

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ
CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

TEREZA LORENZOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Praha 2014



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

Lorenzová Tereza
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou

Nursing Process for Patients with Cirrhosis of Liver

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 30. 5. 2014

podpis:

Poděkování:

Děkuji Mgr. Miroslavě Kubicové za příkladné vedení při zpracování bakalářské práce.
Za připomínky, cenné rady a podněty, které mi byly poskytnuty.

ABTRAKT

LORENZOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cirhózou jater*. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha 2014.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cirhózou jater a jeho vztah k nemoci. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí.

Teoretická část práce charakterizuje cirhózu jater, příčiny, příznaky, diagnostiku, charakteristiku vzniku onemocnění, komplikace, léčbu a prognózu onemocnění.

V druhé části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním.

Bakalářská práce je doplněna doporučením pro praxi.

Klíčová slova: Alkohol. Cirhóza jater. Léky. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

LORENZOVÁ, Tereza. *Nursing process for patient with Cirrhosis of liver*. The topic of this bachelor work is a nursing process of a patient with the liver cirrhosis and his relation to the disease. The work is divided into two main parts.

The theoretical part characterises the liver cirrhosis, instances, symptoms, diagnostics, characteristic of the origin of the disease, complications, treatment and prognosis of the disease.

The second part contains treating of a nursing process of patient with the disease.

The bachelor work is appended by a reference for practice.

Key words: Alcohol The liver cirrhosis. Medicaments. A nursing process

OBSAH

Seznam tabulek	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
1 Cirhóza jater	12
1.1 Charakteristika onemocnění.....	12
1.2 Historie onemocnění	12
1.3 Příznaky onemocnění	12
1.4 Příčiny onemocnění.....	12
1.4.1 Charakteristika jednotlivých příčin onemocnění	13
1.4.2 Vliv výživy na jaterní cirhózu	13
1.4.3 Vliv alkoholu na jaterní cirhózu	13
1.5 Diagnostika onemocnění.....	14
1.6 Komplikace jaterní cirhózy	16
1.7 Léčba onemocnění	21
1.7.1 Rozdělení léčby.....	22
1.8 Prevence onemocnění.....	24
1.9 Prognóza onemocnění	24
1.10 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s jaterní cirhózou.....	25
2 Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou	26
2.1 Ošetrovatelský proces	26
2.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	26
3 Doporučení pro praxi.....	52
Závěr	53

Seznam použité literatury54

Přílohy

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Childova-Pughova klasifikace	15
Tabulka 2 Identifikační údaje	29
Tabulka 3 Vitální funkce při přijetí	30
Tabulka 4 Popis fyzického stavu	34
Tabulka 5 Aktivita denního života	37
Tabulka 6 Posouzení psychického stavu	39
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu	42
Tabulka 8 Sociální role	43

SEZNAM ZKRATEK

ADL – alcohol liver disease

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotransferáza

AST – aspartátaminotransferáza

CT – výpočetní tomografie

GMT – gamaglutamyltransferáza

GOV – gastrooesophageal varices

Ch P – Child Pugh

IGV – isolated gastric varices

USG – ultrasonografie

VAS – vizuální analogová škála bolesti

ÚVOD

Jaterní cirhóza je onemocnění, které se vyskytuje ve velké míře na světě, a zároveň velmi rychle stoupá počet nemocných, často toto onemocnění končí smrtí. Postihuje lidi pracující, nezaměstnané i bez domova, je to volba každého z nich, avšak jejich léčba zatěžuje nás všechny. Léčba lidí s cirhózou jater je velmi ekonomicky nákladná a zdlouhavá neboť tito lidé se ve většině případů nesnaží léčit, jde jim o to cítit se lépe. Mnohdy jim stačí jen pár dnů náročné léčby, poté podepíší negativní reverzy či samovolně opustí prostory nemocnice. Všem je kolem jasné, že jim tahle euforie dlouho nevydrží a brzy se s některými příznaky zhoršujícího se onemocnění vrátí. Jedná se tedy o chronické onemocnění, které nejde 100 % vyléčit, protože cirhoticky změněná játra se již nemohou a ani nedokáží zregenerovat do původního stavu.

Je velmi důležité zjistit příčinu vzniku postižení jater, sledovat příznaky, postižení okolních orgánů a podle toho zaměřit léčbu. Nejen užívání léků, ale také správné stravovací návyky pomáhají při znovu nabírání sil nemocnému pacientovi.

V naší zemi je příčinou tohoto onemocnění nejčastěji alkohol, ve spolupráci se stresem, nezdravý životním stylem a nepravidelným stravováním.

1 CIRHÓZA JATER

1.1 Charakteristika onemocnění

„Jde o terminální ireverzibilní stadium mnoha jaterních chorob“ (VÁLEK et al., 2006, s. 38). „Jedná se o difúzní proces se zánětlivými a nekrotickými změnami s následnou fibrózou a tvorbou regeneračních uzlů. Samotná fibróza či samotná tvorba uzlů není cirhózou“ (SOUČEK, 2011, s. 389).

1.2 Historie onemocnění

Cirhotické změny znali již Řekové a Římané, jako první cirhózu jater popsal francouzský lékař René Théophile Hyacinthe Laënnec.

(<http://galenus.cz/clanky/zdravi/traveni-cirhoza-jater>).

1.3 Příznaky onemocnění

Projevy onemocnění jsou různé u každého pacienta, nemusí se projevovat vůbec nebo dyspeptickými potížemi a nakonec až selháním jater. „O dekompenzované cirhóze hovoříme při objevení příznaků, které vyplývají jednak z poruchy funkce jaterní buňky – hepatocelulárního selhání (ikterus, otoky, krvácivé projevy)“ (SOUČEK 2011). Dále se také projevuje chronickou únavou, svěděním kůže, suchostí v ústech a očích. „Lokální či systémové příznaky jaterní cirhózy a portální hypertenze“ (DÍTĚ., 2011).

1.4 Příčiny onemocnění

„Nejčastěji jde o parenchymovou fibrózu (v důsledku zvýšené produkce, ale i změn v odbourávání) s následnou přestavbou vyvolanou alkoholem (alkoholická ciróza jater) nebo chronickými hepatitidami typu B a C (postnekrotická nebo postvirová ciróza). Podobné změny mohou vyvolat i jiné toxiny či infekce, ale i autoimunitní hepatitidy, metabolické vrozené poruchy, cholestáza při biliární obstrukci primární či sekundární, granulomatózní hepatitidy“ (SOUČEK, 2011).

1.4.1 Charakteristika jednotlivých příčin onemocnění

„**Steatóza jaterní** – reverzibilní krátkodobá komplikace doprovázející abúzus alkoholu, při němž je tuk ukládán do jaterních buněk při zvýšené produkci a snížené oxidaci mastných kyselin v játrech.

Alkoholická hepatitida – zahrnuje jak steatotické změny tak nekrózy jaterních buněk.

Chronická virová hepatitida B a C – jedná se o infekce, které trvají déle než 6 měsíců.

Postvirová cirhóza – nález je podobný jako u alkoholové cirhózy, k vyšetření se využívá hlavně biopsie, léčba bývá symptomatická a řešením bývá také transplantace.

Biliární cirhóza – jedná se o extra či intrahepatální obstrukci žlučových cest se stázou žluči a vznikem nodulární fibrózy. Biliární příčina fibrózy je méně častá než alkohol nebo virová infekce. Může být primární či sekundární biliární cirhóza“ (SOUČEK., 2011, s. 390).

1.4.2 Vliv výživy na jaterní cirhózu

Pacienti s jaterní steatózou a cirhózou potřebují větší energetický příjem a zvýšené dávky bílkovin. Dodávat vysoké dávky energetického příjmu pouze sacharidy není vhodné. Člověk s hepatopatií potřebuje dietu číslo 4 s omezením tuků. „Je důležité si uvědomit, že vážne syntéza bílkovin, která probíhá v játrech. Jedná se jak o bílkoviny obecně (albumin, prealbumin, transferin apod.), tak například o srážecí faktory“ (GROFOVÁ, 2007, s. 112). Díky tomu vznikají otoky a ascites, dále také dochází k častému krvácení.

1.4.3 Vliv alkoholu na jaterní cirhózu

„Alkoholická nemoc jater (alcohol liver disease, ADL) vzniká jako jedna z nejčastějších orgánových komplikací konzumace alkoholu v důsledku interakcí behaviorálních, environmentálních a genetických činitelů. Vychází z předpokladu, že pravděpodobnost rozvoje jaterní léze je přímo úměrná délce a míře abúzu. Tato závislost není lineární, neboť k rozvoji ADL, kterými jsou steatohepatitida, fibróza a cirhóza, dojde pouze u malé části jedinců, kteří pijí alkohol ve vyšším než společensky tolerovaném množství. Prevalence etylické jaterní cirhózy je tak výrazně nižší než reálný počet alkoholiků a jedinců konzumujících alkoholické nápoje, což je skutečnost, která kontrastuje s všeobecně rozšířeným povědomím. Na rozvoji této nemoci se podílejí také

další faktory, mezi které patří charakter abúzu, výživa, pohlaví, genetická výbava a přítomnost hepatopatií jiné etiologie, například virových hepatitid. Souhrn těchto faktorů se označuje jako susceptibilita, vnímavost nebo náchylnost“ (ŠPIČÁK a kol., 2008, s. 87)

1.5 Diagnostika onemocnění

Jako u většiny onemocnění i tady se začíná fyzikálním vyšetřením (poslech, poklep, pohmat, pohled), hodnotí se velikost jater, charakter okraje, konzistence, citlivost a pulzace.

Dále se provádí laboratorní vyšetření:

a) biochemické vyšetření:

- celkový a přímý bilirubin – v séru
- aspartátaminotransferáza (AST) - v séru
- alaninaminotransferáza (ALT) - v séru
- gamaglutamyltransferáza (GMT) - v séru
- albumin – v séru
- celková bílkovina - v séru
- elektroforéza bílkovin - v séru
- cholesterol - v séru
- bilirubin - v moči
- urobilinogen - v moči

b) hematologické vyšetření:

- KO+diferenciál

c) hemokoagulační vyšetření:

- QUICK
- APTT
- INR

d) serologické vyšetření – zjišťuje se hladina protilátek

e) imunologické – zjišťuje hladinu IGG, IGA, IGM, další vyšetření na zjištění protilátek proti hepatitidám

(http://vnl.xf.cz/vnl/vnl_lab.vys.php)

„Pro stanovení diagnózy (přechodu chronické hepatitidy do cirhózy) je nejdůležitější ultrasonografie (USG) nebo CT (výpočetní tomografie)“ (Souček M., 2011). Důležité a zásadní pro stanovení diagnózy je biopsie jater. Využívá se také pro stanovení vhodné léčby, je také důležité pro „určení stupně onemocnění podle Childovy-Pughovy (ChP) klasifikace, která vychází z laboratorních a klinických známek poruchy jaterní funkce, vyjadřující funkční schopnost jater“ (SOUČEK, 2011).

Tabulka1 **Childova-Pughova klasifikace**

Bodové hodnocení	1	2	3
ascites	nepřítomen	mírný	refrakterní
stupeň encefalopatie	nepřítomen	1-2	3-4
bilirubin	<34	34-51	>51
albumin	>35	28-35	<28
protrombinový čas	1-3	4-6	>6
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3

(SOUČEK, 2011, s. 390)

Klasifikace je vyjádřena v bodech (minimum 5, maximum 15)

A = 5-6 bodů

B = 7-9 bodů

C = 10-15 bodů

1.6 Komplikace jaterní cirhózy

„Komplikací jaterní cirhózy jsou nejvýznamnějším limitujícím faktorem kvality života a přežívání nemocných s alkoholickou cirhózou. Pokrok v diagnostice a léčbě zlepšil nepříznivý vývoj dekompenzované alkoholické jaterní cirhózy a daleko převýšil dosavadní léčebné možnosti alkoholické fibrózy a cirhózy“ (EHRMANN et al., 2006, s. 88). Je také nutné myslet na to, že díky komplikacím, se z kompenzované cirhózy může stát dekompenzovaná, která ohrožuje pacienta na životě. "Do komplikací jaterní cirhózy řadíme: jaterní selhání, portální hypertenze, jícnové varixy, ascites, spontánní bakteriální peritonitida, jaterní encefalopatie, hepatorenální syndrom, cholestáza, Zieveho syndrom, hepatocelulární karcinom a další onemocnění zažívacího traktu. Nejčastěji bývá cirhóza doprovázená peptickým vředem, dále také příznaky gastritidy a průjmů.

- a) *Jaterní selhání:* po selhání jedné či více jaterních funkcí, dochází k ohrožení organismu jako celku, pak se jedná o jaterní selhání.

Akutní selhání, jde o výpadek jaterních funkcí na podkladě akutního těžkého postižení jater u nemocných, kteří do té doby netrpěli žádným jaterním onemocněním, nebo trpěli chronickým jaterním onemocněním, ale do té doby bezpříznakovým a plně kompenzovaným, například Wilsonova choroba.

Příčina: virové hepatitidy (A, B), léky (paracetamol, halotan, acylpyrin – Reyeův syndrom), toxiny (amanita phalloides, organická rozpouštědla), kardiovaskulární onemocnění (trombóza portální žíly, pravostranné srdeční selhání, šok, Buddův – Chiariho syndrom), gravidita, autoimunitní onemocnění.

V případě, že vznikne po abúzu alkoholu, nejedná se o akutní selhání jater, protože jim předchází postižení jater jako je alkoholická steatóza, fibróza nebo cirhóza. K selhání u kompenzované cirhózy může dojít například z vysokého příjmu bílkovin v potravě, krvácením do zažívacího traktu, fyzická námaha, ale také další.

Příznaky: jaterní encefalopatie s poruchou vědomí od somnolence až po kóma, ikterus, hepatální foetor, zmenšená játra v důsledku nekrózy, hemoragická diatéza v důsledku nedostatku faktorů krevní srážlivosti, syndrom DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie, arteriální hypotenze, hyperventilace.

b) *Portální hypertenze*: Objevuje se jak u chronické tak i u akutní jaterní cirhózy. Jedná se o zvýšený tlak v portálním řečišti. Fyziologicky je tlakový gradient 4 mm Hg (10 mm Hg = 13,6 cm H₂O = 1,03 kPa). Za hranici klinické závažnosti je považována hodnota 12 mm Hg. Tlak v portálním řečišti určují rezistence cévního průtoku a objem protékající krve. Dělí se na prehepatální, intrahepatální a posthepatální.

Prehepatální portální hypertenzi vyvolávají překážky průtoku krve v portální oblasti před játry. Posthepatální portální hypertenze vzniká při překážce odtoku krve z jaterních žil. Intrahepatální portální hypertenze vzniká při překážce před sinusoidami či v sinusoidách nebo na úrovni centrálních vén.

Příčiny intrahepatální portální hypertenze: kongenitální jaterní fibróza, sarkoidóza, chronická virová hepatitida, časná fáze primární biliární cirhózy, Wilsonova choroba, hemochromatóza, maligní onemocnění, polycystická nemoc jater, toxické onemocnění jater.

Příčiny sinusoidální portální hypertenze: jaterní cirhóza, akutní alkoholická hepatitida, akutní těhotenská, intoxikace vitamínem A, lékové postižení.

Příčiny postsinusoidální portální hypertenze: venookluzivní choroba.

Příznaky: První známkou prehepatální portální hypertenze je krvácení z jícnových varixů, rychle rostoucí ascites a hepatomegalie. Akutní venookluzivní choroba představuje závažnou komplikaci po transplantaci kostní dřeně s až 40 % mortalitou, projevuje se bolestivou hepatomegálií, žloutenkou a ascitem.

c) *Jícnové varixy*: Až 50 % nemocných s rozvinutou portální hypertenzí krvácí z jícnových varixů.

Pro jícnové varixy se používá klasifikace dle Paqueta (Paquet, 1975, HŮLEK, 2001)

- I. stupeň – jeden nebo více varixů, které neprominují nad úroveň sliznice
- II. stupeň - dilatované varikózní uzly prominující nad úroveň sliznice
- III. stupeň – počet varikozity výrazně prominující nad úroveň sliznice
- IV. stupeň – mnohonásobně dilatované varixy, „red spots“

Pro varixy žaludku je užívána klasifikace dle Sarina (Sarin, 1992):

GOV 1 (gastrooesophageal 1) – sdružené varixy v jícnu a na malé křivině

GOV 2 (gastrooesophageal 2) – varixy v jícnu a ve fundu či na velké křivině

IGV 1 (isolated gastric varices 1) – varixy izolovaně ve fundu žaludku

IGV 2 (isolated gastric varices 2) – varixy izolovaně v antru žaludku či v duodenu

- d) *Ascites*: Zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní přesahující fyziologickou hodnotu, což je 150ml.

Patogeneze závisí na jeho příčině. Zhruba 80 % všech ascitů má za následek jaterní cirhóza, pravostranná srdeční nedostatečnost. Přítomnost tekutiny v dutině břišní je způsobená nerovnováhou mezi její tvorbou a vstřebáváním.

Příznaky: Pokud je v břiše méně než 3 litry, je to obvykle bez příznaků. Pokud však obsahuje větší množství tekutiny, zvětšuje se obvod břicha a je příčinou difuzní tlakové bolesti, plynatosti. Někdy také způsobuje dechovou tíseň, otoky dolních končetin. Již malé množství ascitu 200 – 300 ml je prokazatelné na sonu břicha. Při každém zjištěném ascitu má být provedena diagnostická punkce.

Transudát – charakteristika

- Specifická hmotnost méně než 1,014 g/l
- Obsah bílkovin méně než 25 g/l
- Rivaltova zkouška negativní
- Sérum – ascites albuminový gradient (SAAG) více než 11

Transudát - příčiny

- Jaterní cirhóza
- Pravostranná srdeční dekompenzace
- Konstriktivní perikarditida
- Buddův- Chiariho syndrom

Exsudát – charakteristika

- Specifická hmotnost více než 1,014 g/l
- Obsah bílkovin více než 25 g/l
- Rivaltova zkouška pozitivní
- SAAG méně než 11

Exsudát – příčiny

- Nádory
 - Záněty
 - Pankreatitida
- e) *Spontánní bakteriální peritonitida:* Bakteriální infekce ascitické tekutiny bez chirurgicky léčitelného zdroje infekce. U nemocného s jaterní cirhózou znamená vážnou komplikaci. Zdrojem se považuje střevo, nejčastěji totiž obsahuje *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Proteus*.
- f) *Jaterní encefalopatie:* Reverzibilní komplexní neuropsychiatrický syndrom, charakterizovaný poruchami vědomí, chování, změnami osobnosti a neurologickými poruchami.

Typ A – Jaterní encefalopatie provázející akutní jaterní selhání.

Typ B – Jaterní encefalopatie provázející portosystémové zkraty při normální funkci jater a i při normální jaterní histologii.

Typ C – Jaterní encefalopatie provázející jaterní cirhózu nebo jiné jaterní onemocnění zároveň s četnými portosystémovými kolaterálami.

Příčiny encefalopatie jsou multifaktoriální a komplexní. Změna funkcí receptorů pro kyselinu gama – aminomáselnou – neurotransmitter s tlumivými účinky. Způsobují ji amoniak, neurosteroidy, opioidy, fenoly, mastné kyseliny, benzodiazepiny. Mozkový otok, je v 80% u jaterní encefalopatie 4. stupně.

Stádia jaterní encefalopatie:

- I. stupeň – mírná zmatenost, euforie či deprese, snížená pozornost, zpomalené myšlení, zvýšená dráždivost, poruchy spánkového režimu
- II. stupeň – spavost, letargie, výrazná porucha schopnost řešit mentální úlohy, změny osobnosti, neadekvátní chování, přechodná dezorientace
- III. stupeň – somnolence, dezorientace místem i časem, zmatenost, amnézie, nesrozumitelná řeč
- IV. stupeň – kóma

g) *Hepatorenální syndrom:* Příčina může být způsobená přímou reflexní vazbou mezi játry a renální cirkulací. Nebo také hemodynamické změny provázející jaterní selhání a portální hypertenzi. Vazokonstrikce renálních cév se současným poklesem krevního tlaku vedou k funkčním ledvinným abnormalitám charakterizujícím syndrom. Rozlišujeme akutní, rychle progredující hepatorenální syndrom, obvykle se špatnou prognózou, chronický hepatorenální syndrom je většinou stabilizovaný. Hepatorenální selhání nastane v případě, že dojde současně k selhání ledvin a jater, nebo septický šok při cholangitidě apod. Hepatorenální syndrom vzniká výhradně u pacientů s ascitem při portální hypertenzi.

K diagnostice hepatorenálního syndromu využíváme hlavní a doplňková kritéria.

Hlavní kritéria:

1. Akutní nebo chronické jaterní onemocnění, se známkami těžké insuficience. Nebo také selhání jater s portální hypertenzí a s ascitem.
2. Nízká glomerulární filtrace, která je vyjádřena sérovým kreatininem větším než 135 μ mol/l nebo kreatininovou clearance menší než 40 ml/min.
3. Nepřítomnost šoku, nepřítomnost bakteriální infekce, vyloučení nedávného podávání nefrotoxických léků.
4. Není setrvalé zlepšení ledvinných funkcí po doplnění intravaskulárního objemu 1,5 l fyziologického roztoku nebo koloidu.
5. Proteinurie není nebo je menší než 0,5 g/den.
6. Nejsou žádné známky poškození ledvin a močového syndromu na sonu.

Doplňková kritéria:

1. Diuréza je menší než 500 ml/den.
2. Natriuréza je menší než 10 mmol/l.
3. Osmolalita moči je větší než osmolalita séra.
4. Není ani mikroskopická hematurie.
5. Natremie je menší než 130 mmol/l.

h) Cholestáza: Jedná se o stázu žluči, což znamená, že žluč se nedostane do duodena. Může vzniknout při jakékoliv poruše mezi hepatocytem a Vaterovou papilou.

Ch) Zieveho syndrom: Objevitel jej popsal jako žloutenku vzniklou u nemocných s alkoholickou jaterní cirhózou po alkoholickém excesu, který dále charakterizován hemolytickou anémií a hypercholesterolemií. Je doprovázen laboratorními známkami cholestázy (ALP, GMT), kterou je třeba odlišit od cholestázy extrahepatální.

I) Virové hepatitidy B a C

J) Hepatocelulární karcinom: Je jedním z nejčastějších maligních onemocnění, tvoří asi 5 % všech malignit. Vyznačuje se vysokou úmrtností, většina nemocných se nedožije jednoho roku od stanovení diagnózy. Příčiny jsou různé, nejdůležitější rizikové faktory jsou chronická virová hepatitida B a C ve stadiu jaterní cirhózy a alkoholické cirhóza. Dále také vzniká na podkladě biliární cirhózy, cholangitidy, Wilsonovy choroby, na podkladě léků či tabákových zplodin“ (EHRMANN, 2006, s. 88 – 109).

1.7 Léčba onemocnění

„Základem léčby je abstinence alkoholu. Je důležitá spolupráce nemocného s ošetřujícím lékařem, psychologem, psychiatrem, ale také s rodinou. V odvykacím režimu se využívají i farmakologické metody například Antabus, Dispan, Colme. Po požití alkoholu a současném užití těchto léků dojde k zvýšení acetaldehydu, který způsobí nevolnost, zvracení a bolest hlavy. Léčba je doprovázena toxickými účinky, například neuropatie, poškození srdce a jater. Je důležité monitorovat abstinenci. Sledují se hodnoty AST, ALT, GMT, střední objem erytrocytů. Medikamentózní léčba cirhózy, tedy zpomalení progresu procesu fibrotizace a cirhotické přestavby jaterní tkáně je velmi svízelná“ (EHRMANN, 2006, s. 116).

1.7.1 Rozdělení léčby

Léčba jaterní cirhózy: medikamentózní

- Propyltiouracil
- Kolchicin – má protizánětlivý a antifibrotický účinek
- Antioxidancia – využívá dvě látky, silymarin a S-adenosylmetionin.
U alkoholické hepatitidy dochází ke krátkodobému zlepšení prognózy, u nemocných s jaterní cirhózou je dlouhodobé zlepšení prognózy.

U léků, které mají antifibrotické účinky je důležité, aby se užívaly dlouhodobě, měly by mít minimum vedlejších účinků.

Léčba komplikací:

- *Léčba cholestázy:* Farmakologické využití je malé. Je nutné substituovat vitamíny rozpustné v tucích A, D, E a K.
- *Léčba portální hypertenze:*
 - a) *Farmakologická léčba portální hypertenze:* vazokonstrikčně působící léky, krátkodobě působící, snižují průtok krve a tím i průtok portální a vede k snížení portálního tlaku, například vazopresin, terlipresin, somatostatin, octreotid a nitráty. Využívá se také léčba beta-blokátory, nejlepší účinek má propanolol, metipranol, atenolol pro svůj delší účinek.
 - b) *Chirurgická léčba portální hypertenze:* dělí se na kauzální a symptomatické výkony.

Kauzální metodou je transplantace jater, vede k úpravě funkcí k normálu, ale vyžaduje celoživotní nutnost imunosuprese se všemi důsledky.

Symptomatické výkony jsou sice nákladné, ale efekt léčby je dobrý, ale játra zůstávají nemocná a choroba progreduje. Účelem je vytvoření portokaválních spojek. Spojky jsou centrální a periferní. Hlavní nevýhodou centrálních spojek je možný rozvoj jaterní encefalopatie. Hlavními jsou, centrální portokavální spojka end-to-side, centrální portokavální spojka side - to - side a centrální mezokavální spojka. Mezi periferní spojky patří splenorenální proximální spojka dle Lintona a splenorenální distální spojka dle Warrena. Výhodou spojek periferních je malá tendence k encefalopatii, ale jedná se o technicky náročný výkon.

- *Léčba krvácení z jícnových varixů:* Léčba jícnových varixů se dělí:
 1. Léčba akutně krvácejících jícnových varixů
 2. Léčba proběhlého krvácení, které bylo jednoznačné, avšak v době vyšetření ustalo.
 3. Léčba varixů, které krvácely v minulosti – tzv. sekundární prevence.

V první řadě se musí pacient hemodynamicky stabilizovat. Zavádí se centrální žilní katetr a centrální žilní tlak se udržuje v rozmezí 2-5 mm Hg, hematokrit 25-30 % a hemoglobin by neměl přesáhnout 100g/l. Podává se vitamin K. U krvácejících varixů se provádí sklerotizace, dále se mechanicky brání krvácení pomocí balónkové sondy. Farmakologická léčba mezi přípravky patří terlipresin, který se podává se hlavně v předhospitalizační fázi léčby. V jednorázové dávce je 1 – 2 mg i. v. podle váhy.
- *Léčba ascitu:* Klid na lůžku, omezení sodíku v dietě. Horní hranice je 5 - 7,5 g soli denně. Důležité je vyloučit nefrotoxické léky, jako jsou nesteroidní antiflogistika, aminoglykosidová antibiotika a další léky. Dále se podávají diuretika, hlavně furosemid a spirolakton. Dále se doporučuje také provést punkci ascitu, zhruba 5-6 litrů, je ale důležité sledovat krevní tlak, protože může dojít k náhlému poklesu při velké ztrátě tekutin.
- *Léčba jaterní encefalopatie:* léčba musí být komplexní. Jedná se o projevy jaterního selhání, a proto je důležité léčit i ostatní projevy. Je důležité snížit nadměrný přívod bílkovin v potravě, léky, alkohol, krvácení do trávicího traktu, infekce a jiné. Není vhodné drasticky snížit příjem bílkovin, celková hodnota přijímaných bílkovin by měla být, 1 g/kg váhy. K snížení amoniaku, se využívá podávání nestravitelných disacharidů, laktulózy a laktitolu. Zároveň se podávají hepatoprotektiva a fosfolipidy.
- *Léčba hepatorenálního syndromu:* je třeba odstranit vyvolávající příčinu, dále je důležité ovlivnit hypovolemii, avšak fyziologický roztok je nevhodný. Doporučuje se podávat substituci albuminu, či jiné koloidní roztoky.

- *Léčba hepatorenálního karcinomu:* chirurgická resekce se provádí u lidí s dobrou jaterní funkcí (Child-Pugh A). Transplantaci jater lze provést u pacientů s jaterní cirhózou a solitárním ložiskem o velikosti do 5 cm či 2-3 ložiska o velikosti do 3 cm. Perkutánní destrukce – aplikace etanolu, radiofrekvenční ablace, mikrovlnná destrukce, kryodestrukce, použití laseru“ (EHRMANN, 2006, s. 116-124).

1.8 Prevence onemocnění

Základem prevence je zabránění vzniku onemocnění, při již vzniklém onemocnění je nutné upravit životní styl, jídelníček, vynechat konzumaci alkoholu, dodržovat užívání léků a pravidelné návštěvy lékaře. Součástí prevence je také očkování rizikových lidí proti hepatitidě B. Doporučuje se snížit užívání léků na minimum, nepřidávat další farmaka mimo vědomí lékaře. Avšak doporučuje se užívat potravinové doplňky, které mohou výrazně pomoci v léčbě. Pacienti by měli ze svého jídelníčku vynechat smažená, sladká a kynutá jídla, naopak by měli preferovat vařená a dušená. Velmi důležitý je také odpočinek a spánek, který napomáhá k regeneraci celého organismu (<http://www.cirhozajater.cz/prevence-proti-cirhoze-jater/>).

1.9 Prognóza onemocnění

U pacientů s alkoholickou cirhózou jater je prognóza lepší než u pacientů s cirhózou jater jiné etiologie. Nejdůležitější rozhodnutí je na pacientovi, musí se rozhodnou abstinovat. „ V jedné studii pocházející z Velké Británie bylo prokázáno 5leté přežití nemocných se symptomatickou alkoholickou cirhózou v průměru u 50 % nemocných. Dalším faktorem ovlivňujícím kvalitu života a délku přežití je úroveň prevence a léčby komplikací. Průměrné 4leté přežívání nemocných s ascitem bylo zjištěno ve 20 % případů, u nemocných s jaterní encefalopatií nebo krvácením z jícnových varixů v 10 %, ale u nemocných se symptomatickou, ale kompenzovanou alkoholickou cirhózou, tedy bez komplikací, v 60 %“ (EHRMANN, 2006, s. 85 – 86).

1.10 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s jaterní cirhózou

Pacienti s jaterní cirhózou bývají hospitalizováni na standardním oddělení, dále dle aktuálního zdravotního stavu mohou být také na jednotce intenzivní péče. Důležité je zjistit příčinu onemocnění a řešit ji. Dále je důležité, aby pacienti brali pravidelně a dlouhodobě léky předepsané lékařem, a hlavně se vyvarovali alkoholu. Pacienti by měli dodržovat také danou dietu.

Poloha a pohybový režim

Dle schopnosti o sebe pečovat pacienta uložíme na lůžko, zajistíme signalizaci a všechny potřebné pomůcky. Necháme pacienta, aby si vybral polohu, která je mu příjemná, můžeme také doporučit například ortopnoickou polohu v případě dušnosti.

Monitorování

Je nutné sledovat fyziologické funkce, kam řadíme: tlak, pulz, tělesnou teplotu, dech. Sleduje se také příjem stravy a tekutin. Jeden z důležitých parametrů, které musíme sledovat u těchto pacientů, jsou váha, což znamená, že se pacient denně váží a zároveň se mu měří obvod pasu pro zjištění případného ascitu. Sestra dále sleduje frekvenci a barvu stolice, moči.

Výživa

Pacient by měl mít dietu číslo 4, s omezením tuků.

Vyprazdňování

Sestra musí sledovat pravidelnost vyprazdňování stolice, barvu, množství, zápach, příměsi, to stejné sledujeme u moči.

Hygienická péče

Dopomoc při hygieně se odvíjí od soběstačnosti pacienta. Je nutné aktivně nabízet pomoc.

Spánek

Sestra by měla zajistit klidné prostředí a dostatek odpočinku. Před spaním je vhodné vyvětrat pokoj.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

2.1 Ošetřovatelský proces

Jedná se o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem je zjistit aktuální stav pacienta, reálné a potenciální problémy, dále vytvořit plány, intervence tak abychom došli k cíli a mohli zhodnotit účinnost péče.

Jednotlivé kroky navzájem na sebe logicky navazují a prolínají se, umožňuje individuální přístup ke každému pacientovi. Dále také umožňuje interpersonální spolupráci, zdůrazňuje zpětnou vazbu, která umožňuje kontrolu kvality poskytované péče, nebo k úpravě péče, pokud nedošlo k očekávanému cíli.

Při vytváření ošetřovatelského procesu, je nutný, sběr údajů, analýza získaných údajů, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení dosažených cílů. (SYSEL, 2011)

2.1.1 Fáze ošetřovatelského procesu

1. POSUZOVÁNÍ - první fáze

- Jedná se o sběr informací o pacientovi, jak subjektivních, tak objektivních, získaných z různých zdrojů (od pacienta, vlastním pozorováním, fyzikálním vyšetřením sestrou, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných pacienta, od ostatních zdravotnických pracovníků).

U pacienta trpícího cirhózou jater se sleduje ikterus, ascites, bolesti břicha, dušnost, caput meduse, obvod břicha, váha. Dále se také sleduje vyprazdňování stolice a moče, barva a množství. Otoky dolních končetin, krvácivost, mravenčení končetin. V dutině ústní se často vytváří afty a špatně se hojící defekty.

2. DIAGNOSTIKA - druhá fáze

- Cílem je zhodnocení aktuálních a potenciálních problémů pacienta. Z těchto informací se vytváří aktuální a potenciální diagnózy (SYSEL, 2011).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u cirhózy jater jsou: dyspeptické potíže jako následek poruchy trávení, poruchy výživy působené následkem dyspepsie a poruchy metabolismu, zvýšení objemu tělesných tekutin, změna barvy kůže z poruchy jaterních funkcí, únava z důvodu dlouhodobého zatížení organismu

poruchou detoxikační schopnosti jater, psychické změny v důvodu poškozování mozkových buněk amoniakem, poruchy kožní celistvosti způsobené metabolickými změnami v organismu a krvácivých poruch, poruchy sebezpřijetí následkem změny vzhledu, potenciální snížení tělesných tekutin z důvodu krvácení z jícnových varixů, potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů, potenciální nedostatečná spolupráce s pacientem následkem encefalopatie a sociálních změn.

3. PLÁNOVÁNÍ – třetí fáze

- Je to vytvoření strategií, intervencí, které vedou uspokojení bio – psycho-sociálně – duševních problémů zjištěných během diagnostikování.
- Na aktivním plánování se podílí jak sestry, samotný pacient tak také jeho rodina (SYSEL, 2011).

Uvádím příklad cíle u diagnózy: *dyspeptické potíže*

CÍL:

- Pacient nebude pociťovat nauzeu ani zvracení.

VÝSKEDNÁ KRITÉRIA:

- Pacient nebude pociťovat nauzeu a nebude zvracet do 24 hodin.
- Pacient bude přijímat dostatečné množství tekutin a jídla během léčby i po ní.

INTERVENCE:

- zjistí, jak se pacient stravoval před zahájením hospitalizace
- sleduj vyvolávající příčinu nauzei, či zvracení
- kontroluj, zda pacient dodržuje dietní omezení

4. REALIZACE – čtvrtá fáze

- V tomto kroku, je důležité, aby sestra splnila všechny naplánované intervence a snažila se dosáhnout vytyčeného cíle. Je důležité, aby sestra vždy řádně, a pravidelně zapisovala, zda splnila naplánovaný cíl a zapsala výsledek (SYSEL, 2011).
- Zjistila jsem, jaké dietní chyby pacient prováděl.

- Pacient byl během hospitalizace pouze dvakrát nauzeózní, díky účinnosti antiemetik.
- Po edukaci se pacient snaží dodržovat dietní omezení.

5. HODNOCENÍ – pátá fáze

- Jedná se o posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta.
- Zjišťuje se, zda byly stanovené cíle splněny. Cíle mohou být splněny, částečně splněny, nebo nesplněny. Pokud dojde k tomu, že cíl nebyl splněn, je důležité zjistit příčinu, přehodnotit cíle, výsledná kritéria a přepracovat ošetrovatelské intervence (SYSEL, 2011).

Tabulka 2 **Identifikační údaje**

Jméno a příjmení	A. H.	Datum narození	_____
Rodné číslo	000000/0000	Věk	66 let
Pohlaví	muž	Bydliště	_____
Zaměstnání	invalidní důchodce	Vzdělání	vyučený, dříve horník
Národnost	česká	Státní občanství	ČR
Stav	ženatý	Pojišťovna	213
Jméno příbuzného	D. H.	Bydliště příbuzného	_____
Datum přijetí	1. 5. 2014	Čas příjmu	12:43
Typ přijetí	dobrovolné, z domu	Účel příjmu	léčebný
Oddělení	interní oddělení	Přijal	MUDr. P. Š.
Ošetřující lékař	MUDr. P. Š.	Obvodní lékař	MUDr. M. R.

Pacient byl poučen o léčebném řádu: ANO

Informovaný souhlas na léčbu: pacient podepsal

Medicínská diagnóza při přijetí: Cirhóza jater

Vedlejší medicínské diagnózy:

- Diabetes mellitus 2. typu na PAD a inzulinoterapií
- Esenciální hypertenze
- Jícnové varixy bez krvácení
- Chronická obstruktivní plicní nemoc bez známek akutní exacerbace

Důvod přijetí udávaný pacientem: Pacient byl při přijetí částečně dezorientovaný, rychlou lékařskou pomoc volala manžela, „ je zmatený, místy agresivní, odsouvá nábytek a není schopen odpovědět.“

Tabulka 3 **Vitální funkce při přijetí**

P	80´	Hmotnost	115 kg
TK	135/90	BMI	33,6
TT	36,6°C	Stav vědomí	částečně dezorientovaný, lucidní
D	18/ minutu	Pohyblivost	částečně omezená
Výška	185 cm	Krevní skupina	A+

Nynější onemocnění:

Pacient přivezen rychlou zdravotnickou službou pro dekompenzovaný diabetes mellitus, zmatenost. Dle lékaře volá manželka, že je neklidný, zmatený a že odsouvá nábytek po bytě. V RZP TK 140/80, P 80/minutu, 12 dechů/minutu, saturace 97%. Dle manželky potíže trvají asi 4 dny, zmatený. Subjektivně při příjezdu lékaře není schopen odpovědět, pacient zcela neorientován, opakuje položenou otázku a není schopen na ní odpovědět. Po převezení do nemocnice, je orientován v osobě a místě avšak nevzpomíná si jaký je den v týdnu a jaký je rok.

Informační zdroje: pacient, dokumentace, ošetřující personál, rodina

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

matka- zemřela na plicní embolii

otec- zemřel na náhlou mozkovou příhodu

sourozenci: 0

děti: 0

Osobní anamnéza:

Cirhóza jater, Child – Pugh B – C s portální hypertenzí, splenomegalií, jaterní encefalopatií – t. č. progresse kognitivního deficitu, metabolická dekompenzace, DM 2. Typu na PAD a inzulinoterapií, jícnové varixy bez krvácení - fibrogastroskopie 3/2014, esenciální hypertenze, chronická ischemická choroba srdeční, ejekční frakce levé srdeční komory 55% bez syndromu angíny pectoris, významná aortální stenóza, stav po infekční endokarditidě mitrální chlopně 2011, chronická obstruktivní plicní nemoc bez známky akutní exacerbace, smíšená hyperlipidemie, stav po iritaci pankreatu, obezita, v dětství proběhly běžné dětské choroby.

Úrazy: 0

Hospitalizace: již několikrát na interním oddělení

Očkování: běžná dle očkovacího kalendáře

Transfúze: 0

Farmakologická anamnéza: dle manželky: Duphalac 1 - 1 – 1 odměrka, Novorapid 20j – 20j – 20j s. c., Levemir 45j – 0j - 40j s. c., Januvia tbl. 0 - 1 - 0, Nolpaza 40 mg 1 - 0 - 1, Silymarin cps. 1- 1 - 1, Verospiron 50 mg cps. 1- 1 - 1, Furon 40 mg tbl. 1 – 1 – 1

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy:

Alkohol: Denně s manželkou až 1 litr vína (každý) „podle nálady“.

Kouření: v mládí

Káva: 3 – 4 denně

Léky: dle ordinace lékaře

Jiné drogy: 0

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: 0

Poslední návštěva u urologa: neví

Samovyšetření semeníku: 0

Psychologická anamnéza: není možné zjistit

Sociální a pracovní anamnéza:

Pacient bydlí ve společné domácnosti s manželkou.

Vztahy, role a interakce v rodině:

Pacient žije se svou manželkou v bytě. Ani jeden nekouří. Manželka je zaměstnaná – prodavačka, pacient – invalidní důchodce. Další rodinné příslušníky nemá, je jedináček, rodiče již zemřeli.

Mimo rodinu:

Má spoustu přátel, se kterými si má vždy o čem povídat. Poslední dobou se ale necítil moc dobře a proto se vyhýbal kontaktu s přáteli.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Pacient nevyznává žádné z náboženství

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 5. 5. 2014

Tabulka 4 Popis fyzického stavu

ASSESMENT	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí“	Poklepově nebolestivá, bez známek traumatu, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, skléry anikterické, spojivky růžové, jazyk plazí středem, bez povlaku.
Hrudník a dýchací systém	„ Při chůzi do schodů se zadýchám“	Hrudník symetrický, bez deformit. Počet dechů: 18/ minutu, nepravidelné.

<p>Srdcově - cévní systém</p>	<p>„ Cítím se dobře“</p>	<p>Srdeční akce pravidelná s odchylkami při mírné zátěži, frekvence 80´. TK 135/ 90 torrů. Pulz dobře hmatný. Má mírné otoky dolních končetin.</p>
<p>Břicho a gastrointestinální trakt</p>	<p>„Bolí mě břicho už delší dobu na pravé straně, stolice je nepravidelná“</p>	<p>Palpačně bolestivé, bez hmatné rezistence, starší hematomy břišní stěny. Bez nauzey a zvracení. Peristaltika je přítomná = normální odchod plynů. Játra a slinivka zvětšená.</p>
<p>Močově pohlavní systém</p>	<p>„ Trpím častým močením, hlavně v noci“</p>	<p>Močí do močové láhve, není přítomnost hematurie. Ledviny – nebolestivé.</p>
<p>Kostrově svalový systém</p>	<p>„ Na procházky moc nechodím, nebaví mě to.“</p>	<p>Poloha aktivní, hrubá i jemná motorika je v normě. Páteř bez patologických změn. Bolestivost kloubů nepřítomna. K chůzi používá vycházkovou hůl.</p>

<p>Nervově smyslový systém</p>	<p>„ Pouze při čtení používám brýle, jinak nepocituji žádné obtíže.“</p>	<p>Při vědomí. Orientován místem a osobou. Bez přítomnosti třesu. Čich a sluch v normě, bez patologie.</p>
<p>Endokrinní systém</p>	<p>„ Mám cukrovku.“</p>	<p>Diabetes mellitus 2 typu na PAD a inzulinoterapii.</p>
<p>Imunologický systém</p>	<p>„ Nevím“</p>	<p>Lymfatické uzliny nejsou zvětšené. TT 36,5°C.</p>
<p>Kůže a její adnexa</p>	<p>„ Mám po těle několik hematomů, ale jsou už staršího data, ani nevím, kde jsem k nim přišel.“</p>	<p>Kůže mírně ikterická, kožní turgor v normě, bez porušení celistvosti kůže. Mírné otoky dolních končetin. Bez jizev. Ochlupení – přiměřené pohlaví a věku pacienta.</p>

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient spolupracuje, podílí se na léčebném režimu.

Tabulka 5 **Aktivity denního života**

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a tekutiny	Doma	„Snažím se dodržovat dietní omezení, jím pravidelně po menších dávkách, pravidelně dodržuju 2. večeři. Piju až 4 litry denně“	Diabetická dieta, dodržuje dietní omezení stanovené vzhledem k onemocnění.
	V nemocnici	„Režim s jídlem a pitím mám stejný jako doma.“	
Vylučování moči a stolice	Doma	„Mám potíže s močením – časté moče, stolici mám nepravidelnou.“	Močí do močové láhve, výdej je nepřiměřený příjmu, stolici má nepravidelnou, formovanou, občas slabě acholickou.
	V nemocnici	„V nemocnici je toaleta daleko takže močím do močové láhve, na stolici mě vozí na vozíku.“	
Spánek a bdění	Doma	„Doma spím dobře.“	Pacient má problém s usínáním i s délkou spánku, kvalita

	V nemocnici	„ Tady v nemocnici se necítím moc dobře, pořád mě ruší ostatní pacienti a ta změna prostředí je poznat.“	spánku je velmi špatná, je nutné podávat léky.
Aktivita a odpočinek	Doma	„ Ve svém volném čase moc ven nechodím. „	V nemocničním prostředí se snaží během dne být aktivní, baví se s ostatními pacienty, nebo chodí do společenské místnosti k televizi. Dále má pravidelné návštěvy rodiny.
	V nemocnici	„ Snažím se nějak zabavit.“	
Hygiena	Doma	„ Doma mi pomáhá manželka.“	S hygienickou péčí mu pomáhá ošetřující personál, pacient se však snaží sám. Bere to v rámci rehabilitace.
	V nemocnici	„ U vás se snažím umývat sám, ale doma mi pomáhala manželka, protože nejsem schopný si dosáhnout na nohy.“	
Samostatnost	Doma	„ Myslím si, že kolem sebe zvládám skoro všechno sám.“	Podle Bartheleho testu základních všedních činností má pacient lehký stupeň závislosti- 85 bodů.
	V nemocnici	„ Potřebuju pomoci s koupáním, jinak to zvládám.“	

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJETIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„ Jsem při vědomí“	Je při vědomí, částečně dezorientovaný.
Orientace	„ Vím všechno“	Postupně si uvědomuje orientaci v, místě i osobě, ale v čase je pořád dezorientovaný.
Nálada	„ No tak znáte to, když jste zavření v nemocnici, tak to na nic nestojí, ale těším se, až budu zase doma.“	Je v klidu pouze při návštěvě rodiny, ale jinak je mrzutý.
Paměť	„ Myslím si, že si pamatuju všechno.“	Staropaměť - zatím si pamatuje všechno Novopaměť občas něco zapomene, ale snaží si vzpomenout, nebo si to někam napíše.

Myšlení	„ Myšlení mám dobré.“	logické
Temperament	„ Jsem výbušný, ale moje okolí je na to už zvyklé“	Při komunikaci je klidný, ale občas nervózní.
Sebehodnocení	„ Nevím, co bych měl o sobě říct.“	Nelze hodnotit.
Vnímání vlastního těla	„ Jsem smířen s tím, jak vypadám.“	Je smířen s tím, jak vypadá.
Vnímání zdravotního stavu	„ Chtěl bych být zdravý, ale to už nezměním.“	Pacient by byl rád, kdyby byl zdravý, ale uznává, že je již pozdě něco dohánět vzhledem k pokročilosti onemocnění.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„ Jsem už smířen s tím, co mi je, ale nejradši bych byl už jinde.“	Pacient ví, proč je v nemocnici, ale chce domů.

<p>Reakce na hospitalizaci</p>	<p>„ Chci domů, nelíbí se mi tu, chci za svou manželkou.“</p>	<p>Chce domů.</p>
<p>Adaptace na onemocnění</p>	<p>„ Je to lepší než minule.“</p>	<p>Pacient zná tuhle nemocnici i oddělení a proto vypadá vyrovnaně.</p>
<p>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</p>	<p>„ Strach ani nemám, spíš takový divný pocit, co bude následovat.“</p>	<p>Pacient je v dobrém psychickém rozpoložení, zřejmě proto, že za ním přijde manželka.</p>
<p>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrogenie)</p>	<p>„ V nemocnici jsem ležel několikrát, ale při minulé hospitalizaci jsem spokojený nebyl, jedna sestra mě označila za alkoholika.“</p>	<p>U pacienta se rozvíjí zloba, kvůli špatné zkušenosti s ošetřujícím personálem.</p>

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

		OBJETIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Pacient komunikuje bez problémů, řeč je srozumitelná, plynulá.
	Neverbální	Udržuje oční kontakt, ale chvílemi působí nervózně.
Informovanost	O onemocnění	O onemocnění si přečetl hodně na internetu, informace od lékařů nebere moc vážně.
	O diagnostických metodách	Informován ošetřujícím lékařem.
	O léčbě a dietě	Informován již několikrát o nutnosti dodržování diabetické diety.
	O délce hospitalizace	Zatím nikdo nedokáže určit délku hospitalizace, ta se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. S tím byl pacient seznámen ošetřujícím lékařem.

Tabulka 8 **Sociální role**

Primární	66 letý muž
Sekundární	manžel
Terciální	„nevím“
Sociální interakce	Vztahy v rodině jsou dobré, rozumí si.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci:

„Nevidím problém po finanční stránce, jsem důchodce a důchod mám pravidelně a stejný.“

Medicínský management:

Ordinované vyšetření: glykémie 4x denně, TK R – V, bilance tekutin, záznam stravy, bandáže dolních končetin

Výsledky:

- glykémie R -13, 5 g/l
- glykémie P – 15,6 g/l
- glykémie V – 19,2 g/l
- glykémie ve 21: 00 – 11, 3g/l

TK: R - 135/90 torrů

V – 140/85 torrů

Příjem: 1850 ml

Výdej: 1300 ml

Záznam stravy:

- snídaně: celá porce
- svačina: ½ porce
- oběd: celá porce + jídlo od rodiny
- svačina: celá porce + dia oplatek
- večeře: celá porce
- svačina: odmítá

Konzervativní léčba:

Dieta: 9 (diabetická dieta)

Pohybový režim: 3 volný pohyb po pokoji

RHB: 0

Medikamentózní léčba:

- *Per os:* Lactulosa sirup 1 – 1 – 1 odměrka
Nolpaza 40 mg tbl. 1 – 0 – 1 na lačno
Januvia tbl. 0 – 1 – 0 dle glykémie
Silymarin cps. 1 – 1 – 1
Verospiron 50 mg 1 – 0 – 1
Novalgin 500 mg 1 – 1 - 1
- *Intravenózně:* 0
- *Jiná:* Novorapid 20j – 20 j – 20j s. c. dle glykémie
Levemir 45j – 0j – 40j s. c. dle glykémie

Chirurgická léčba: /

Situační analýza: 66 letý muž hospitalizován v 12:43 dne 1. 5. 2014 na interní oddělení pro cirhózu jater, Child - Pugh B – C s portální hypertenzí, splenomegálií, jaterní encefalopatií. Při přijetí na oddělení udává dezorientaci časem avšak orientace místem a osobou je zachována. Udává chronickou bolest břicha v okolí pravého podžebří na vizuální analogové škále na stupnici 3, je více unavený a během dne se snaží komunikovat s ostatními pacienty, avšak při příchodu na pokoj pacienta vždy pospává. Při fyzické námaze, například při chůzi do schodů, či ze schodů se zadýchává, ale kyslík nevyžadoval. Puls má pravidelný 80'. Krevní tlak 135/90 torrů. Dolní končetiny má mírně oteklé, lékař indikoval bandáže dolních končetin. Pacient má diabetes mellitus a snaží se dodržovat dietní omezení, jí pravidelně avšak přidává si k pravidelným porcím nemocničního jídla, jídlo vlastní. V době hospitalizace, má narušený spánek přítomností ostatních pacientů. Potřebuje lehkou pomoc při hygienické péči, protože se zadýchává, jinak je soběstačný. Udává časté močení, proto má u lůžka nachystanou močovou láhev, kterou využívá, protože je u něj sledován příjem a výdej tekutin.

Stanovení ošetrovatelský diagnóz: ze dne 5. 5. 2014 a jejich uspořádání podle priorit

Aktuální sesterské diagnózy:

1. Chronická bolest břicha způsobená jaterní cirhózou projevující se únavou.
2. Nedostatečný spánek v noci projevující se pospáváním ve dne způsobený přítomností cizích lidí.
3. Dušnost způsobená fyzickou námahou projevující se ztěžaných dýcháním
4. Zvýšení objemu tělesných tekutin způsobené jaterní cirhózou projevující se otoky dolních končetin.
5. Deficit sebeděče v oblasti hygieny z důvodu dušnosti projevující se neschopnosti samostatně vykonávat hygienickou péči.

Potenciální sesterské diagnózy:

1. Potenciální riziko vzniku poruchy integrity kůže pro otoky dolních končetin.
2. Potenciální riziko snížení objemu tělesných tekutin způsobené krvácením z jícnových varixů.
3. Potenciální riziko vzniku hyperglykemie v souvislosti s nadměrným příjmem potravin.

1. Zvýšení objemu tělesných tekutin způsobené jaterní cirhózou projevující se otoky dolních končetin.

Cíl: pacient bude bez otoků

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacient má omezený příjem tekutin
- Pacient chápe důvod omezení příjmu tekutin

Ošetrovatelské intervence:

- Pravidelně měř tělesnou hmotnost každý den (ošetřovatelka)
- Sleduj otoky dolních končetin, denně (sestra)
- Proveď bandáže dolních končetin, denně (sestra)
- Podávej diuretika dle ordinace lékaře (sestra)
- Sleduj účinnost diuretik, denně (sestra)

Realizace:

6:30 – zkontrolování otoků

7:00 – zvažení pacienta

7:15 – provedení nové bandáže

7:20 – edukace pacienta o sledování příjmu a výdeje tekutin, seznámení s nutností močení do močové láhve, podepsání edukace pacientem

8:00 – podávání diuretik dle lékaře

9:00 – sledování účinku diuretik, sledování bilance tekutin

9:00 – 18:00 kontrola správnosti komprese bandáží a dodržování bilance tekutin

Vyhodnocení po 9 hodinách:

Pacient dodržuje stanové pokyny. Močí do močové láhve, množství moče zapisuje ošetřovatelka do bilančního listu společně s množstvím přijatých tekutin.

Vyhodnocení po 48 hodinách:

Pacient dodržuje režim. Účinnost diuretik je prokázána zvýšeným močením. Pacient má o 2 kg nižší hmotnost. Otoky jsou stále viditelné, ale menší.

Cíl byl splněn úplně/částečně/nebyl splněn.

Cíl byl splněn částečně.

2. Deficit sebekpěče v oblasti hygieny z důvodu dušnosti projevující se neschopností samostatně vykonávat hygienickou péči.

Cíl: pacient je soběstačný v oblasti hygieny

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacient se nebude zadýchávat při hygieně
- Pacient bude soběstačný v oblasti hygieny

Ošetrovatelské intervence:

- Nabízej pomoc při hygieně, denně (sestra + ošetrovatelka)
- Nacvičuj s pacientem samostatnost, denně (sestra)
- Zajisti hygienickou péči dle potřeby minimálně dvakrát denně (setra)

Realizace:

- 6:30 ranní toaleta, pacient převezen na vozíku do koupelny a provedena celková hygiena
- 6:35 sestra asistuje pacientovi při provádění hygieny v rámci jeho možností, při neschopnosti provedení péče mu pomůže
- 6:40 dopomoc při utírání se, obléknout se zvládne sám
- Během dne dohlíží sestra či ošetrovatelky na čistotu pacienta
- Předání noční směně, aby pomohla provézt večerní toaletu u pacienta

Vyhodnocení po 48 hodinách:

Pacient se snaží provádět hygienu sám, stále není schopen si umýt dolní končetiny, pro bolest břicha. Sestra mu pomáhá a nabízí pomoc dle jeho přání. Jde vidět, že se pacient více snaží a pomoc přijímá pouze zřídka. Odmítá se koupat každý den, avšak využívá lavor na pokoji, pomoc nevyžaduje, zvládá to sám.

Cíl byl splněn úplně/částečně/nebyl splněn

Cíl byl splněn částečně, je třeba nadále pokračovat v nastavených intervencích.

3. Chronická bolest břicha způsobená jaterní cirhózou projevující se únavou.

Cíl: zmírnění bolesti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient bude mít mírnější bolest do 1 hodiny od podání analgetik
- Pacient zná úlevovou polohu

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj bolest dle vizuální analogové škály
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Informuj lékaře o účinnosti analgetik
- Edukuj o vhodné úlevové poloze
- Pravidelně kontroluj dotazem, zda pacient cítí bolest

Realizace:

- 7:30 rozdávání ranních léků, sestra se ptá pacienta, zda má bolest a na jaké je vizuální analogové škále
- 7:35 sestra podá pacientovi analgetika dle ordinace lékaře, zaznamená hodinu a sílu bolesti do dokumentace
- 8:35 kontrola účinnosti analgetik (sestra+ zdravotnický asistent)
- 8:40 předání informací lékaři o účinnosti analgetik

Vyhodnocení po 1 hodině:

Pacient udává před podáním analgetik bolest na škále číslo 4, snaží se najít úlevovou polohu. Za hodinu od podání analgetik udává mírnější bolest na stupnici dle VAS 2. Zdravotnický personál pacientovi doporučil polohu na pravém boku s koleno u břicha. Pacient po dotazu na účinnost udává zlepšení a stále lež v úlevové poloze. Během dne se sestra dotazuje na bolest, pacient udává kolem poledne zhoršení, avšak po podání analgetik je opět bolest mírnější.

Cíl byl splněn úplně/částečně/nebyl splněn

Cíl byl splněn úplně, pacient má mírnější bolest a zná úlevovou polohu.

Celkové hodnocení pacienta

Pacient přijat na interní oddělení dne 1. 5. 2014. Postupně docházelo k zlepšení orientace místem, osobou a později i časem. Pacient trpěl otoky dolních končetin, dle ordinace lékaře měl provedeny bandáže dolních končetin, které toleroval. Dodržoval sledování příjmu a výdeje tekutin, pravidelně hlásil veškerý příjem tekutin. Již po 48 hodinách měl otoky mírnější a po 5 dnech byl pacient bez otoků.

Při přijetí pacient udával deficit sebeděče v oblasti hygieny způsobený dušností. Z počátku pacientovi dopomáhal zdravotnický personál s hygienickou péčí v koupelně, na pokoji zvládal pacient hygienu sám. S ústupem otoků, ale také s účinností léčby, pacient zvládal hygienickou péči sám.

Na počátku hospitalizace pacient udával chronickou bolest pravého podžebří na stupnici VAS 4. Dle ordinace lékaře dostával třikrát denně analgetika, které snížili jeho bolest na stupnici VAS 2. Po 5 dnech již pacient analgetika pravidelně nevyžadoval, jeho bolest byla snesitelná. Objevovaly se výkyvy ve stupnici VAS. Léky užíval pouze při bolesti větší intenzity nad VAS 4.

Nadále se v léčbě pokračovalo v domácím prostředí, pacient byl propuštěn 5. 5. 2014. Pacientovi bylo doporučeno dodržovat dietní opatření vzhledem k onemocnění diabetu, o pravidelném užívání léků, dodržování abstinence alkoholu, pravidelné kontrole u lékaře, dále je důležité, aby měl pacient dostatek odpočinku.

3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací o cirhóze jater bylo sestaveno doporučení pro pacienta, zdravotníky a rodinu pacienta.

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat dietní omezení, dietu s omezením tuku
- měl by mít stravu bohatou na zeleninu, ryby, bílé maso, tmavé a celozrnné pečivo, těstoviny bezvaječné
- vyhnout se alkoholu, smaženým jídlům, kynutým knedlíkům
- snížení pracovního úvazku, zátěžovým situacím a stresu

Doporučení pro zdravotníky:

- pravidelné podávání hepatoprotektiv
- přistupovat k pacientovi individuálně
- poskytnout pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění
- informuj pacienta a jeho rodinu o pravidelných návštěvách lékaře a dodržování jeho doporučení

ZÁVĚR

Počet nemocných s jaterní cirhózou je výrazný a proto je důležité mít kvalitní zdravotnickou péči. Jednou z důležitých faktorů úspěšného léčení lidí je dodržování stanovených doporučení lékaře, vyvarování se zbytečným stresovým situacím, zabránění opakovaným a dlouhodobým hospitalizacím.

Práce byla zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s cirhózou jater, který byl přijat do nemocnice na žádost manželky. Pacient trpí dekompenzovanou cirhózou, která ovlivnila jak jeho tělo, tak i jeho mysl. Při rozhovoru s ním bylo jasné, že je časově dezorientovaný, ale postupem času se začínal orientovat, ale stále neviděl problém ani příčinu svého onemocnění. Z odpovědí, které pacient poskytl, bylo jasné, že příčinou jeho současného trápení je alkohol, ale sám vinnu popírá. Bral svůj životní styl za dobrý a nijak se nechtěl podílet na změně jeho životního stylu. Prognóza onemocnění je u každého pacienta různá. Avšak dotazovaný pacient trpěl již rozvinutými známkami dekompenzované cirhózy.

Péče o takto nemocného člověka je závislá na spolupráci ošetrovatelského týmu, pacienta i jeho rodiny, pacient se sice snažil být soběstačný v oblasti hygieny, ale prohlásil, že nic ve svém dosavadním stylu života měnit nebude.

Cílem mé práce bylo vytvořit ošetrovatelský proces u pacienta s cirhózou jater a zjistit tím jeho vztah k onemocnění. Zpracovala jsem 3 ošetrovatelské diagnózy, které se mi povedly splnit, alespoň částečně, jelikož časový úsek hodnocení byl velmi krátký.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DÍTĚ, P. aj., 2011. *Farmakologie v gastroenterologii*. Praha: GALÉN. ISBN 978-80-7262-704-2

EHRMANN, J., P. SCHNEIDERKA, J. EHRMANN, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-1048-X

EHRMANN, Jiří a Petr Hůlek aj., 2010. *Hepatologie*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 978-80-247-3118-6

ERMANN, Jiří, 2003. *Ikterus: diferenciální diagnostika*. Praha: GRADA publishing. ISBN 80-247-0506-0

FERREL, L., D., S. KAKAR, 2011. *Liver pathology*. New york: Demos Medical Publishing. ISBN 978-1-933864-93-8

Gastroenterologie a hepatologie: Hepatorenalny syndrom u pacientov s akútnou alkoholovou hepatitidou, 2012. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 66 (1-6). ISSN 1804-7874

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-1868-5

HALUZÍK, Martin, 2012. *Léčba diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2671-0

MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ aj. DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie 2*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-7770-3

MELICHAR, Bohuslav, 2007. *Úloha farmakoterapie v komplexní léčbě nádorů jater*. Praha: GALÉN. ISBN 978-80-247-3118-6

NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotníky*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-6990-5

OKITA, K., 2013. *Liver cirrhosis*. Sprinder Japan. ISBN 978-44-316-8345-2

SKALICKÝ, T. aj., 2011. *Hepato- pankterato- biliární chirurgie*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-269-8

SOUČEK, Miroslav, 2011. *Vnitřní lékařství 1. Díl*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 978-80-247-2110-1

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4

ŠPIČÁK, J. aj., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-1783-8

VÁLEK, V., Z. KALA a I. KISS, 2006. *Maligní ložiskové procesy jater*. Praha: GRADA publishing a. s. ISBN 80-247-0961-9

ZDENĚK, A., J. VORLÍČEK, 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: GRADA publishig a. s. ISBN 978-80-247-0896-6

Cirhóza jater. *Www.galenus.cz* [online]. 2000 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://galenus.cz/clanky/zdravi/traveni-cirhoza-jater>

Prevence proti cirhóze jater. *Www.cirhozajater.cz* [online]. 2009 [cit. 2014-20-05]. Dostupné z: <http://www.cirhozajater.cz/prevence-proti-cirhoze-jater/>

Vnitřní lékařství. *Www.vln.cz* [online]. 2006 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: http://vnl.xf.cz/vnl/vnl_lab.vys.php

PŘÍLOHY

Příloha A - rešerše

Příloha B – souhlas s podáváním informací

Příloha A - rešerše



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: III - 7125

Název rešerše: Cirhóza jater

Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina

Časové omezení: 2003 – 2013

Články

1.

TI: Alkoholizmus a jeho liečba v časopise Lékařské rozhledy na prelome 19. a 20. storočia

AU: Morovicsová, Eva

CI: Alkoholizmus a drogové závislosti, Roč. 48, č. 2 (2013), s. 95-107 - Literatura

DE: alkoholizmus - dějiny, terapie; poruchy způsobené alkoholem - dějiny, terapie; péče o pacienta - dějiny ; jaterní cirhóza; postoj; lidé; dospělí; dítě; lidé; výzkum

2.

TI: Onemocnění jater u diabetiků

AU: Brůha, Radan, 1964- - Dvořák, Karel, 1980- - Petrtýl, Jaromír

CI: Vnitřní lékařství, Roč. 59, č. 7 (2013), s. 546-550, ISSN 0042-773X

LI: www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/onemocneni-jater-u-diabetiku-41146

Příloha B - souhlas s podáváním informací

Vážený pan,
MUDr. Ladislav Václavec, MBA
ředitel nemocnice
Slezská nemocnice v Opavě, p. o.
Olomoucká č. 86
74601 OPAVA

V Opavě dne 2. 5. 2014

Věc:

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování výpisů, či opisů pro zpracování bakalářské práce

Vážený pane řediteli,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vytvoření kazuistiky na základě konzultace s pacientem a výpisu z ošetřovatelské dokumentace ve Vašem zařízení.

Jsem studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Praha, oboru Všeobecná sestra. Téma mé bakalářské práce zní *Ošetřovatelský proces u pacienta s cirhózou jater*. Cílem práce, je zjistit jak vnímá pacient své onemocnění a jakým způsobem reaguje na léčbu. Konkrétní údaje jako je jméno, rodné číslo nebude uvedeno v ošetřovatelském procesu.

Pro získání informací, které budou potřebné k zpracování bakalářské práce, budu požadovat písemný souhlas pacienta, ten však v bakalářské práci nebude uveden pro anonymitu pacienta.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti. S pozdravem

Lorenzová Tereza, DiS
Finské domky 1459/77
74714 Ludgeřovice

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Vyjádření žádosti:

žádost povolena

O žádost zamítnuta

Datum: 14.5.2014

Mgr. HANKOVÁ Lenka
ředitelka ústavu pro ošetrivátskou péči
Slezská nemocnice
příspěvková organizace
Olomoucká 86, 746 79 OPAVA