

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA ČÍŽKOVÁ, DiS.**

**Praha 2013**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

# **KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

KATEŘINA ČÍŽKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí absolventské práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

Praha 2013



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Čížková Kateřina**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 11. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou

*Comprehensive Nursing Care of Patients with Liver Cirrhosis*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 6. 11. 2012

  
prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Ivance Kohoutové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky a také za trpělivost a čas, který mi věnovala při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé pacientce za ochotu ke spolupráci, bez ní by tato práce vůbec nevznikla. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu.

# ABSTRAKT

ČÍŽKOVÁ, Kateřina. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D. Praha. 2013. 56 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o nemocného s jaterní cirhózou. Kazuistika byla zpracována na IV. interní klinice gastroenterologie a hepatologie VFN a 1. LF UK v Praze u pacientky s jaterní cirhózou. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část pojednává o anatomii a fyziologii jater, o nemocech a příčinách způsobujících jaterní cirhózu, příznacích, vyšetřovacích metodách, komplikacích, léčbě, prognóze a sledování pacientů s jaterní cirhózou. V praktické části je zpracována kazuistika u pacientky s jaterní cirhózou, metodou ošetrovatelského procesu podle modelu Virginie A. Hendersonové. Stanovily jsme 8 ošetrovatelských diagnóz, z toho jsou 4 aktuální a 4 potenciální. U některých ošetrovatelských diagnóz se nepodařilo dosáhnout cíle, protože se jedná o onemocnění chronické spíše se sklonem k zhoršení celkového stavu. U ostatních ošetrovatelských diagnóz bylo cíle dosaženo.

## Klíčová slova

Cirhóza jater. Etiologie. Klinický obraz. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces.

## ABSTRACT

ČÍŽKOVÁ, Kateřina. *Comprehensive Nursing Care of Patients with Liver Cirrhosis*. The College of Nursing, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D. Prague. 2013. 56 pages.

The topic of my bachelory work is Comprehensive Nursing Care of Patients with Liver Cirrhosis. I worked on the case report IV. Clinic of Internal Medicine Gastroenterology and Hepatology and 1 Charles University in Prague in a patient with liver cirrhosis. The work is divided into two parts, theoretical and practical part. The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the liver, and causes of diseases causing cirrhosis, symptoms, examination techniques, complications, treatment, prognosis and monitoring of patients with liver cirrhosis. In the practical part I prepared a case report of a patient with liver cirrhosis, I worked by the nursing process. I wrote a history of the model Virginie A. Henderson. I determined 8 nursing diagnoses, of which 4 present and 4 potential. Some nursing diagnoses failed to achieve the objective because it is a long-term problems. For other nursing diagnoses has been accomplished.

### Keywords

Etiology. Liver cirrhosis. Nursing diagnosis. Nursing process. The clinical picture.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	11
1 MODEL VIRGINIE A. HENDERSON.....	12
1.1 Biografické údaje.....	12
1.2 Vývoj teorie.....	13
2 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	14
2.1 Nemoci způsobující jaterní cirhózu.....	14
2.2 Příčiny způsobující jaterní cirhózu.....	18
2.3 Jaterní cirhóza.....	19
3 ETIOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE A MORFOLOGIE.....	20
3.1 Etiologie, epidemiologie.....	20
3.2 Morfologie.....	20
4 KLINICKÝ OBRAZ.....	22
5 KOMPLIKACE A FUNKČNÍ ZHODNOCENÍ.....	24
5.1 Komplikace jaterní cirhózy.....	24
5.2 Funkční zhodnocení jaterní cirhózy.....	25
6 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	26
7 LÉČBA.....	29
7.1 Indikace k hospitalizaci.....	30
8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU.....	31
8.1 Základní identifikační údaje.....	31
8.2 Přehled provedených vyšetření.....	33
8.3 Přehled terapie.....	36
8.4 Ošetrovatelský proces podle modelu Virginie A. Hendersonové.....	40
9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	46
9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	47
9.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	55
10 EDUKACE.....	61
11 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	62



12	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	65
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM ZKRATEK

<b>ALP</b> .....	alkalická fosfatáza
<b>ALT</b> .....	alanin aminotransferáza
<b>ANA</b> .....	American Nurses Association
<b>APTT</b> .....	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
<b>AST</b> .....	asparát aminotransferáza
<b>ATB</b> .....	antibiotika
<b>DK</b> .....	dolní končetiny
<b>CHCE</b> .....	cholecystektomii
<b>Cl</b> .....	chloridy
<b>CRP</b> .....	C-reaktivní protein
<b>CŽK</b> .....	centrální žilní katétr
<b>DF</b> .....	dechová frekvence
<b>EKG</b> .....	elektrokardiograf
<b>FR</b> .....	fyziologický roztok
<b>GGT</b> .....	Gama-glutamyltransferáza
<b>i.v.</b> .....	intravenózní (nitrožilní)
<b>INR</b> .....	laboratorní koagulační test
<b>K<sup>+</sup></b> .....	kalium
<b>Na<sup>+</sup></b> .....	natrium
<b>NMR</b> .....	nukleární magnetická resonance
<b>p.o.</b> .....	per os (podaný ústy)
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katétr
<b>PŽK</b> .....	permanentní žilní katétr
<b>RHB</b> .....	rehabilitační péče
<b>RTG</b> .....	rentgen
<b>UZ</b> .....	ultrazvuk
<b>TF</b> .....	tepová frekvence
<b>TK</b> .....	krvní tlak
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>VFN</b> .....	Všeobecná fakultní nemocnic

# ÚVOD

O toto onemocnění jsem se začala více zajímat již v období střední školy, protože můj strýc v této době na dekompenzaci jaterní cirhózy zemřel. Proto jsem si dané onemocnění zvolila jako téma mé bakalářské práce. Kazuistiku jsem zpracovávala ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na IV. interní klinice gastroenterologie a hepatologie.

Naší práci jsme rozdělily na dvě části- teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme uvedly základní popis modelu, který jsme si zvolily pro sestavení následné praktické části, patofyziologií onemocnění a léčbu. Daná práce se zaměřuje zejména na teorii ošetrovatelství, způsob ošetrovatelských úkonů, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy. V praktické části jsme sestavily ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou. Na základě kompletně odebrané anamnézy jsme se snažily, co nejefektivněji sestavit kvalitní ošetrovatelský plán a následně stanovit vhodné diagnózy.

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo blíže se seznámit s problematikou jaterní cirhózy, získat nové poznatky a zjistit novinky z této oblasti. Dalším cílem je seznámit zdravotníky s prací na gastroenterologie a hepatologie oddělení, kde je realizována péče o pacienty s touto problematikou a sestavit kvalitní ošetrovatelský plán včetně stanovení ošetrovatelských diagnóz. Jejich pořadí určíme dle naléhavosti potřeb pacienta. Dále jsme realizovaly ošetrovatelský proces a následně byl zhodnocen.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MODEL VIRGINIE A. HENDERSON

Jedná se o humanistický model, který vychází z poznatků fyziologie, psychologie a sociologie.

### 1.1 Biografické údaje

Virginia Henderson se narodila roku 1897 v Kansas city. Základy ošetrovatelské činnosti začala poprvé studovat na Army School of Nursing 1921 ve Washingtonu D.C. Roku 1922 začala učit ošetrovatelskou činnost v Protestant Norfolk hospital ve Virginii. 1927 začala studovat ošetrovatelství na Teachers College Columbia University, kde roku 1932 získala bakalářský titul a poté roku 1934 získala na stejné škole titul magisterský. Zde také sama od 1930 do roku 1948 přednášela klinické ošetrovatelství. V letech 1959-1971 se stala vedoucí ošetrovatelských studií na Yale University of Nursing v New Haveně. V tomto období roku 1966 také vydala knihu „Charakter ošetrovatelství“, kde definovala funkci sestry. Velice ráda se věnovala výzkumu v ošetrovatelství a celoživotnímu vzdělávání. Získala sedm doktorátů z různých universit. Za veškeré zásluhy jí bylo roku 1988 uděleno čestné členství v ANA. Hendersonové se zejména nelíbilo, že ošetrovatelská péče byla poskytována pouze podle platných předpisů a pacienti neměli žádnou záruku, která by je chránila před poškozením (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Nejvíce Virginie Henderson uvádí, že její názory ovlivnila kniha B. Hamrel, která ji donutila více se zamyslet nad podstatou potřeb. Později se zkušenostmi, které během své dlouholeté praxe nasbírala, se rozhodla tuto knihu několikrát přepublikovat. Dále roku 1960 publikovala knihu „Základní principy ošetrovatelské péče“. Zemřela 1996 v Branfordu (PAVLÍKOVÁ, 2006).

## 1.2 Vývoj teorie

Ošetřovatelství je zakotvené v potřebách lidstva. Zakládá si na pocitech jedince, aby se nacházel ve fyziologické i citové rovnováze. Ve svém modelu se snaží změnit problém, že hodně ze základních potřeb jedince nejsou v nemocnici uspokojeny. Snaží se vést pacienta k samostatnosti a nezávislosti. Chce pomoci zamezit chybám při poskytování ošetřovatelské péče a zajistit pacientovy dostatečně kvalitní péči, klidu a adekvátní počet informací (VÝTEJČKOVÁ, 2011).

### **Lidé jsou tvořeni 4 základními oblastmi:**

- Biologická
- Psychická
- Sociální
- Duchovní

Tyto oblasti jsou souhrnem 14 základních lidských potřeb. Dané potřeby jsou u každého jedince ovlivněny kulturou a individualitou. Prvních devět patří mezi biologické. Potřeby řazené na 10 a na 14 jsou psychické, 12 až 13 sociální a poslední 11 spadá do sféry duchovních potřeb. Náročnost jejich uspokojování se během různých životních situací mění podle momentálních individuálních potřeb jedince. Je to vlastně péče, kterou vyžaduje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a druh léčby (PAVLÍKOVÁ, 2006).

### **Sestra má ve své profesy tři základní funkce:**

**Náhrada** – pokud je pacient nesoběstačný, sestra mu nahradí tu funkci, kterou nezvládá.

**Pomoc** – sestra poté pomáhá pacientovi obnovit soběstačnost a samostatnost.

**Partnerství** – kdy pomáhá pacientovi naplánovat péči racionálním způsobem a vždy k jeho prospěchu.

Sestra je členem týmu a měli by být kladeny adekvátní nároky, proto musí být i s lékařem ve vzájemné spolupráci (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

## 2 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Podrobněji se zaměříme na příčiny onemocnění jater, které vedou k jaterní cirhóze.

### 2.1 Nemoci způsobující jaterní cirhózu

#### a) Infekční choroby jater

##### **Virová hepatitida B**

Virová hepatitida B se přenáší parenterální cestou (krví, močí, všemi výměšky žláz). Virus hepatitidy B mohou roznášet i zdraví nosiči. Inkubační doba je 2 až 3 měsíce. Pokud známky infekce virem hepatitidy B trvají déle než 6 měsíců, jde již o chronickou hepatitidu B, která ve většině případů končí jaterní cirhózou. Celosvětově patří hepatitida B mezi prvních dvacet onemocnění, které jsou nejčastější příčinou smrti. Velmi účinná je vakcinace proti infekci viru hepatitidy B. Léčba spočívá v podání virostatik (MAČÁK et al., 2004).

##### **Virová hepatitida C**

Hepatitida C je méně častá, ale je závažnější než například hepatitida A. Virus hepatitidy C se přenáší hlavně parenterální cestou (krví, krevními deriváty, hemodialýzou, tetováním, atd.). Rizikovou skupinou jsou drogově závislí, kteří se nakazí opakovaným používáním injekčních stříkaček. V anamnéze u pacienta s těžkým poškozením jater často byla prodělaná infekce hepatitidou C. Akutní hepatitida C přechází v chronicitu mnohem častěji, než akutní hepatitida B. Hepatitida C většinou probíhá asymptomaticky a je odhalena až v chronickém stádiu. Chronická hepatitida C přechází do jaterní cirhózy a bývá příčinou vzniku hepatocelulárního karcinomu. Přechod do jaterní cirhózy je dlouhodobý a je ovlivněn mnoha dalšími faktory (např. alkohol, věk). Virová hepatitida C se léčí kombinací virostatik a interferonu (MAČÁK et al., 2004).

## **Virová hepatitida D**

„Tento typ virového onemocnění může probíhat pouze za přítomnosti viru hepatitidy B“ (MAČÁK et al., 2004 s. 251). Virová hepatitida D probíhá pouze za přítomnosti viru hepatitidy B. Virus hepatitidy D má stejnou cestu přenosu jako virus hepatitidy B a současná infekce je závažnější než pouze infekce virem hepatitidy B. U současné infekce virem hepatitidy B i D přechází až 80 % nemocných do chronické hepatitidy. Vakcinace proti viru hepatitidy B chrání i proti infekci virem hepatitidy D. Virová hepatitida D je v ČR vzácné onemocnění (MAČÁK et al., 2004).

### **b) Autoimunitní hepatitida**

Autoimunitní hepatitida je chronický zánět jater, u kterého není jasná příčina vzniku onemocnění. Dělí se na I. typ a II. typ. „Klinicky probíhá obvykle léta bez výrazných příznaků, dříve se pacienti diagnostikovali až ve stádiu cirhózy“ (BARTUŇKOVÁ, 2007 s. 64). Toto onemocnění často vede ke vzniku jaterní cirhózy. Autoimunitní hepatitida se vyskytuje častěji u žen ve věku kolem 20 až 25 let. Ze začátku bývá autoimunitní hepatitida bezpříznaková a je objevena až na podkladě patologických jaterních testů, někdy se projeví pod obrazem akutního jaterního selhání. Tato hepatitida dobře odpovídá na imunosupresivní léčbu (BARTUŇKOVÁ, 2007).

### **c) Nealkoholická steatóza a nealkoholická steatohepatitida (NAFLD/NASH)**

„Narůst počtu případů steatohepatitidy nejspíše souvisí s celosvětovou epidemií nadváhy a obezity s jejími průvodními metabolickými projevy“ (EHRMANN et al., 2010 s. 331). Vyskytuje se ve spojitosti s hypertenzí, obezitou a diabetem mellitem a tyto onemocnění jsou považovány za jaterní součást metabolického syndromu. Za nealkoholickou steatózu jater je považováno hromadění tuku v jaterních buňkách přesahující 5- 10 % hmotnosti jater a to u nemocných, kteří výrazně nekonzumují alkohol. U nealkoholické steatohepatitidy je přítomna steatóza plus lobulární (lalůčkovitý) zánět a fibróza. Nealkoholická steatohepatitida je pokročilá fáze nealkoholické steatózy. Tyto dvě zmiňované onemocnění probíhají většinou bezpříznakově a přijde se na ně až při vyšetřování pacientů pro jiné obtíže, nebo při screeningu prováděného u nemocných s metabolickým syndromem nebo diabetem. Léčba nealkoholické steatózy a steatohepatitidy spočívá v redukci hmotnosti pomocí

diety, která omezuje hromadění tuků v játrech, v ovlivnění inzulínové rezistence díky zvýšení tělesné aktivity a farmakoterapií, pomocí kterých dojde k zmenšení objemu tukové tkáně, a v podání antioxidantů a hepatoprotektivních látek (EHRMANN et al., 2010).

#### **d) Genetická hemochromatóza (GH)**

„Genetická hemochromatóza je autozomálně recesivní porucha, která vznikla před 60-70 generacemi“ (EHRMANN et al., 2010 s. 340). U této poruchy dochází ke zvýšenému vstřebávání železa v duodenu. Toto onemocnění je většinou dlouho asymptomatické a začíná se projevovat až po 40. roce života. Železo se dlouhodobě ukládá v játrech, slinivce břišní, myokardu, kloubech, kůži a hypofýze. Příznaky jsou slabost, únava, jaterní léze, diabetes mellitus, pigmentace kůže a další. GH se často sdružuje s jinými chorobami jako např. nealkoholickou steatohepatitidou a hepatocelulárním karcinomem. Léčba spočívá v krevních odběrech, kdy se zpočátku odebírá 500 ml krve 1x- 2x týdně, tím se z organismu odstraní asi 250mg železa. Úvodní léčba se ukončuje po dosažení snížení železa, což je sérová koncentrace feritinu pod 50 µg/ l. Později se provádí udržovací léčba, která závisí na koncentraci feritinu a většinou stačí krevní odběry 1x za 3 měsíce. Je nutné vyšetřit i příbuzné nemocného (EHRMANN et al., 2010).

#### **e) Wilsonova choroba**

Wilsonova choroba je vrozené onemocnění, při kterém je porucha metabolismu mědi. Měď se hromadí ve tkáních a to hlavně v játrech a mozku. Charakteristické je jaterní postižení a neurologické symptomy. Wilsonova choroba nejčastěji postihuje děti a dospělé v rozmezí od 5 do 50 let, nejvíce se vyskytuje od 13 do 25 let. Jaterní forma Wilsonovy choroby se projevuje jako akutní nebo chronická hepatitida, steatóza nebo cirhóza. Je typická pro dětský věk a adolescenty. Cílem léčby je vyplavit nahromaděnou měď z orgánů a tím snížit její toxicitu. Toxicita se snižuje např. pomocí zinku, kdy běžná léčebná dávka je 50 mg esenciálního zinku denně. Při jaterním selhávání nebo cirhóze je léčbou transplantace jater. Neléčená Wilsonova choroba vede ke smrti. V rámci prevence je nutné vyšetřit všechny sourozence nemocného popřípadě je začít léčit (EHRMANN et al., 2010).



### **f) Porfyrie**

„Porfyrie jsou onemocnění způsobená defekty v biosyntéze hemu“ (EHRMANN et al., 2010 s. 357). Jsou vyvolány nedostatečnou funkcí některého z enzymů, který se podílí na tvorbě hemu. Dělí se na akutní porfyrie, při kterých vznikají akutní ataky a jsou to vždy jaterní porfyrie a na chronické porfyrie, u kterých není nikdy možnost vyvolání akutní ataky. Akutní porfyrie se léčí intravenózním podáním lidského heminu. Důležitá je prevence akutních záchvatů, ve které je zahrnut seznam zakázaných a dovolených léků. U chronické porfyrie jsou léčebným postupem např. opakované venepunkce (EHRMANN et al., 2010).

### **g) Deficit alfa - 1- antitrypsinu**

Alfa -1- antitrypsin je protein tvořený v játrech, odkud je uvolňován do krevního řečiště. „Představuje hlavní ochranu před nadbytkem sérových proteináz, zejména leukocytární elastázy“ (EHRMANN et al., 2006 s. 454). Při zánětlivé reakci jeho koncentrace v krvi stoupá. Nedostatek alfa -1- antitrypsinu se projevuje plicním emfyzémem a poruchou jaterních funkcí, jako je dětská cholestáza (městnání žluči, kdy do duodena se nedostává normální množství žluči), nebo později jako chronická hepatitida a jaterní cirhóza. Léčba je symptomatická a léčbou není ovlivněn přirozený průběh onemocnění (EHRMANN et al., 2006).

### **h) Další nemoci vedoucí k jaterní cirhóze**

- Obstrukce jaterních žil
- Kryptogenní cirhóza (je to cirhóza z neznámých příčin)
- Střevní bypass
- Onemocnění žlučových cest, jako je:
  - primární biliární cirhóza** (chronický destruktivní nehnisavý zánět žlučových cest)
  - primární biliární cholangitida** (vznik stenóz žlučových cest, které vedou k obstrukci)
  - dlouhodobá extrahepatální nebo intrahepatální obstrukce žlučodů a jiné** (EHRMANN et al., 2006).

## 2.2 Příčiny způsobující jaterní cirhózu

### a) Alkohol a játra

„Alkohol je jednou z nejčastějších příčin jaterních chorob ve vyspělých zemích“ (LUKÁŠ, 2005 s. 134). Odbourání alkoholu se děje výhradně v játrech oxidací na acetaldehyd, který je odpovědný za vlastní toxické poškození hepatocytů. K odbourání alkoholu slouží:

- Alkoholdehydrogenáza – nescifický enzym
- MEOS (Microsomal Ethanol Oxidizing System = mikrozomální systém oxidace etanolu) je v játrech lokalizován v endoplazmatickém retikulu buněk jater
- Jaterní kataláza (LUKÁŠ, 2005)

Při chronickém abúzu alkoholu dochází k řadě metabolických změn. Mezi nejdůležitější patří: zvýšená tvorba lipoproteinů, laktátu, pyruvátu (metabolit) a hyperurikémie (zvýšená hladina kyseliny močové v krvi). V játrech klesá zásoba glykogenu, zabrzdí se glukoneogeneze (tvorba glukosy z jiných látek např. aminokyselin, laktátu, která probíhá především v játrech a ledvinách) a naopak stoupá obsah tuků a železa. Přechodně může dojít ke zlepšení odbourávání některých léků, ale po vysazení alkoholu zase ke zhoršení. Tolerance alkoholu u žen je menší než u mužů. Pro muže se za nebezpečnou dávku, která představuje významné riziko rozvoje jaterního onemocnění, považuje dávka nad 60 g čistého alkoholu/den (tj. asi 2 l piva, 0,7 l vína nebo 0,2 l tvrdého alkoholu). Pro ženu jen 20 g čistého alkoholu/den, což znamená přibližně 1 sklenička vína nebo jedno pivo (LUKÁŠ, 2005).

**K hlavním jaterním alkoholickým poškozením patří:**

- Jaterní steatóza (ztukovatění jater)
- Alkoholická hepatitida
- Alkoholická cirhóza (JIRÁSEK et al., 2002)

**b) Dále mohou být játra poškozena některými léky a toxickými látkami (LATA et al., 2005).**

## 2.3 Jaterní cirhóza

Jaterní cirhóza je chronické onemocnění charakterizované chronickým zánětem jaterního parenchymu, nekrózou hepatocytů, uzlovitou regenerací jejich zbytků a zvýšenou tvorbou vaziva. Výsledkem je uzlovitá přestavba jaterního parenchymu. Cirhóza je konečné a nezvratné stádium různých procesů, které poškozují játra. Přejít z chronické zánětlivé změny a fibrózy do stádia jaterní cirhózy je postupný a obtížně se stanovuje. Cirhóza vede k poruše jaterních funkcí a k portální hypertenzi. Klinický obraz závisí na stadiu jaterní cirhózy. Může to být zcela bezpříznakové období, ale mohou to být i stavy, které ohrožují pacienta na životě (NAVRÁTIL et al., 2008).

### **Jaterní cirhóza má tři kritéria:**

- a) Nekróza hepatocytů, kdy nekrotické buňky jsou nahrazovány vazivem.
- b) Fibrotizace, což je aktivní tvorba vaziva. Nekrotické buňky se nahrazují vazivem a stoupá novotvorba vaziva.
- c) Uzlovitá regenerace uzlovitých hepatocytů, kdy nezněkrotizované hepatocyty regenerují a vytvářejí ostrůvky uzlovité přestavby jaterního parenchymu obklopené vazivem (LATA et al., 2005).

### **3 ETIOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE A MORFOLOGIE**

Tato kapitola nám pomůže, lépe pochopit a orientovat se v problematice daného onemocnění.

#### **3.1 Etiologie, epidemiologie**

Příčin jaterní cirhózy může být celá řada a mohou se různě kombinovat a měnit pod vlivem vnějších podnětů i individuální reakce nemocného. Na cirhózu má vliv také způsob života, úroveň hygieny i narůstající civilizační škodliviny. Jaterní cirhózu nalezneme u obyvatel všech kontinentů, ras, věkových skupin, u mužů i u žen. „Prevalence cirhózy je celosvětově přibližně 100 nemocných na 100 000 obyvatel“ (EHRMANN et al., 2010 s. 399). Nejčastějšími příčinami cirhózy je chronická hepatitida C a alkohol. Chronická hepatitida B ustupuje do pozadí díky vakcinaci. V našich podmínkách je jaterní cirhóza způsobena z 30 % virovým původem a z 50 % alkoholovým původem. Úmrtnost v ČR na jaterní cirhózu je 15 úmrtí na 100 000 obyvatel. Přesná epidemiologická statistika poměru počtu nemocných jaterní cirhózou k počtu obyvatel v ČR ale neexistuje (EHRMANN et al., 2010).

#### **3.2 Morfologie**

Morfologická klasifikace cirhózy se určuje podle velikosti uzlů v jaterním parenchymu.

- a) Mikronodulární cirhóza, která je charakterizována malými uzly do 3 mm, které obklopuje fibrózní tkáň a většinou v nich chybí portální prostor a centrální žíla. Takto změněná játra mohou znamenat porušenou schopnost přirozené obnovy. Tento typ cirhózy se objevuje nejčastěji u alkoholické cirhózy, obstrukce žlučových cest a hemochromatózy (LUKÁŠ, 2005).

- b) Makromodulární cirhóza, u které jsou charakteristické různě veliké uzly, od 3mm do několika cm. Uzly obsahují centrální žílu i portální prostor. Tento typ cirhózy mohl být původně mikronodulární cirhóza, která přešla do formy makronodulární. Makronodulární cirhóza se nachází u virových hepatitid a autoimunitní hepatitidy (LUKÁŠ, 2005).
- c) Smíšená cirhóza má velké i malé uzly. Histologická klasifikace jaterní cirhózy přispívá k přesnějšímu rozlišení jednotlivých forem cirhóz i k určení etiologie cirhózy. Snaží se i o určení biologického věku jaterní cirhózy, jejího stádia a rychlosti progresu (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

## 4 KLINICKÝ OBRAZ

Ve vývoji jaterní cirhózy je různě dlouhý asymptomatický průběh, na který navazuje fáze kompenzované nebo dekompenzované jaterní cirhózy.

**Kompenzovaná jaterní cirhóza připomíná chronickou hepatitidu. Klinickými projevy jsou:**

- Dyspeptický syndrom
- Únava, poruchy spánku
- Poruchy menstruačního cyklu
- Ztráta libida
- Ikterus
- Krvácivé projevy (epistaxe, hematomy, petechie)
- Hepatosplenomegalie
- Palmární erytém (zarudnutí dlaní)
- Pavoučkovité nervy (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

**Dekompenzovaná jaterní cirhóza má klinické projevy jako kompenzovaná a k těm se připojují další projevy, jako je:**

- Ascites – přítomnost volné tekutiny v dutině břišní
- Chabá břišní stěna
- Pupeční kýla
- Bývá zřetelný kolaterální oběh (vedlejší cévy nahradí oběh cév hlavních) na břišní stěně
- Portální hypertenze – zvýšení žilního tlaku v řečišti vrátnicové žíly; tvoří se jícnové varixy, caput medusae a hemoroidy; nemocný je ohrožen krvácením do zažívacího traktu
- Jaterní encefalopatie – vzniká nedostatečnou detoxikací dusíkatých metabolitů vstřebávaných ve střevě; je to soubor neurologických a psychiatrických příznaků (změny osobnosti, apatie, dezorientace; flapping tremor – mávavý třes rukou,

foetor hepaticus – typický zápach z úst u pacientů s pokročilým jaterním onemocněním)

- Červené rty a jazyk
- U mužů mizí ochlupení na hrudi a břichu
- Hypotenze, tachykardie
- Vyhublost (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006)

## 5 KOMPLIKACE A FUNKČNÍ ZHODNOCENÍ

Komplikace jaterní cirhózy se rozvíjejí postupně a rozvíjejí se s pokračujícími změnami jater. Mnohé komplikace jsou závažnější než vlastní jaterní poškození. Komplikace cirhózy se mohou dělit na mimojaterní a jaterní. K funkčnímu hodnocení slouží zejména Child- Pughova klasifikace.

### 5.1 Komplikace jaterní cirhózy

#### a) Mimojaterní komplikace jsou např.:

- Portální hypertenze
- Ascites
- Jaterní encefalopatie
- Zánětlivé komplikace- Pacienti s cirhózou jsou náchylnější k infekcím hlavně dýchacího ústrojí, močových cest, k tuberkulóze a zánětům k oblasti dutiny břišní. Komplikací v oblasti dutiny břišní je spontánní bakteriální peritonitida (SBP), která postihuje nemocné s ascitem. SBP je bakteriální infekce tekutiny ascitu, kdy není zjištěn, ani chirurgicky léčen zdroj.
- Onemocnění zažívacího traktu (např. peptický vřed, chronická gastritida)
- Onemocnění biliárního traktu (např. cholelitiáza)
- Projevy poruchy hemostázy (krvácení do kůže, ze sliznic) (EHRMANN et al., 2006)

#### b) Jaterní komplikace:

- Jaterní selhání – při kterém dojde k selhání většiny funkcí jater
- Hepatorenální syndrom – což je akutní selhání ledvin v důsledku těžkých jaterních chorob
- Hepatocelulární karcinom – je to maligní nádor jater, který většinou vzniká na základě cirhózy a klinicky se projevuje pod obrazem dekompenzované jaterní cirhózy (JIRÁSEK et al., 2002)



## 5.2 Funkční zhodnocení jaterní cirhózy

- a) **Child- Pughova klasifikace** – používá se v běžné praxi k hodnocení prognózy pacientů s chronickým jaterním onemocněním, převážně jaterní cirhózou, dále k odhadu prognózy a zařazení pacienta do transplantační listiny. Zahrnuje v sobě posouzení stupně jaterní insuficience i portální hypertenze. Tato klasifikace spočívá ve zhodnocení 5 kritérií. Každé kritérium se hodnotí 1 – 3 body (3 nejhorší) podle schématu uvedeného v tabulce a celkový součet udává zařazení pacienta do **tří skupin**:

**CHILD A 5 – 6 bodů**

**CHILD B 7 – 9 bodů**

**CHILD C 10 – 15 bodů, příloha C**

(EHRMANN et al., 2010).

**MELD skóre (model for end – stage liver disease)** – je založeno na objektivních parametrech. Podle tohoto skóre jsou nezávislými proměnnými určující pravděpodobnost jednoletého přežití pacientů s jaterní cirhózou výsledky základních laboratorních vyšetření: sérový kreatinin, sérový bilirubin a INR. Skóre je používáno k zařazení čekatelů na transplantaci jater (TRUNEČKA et al., 2009).

**Rovnice MELD skóre:**

$MELD = 3,78 [\text{Ln}(\text{bilirubin mg/dL})] + 11,2 [\text{Ln}(\text{INR})] + 9,57 [\text{Ln}(\text{kreatinin mg/dL})] + 6,43$  (TRUNEČKA et al., 2009).

Pro děti mladší 12 let se používá podobné skóre jako je MELD, ale nazývá se PELD (pediatric end – stage liver disease) skóre a kromě faktorů užívaných pro dospělé jsou zde zahrnuty navíc údaje o sérové koncentraci albuminu a o růstu (TRUNEČKA et al., 2009).

- c) **Hodnocení posuzující pacienta s jaterní cirhózou na základě klinických údajů** – toto hodnocení bylo navrženo na konferenci v Bavenu v roce 2005.  
příloha D

## 6 VYŠETŘOVACÍ METODY

Jaterní cirhóza je závažné onemocnění, které je třeba dostatečně vyšetřit. Vyšetřování takto nemocných je rozsáhlé a vyšetřovacích metod je velké množství. Zde uvedu jen některé vyšetřovací metody k určení jaterní cirhózy.

### a) Anamnéza

„V době dobré dostupnosti ultrazvukového vyšetření je anamnéza a vyšetření celkového stavu tím nejdůležitějším, co musíme správně provést již v začátku o nemocného s chorobou jater či žlučových cest“ (SHERLOCKOVÁ et al., 2004 s.42). Při zjišťování osobní anamnézy se lékař nemocného ptá, zda neprodělal hepatitidu, jestli nemá onemocnění jater, žlučníku či žlučových cest, jaké léky užívá, jestli někdy dostal krevní transfuzi. Dále se ptá na nechutenství, nadýmání, hubnutí, bolesti břicha, na barvu moče a stolice, zda nemocný nemá melénu nebo enteroragii. Při zjišťování sociální anamnézy se lékař ptá na konzumaci alkoholu, popřípadě, jak často nemocný konzumuje alkohol a v jakém množství (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

### b) Fyzikální vyšetření

Do fyzikálního vyšetření patří vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Pohledem lze zjistit ikterus, ascites, gynekomastie, pavoučkovité névy, palmární erytém, Dupuytrenova kontraktura (zatvrdlinky na dlani; později nemožnost natažení prstů), paličkovité prsty, purpuru, hematomy, flapping tremor, dyspnoe, cyanóza, perimaleolární otoky (otoky kolem kotníků), stav výživy. Pohmatem lze zjistit velikost, charakter okraje, konzistenci, charakter povrchu a citlivost jater (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

### c) Laboratorní vyšetření

#### 1. Hematologická laboratoř

#### Hematologické vyšetření:

- KO + diff.: ↓ hemoglobin (anémie)
  - ↓ leukocyty (leukopenie)
  - ↓ trombocyty (trombocytopenie)

### **Hemokoagulační vyšetření:**

- Proloužený protrombinový čas (INR)

## **2. Biochemická laboratoř**

### **Biochemické vyšetření moče:**

- Pozitivní urobilinogen a urobilin (u ikteru i bilirubin)

### **Biochemické vyšetření krve:**

- ↑ jaterní testy (ALT = alaninaminotransferáza, AST = aspartátaminotransferáza, ALP = alkalická fosfatáza, GMT = gama – glutamyltransferáza, bilirubin)
- ↑ gamaglobuliny
- ↓ albumin (hypoalbuminemie)
- ↓ Na (hyponatremie), ↓ K

### **Laboratorní vyšetření umožňující diagnostiku specifických jaterních chorob:**

- Wilsonova choroba: ↑ hodnota mědi v séru i v moči, ↓ ceruplasin v séru
- Hemochromatóza: zvýšená saturace transferinu železem, ↑ hodnota feritinu v séru
- ↑ plazmatické železo
- Porfyrie: ↑ hodnota porfyrinů v moči

## **3. Mikrobiologická laboratoř**

### **Sérologické vyšetření:**

- Hepatitida B: pozitivita HBsAg, pozitivní anti-HBe, HBV DNA pomocí PCR (polymerázová řetězová reakce)
- Hepatitida C: laboratorní diagnostika hepatitidy C je založena na dvou odlišných principech:

**sérologické testy** prokazující přítomnost protilátek proti viru hepatitidy C (anti-HCV),

**molekulárně biologické testy**, které prokazují HCV RNA v tělesných tekutinách a tkáních nemocného (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

#### **4. Imunologická laboratoř**

Imunologické vyšetření se provádí u všech onemocnění, kde se předpokládá podíl autoimunity, např. autoimunitní hepatitida (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

##### **d) Neinvazivní vyšetřovací metody**

Většinou první metodou ve vyšetřování jater je ultrazvuk (UZ). Je to dostupná, opakovatelná a levná metoda. Při UZ se zjišťuje se poloha, velikost, tvar jater a také nerovnosti a komprese jaterních žil (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

##### **e) Invazivní vyšetřovací metody**

Mezi invazivní vyšetřovací metody jater při jaterní cirhóze patří výpočetní tomografie (CT), jaterní biopsie a ezofagogastroduodenoskopie. CT jater má výhody v dostupnosti, rychlosti vyšetření a možnosti měření změn tkání. Nevýhodou tohoto vyšetření je radiační zátěž a možné nežádoucí reakce po podání kontrastní látky (EHRMANN et al., 2010)

„**Jaterní biopsie** je již více než 100 let významnou metodou pro stanovení povahy jaterního onemocnění a jeho pokročilosti“ (EHRMANN et al., 2010 s. 116). Je základní diagnostická metoda v hepatologii. Provádí ji gastroenterolog nebo radiolog. Výkon slouží k získání vzorku jaterní tkáně. Provádí se bioptickou jehlou za kontroly ultrasonografie nebo CT. Výkon se provádí při jednodenní hospitalizaci, někdy i ambulantně. Záleží na domluvě s lékařem. Jaterní biopsie při podezření na jaterní cirhózu může poskytnout základní informace, jako jsou odhad příčiny cirhózy, stádium vývoje cirhózy, histologickou aktivitu cirhózy a komplikace, jako je například hepatocelulární karcinom (EHRMANN et al., 2010).

**Ezofagogastroduodenoskopie** (gastroskopie) je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. U jaterní cirhózy se provádí ke zjištění přítomnosti jícnových varixů, k zástavě krvácení z jícnových varixů a jako screeningové vyšetření, které se provádí většinou 1x za rok (EHRMANN et al., 2010).

## 7 LÉČBA

Léčba jaterní cirhózy není stejná, liší se podle původu onemocnění, stupně funkčního postižení, přítomnosti komplikací a spolupráce pacienta. Mezi léčbu příčiny patří ovlivnění základního onemocnění, které se snaží odstranit příčiny základního onemocnění a tím zpomalit či zastavit zánětlivý proces. Příklady léčby u některých chorob jater.

### a) Virová hepatitida B a C

Léčba virové hepatitidy B a C zahrnuje jaterní dietu, abstinenci alkoholických nápojů a omezení fyzické aktivity do pocitu únavy. Součástí léčby může být podávání vitamínu B, C a E a některých hepatoprotektivních léků (Léky užívané k léčbě jaterních nemocí. Zlepšují funkci jaterních buněk a chrání je před dalším poškozením, jako je např. Flavobion). Dále se provádí protivirová léčba, která je u chronické hepatitidy B pomocí Pegylovaného interferonu alfa – 2a nebo Interferonu alfa a chronická hepatitida C se léčí pomocí Interferonu alfa – 2b, nebo kombinací Interferonu alfa – 2b a Ribavirinu. Interferon je virostatikum (působí léčebně proti virům) a pozitivní regulátor buněčné imunity. Aplikuje se pod kůži (subcutánně). Ribavirin patří do skupiny tzv. perorálních antivirotik. Antivirotika jsou látky s protivirovým působením (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

### b) Autoimunitní hepatitida

Léčba autoimunitní hepatitidy spočívá v šetrící dietě, v omezení fyzické námahy a v imunosupresivní léčbě. Základem imunosupresivní léčby je podání glukokortikoidů Prednisonu, nebo podání kombinace Prednisonu a imunosupresiva Azathioprinu. Imunosupresiva jsou léky, které potlačují imunitní reakce. Glukokortikoidy jsou steroidní hormony, které tvoří kůra nadledvin (SHERLOCKOVÁ et al., 2004).

### c) Alkohol a játra

U nemocných, kteří si způsobili onemocnění jater alkoholem, se využívá např. psychotherapeutická léčba (skupinová, rodinná, individuální terapie), podávání

senzitivních preparátů, které zhoršují snášenlivost alkoholu (např. Antabus), podávání anticravingových léků, které snižují touhu po alkoholu a léčba souvisejících psychických obtíží (SHERLOCKOVÁ, et al., 2004).

#### **d) Wilsonova choroba**

Léčbou chceme docílit vyplavení nahromaděné mědi z orgánů a snížit tak její toxicitu. Doporučuje se dieta s nízkým obsahem železa, při které by nemocný neměl jíst např. vnitřnosti, čokoládu, luštěniny, atd. Lékem první volby je Penicilamin. Penicilamin je antirevmatikum (lék používaný k léčbě revmatu) a detoxikans (protijed). Léčba Penicilaminem je celoživotní. Alternativou Penicilaminu je zinek (SHERLOCKOVÁ, et al., 2004).

#### **e) Nealkoholická steatóza a steatohepatitida, Genetická hemochromatóza, Porfyrie a Deficit alfa -1- antitripsinu.**

#### **f) Transplantace jater**

### **7.1 Indikace k hospitalizaci**

- Krvácení do GIT z varixů či portální hypertenzní gastropatie
- Jaterní encefalopatie 2. a vyššího stupně
- Refrakterní ascites (hromadění intraperitoneální tekutiny, která nereaguje na medikamentózní léčbu)
- Spontánní bakteriální peritonitida (SBP)
- Hepatorenální syndrom (akutní selhání ledvin, které vzniká při těžkých jaterních chorobách)
- Pokročilé jaterní selhání (HORÁK et al., 1999)

#### **Prognóza**

Prognóza jaterní cirhózy závisí na přítomnosti komplikací. Ve fázi kompenzované jaterní cirhózy nemocní přežívají více než 5 let. Při objevení některé z komplikací jaterní cirhózy dosáhne průměrné přežití 1 – 2 roky (LOMÍČKOVÁ, 2007).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

Odbornou praxi za účelem získání podkladů pro zpracování praktické části jsem vykonávala na IV. interní klinice gastroenterologie a hepatologie VFN a 1. LF UK v Praze, na lůžkovém oddělení B od 5. 12. do 20. 12. 2012. V době mého ošetřování byla pacientka hospitalizována 12. - 23. den.

### 8.1 Základní identifikační údaje

**Iniciály:** L. P.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 78

**Povolání:** důchodkyně – původní povolání loutkoherečka

**Kontaktní osoba:** syn

**Zdravotní pojišťovna:** Všeobecná zdravotní pojišťovna

**Datum přijetí:** 24. 11. 2012

**Doba mého ošetřování:** 5. – 20. 12. 2012

**Důvod přijetí pacientky**

Paní L. P. byla přeložena z neurologické kliniky dne 24. 11. 2012 pro jaterní selhání.

**Základní údaje z lékařské anamnézy, lékařská diagnóza**

**OA:** Roku 1998 diagnostikována virová hepatitida C, pacientka léčena interferonem bez efektu, nyní již jaterní cirhóza, splenomegalie, portální hypertenze. Nekouří a alkohol nepije.

**RA:** Otec zemřel na tumor prostaty, matka zemřela na karcinom retroperitonea. Pacientka má 3 děti, které jsou zdravé.

**AA:** včelí bodnutí

<b>FA:</b> doma: Letrox 75 ug 1 – 0 – 0	hormon štítné žlázy
Helicid 20 mg 1 – 0 – 0	atiulcerózum
Kanavit gtt. 10 – 10 – 10	vitamín (K)
Verospiron 50 mg 1 – 1 – 0	kalium šetřící diuretikum
Furon 40 mg 1/2 – 0 – 0	diuretikum
Essentiale forte 1 – 1 – 1	léčiva k terapii onemocnění jater, hepatoprotektivum
Flavobion 1 – 1 – 1	hepatoprotektivum
Ursofalk 1 – 1 – 1	disolvens cholesterolových žlučových kamenů

**poslední medikace:** Helicid i. v., Degan i. v., Furosemid 40 mg i. v.

**SA:** vdova, žije sama v bytě, má 3 děti

**PA:** důchodce, dříve loutkoherečka

**NO:** Pacientka s jaterní cirhózou při hepatitidě C přijatá překladem z neurologické kliniky pro akutní dekompenzaci základního onemocnění a poruchu pasáže, nyní není schopna chůze. Na neurologickou kliniku byla přijata pro pád.

**Lékařská diagnóza:**

**Základní diagnózy:**

Chronická hepatitida C, jaterní cirhóza Child Pugh C, vaskulární i metabolická dekompenzace.

**Vedlejší diagnózy:**

Oligurie, progrese renální insuficience, hepatorenální syndrom

Splenomegalie, makrocytární anémie, trombocytopenie

Stav po (dále jen St. p.) terapii interferonem před 10 lety

St. p. tromboflebitidě PDK diferenciatně diagnostikovaný erysipel 6/ 2011

Arteriální hypertenze blíže neurčeného stádia, na terapii – t. č. sklon k hypotenzi

Osteoporosa, polyartróza



Posttraumatické lumbalgie, s pseudoradikulární iritací do DK (dolních končetin)

Syndrom karpálního tunelu l. dx. (vpravo)

Katarakta incipientní (počínající) bilaterálně (oboustranná)

St. p. parciální (částečné) thyreoidektomii cca 2001, substituční terapie

St. p. CHCE v roce 1980

St. p. fraktury obou zápěstí v 15 letech

### **Stav při přijetí:**

Fyziologické funkce: tělesná teplota 36,4 °C, krevní tlak 130/70 mmHg, TF 92'. Pacientka při vědomí, orientovaná osobou, místem, časem, zpomalené psychomotorické tempo, na dotaz odpoví přiléhavě s latencí, imobilní, ikterus kůže a sklér, bez cyanózy, eupnoická, subhydratace (nedostatek tekutin přijatých pitím), přiměřené výživy, spolupracující, unavená, mnohočetné hematomy na horních končetinách po kanylách, PMK odvádí. Bulby ve středním postavení, skléry ikterické, zornice izokorické (zornice mají stejnou velikost), spojivky bledé, jazyk lehce povleklý. Břicho na pohmat nebolestivé, měkké, ascites. Dolní končetiny oteklé ke stehnům.

## **8.2 Přehled provedených vyšetření**

Pro přehlednost uvádím i vyšetření z doby hospitalizace na neurologické klinice.

### **a) hospitalizace na neurologické klinice**

**11. 10. 2012 MRI Th- LS páteře** (magnetická rezonance hrudní a bederní páteře)  
závěr: Dorsální protruze disku (zadní vyklenutí meziobratlové ploténky) se zvýrazněním paramediálně vlevo s propagací do laterálního recessu vlevo v úrovni L 3/4, L 4/5, L5/S1 (L 3-5= bederní obratle, S1= křížový obratel), nejvýrazněji nález v segmentu L 3/4. Tuková přeměna kostní dřeně obratlů. Nejsou známky myelopatie (nezánětlivé onemocnění míchy) z útlaku.

### **b) hospitalizace na IV. interní klinice**

**25. 11. 2012 punkce ascitu**

závěr: Vypuštěno 1900 ml žluté tekutiny bez příměsí.

**4. 12. 2012 nativní RTG břicha**

závěr: Obraz rozvíjejícího se ileu nad tračником, bez zjevné překážky.

**8. 12. 2012 punkce ascitu**

závěr: Vypuštěno 2700 ml žluté tekutiny bez příměsí.

**15. 12. 2012 punkce ascitu**

závěr: Nic se nevypustilo.

**Laboratorní vyšetření:**

Uvádím jen hodnoty, které jsou změněné (snížené nebo zvýšené). Ostatní hodnoty jsou v normě.

<b>BIOCHEMIE</b>		<b>9. 12. 12</b>	<b>16. 12. 12</b>	<b>NORMA</b>
<i>Minerály</i>	<b>Na +</b>	128 mmol/ l	131 mmol/ l	132-142 mmol/l
	<b>K +</b>	3,6 mmol/ l	3, 7 mmol/ l	3,8-5,5 mmol/l
<i>Metabolity</i>	<b>Urea</b>	20, 6 mmol/ l	7, 7 mmol/ l	2,6-7,2 mmol/l
	<b>Kreatin</b>	159 µmol/l		44-110 µmol/ l
	<b>Kys. močová</b>	374 µmol/l		140-340 µmol/ l
<i>Jaterní testy</i>	<b>Bilirubin</b>	51, 3 µmol/l	29, 6 µmol/l	< 17 µmol/l
	<b>AST</b>	0, 82 µkat/ l	0, 93 µkat/ l	0,05-0,72 µkat/ l
	<b>GGT</b>		1, 43 µkat/ l	0,14-0,68 µkat/ l
	<b>ALP</b>		4, 85 µkat/ l	< 2, 29 µkat/ l
<i>Bílkovina</i>	<b>CRP</b>	10, 1 mg/ l		0- 10 mg/ l
<i>Diabetický profil</i>	<b>Glukóza</b>		3, 2 mmol/ l	4,2-6,0 mmol/l

## HEMATOLOGIE

KO	9. 12. 12	16. 12. 12	NORMA
<i>Erythrocyty</i>	3, 38 x 10 <sup>12</sup> /l	2, 62 x 10 <sup>12</sup> /l	3, 5- 5, 18 x 10 <sup>12</sup> /l
<i>Hemoglobin</i>		90 g/l	115- 160 g/l
<i>Hematokrit</i>		20	34- 47
<i>Trombocyty</i>		118 x 10 <sup>9</sup> /l	150- 300 x 10 <sup>9</sup> /l

KOAGULACE	16. 12. 12	NORMA
<i>INR</i>	1, 31	0, 8- 1, 2
<i>APTT</i>	40, 2 s	30- 40 s
<i>Fibrinogen</i>	1, 49 g/l	2, 0- 4, 0 g/l

### Fyzikální vyšetření při přijetí

- Pohled
- Poslech
- Pohmat
- Poklep

### Fyziologické funkce

Pacientka měla naordinováno sledování TK a TF 1x denně v 8:00, dne 6. 12. a 16. 12. měla kontrolní měření TK a TF v 12:00. Zaznamenané hodnoty jsou z doby mé odborné praxe.

<b>TK:</b>		<b>TF:</b>
5. 12.	105/ 60 mmHg	95´
6. 12.	100/ 60 mmHg; 120/60 mmHg (12:00)	85´; 82´ (12:00)
7. 12.	115/ 70 mmHg	100´
8. 12.	110/ 65 mmHg	85´
9. 12.	115/ 75 mmHg	95´
12. 12.	105/ 80 mmHg	102´
13. 12.	105/ 75 mmHg	100´
14. 12.	105/ 65 mmHg	98´
15. 12.	105/ 70 mmHg	88´
16. 12.	80/ 50 mmHg; 90/ 65 mmHg (12:00)	105´; 98´ (12:00)

### 8.3 Přehled terapie

**ATB** (antibiotika): CIPHIN 400 mg 5. 12. (10. den) až 12. 12. (17. den) dále ex. Biseptol 480 mg 13. 12. (1. den), 16. 12. (4. den), vzhledem ke konci naší odborné praxe nevíme, do kdy byl pacientce tento lék naordinován.

#### **CIPHIN pro infusione 200 mg/ 100 ml i. v. (intravenózně)**

- léková skupina: širokospektré fluorované chinolinové chemoterapeutikum
- dávkování:  $\bar{a}$  12 hodin (6:00, 18:00) aplikovat CIPHIN 400 mg i. v.
- nežádoucí účinky: nauzea, průjem, zvracení, bolest břicha, flatulence, vyrážka, svědění, reakce v místě injekce a infuze (pouze intravenózní podání, pocit slabosti, horečka, bolesti kostí a svalů (bolest končetin), zvýšení transamináz, bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku

#### **Biseptol 480 mg tbl. (tablety) p. o. (per os)**

- léková skupina: antibakteriální léčiva k systémové terapii, kombinace sulfonamidů s trimethoprimem a jeho deriváty
- dávkování: 0 – 0 – 1 (ráno- poledne- večer)
- nežádoucí účinky: kandidóza (druh mykózy), nauzea, průjem, zvracení, vyrážka, bolesti hlavy

**Perorální podání:** Po celou dobu hospitalizace.

**Letrox 75 mg tbl.**

- léková skupina: hormon štítné žlázy
- dávkování: 1 – 0 – 0
- nežádoucí účinky: bušení srdce, poruchy srdečního rytmu, pocit tlaku v okolí srdce, svalová slabost a křeče, pocit horka, nadměrné pocení, horečka, třes prstů, nespavost, úbytek hmotnosti, zvracení, průjem, bolesti hlavy, menstruační poruchy, kopřivka, bronchospasmus (křeče průduškové svaloviny s dušností), otok hrtanu

**Helicid 20 mg tbl.**

- léková skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
- dávkování: 1 – 0 – 1
- nežádoucí účinky: průjem, zácpa, abdominální bolest, nauzea, zvracení, závratě, ospalost, nespavost, vertigo, svědění, kopřivka

**Lactulosa 20 ml**

- léková skupina: digestivum (střevní regulans), laxativum
- dávkování: 1 – 1 – 0
- nežádoucí účinky: meteorismus, flatulence, průjem, bolesti nebo křeče v břiše, nauzea, zvracení, průjem

**Verospiron 50 mg tbl.**

- léková skupina: kalium šetřící diuretikum, antagonist aldosteronu
- dávkování: 1 – 0 – 1, změna v dávkování dne 9. 12. na 1 – 1 – 1 a dne 10. 12. na 2 – 1 – 0. Poslední změna zůstává již nezměněna
- nežádoucí účinky: hyperkalémie, nauzea, zvracení, spavost, bolesti hlavy, snížení libida, erektilní dysfunkce, gynekomastie (u mužů), napětí a zvětšení prsou, poruchy menstruačního cyklu

**Furon 40 mg tbl.**

- léková skupina: diuretikum

- dávkování: 1/2 – 0 – 0, změna v dávkování dne 9. 12. na 1/2 – 1/2 – 0 zůstává
- nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, průjem, oběhové poruchy (následkem zvýšeného vylučování moči): tlak v hlavě, závratě, poruchy zraku, alergické vyrážky, zvýšení kyseliny močové v séru, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství

**Dne 9. 12. byl přidán lék:**

**Kalnormin tbl.**

- léková skupina: draslík, chlorid draselný
- dávkování: 1 – 1 – 1
- nežádoucí účinky: zvracení, průjem, plynatost, velmi vzácně meléna, hyperkalémie (při omezené renální funkci)

**Dne 13. 12. byl přidán lék:**

**Nizoral tbl.**

- léková skupina: antimykotika pro systémové využití, imidazolové deriváty, ketokonazol
- dávkování: 1 tbl. denně
- nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolesti břicha, průjem, svědění, vyrážka, bolesti hlavy, závratě, somnolence

**Intravenózní podání:**

**Degan 10 mg/ 2 ml i. v.**

- léková skupina: antiemetikum, prokinetikum
- dávkování: 1 amp. (ampule) ā 8 hodin (6:00, 14:00, 22:00)
- nežádoucí účinky: únava, ospalost, neklid, nespavost, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, místní reakce v místě aplikace (bolestivost)

**Kanavit 1 ml/ 10 mg i. v.**

- léková skupina: vitamín (K)
- dávkování: 1 amp. ā 12 hodin (6:00, 18:00)
- nežádoucí účinky: reakce v místě vpichu (zánět), pocení, cyanóza, bronchospasmus

**Thiabene 2 ml/ 100 mg i. v.**

- léková skupina: vitamín (B<sub>1</sub>)
- dávkování: 1 amp. ā 12 hodin (6:00, 18:00), dne 12. 12. ex
- nežádoucí účinky: vyrážka, dušnost, šokové stavy

**Remestyp 1, 0 i. v.**

- léková skupina: vazopresorikum
- dávkování: 1 amp. ā 6 hodin (6:00, 12:00, 18:00, 24:00), dne 6. 12. ex
- nežádoucí účinky: bledost, zvýšený krevní tlak, bolesti břicha, nevolnost, průjem, bolesti hlavy

**Infuzní terapie:**

**Dne 5. 12. :**

**FR 1000 ml i. v.**

- léková skupina: ostatní aditiva k intravenózním roztokům
- dávkování: kapat 7 hodin (19:00 – 2:00)
- nežádoucí účinky jsou spojeny s technikou podání: febrilní reakce, infekce v místě vpichu, místní bolestivost nebo reakce, podráždění žíly, žilní trombóza, flebitida šířící se od místa vpichu, hypervolémie (zvětšený objem krve)

**Dne 6. 12.:**

**FR 500 ml i. v.**

- dávkování: kapat 5 hodin (10:00 – 15:00), dále ex

**Ostatní terapie:**

- Dieta: číslo 4 (s omezením tuků) + Nutridrink 3x denně 200 ml tekutiny do 1, 5 l od 14. 12.
- Bandáže: nad kolena
- Rehabilitace: na lůžku + posazovat
- Sledování bilance tekutin: ā 24 hodin

## **8.4 Ošetřovatelský proces podle modelu Virginie A. Hendersonové**

S pacientkou jsme sepsaly 13. den hospitalizace anamnézu. Jednalo se o 77 letou ženu, která byla hospitalizována pro pád v domácnosti dne 11. 10. 2012 na neurologické klinice VFN, odkud byla dne 24. 11. 2012 přeložena na IV. interní kliniku gastroenterologie a hepatologie pro jaterní selhání.

### **1. Dýchání**

#### **Subjektivně:**

„Potíže s dýcháním žádné nepociťuji. Nikdy jsem nekouřila, nelákalo mě to, i když mi přátelé často cigaretu ve společnosti nabízeli. Kašel jsem již dlouho neměla.“

#### **Objektivně:**

Dýchání je spontánní, sklípkové bez slyšitelných anomálií. Rytmus dýchání je pravidelný. Dechová frekvence je 16 dechů za minutu. Saturace 98 % atmosférického vzduchu. Pacientka bez kašle. Při dýchání zapojuje aktivně dýchací svaly.

### **2. Příjem jídla a pití**

#### **Subjektivně:**

„Jím málo, nemám vůbec chuť k jídlu, ale vím, že je důležité, abych jedla, tak se snažím alespoň něco malého sníst. Snažím se jíst třikrát denně. I doma jsem jedla střídavě a nepřejídala jsem se. Doma jsem vařila většinou českou kuchyní, protože jí mám nejraději. Často za mnou chodilo nějaké z mých vnoučat na oběd. Tak to se člověku vaří hned líp, než kdyby si měl jídlo dělat jen sám pro sebe. Od roku 1998, kdy mi sdělili moje onemocnění, dodržuji stravování, které mi doporučil lékař. Žádné doplňky stravy neužívám, myslím si, že je to zbytečné a za mého mládí tyto doplňky dostupné nebyly. Užívám pouze vitamin C v tabletách. Denně vypiji tak 1 litr až 1, 5 litru čisté vody nebo čaje. Dříve jsem měla ráda kávu, ale od té doby, co jsem nemocná, mi nedělá dobře na žaludek, proto už jí dlouhá léta nepiju. Alkohol neužívám. Poslední dobou mi je po jídle na zvracení. Vůbec to není příjemné, hodně mě to obtěžuje.“



**Objektivně:**

Aktuální váha: nelze určit, pacienta je imobilní

Váha před přijetím: 54 kg

Výška: 156 cm

BMI před přijetím: 22,2 = v normě

Turgor kůže: snížený

Dutina ústní: Sliznice jsou čisté a vlhké, jazyk červený a vlhký.

Chrup: Klientka má svůj chrup v dobrém stavu.

**Změny:** Od 12. 12. 2012 klientka má v dutině ústní soor (moučnivku), stěžuje si na lepení úst při mluvení.

Dieta: Číslo 4 (s omezením tuků) + Nutridrink 3x denně 200 ml

**Změny:** Od 14. 12. příjem tekutin do 1, 5l .

**3. Vylučování****Subjektivně:**

„Stolici jsem doma měla pravidelně, ale první dny, co jsem byla převezena do nemocnice, mě trápila zácpa. Teď už problémy nemám. S močením jsem nikdy potíže neměla.“

**Objektivně:**

Pacientka je imobilní. Má plenové kalhotky a zavedený PMK.

Moč: Čirá bez patologických příměsí, PMK funkční, odvádí.

Po dobu našeho ošetřování se mi pacientka jako inkontinentní nejevila. Verbálně byla schopna si říci o podložní mísu. Dle našeho úsudku by nemusela mít pleny ani zavedený PMK.

**4. Pohyb a udržování****Subjektivně:**

„Když jsem byla doma, tak jsem pravidelně cvičila jednoduché cviky, často jsem chodila s vnoučaty na procházky. V mládí jsem chodila do Sokola. Co jsem v nemocnici a nemůžu chodit, tak se snažím cvičit alespoň s prsty u nohou a pokrčovat nohy v kolenou. Ale někdy to nezvládám, protože mi není dobře. Jsem ráda, že za mnou chodí sestřička, která se mnou cvičí na lůžku.“

**Objektivně:**

Pacienta je imobilní a vzhledem k tomu nešlo zjistit jaké má držení těla, pohybovou koordinaci a chůzi. V provozování denních aktivit jí brání základní onemocnění. Patientka má sníženou svalovou pevnost, proto potřebuje dopomoc při změně polohy a veškerých běžných aktivitách. Při zhodnocení pacientčiny sebezpečí a soběstačnosti jsem využila Barthelův test, kdy celkový počet bodů, které pacientka získala byl 20 bodů a to znamená, že pacientka je vysoce závislá. příloha E

**5. Spánek a odpočinek****Subjektivně:**

„Spím dobře, po probuzení mám pocit vyspání. Někdy mám ale děsivé sny, které mě probudí a ne vždy se mi podaří znovu usnout. Spím tak 7 hodin. Léky na spaní jsem nikdy neužívala a žádné rituály před navozením spánku nemám.“

**Objektivně:**

Pacientky spánek je kvalitní, po probuzení je odpočatá, necítí se unavená. Občas pospává i přes den, zejména po návštěvách.

**6. Výběr vhodného oděvu – oblékání a svlékání****Subjektivně:**

„Dříve jsem se snažila oblékat podle módy, ráda jsem nosila sukně a boty na vysokém podpatku. Nyní mi je jedno, co mám na sobě, sama se nezvládnou obléknout, musí mi pomáhat sestry.“

**Objektivně:**

Pacientka potřebuje dopomoc při oblékání. Je oblékána do běžného nemocničního oblečení. Patientku převlékáme pokaždé při ranní hygieně nebo dle potřeby častěji.

**7. Udržení tělesné teploty, přizpůsobení se prostředí****Subjektivně:**

„ Od té doby, co ležím v nemocnici a nemůžu chodit, musím mít na sobě košili s dlouhým rukávem a pletené ponožky a být přikrytá peřinou, jinak mi je zima.“

**Objektivně:**

Pacientka má momentální tělesnou teplotu 36,4 °C. Zvýšeně se nepotí. Měření tělesné teploty teploměrem provádíme 2x denně 6:00 a 18:00.

**8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky****Subjektivně:**

„Byla jsem zvyklá se každý den sprchovat. Nyní jsem ráda, že se o mě sestřičky postarají a jsem v čistě. Obličej si mažu krémem a tělo mi natírají sestřičky dětským olejem.“

**Objektivně:****Stav úrovně soběstačnosti z hlediska hygieny:**

- Pacientka potřebuje pomoc při hygieně. Samostatně hygienu nezvládá. Toaleta je prováděna na lůžku dvakrát denně každé ráno a večer. Pacientka se na tento proces vždy těší, protože poté se cítí svěží.

**Kůže:**

- Tmavší barvy a mírně subikterická, vzhledem k onemocnění. Na obou horních končetinách se nachází hematomy po i. v. vstupech. Dolních končetiny má suché a oteklé až po stehna.

**9. Vyrovnávání se s nebezpečím z okolí a zabraňování zranění jiných****Subjektivně:**

„Když jsem doma upadla, tak byl u mě naštěstí vnuk a hned volal sanitku.“

**Objektivně:**

Pacientka je orientovaný časem, místem a osobou. Je imobilní, proto je nutná celková ošetrovatelská péče.

**10. Komunikace s okolím, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů****Subjektivně:**

„V mládí jsem ráda chodila do společnosti a bavila se s různými lidmi. Nyní také ráda hovořím, ale dlouhé hovory mě vyčerpávají a potřebuju si odpočinout a nabrat síl.“

Občas se mi stane, že během hovoru nevím, o čem jsme se bavili. Díky tomu, že jsem pracovala jako loutkoherečka tak jsem se snažila vždy mluvit spisovně.“

**Objektivně:**

Pacientka komunikuje velmi ráda a často. Dlouhé rozhovory jí vyčerpávají, občas se přestává orientovat v daném problému a potřebuje si odpočinout. Mluví spisovně, ne příliš hlasitě. Neverbální komunikace: Oční kontakt udržuje, nervózní se nejeví. Gestikulace je přiměřená.

## **11. Vlastní víra**

**Subjektivně:**

„V Boha věřím, ale do kostela nechodím. Svěřuji se a problémy řeším s rodinou, které důvěřuji.“

**Objektivní:**

Duchovní službu pacientka nevyžaduje i přesto, že je věřící.

## **12. Práce – zaměstnání, tvořivá činnost**

**Subjektivně:**

„Několik let jsem v důchodu. Pracovala jsem jako loutkoherečka. Velmi mě tato práce bavila a ráda na tyto časy vzpomínám. S manželem jsme chodili na plesy a do divadel. Nejraději čtu romány a sleduji telenovely.“

**Objektivně:**

Pacientka má deficit tvořivé činnosti z důvodu základního onemocnění.

## **13. Hra a rekreační aktivity**

**Subjektivně:**

„Než jsem otěhotněla, chodila jsem do Sokola. V mládí jsem jezdila s kolegy z divadla na výlety po republice a na vodu.“

**Objektivně:**

Pacientka se cítí unavená a díky tomu se do aktivit zapojuje minimálně.

## **14. Učení**

### **Subjektivně:**

„Mám středoškolské vzdělání. Chodila jsem na gymnázium, kde jsem také potkala svého manžela. Měla jsem tam spoustu přátel. Učení mě nebavilo, proto jsem na vysokou školu už jít nechtěla. Nejraději jsem měla přestávky.“

### **Objektivně:**

Pacientka má středoškolské vzdělání. Paměť – dlouhodobá paměť je funkční, pacientka s ní nemá problémy. Krátkodobá paměť je mírně omezena, vzhledem k věku. Jazyk je spisovný, nepoužívá vulgarismy.

## 9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy jsme stanovili dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“ první den, kdy jsme začali o pacientku pečovat na období čtyř dnů. Během těchto 14 dnů byl stav pacientky téměř beze změn. Diagnózy jsme rozdělili na aktuální a potenciální.

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

1. Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny, oblékání a mobility z důvodu dekompenzace základního onemocnění, imobility, únavy a celkové slabosti projevující se částečnou neschopností zvládnout každodenní sebepečí.
2. Porucha výživy z důvodu imobilizace, poruchy trávení, poruchy funkce střeva, změnou prostředí a stravy projevující se sníženým příjmem potravy, nauzeou, metabolickou nerovnováhou, nechutí k jídlu.
3. Nadbytek tělesných tekutin související se stádiem základního onemocnění projevující se generalizovaným otokem, ascitem.
4. Postižení sliznice dutiny ústní v důsledku nedostatečné hygieny dutiny ústní, oslabením organismu nemocí projevující se soorem, lepením se úst při mluvení.

### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy:**

1. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, PMK) a dekompenzace chronického onemocnění (ascites).
2. Riziko porušení kožní integrity z důvodu imobility, ascitu a otoků DK.
3. Riziko vzniku zmatenosti z důvodu metabolického rozvratu.
4. Riziko pádu z důvodu neurologického nálezu a celkové slabosti a vyčerpání na základě projevů nemoci.

## **9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- 1. Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny, oblékání a mobility z důvodu dekompenzace základního onemocnění, imobility, únavy a celkové slabosti projevující částečnou neschopností zvládnout každodenní sebekéci.**

**Priorita:** střední.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka bude v rámci svých možností soběstačná.

**Cíl krátkodobý:** Péče o pacientku bude zajištěna.

### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka projevuje ochotu ke spolupráci při rehabilitaci, nácviku a změně polohy.
- Pacientka zná rizikové faktory imobilizace, bezpečnostní opatření a umí je slovně vyjádřit.
- Pacientka si přivolá na pomoc sestru, když chce změnit polohu.
- Pacientka se snaží o udržení soběstačnosti v základních činnostech a snaží se udržet svalovou sílu.

### **Plán intervencí:**

- Zajisti pacientce vše potřebné na dosah z lůžka, včetně signalizačního zařízení – sestra
- Zajisti dostatek soukromí při dopomoci s hygienou, přebalováním – sestra, sanitář
- Zapoj pacientku do mytí – sestra, sanitář
- Ved' pacientku k aktivní péči o sebe sama dle jejích možností/schopností – všeobecná sestra, ošetrovatel
- Využívej zachovaných schopností pacientky a při změně polohy ji zapoj – sestra, ošetrovatel

- Pobízej pacientku k pravidelnému cvičení 2x denně pro zachování síly a ovládnání svalů – všeobecná sestra, sanitář

### **Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Při všech aktivitách, jako je vyprazdňování, hygiena, oblékání, mobilizace jsem pacientku povzbuzovala, aby mi pomáhala. Zajišťovala jsem dostatek soukromí při hygieně, přebalování, kdy ostatní mobilní pacientky jsem požádala, zda by mohly v době hygieny, přebalování opustit pokoj. Všechny potřebné věci měla pacientka na dosah z lůžka na nočním stolku a jídelním stolku. Signalizační zařízení měla pacientka umístěné nad lůžkem. Pacientku jsem pobízela, aby alespoň 2x denně cvičila, hlavně dolní končetiny. Pečovala jsem o psychiku pacientky tak, že při každé činnosti nebo vstupu na pokoj jsem s ní komunikovala. Pacientku pravidelně navštěvovala rodina i přátelé. Dle Barthelova testu základních všedních činností jsem zjistila pacientčinu aktivitu a úroveň pohyblivosti.

### **Hodnocení: 20. 12. 2012**

V rámci lůžka se pacientka obstarala. Sama se najedla, jen někdy potřebovala pomoc např. s nakrájením tužšího masa. Jedla vsedě na lůžku. Při dopomoci s ranní hygienou se pacientka myla na lůžku. Při hygieně se zapojovala tak, že se sama umyla, kam dosáhla. Po ranní hygieně jsem pacientce namazala záda a DK krémem, který jí přinesla rodina. Zbytek těla (obličej, ruce, dekolť) si pacientka namazala sama. Pacientka pomáhala i při oblékání, kdy si sama oblékla triko přes ruce a hlavu, s dooblečením potřebovala pomoci. Pomáhala i při změně polohy, kdy se nebránila změně polohy, snažila se otáčet, popřípadě se přidržovala postele, než jsme její polohu upravily. Když chtěla změnit polohu, zavolala si, pomocí signalizačního zařízení, na pomoc sestru, protože sama změnit polohu nedokázala. Pravidelně, ráno a navečer, cvičila s DK tak, že pohybovala s prsty u nohou a snažila se pokrčit nohy v kolenou. Když potřebovala vyměnit plenkové kalhoty, také si přivolala sestru. Podle mého úsudku si myslím, že pacientka byla schopná si včas říci o podložní mísu, ale vzhledem ke zvyklostem na oddělení měla plenkové kalhoty. Při přebalování jsem ošetřovala konečník a hýždě Menalind pastou. Pacientka byla komunikativní a neměla problém se bavit se zdravotníky a sdělit jim své potřeby. Každý den za pacientkou přišel někdo z rodiny, nejčastěji syn nebo vnuk. Při delším rozhovoru (delším než 15 minut)



si stěžovala na únavu a žádala chvilku (cca 5 minut) odpočinku, poté v rozhovoru mohla pokračovat. Dle testu Barthelové základních všedních činností byla pacientka vysoce závislá na pomoci zdravotníků. Problém trval od začátku hospitalizace po celou její dobu. Vzhledem ke stádiu nemoci se nepodařilo stav soběstačnosti zlepšit.

**2. Porucha výživy z důvodu imobilizace, poruchy trávení, poruchy funkce střeva, změnou prostředí a stravy projevující se sníženým příjmem potravy, nauzeou, metabolickou nerovnováhou, nechutí k jídlu.**

**Priorita:** střední.

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky je zabezpečené úplné krytí potřeby živin a energie

**Cíl krátkodobý:** Pacientka bude v průběhu hospitalizace zvyšovat příjem per. os.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka chápe příčiny.
- Pacientka chápe potřebné intervence.

**Plán intervencí:**

- Podávej dle ordinace lékaře léky, jako např. vitamíny, minerální přípravky, antiemetika – sestra
- Sleduj účinek léků podporujících vyprazdňování – sestra
- Sleduj nežádoucí účinky diuretik – sestra
- Zjisti stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel – sestra
- Zabraň výrazným pachům při jídle – sestra
- Pobízej pacientku k přiměřenému příjmu tekutin a upozorni ji, že by hodinu před jídlem neměla pít, protože to snižuje chuť k jídlu – sestra

**Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Podávala jsem léky dle ordinace lékaře: p. o.: Kalnormin, Lactulosa (pacientka měla sklon k zácpě), i. v.: Kanavit, Thiabene. Pacientka měla nauzeu. Ta se projevuje jako nežádoucí účinek diuretik (Verospiron, Furon) a Lactulosity, které pacientce byly

podávány dle ordinace lékaře. Zjistila jsem stravovací návyky a preferovaná jídla pacientky. Zabraňovala jsem nepříjemným pachům při jídle tak, že před jídlem, bylo-li to nutné, jsem na pokoji vyvětrala. Pobízela jsem pacientku k dostatečnému příjmu tekutin a vysvětlila jí, že hodinu před jídlem by se měla snažit nepít.

### **Hodnocení: 20. 12. 2012**

Zjistila jsem, že pacientka preferovala česká jídla, například velmi ráda měla vepřový řízek s kaší. Z tekutin měla ráda mléko a každý den si ho dala skleničku. Pacientka jedla vsedě v lůžku, kdy DK měla v lůžku a horní část postele pod hlavou a horní polovinou těla měla zvednuté tak, aby byla vsedě. Žádné zvláštní stravovací návyky neměla. Vzhledem k nemocniční stravě nebyla možná větší úprava jídel. Pacientka se najedla sama, jen někdy potřebovala pomoci např. s rozkrájením tužšího masa. Chuť k jídlu pacientka neměla, ale snažila se sníst z každého jídla, alespoň čtvrt porce. Někdy měla pacientka pocit na zvracení po jídle nebo i během jídla. U pacientky se nauzea neobjevovala po žádné konkrétní potravine. Dle ordinace lékaře se pacientce aplikovalo antiemetikum i. v. Degan 2ml 1 amp. ā 8 hodin. Hodinu před jídlem pacientka nevydržela nepít, ale snažila se nepít půl hodiny před jídlem, od 14. 12. 2012 měla omezený příjem tekutin na 1, 5l za 24 hodin. Dietu měla číslo 4, což je dieta s omezeným příjmem tuků a k tomu měla 3x denně Nutridrink 200 ml. Vypila pouze dva Nutridrinky denně, třetí odmítala. Pacientce nejvíce chutnal Nutridrink s vanilkovou příchutí. Dle ordinace lékaře byl pacientce podáván minerální přípravek Kalnormin, dávkování: 1 – 1 – 1 a vitamíny i. v.: Kanavit 1 ml 1 amp. ā 12 hodin a Thiabene 2 ml 1 amp. ā 12 hodin. Dále byly pacientce dle ordinace lékaře podávány diuretika p. o. - Verospiron 50 mg, poslední změna v dávkování byla ode dne 10. 12. 2012: 2 – 1 – 0, Furon 40 mg, poslední změna v dávkování byla od 9. 12. 2012: 1/2 – 1/2 – 0 a laxativum p. o. - Lactulosa 20 ml, dávkování: 1 – 1 – 0. Lactulosa byla pacientce podávána, protože měla sklon k zácpě. Po dobu hospitalizace měla stolici pravidelně každý den, nebo ob den. Tyto diuretika a laxativum mají mimo jiné jako nežádoucí účinek nauzeu. Problém trval od začátku hospitalizace po celou její dobu. Vzhledem k neměničím se stavu pacientky nedošlo ke změně v příjmu potravy.

### **3. Nadbytek tělesných tekutin související se stádiem základního onemocnění projevující se generalizovaným otokem, ascitem.**

**Priorita:** střední.

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky se neobjeví příznaky TEN

**Cíl krátkodobý:** Pacientka bude bez otoků DK

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka rozumí příznakům spojeným s nemocí.
- Pacientka má příjem a výdej tekutin v rovnováze.
- Pacientka sleduje množství tekutin, které přijala za 24 hodin.
- Pacientka nemá otoky.

#### **Plán intervencí:**

- Všímej si množství příjmu tekutin – sestra
- Sleduj hmotnost pacientky min. 1x týdně – sestra
- Zhodnot' příjem sodíku a bílkovin – sestra
- Měř dle ordinace lékaře fyziologické funkce – sestra, lékař
- Všímej si edému, anasarky (prosáknutí tkání vodou) – sestra
- Sleduj charakter a množství moči 24 hodin – sestra
- Zaznamenávej příjem a výdej tekutin za 24 hodin – sestra
- Posud' chuť k jídlu, popř. nevolnost, zvracení) – sestra, sanitář
- Věnuj pozornost kůži a sliznicím, protože je větší riziko vzniku dekubitů – sestra
- Kontroluj, zda se neobjevuje horečka – sestra
- Kontroluj laboratorní výsledky, např. urea, kreatinin – sestra
- Omez dle ordinace lékaře příjem sodíku a tekutin – sestra
- Podávej dle ordinace lékaře diuretika, antiemetika – sestra
- Prováděj včasnou mobilizaci – fyzioterapeut, všeobecná sestra, sanitář

**Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Sledovala jsem množství a rychlost příjmu tekutin u pacientky. Vzhledem k imobilitě pacientky se nedala zjistit její váha. Pravidelně 1x denně nebo dle potřeby jsem měřila fyziologické funkce- TK, TF, TT. Sledovala jsem výskyt dušnosti. Sledovala jsem edémy. Sledovala jsem charakter a množství moči. Zaznamenávala jsem přesný příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Sledovala jsem laboratorní výsledky urey a kreatininu.

**Hodnocení: 20. 12. 2012**

Pacientka pila přiměřeně, nevybila najednou velké množství tekutin, měla to rozložené do celého dne. U pacientky se sledovala bilancí tekutin za 24 hodin, dle ordinace lékaře:

Za 24 hodin:	Příjem tekutin	Výdej tekutin
5. 12. 2012	700 ml p. o. + 1000 ml infuze	1700 ml
6. 12. 2012	700 ml p. o. + 500 ml infuze	2100 ml
7. 12. 2012	1250ml p. o.	1750 ml
8. 12. 2012	1300 ml p. o.	1600 ml
9. 12. 2012	1250 ml p. o.	1300 ml
12. 12. 2012	1300 ml p. o.	2000 ml
13. 12. 2012	1600 ml p. o.	2200 ml
14. 12. 2012	1500 ml p. o.	2450 ml
15. 12. 2012	900 ml p. o.	2300 ml
16. 12. 2012 (za 8 hodin)	800 ml p. o.	1300 ml

Od 14. 12. 2012 měla omezený příjem tekutin na 1, 5l za 24 hodin.

Vzhledem k nemožnosti pacientky postavit se na nohy, nemohla být monitorována její váha, protože na oddělení nebylo žádné k tomuto omezení vhodné zařízení. Pacientka dušná nebyla ani si na dušnost nestěžovala. Pravidelně dle ordinace lékaře 1x denně ráno nebo dle potřeby jsem měřila a zaznamenávala TK, TF, TT. TT měla pacientka po dobu mé odborné praxe v normě. Kontrolní přeměření TK a TF ve 12: 00 měla pacientka naordinováno dne 6. a 16. 12. 2012, protože měla nízké hodnoty TK. Dne 6. 12. měla ráno TK 100/ 60 mmHg a TF 85', ve 12: 00 měla TK 120/ 60 mmHg a TF 82'. Dne 16. 12. měla pacientka ráno TK 80/ 50 mmHg, P 105',

ve 12:00 měla TK 90/ 65 mmHg a P 98'. Pacientka měla otoky DK až na stehna a měla ascites. Každý den ráno se jí dělaly bandáže DK nad kolena. Dle ordinace lékaře se jí podávaly diuretika p. o.: Verospiron 50 mg a Furon 40 mg. U ordinovaných léků jsem sledovala jejich účinek i nežádoucí účinky. U diuretik je jedním z nežádoucích účinků nauzea, která se u pacientky opakovaně vyskytla. Dne 8. a 15. 12. 2012 se u pacientky prováděla punkce ascitu, kdy 8. 12. bylo odpuštěno z ascitu 2 700 ml žluté tekutiny bez příměsi a dne 15. 12. se z ascitu neodpustilo nic. U obou punkcí jsem asistovala lékařce. Pacientka zaujímala polohu vleže na zádech. K punkci bylo za potřebí tohoto materiálu: sterilní rukavice, dezinfekce, 1 amp. 1% Mesocainu (lokální anestetikum; nežádoucí účinky: slizniční nebo kožní projevy alergické reakce, vzrušení, neklid, lehká zmatenost, chvění a třes končetin), černá a růžová jehla, 5 ml a 20 ml stříkačka, dlouhý infuzní set, nůžky, nádoba, do které odtékala tekutina z ascitu. Postup punkce: Lékařka si vyhmatala místo vpichu ve střední části břicha na levé nebo pravé straně. Poté jsem určené místo k vpichu odezinfikovala. Lékařka provedla místní znecitlivění okolí místa, které si vyhmatala pro provedení vpichu, 1% Mezsocainem, který aplikovala 5 ml stříkačkou s černou jehlou. 15 minut jsme čekaly až Mesocain začne působit, a pak lékařka provedla vpich růžové jehly do místa, které si předtím vyhmatala. Po vpichu na jehlu nasadila 20 ml stříkačku, poté aspirovala žlutou tekutinu z ascitu. Po aspiraci odpojila 20 ml stříkačku z jehly a napojila na jehlu dlouhý infuzní set, který odváděl tekutinu do připravené nádoby na odtok tekutiny z ascitu. Dlouhý infuzní set jsem na konci zastříhla tak, aby konec byl v nádobě. S pacientkou jsme po dobu punkce s lékařskou mluvily obě, ptaly jsme se jí, zda jí to nebolí nebo se jí nedělá nevolno, zda vydrží v určené poloze. Při odpouštění tekutiny z ascitu jsem pacientku chodila pravidelně kontrolovat po 10 minutách, kdy jsem s pacientkou komunikovala a kontrolovala jsem, zda stále set odvádí tekutinu z ascitu a kolik tekutiny je již vypuštěno. Lékařka naordinovala maximální odpuštění tekutiny z ascitu 5 l.

### **Hodnocení: 20. 12. 2012**

Problém trval od začátku hospitalizace po celou její dobu. Cíl se nepovedl splnit vzhledem ke stádiu onemocnění.

#### **4. Postižení sliznice dutiny ústní v důsledku nedostatečné hygieny dutiny ústní, oslabením organismu nemocí projevující se soorem, lepením se úst při mluvení.**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nebude mít soor

**Cíl krátkodobý:** U pacientky se neprojeví žádné defekty v dutině ústní

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka chápe příčiny obtíží.
- Pacientka zná postupy a způsoby na podporu zdravé ústní sliznice.

#### **Plán intervencí:**

Sleduj změny v dutině ústní (prevence soor) – sestra

Urči stav výživy a příjem tekutin – sestra

Posuď pacientčinu schopnost náležitě o sebe pečovat a dostupnost potřebného vybavení – sestra

Ověř konkrétní péči o dutinu ústní, frekvenci a způsob čištění zubů – sestra

Pouč pacientku, aby si dutinu ústní pravidelně kontrolovala – sestra

Pečuj o dutinu ústní – sestra, sanitář

Podávej antimykotika dle ordinace lékaře – sestra

#### **Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Zjistila jsem přítomnost sooru v dutině ústní a pacientčinu schopnost o sebe pečovat. Dále jsem zajistila dostatečný příjem tekutin. Ověřila jsem si, jak pacientka pečuje o svou dutinu ústní. Pacientka pečuje pravidelně, ráno při ranní hygieně, o svou dutinu ústní. Podávám antimykotika (Nizoral tbl.) dle ordinace lékaře.

#### **Hodnocení: 20. 12. 2012**

Dne 12. 12. 2012 si při vizitě stěžovala pacientka, že se jí při mluvení lepí ústa. Lékař prohlédnul pacientce dutinu ústní a zjistil, že má soor. Naordinoval jí od 13. 12. 2012 Nizoral tbl. 1x denně. Při mém ošetřování a pomáhání pacientce při ranní hygieně

si pacientka zuby čistila sama a čistila si je dostatečně. Stěžovala si však, že večer si zuby vyčistí málo kdy, že na večerní čištění zubů u imobilních pacientů sestřičky zapomínají. Když se ale sestřičkám připomene, tak pacientce na vyčištění zubů přinesou potřebné pomůcky. Problém vznikl dne 12. 12. 2012 a pacientka má soor i 16. 12. 2012, kdy moje odborná praxe končí. Cíl se po dobu mé odborné praxe splnit nepovedlo.

## **9.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, PMK) a chronického onemocnění (ascites).**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Nevznikne infekce u invazivních vstupů

**Cíl krátkodobý:** Snížit riziko infekce pravidelným sledováním a převazováním okolí invazivních vstupů

**Plán intervencí:**

**CŽK:**

- Dbej na zvýšenou hygienu rukou – sestra
- Kontroluj místo vpichu minimálně 1x denně – sestra
- Sleduj funkčnost a délku zavedení CŽK minimálně 1x denně – sestra
- Vyměňuj pravidelně dle standardu CŽK – lékař
- Postupuj při manipulaci asepticky – sestra
- Převazy prováděj asepticky dle ordinace lékaře nebo dle potřeby – sestra
- Zaznamenávej do dokumentace – sestra
- Sleduj místní projevy zánětu (zarudnutí, bolest, porucha funkce katétru) a celkové projevy zánětu (horečka, třes) minimálně 1x denně – sestra

**PMK:**

- Dbej na zvýšenou hygienu rukou – sestra
- Sleduj funkčnost a délku zavedení PMK minimálně 1x denně – sestra
- Vyměňuj pravidelně dle standardů PMK – sestra
- Sleduj místní a celkové projevy zánětu minimálně 1x denně – sestra
- Sleduj barvu a příměsi moče a sledovat množství moče za 24 hodin – sestra
- Sleduj a zapisuj dle ordinace lékaře bilanci tekutin – sestra
- Prováděj denně a dle potřeby zvýšenou hygienu genitálu – sestra
- Zaznamenej do dokumentace den zavedení nového PMK – sestra

**Ascites:**

- Podávej dle ordinace lékaře ATB a sledovat jejich účinek a nežádoucí účinky – sestra
- Pravidelně sleduj TT – sestra

**Realizace:**

Asepticky jsem prováděla převazy CŽK ob den nebo dle potřeby a zapisovala den převazu do dokumentace. Sledovala jsem a udržovala funkčnost CŽK a PMK. Do dokumentace byl zaznamenán den výměny PMK. Sledovala jsem místní i celkové projevy zánětu 1x denně. Sledovala jsem množství a vzhled moči. Prováděla jsem zvýšenou hygienu genitálu denně nebo dle potřeby. Zaznamenávala jsem bilanci tekutin za 24 hodin do dokumentace dle ordinace lékaře. Dle ordinace lékaře jsem podávala ATB, sledovala jejich účinek i nežádoucí účinky.

**Hodnocení: 20. 12. 2012**

CŽK i PMK měla pacientka zavedeny již před mým ošetřováním. CŽK měla dne 5. 12. 2012 zavedený 4. den a měla ho zavedený až do 16. 12. 2012, což byl 15. den. Výměnu CŽK měla naordinovanou na 17. 12. 2012. Místo vpichu i okolí CŽK bylo klidné bez známek zánětu a katétr byl funkční. Převazy se prováděly ob den nebo dle potřeby a den převazu se zaznamenával do dokumentace. Na převaz byly potřeba tyto pomůcky: rukavice, dezinfekce, sterilní tampóny, Inadine, transparentní fóliový obvaz. Okolí vpichu jsem odezinfikovala, poté jsem dezinfekci otřela sterilním tampónem, na stehy jsem dala Inadine a CŽK přelepila transparentním fóliovým obvazem, na který jsem napsala datum převazu. PMK byl dne 5. 12. 2012 zaveden



4. den a dne 11. 12. 2012, což byl 10. den, byl pro neprůchodnost vyměněn za nový (Foleyův katétr velikost 18 ch). Pacientka byla bez známek infekce. V moči nebyly žádné viditelné příměsi. Dle ordinace lékaře se pacientce zapisovala do dokumentace bilance tekutin za 24 hodin. Dle ordinace lékaře byly pacientce od 13. 12. 2012 podávány ATB- Biseptol 480 mg p. o. dávkování: 0 – 0- 1, jako dlouhodobá prevence spontánní bakteriální peritonitidy.

### **Hodnocení: 20. 12. 2012**

Riziko infekce trvalo od začátku hospitalizace po celou její dobu. Po dobu mé odborné praxe infekce nevznikla.

### **2. Riziko porušení kožní integrity z důvodu imobility a ascitu, otoků DK.**

**Priorita:** nízká.

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky se neprojeví známky dekubitů

**Cíl krátkodobý:** Kožní integrita není porušena

### **Plán intervencí:**

- Prováděj klasifikaci rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – sestra
- Kontroluj minimálně 1x denně kůži a sliznice a výsledky zapisuj do dokumentace – sestra
- Aktivizuj pacientku k udržení rozsahu pohybu kloubů, zajistit rehabilitační terapii – sestra
- Minimalizuj poranění při polohování a přesunu – sestra
- Pečuj o pokožku pacientky zvýšenou hygienou a promazáváním pokožky minimálně při ranní hygieně – sestra
- Udržuj lůžko v čistotě a suchu – sestra
- Sleduj výživu a hydrataci – sestra
- Založ při vzniku rány či dekubitu záznam – sestra

**Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Provedla jsem klasifikaci dle Nortonové. Minimálně 1x denně jsem kontrolovala stav kůže. Pacientka měla zajištěnou rehabilitační terapii 1x denně. Pravidelně jsem pečovala o pokožku pacientky při ranní hygieně a dle potřeby. Lůžko jsem udržovala v čistotě a suchu, při ranní hygieně jsem buď převlékla celé lůžko, nebo to, co bylo potřeba a vždy jsem vyměnila jednorázovou podložku.

**Hodnocení: 20. 12. 2012**

Provedla jsem klasifikaci dle Nortonové, kdy celkový počet získaných bodů byl 20, a to znamená, že pacientka měla střední riziko vzniku dekubitu. Při ranní hygieně a přebalování jsem kontrolovala stav kůže. Lůžko jsem přestýlala a upravovala při ranní hygieně popřípadě dle potřeby. Každý den za pacientkou docházel fyzioterapeut, který s ní cvičí horní polovinu těla i DK. Pacientka sama přes den cvičila ráno a večer s DK. Při polohování pacientka spolupracuje a pomáhá zdravotníkům. Problém trval od začátku hospitalizace a vzhledem ke stádiu onemocnění nadále pokračoval a mohl by se v budoucnu vzniknout. K porušení integrity kůže během mé odborné praxe nedošlo.

**3. Riziko vzniku zmatenosti z důvodu dekompenzace základního onemocnění.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je orientovaná místem i časem

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nejeví známky zmatenosti

**Plán intervencí:**

- Zhodnot' rozsah schopnosti udržení pozornosti, komunikace s okolím a přeměřené reagování – sestra
- Zjistí orientaci v čase, místě, osobě – sestra
- Zjistí léky, které pacientka užívá a jejich nežádoucí účinky – sestra
- Sleduj cyklus spánku a bdělosti, dobu spánku, kvalitu spánku – sestra

- Pozoruj podrážděnost, míru úzkosti, neklidu, apatie, lhostejností, halucinací v časových souvislostech (den- noc) – sestra
- Poskytni pacientce čas na komunikaci a rozhodování – sestra

**Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Zhodnotila jsem pacientčinu schopnost udržení pozornosti, komunikaci s okolím a přiměřené reagování. Zjistila jsem léky, které užívá a jejich vedlejší účinky. Pacientce jsem poskytovala čas na komunikaci a rozhodování.

**Hodnocení: 20. 12. 2012**

V době odebírání anamnézy a s prvních kontaktů s pacientkou jsem vyhodnotila možnost rizika projevů dekompenzace tohoto onemocnění ve formě akutní zmatenosti. Sledovala jsem schopnosti komunikace, kdy při delší komunikaci potřebovala pacientka čas na rozmyšlení se. V komunikaci nastávaly pauzy, byly přítomny náznaky zhoršené orientace v některých problémech. U pacientky jsem nepozorovala podrážděnost, úzkost, neklid, lhostejnost, apod. Problém přetrvával od začátku hospitalizace, ale do budoucna by se mohl projevit. Po dobu mé odborné praxe problém nenastal.

**4. Riziko pádu z důvodu neurologického nálezu a celkové slabosti a vyčerpání na základě projevů nemoci.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky k pádu nedojde

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nepocítuje slabost

**Intervence:**

- Zjistí riziko pádu – sestra
- Zajisti pacientce všechny potřebné věci na dosah z lůžka – sestra, sanitář
- Informuj pacientku o riziku vzniku pádu a jak mu předcházet - sestra
- Zjistí, zda si pacientka uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika vzniku pádu – sestra

- Odstraň případné bariéry – sestra
- Zajisti bezpečnost pacientky při všech léčebných a ošetrovatelských výkonech – sestra

**Realizace: 5. 12. 2012 - 20. 12. 2012**

Zjistila jsem riziko vzniku pádu. Pacientka dostala informace o riziku vzniku pádu a uvědomovala si rizikové faktory. Zajišťovala jsem bezpečnost pacientky při léčebných a ošetrovatelských výkonech.

**Hodnocení: 20. 12. 2012**

Pacientka měla rizikové faktory pro vznik pádu následující: věk nad 70 let, zrakový problém (brýle), užívání léků (diuretika, laxativa), pád v anamnéze, problém s pohyblivostí. Získaných bodů měla 5 z 11 a to znamená, že má zvýšené riziko vzniku pádu. Pacientka dodržovala doporučený režim. Byla imobilní, obsloužila se v rámci lůžka. Všechny potřebné pomůcky měla na dosah z lůžka. Když něco potřebovala, přivolala si sestru. Na noc měla preventivně zábranu na posteli. Za dobu mé odborné praxe k pádu nedošlo. Cíle bylo dosaženo.

## 10 EDUKACE

Edukace ve zdravotnictví slouží k tomu, aby se předcházelo nemoci, napomáhá udržení nebo navrácení zdraví. Přispívá ke zkvalitnění života jedince. Edukace zastává nezaměnitelnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence.

**Primární prevence:** zaměřuje se na zdravého jedince, zejména se zabývá opatřeními, které slouží k udržení zdraví a zlepšení kvality života (JUŘENKOVÁ, 2010).

**Sekundární prevence:** probíhá u jedinců, kteří jsou již nemocní. Zde se snaží zvýšit znalosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby pozitivními vlivy došlo k uzdravení a nedošlo k některým z možných komplikací (JUŘENKOVÁ, 2010).

**Terciální prevence:** je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné zdravotní obtíže. Zabývá se především na zlepšení kvality života tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukovanou je pacientka. Edukace probíhá nejprve v rámci vstupních informací a dále v průběhu celé hospitalizace. Edukace byla srozumitelná a přizpůsobená úrovni vnímání, chápání a zejména celkovému zdravotnímu stavu pacientky. Edukace probíhala na pokoji v době klidu, kdy byla pacientka odpočatá v době, kdy jsme měli obě dostatek času a není na plánu žádné plnění ošetrovatelských intervencí a ordinací. Zde se pacientka cítila příjemně. Obsahem edukace bylo seznámení s režimem na oddělení, edukace v oblasti daného onemocnění (medikace, pohybový režim, vyšetření), výživy, v oblasti aktivity a zejména v oblasti nutnosti dodržovat dietní opatření stanovené lékařem. Edukace probíhala formou rozhovoru s lékařem, sestrou, nutričním terapeutem a ostatním ošetřujícím personálem. Pacientce byly sděleny další možnosti, kde se může o dané problematice dozvědět více informací. Na závěr edukace bylo nutné ujistit se, zda pacientka všemu rozumí tzv. zpětnou vazbou. Edukace byla úspěšná, pacientka ví, co obnáší dané téma a aktivně odpovídala na mé dotazy.

## 11 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka byla přijata na oddělení IV. Interní kliniky VFN oddělení gastroenterologie a hepatologie dne 24. 11. 2012 pro jaterní selhání V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacientky nezlepšil. Průběh hospitalizace se komplikoval nevolností, kterou pacientka pociťovala skoro každý den. Velice kladně na pacientku působily téměř každodenní návštěvy jejích vnoučat, které se jí snažili dodávat co nejvíce energie. Ošetrovatelská péče probíhala podle stanoveného ošetrovatelského plánu. Hospitalizaci snášela dobře, snažila se spolupracovat v rámci možností vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. S ošetřujícím personálem na daném oddělení byla pacientka spokojená.

Pacientka byla řádně edukována a měla dostatek informací o všem, co se týkalo jejího onemocnění. Pacientka byla velice milá a přátelská. Po celou dobu mé odborné praxe si nepřála nic jiného než se ještě někdy dostat domů. Jak se mi, ale podařilo s odstupem času zjistit, pacientka na daném oddělení po čase bohužel zemřela.

## 12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### **Doporučení pro management:**

- podporovat vzdělávání všeobecných sester a ostatního zdravotnického personálu;
- zajistit průběžné proškolení zdravotnického personálu v oblasti daného onemocnění;
- zajistit proškolení personálu týkající se dodržování správné životosprávy.

### **Doporučení pro rodinu:**

- spolupracovat se zdravotnickým personálem;
- poskytovat potřebné informace o nutnosti dodržování správné životosprávy;
- podílet se na dodržování léčebného režimu.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- zkvalitnit a uspokojit přání a potřeby pacientky v nemocničním zařízení;
- dodržovat individuální přístup k pacientce;
- edukovat pacientku o léčebném režimu;
- oznamovat pacientovi vše, co u něho provádíš;
- mluvit pomalu a klidně;
- prohlubovat své vědomosti;
- spolupracovat s rodinou;
- zajistit si dostatek času na komunikaci s pacientem;
- zabezpečit soukromí s ohledem na stud pacientky;
- dávat dostatek prostoru na projevení pocitů a problému pacientky.

## ZÁVĚR

Odbornou praxi jsme vykonávali na IV. interní klinice gastroenterologie a hepatologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakultní Univerzity Karlovy v Praze u pacientky s jaterní cirhózou Child Pugh C. Toto onemocnění jsme si vybraly, protože nás již delší dobu zajímalo a chtěli jsme se o něm dozvědět více.

Při tvorbě této bakalářské práce jsme zjistili vše potřebné o jaterní cirhóze, seznámili jsme se s pracovištěm, kde o takto nemocné pečují. Zdravotnický personál byl velmi vstřícný a snažil se nám, co nejvíce pomoci. Zjistili jsme, že novější literatura, která se více zabývá problematikou jaterní cirhózy, není příliš dostupná. Z dostupné literatury pro naši práci, se stala největší inspirací kniha „Hepatologie“ od Ehramanna a kolektivu, vydané v roce 2010.

V praktické části jsme s pacientkou, která byla vstřícná a ochotná, sestavily anamnézu, podle které jsme zjistily pacientky potřeby, z nichž jsme sestavily ošetrovatelské diagnózy, u kterých jsme určily cíle. Většina z určených cílů se nám podařily splnit. Některé se nám nepodařilo splnit vzhledem ke stádiu pacientčina onemocnění. Prognóza tohoto stádia onemocnění nebývá příliš příznivá.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografická citace dokumentů je dle normy **ČSN ISO 690:2011**

BÁRTLOVÁ, Jarmila, 2000. *Patologie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0188-5.

BARTŮŇKOVÁ, Jiřina, 2007. *Autoimunita – vnitřní nepřítel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2044-9.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. 2. rozšir a aktualit. vyd. Praha: Grada, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

EHRMANN, Jiří et al., 2010. *Hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

EHRAMANN, Jiří a Petr SCHNEIDERKA, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. ISBN 978-80-246-0896-0.

HORÁK, Jiří a Josef STRÍTELSKÝ, 1999. *Chronické hepatitidy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7169-775-3.

JIRÁSEK, V., M. BRODANOVÁ a Z. MAREČEK, 2002. *Gastroenterologie, hepatologie*. Vnitřní lékařství, svazek IV. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0389-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

LATA, Jan et al., 2005. *Kritické stavy v hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0404-8.

LOMÍČKOVÁ, Zuzana, 2007. *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0897-3.

LUKÁŠ, Karel et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0785-3.

MÁDR, Robert., 2008. *Intervenční radiodiagnostické metody při vyšetření jater České Budějovice*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Ervín Oškrdal. Dostupné z: [http://www.jcu.cz/education/zverej\\_kvalif\\_praci.pdf](http://www.jcu.cz/education/zverej_kvalif_praci.pdf).

NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

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

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

SHERLOCKOVÁ, Sheila a James DOLEY, 2004. *Nemoci jater a žlučových cest*. Překlad jedenáctého vydání. Národní fond české hepatologické společnosti. ISBN 978-80-86703-00-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

TRUNEČKA, Pavel et al., 2009. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1671-1.

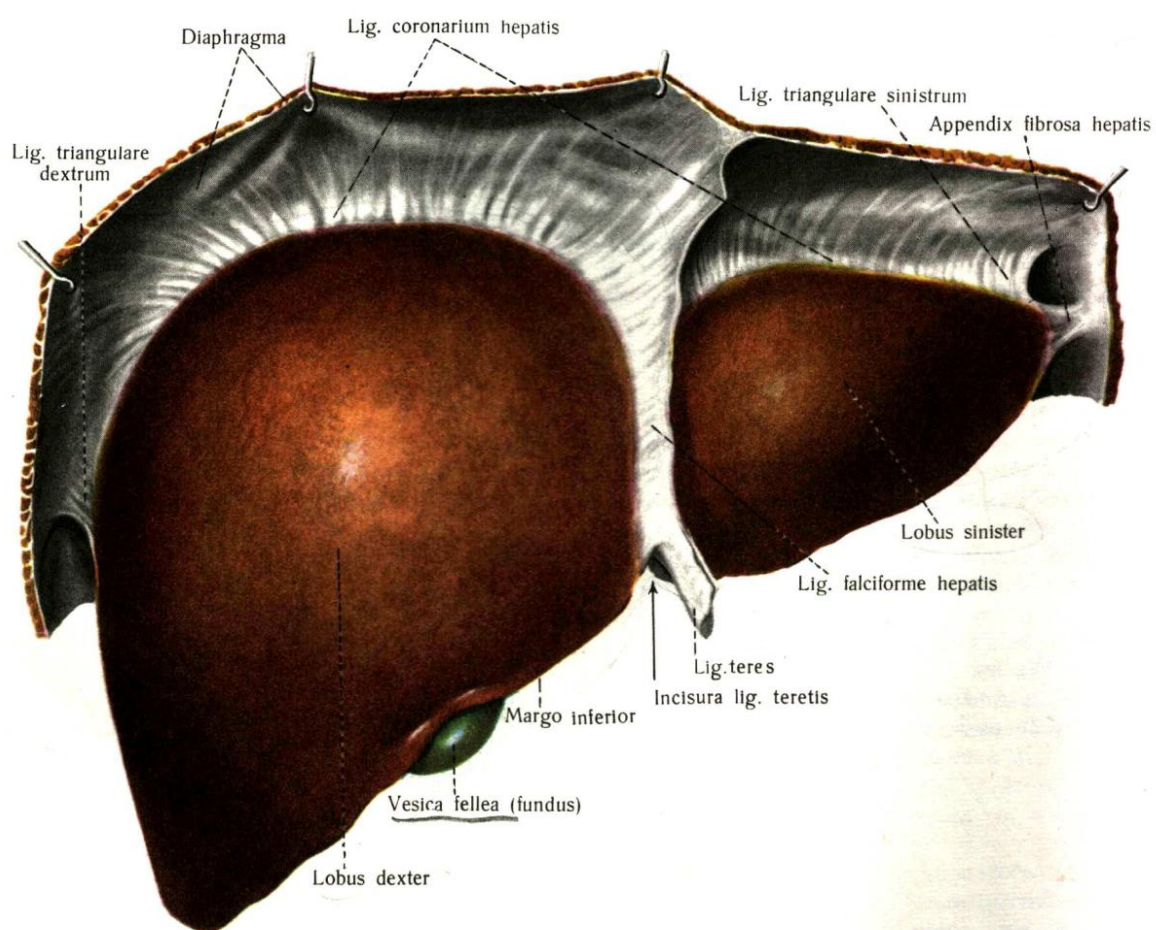
VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÝTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

# PŘÍLOHY

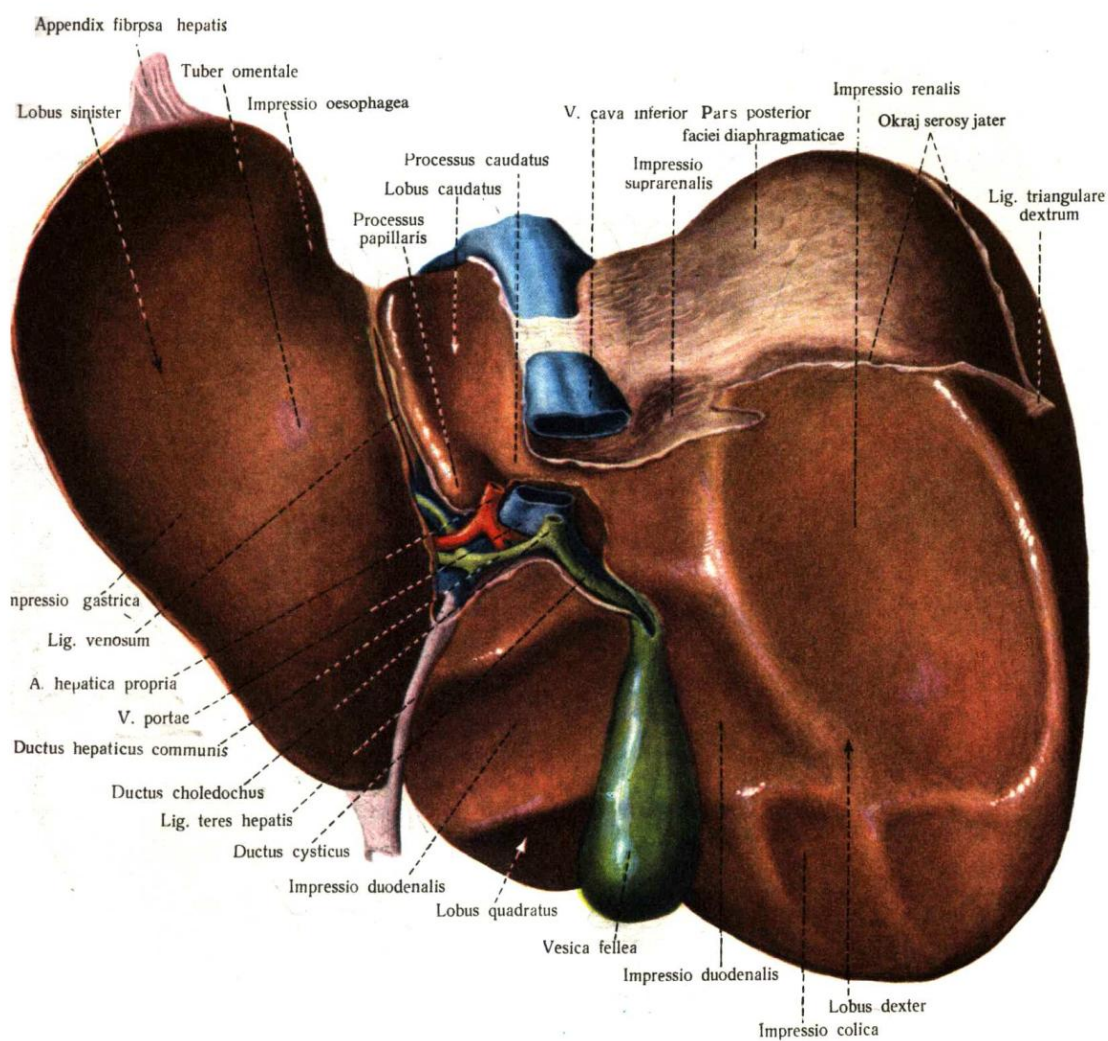
Příloha A – játra, pohled shora a zředu, brániční plocha.....	I
Příloha B – Játra pohled zdola, spodní plocha.....	II
Příloha C – Child-Pughova klasifikace pacientů s jaterní cirhózou .....	III
Příloha D – Hodnocení posuzující pacienta s jaterní cirhózou.....	IV
Příloha E – Barthelův test základních všedních činností.....	V

## Příloha A – játra, pohled shora a zředu, brániční plocha



Zdroj: MÁDR, 2008, s. 66

## Příloha B – Játra pohled zdola, spodní plocha



Zdroj: MÁDR, 2008, s. 67

## Příloha C – Child-Pughova klasifikace pacientů s jaterní cirhózou

Proměnná	1 bod	2 body	3 body	jednotky
<b>Bilirubin (celkový)</b>	< 34 (< 2)	34- 50 (2- 3)	>50 (>3)	μmol/l (mg/dL)
<b>Albumin</b>	> 35	28- 35	< 28	g/ L
<b>INR</b>	< 1.7	1. 71- 2. 20	> 2. 20	-
<b>Ascítes</b>	Není	Potlačený léčbou	Refrakterní	-
<b>Jaterní encefalopatie</b>	Není	St. I- II (nebo potlačena léčbou)	St. III- IV (nebo refrakterní)	-

Zdroj: EHRMANN et al., 2010 s. 53

## **Příloha D – Hodnocení posuzující pacienta s jaterní cirhózou**

**Stadium 0:** nejsou přítomny ani jícnové varixy ani ascites. Mortalita je kolem 1% za rok.

**Stadium 1:** Varixy bez ascitu a bez předchozího krvácení. Mortalita je 3-4% v průběhu 1 roku.

**Stadium 2:** Ascites bez ohledu na přítomnost varixů, bez předchozího krvácení z varixů. Mortalita je 20% za rok.

**Stadium 3:** Stav po krvácení z varixů s ascitem či bez něj. Mortalita je 57% za 1 rok.

Zdroj: EHRMANN et al., 2010 s. 53

## Příloha E – Barthelův test základních všedních činností

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	<b>5</b>
		neprovede	0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	<b>5</b>
		neprovede	0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	<b>5</b>
		neprovede	0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	<b>5</b>
		neprovede	0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	<b>0</b>
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	<b>0</b>
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	<b>0</b>
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	<b>0</b>
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	<b>0</b>
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	<b>0</b>
<b>Celkem</b>			<b>20</b>



Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

\*\*\* při hodnotách 0 – 60 kontaktujte fyzioterapeuta

Zdroj: archiv autora

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem „**Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou**“ v průběhu studia realizovaném na Vysoké škole zdravotnické o.p.s., Duškova 7, Praha 5

V Praze dne

Jméno a příjmení studenta