3 až 4 % indikací k transplantaci jater. Největší studie však prokazují, že pečlivý výběr pacientů s HCC

výrazně zlepšilo výsledky. U nemocných, kde nebyl nádor větší než pět centimetrů nebo nebyla zcela přítomna více jak tři ložiska do velikosti tří centimetrů, byly výsledky transplantace srovnatelné s jinými nenádorovými onemocněními. Velkým u transplantace jater u nemocných, je čekání na vhodného kandidáta. Čekají někdy až několik let. Ve Spojených státech jsou tito pacienti v těchto registrech uváděni na předních místech.

Jedinou a skutečnou chirurgickou metodou je resekce nádoru. Provádí se pravostranná nebo levostranná hemihepaktomie nebo rozšířená pravostranná resekce, někdy dle rozlohy nádoru se může udělat i resekce levého segmentu jater. Původní pooperační mortalitu kolem 20 % se podařilo intenzivní péčí snížit na 10 %. Přežití dvou let se uvádí až v 61 % a pět let až v 35 %. Proto je nutné diagnostikovat karcinom jater včas, operační řešení bývá jedinou nadějí pro nemocného, samozřejmě je nutná i následná terapie. Pro správnou resekci u onkologických onemocnění vedoucích k minimalizaci komplikací je nutné zachovat minimálně 30 % funkčního jaterního parenchymu, aby se zabránilo riziku pooperační jaterní selhání, limitovat pooperační krevní ztráty a vyhnout se nutnosti podávání krevních transfúzí, které jsou rizikovým faktorem recidivy onkologického onemocnění. Respektovat bezpečnostní lem, aby se zabránilo rizikům lokální recidivy, kde dochází k paliativní resekci, odebírá se okolo jednoho centimetru. Je nezbytné respektovat biliární a cévní struktury reziduálního jaterního segmentu, protože špatně vaskularizovaný úsek jater je zdrojem ischemie a nekrózy biliární píštěle.

Paliativní resekce jater u HCC je považována za prokázání resekčního okraje zasaženého nádoru infiltrací. Pro některé týmy je neschopnost zajištění bezpečnostního resekčního lemu za kontraindikaci. Za záruku je považován jeden centimetr resekce lemu. Při pravostranné hepaktomii se odstraňuje VIII, VII, VI a V segment jater.

Při levostranné hepaktomii se odejme IV, III a II segment. Levostranná lobektomie je chirurgický zákrok, při kterém je resekován segment III a II, dochází tak k odstranění morfologickému laloku. Resekce můžeme podle odstraněnému laloku dělit na resekce malé, velké, rozšířené a superrozšířené. Indikace k jaterní resekci pro HCC představuje nejčastěji prováděnou resekci jater pro solidní maligní nádor na světě. Resekabilita nádoru je však nízká. Souvisí to s 90 % výskytem HCC v terénu cirhotických jater a s častým multifokálním projevem. Kontraindikace jaterních resekcí u HCC je daná individualitou, názorem týmu a samostatným hlediskem ošetřujícího lékaře. Pouze 5 až 30 % pacientů s HCC je vhodných pro resekci. Důvodem jsou časté recidivy onemocnění lokálně či vznik metastáz v játrech, v plicích, v kostech a v ledvinách. V případě inoperabilního onemocnění je stav a průběh dramatictější. (Brodanová, Kordáč, rok 1993)

1. 7. 2 Radiofrekvenční ablace

Radiofrekvenční ablace (RFA) je metoda lokální terapeutické destrukce tkáně využívající tepelného účinku procházejícího elektrického proudu o frekvenci řádově stovek kHz. RFA je využívána k léčbě jaterních tumorů od roku 1990. Je indikovaná u neresekabilních primárních nádorů nebo metastáz (nejčastěji kolorektálního karcinomu) velikosti do 3 nebo 5 cm. Zákrok je prováděn perkutánně, laparoskopicky a z laparotomie. Metoda destrukce tkáně je založena na tepelných účincích elektrického proudu o frekvenci 500-1000 kHz, elektrický obvod je uzavřen buď mezi hrotem nástroje (katétru) a plošnou elektrodou připevněnou obvykle na zádech pacienta, nebo je použit nástroj, který má hroty dva, a elektrický obvod se uzavírá mezi nimi. Dostatečné proudové hustoty nutné k destrukci tkáně je dosaženo jen u hrotu katétru, proto je účinek destruktivní účinek limitován. Vysoká frekvence procházejícího proudu má tu výhodu, že nedráždí nervy, svaly a srdce. V místě kontaktu katétru dochází ke koagulační nekróze o hloubce jen zhruba jednoho milimetru. Vznikem nekrózy je podstatně zvýšen elektrický odpor tkáně a tím je zamezeno dalšímu šíření poškození tkáně.

(<http://www.google.cz/searc/ablace>)

1. 7. 3 Farmakoterapie

Dlouhodobě se u karcinomu jater podávají hormonální přípravky, antikonceptivy či androgeny. Na hepatocytech i nádorových buňkách byly prokázány receptory pro estrogeny i androgeny. Nejčastěji je podáván antiestrogen Tamoxifen.

V chemoterapii se nejčastěji používají cytostatika doxorubicin, 5-fluorouracil a ciplastin. HCC je považován za relativně chemorezistentní onemocnění, remise jsou popisovány s velkými výkyvy, doporučuje se aplikace cytostatik přímo do jaterní tepny (arteria hepatica), to vede k účinnějším koncentracím cytostatik v tumoru a tím k dosažení častější remise s průměrným přežitím osmi až deseti měsíců. Dále se provádí chemoembolizace, kdy se transkatetrální embolizuje jaterní tepna. K prodloužení života nemocného můžou sloužit opakované aplikace absolutního alkoholu do nádorového uzlu pod kontrolou USG. Perkutánně vstříknutý etylalkohol vyvolá koagulační nekrózu a vaskulární trombózu. Pro tuto terapii jsou nejvhodnější solitární uzly, jejichž průměr je menší než pět centimetrů. Je dáno, že některé takto ošetřené uzly jsou lépe při jaterní resekci odstranitelné. Dnes se tato metoda využívá u nemocných, kteří

jsou kontraindikováni k chirurgickému řešení, perkutánní alkoholizace se může také kombinovat s chemoembolizací.

V laboratorních podmínkách při testování citlivosti jednotlivých cytostatik na buněčných kulturách HCC vykazovaly chemosenzitivitum, doxorubicin, mitomycin C a cisplatina. U těchto cytostatik byly pozorovány pozitivní relace mezi chemorezistencí a prognosticky nepříznivými charaktery.

Obecně se neadjuvantní chemoterapie používá k redukci původní nádorové masy. Indikována je tam, kde je teoreticky předpoklad, že původně inoperabilní nález se po zmenšení stane operabilním a umožní chirurgický výkon. Komplikací perkutánních alkoholizací a chemoembolizací mohou být cholecystitidy, abscesy jater, nekrózy žlučových cest a akutní pankreatitidy. Imunoterapie zatím nezaznamenala veliký pokrok a je brána jako doplňující léčba HCC.

Důležité je vždy monitorovat průběh léčby, její efekt, toleranci pacientem a v případě její intolerance či progresu onemocnění je nezbytné tuto léčbu ukončit (Válek, Kala, Kiss a kolektiv, 2006, Melichar, 2007, Brodanová a Kordáč, rok 1993).

1. 8 Dietoterapie

Dietoterapie je velice individuální u každého pacienta a dle rozsahu a stádia onemocnění a s tím souvisejících přidružených onemocnění, kdy se postupuje dle posudku lékaře a doporučení nutričního terapeuta. Většinou se lékař přiklání k dietě číslu čtyři, která se nazývá dieta s omezením tuků. Strava s vysokým obsahem tuků by mohla vyvolávat podráždění a zhoršovat funkci jater. Důležitý je i dostatečný přísun ovoce a zeleniny jako zdroje vitaminů.

Pitný režim je nutné uzpůsobit dle aktuálního stavu pacienta a ordinace lékaře. Je důležité pravidelné sledování příjmu a výdeje tekutin, vážení nemocného a měření obvodu břicha. Nutriční terapeut nejčastěji doporučuje neperlivé tekutiny, čaje a džusy.

V léčbě však již svůj zásadní význam dieta ztratila. Tuto dietu podáváme při chronickém onemocnění žlučníku, jater, po skončení akutních obtíží nebo po operaci žlučníku. Strava má šetřící charakter jak výběrem potravin, tak jejich úpravou. Výběrem netučných potravin a omezením množství tuků snižujeme celkové množství tuků na 60g/den. Individuální výběr potravin zabrání zhoršení subjektivních potíží pacienta. Pestrou stravou zajistíme dostatek vitaminů a minerálních látek.

Nevhodné potraviny při této dietě jsou tučná masa (bůček, kachna, husa), uzeniny, sýry, tuky, vejce, ovoce, zelenina, polévky, příkrmy, omáčky, moučníky a sladká jídla, nápoje a koření. (http://drhamzova.cz/article/index/striped_title/zlucnikova-dieta)

1. 9 Pohybový režim

Záleží na stavu pacienta a jeho fyzické výkonnosti. Většinou má pacient volný režim po oddělení, vycházky a propustky domů. Je dostatečně aktivizován v činnostech přes den, mezi které patří ranní hygiena (dle stavu či celková dopomoc dle potřeb pacienta), stravování, dodržování léčebného režimu.

Aktivita střídána s dostatečným odpočinkem na lůžku dle fyzického zdravotního stavu pacienta, zajištěna spolupráce s fyzioterapeutem. Např. kondiční cvičení na lůžku, na procvičení dechového aparátu.

1. 10 Psychoterapie

Nejdůležitější v této oblasti je vyrovnání se s vlastní skutečností zdravotního stavu a přijmout pravdu dané skutečnosti. Pacient při přijetí této informace většinou prochází danými fázemi dle vzorce vývoje s přijetí skutečností dle psychiatricky Elisabeth Kübel - Rossové.

První fáze je popírání a izolace. V této fázi se pacient odmítá smířit s danou skutečností, přijmout vlastní pravdu. Může se projevovat šokem, popíráním a uzavřeností.

Druhá fáze je vyjadřována zlostí, rozpoznání nevyhnutelné situace, pacient začíná vytvářet obranu proti ní.

Třetí stádium nazývané smlouváním, zde pacient tápe mezi vlastními iluzemi a jistotou, která je mu podána od lékaře a jeho celé rodiny.

Čtvrté stádium je deprese. Deprese jsou velice závažné onemocnění, které je řazeno mezi poruchy nálady. Od pouhé špatné nálady nebo smutku se liší svým trváním intenzitou a příčinou. U depresivních pacientů se také často vyskytují různé bolestivé stavy (bolesti hlavy, zad, bolesti na hrudi), zažívací obtíže, závratě, mohou se vyskytnout pocity dušnosti nebo bušení srdce. Deprese tak může napodobovat různá somatická onemocnění (např. žaludeční vředy, infarkt) a až důkladné lékařské vyšetření ukáže skutečnou příčinu pacientových obtíží.

Páté stádium je charakterizováno přijetím reality, vyrovnání se skutečností a nalezením síly začít bojovat s nemocí. V této fázi je velice důležitý nejen vlastní postoj pacienta, ale celé rodiny. Velice je důležitá podpora rodiny, aby pacient začal bojovat. Dostatek prostoru, aby v sobě mohl najít skrytou pozitivitu, o které ještě možná ani neví. Dostatečná podpora ošetřujícího personálu a dát dostatečný prostor pacientovi na dobu, aby došlo k vyrovnání procesu sám se sebou. Můžeme doporučit psychologa či kostelního kaplana dle zájmu a potřeb pacienta (<http://www.deprese.cz/priznaky.aspx>).

1. 11 Prognóza

Prognóza onemocnění HCC je nepříznivá, v mnoha případech dochází k úmrtí na malignitu, kdy nejčastější příčinou smrti pacienta je selhání jater a další komplikace s tím spojené. Každý rok na celém světě na tuto nemoc umírá asi jeden milion mužů a dvě stě tisíc žen. Prognózu zlepšuje včasná diagnostika a včasná léčba onemocnění. Vznik této nemoci je plíživý a v mnoha diagnostikách se na to přichází pozdě.

Při opožděné diagnostice HCC se často odstupuje od hlavní léčby a nastupuje paliativní. Zcela také záleží na rozsahu onemocnění v době diagnózy, na funkční zdatnosti jater i použité léčby. Bez terapie se roční přežití neodhaduje ani na 20 %. Pacient v daném stavu by měl být v pracovní neschopnosti, dodržovat lékařem určený přísný klid na lůžku a žádné stresové vypětí. Průměrná doba přežití s HCC je v celosvětovém průměru asi 3 až 4 měsíce. Každý člověk je individualita a nikdo nemůže přímo říct, kolik nemocnému zbývá času (Brodanová, rok 1997).

Je to velice závažné onemocnění a dá se tomu předejít jenom zcela přirozenými procesy v našem životě. Člověk by měl dodržovat správný životní styl, správná životospráva, dostatečný pohyb, chození na pravidelné preventivní prohlídky a vyvarovat se zbytečnému stresu. Být sám se sebou spokojený. Čas je zde hlavním nepřítelem a pánem. Nikdo však nemůže říct při onemocnění touto chorobou, kolik přesně času pacientovi ještě zbývá, ale vždy tu je naděje a to je to nejdůležitější (Válek, Kala, Kiss a kolektiv, rok 2006).

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním s karcinomem jater

2. 1 Ošetřování nemocných

2. 1. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pacienti přijímáni do nemocnice s onemocněním karcinom jater, jsou většinou přijímáni na specializované oddělení onkologického charakteru. Veliké role zde hrají, jaký je okamžitý rozvoj onemocnění, zdali je již diagnostikován či bude pacient vyšetřován. V mém případě byl pacient přijat na oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismu na nadstandardní lůžko nebo možnosti pokojů s menším počtem lůžek z důvodu soukromí a většího klidu pro pacienty s tímto onemocněním.

Pacienti jsou přijímány v různém stádiu onemocnění a v různém věku, kde velice převládají otázky soběstačnosti a schopnosti se sám o sebe postarat. Je velice důležitý první krok ze strany ošetřujícího personálu a to sběr anamnézy, která nám již předem odhaluje četné problémy a potřeby, které nám pomůžou s jejich včasným řešením zabránit spoustě problémů pro blaho pacienta. Dále je také důležité vytvořit pozitivní vztah mezi pacientem a celým ošetřujícím personálem, docílit toho, aby pacient věděl, že jsme tady pro něho kdykoliv a že se nemusí bát o něco požádat či rozebrat ústně danou situaci. To vše už docílíme při prvním kontaktu, kdy jsi to ani sami neuvědomujeme, jak je velice důležité navodit profesionální taktnost a pocit důvěry za celý ošetřující tým.

Při příjmu pacienta je velice důležité zhodnotit celkový stav, fyziologické funkce, vědomí, psychický stav, dýchání, spánek, alergie, bolesti, soběstačnost, stupeň pohyblivosti, významný handicap, pomůcky, výživu (BMI), možné problémy s vyprazdňováním močením a defekací, změny na kůži a zjistit kontakt s rodinou.

2. 1. 2 Sledování nemocných

Pacienti jsou sledováni po celou dobu hospitalizace. Dodržování léčebného režimu dle standardy oddělení a pokynů lékaře dle dekurzu. Všechny ordinace plněny. Nejdůležitější je sledovat celkové podněty na určené ošetrovatelské diagnózy, které jsme si stanovili dle stavu a různých změn na dané problémy. Každý den zlepšujeme podmínky, jak problém odstranit. Mezi nejdůležitější oblast je sledování vědomí, projev bolesti, příjem a výdej tekutin a dalších problémů vyplívajících ze zdravotního stavu.

2. 2 Možné ošetrovateľské problémy

- porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování, příjmu potravy, tekutin a oblékání
- bolest
- porucha dýchání
- porucha výživy
- porucha hydratace
- změny fyziologických funkcí
- porušení kožní integrity
- porucha spánku
- riziko pádu
- nevolnost
- riziko vzniku infekce se zavedeného PŽK A PMK
- zácpa
- únava
- uzavřenost, smutek, blokáce, narušená komunikace a frustrace

Všechny tyto ošetrovateľské problémy jsou individuální. Velice záleží na celkovém stavu pacienta, na věku a stádiu nemoci, ve které se nemocný nachází.

PRAKTICKÁ ČÁST

Pacient přijat na interní kliniku – Gastroenterologie, hepatologie a metabolismus do nemocnice ÚVN Ve Střešovicích na pokoj číslo čtyři.

Pokoj měl pacient nadstandardní ze svého zájmu o soukromí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

Pacient byl přijat jako soběstačný pacient, proto byla jeho poloha přirozená bez jakéhokoliv zásahu ošetřujícího personálu.

Pacient přijat k dovyšetření ložiskového postižení jater a ascitu. Na počítačové tomografii (CT) zjištěn tumorózní proces jater postihující segmenty S 4, 5, 6, 7 a 8 s angioinvasí a ascitem.

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: D.N	Pohlaví: muž
Datum narození: 1977	Věk: 32let
Adresa bydliště a telefon: viz. lékařská dokumentace	
Adresa příbuzných: viz. lékařská dokumentace	
RČ: viz. lékařská dokumentace	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: strojař
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 10. 10. 2008	Typ přijetí: hospitalizace
Oddělení: OGHMHA	Ošetřující lékař: viz. dokumentace

3. 2 Výtah z lékařské dokumentace

3. 2. 1 Lékařská anamnéza (RA, OA, FA, AA, abusus, NO, stav při přijetí, hlava, krk, hrudník, srdce, břicho, DKK)

Nynější anamnéza:

Pacient přijat k dovyšetření ložiskového postižení jater a ascitu dle sonografie. Subjektivně nyní bez potíží, nauzei až na občasnou bolest v pravém podžebří. Někdy při zhoršení stavu pacienta se tyto obtíže objevují projevující se bolestmi na pravém epigastriu a nechutenství, podietních opatřeních obtíže odezněly. Po sonu byla játra zvětšena, kaudálně hrbolatá, nehomogenní, v (obou) lalocích. Ascites kolem dvaceti ml.

Rodinná anamnéza:

Matka je zdravá, otec zdravý až na zvýšený cholesterol, sestra má vysoký krevní tlak, děti nemá, žije s manželkou, manželka je o celkovém stavu pacienta informována.

Osobní anamnéza:

Pacient narozen v 37 týdnu, hned po narození rozvoj těžkého RDS, selháním, resuscitován. V roce 1978 prodělal nespecifickou hepatitidu s alterací jaterních testů (bez bližšího určení), pouze opakované HBSAG negativní dle dokumentace, dále opakované odběry s normálními nálezy. V roce 2004 březnu pacient prodělal infekční mononukleózu s elevací jaterních testů, poté opakovaná kompletní jaterní vyšetření, poslední v roce 2006, které byly v pořádku. V roce 2007 srpnu se objevila bolest v pravém podžebří, nechutenství, váhový úbytek neguje.

USG břicha ložiskové změny jater ascites. Pacient je sledovaný na možné poruchy, které neguje a to na hypertenzi, infarkt myokardu, vředy, tuberkulózu, glaukom, diabetes melitus.

Farmakologická anamnéza: neguje

Alergologická anamnéza: bez alergie

Abusus: nekuřák, alkohol - pije příležitostně

Vitální funkce při přijetí

Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 120/80	Výška: 175cm
P: 103'	Hmotnost: 64 kg
D: 14	BMI: 19,6
TT: 36,9	Pohyblivost: soběstačný
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A +

Celkový stav pacienta je orientovaný, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy klidově eupnoe, hydratace v normě, výživa má sklon k astenii. Kůže bez patologických eflorescencí. Stoj a chůze v normě. Páteř pokleповě nebolestivá.

Hlava je mezocefalická, pokleповě nebolestivé. Bulvy jsou ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreaktivní. Spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez výtoků. Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí se ve středu.

Na krku má volnou šiji, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil nezvýšená, uzliny a štítná žláza jsou nehmatné, ve fyziologickém postavení.

Hrudník se vyznačuje bez obtíží. Je symetrický, pokleповě jasný, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejšího fenoménu. Prekordium bez hmatných virů. Srdeční krajina bez vyklenutí. Úder hrotu viditelný, ozvy fyziologicky ohraničené.

Břicho je fyziologické, dýchá volně, pokleповě diferencovaný bubínkový, měkké, palpačně nebolestivé, jednoznačnou rezistenci nehmatám, pacient úplně neuvolní. Tápot bilaterálně negativní. Podbříšek klidný.

Končetiny jsou ve fyziologickém postavení. Klouby volně pohyblivé, dolní končetiny bez otoků, bez známek trombózy, bez varixů.

Per rektum bez obtíží. Krev pacient ve stolici či černou neguje, stolice pravidelná bez obtíží.

3. 2. 2 Vyšetření

Koagulace: INR (1,59 arb. j.)

APTT (31,3 sec.)

Krevní obraz: KO

leukocyty (9,8 x10⁹/l), erytrocyty (4,9 x10¹²/l), Hemoglobin (136 g/l), htk (0,42 arb.j.), Hbco (0,33 arb. j.), MCV (86 um 3), Grab(0,78), Výst. (7,7 x10⁹/l), Lyab. (1,3 x 10⁹/l), trc (197 x10⁹/l), MCH (28 pg/l), lym. (0,13), mono. (0,07), eo (0,01), baso (0,003), plb (0)

Biochemie: Urea (4,2 mmol/l), Kreatinin (93,8 umol/l), FE (2,6 umol/l), Bilirubin přímý (8,1 umol/l), Bilirubin normální (23,5 umol/l), ALT (1,05 ukat/l), AST (1,58 ukat/l), GMT (2,41 ukat/l), ALP (3,19 ukat/l), AMS (0,82 ukat/l), TRG (1,46 mmol/l), Cholesterol(4,97 mmol/l), Celková bílkovina (82,8 g/l), Albumin (51,9 g/l), Glukóza (3,84 mmol/l), Na (144 mmol/l), K (4,6 mmol/l), Cl (102 mmol/l), CRP (46,9 mg/l), pH (6), krevní skupinu (A+),TIBC (66,6 mmol/l), Osmolita (293 mmol/l), Feritin (133,5 ug/l), Alfý – 1-fetoprotein (174924), anti HCV (negativní), HBsAg,(negativní), Anti – HBc (negativní), Anti - HBc IgM (negativní), Hbe (negativní), Anti – Hbe (negativní), Anti – HBs (343.76)

Ekg: SR, 74/ minutu, PQ 0.16, QRS 0.08, negativní T v III, V1, ST bez denivelace

RTG hrudníku: Plíce bez čerstvých ložiskových změn, bronchovaskulární kresba je přiměřena, srdce nezvětšeno, brániční úhly jsou volné.

Magnetická rezonance břicha, hrudníku a pánve:

Zachycené části plic jsou čisté, bez ložisek, pravý jaterní lalok je prostoupen expanzivním tumorem, který vyklenuje i extrahepatálně tumor je angioinvasivní, postihuje větvení vena portae, pravá větev se neplní vůbec, levá jen neúplně, patrná je invaze do jaterních žil, pouze levá je intaktní, malé množství volné tekutiny kolem jater, dále v pánvi, slezina pankreas, nadledvinky, ledviny, močový měchýř jsou bez nálezu. V ložisku jater je tumorozní proces jater postihující segmenty 4, 5, 6, 7, 8, s angioinvasí a ascitem.

Cílená jaterní biopsie pod ultrasonografickou kontrolou v poloze na zádech, zavádíme přes interkostální cestou jediný vpich jehlou Braun Hapafix do dříve zaměřeného ložiska v pravém laloku jater.

Ultrasonografie (USG) břicha:

Rozsáhle ložiskové postižení jater na pravém laloku vyplňuje útvar velikosti (12 na 13cm), tvořeny splývajícími ložisky, uzávěr venae portae. Menší množství ascitu.

Dle CT zjištěn tumorózní proces jater a ascitem. Laboratorně výrazná elevace alfa – 1- fetoproteinu.

Byla provedena biopsie ložiska pod USG kontrolou. Histologie. Gastroskopie bez známek patologie, výsledek v normě.

3. 2. 3 Závěr při příjmu

Expanzivní tumorózní proces jater s postižením segmentů S 4, 5, 6, 7, 8 s ascitem, angioinvaze (v. s. hematom). Stav po infekční mononukleose s elevací jaterních testů v roce 2004.

Stav po proběhlé hepatitidě blíže neurčené v roce 1978.

Stav po RDS, selhání, resuscitací, ventilován, záhy po porodu.

3. 3 Terapie

3. 3. 1 Chirurgická léčba

Bez chirurgického zákroku.

3. 3. 2 Konzervativní léčba (Farmakoterapie)

Podle medikace lékaře nasazeny:

Ciprofloxacin 200 mg i.v. (po 12 hod. 9:00-21:00 Antibiotika)

Hypnogen 10mg tbl. (Hypnotika 0-0-0-1)

Tralgit 20 mg tbl. (Analgetikum 1-1-1 dle potřeby při bolesti)

3. 4 Dietoterapie

Dieta číslo čtyři. Šetřící s omezením tuku. Žlučnicková dieta se vyznačuje obecnou omezením tuků. Dříve hrála žlučnicková dieta zásadní roli v léčbě těchto potíží, nyní má částečný význam v prevenci obtíží a symptomaticky nemocnému ulevuje.

3. 5 Pohybový režim

P. má volný režim, povolené procházky s manželkou po areálu nemocnice, volnost po celém oddělení a volný přístup na televizi na jídelnu. P. vše dodržuje dle svých možností, svého stavu a únavy. Nestále sledován celkový stav pacienta.

3. 6 Psychoterapie

Adekvátní podávání informací podle stavu zájmu pacienta celým ošetřujícím personálem. Zajistit přívětivý přístup, spolehlivost, pocit důvěry, laskavost a dostatečná komunikace. Pacient se cítí dobře, vůči svému stavu, pacient má dobrou náladu, nemá problémy s vyjadřováním, chce vše vědět a být dostatečně informován svým lékařem o své léčbě a dalšími souvislostmi.

Má dostatečný kontakt se svojí rodinou a to se svojí manželkou, která ho velmi podporuje, má z ní dostatečný pocit positivity a podpory pro chvíle, kdy se pacientův stav

zhoršuje, pro chvíle psychických krizích pacienta, které se mohou postupně objevit. Neustále sledován a podporován celým ošetřujícím personálem.

3. 7 Fyzikální vyšetření sestrou

Pacienta jsem fyzikálně vyšetřila dle standartu oddělení. Pacient přijat na dlouhodobou hospitalizaci.

Tabulka č. 3 Hlava a krk

Pacient říká:

„Cítím se dobře.“	Lebka normocefalická. Držení hlavy v přirozeném postavení. Poklep hlavy nebolestivý. Příušní žláza, vedlejší žlázy, uzliny a štítná žláza nezvětšené a nehmatné. Krkční páteř fyziologicky pohyblivá.
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 4 Hrudník a dýchací cesty

Pacient říká:

„Nemám potíže s dýcháním, bez obtíží.“	Hrudník je ve fyziologickém postavení. Dechová vlna je symetrická. Prsa ve stejném postavení, bez patologických nálezů. Poklep na plicích je plný a jasný. Dýchání čisté a sklípkové. 14 dechů za minutu
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 5 Srdečně-cévní systém

Pacient říká:

„Srdíčko mi běží dobře.“	Srdeční krajina bez vyklenutí. Úder hrotu viditelný, ozvy fyziologicky ohraničené. TK - 120/80 P - 103
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 6 Břicho

Pacient říká:

„Nemám problémy s vyprazdňováním stolice. Občas trpím bolestmi břicha na pravé straně.“	Břicho mírně vypouklé, nahmatán ascites. Kůže je hladká, dobře prokrvené. Břicho je nyní bolestivé na stupeň číslo dva dle měřící škály bolesti. P. má pravidelné vyprazdňování stolice.
-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 7 Urogenitální systém

Pacient říká:

„Močím bez obtíží.“	Močový měchýř nebolestivý a nehmatný. Mikce fyziologická k věku klienta. Klient nejuje na močové záněty a inkontinenci.
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 8 Kosterně svalový systém

Pacient říká:

„Nemám žádné obtíže.“	Bez otoků 0. Pokožka na končetinách je dobře prokrvená. Končetiny při pohmatu nebolestivé. Páteř je fyziologickém postavení.
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 9 Nervově smyslový systém

Pacient říká:

„Své nervy mám v pořádku.“	Komunikace je plynulá. Zrak a sluch jsou fyziologické. Sluch nenarušen. Jazyk se nachází ve střední čáře.
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka č. 10 Endokrinní systém

Pacient říká:

„Nemám žádné obtíže“.	Lymfatické uzliny jsou nehmatné.
-----------------------	----------------------------------

Tabulka č. 11 Imunitní systém

Pacient říká:

„Nemám obtíže, vše je v pořádku.“	Pacient je bez patologického nálezu.
-----------------------------------	--------------------------------------

Tabulka č. 12 Kůže a její adnexa

Pacient říká:

„Myslím, že je s mojí pokožkou vše v pořádku.“	Bez ikteru, pokožka na dolních končetinách dostatečně hydratovány.
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Použité měřicí škály:

dle Nortonové riziko vzniku dekubitu: 29 bodů, v normě

zkrácený mentální bodovací test: 9 bodů, bez obtíží

zjištění rizika pádu: 0, v normě

Barthelův test základních všedních činností: 90 bodů, v normě

měřicí škála bolesti od 0 -10: zjištěna bolest na stupeň číslo 2

posouzení aktuálního psychického stavu na orientaci: 7 b, v normě

na emoce: 3 body problém - úzkost a strach

chování: 0 bodů v normě

3. 8 Ošetřovatelská anamnéza dle Gordon 13. Domén

(posouzení stavu pacienta dle jeho potřeb) ošetřovatelský proces (problém)

3. 8. 1 Podpora zdraví

Svůj zdravotní stav vnímá pacient dobře vzhledem k základnímu onemocnění. Pro svoje zdraví se snaží zdravě žít, koná pravidelné procházky se svojí manželkou. Za poslední rok neprodělal žádné jiné onemocnění než základní diagnostikované onemocnění. Lékařská doporučení dodržuje důsledně.

Ošetřovatelský proces (problémy): 0

3. 8. 2 Výživa

Pacient dodržuje dietu dle medikace lékaře číslo čtyři. Během půl roku se jeho váha zvýšila o pět kilogramů z důvodu vytvářejícího se ascitu. Pacient má přiměřený stav výživy. Pacient nyní nepřijímá stravu per os (ústy) z důvodu zavedené NGS. BMI 19,6. Má omezený příjem tekutin do jednoho litru vzhledem vytvářejícímu se ascitu v dutině břišní. Sledován příjem a výdej tekutin za celý den. Kožní turgor v normě. Zavedena nasogastrická sonda (NGS) a podáván Nutrison standart rychlostí 80 ml za hodinu dle O.L..

Ošetřovatelský proces (problém): NGS, sledován příjem a výdej tekutin

3. 8. 3 Vylučování a výměna

Pacient nemá problémy s vyprazdňováním moče a stolice. Pravidelná stolice každý den.

Ošetřovatelský proces (problém): 0

3. 8. 4 Aktivita – odpočinek

Pacient se cítí unaven, pocity slabosti. Dostatečný klid na lůžku střídán s přiměřenou aktivitou přes den. Dle Barthelova testu základních všedních činností je pacient soběstačný (90 body). Funkční úroveň soběstačnosti je nezávislý. (0 body) Pacient nemá kvalitní spánek, nespí celou noc, během dne se cítí unaven a má pocit slabosti. Trpí pocity neklidu vyplývající ze své budoucnosti.

Ošetrovatelský proces (problém): únava, pocity slabosti, porucha spánku

3. 8. 5 Vnímání – poznávání

Pacient má vědomí jasné, sluch dobrý, zrak normální, řeč plynulá, plně orientován, paměť neporušená a pozornost úmyslná.

Ošetrovatelský proces (problém): 0

3. 8. 6 Vnímání sebe sama

Pacient se necítí zcela dobře, pociťuje pocity úzkosti. Sledováno. Provedena hodnotící škála na posouzení aktuálního psychického stavu, kde v oblasti na emoce u pacienta vyšla úzkost (3 body). Dostatečná komunikace. Přívětivý přístup.

Ošetrovatelský proces (problém): úzkost

3. 8. 7 Vztahy

Pacient má dobré rodinné zázemí. Dostatečná podpora jeho manželky, která ho velice pozitivně podporuje po celou dobu hospitalizace. Pacient má harmonické manželství se svojí manželkou, v této oblasti nepociťuje žádné problémy.

Ošetrovatelský proces (problém): 0

3. 8. 8 Sexualita

Pacient žije s manželkou. Jejich manželství je harmonické. Bez obtíží.

Ošetrovatelský proces (problém): 0

3. 8. 9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Pacient vyzařuje klidným dojmem. Občasné pocity úzkosti z budoucna. Dostatečná podpora manželky. Pacient je optimistou, má velikou podporu ve své manželce, díky které vše plyne s klidem a podporou. Je mu poskytnuta dostatečná podpora. Má občasné

pocity smutku, co bude dál. Dostatečná komunikace a předávání informací ze strany lékaře a celého ošetrujícího personálu.

Ošetrovatelský proces (problém): úzkost a smutek

3. 8. 10 Životní princip

Pacient neudává žádnou víru, je bez vyznání.

Ošetrovatelský proces (problém): 0

3. 8. 11 Bezpečnost – ochrana

Zaveden periferní žilní katétr (PŽK) z důvodu základní terapie na pravé horní končetině.

Ošetrovatelský proces (problém): zaveden PŽK

3. 8. 12 Komfort

Pacient má občasnou bolest v pravém podžebří, bolest klasifikována jako akutní, při jejím vzniku na stupeň číslo dva. Na bolest podávána medikace dle O.L. Pacient vnímá bolest v pravém podžebří přiměřeně dle hodnotící škály (0 – 10) na stupeň číslo dva.

Ošetrovatelský proces (problém): akutní bolest v pravém podžebří

3. 8. 13 Růst/vývoj

Anatomie těla je fyziologická, bez obtíží.

Ošetrovatelský proces (problém): 0

4 Ošetrovatelská péče

4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priority) dle Nanda II diagnostických domén:

00132 akutní bolest v pravém podžebří v souvislosti s expanzivním-onkologickým procesem v játrech projevující se stížnostmi na bolest, intenzitou stupně číslo dva a vyhledáváním úlevové polohy

00146 úzkost mírná v souvislosti s nejistou-závažnou prognózou onemocnění projevující se neklidem a obavami z budoucnosti

00093 únava v souvislosti s expanzivním-onkologickým procesem v játrech a neschopností načerpat energii spánkem projevující se nekvalitním spánkem, nedostatkem energie, sníženým výkonem a nárůstem potřeby odpočinku

00025 riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin z důvodu ascitu a zavedené nasogastrické sondy

00004 riziko infekce z důvodu zavedeného (PŽK) na pravé horní končetině první den hospitalizace

4. 2 Plán ošetrovatelské péče

(ošetrovatelská diagnostika, plánování /CD, DK, VK, intervence/, realizace, vyhodnocení)

00132 akutní bolest v pravém podžebří v souvislosti s expanzivním-onkologickým procesem v játrech projevující se stížnostmi na bolest, intenzitou stupně číslo dva a vyhledáváním úlevové polohy

Cíl: Pacient nepocítuje bolest do 24 hodin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná význam signalizačním zařízením a umí ho používat ihned.

Pacient zná úlevové polohy ihned.

Pacient zná a používá měřicí škálu na hodnocení bolesti do půl hodiny.

Pacient udává zmírnění bolesti ze stupně 2 na 1 (VAS 0-10) do 2 hodin.

Plán intervencí:

Zjistí lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti do půl hodiny, provede primární sestra.

Informuj pacienta o prevenci bolesti po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Sleduj účinek podávaných léků dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Věnuj pozornost psychickému stavu nemocného po celou dobu, provede primární sestra.

Zajisti dostatečnou komunikaci s pacientem ihned, provede primární sestra.

Realizace: U pacienta jsem dostatečně sledovala intenzitu bolesti po celou dobu. Bolest byla lokalizována v pravém podžebří na stupeň číslo dva dle hodnotící škály (0-10). Pacient byl poučen o signalizačním zařízením a umí ho použít. S pacientem jsem dostatečně komunikovala o všem, co se týkalo dané problematiky o bolesti a dalších okolností ze situace vyplívající.

Hodnocení: Pacientovi se podařila zmírnit bolest po 12 hodinách na stupeň číslo jedna, kde intenzita bolesti setrvala po dobu pěti dní.

00146 úzkost mírná v souvislosti s nejistou-závažnou prognózou onemocnění projevující se neklidem, smutkem a obavami z budoucnosti

Cíl: Pacient nepocit'uje úzkost do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná metody k vytvoření pozitivního prostředí do 24 hodin.

Pacient má kladný pocit do 24 hodin.

Pacient nepocit'uje smutek do konce hospitalizace.

Pacient neudává skličujícími obavami ze své budoucnosti a neklidem do konce hospitalizace.

Intervence:

Promluv si s nemocným o jeho situaci a pocitech průběžně po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Dostatečně informuj nemocného o všem, co se s ním bude dít a včas podávej informace, po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Zajisti dostatečnou komunikaci s lékařem ihned, provede primární sestra.

Zajisti dostatečný kontakt s jeho manželkou po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Zajisti pocit důvěry ihned, provede primární sestra.

Realizace: Pacientovi byla přes den nabídnuta aktivita vypůjčení knih v knihovně, dle svého stavu a únavy povoleny s manželkou procházky po areálu nemocnice a televize.

Dostatečně jsem informovala pacienta o všem, co se s ním dělo po celou dobu jeho hospitalizace. Pacient se může vidět se svojí manželkou kdykoliv po celou dobu hospitalizace. S pacientem jsem navázala pocit důvěry.

Hodnocení: Pacientovi se podařila pátý den hospitalizace zmírnit úzkost, nepocit'oval již silné emoce smutku a obavy ze své budoucnosti.

00093 únava v souvislosti s expanzivním-onkologickým procesem v játrech a neschopností načerpat energii spánkem projevující se nekvalitním spánkem, nedostatkem energie, sníženým výkonem a nárůstem potřeby odpočinku

Cíl: Pacient nepocítuje únavu do tří dnů.

Priorita: střední

VK: Pacient zná faktory, které se podílejí na únavě po celou dobu hospitalizace.

Pacient je pozitivně naladěný po celou dobu hospitalizace.

Pacient pocítuje dostatečný pocit důvěry po celou dobu hospitalizace.

Pacient má zajištěnou dostatečnou komunikaci o svých problémech po celou dobu hospitalizace.

Pacient udává zlepšení spánku do 2 dnů.

Pacient udává zvýšení energie do 2 dnů.

Intervence:

Zajisti klidné prostředí před spánkem ihned, provede primární sestra.

Před spaním vyvětrej a uprav lůžko, provede primární sestra.

Střídej aktivitu s dostatečným odpočinkem přes den, provede primární sestra.

Podpoř pozitivní atmosféru, měj trpělivý přístup, vytvoř klidné prostředí po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Podávej hypnotika dle ordinace lékaře, provede primární sestra.

Dostatečně komunikuj o celé situaci s pacientem po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Realizace: Pacient byl dostatečně aktivizován přes den, kde jeho aktivita byla střídána s odpočinkem na lůžku. Byl pozitivně naladován v každé situaci. Na noc pacient dostal Hypnogen dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Stav nadále přetrvává, nepodařilo se odstranit únavu, která vyvolává poruchy nekvalitního spánku.

00025 riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin z důvodu ascitu a zavedené nasogastrické sondy

Cíl: Pacient má optimální udržení objemu tekutin na optimální úrovni po celou dobu hospitalizace.

Priorita: nízká

Intervence:

Sleduj příjem a výdej tekutin po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Sleduj fyziologické funkce po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Sleduj příjem výživy NGS u pacienta po celou dobu hospitalizace, provede primární sestra.

Postupuj ve všech postupech dle ordinace lékaře, provede primární sestra.

Realizace: U pacienta jsme postupovali dle ordinace lékaře, kde mu výživa Nutrison standart jela rychlostí 50 ml za hodinu. Sledována bilance tekutin, která byla za 24 hodin 2200ml příjem (1200 ml výživy + 1000 ml tekutin), a výdej byl 2100 ml moči.

Hodnocení: Nedošlo k narušení objemu tělesných tekutin po celou dobu hospitalizace.

**00004 riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru (PŽK)
na pravé horní končetině první den hospitalizace**

Cíl: Pacient nemá projevy infekce v okolí zavedení PŽK po celou dobu její zavedení.

Priorita: nízká

Intervence:

Pouč p. o nutnosti zavedení PŽK ihned, provede primární sestra.

Včas diagnostikuj místní známky infekce v místě vstupu, provede primární sestra.

Při každé manipulaci postupuj přísně asepticky po celou dobu zavedení, provede primární sestra.

Převazuj PŽK dle standardy oddělení, provede primární sestra.

Realizace:

Pacient byl poučen pro důvod zavedení a poučen o možných pozdějších komplikacích s tím spojených. Pacient má dle ordinace lékaře, dnes prvním dnem zaveden PŽK do pravé horní končetiny, bez obtíží. Dodržen správný aseptický postup při zavedení kanyly. Vše je v pořádku, bez jakýchkoliv komplikací.

Hodnocení: Nedošlo k vytvoření infekce po zavedení PŽK, místo zavedení a celkové reakce nadále sledovány po celou dobu zavedení.

5 Edukace pacienta

5.1 Edukační list

Pacient D.N.,

oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismus, pacient je hospitalizovaný.

Přijat pro expanzivní tumorózní proces jater s postižením segmentů S 4, 5, 6, 7, 8 s ascitem.

Edukace zaměřena na průběžné vzdělávání po celou dobu hospitalizace od přijetí až do propuštění.

Forma edukace ústně a písemně.

Rozhovor bez komunikační bariéry.

Reakce na edukace je verbální pochopení pacienta i jeho rodiny.

5.2 Edukační záznam- realizace

Edukační potřeba 1: u pacienta při přijetí.

Forma edukace: ústně, rozhovorem, písemně informace pro pacienty při příjmu dle standartu ÚVN

Nemocný edukován o chodu oddělení, o vybavení ošetrovatelské jednotky, o právech pacienta, o domovním řádu, o výživě, užívání pomůcek, o medikaci, péči o invazivních stupech a infuzní terapii a identifikačním náramku.

Reakce na edukaci je ze strany pacienta: verbální pochopení, bez obtíží

Řešení: prokonzultovat dle potřeb pacienta

Příjemce edukace: nemocný a jeho manželka

Edukátor: primární sestra

Edukační potřeba 2: u pacienta během hospitalizace, potřeba edukace je v oblasti výživy a to po celou dobu hospitalizace s nařízeným povoleným příjmem tekutin a následným sledováním bilance příjmu a výdeje, dále související zavedení nasogastrické sondy dle lékaře

Forma edukace: ústně, rozhovorem při hospitalizaci

Reakce na edukaci je ze strany pacienta: verbální pochopení, bez obtíží

Řešení: stále sledovat efekt edukace, dle potřeby znovu opakovat

Příjemce edukace: nemocný a jeho manželka

Edukátor: primární sestra

5. 3 Edukační plán

5. 3. 1 Cíl edukačního plánu

Výživa

5. 3. 2 Význam

Zlepšit stav výživy dle lékaře, udržet dané hodnoty z důvodu základního onemocnění.

5. 3. 3 Technika

Dodržovat pravidelný přísun tekutin a pitného režimu dle doporučení lékaře, pravidelný rytmus.

5. 4 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č. 13 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi
Proč je vhodné dodržovat správný příjem výživy?	Pro optimální udržení tělesné hmotnosti a rozložení tělních tekutin vzhledem základnímu onemocnění.
Jaká je nezbytná podmínka ze strany pacienta pro dodržování správné výživy?	Spolupráce klienta.

5. 5 Postup při zaškolování pacienta

Pacientovi jsem ozřejmila situaci, kde je kladen veliký význam pro správné dodržování příjmu potravin a tekutin dle lékaře, vyplývající ze základní diagnózy.

5. 6 Kontrolní otázky pro pacienta

Tabulka č. 14 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
Proč je správně dodržovat správný rytmus ve výživě?	Pro zlepšení mého zdravotního stavu.
Kolikrát denně byste měl se správně přijímat stravu a tekutiny?	Jídlo třikrát za den a tekutiny do jednoho litru (rozdělit jsi jeden litr na celý den).

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient ošetřován a léčen dle ordinace lékaře a standartu celého oddělení. Adekvátně dodržována léčba celým ošetřujícím týmem. Sledován celkový stav po celou dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské diagnózy hodnoceny a přetvářeny dle potřeb a stavu pacienta po celých pět dní mého sledování. Pacient přijat na oddělení ve stabilizovaném stavu, kde byl přijat k dovyšetření a plánovaně dle lékařů propuštěn do domácího ošetřování.

Závěr

Moje práce je souhrn problematiky karcinom jater, kde jsem poukázala na nejspecifikovanější úhly pohledu, jak správně přistupovat k danému onemocnění a co vědět již před přijetím pacienta s touto diagnózou. Při konzultacích již se zmíněnými lidmi, kteří mi velice pomohli, v teoretické části jsem vytáhla nejdůležitější poznatky o dané nemoci. Je velice důležitý první kontakt a správné sebrání anamnézy, kterou rozepisují a hodnotím v praktické části, kdy je nejdůležitější kladení otázek, abychom společně s pacientem přišli na veškeré obtíže a potřeby, které v danou chvíli jsou jeho negacemi. Je velice důležité ne jenom pro danou chvíli správná komunikace a profesionální přístup a správným podáváním informací celým ošetřujícím týmem dle pravomocí, ale to celou dobu hospitalizace.

Pacientova prognóza do budoucnosti není dobrá a hrozí postupné selhání jater s postupným zhoršující se stavem k úmrtí. Lékaři usuzují pacientovi asi ještě jeden rok života. Pacient informován o své diagnóze a díky své manželce nese svoje onemocnění se ctí a obdivem.

Velice jsem ráda, že jsem si mohla svou práci vybrat na dané téma a zpracovat a mě samé dodalo nové poznatky a zkušenosti, jak v příštích situacích při kontaktu s touto diagnózou a pacientem budu jinak spolupracovat a doufám, že i Vám, kdo jste si moji práci přečetl, zůstane postoj k zamyšlení, jak se správně v těchto situacích s onkologicky nemocnými pacienty správně zachovat a komunikovat...

Seznam literatury

1. Šimša, Pavel. Anatomie Jater. [Online] 3. Listopad 2008. [Citace: 13. Prosinec 2008.] Dostupné na WWW: <http://www.kst.cz/web>.
2. Prášková, Hana. *Deprese*. [Online] 25. Leden 2009. [Citace: 30. Leden 2009.] Dostupné na WWW: <http://www.deprese.cz/priznaky.aspx>.
3. Lukáš, Karel; Žák, Aleš a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-17876.
4. Zavoral, Miroslav; Venerová, Johana a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Triton, 1997. ISBN 978-80-7254-902-3.
5. Brodanová, Marie. *Hepatologie v praxi*. PRAHA : Galén, 1997, s. 286-293. ISBN 80-85824-47-7.
6. Mann, Miroslav. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov : Interpreter, 1995, s.11-24. ISBN 80-201-0080-6.
7. Vorlíček, Jiří; Konečný, Miloš; Vorlíčková, Hilda. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologických nemocných*. BRNO : IDV SZP, 1989. ISBN 80-7013-038-5.
8. Brodanová, Marie; Kordáč, Václav. *Klinická hepatologie*. Praha : Grada Avicenum, 1993, s. 431. ISBN 80-7169-069-4.
9. Koutecký, Josef. *Klinická onkologie*. Praha : Avicenum, 1989, s. 216.
10. Sova, Miloš. *Lékařský slovník*. [Online] 8. Březen 2006. [Citace: 12. Leden 2009.] Dostupné na WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pismeno/k>.
11. Abrahams, Petr; Druga Rastislav. *Lidské tělo*. Praha : Ottovo nakladatelství, 2001, s. 164. ISBN 80-7181-955-7.
12. Válek, Vlastimil; Kala, Zdeněk; Kiss, Igor a kolektiv. *Maligní ložiskové procesy jater*. Praha : Grada Publishing, 2006, s. 59. ISBN 80-247-0961-9.
13. Marečková, Jana. *Ošetrovatelské dianózy v Nanda doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

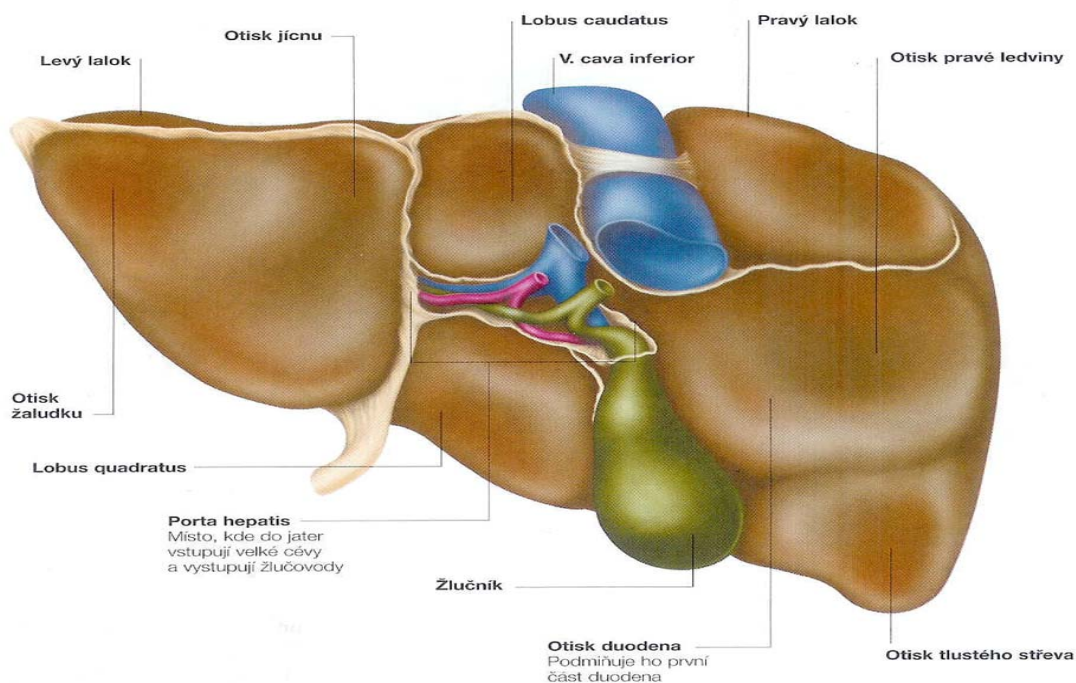
14. Sherlocková, Sheila; Dooley James. *Nemoci jater a žlučových cest*. Praha : Grada, 200; s. 10-14. ISBN 80-86703-00-2.
15. Kocinová, Svatava, Štěrbáková Zdeňka. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha : Informatorium, 1994. ISBN 80-85427-57-5.
16. Pavel, Holiš. Wikipedie. *Radiofrekvenční ablace*. [Online] 8. Březen 2003. [Citace: 15. Prosinec 2008.] Dostupné na WWW: <http://www.google.cz/searc/ablace>.
17. Melichar, Bohuslav. *Úloha farmakoterapie v komplexní léčbě nádoru jater*. Praha : Galén, 2007, s. 9-78. ISBN 978-80-7262-446-1.
18. *Zobrazovací metody v diagnostice HCC*. Filipová, H.; Dutka, J.,Peregrin, J. H.; Praha : Bulletin HPB, 2001, Sv. Roč. 9, č. 2/3, s. 76-77. ISSN 1210-6755.
19. Hamžová, Eva. *Žlučnicková dieta*. [Online] 6. Únor 2008. [Citace: 12. Prosinec 2008.] Dostupné na WWW: http://drhamzova.cz/article/index/stripped_title/zlucnikova-dieta.

Seznam tabulek

- č. 1** - Tabulka č. 1 Identifikační údaje
- č. 2** - Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí
- č. 3** - Tabulka č. 3 Hlava a krk
- č. 4** - Tabulka č. 4 Hrudník a dýchací cesty
- č. 5** - Tabulka č. 5 Srdečně-cévní systém
- č. 6** - Tabulka č. 6 Břicho
- č. 7** - Tabulka č. 7 Urogenitální systém
- č. 8** - Tabulka č. 8 Kosterně svalový systém
- č. 9** - Tabulka č. 9 Nervově smyslový systém
- č. 10** - Tabulka č. 10 Endokrinní systém
- č. 11** - Tabulka č. 11 Imunitní systém
- č. 12** - Tabulka č. 12 Kůže a její adnexa
- č. 13** - Tabulka č. 13 Kontrolní otázky pro sestru
- č. 14** - Tabulka č. 14 Kontrolní otázky pro pacienta

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Obrázek jater (Abrahams, Druga, rok 2001, str. 164)



Příloha č. 2 – Kritéria hodnocení hepatotoxicity (Melichar, rok 2007, str. 59)

Ukazatel	Stupeň toxicity				
	0	1	2	3	4
alkalická fosfatáza	<HMNH	>1-2,5 × HMNH	>2,5-5 × HMNH	>5-20 × HMNH	>20 × HMNH
bilirubin	<HMNH	>1-1,5 × HMNH	>1,5-3 × HMNH	>3-10 × HMNH	>10 × HMNH
γ-glutamyl transferáza	<HMNH	>1-2,5 × HMNH	>2,5-5 × HMNH	>5-20 × HMNH	>20 × HMNH
aspartátaminotransferáza	<HMNH	>1-2,5 × HMNH	>2,5-5 × HMNH	>5-20 × HMNH	>20 × HMNH
alaninaminotransferáza	<HMNH	>1-2,5 × HMNH	>2,5-5 × HMNH	>5-20 × HMNH	>20 × HMNH
albumin	≥DMNH	<DMNH-30 g/l	≥20-<30 g/l	<20 g/l	-
hepatomegalie	nepřítomna	-	-	přítomna	-
jaterní dysfunkce/selhání	normální funkce	-	-	asterixe	encefalopatie nebo kóma
průtok portální žilou	normální	-	snížen	obrácený/retrográdní tok portální žilou	-