

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ONEMOCNĚNÍM JATER**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SILVIE PÍŽOVÁ, DiS.**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2012



## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2012

.....  
Pížová Silvie, DiS.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji PhDr. Haně Belejové, PhD. za metodické vedení mé bakalářské práce a poskytnutí cenných rad k práci. Také děkuji Fakultní nemocnici v Brně za poskytnutí informací o pacientovi.

## **Abstrakt**

PÍŽOVÁ, Silvie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním jater*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2012. 56 s.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou popsány jednotlivé nemoci jater, jejich příčiny, příznaky, diagnostika a léčba. Praktická část zpracovává komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit komplexní ošetrovatelský proces, zjistit veškeré ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta.

Klíčová slova

Onemocnění jater. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## **Abstract**

PÍŽOVÁ, Silvie. *Nursing process for Patient with Liver Disease*. College of Health, o.p.s. Degree of Qualification: Bachelor (BA). Thesis Supervisor PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague. 2012. 56 p.

The bachelor thesis consists of theoretical and practical part. In the theoretical part are described the various liver diseases, their causes, symptoms, diagnosis and treatment. Practical part processes complex nursing process for patient with this disease.

The aim of bachelor thesis was to create complex nursing process, find any nursing problems and needs of the patient.

### **Keywords**

Liver disease. Nursing process. Patient.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Onemocnění jater.....</b>	<b>11</b>
1.1 Historie.....	11
1.2 Rozdělení onemocnění jater.....	12
1.3 Příčiny onemocnění jater .....	12
1.4 Příznaky onemocnění jater.....	12
1.5 Diagnostika onemocnění jater .....	13
1.5.1 Anamnéza.....	13
1.5.2 Fyzikální vyšetření .....	13
1.5.3 Laboratorní metody .....	14
1.5.4 Zobrazovací metody .....	14
1.5.5 Jaterní biopsie.....	15
1.6 Léčba onemocnění jater .....	15
1.7. Dieta při onemocnění jater.....	15
1.8 Virové hepatitidy .....	16
1.8.1 Hepatitida A .....	16
1.8.2 Hepatitida B.....	16
1.8.3 Hepatitida C.....	16
1.9 Nevirové hepatitidy.....	17
1.10 Infekční mononukleóza.....	17
1.11 Steatóza jater.....	18
1.12 Wilsonova choroba .....	18
1.13 Porfyrie .....	18
1.13.1 Porphyria cutanea tarda.....	19
1.13.2 Akutní jaterní porfyrie.....	19
1.14 Jaterní cirhóza .....	20
1.14.1 Kompenzovaná cirhóza .....	20

1.14.2 Dekompenzovaná cirhóza .....	21
1.14.3 Komplikace jaterní cirhózy .....	22
1.14.4 Léčba jaterní cirhózy .....	23
1.15 Intoxikace.....	23
1.16 Benigní nádory.....	24
1.16.1 Adenom jater .....	24
1.16.2 Hemagiomy jater .....	24
1.17 Maligní nádory ( Hepatocelulární karcinom ) .....	25
<b>2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním jater.....</b>	<b>26</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>28</b>
<b>3 Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou cirhóza jater .....</b>	<b>29</b>
<b>4 Diskuze.....</b>	<b>45</b>
4.1 Doporučení pro praxi .....	45
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	



## **SEZNAM ZKRATEK**

<b>AFP</b> .....	alfafetoprotein
<b>CVK</b> .....	centrální venózní katetr
<b>CT</b> .....	výpočetní tomografie
<b>EKG</b> .....	elektrokardiografie
<b>ETK</b> .....	endotracheální kanyla
<b>FR</b> .....	fyziologický roztok
<b>HGB</b> .....	hemoglobin
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katetr
<b>TEP</b> .....	totální endoprotéza
<b>TIPS</b> .....	transjugulární intrahepatální portosystémová spojka
<b>TSK</b> .....	tracheostomie
<b>UPV</b> .....	umělá plicní ventilace
<b>URO-D</b> .....	uroporfyrinogendekarboxyláza
<b>UZV</b> .....	ultrazvuk

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Child-Pudgova klasifikace jaterní cirhózy.....	22
Tabulka 2 Klasifikace dekubitů podle Nortonové ze dne 14.3.2012.....	32
Tabulka 3 Laboratorní hodnoty biochemie ze dne 14.3.2012.....	35
Tabulka 4 Laboratorní hodnoty ABR ze dne 14.3.2012.....	36
Tabulka 5 Laboratorní hodnoty krevního obrazu a koagulace ze dne 14.3.2012.....	36

# ÚVOD

Onemocnění jater patří mezi závažná onemocnění, která se vyskytují zejména v rozvojových zemích. Ale není to jen problém těchto zemí. V dnešní uspěchané době, kdy dodržování správné životosprávy je mnohdy velkým problémem, protože lidé jsou příliš zatěžováni pracovními povinnostmi a pracovním nasazením, trpí stresem a podobnými psychickými problémy. Toto je pravé podhoubí a živná půda pro závislosti nejrůznějšího druhu. Týká se to především zvýšené konzumace alkoholu, užívání psychotropních látek a v neposlední řadě kouření. Navíc se nekontroluje reklamní činnost nadnárodních společností, které lidem nabízejí likéry všeho druhu. Nikdo však nepřikládá alkoholu zvláštní význam, hlavně v tom smyslu, že je vysoce návykový. A právě tyto rizikové faktory se podílí z velké části na vzniku onemocnění jater. Především cirhóza jater je tím onemocněním, za kterým se ukrývá velká konzumace alkoholu.

Tito lidé jsou hospitalizováni opakovaně, protože často nedodržují léčbu a dále konzumují alkohol, ale také je v nemocnici provází řada komplikací spojených nejčastěji s abstinčním syndromem, nebo se u nich objevují komplikace spojené s krvácením do zažívacího traktu. Mají poškozené zdraví, ale také trpí jejich osobnost. Často ani výzvy a rady lékařů nepřesvědčí tyto lidi, aby změnili svůj životní styl a přestali s konzumací alkoholu.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část popisuje jednotlivé nemoci jater, jejich příčiny, diagnostiku, příznaky a léčbu. V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces, který je aplikován na pacienta s cirhózou jater, který je hospitalizován na gastroenterologické jednotce intenzivní péče.

Cílem mé bakalářské práce je zpracovat komplexní ošetrovatelský proces, demonstrovat nejčastější ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Onemocnění jater

Nemocemi jater se zabývá obor hepatologie. S jaterními chorobami přicházejí pacienti k infektologovi nebo ke gastroenterologovi. Záleží na příčině onemocnění a tím i její léčbě (Řehoř, 2012).

### 1.1 Historie

První zmínky o onemocnění jater se nachází již v Ebertově papyru, egyptském lékařském textu z r. 1550 před Kristem. Zde je psáno, že onemocnění jater lze rozpoznat palpací a inspekcí. V Mezopotámii znali změny pozorovatelné okem, jako změny velikosti, barvy a povrchu, ale játra nebyla blíže pitvána. Pouze byl vypracován model jater. Ten sloužil hlavně k topografii, protože je zde patrné jednotlivé rozdělení na segmenty jater. Později přibývalo dalších vědomostí, které se šířily z Mezopotámie do Řecka a hodnocení jater se začalo využívat v politických oblastech a v úvahách při onemocnění důležitých osob. Náměty o játrech byly vyobrazeny na zrcadlech, vázách a pohřebních urnách. Později byly játra považovány za sídlo pocitů, tužeb, přání, emocí a sexuální potence. Homérovi bylo známo, že játra jsou orgánem vitality a poranění mohou být smrtelné. Vědecké základy o onemocnění jater prozkoumal Hippokrates, který se domníval, že zdraví je závislé na vyváženosti krve, hlenu, žluté žluči a černé žluči. Nedostatek nebo přebytek jedné složky může mít za následek nemoc. V 5. a 4. století před Kristem používali lékaři palpační vyšetření břicha a znali některé příznaky onemocnění jater, jako např. vodnatelnost, žloutenku, svědění, bolesti a zbarvení stolice. V této době byl znám i pojem ikterus, ascites a jaterní absces.

Za zakladatele moderní hepatologie je považován Leonardo da Vinci, který studoval anatomii na lidském těle. Popsal některé choroby jater a také jaterní cirhózu. Jeho práce ale byla lékařům skryta dalších 300 let.

Jako hlavní hepatolog byl proto na počátku 16. století označen Andreas Vesalius, jehož nákresy jsou používány dodnes.

V tomto období se začaly využívat i pitvy lidských těl, které velmi přispěly k průzkumu jater.

V 19. století byl zaznamenán velký rozkvět hepatologie, kdy se využíval mikroskop a je známá definice jaterní cirhózy a akutní nekrózy podle histologických kritérií.

Ve 20. století dochází ke zlepšení poznatků o játrech především z nových laboratorních metod, ale také z laparoskopie (Ehrmann et al., 2010).

## **1.2 Rozdělení onemocnění jater**

1. Záněty jater: Virové hepatitidy, Nevirové hepatitidy, Infekční mononukleóza
2. Nemoci jater související s výživou a metabolismem: Steatóza jater, Wilsonova choroba, Porfyrie
3. Nemoci jater způsobené toxickým poškozením: Jaterní cirhóza, Intoxikace
4. Nádory jater: Benigní nádory ( Adenomy, Hemangiomy ), Maligní nádory ( Hepatocelulární karcinom ) (Řehoř, 2012).

## **1.3 Příčiny onemocnění jater**

Nejčastěji se jedná o nadměrnou konzumaci alkoholu, nebo časté vdechování či konzumace různých chemikálií a toxinů. Mezi další příčiny také patří prodělání virové hepatitidy B a C, předchozí onemocnění žlučových cest a srdeční nedostatečnost, užívání hormonální antikoncepce aj. Určitý počet nemocných může mít vrozenou vadu. Příčiny vzniku nádorů jater nejsou dosud známé (Lukáš et al., 2007).

## **1.4 Příznaky onemocnění jater**

- únava;

- nechutenství;
- hubnutí;
- bolest v pravém podžebří;
- nauzea a zvracení;
- pruritus;
- ikterus;
- krvácivé projevy;
- pavoučkové névy;
- palmární erytém;
- gynekomastie;
- kachexie;
- ascites a otoky dolních končetin;
- jaterní encefalopatie (Lukáš et al., 2007).

## **1.5 Diagnostika onemocnění jater**

### **1.5.1 Anamnéza**

Důležitá je osobní, rodinná, pracovní, sociální, farmakologická, alergická a gynekologická anamnéza. Základním anamnestickým údajem je únava a přítomné dyspeptické potíže.

### **1.5.2 Fyzikální vyšetření**

Pohled, pohmat, poklep a poslech

- pohled: Normální játra pohledem nejdou zjistit. Při nemoci jater mohou způsobit pod pravým obloukem žeberním ohraničené vyklenutí, které jsou lépe vidět u kachektických lidí.
- pohmat: Z fyzikálních metod může pohmat poskytnout nejvíce informací. Lze zjistit velikost jater, charakter okraje, konzistence, charakter povrchu, citlivost a bolestivost.

- poklep: Při poklepu jde určit hlavně velikost jater.
- poslech: Můžeme slyšet třecí šelest shodnou s dýcháním a také šelest shodnou s charakterem pleurálním při zánětu a šelest cévní (Ehrmann et al., 2010).

### **1.5.3 Laboratorní metody**

1. Biochemické vyšetření: Jaterní testy (ALT, AST, ALP, GGT), testy činnosti jater (Albumin, Prealbumin, Cholinesteráza, Protrombinový komplex), testy měřící kapacitu jater transportovat organické aniony a odstaňovat endogenní a exogenní látky (Bilirubin, Žlučové kyseliny).

2. Sérologické vyšetření: Diagnostika virových hepatitid (anti-HAV, HBsAg, anti-HBe, anti-HCV, anti-HDV, anti-HEV) (Ehrmann et al., 2010).

### **1.5.4 Zobrazovací metody**

Zobrazovacími metodami lze zjistit povaha a přítomnost ložiskových jaterních lézí, odhalí uzávěr cév nebo žlučových cest.

1. Ultrazvuk: Používá se nejčastěji, jde o základní diagnostickou zobrazovací metodu. Zobrazit lze dilataci žlučových cest, onemocnění jater jako cirhóza, abscesy a tumory, ložiskové jaterní léze, difúzní jaterní onemocnění aj. Toto vyšetření je obtížné provádět u obézních lidí, u lidí se zvýšenou plynatostí trávicí trubice, nebo u nemocných po čerstvých operacích. K ultrazukových vyšetřeních patří i Dopplerovský ultrazvuk, kdy se hodnotí průtok krve jaterními žilami, jaterní tepnou a portální žilou.

2. Výpočetní tomografie (CT): Při této metodě se játra zobrazují v transverzálních vrstvách, kdy po dobu snímání obrazu musí mít vyšetřovaný zadrženy dech. CT umožňuje odhalit detaily anatomie orgánů, zobrazení cév pomocí kontrastní látky, struktury jaterního parenchymu, zobrazí odchylky ve tvaru a velikosti jater, umožní identifikovat cirhózu a steatosu. Výhodou oproti ultrazvuku je zhotovení obrazové dokumentace.

3. Magnetická rezonance: Jde o relativně drahou vyšetřovací techniku, ale oproti ostatním zobrazovacím metodám má lepší kontrastní tkáňové rozlišení.

Zobrazuje cysty, hemangiomy, tumory jater. Kontraindikací k vyšetření je kardiostimulátor, kovová či cizí tělesa (Sherlocková et al., 2004).

### **1.5.5 Jaterní biopsie**

Jde o odběr minimálního množství jaterní tkáně k mikroskopickému vyšetření. Provádí se pomocí speciální jehly, buď z pravého jaterního laloku, nebo cíleně pod ultrazvukem. Používá se při nejasné diagnóze, pokud je podezření na jaterní onemocnění. Jedná se o krátký a nebolestivý výkon a proto není nutná celková anestezie. Pacient je zpravidla hospitalizován, neměl by mít známky ascitu, ikteru a encefalopatii. Před jaterní biopsií se provádí laboratorní testy na krevní srážlivost, koagulační faktory a krevní skupinu. Před samotným vyšetřením je doporučováno nejíst a nepít minimálně 8 hod. Po výkonu se zůstává ležet 3 hod na pravém boku s tlakovou kompresí (Urbánek, 2011).

## **1.6 Léčba onemocnění jater**

Při alkoholovém poškození jater je podmínkou úplná abstinence. Dále zde patří klidový stav, dietní opatření, náhrada vitamínů A, E, D, K. Jako prevence kostní nemoci se podává estrogen a kalcium. Ve farmakologické léčbě se podávají hepatoprotektiva, jako např. Silymarin, který může zpomalit proces fibrotizace a podporuje regeneraci hepatocytů. V některých případech lze podat i kortikoidy, ale u jaterní cirhózy se zásadně nepoužívají.

Při selhávání jater je možno indikovat transplantaci jater, která má přísná kritéria. Pětileté přežití po transplantaci jater dosahuje až 85 % (Lukáš et al., 2005).

## **1.7 Dieta při onemocnění jater**

Lidé s jaterním onemocněním se často stravují špatně. Je vhodné jíst 5–7x denně a menší porce. Lepší je vydatná snídaně a oběd, večeře by měla být lehčí. Při onemocnění jater je důležité mít v potravě zastoupeny všechny 3 složky potravy. Cukry, bílkoviny a omezené množství tuků. Nedoporučují se tučná a těžko stravitelná masa, vnitřnosti a uzeniny. Vysoký obsah tuků má také slanina a škvarky.

Omezit by se měly mléčné výrobky s vysokým obsahem tuků, jako je smetana, smetanové jogurty a sýry. Také vaječný žloutek je převážně zdrojem cholesterolu. Nevhodné jsou nadýmavé jídla, kynuté pečivo, luštěniny, kapusta, zelí a česnek. Při přípravě pokrmů je potřeba se vyhýbat smažení, fritování a pečení.

Měly by se jíst pokrmy čerstvé, nepoužívat polotovary, konzervy a instanční směsi. Význam při onemocnění jater je absolutní zákaz konzumace alkoholických nápojů (Krekulová et al., 2002).

## **1.8 Virové hepatitidy**

Jedná se o systémové zánětlivé onemocnění jater. Původcem jsou viry z různých čeledí.

### **1.8.1 Hepatitida A**

Původcem je HAV, což je RNA virus, který se šíří fekálně-orální cestou, kontaminovanými potravinami a vodou. Vstupní bránou je zažívací trakt a vylučuje se stolicí. Inkubační doba je 15-30 dní. Příznaky onemocnění jsou únava, dyspepsie, ztráta hmotnosti, ikterus, tmavá moč a acholická stolice. Má mírnější průběh a nepřechází do chronického stádia. Diagnostika je průkaz protilátek anti-HAV, zvýšením transamináz a bilirubinu. Léčba je hlavně tělesný klid, zákaz alkoholu, dietní opatření s omezením tuků. Infekce zanechává doživotní imunitu a lze se proti ní očkovat (Galský, 2010).

### **1.8.2 Hepatitida B**

Původcem je HBV, což je DNA virus, který se přenáší krevní cestou a tělesnými tekutinami. Jde o jedno z nejzávažnějších virových onemocnění člověka. Inkubační doba je do 2 týdnů. Tato hepatitida přechází do chronického stádia. V akutní fázi nemoci se antigen HBsAg dostává krví do jater, u člověka se projeví artralgií, vyrážkou a ikterem. Akutní fáze může probíhat několik let symptomaticky, ale její následky mohou být i jaterní cirhóza. Dochází k vzestupu AST a ALT v séru a k bilirubinémii a sérologické vyšetření krve určí přítomnost HBsAg. 5-10 % dospělých přechází do chronického stádia.

Základní léčba je klidový režim, dietní opatření, farmakologická léčba interferony a zákaz alkoholu. Proti této hepatitidě lze očkovat (Zavoral et al., 2007).

### **1.8.3 Hepatitida C**

Původcem je HCV, což je RNA virus, který se nejčastěji přenáší infikovanou krví a je přenosná z matky na plod.



Tato hepatitida je velmi zákeřná, inkubační doba je zhruba 2 měsíce. Akutní fáze se u člověka nemusí nijak projevit, ale 85-90 % lidí přechází do chronického stádia. V chronickém stádiu člověk pociťuje dyspeptické potíže, ale až později se může projevit jako jaterní cirhóza. Základem je protivirová léčba 6-12 měsíců, poté následuje eventuelně transplantace jater. Proti této hepatitidě neexistuje účinná vakcína.

Hepatitidy D, E, F, G jsou méně časté, průběh a léčba jsou téměř stejné jako u hepatitid A, B, C (Zavoral et al., 2007).

## **1.9 Nevirové hepatitidy**

Do nevirových hepatitid se řadí Autoimunitní hepatitida, která je chronická a je spojená s hypergamaglobulinémií a s přítomností různých autoprotilátek. Touto nemocí trpí převážně mladé ženy. Může se projevit jako akutní virová hepatitida, ale často probíhá hodně let asymptomaticky. V pokročilejším stádiu se projevuje u žen amenoreou, tvorbou strií, mají pavoučkové névy, hirsutismus a akné.

Může se lehce zaměnit s jinými onemocněními. V diagnostice je zřejmá hyperbilirubinémie, zvýšené hladiny gama-globulinů, zvýšení ALT, AST a ALP. Bývá prodloužený protrombinový čas, trombocytopenie a leukopenie. Léčba spočívá v podávání kortikoidů a symptomatická léčba komplikací, jako jsou portální hypertenze (Zavoral et al., 2007).

## **1.10 Infekční mononukleóza**

Jde o virové onemocnění, které je způsobeno EB virem. Patří mezi časté herpetické viry. K nákaze dochází přenosem slin. Nejčastěji propuká ve stresu, při nadměrné zátěži, u nervového vyčerpání a při snížení imunity. Inkubační doba je 4-6 týdnů.

Projevy nemoci se často zaměňují s chřipkou, je přítomna nadměrná únava, jsou zvýšené lymfatické uzliny, bolest v krku, vysoká horečka. Při podrobnějším vyšetření jsou zvětšená játra a slezina. Diagnostika je pomocí laboratorních testů, kdy jsou zvýšené leukocyty a jaterní testy. Nemoc potvrdí vyšetření na specifické protilátky. Léčba je symptomatická, jako klid na lůžku, antipyretika, dostatek tekutin, vitamíny a dieta. Komplikací při neléčení může být onemocnění srdce, jater, hepatitida a zápal plic. Po prodělání nemoci získává člověk doživotní imunitu (Dajková, 2008).

## **1.11 Steatóza jater**

Jde o poměrně časté onemocnění, kdy dochází k hromadění tuků v jaterní tkáni. Vyskytuje se u obézních lidí, u hyperlipoproteinémie, u alkoholiků a při toxickém poškození. Nejčastěji jde o asymptomatický průběh. U některých komplikací mohou být játra bolestivá. Diagnostika je sonografie, kde jsou viditelná velká bílá játra a zvýšení jaterních testů. Léčba je vhodná dieta, abstinence alkoholu, léčba hyperlipoproteinémie, esenciální fosfolipidy a hepatoprotektiva. Při dodržování léčby je prognóza dobrá, při nedodržování přechází nemoc ve fibrózu až cirhózu jater (Lukáš et al., 2005).

## **1.12 Wilsonova choroba**

Jedná se o onemocnění metabolické, které je vzácné a dědičné. Jde o poruchu s nemožností vylučovat měď játry do žlučových cest a jejímu hromadění v orgánech. Nemoc je dlouho asymptomatická, poté se začne vyvíjet jako steatóza, chronická hepatitida a nakonec jaterní cirhóza. Doprovází ji i neurologické příznaky jako je třes, dysartrie, dystonie, rigidita a hyperkinéza. Bývá odhalena v mladším věku. Diagnostika této nemoci je u části přítomnost prstence na okraji rohovky, která je patrná při očním vyšetření. Poté se provádí klinická a genetická vyšetření, laboratorně je snížena hladina ceruloplazminu v krvi a přítomnost mědi v moči. Při jaterní biopsii se stanoví koncentrace mědi v játrech. Prognóza je dobrá, pokud dojde k včasnému odhalení nemoci. V léčbě se podávají chetalační látky, léky na zvýšení vylučování mědi močí a acetát zinku. V případě jaterního selhání je indikována transplantace jater (Lukáš et al., 2005).

## **1.13 Porfyrie**

Jde o skupinu metabolických onemocnění, které jsou způsobeny snížením aktivity některých z enzymů v metabolické dráze hemu. Ve většině případů jde o dědičné onemocnění na podkladě poškozených genů, ale jsou taky formy získané.

### **1.13.1 Porphyrria cutanea tarda**

Jde o nejčastější jaterní porfyrii v Evropě, Asii i v Americe. Nejvíce postihuje muže ve středním věku. Příčinou choroby je snížení aktivity enzymu uroporphyrinogendekarboxylázy (URO-D). Typ I je získaná forma, která se vyskytuje nejčastěji a aktivita URO-D je snížena pouze v játrech. Typ II je charakterizován snížením aktivity URO-D z 50% ve všech tkáních. Typ III je velmi vzácný, ale aktivita enzymu je snížena jenom v játrech.

Porphyria cutanea tarda může mít také toxickou formu, která je vyvolána intoxikací hexachlorbenzenem. Mezi vyvolávající faktory patří abúzus alkoholu, chronická hepatitida C a užívání estrogenů.

Významným příznakem této choroby jsou kožní léze na hřbetu rukou a na obličeji. Jde o povrchní eroze, dále puchýře a hyperpigmentace.

V jaterní tkáni jsou změny charakteru v podobě nekróz, steatózy a hemosideróza. Zde je vysoké riziko jaterní cirhózy a hepatocelulárního karcinomu.

Diagnostika je exkrece porfyrinů močí a stolicí a koncentrace celkových porfyrinů v plazmě.

Základem léčby jsou opakované venepunkce nebo léčba malými dávkami chlorochinu. Lidé s touto chorobou se musí chránit před přímým slunečním zářením a neměli by vykonávat práci venku.

### **1.13.2 Akutní jaterní porfyrie**

Na rozdíl od porphyria cutanea tarda dochází u těchto porfyrií k nadprodukcí nejen porfyrinů, ale taky prekurzorů. Místem největší nadprodukce jsou játra, ale nevedou k rozvoji chronického jaterního onemocnění.

Příznaky jsou charakterizovány výskytem akutních porfyrických atak, které jsou vyvolány stresem, fyzickou nebo psychickou zátěží, požitím barbiturátů nebo benzodiazepinů. Akutní porfyrická ataka může mít symptomatologii abdominální koliky, parézu nebo psychózu.

Laboratorně lze zjistit tento typ vylučováním porfyrinů močí, hyponatrémii a hypochlorémií. V diagnostice je nutno pomýšlet i na otravu olovem. Otrava olovem má proto shodnou symptomatologii s porfyrií.

Léčba spočívá v infúzích glukózy a chlorpromazinu, intravenózní podávání hemarginátu, který inhibuje enzym dráhy hemu.

Abdominální symptomatologie ustupuje většinou do několika dnů, ovšem parézy do několika týdnů až měsíců. Parézy dýchacích svalů jsou důvodem k řízené ventilaci (Zavoral et al., 2007).

## **1.14 Jaterní cirhóza**

Jde chronický proces, u něhož dochází k úplné destrukci lobulární a vaskulární stavby jater. Je konečným stádiem většiny chronických jaterních onemocnění. Kritéria jaterní cirhózy jsou nekrotické změny, uzlovité regenerace hepatocytů a aktivní tvorba vaziva.

Příčin je mnoho. Mohou se různě kombinovat se zevními vlivy, s reakcí nemocného, ze způsobu života apod.

Ve střední Evropě dominuje jako hlavní příčina alkohol a viry, ale potom metabolické poruchy, biliární a kardiální cirhóza, poruchy výživy a poškození léky.

1) Alkohol – vzniká u lidí s chronickým alkoholismem, ale ne u všech. Předpokládá se spoluúčast i dalších faktorů. Důležitá je denní konzumovaná dávka a délka celkového abúzu. Zhruba po 10-15 letech dochází k cirhóze jater. Ženy jsou citlivé více, proto je průběh u žen rychlejší. Jde tedy o alkoholickou cirhózu.

2) Viry – jedná se hlavně o hepatitidu B a C. Cirhóza může vzniknout po akutní fázi, ale častěji jde o průběh pomalejší ve stadiu chronické hepatitidy. Jde o posthepatitickou cirhózu.

3) Metabolické poruchy – mezi nejdůležitější poruchy vedoucí k jaterní cirhóze patří porfyrie a Wilsonova choroba.

4) Biliární cirhóza – vzniká důsledkem chronické cholestázy.

5) Kardiální cirhóza – méně častá, můžeme se s ní setkat u chronického městnání srdce.

6) Poruchy výživy – zde řadíme především malnutrici, která je často spojená s virovým onemocněním jater, kontaminací potravy apod.

7) Poškození léky – při léčení vysokými dávkami vitamínu A, u intoxikací několika lékovými skupinami. Jde o toxickou cirhózu (Jirásek et al., 2002).

### **1.14.1 Kompenzovaná cirhóza**

Může připomínat chronickou hepatitidu. Jsou přítomny nespecifické příznaky jako únava, slabost, nechutenství, nauzea, zvracení, úbytek hmotnosti, tlak po pravém

žebním obloukem, meteorismus, říhání a poruchy vyprazdňování. Může dále pokračovat ikterem a může se objevit krvácení z nosu, dásní, do kůže a sliznic. Prvním příznakem může být krvácení z jícnových varixů, nebo retence tekutin s otoky a ascitem. Objektivně jsou vidět tuhá a zvětšená játra, ojediněle se objeví pavoučkové névy nebo kožní léze.

Laboratorně lze prokázat urobilinogen v moči, zvýšené jaterní testy, klesají hodnoty albuminu, stoupají gamaglobuliny a prodlužuje se protrombinový čas. Hladina sérového bilirubinu stoupá jen lehce.

### **1.14.2 Dekompenzovaná cirhóza**

S touto formou přicházejí nemocní až v pozdější fázi nemoci. Jde převážně o alkoholiky ve středním věku. Jsou ikteričtí, mají projevy zvýšené krvácivosti, hypalbuminémii a ascitus a encefalopatie. Toto období se může při spolupráci stabilizovat. Pokud ale neabstínují a nespolupracují, může dojít až k selhání jater. Obecně jsou přítomny nespecifické příznaky jako u kompenzované cirhózy. Objektivní nález je obvykle nápadný. Nemocný je unavený, vyhublý a zpomalený. Kůže je ikterická s četnými pavoučkovými névy. Rty a jazyk jsou červené a na ruce je palmární erytém. Nehty jsou bílé a prsty paličkovité. Břicho je vzedmuté s ascitem. Játra jsou špatně hmatná, ale tuhá a jsou citlivé na pohmat. Zvětšuje se i slezina a je tuhá. Vznikají otoky dolních končetin.

Laboratorní vyšetření prokáže urobilinogen a urobilin v moči, klesá vylučování natria močí. Přítomna je anémie, leukopenie a trombocytopenie. Hladina bilirubinu je zvýšená, jaterní testy se zvyšují až trojnásobek. Prohlubuje se hypalbuminémie. Protrombinový čas se prodlužuje. Později dochází ke snížení natria a kalium v séru.

Mezi zobrazovací metody se nejvíce využívá ultrazvuk, CT nebo MR.

Ke kvalifikaci jaterní cirhózy a k prognóze jsou vypracovaná kritéria podle Childa, která hodnotí klinické a laboratorní ukazatele (Jirásek et al., 2002).

**Tabulka 1 – Childova-Pughova klasifikace jaterní cirhózy**

Počet bodů	1	2	3
Stav výživy	výborný	dobry	špatný
Encefalopatie	0	minimální	střední
Ascites	0	mírný	střední
Otoky	0	+, -	+
Sérový bilirubin (mol/l)	pod 40	40-50	nad 50
Sérový albumin (g/l)	nad 35	30-35	pod 30
Quickův test (prodloužení v sekundách)	nad 4	4-6	nad 6
<p><i>Hodnocení:</i>  <i>A – 5-6 bodů</i>  <i>B – 7-9 bodů</i>  <i>C – 10-15 bodů</i></p>			

Zdroj: Jirásek V.; Brodanová M., aj., 2002, str. 199

### 1.14.3 Komplikace jaterní cirhózy

Závažná komplikace může být prvním varovným příznakem jaterní cirhózy. A tyto komplikace mohou být pro nemocného důležitější než samotné jaterní postižení.

Nejzávažnější komplikací je portální hypertenze. Ta provází více jak 95 % všech chronických onemocnění jater, nejvíce jaterní cirhózu. Při portální hypertenzi dochází k městnání krve ve vena portae a tím se vyvíjí další komplikace:

1) Krvácení z jícnových varixů – jeden z nejzávažnějších komplikací, objevuje se u 80 % nemocných. Při akutním krvácení je základní léčba endoskopická sklerotizace nebo ligace a dále farmakologická léčba Somatostatinem. Dnes se často využívá metoda TIPS. Jako prevence se užívají beta-blokátory.

2) Ascites – jde o volnou tekutinu v dutině břišní, která vzniká při přetlaku v portálním řečišti a při snížení hladiny albuminu. Množství tekutiny může být okolo 10 – 20 litrů. Základní léčbou jsou diuretika a neslaná dieta. Při neúspěchu se může využít i punkce ascitu.

3) Jaterní encefalopatie – soubor neuropsychických příznaků, které se projevují změnami nálad, poruchami spánku, postupně je člověk zmatený, dezorientovaný, může nastat porucha vědomí až kóma.

4) Hepatocelulární karcinom – v současné době jde o nejčastější příčinu úmrtí cirhotiků (Lukáš et al., 2005).

TIPS se využívá v léčbě portální hypertenze. Tato zkratka znamená transjugulární intrahepatální portosystémová spojka. Jde o vytvoření portokavální spojky uvnitř cirhoticky změněných jater, která spojí portální žílu s jaterní žílou. Tím dojde ke snížení portálního tlaku. Pro pacienta je to menší zátěž i v pokročilém stádiu postižení jater. Nevýhodou tohoto výkonu je vznik stenóz ve spojce, proto je nutné pacienty pravidelně sledovat a stenózu včas dilatovat (Zavoral et al., 2007).

#### **1.14.4 Léčba jaterní cirhózy**

- 1) Režimová opatření – klidový režim, správná životospráva, dieta, abstinence alkoholu.
- 2) Náhrada vitamínů a bílkovin – vitaminy A, E, D, K, kalcium.
- 3) Farmakologická léčba: Antivirotika, Hepatoprotektiva, Interferon, Antioxidancia.
- 4) Jaterní transplantace (Lukáš et al., 2005).

### **1.15 Intoxikace**

Intoxikace neboli otrava je chorobný stav vyvolaný přítomností jedu v organismu.

70 – 80 % otrav zahrnuje sebevražedný úmysl a 15 – 20 % tvoří náhodné otravy. Nejvíce jsou přítomny otravy léky, nebo alkohol v kombinaci s léky.

Intoxikace můžeme rozdělit na náhodné, nenáhodné a úmyslné a také na akutní a chronické.

Nejčastější otravy jsou oxidem uhelnatým, alkoholem, léky, chemikáliemi, rostlinami, houbami, těžkými kovy a drogami.

1) Příznaky otrav: Poruchy vědomí, křeče, obrny, změny nálady, poruchy dechu a oběhu, zažívací problémy, změny na kůži, změny na zornicích.

2) První pomoc: Zajištění základních životních funkcí, přerušování působení jedovaté látky, vyvoláme zvracení (pokud nejde o otravu leptavými látkami), zajištění vzorku a transport do nemocnice (Machart, 2007).

## **1.16 Benigní nádory**

Játra jsou nádorovým onemocněním postižena často. Nejčastěji se vyskytující benigní nádory jsou Adenom jater a Hemangiomy jater.

### **1.16.1 Adenom jater**

Dříve býval velice vzácný, v dnešní době se s ním setkáváme častěji a to u nemocných, kteří užívají hormonální antikoncepci, nebo jsou léčeni androgeny.

Tento nádor je solitární a má různou velikost.

Příznaky: Projeví se pouze velký adenom a to pod obrazem akutní příhody břišní.

Diagnostika: Ultrazvuk, jaterní biopsie

Léčba: Pouze v případě akutních komplikací, přerušení hormonální antikoncepce a léčbu androgeny.

Adenomatóza jater je tvořena řadou adenomů. Postihuje obě pohlaví a není vázaná na hormonální léčbu. Jsou časté komplikace a progresse je pomalá (Jirásek et al., 2002).

### **1.16.2 Hemagiomy jater**

Jsou nejčastějším benigním nádorem jater. Jde o vrozenou cévní malformaci, ale dnes jsou diagnostikovány častěji díky ultrasonografii nebo CT. Mohou být kapilární nebo kavernomatózní. Nejčastěji jsou solitární do průměru 4cm. Více se objevují u žen a v těhotenství se mohou zvětšit.

Příznaky: Jsou asymptomatické, bývají objeveny náhodně. Větší velikost nádoru mohou způsobit nechutenství, hubnutí, zvětšení jater a ikterus.

Diagnostika: Ultrazvuk, CT s kontrastem, MR, arteriografie, jaterní biopsie.

Léčba: Není nutná, u velkých nádorů resekce, kortikosteroidy, léčba embolizací (Jirásek et al., 2002).



## 1.17 Maligní nádory ( Hepatocelulární karcinom )

*„Zhubné nádory patří celosvětově mezi nejčastější příčiny úmrtí. Nekontrolovaný růst nádorových buněk v játrech vede tedy ke smrti nemocného i v případě, kdy není přítomno postižení jiných orgánů či jiné komplikace nádorového onemocnění.“ (Melichar, 2007, s. 9).* Tvoří vysokou úmrtnost, velký počet nemocných se nedožije jednoho roku od stanovení diagnózy. Ročně na toto onemocnění umírá více než půl milionu nemocných.

Mezi nejčastější rizikové faktory patří chronická virová hepatitida B a C ve stadiu jaterní cirhózy a alkoholická cirhóza. Mezi další časté faktory patří také hemochromatóza, primární biliární cirhóza, cholangitida, porfyrie, Wilsonova choroba a další. Příčinou mohou být také léky a toxiny, jako aflatoxiny, androgenní steroidní preparáty, tabákové zplodiny a další.

V diagnostice se využívá ultrasonografie, počítačová tomografie a magnetická rezonance. Pro objektivizaci se provádí cílená jaterní biopsie. Laboratorně je zvýšená hodnota AFP. K diagnostice metastáz lze použít CT břicha, malé pánve, hrudníku, CNS a scintigrafie skeletu.

V časném stádiu se může provést chirurgická resekce, ale musí být zachována dobrá jaterní funkce a solitární ložisko. Jaterní transplantaci lze vybrat pro pacienty s jaterní cirhózou, solitárním ložiskem o velikosti do 5 cm. Další metodou v časném stádiu je perkutánní destrukce, kdy se aplikuje etanol, radiofrekvenční ablace, mikrovlnná destrukce, kryodestrukce a použití laseru. Velikost ložiska je do 3cm.

V pokročilém stádiu nemoci není jednoznačná účinná terapie. Efekt selektivní chemoterapie je minimální, lokální efekt je účinný při použití arteriální embolizace s užitím cytostatik (Ehrmann et al., 2006).

## 2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním jater

Pacienti s onemocněním jater jsou přijímáni na standardní interní oddělení, při zhoršení stavu mohou být uloženi na JIP nebo ARO.

Před zahájením ošetrovatelské péče se odebere ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou, zhodnotí se úroveň sebeděče, při kterých můžou pomoci různé škály a klasifikace.

Monitorace:

- fyziologické funkce, stav vědomí,
- bilance tekutin, dodržování stravy,
- laboratorní výsledky, účinky terapie
- bolest,
- invazivní vstupy.

Pohyb:

- zhodnotit úroveň soběstačnosti,
- pohybový režim bez omezení,
- u nesoběstačných pacientů dodržovat polohování a prevence dekubitů,
- zajistit bezpečnost.

Hygiena a oblékání:

- zhodnotit úroveň soběstačnosti,
- zajistit intimitu,
- u nesoběstačných pacientů dodržování hygienických návyků, prevence opruzenin a dekubitů.

Spánek a odpočinek:

- zajistit klidné prostředí, dodržování návyků,
- u nesoběstačných pacientů zajistit úlevovou a vhodnou polohu,
- možnost aplikace hypnotik,
- zajistit bezpečnost.

Výživa:

- v akutních fázích dieta nic per os, zajistit parenterální nebo enterální výživu,
- kontrola a péče o dutinu ústní,

- kontrola funkčnosti nazogastrické nebo enterální sondy a péče o ni,
- po odeznění akutní fáze pomoci s normální stravou,
- sledovat příjem tekutin,
- zhodnotit úroveň výživy a hydratace pacienta.

#### Vyprazdňování:

- při akutní fázi zavedení PMK, kontrola množství moči a její příměsi,
- vyprazdňování na lůžku pomocí podložní mísy, u nesoběstačných pacientů použití plen,
- sledovat příměsi a množství stolice, důležité sledování příměsi krve.

#### Dýchání:

- kontrola saturace kyslíku,
- při ztíženém dýchání zajistit kyslíkové brýle nebo kyslíkovou masku,
- u pacientů na ventilátoru péče o dutinu ústní, o tracheostomii nebo endotracheální kanylu,
- zajistit průchodnost dýchacích cest.

#### Bolest:

- zhodnotit intenzitu a lokalizaci bolesti pomocí škál,
- zajistit úlevovou polohu,
- dle ordinace podat analgetika,
- naučit pacienta zvládat bolest.

#### Psychosociální potřeby:

- zajistit přístup rodiny, ulevit od bolesti,
- empatický přístup,
- zodpovědět otázky a informovanost pacienta,
- možnost zajistit psychologa (Trachtová, 2001).

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

V praktické části jsem zpracovala ošetrovatelský proces u pacienta s hlavní diagnózou cirhóza jater. Zpracovávání informací probíhalo na gastroenterologické JIP ve Fakultní nemocnici Brno, kde jsem se podílela na ošetřování tohoto pacienta.

Informace jsou sbírány ze sesterské a lékařské dokumentace, s pomocí rodiny a z vlastního pozorování.

Ošetrovatelský proces je vypracován podle NANDA taxonomie I.

### 3 Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou cirhóza jater

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> Z. Š.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 1950	<b>Věk:</b> 62
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Brno	
<b>Adresa příbuzných:</b> Brno	
<b>RČ:</b> 1950	<b>Číslo pojišťovny:</b> pojištěn
<b>Vzdělání:</b> vědecký pracovník	<b>Zaměstnání:</b> VUT Brno
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 12.3. 2012	<b>Typ přijetí:</b> neodkladné
<b>Oddělení:</b> gastroenterologická JIP, Fakultní nemocnice Brno	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. M. Š.

**Důvod přijetí:** Zhoršení stavu při cirhóze jater

**Medicínská diagnóza hlavní:** K 717 Akutní jaterní selhání při cirhóze jater

**Medicínské diagnózy vedlejší:** Nosokomiální pneumonie, Meléna, Hemorhoidy vnitřní i zevní, Jícnové varixy, Akutní renální selhání, Chronická hepatitida, Reaktivní depresivní syndrom.

#### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK:</b> 130/80	<b>Výška:</b> 183cm
<b>P:</b> 90	<b>Hmotnost:</b> 95kg
<b>D:</b> 12	<b>BMI:</b> 28,4
<b>TT:</b> 38°C	<b>Pohyblivost:</b> omezená
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> A+

**Nynější onemocnění:** Pacient přijat původně 30.1.2012 na oddělení geriatric k došetření anémie, vstupní laboratorní hodnoty HGB 50. Substituce erymasami. Poté provedena gastroskopie, kde byla zjištěná hemoragická gastropatie a jícnové varixy II.st. 6.2. 2012 nastaly febrilie a průkaz zlatého stafylokoka. Pacient byl dále došetřován. Dne 7.2. 2012 se objevila meléna, hypotenze, tachykardie a dušnost. Pacient přeložen na plicní JIP, kde byla zjištěna pneumonie. Dne 9.2. 2012 přeložen na ARO, kde nastala progresse respirační insuficience a proto byl napojen na UPV. Po přechodném zlepšení opět nastala progresse a nutnost tlumení pacienta. Vzhledem ke zhoršení renální insuficience a přetížení tekutinami, indikována hemodialýza. 20.2. 2012 přetrvává porucha vědomí, proto provedeno CT mozku s nálezem diferenciální encefalopatie. Dne 21.2. 2012 provedena tracheostomie. Od 22.2. 2012 denně hemodialýza. Stav komplikován krvácením z dýchacích cest a opakovaným krvácením z vnitřích hemoroidů. 9.3. 2012 provedena hemoroidektomie. K další péči a k léčbě jaterního selhání přeložen 12.3. 2012 na gastroenterologickou JIP.

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

*Matka:* zemřela na infarkt myokardu

*Otec:* zemřel na nádor prostaty

*Sourozenci:* nemá

*Děti:* syn a dcera

### **Osobní anamnéza:**

*Překonané a chronické onemocnění:* hypertenze, hepatitis chronica, steatóza, leukopenie, ICHS, reaktivní depresivní syndrom, benigní hyperplazie prostaty

*Hospitalizace a operace:* 5/1999 operace varixů vlevo, 11/2010 artroskopie levého kolene, 9/2011 TEP kolene

*Úrazy:* neměl

*Transfúze:* podány, bez reakce

*Očkování:* 3/2009 tetanus

**Léková anamnéza:**

Egilok 25mg 1 – 0 – 1, Simepar 1 – 0 – 1, Zorem 5mg 1 - 0 – 0, Essentials forte 1 – 0 – 1, Indap 1x za 3 dny 1 – 0 – 1, Rosucard 20mg 1 – 1 – 1, Lexaurin d.p.

**Alergologická anamnéza:**

*Léky:* neguje

*Potraviny:* neguje

*Chemické látky:* neguje

**Abúzy:**

*Alkohol:* občas pivo a víno

*Kouření:* neguje

*Káva:* 1x denně

*Léky:* neguje

*Jiné drogy:* neguje

**Urologická anamnéza:**

Benigní hyperplazie prostaty ve sledování urologie.

**Sociální anamnéza:**

*Stav:* ženatý

*Bytové podmínky:* bydlí s manželkou v bytě 3+1

*Vztahy, role a interakce v rodině:* s manželkou vychází dobře, bez konfliktů, s dětmi se vídá příležitostně, ale problémy s nimi nemá. Má kamarády z práce, se kterými se někdy schází i mimo práci.

*Záliby:* četba, procházky v přírodě

*Volno časové aktivity:* jeho práce mu zabírá dost času i ve volném čase, ale rád čte knihy a chodí s manželkou do přírody

**Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* vědecký pracovník

*Pracovní zařazení:* vědecký pracovník na VUT Brno

*Ekonomické podmínky:* dobré

## Spirituální anamnéza:

Nevěřící.

*Tabulka 2 – Klasifikace dekubitů podle Nortonové ze dne 14.3.2012*

Schopnost spolupráce	žádná	1 bod
Věk	> 60	1 bod
Stav pokožky	suchá	1 bod
Každé další onemocnění	diabetes, anémie	3 body
Fyzický stav	velmi špatný	1 bod
Stav vědomí	bezvědomí	1 bod
Aktivita	leží	1 bod
Pohyblivost	žádná	1 bod
Inkontinence	moč + stolice	1 bod

Zdroj: dokumentace Fakultní nemocnice Brno

**Vyhodnocení: 11 bodů – zvýšené riziko vzniku dekubitů**

## Posouzení současného stavu ze dne 14.3.2012

	<i>Objektivní údaje</i>	<i>Subjektivní údaje</i>
<b>Hlava a krk</b>	Hlava normocefalická, nebolestivá. Tvář: oči – symetrické, spojivky růžové, bez zánětu, skléry ikterické, zorničky izokorické, brýle nepoužívá. Nos bez deformit, uši bez výpotku, naslouchadlo nepoužívá. Kůže na tváři ikterická, rty bez ragád. Chrup – nemá zubní protézu, jazyk mírně povleklý. Krk souměrný, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená	nelze
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	Hrudník bez deformit, symetrický. Dýchání bez potíží, tracheostomická kanyla č. 8 od 21.2. Napojen na UPV – spontánní režim. Počet dechů: 23/minutu. Dýchací cesty	nelze



	zahleněné, sputum hlenovité s příměsí krve. Na hrudníku nalepeny svody k měření kontinuální akce srdce.	
<b>Srdcově cévní vyšetření</b>	Srdeční akce nepravidelná, frekvence 120/minutu, TK 130/80 torrů. Puls hmatný. Dolní končetiny mírně oteklé, pulsace hmatatelná. Zavedena centrální dialyzační kanyla v. jugularis dx od 10.3. k možnosti parenterální výživy, k měření celkového množství tekutin a k dialýze. 12.3. zavedena arteriální linka do a. radialis dx k měření invazivního tlaku.	nelze
<b>Břicho a gastrointestinální trakt</b>	Břicho prohmatné, játra a slezina zvětšená. Přítomný ascites a caput medusae. Peristaltika auskultačně přítomná. Pooperační stav po hemoroidektomii. Z recta opakované krvácení, bolestivé při ošetřování konečníku. Vyprazdňování stolice pravidelné, s příměsí krve.	nelze
<b>Močově pohlavní systém</b>	Zaveden permanentní močový katetr pro sledování hodinové diurézy. Moč tmavě žlutá, zapáchající. Tappotment oboustranně negativní. Hodinová diuréza 50 ml.	nelze
<b>Kostrově svalový systém</b>	Poloha pasivní. Hrubá a jemná motorika nepřítomná. Pohyblivost žádná, polohován. Snížený svalový tonus. Páteř bez patologických změn. Klouby bez patologie. Kosterní aparát bez deformit.	nelze
<b>Nervově smyslový systém</b>	Vědomí soporózní až komatózní. Tremor a tiky nepřítomny. Nedslychá.	nelze
<b>Endokrinní systém</b>	Bez zevních poruch endokrinního systému.	nelze
<b>Imunologický systém</b>	Lymfatické uzliny nezvětšené. Přítomen zlatý stafylokok. Alergie neudává. TT 38°C.	nelze
<b>Kůže a její adnexa</b>	Kůže ikterická, bez erytému. Turgor snížený. Přítomný studený pot. Otoky dolních	

	končetin. Dekubity nepřítomné, opruzeniny v tříselech. Vlasy krátké, čisté. Ochlupení odpovídá pohlaví. Nehty čisté, upravené. Jizva na levém kolenu, zahojené per primam.	nelze
--	--	-------

### Aktivity denního života

	<i>Objektivní údaje</i>	<i>Subjektivní údaje</i>
<b>Stravování a tekutiny</b>	Doma racionální dieta. BMI 25. Výživa parenterální a enterální. Nic per os. Snížený kožní turgor.	nelze
<b>Vylučování moči a stolice</b>	Zavedený permanentní močový katetr. Hodinová diuréza 50 ml. Vyprazdňování stolice pravidelné, naposledy 11.3. V oblasti konečníku operační rána po hemorhoidektomii.	nelze
<b>Spánek a bdění</b>	Klidný, tlumený. Soporózní až komatózní stav vědomí.	nelze
<b>Aktivita a odpočinek</b>	Kompletní ošetrovatelská péče. Klidový režim, pasivní rehabilitace. Dochází návštěva manželka a syn.	nelze
<b>Hygiena</b>	Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál. Celková koupel na lůžku ráno. Zvýšená péče o dutinu ústní, oči, uši a nos. Péče o nehty a vlasy. Péče o lůžkové prádlo.	nelze
<b>Samostatnost</b>	Kompletní ošetrovatelská péče.	nelze

### Posouzení psychického stavu:

*Vědomí* – soporózní až komatózní.

*Orientace* – neorientován místem, časem a osobou.

### Popis sociálního stavu:

*Komunikace* – neverbální.

Sociální role:

*Primární* – 62 letý muž.

*Sekundární* – manžel, otec – role momentálně nenaplněné.

*Terciární* – pacient.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 14.3.2012

### Ordinovaná vyšetření lékařem:

*EKG*: normální křivka, sinusový rytmus, frekvence 105

*Laboratorní vyšetření*: hematologie (krevní obraz, koagulace), biochemie, ABR, mikrobiologie (moč, sputum)

*Hemokultury*: aerobní a anaerobní z CVK, aerobní z periferie

*Punkce ascitu*: vypuštěno 3 litry nažloutlé tekutiny

*UZV břicha*: játra zvětšená, splenomegalie

**Tabulka 3 – Laboratorní hodnoty biochemického vyšetření ze dne 14.3.2012**

Urea	↑ <b>31,8</b>	1,7 – 8,3 mmol/l
Kreatinin	↑ <b>153</b>	59 – 104 umol/l
Sodík (Na)	138	136 – 145 mmol/l
Draslík (K)	4,6	3,5 – 5,1 mmol/l
Chloridy (Cl)	104	98 – 107 mmol/l
Bilirubin celkový	↑ <b>81,3</b>	2 – 21 umol/l
Alaninaminotransferáza (ALT)	↑ <b>1,12</b>	0,17 – 0,6 ukat/l
Aspartátaminotransferáza (AST)	↑ <b>1,07</b>	0,17 – 0,6 ukat/l
Glutamyltransferáza (GGT)	↑ <b>3,50</b>	0,08 – 0,6 ukat/l
Fosfatáza alkalická (ALP)	1,55	0,58 – 1,74 ukat/l
Glukosa	↑ <b>7,0</b>	3,9 – 5,6 mmol/l
C-reaktivní protein (CRP)	↑ <b>14,1</b>	0 – 5 mg/l

Zdroj: OHB, Fakultní nemocnice Brno

**Tabulka 4 – Laboratorní hodnoty acidobazické rovnováhy ze dne 14.3.2012**

pH	↑ <b>7,5</b>	7,36 – 7,45
pCO <sub>2</sub>	↓ <b>2,8</b>	4,6 – 6,0 kPa
pO <sub>2</sub>	↓ <b>7</b>	8,7 – 13,3 kPa
HCO <sub>3</sub>	↓ <b>15,7</b>	22 – 26 mmol/l
BE-	↓ <b>-4,9</b>	0 – 2 mmol/l
O <sub>2</sub> saturovaný	↓ <b>0,896</b>	0-92 – 0,99 mmol/l

Zdroj: OKB, Fakultní nemocnice Brno

**Tabulka 5 – Laboratorní hodnoty krevního obrazu a koagulace ze dne 14.3.2012**

Leukocyty	6,24	4 – 10 x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	↓ <b>2,51</b>	4 – 5,9 x 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	↓ <b>81,4</b>	130 – 176 g/l
Hematokrit	↓ <b>0,24</b>	0,39 – 0,51 l/l
Trombocyty	↓ <b>68</b>	150 – 300 x 10 <sup>9</sup> /l
Protrombinový čas (INR)	↑ <b>1,38</b>	0,80 – 1,20 s
Aktivní paciální tromboplastinový čas (aPTT)	25	24 – 38 s

Zdroj: OKH, Fakultní nemocnice Brno

### **Invazivní vstupy:**

Centrální dialyzační žilní kanyla cestou vena jugularis dx (od 10.3.2012)

Arteriální linka cestou arteria radialis dx (od 12.3.2012)

Permanentní močový katetr č.16 (od 10.3.2012)

Nasoenterální sonda (od 2.3.2012)

Tracheostomická kanyla č.8 (od 21.2.2012)

### **Konzervativní léčba:**

*Dieta:* NPO režim

*Pohybový režim:* klidový

*Rehabilitace:* indikovaná pasivní rehabilitace od 12.3.2012

*Výživa:* **Enterální** – Nutrison standard 480 ml, rychlostí 40 ml/hod, 24:00 – 6:00 pauza

**Parenterální** – AIO vak 2150 ml + 1 amp. Adamel + 1 amp. Cernevit,  
kontinuálně na 24 hodin od 6:00 – 6:00 (14.2.2012)

**Medikamentózní léčba:**

*Per os:*

Egilok	25mg	tbl.	0 – 1 - 1
Verospiron	25mg	tbl.	0 – 2 – 2
Ursosan	250mg	tbl.	0 – 0 – 2
Silymarin	50mg	drg.	0 – 1 – 1
Normix	400mg	tbl.	14:00, 22:00

*Intravenózní:*

Degan 1 amp.	14:00, 22:00
Dicynone 2 amp.	12:00, 18:00, 24:00
Kanavit 1 amp.	14:00
Colomycin 1 mil. IU á 8hod	6:00, 14:00, 22:00

kontinuálně lineárním dávkovačem: Humulin R 50 j. do 50ml FR

Furosemid forte 250mg rychlostí 0,8 ml/hod

Sufenta forte 5 ml + 30mg Dormicum do 50 ml FR

Syntophylin 2 amp. rychlostí 0,8 ml/hod

FR 100 ml + 40mg Helicid 18:00

Ringerfundin 1000 ml 6:00 – 18:00

*Per rektum:*

Faktu ung. 18:00

*Laváž TSK:*

Uromitexan 4 ml 14:00, 22:00

### **Situační analýza ze dne 14.3.2012**

62 letý pacient přeložen 12.3.2012 na IGEK JIP k další léčbě jaterního selhání. Pacient soporózní až komatózní, s tracheostomií, napojen na UPV – spontánní režim. Krevní tlak 130/80, počet dechů 23/minutu. Saturace O<sub>2</sub> 94 %. TT 38°C. Puls pravidelný, hmatatelný, 120/minutu. Napojeny hrudní svody k měření akce srdce.

Zavedená dialyzační centrální žíla (vena jugularis dx) k parenterální výživě a k dialýze a dále arteriální linka (arteria radialis dx) pro měření invazivního krevního tlaku. Také zaveden permanentní močový katetr pro měření hodinové diurézy. K enterální výživě zavedena enterální sonda. Zajištěna kompletní ošetrovatelská péče, pasivní rehabilitace zajištěna rehabilitační sestrou. Péče o celkovou hygienu, zvýšená péče o dutinu ústní, oči, nos a uši. Důraz na prevenci dekubitů a opruzenin.

### **Aktuální sesterské diagnózy ze dne 14.3.2012**

1. Oslabené dýchání z důvodu tracheostomie projevující se zhoršenou průchodností dýchacích cest a neefektivním odstraňováním hlenu.
2. Akutní bolest z důvodu pooperačního stavu v oblasti konečníku projevující se bolestivým výrazem v obličeji při ošetřování konečníku.
3. Deficit sebedpěče v oblasti hygieny v důsledku zhoršení celkového stavu projevující se zhoršenou motorikou a pasivní polohou.
4. Hypertermie v důsledku infekce a zátěže organismu projevující se naměřenými hodnotami teploty, tachykardií a nadměrnou potivostí.
5. Změna ve vylučování moče z důvodu zavedení močového katetru.
6. Změna barvy kůže v důsledku základního onemocnění projevující se ikterickým zabarvením.
7. Porušená kožní integrita z důvodu zavedení tracheostomie.

### **Potenciální sesterské diagnózy**

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.
2. Riziko vzniku dekubitů v důsledku nepohyblivosti.
3. Riziko vzniku zácpy v důsledku nepohyblivosti.

## **Oslabené dýchání z důvodu tracheostomie projevující se zhoršenou průchodností dýchacích cest a neefektivním odstraňováním hlenu**

### *Cíl:*

- udržení průchodnosti dýchacích cest

### *Priorita:*

- vysoká

### *Výsledné kritéria:*

- pacient nemá známky cyanózy / po dobu hospitalizace,
- výsledky krevních plynů v normě / do 48 hodin,
- pacient má průchodné dýchací cesty / po dobu hospitalizace,
- saturace O<sub>2</sub> neklesne pod 95 % / do 48 hodin,
- vitální funkce v normě / do 24 hodin.

### *Ošetrovatelské intervence:*

- pravidelně odsávej hleny z dýchacích cest a dutiny ústní / sestra,
- aplikuj nebulizaci dle ordinace lékaře / sestra,
- prováděj laváž dýchacích cest dle ordinace lékaře / sestra,
- udělej odběr na krevní plyny dle ordinace lékaře / sestra,
- kontroluj funkčnost ventilátoru / lékař, sestra,
- zajisti vhodnou polohu pacienta, aby zůstaly dýchací cesty průchodné / sestra,
- sleduj a zaznamenávej hodnoty saturace O<sub>2</sub> / sestra,
- kontroluj prokrvení akrálních částí těla / sestra,
- pravidelně sleduj a zaznamenávej hodnoty vitálních funkcí / sestra,

### *Realizace ze dne 14.3.2012:*

- z dýchacích cest pravidelně odsáváno bělavé sputum s příměsí krve, z dutiny ústní odsávány sliny a hleny,
- naordinována nebulizace 2 ml Atrovent s 2 ml FR,
- dle ordinace lékaře provedena laváž Uromitexanem 4 ml,
- dle ordinace lékaře proveden odběr na krevní plyny ve 12 hodin a 17 hodin,
- každou hodinu kontrolováno prokrvení kůže,
- pacient polohován každé 2 hodiny, se zvýšenou podpěrou hlavy,
- ventilátor pravidelně kontrolován, i jeho režimy,

- hodnoty saturace O<sub>2</sub> pravidelně sledovány a každou hodinu zaznamenávány,
- vitální funkce pravidelně sledovány a měřeny, zaznamenávány každou hodinu.

*Hodnocení po 12 hodinách:*

- výsledky krevních plynů přiměřené stavu, nedošlo ke zhoršení,
- po podání nebulizace a laváže je lepší průchodnost dýchacích cest,
- pacient stále velmi často odsáván s dýchacích cest i z dutiny ústní,
- hodnoty saturace O<sub>2</sub> neklesly pod 95 %,
- vitální funkce po celou dobu v normě, pouze při odsávání došlo ke zvýšení srdeční frekvence,
- cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

**Akutní bolest z důvodu pooperačního stavu v oblasti konečníku projevující se bolestivým výrazem v obličeji při ošetřování konečníku**

*Cíl:*

- zmírnit bolest na snesitelnou úroveň

*Priorita:*

- střední

*Výsledné kritéria:*

- pacient má dostupné analgetika při vzestupu bolesti,
- pacient výrazem v obličeji udává zmírnění bolesti / do 2 hodin,
- vitální funkce jsou stabilní / do 2 hodin.

*Ošetrovatelské intervence:*

- podávej analgetika dle ordinace lékaře / sestra,
- sleduj pravidelně účinky analgetik / sestra, lékař,
- sleduj případné vedlejší účinky analgetik / sestra,
- pravidelně prováděj hodnocení bolesti a zapisuj do dokumentace / sestra,
- kontroluj fyziologické funkce a zapisuj do dokumentace / sestra.



*Realizace ze dne 14.3.2012:*

- při polohování udává pacient výrazem v obličeji bolesti,
- dle ordinace lékaře aplikována analgetika,
- po 15 min má pacient klidnější výraz v obličeji,
- pravidelně prováděno hodnocení bolesti s jeho písemným záznamem,
- fyziologické funkce v normě.

*Hodnocení po 12 hodinách:*

- analgetika dle ordinace lékaře pomohla pacientovi při jeho bolestech,
- vitální funkce v normě,
- cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

**Deficit sepeče v oblasti hygieny v důsledku zhoršení celkového stavu projevující se zhoršenou motorikou a pasivní polohou**

*Cíl:*

- péče je zajištěna ošetrovatelským personálem

*Priorita:*

- střední

*Výsledné kritéria:*

- pacient výrazem v obličeji udává uspokojení potřeby / po dobu hospitalizace,
- pacient výrazem v obličeji udává pohodlí / po dobu hospitalizace,
- pacient bude upravený a čistý / po dobu hospitalizace,
- pacient bude bez dekubitů a opruzenin / po dobu hospitalizace,
- je schopen provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností / do 3 dní,

*Ošetrovatelské intervence:*

- polohuj pacienta přes den co 2 hodiny, v noci co 3 hodiny / sestra,
- prováděj celkovou koupel 1x denně / sestra, ošetrovatelka,
- prováděj mytí vlasů alespoň 1x týdně / sestra, ošetrovatelka,
- pečuj o dutinu ústní / sestra, ošetrovatelka,
- dbej na prevenci dekubitů a opruzenin / sestra,

- zajistit důkladnou hygienu genitálií a análního otvoru / sestra, ošetřovatelka,
- zajisti rehabilitaci / fyzioterapeut,
- zajistit vhodnou polohu pro jeho pohodlí / sestra,
- posuď intenzitu bolesti / sestra,
- použij polohovací pomůcky / sestra,
- sleduj výraz v obličeji pacienta, zda je spokojený / sestra,
- aktivizuj pacienta přes den / sestra,
- dbej na bezpečnost pacienta / sestra.

*Realizace ze dne 14.3.2012:*

- pacient pravidelně polohován,
- rehabilitace provedena fyzioterapeutem v 10 hodin ráno,
- používány polohovací kolečka, polštáře pro větší pohodlí,
- výraz v obličeji udává, že je pacient spokojený,
- odpoledne přichází rodina, která se věnuje pacientovi,
- pacient zabezpečen postranicemi a zvýšeným dohledem.

*Hodnocení po 12 hodinách:*

- pacient má zajištěnou potřebu hygieny ošetřovatelským personálem,
- je čistý, upravený,
- výrazem v obličeji udává uspokojení potřeby hygieny,
- po 12 hodinách je pacient stále závislý na ošetřovatelském personálu,
- nevznikly žádné dekubity ani opruzeniny,
- cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

### **Hypertermie v důsledku infekce a zátěže organismu projevující se naměřenými hodnotami , tachykardií a zvýšenou potivostí**

*Cíl:*

- normotermie

*Priorita:*

- střední

*Výsledné kritéria:*

- tělesná teplota bude v rozmezí 36 - 37°C / do 24 hodin,
- vitální funkce budou v normě / do 24 hodin,
- pacient nebude mít známky komplikací / po dobu hypertermie,
- pacient se nebude potit / do 24 hodin.

*Ošetrovatelské intervence:*

- podej antipyretika dle ordinace lékaře / sestra,
- pravidelně ochlazuj pacienta / sestra,
- pravidelně měř tělesnou teplotu / sestra,
- kontroluj, zda má suché ložní a osobní prádlo / sestra,
- zapisuj naměřené hodnoty / sestra,
- sleduj vitální funkce / sestra.

*Realizace ze dne 14.3.2012:*

- podán Novalgin 2 ml ve 100 ml FR ke snížení teploty,
- pacient ochlazován vaky s ledem v oblasti třísel,
- ložní prádlo vyměněno 3x denně,
- tělesná teplota pravidelně měřena a zaznamenávána do dokumentace,
- vitální funkce sledovány.

*Hodnocení po 12 hodinách:*

- pokles teploty na 37 °C,
- nemá projevy komplikací spojených s hypertemií,
- není potřeba ochlazování,
- cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

**Celkové zhodnocení pacienta:**

Po dobu lékařské terapie a ošetrovatelské péče se pacientův zdravotní stav příliš nezlepšil. Většinu času byla pacient spíše soporózní, někdy až komatózní. Prováděna kompletní ošetrovatelská péče. Dýchání pomocí ventilátoru na spontánní režim, kdy se pacient snaží dodýchat. Snaha o úplné odpojení není zatím možná. Stále byl největší problém ascites, který omezoval pacienta při možném pohybu. Po celou dobu byl oběhově stabilní, pouze se objevovala hypertermie. Léčebný režim snášel dobře, pravidelně prováděna rehabilitace. Navázán kontakt s rodinou, která pomáhala při ošetrování nemocného. Vzhledem k diagnóze může nastat zhoršení zdravotního stavu a ke vzniku dalších komplikací. Některé problémy se nedají příliš zlepšit, ale je potřeba se snažit, aby nedocházelo ke zhoršení. Pacient je stále ve špatném zdravotním stavu a prognóza není příliš pozitivní.

## 4 Diskuze

Onemocnění jater je celosvětový problém, mnoho lidí se dostává do zdravotnických zařízení až v pokročilejších stádiích a proto je také jejich léčba komplikovanější. Při zpracovávání této práce jsem se dozvěděla mnoho nových informací o všech možných nemocech jater, poznala jsem nové metody léčby a jak je důležitá prevence těchto chorob.

Nejpočetnější je především výskyt jaterní cirhózy, který se odhaduje na 100 nemocných na 100 000 obyvatel, z toho zhruba 50 % jsou cirhózy alkoholového původu, asi 30 % připadá na virové příčiny a zbytek se týká všech ostatních onemocnění. Úmrtnost v České republice se pohybuje kolem 15 nemocných na 100 000 obyvatel.

Konzumace alkoholu bývá nejčastější příčina vzniku jaterních onemocnění a vznikem pozdějších těžkých komplikací. Tito lidé jsou hospitalizováni opakovaně a i přes důrazné zákazy a doporučení od lékaře mnohdy nepřesvědčí člověka ke změně svého životního stylu. Později se tito lidé dostávají do nemocnice v těžkých stavech, kdy mají rozvinuté komplikace spojené s portální hypertenzí a jsou akutně ohroženi na životě. U hospitalizovaných pacientů se může rozvinout po několika dnech delirium tremens, které jen zhoršuje celkový průběh léčby.

### 4.1 Doporučení pro praxi

V mé práci jsem se zabývala ošetřováním pacienta s toxonutritivní cirhózou jater a vyzorovala jsem několik aspektů v jeho ošetřování a na co je třeba se zaměřit. Důležitý je ošetřovatelský personál, který se o tyto nemocné stará, dále je potřeba se věnovat pacientovi a jeho poučením a také rodině.

*Doporučení pro ošetřovatelský personál:*

- ošetřovat nemocného komplexně;
- zabývat se bio-psycho-sociálními potřebami;
- zajistit psychickou podporu jak pacientovi, tak rodině;
- aktivizovat pacienta;
- hodnotit a zaznamenávat změny vzniklé onemocněním;

- edukovat pacienta a rodinu o správném životním stylu;
- edukovat o možných komplikacích spojených s onemocněním;
- pomoci rodině zvládat stresovou situaci.

*Doporučení pro rodinu:*

- podpořit pacienta v jeho psychickém stavu;
- motivovat pacienta;
- podílet se na změně jeho životního stylu;
- dát najevo pocit sociální jistoty;
- časté návštěvy.

*Doporučení pro pacienta:*

- pečovat o psychický i fyzický klid;
- nepodléhat stresovým situacím;
- dodržovat zásady správné životosprávy;
- zajistit vhodnou volbu stravy (potraviny s obsahem vitamínu C a B12);
- omezit přísun tučných výrobků, kávy a kořeněných jídel;
- striktní zákaz alkoholu;
- zhodnotit priority ve svém životě;
- najít vhodnou životní motivaci;
- měl by mít zájem zlepšit svůj zdravotní stav;
- doporučit protialkoholní terapii.

## ZÁVĚR

Nemoci jater patří mezi vážná onemocnění, které se těžko léčí, ale vždy záleží na člověku, zda je ochoten se řídit léčbou a dodržovat určitá dietní a režimová opatření. Často se objevují komplikace nemoci, které zhorší průběh nemoci, ale také může pacienta upoutat na lůžko.

V teoretické části byly postupně rozebrány nemoci jater, které měly nejrůznějšího původce. Byly popsány diagnostické metody, nejčastější příznaky, komplikace a léčebné metody.

Praktická část se zabývala ošetrovatelským procesem u pacienta s cirhózou jater, která vznikla hlavně zvýšenou konzumací alkoholu. Byly přidruženy i jiné nemoci, které celkově zhoršovaly průběh onemocnění a tím byl zhoršen i celkový zdravotní stav pacienta.

Cílem bakalářské práce bylo vypracovat komplexní ošetrovatelský proces, vyhledat ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta. Ošetrovatelské problémy byly zaznamenány v ošetrovatelských diagnózách, ze kterých se dále vytvořil plán ošetrovatelské péče a její realizace. Tento cíl se podařilo splnit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DAJKOVÁ, Jana. 2008. *Infekční mononukleóza* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z WWW: < <http://www.ordinace.cz/clanek/infekcni-mononukleoz/> >.

EHRMANN, J. aj. 2010. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 590s. ISBN 978-80-247-3118-6.

EHRMANN, J. jr.; SCHNEIDERKA, P.; EHRMANN, J. 2006. *Alkohol a játra*. Praha : Grada Publishing, 2006. 166s. ISBN 80-247-1048-X.

GALSKÝ, Jan. 2010. *Akutní virové hepatitidy*. [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z WWW:<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/virove-hepatitidy-450132>>.

JIRÁSEK, V.; BRODANOVÁ, M.; MAREČEK, Z. 2002. *Gastroenterologie, hepatologie*. Praha : Galén, 2002. 263s. ISBN 80-7262-139-4.

KREKULOVÁ, Laura; ŘEHÁK, Vratislav. 2002. *Dieta při onemocněních jater, žlučníku a žlučových cest*. Praha : Triton, 2002. 67s. ISBN 80-7254-295-8.

LUKÁŠ, K. aj. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, K. aj. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 288s. ISBN 80-247-1283-0.

MACHART, Stanislav. 2007. *Otravy – příznaky a obecné zásady první pomoci*. [online]. [cit. 2012-04-29]. Dostupné z WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/otravy-priznaky-a-obecne-zasady-prvni-pomoci/>>.

MELICHAR, Bohuslav. 2007. *Úloha farmakoterapie v komplexní léčbě nádorů jater*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 249s. ISBN 978-80-7262-446-1.



NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací – text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň : Maurea, 2011. 84s. ISBN 978-80-902876-8-6.

SHERLOCKOVÁ, Sheila; DOOLEY, James. 2004. *Nemoci jater a žlučových cest*. Z angl. orig. přel. Petr Hůlek. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2004. 703s. ISBN 80-86703-00-2.

SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O.; 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU, 2011. 279s. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŘEHOŘ, Marek. 2011. *Jaterní onemocnění*. [online]. [cit. 2012-02-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.nemjbc.cz/cs/o-nemocich/jaterni-onemocneni.html>>.

TRACHTOVÁ, E. aj. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.

URBÁNEK, Petr. 2011. *Jaterní biopsie*. [online]. [cit. 2012-03-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.mojemedicina.cz/lekari-o-nemocich-jater/jaterni-biopsie/>>.

ZAVORAL, M.; VENEROVÁ, J. aj. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Triton, 2007. 212s. ISBN 978-80-7254-902-3.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Schválení sběru informací ve Fakultní nemocnici Brno	I
Příloha B – Hodnocení bolesti	II
Příloha C – Hodnocení bolesti z neverbálních projevů	III
Příloha D – Jaterní cirhóza	IV
Příloha E – Hepatocelulární karcinom	V
Příloha F – Rešerše	VI

*Příloha A – Schválení sběru informací ve Fakultní nemocnici Brno*



Jana  
Navratilova/oor/fnbrno/FN  
Brno

08.03.2012 07:38

Komu silviepizova@seznam.cz, Jindra  
Tupa/igek/b/FNBrno@FNB

Kopie

Na vědomí

Předmět Poskytování informací o FN Brno pro studijní účely -  
nahlížení do zdr. dokumentace - zaměstnanec FN Brno

Vážená paní,

dovoluji si Vás informovat, že Vaše Žádost o poskytování informací o FN Brno pro studijní účely

číslo: 2012-29041/FNBRNO-153

na jméno: Silvie Pížová, DiS.

nar., bydliště: 1. 7. 1988, Školská 1439, Frenštát p. Radhoštěm

student/ka školy, oboru: VŠZ Praha, obor všeobecná sestra

zaměstnanec FN Brno: IGEK

**byla náměstyní pro NLZP Mgr. Mičudovou schválená.**

Je tedy možno v termínu

od: 8. 3. 2012

do: 31. 3. 2012

na útvaru: Interní gastroenterologická klinika

provádět sběr dat, a to **nahlížení do zdravotnické dokumentace 1 pacienta**

v souvislosti s Vaší závěrečnou odbornou prací na téma: "Ošetřovatelský proces u pacienta s onemocněním jater".

Nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta se řídí ust. § 67b odst. 10,11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, které uvádí seznam osob/subjektů, které za daných podmínek mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Vzhledem ke skutečnosti, že **požadujete nahlížet do zdravotnické dokumentace v souvislosti s jiným důvodem, než připouští zákon a nekonáte ani ve FN Brno odbornou praxí**, nelze na posouzení této skutečnosti uplatnit odst. 10, 11 příslušného ustanovení zákona.

## **Hodnocení bolesti- denní záznam**

Jméno a příjmení.....

Rodné číslo.....

Datum.....

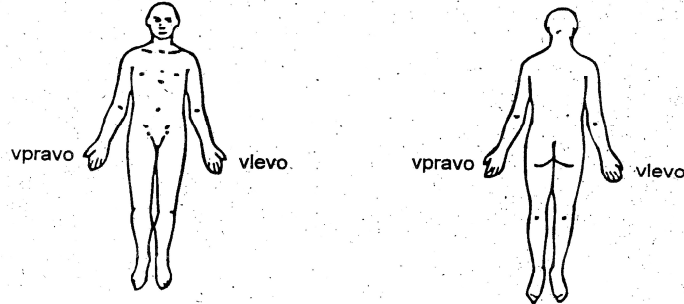
Pacientův popis bolesti, lokalizace.....

Co bolest zhoršuje.....

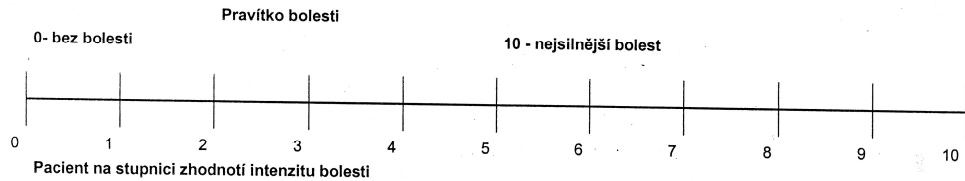
Co bolest zlepšuje.....

### **Lokalizace bolesti**

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C...



### **Grafický záznam hodnocení bolesti**



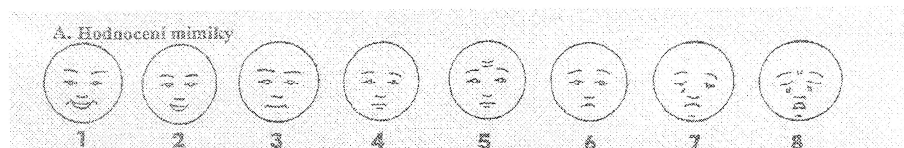
Datum:.....

Maximální bolest																									
10																									
9																									
8																									
7																									
6																									
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
Žádná bolest																									
0																									
	hod.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7

## Hodnocení bolesti - z neverbálních projevů

Jméno a příjmení.....  
 Rodné číslo.....  
 Datum.....  
 Pacientův popis bolesti, lokalizace.....  
 .....  
 Co bolest zhoršuje.....  
 .....  
 Co bolest zlepšuje.....

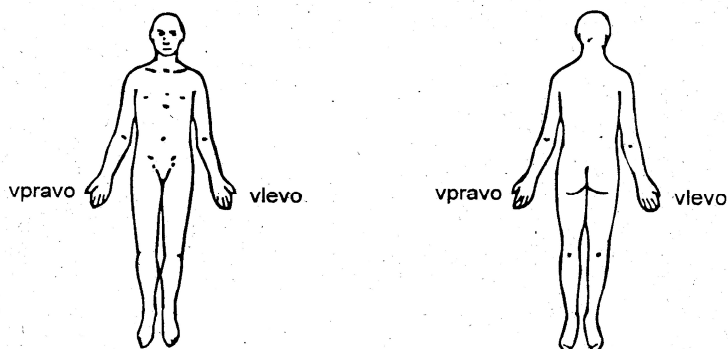
### A. Hodnocení mimiky



Označ číslo obličeje	Pondělí			Úterý			Středa			Čtvrtek			Pátek			Sobota			Neděle								
	R	P	V	R	P	V	R	P	V	R	P	V	R	P	V	R	P	V	R	P	V						
8				8			8			8			8			8			8			8					
7				7			7			7			7			7			7			7					
6				6			6			6			6			6			6			6					
5				5			5			5			5			5			5			5					
Datum :	4			4			4			4			4			4			4			4					
	3			3			3			3			3			3			3			3					
	2			2			2			2			2			2			2			2					
	1			1			1			1			1			1			1			1					

### B. Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťuje bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C...

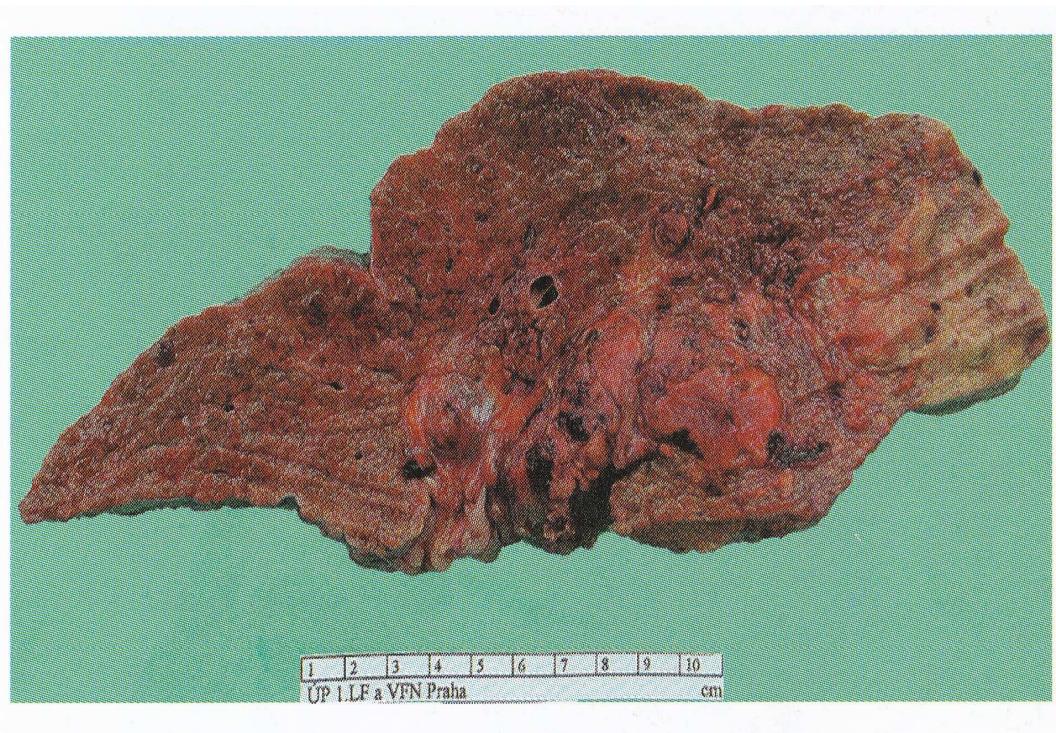


*Příloha D – Fotografie jaterní cirhózy*



Zdroj: Zavoral, M.; Venerová, J., 2007, str. 113

*Příloha E – Fotografie hepatocelulárního karcinomu*



Zdroj: Zavoral, M.; Venerová, J., 2007, str. 114

*Příloha F – Rešerše*

Lékařská knihovna Fakultní nemocnice Bohunice  
Fakultní nemocnice Bohunice  
Jihlavská 20  
Brno  
625 00  
fnbrno@fnbrno.cz

Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním jater

Počet záznamů: 226

Časové rozmezí : 2000- 2012

Datum: 19.4.2012

Jazykové vymezení: angličtina, čeština

Vypracovala: Procházková Alexandra

Druh literatury: články, závěrečné práce, publikace

Zdroje:

- CD ROM BiblioMedica –Bibliographia medica čechoslovaca
- Databáze Národní knihovny v ČR
- Jednotná informační brána
- Ovid Medline (R)

Klíčová slova: cirhóza, játra