

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ  
CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

JANA PEČENKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Linda Brožová

Praha 2014



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

Pečenková Jana  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou

*Nursing Process for Patients with Liver Cirrhosis*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Linda Brožová

V Praze dne: 1. 11. 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 dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména své vedoucí bakalářské práce MUDr. Lindě Brožové za její podporu, trpělivost, odborné vedení a cenné rady i připomínky. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě podporovala během celého studia.

## **ABSTRAKT**

PEČENKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Linda Brožová. Praha. 2014. 64 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce definuje jaterní cirhózu. Charakterizuje epidemiologii, etiologii, klasifikaci onemocnění, klinický obraz, diagnostiku, terapii, prognózu a komplikace. Nedílnou součástí teoretické části jsou specifika ošetrovatelské péče. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s tímto onemocněním. V závěru práce jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie 2009 – 2011.

Klíčová slova

Jaterní cirhóza. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## **ABSTRACT**

PEČENKOVÁ, Jana. *Nursing Process for Patients with Liver Cirrhosis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Linda Brožová. Prague. 2014. 64 pages.

Topic of bachelor's thesis is Nursing Process for Patients with Liver Cirrhosis. The thesis is divided into theoretical and practical. The theoretical part defines cirrhosis. It characterizes the epidemiology, etiology, disease classification, clinical picture, diagnosis, treatment, prognosis and complications. An integral part of the theory of the specifics of nursing care. The practical part consists of the nursing process in specific patients with this disease. In final part contains an established nursing diagnosis according to NANDA Taxonomy 2009 - 2011.

Key words

Liver Cirrhosis. Nursing Process. Patients.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	17
<b>1 JATERNÍ CIRHÓZA.....</b>	<b>18</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	18
1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	18
1.3 KLASIFIKACE ONEMOCNĚNÍ.....	20
1.4 VÝVOJ ONEMOCNĚNÍ.....	21
1.5 KLINICKÝ OBRAZ.....	21
<b>2 DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>23</b>
2.1 ANAMNÉZA.....	23
2.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	23
2.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	23
2.4 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	24
2.5 INVAZIVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	24
<b>3 LÉČBA A PROGNÓZA.....</b>	<b>25</b>
3.1 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	25
3.2 DIETNÍ OPATŘENÍ.....	25
3.3 NÁHRADA VITAMINŮ.....	26
3.4 FARMAKOTERAPIE.....	26
3.5 LÉČBA KOMPLIKACÍ.....	27
3.6 TRANSPLANTACE JATER.....	27
3.7 PROGNÓZA.....	28

<b>4</b>	<b>KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY.....</b>	<b>30</b>
4.1	JATERNÍ SELHÁNÍ.....	30
4.2	PORTÁLNÍ HYPERTENZE.....	30
4.3	KRVÁCENÍ Z JÍCNOVÝCH VARIXŮ.....	30
4.4	JATERNÍ ENCEFALOPATIE.....	30
4.5	ASCITES.....	31
4.6	HEPATORENÁLNÍ SYNDROM.....	31
4.7	CHOLESTÁZA.....	31
4.8	ZIEVEHO SYNDROM.....	32
4.9	HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM.....	32
4.10	DALŠÍ KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY.....	32
<b>5</b>	<b>SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>33</b>
5.1	SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ S JATERNÍ CIRHÓZOU .....	33
5.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU.....	33
<b>6</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU.....</b>	<b>36</b>
6.1	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	49
<b>7</b>	<b>STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>61</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Childova - Pughova klasifikace .....	20
Tabulka 2 Hodnocení stádií jaterní cirhózy .....	28
Tabulka 3 Klinická stádia jaterní encefalopatie .....	31
Tabulka 4 Farmakologická anamnéza.....	38
Tabulka 5 Perorální medikace.....	48
Tabulka 6 Intravenózní medikace .....	48

## SEZNAM ZKRATEK

<b>AFP</b>	alfa-1-fetoprotein
<b>ALP</b>	alkalická fosfatáza
<b>ALT</b>	alaninaminotransferáza
<b>APTT</b>	(activated partial thromboplastin time) aktivovaný částečný tromboplastinový čas
<b>AST</b>	aspartátaminotransferáza
<b>BMI</b>	(body mass index) index tělesné hmotnosti
<b>CGS</b>	(Glasgow coma scale) škála hodnocení vědomí
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>D</b>	dech
<b>DM</b>	Diabetes mellitus
<b>EKG</b>	elektrokardiograf
<b>ELFO</b>	elektroforéza
<b>ERCP</b>	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
<b>FW</b>	(Fahrræus Westergren) sedimentace erytrocytů
<b>GIT</b>	gastrointestinální trakt
<b>GMT</b>	gamaglutamyltransferáza
<b>Gtt.</b>	kapky
<b>HP</b>	helicobakter pylori

<b>HVPG</b>	(hepatic venous pressure gradient) hodnota jaterního žilního tlaku
<b>INR</b>	(international normalization ratio) vyšetření krevní srážlivosti
<b>JC</b>	jaterní cirhóza
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>JT</b>	jaterní testy
<b>KO</b>	krevní obraz
<b>KS</b>	krevní skupina
<b>MELD</b>	(Model for End-Stage Liver Disease) hodnocení vážnosti chronických jaterních onemocnění
<b>NANDA</b>	(North American Nursing Diagnosis Association) Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnózu
<b>P</b>	pulz
<b>PAD</b>	perorální antidiabetika
<b>Rh</b>	rhesus factor
<b>SpO<sub>2</sub></b>	saturace krve kyslíkem
<b>Tbl.</b>	tableta
<b>TK</b>	tlak krve
<b>TRF</b>	transfuze
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>TZR</b>	tymolová zákalová reakce

(VOKURKA HUGO, 2002),

(VÝKLADOVÝ OŠETŘOVATELSKÝ SLOVNÍK, 2008).

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abúzus** – nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání, např. drogy, alkohol

**Adaptace** – přizpůsobení se, druh odpovědi na dlouhodobě působící podnět

**Acholická stolice** – neobsahující žluč, velmi světlá stolice

**Albumin** – protein v krevní plazmě, důležitý pro zachování objemu plasmy

**Analgetika** – léky tlumící bolest

**Anémie** – snížené množství hemoglobinu, nebo červených krvinek

**Anxiolytika** – léky zmírňující úzkost

**Ascites** – volná tekutina v dutině břišní

**Autoimunita** – porucha, činnost imunitního systému je zaměřena proti vlastním orgánům a tkáním

**Bilirubin** – žlučové barvivo oranžově červené barvy, transportován krví do jater

**Biopsie jater** – vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně

**Body mass index** – parametr umožňující posouzení stavu výživy

**Brucelóza** – chronické bakteriální onemocnění, postihuje zvířata, může být přeneseno na člověka, původcem jsou bakterie rodu *Brucella*

**Clearance** – množství krve, které se za jednotku času očistí od určité látky

**Cyanóza** – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

**Dekompenzace** – selhání kompenzačních mechanismů, udržujících určitou chorobu v přijatelných mezích

**Diabetes mellitus** – cukrovka, úplavice cukrová, onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností

**Dispenzarizace** – aktivní preventivní vyhledávání, vyhledávání, vyšetřování, léčení, sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem

**Diuretika** – léky zvyšující tvorbu a vylučování moči

**Dyspepsie** – souhrnné označení pro řadu trávicích obtíží

**Dysurie** – obtížné a bolestivé močení provázené pálením a řezáním

**Dyspnoe** – dušnost, pocit nedostatku vzduchu provázený zvýšeným dechovým úsilím

**Edukace** – výchova, umožňuje zvýšení péče pacienta o vlastní zdravotní stav a průběh choroby

**Endoskopie** – metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů pomocí endoskopu

**Etiologie** – nauka o příčinách nemocí, příčina nemoci

**Extrahepatální** – mimojaterní, nacházející se nebo probíhající vně jater

**Ezofagogastroskopie** – endoskopie jícnu a žaludku

**Fibróza** – zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně, při větším rozsahu vede ke ztuhnutí orgánu a k poruše jeho funkce

**Flapping tremor** – zvláštní druh třesu rukou, provází jaterní encefalopatii

**Gastritida** – zánět žaludku

**Gastroskopie** – endoskopické vyšetření žaludku, spojené s vyšetřením jícnu a dvanáctníku

**Glasgow coma scale** – stupnice užívaná k hodnocení hloubky bezvědomí

**Hemateméza** – zvracení krve nebo zvracení s příměsí krve

**Hematom** – rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních spojený s otokem

**Hemochromatóza** - vzácné dědičné onemocnění charakterizované nadměrným vstřebáváním železa ve střevě a jeho hromaděním v různých orgánech těla

**Hepatitida** – zánět jater, hovorově žloutenka

**Hepatocelulární karcinom** – zhoubný nádor jater, maligní hematom, většinou vzniká na základě cirhózy, hepatitidy, toxického poškození jater

**Hepatocyt** – jaterní buňka

**Hepatomegalie** – zvětšení jater

**Hepatorenální syndrom** – akutní selhání ledvin vznikající při těžkých chorobách jater

**Hepatotoxické látky** – látky poškozující játra

**Hyperkinetická cirkulace** – zvýšeně pohyblivý

**Hypocholesterolémie** – s nízkým obsahem žluči

**Hyponatremie** – snížená hladina sodíku v krvi

**Hypotenze** - snížený krevní tlak

**Childova - Pughova klasifikace** – klasifikace používaná k hodnocení jaterní cirhózy, dělí se do tří kategorií – A, B, C

**Cholecystitida** – zánět žlučníku

**Cholelithiasa** – přítomnost žlučových kaménku ve žlučníku

**Ikterus** – žluté zbarvení kůže a sliznic způsobené zvýšeným obsahem žlučového barviva – bilirubinu

**Inkompetence** – neschopnost

**Interferon** – látka peptidového charakteru, některé mají léčebné využití

**Intrahepatální** – nitrojaterní, ležící nebo probíhající uvnitř jater

**Jaterní encefalopatie** – neurologické a psychiatrické projevy poškození mozku při jaterním selhání

**Jaterní insuficience** – závažný stav vznikající selháváním funkce jater

**Klinický obraz** – souhrn příznaků, které charakterizují určitou nemoc

**Koagulopatie** – nemoc charakterizovaná zvýšenou krvácivostí způsobenou nedostatkem nebo poruchou koagulačních faktorů

**Kolaterální oběh** – postranní, postranní cévy vedou krev do stejné oblasti jako céva hlavní, mohou nahradit výpadek v krevním zásobení

**Kompenzace** – běžný děj udržující stav organismu jako celku v přijatelných mezích

**Kontraindikace** – stav pacienta, který znemožňuje (zakazuje) provedení léčebného nebo diagnostického výkonu včetně podání určitých léků

**Kreatinin** – látka vznikající ve svalech, její koncentrace v krvi odráží funkci ledvin

**Letargie** – chorobná spavost, netečnost

**Makronodulární cirhóza** – velkouzlový

**Malnutrice** – podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení potravin

**Mezocefalie** – tvar lebky s vyváženými délkovými poměry

**Mikronodulární** – malouzlový

**Mortalita** – úmrtnost

**Nekoherentní projev** – nelogický, špatně uspořádaný projev

**Nekróza** – intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu

**Nystagmus** – mimovolní, rychlý, rytmický pohyb očí

**Osteoporóza** – onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

**Paličkovité prsty** – ztlustění posledních článků prstů, nehty připomínají hodinová sklíčka

**Palmární erytém** – zarudnutí dlaní provázející některé nemoci, např. jaterní

**Paroxysmus** – záchvat

**Porfyrie** – skupina onemocnění s porušeným metabolismem porfyrinů

**Portální hypertenze** – vysoký tlak krve v žilním systému jater, jako důsledek jaterního onemocnění

**Portohepatální gradient** – hodnota jaterního žilního tlaku

**Prevalence** – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

**Prevence** – předcházení nemoci

**Progrese** – postup onemocnění, jeho zhoršování

**Punkce** – nábodnutí, lékařský zákrok k získání materiálu z určitého orgánu

**Purpura** – kožní výsev drobných tečkovitých krvácení

**Recidiva** – návrat nemoci, která byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

**Regenerace** – obnovení, uvedení do původního, zcela plnohodnotného stavu

**Sedativa** – zklidňující léky

**Somnolence** – lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí

**Splenomegalie** – zvětšení sleziny

**Swatskiho prstenec** – anatomická zúženina, lokalizovaná v dolní třetině jícnu

**Toxikomanie** – drogová či léková závislost

**Trombocytopenie** – nedostatek krevních destiček v krvi

**Urobilinogen** – látka vznikající z bilirubinu, lze prokázat v moči

**Virostatika** – léky působící proti virům

**Wilsonova choroba** – dědičná choroba, při níž je porušen metabolismus mědi

**Xantelezmata** – kožní útvar nažloutlé barvy, které obsahuje tukové látky

(VOKURKA, HUGO, 2002),

(VÝKLADOVÝ OŠETŘOVATELSKÝ SLOVNÍK, 2008).



## ÚVOD

Jaterní cirhóza je velmi závažné, v dnešní době celkem časté onemocnění. Na území ČR stále přibývá pacientů, kterým byla diagnostikována tato choroba. Na interních odděleních a jednotkách intenzivní péče se neustále setkáváme s pacienty, postiženými jaterní cirhózou, i to nás vedlo ke zpracování bakalářské práce právě na toto téma.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části je popsat samotné onemocnění, a to od definice přes příčiny, příznaky, diagnostiku po léčbu, prognózu a komplikace, které jej provázejí. Důležitou součástí teoretické části jsou specifika ošetrovatelské péče a dispenzarizace nemocných s tímto onemocněním. Cílem praktické části pak bylo navrhnout a následně zrealizovat individuální plán ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta. V praktické části jsme čerpali z údajů zejména od pacientky, ze zdravotnické dokumentace, od rodinných příslušníků pacientky a od dalších členů ošetrovatelského týmu. Za pomoci NANDA taxonomie 2009 – 2011 jsme pak stanovili ošetrovatelské diagnózy, vypracovali plán intervencí, realizací a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru praktické části jsme celkově zhodnotili ošetrovatelskou péči po dobu hospitalizace.

Naši práci chceme určit zejména všeobecným sestřám, pacientům trpícím tímto onemocněním a jejich rodinám. Může však posloužit jako výukový materiál pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol.

# 1 JATERNÍ CIRHÓZA

Jaterní cirhóza je difúzní proces, který je doprovázen zánětlivými změnami jaterního parenchymu a nekrózou hepatocytů s následnou fibrózou a tvorbou regeneračních uzlů. Poškozené hepatocyty nejsou nahrazeny novými zdravými buňkami, ale zjizvenou tkání, která brání proudění krve játry. Jaterní struktura se postupně deformuje a játra ztrácejí své funkce. Za cirhózu jater nepovažujeme samotnou fibrózu či samotnou tvorbu uzlů (ČEŠKA, 2010).

Cirhóza je nevratnou a konečnou fází různých chronických jaterních chorob. Přejídný proces od chronických zánětlivých změn a fibrózy do stádia cirhózy je postupný a je velmi obtížné jej přesně určit. Toto onemocnění vede k poruše jaterních funkcí a k portální hypertenzi. Klinický obraz je závislý na stádiu jaterní cirhózy. Stádium může být zcela bez příznaků až po stavy ohrožující životy pacientů (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## 1.1 EPIDEMIOLOGIE

*Prevalence cirhózy je celosvětově přibližně 100 nemocných na 100 000 obyvatel. Jiné prameny popisují přítomnost cirhózy u 0,3 % pitvaných zemřelých (EHRMANN, HŮLEK, 2010, s. 399).*

Je přítomna u populace všech kontinentů, ras, věkových skupin i u obou pohlaví. Rozdíly jsou především v etiologii jaterní cirhózy, nejsou však tak velké v její prevalenci. V našich podmínkách je virového původu 30 % jaterních cirhóz a přes 50 % jaterních cirhóz je původu alkoholového (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Jaterní cirhóza je nejčastější nenádorovou příčinou úmrtí u nemocných s onemocněním gastrointestinálního traktu (dále jen GIT) (DÍTĚ, 2007).

## 1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Cirhotické změny jsou reakcí na nekrózu hepatocytů. Změny, nacházející se ve struktuře jater jsou ireverzibilní a často nastávají u řady chorob postihující játra. Nejčastěji se jedná o parenchymatózní fibrózu s následnou přestavbou, která je vyvolána alkoholem (alkoholická cirhóza) či hepatitidami s chronickým průběhem typu B a C (postvirová či postnekrotická cirhóza). Méně často mohou podobné změny

vyvolat i jiné toxiny (toxická a poléková postižení jater), dále infekce (např. brucelóza, echinokoková infekce), ale i autoimunitní hepatitidy, granulomatózní hepatitidy, vrozené metabolické poruchy, cholestáza při primární či sekundární biliární obstrukci. Mohou nastat i situace, kdy příčina není zjištěna. V takovém případě nazýváme cirhózu idiopatická nebo kryptogenní (DÍTĚ, 2007).

V ČR jsou příčinou 1/3 jaterních cirhóz virové hepatitidy. Nejčastěji jsou to infekce virem hepatitidy typu B či C. Převážně jsou nakaženi muži. Změny v důsledku jaterní cirhózy mohou vznikat jak bezprostředně po akutní fázi zánětu, tak pomaleji přes stadium hepatitidy chronické. Přestavba jaterního parenchymu u nich může trvat i několik desítek let (KLENER, 2011).

Alkohol se na vzniku jaterní cirhózy v ČR podílí téměř shodně jako virové hepatitidy. U alkoholiků se cirhóza jater vyskytuje 7x častěji než u lidí, kteří abstinují či konzumují alkohol příležitostně. U lidí konzumujících alkohol rozhoduje doba pití a množství konzumovaného alkoholu. U JC způsobené alkoholem bývají postiženy častěji ženy. 90 % pacientů – abstinentů, přežívá 5 let. Bohužel kontroly ukazují, že převážná část pacientů pokračuje v nadměrném pití alkoholu (KLENER, 2011), (RICHARDS, EDWARDS, 2004).

Jaterní cirhózu dále způsobují metabolické poruchy. Mezi nejčastější metabolické poruchy řadíme Wilsonovu chorobu, hemochromatózu a porfyrie (KLENER, 2011), (RICHARDS, EDWARDS, 2004).

Důsledkem chronického městnání žluče je biliární cirhóza. V současnosti vzácná, díky diagnostickým a léčebným postupům (KLENER, 2011).

Pacienty s chronickým srdečním městnáním a poruchami srdečních chlopní ohrožuje kardiální cirhóza. V dnešní době se však díky úspěšné léčbě srdečních onemocněním tolik nevyskytuje (KLENER, 2011).

V současnosti je nejrychleji se rozvíjející skupinou poškození jater léky, toxiny či poruchami výživy. V případě toxinů se jedná např. o otrávenou stravu, v případě léků může být nebezpečné dlouhodobé léčení vysokými dávkami vitamínu A (KLENER, 2011).

### 1.3 KLASIFIKACE ONEMOCNĚNÍ

Jaterní cirhózu můžeme klasifikovat dle morfologie, etiologie, případně klinického obrazu. Morfologická klasifikace je pouze popisná. Z pohledu péče o pacienta a prognózy nám nepřináší důležité informace. Je při ní hodnocena velikost uzlů v jaterním parenchymu:

- ✓ **Mikronodulární cirhóza** je charakterizována uzly menšími než 3 mm, ty jsou obklopeny fibrosní tkání. Často v nich chybí centrální žíla a portální prostor. Tento typ je běžný u alkoholické cirhózy, obstrukce žlučových cest a hemochromatózy.
- ✓ **Makronodulární cirhóza** je charakterizována uzly různých velikostí od 3 mm do několika centimetrů. Tyto uzly mají většinou jak centrální žílu, tak portální prostor. Tento typ je nejčastější u virových či autoimunitních hepatitid. Také se může jednat o mikronodulární cirhózu, která přešla do makronodulární formy.
- ✓ **Směšená cirhóza** je charakterizována malými i velkými uzly (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Zásadní je však klasifikace, která hodnotí pokročilost jaterní cirhózy podle klinických příznaků (tj. přítomnost komplikací a výše portální hypertenze). Tyto údaje nám pomohou odhadnout prognózu pacienta a měnit léčbu. Pro toto hodnocení se používá Childova-Pughova klasifikace, ve které je zakomponováno posouzení stupně jaterní insuficience i portální hypertenze (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Tabulka 1 Childova - Pughova klasifikace

<b>Body</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Ascites	Nepřítomen	Přítomen, mírný	Refrakterní
Stupeň encefalopatie	Nepřítomen	1–2	3–4
Bilirubin $\mu\text{mol/l}$	< 34	34–51	>51
Albumin (g/l)	> 35	28–35	< 28
Protrombinový čas (=INR)	1–3 (< 1,7)	4–6 (1,7–2,3)	> 6 (> 2,3)
Bilirubin pro PBC ( $\mu\text{mo/l}$ )	17–68	69–171	> 171

Zdroj: DÍTĚ, 2007, s. 318

*Childovo- Pughovo skóre vyjadřujeme v bodech, kdy minimální počet je 5bodů, maximální počet je 15 bodů. Rozděluje je do tří stupňů, kdy je A = 5-6 bodů, B = 7-9 bodů, C = 10-15 bodů (DÍTĚ, 2007, s. 318).*

Pacienti ve skupině A mohou lehce pracovat, je zde nutné pravidelné sledování. Pacienty ve skupině B je třeba pokusovat individuálně s ohledem na příčinu onemocnění, přidružené onemocnění, věk a přítomnou obtíž. Pacienti ve skupině C mají velmi špatnou prognózu, 50 % zemře do jednoho roku, jejich záchranou může být transplantace jater (DÍTĚ, 2007).

Pro účely indikace k transplantaci je v dnešní době využíváno tzv. MELD skóre, které kromě jaterních funkcí navíc hodnotí i renální poškození (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

MELD je skórovací systém, který hodnotí kritéria transplantace jater u pacientů s chronickým jaterním onemocněním. I když skóre bylo účinné v predikcích mortality u pacientů, kteří čekají na transplantaci jater. Jeho schopnosti předvídat výsledek je třeba nadále studovat (ONACA, 2003).

Je založeno na objektivních parametrech. K předpovědi přežití se používá bilirubin, kreatinin a INR. MELD skóre napomáhá hodnotit riziko úmrtí na jaterní selhání, neukazuje však na některá specifická rizika jako jsou nádory či záněty jater, které je třeba klasifikovat jiným způsobem (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## **1.4 VÝVOJ ONEMOCNĚNÍ**

Progrese jaterní cirhózy je důležitá pro celkový vývoj onemocnění. Hodnotíme ji na základě morfologie nebo klinického vývoje. Stupeň morfologické progrese lze zjistit pouze z jaterní biopsie. Progrese klinická může být stejná jako progrese morfologická. Nemusí to být vždy pravidlem, tyto pojmy nelze zaměňovat (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## **1.5 KLINICKÝ OBRAZ**

Klinický obraz u jaterní cirhózy je velmi proměnlivý. Nemusí být přítomny žádné příznaky, pacienta mohou provázet dyspeptické obtíže, ztráta chuti k jídlu. Mohou být přítomny i stavy ohrožující život jako jaterní selhání. Rozlišujeme kompenzovanou cirhózu a dekompenzovanou cirhózu (DÍTĚ, 2007).

## Kompenzovaná cirhóza

Pacienta provází únava, nechutenství, nepříjemné obtíže v oblasti pravého podžebří, poruchy spánku, menstruačního cyklu či ztráta libida. Při fyzikálním vyšetření se mohou objevit projevy změněného metabolismu estrogenů – palmární erytém, pavoučkové névy, které jsou přítomny velmi často. Běžná je hepatomegalie, i když vzácně mohou být játra i menší. Konzistence jater je vždy zvýšena. Je přítomna splenomegalie a kolaterály v oblasti břicha, které mohou být přítomny jako projev portální hypertenze (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## Dekompenzovaná cirhóza

V této fázi je přítomen ascites, krvácení do zažívacího traktu, ikterus či jaterní encefalopatie. Pacienta provází malnutrice a svalová dystrofie. Projevem hyperkinetické cirkulace při portální hypertenzi je hypotenze a tachykardie. V důsledku hepatorenálního syndromu je zvýšené riziko renálního selhání. Jsou přítomny krvácivé projevy na kůži při trombocytopenii a poruše koagulace. Zvyšuje se riziko hepatocelulárního karcinomu (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## 2 DIAGNOSTIKA

Diagnózu jaterní cirhóza lze stanovit na základě klinického nálezu, pomocných vyšetření či kombinaci více údajů. Jaterní cirhózu můžeme rozdělit:

- ✓ Latentní cirhóza – Pacient je bez subjektivních obtíží a klinických symptomů. Diagnózu můžeme stanovit pouze na základě histologického vyšetření, případně v kombinaci laboratorních či zobrazovacích metod.
- ✓ Manifestní cirhóza – U pacientů se objevují subjektivní obtíže i klinické projevy. Mění se hemodynamika, jaterní funkce, hormonální funkce a činnost dalších orgánů (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

### 2.1 ANAMNÉZA

Význam má zejména anamnéza osobní, farmakologická a abusus. Lékař se ptá, zda pacient neprodělal některou z hepatitid, zda netrpí onemocněním jater, žlučníku či žlučových cest. Z farmakologické anamnézy se dotazujeme na léky, které pacient užívá. Abusus je významný pro konzumaci alkohol nebo užívání drog. Pokud nemocný konzumuje alkohol, dotazujeme se jak často, v jakém množství a o jaký druh alkoholu se jedná (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

### 2.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Do fyzikálního vyšetření řadíme vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Pohledem můžeme zjistit malnutrici, ikterus, ascites, pavoukovité névy, palmární erytém, paličkovité prsty, purpury, hematomy, flapping tremor, dyspnoe, cyanosu či otoky. Pohmatem zjišťujeme velikost jater, charakter okraje, konzistenci, povrch jater, citlivost a pulzaci. Poklep má význam pro určení velikosti jater. Poslech nám může poskytnout informaci o zánětu jaterního pouzdra či může pomoci určit cévní nádor jater (CHROBÁK, 2003).

### 2.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- ✓ Hematologické vyšetření krve: KO
- ✓ Hemokoagulační vyšetření krve: INR, APTT

- ✓ Biochemické vyšetření krve: Jaterní testy – ALT, AST, ALP, GMT, TZR, bilirubin v séru, ELFO, Cholesterol, FW
- ✓ Biochemické vyšetření moče: Pozitivní urobilinogen v moči (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ 2006).

## **2.4 ZOBRAZOVACÍ METODY**

Ultrazvuk (dále jen UZ) či počítačová tomografie (dále jen CT) s nálezem ložiskových jaterních změn je nejdůležitější pro stanovení diagnózy jaterní cirhózy (ČEŠKA, 2010).

UZ patří mezi nejvyužívanější zobrazovací metody. Neinvazivní, dobře dostupné vyšetření, které lze opakovat a není nákladné. Při UZ se zjišťuje poloha, velikost, tvar jater a také nerovnosti a komprese jaterních žil (SOUČEK, 2011).

CT jater má výhody v rychlosti, dostupnosti vyšetření a možnosti měření změn tkání. Nevýhodou je radiační zátěž a možné nežádoucí reakce po podání kontrastní látky (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## **2.5 INVAZIVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY**

*Jaterní biopsie je již více než 100 let významnou metodou pro stanovení povahy jaterního onemocnění a jeho pokročilosti (EHRMANN, HŮLEK 2010 s. 116).*

Řadíme ji mezi základní diagnostické metody v hepatologii. Provádí ji radiolog či gastroenterolog. Tento výkon slouží k získání vzorku jaterní tkáně pro další vyšetření. Je prováděna za kontroly CT či UZ pomocí bioptické jehly. Výkon se může provádět ambulantně nebo při hospitalizaci, záleží na domluvě s ošetřujícím lékařem. Při podezření na cirhózu jater poskytuje základní informace, jako jsou příčiny cirhózy, stádium a vývoj cirhózy nebo komplikace cirhózy jater (EHRMANN, HŮLEK, 2010).



### 3 LÉČBA A PROGNÓZA

Léčba jaterní cirhózy je odlišná podle příčiny, funkčního poškození, stupně, přítomnosti komplikací a spolupráce s pacientem. Nejdůležitějším krokem je odhalení příčiny onemocnění. U alkoholické cirhózy je důležitá abstinence, ta může zastavit progresi onemocnění, a pacient tak může být stabilizován. Při abstinenci dochází ke snížení portální hypertenze a zlepšení funkčního stavu nemocného. U virových hepatitid se nasazuje antivirová léčba. Pokud je úspěšná, dochází ke zlepšení funkčního stádia, stabilizaci stavu nemocného a k oddálení komplikací jaterní cirhózy. Léčba virostatiky či kombinace s interferonem u infekce patří specializovaným centrům pro riziko jaterního selhání. Při včasné diagnostice a správné léčbě dochází k celkové stabilizaci stavu u Wilsonovy choroby, hemochromatózy a porfyrií. Zásadní zlom v pokročilé léčbě jaterní cirhózy zaznamenala transplantace jater (dále jen TJ). Vhodnost TJ by měla být zvážena u všech nemocných s jaterní cirhózou, a měla by být včas indikována. Z důvodů kontraindikací transplantační léčby je velká část nemocných odkázána na konzervativní léčbu (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

#### 3.1 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Nemocní s jaterní cirhózou by měli dodržovat klidový režim. Pokud jsou v kompenzované fázi, není nutná pracovní neschopnost, ale je třeba zvážit, zda jejich práce není fyzicky náročná či vyžadující zvýšenou pozornost. V dekompenzované fázi je zvážit možnost hospitalizace. Důležitý je dostatek odpočinku a spánku a vyloučení hepatotoxických látek. Pokud je přítomna jaterní encefalopatie, je důležité ve zvýšené míře dbát na bezpečnost pacienta (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

#### 3.2 DIETNÍ OPATŘENÍ

Velmi důležitá je abstinence alkoholu. Terapie u pacientů s ascitem by měla být zahájena omezením přívodu chloridu sodného tj. ne více než 1 g NaCl za den. Je nutné, aby měl pacient dostatečnou výživu a optimální příjem proteinů tj. 1,0–1,5 g/kg/den, nebo omezený příjem tekutin pokud je přítomna nebo hrozí hyponatremie (ČEŠKA, 2010), (LUELLMANN, 2002).

### 3.3 NÁHRADA VITAMINŮ

Jako prevenci kostním onemocněním je dobré nemocným podávat vitamin D a kalcium, eventuelně estrogeny. Dalším důležitým faktorem je dodávání vitaminů rozpustných v tucích (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

### 3.4 FARMAKOTERAPIE

Pacienti s funkční poruchou jater mohou odlišně reagovat na terapeutické či toxické působení některých léčiv. Metabolické jaterní funkce se podílejí na celkové clearance řady léčiv. Při zahájení farmakoterapie u nemocných s jaterní cirhózou je velmi důležitá opatrnost, zejména u pacientů v dekompenzované fázi, u kterých jsou přítomny komplikace. Je nutné zhodnotit stav pacienta a nutnost farmakoterapie. Podáváme malé dávky a sledujeme stav nemocného. Zvýšené riziko mají léky s malou terapeutickou šíří, centrálně působící analgetika, sedativa či anxiolytika, ty mohou vyvolat jaterní encefalopatii. Zvýšenou pozornost věnujeme také lékům, jejichž hepatotoxicita je závislá na dávce či lékům, které poškozují játra. Některá léčiva mají zvýšenou pravděpodobnost hepatotoxického působení, jsou proto relativně kontraindikována. Řadíme sem léky jako např. izoniazid, rifampicin, erytromycin, deoxymykoin či vysoké dávky často užívaného paracetamolu (HUSOVÁ, 2013).

#### **Hepatoprotektiva**

Jsou léky doporučovány při různých onemocnění jater. Zlepšují životaschopnost a funkčnost hepatocytů. K nejvýznamnějším patří silymarin. Ten může napomáhat k procesu zpomalení fibrotizace. Při regeneraci hepatocytů mohou mít určitý efekt esenciální fosfolipidy. U cholestáz a při alkoholovém postižení jater může napomáhat S-adenosyl methionin. Jediným preparátem, u kterého byla prokázána účinnost je ursodeoxycholová kyselina v indikaci chronických chorob cholestatických (EHRMANN, HŮLEK, 2010). (SLÍVA, VOTAVA, 2010),

#### **Kortikoidy**

O této léčbě je možné uvažovat, pokud pacient trpí autoimunní hepatitidou s přechodem do jaterní cirhózy. Kortikoidy se zásadně nepoužívají v ostatních případech léčby jaterní cirhózy (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

## **Diuretika**

O léčbě diuretiky při jaterní cirhóze uvažujeme při vyplavení ascitu. Volíme kalium šetřící diuretika. Pokud tato léčba selže, musíme navíc podávat thiazidové nebo kličkové diuretikum. (LUELLMANN, 2002).

### **3.5 LÉČBA KOMPLIKACÍ**

*Léčba komplikací u jaterní cirhózy je velmi důležitá, avšak velmi náročná na finanční prostředky, zkušenosti a odborné prostředky (EHRMANN, HŮLEK, 2010, s. 405).*

### **3.6 TRANSPLANTACE JATER**

Jedná se o metodu zachraňující život. Aby byl nemocný zařazen na čekající listinu, je nutné posouzení pokročilosti jaterní choroby. Ke stanovení pokročilosti onemocnění nám slouží klinické příznaky, skórovací systémy a laboratorní vyšetření nemocného (HUSOVÁ, 2013).

*Transplantace jater (dále jen TJ) má minimum kontraindikací. Mezi absolutní kontraindikace patří aktivní toxikomanie (včetně aktivního alkoholismu), pokročilá kardiopulmonální choroba, rozvinutý AIDS, sepse, technické problémy TJ, rozvinutá mimojaterní zhoubná onemocnění a nespolupráce nemocného. Za relativní kontraindikace TJ lze považovat aktivní infekci, závažné komorbidity s omezenou prognózou přežití (HUSOVÁ, 2013, s. 658).*

Základní skupinou pacientů pro indikaci k TJ je nezvratné selhání jater při jaterním onemocnění. Relativní kontraindikací je těžký stav nemocného, vyšší věk či závažná přidružená onemocnění (HUSOVÁ, 2013).

*Při indikaci je nutné zvážit benefit a rizika pro daného pacienta. Hlavním benefitem je prodloužení života příjemce při transplantaci a následné léčbě proti očekávanému přežití konzervativní léčbě. Tento výkon vyžaduje fyzickou i psychickou rezervu příjemce, která mu umožní překonat operační zátěž, pooperační péči a následnou rehabilitaci s cílem návratu do aktivního, plnohodnotného života. Vlastní indikace TJ je odpovědností daného transplantačního centra (HUSOVÁ, 2013, s. 662).*

### 3.7 PROGNOZA

Prognóza u onemocnění jater závisí zejména na jejich funkční schopnosti. U jaterní cirhózy je závislá na přítomnosti komplikací – portální hypertenze, jaterní insuficience, infekce, hepatocelulární karcinom. Při kompenzované cirhóze mohou nemocní přežívat i více než 5 let. Při objevení komplikací dekompenzované fáze se doba zkrátí, průměrné přežití je 1–2 roky (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

Existuje jednoduché hodnocení, které posuzuje prognózu nemocného s jaterní cirhózou. Základem jsou běžné klinické údaje (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Tabulka 2 Hodnocení stádií jaterní cirhózy

Stádium 0	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ V tomto stádiu nejsou přítomny jícnové varixy ani ascites.</li><li>✓ Mortalita je cca 1 % za rok.</li></ul>
Stádium 1	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Jsou přítomny jícnové varixy bez ascitu a bez předchozího krvácení.</li><li>✓ Mortalita je 3–4 % v průběhu jednoho roku.</li></ul>
Stádium 2	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Je přítomen ascites bez ohledu na přítomnost jícnových varixů, bez předchozího krvácení z jícnových varixů.</li><li>✓ Mortalita je 20 % za rok.</li></ul>
Stádium 3	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Stav po krvácení z jícnových varixů, u pacienta může být přítomen ascites, ale není to podmínkou.</li><li>✓ Mortalita je 57 % za rok.</li></ul>

Zdroj: EHRMANN, HŮLEK, 2010, s. 406

V průběhu 10 let přejde do fáze dekompenzace až 50 % nemocných. Pacienti s jaterní cirhózou v této fázi většinou zemřou. Přežití pacientů s dekompenzovanou fází dosahuje přibližně dvou let. Mezi hlavní příčiny úmrtí pacientů s cirhózou a jejich vztah k pokročilosti choroby patří jaterní selhání, hepatocelulární karcinom nebo krvácení. Jedním z nejnápadnějších jevů dekompenzace je progresse jícnových varixů. Jícnové varixy jsou přítomny u 20 % nemocných v kompenzované fázi a u cca 60 % pacientů s ascitem. Po dosažení stupně 10–12 mm Hg portální hypertenze se krvácení z varixů nebo jiná komplikace cirhózy dostaví v průměru do čtyř let. Hodnocení velikosti jícnových varixů je hlavním parametrem, který značí riziko krvácení. U nemocných

s tímto onemocněním je nutné v rámci screeningu provádět endoskopické vyšetření horní části trávicí trubice (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

*Jedním z dalších možných prognostických faktorů je výše uvedená portální hypertenze daná hodnotou portohepatálního gradientu (dále jen HVPG). Je známo, že hodnota HVPG je jedním z nejlepších nezávislých prognostických parametrů v hepatologii. Její měření je doporučováno provádět u všech pacientů s jaterní cirhózou jako screeningové vyšetření na přítomnost klinicky významné portální hypertenze (tj. HVPG > 10 mm Hg), neboť tito pacienti jsou ohroženi rozvojem komplikací cirhózy. Bylo prokázáno, že výše HVPG je zásadní pro tvorbu jícnových varixů, ascitu, krvácení z jícnových varixů a je prediktivním faktorem přežití pacientů s etylickou jaterní cirhózou po krvácení z jícnových varixů. Je též prokázáno, že farmakologické ovlivnění HVPG snižuje riziko prvního krvácení z jícnových varixů i jeho recidivy. Vysoká hodnota HVPG je spjata s rizikem vývoje hepatocelulárního karcinomu, změna HVPG při antivirové léčbě má význam pro další vývoj jaterní choroby (BRŮHA, PETRTÝL, 2011, s. 146).*

## **4 KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY**

Komplikace jaterní cirhózy jsou nejvýznamnějším faktorem kvality života a přežívání nemocných. V posledních letech je patrné zlepšení diagnostiky a léčby, zlepšení se projevilo i ve vývoji onemocnění, ve fázi dekompenzované jaterní cirhózy (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

### **4.1 JATERNÍ SELHÁNÍ**

Poškození jater vede k různému stupni poruchy jaterních funkcí, především metabolických. Tyto projevy označujeme jako insuficienci. Po selhání jaterních některé či většiny jaterních funkcí dochází k ohrožení organismu jako celku. Jaterní selhání rozdělujeme na akutní a chronické (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

### **4.2 PORTÁLNÍ HYPERTENZE**

Základním znakem této komplikace je zvýšení tlaku krve v portálním řečišti na základě různých příčin. Portální hypertenzi můžeme rozdělit dle mechanismu vzniku na prehepatální, intrahepatální a posthepatální (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

### **4.3 KRVÁCENÍ Z JÍCNÝCH VARIXŮ**

Jedná se o velmi závažný stav nemocného s portální hypertenzí a jaterní cirhózou. Dochází k masivnímu krvácení, které bez okamžité léčby vede k hypovolemickému šoku a následné smrti. Mortalita krvácení dosahuje během prvním měsíce k 10–40 %. Opakované krvácení s podobnou úmrtností se objevuje v dalším vývoji tohoto onemocnění a stoupá až k 80 % (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007), (KAPOUNOVÁ, 2007).

### **4.4 JATERNÍ ENCEFALOPATIE**

Tato komplikace představuje soubor neuropsychických projevů. Ty vznikají v souvislosti s jaterní nedostatečností a portosystémovými zkraty. Vyvolávající faktorem jaterní encefalopatie může být krvácení do GIT, minerálové změny či infekce. Pacienta mohou provázet změny nálady, poruchy spánku, může být dezorientován místem a časem, stává se zmateným. Často se objevuje porucha vědomí až kóma. Vhodná léčba může tento stav zvrátit (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

Tabulka 3 Klinická stádia jatrní encefalopatie

I. stupeň	Pacient je mírně zmatený, euforický či depresivní, pozorujeme sníženou pozornost, zpomalené myšlení, zvýšenou dráždivost či poruchy spánkového režimu.
II. stupeň	Pacient je spavý, je přítomna letargie, výrazná porucha řešit mentální úlohy, pozorujeme změny osobnosti, neadekvátní chování až přechodnou dezorientaci.
III. stupeň	Pacient je somnolentní, dezorientovaný místem i časem, je přítomna značná zmatenost, amnézie a nesrozumitelná řeč.
IV. stupeň	Pacient je v kómatu.

Zdroj: EHRMANN, HŮLEK, 2010, s. 408

#### 4.5 ASCITES

Neboli volná tekutina v dutině břišní souvisí s přetlakem v portálním řečišti a se sníženou hladinou albuminu. Množství tekutiny v dutině břišní je individuální, může dosáhnout i 10–20 litrů. U léčby ascitu je základem neslaná dieta a diuretika. Léčbou této komplikace je často punkce ascitu punkční jehlou (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

#### 4.6 HEPATORENÁLNÍ SYNDROM

Jedná se funkční selhání ledvin, které je komplikováno jatrním selháním a portální hypertenzí. Je zde přítomna zvýšená aktivizace endogenního vazoaktivního systému. Vzniká téměř pouze u nemocných s ascitem a portální hypertenzí. Rozlišujeme akutní hepatorenální syndrom, ten rychle progreduje, má špatnou prognózu. Chronický hepatorenální syndrom, je ve větší míře stabilizovaný (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

#### 4.7 CHOLESTÁZA

Vzniká při poruše mezi hepatocytem a Vaterovou papilou. Cholestáza je stav, kdy normální množství žluči nedosáhne duodena. Může být akutní či chronická nebo dle lokalizace intrahepatální či extrahepatální. Nejzápadnějším projevem této komplikace je ikterus, který je podmíněn zvýšenou hladinou především konjugovaného bilirubinu. Dalším typickým projevem extrahepatální cholestázy je svědění kůže. Při chronické formě se kolem očí a v kožních rýhách tvoří xantelezmata. Kůže

nemocného je pigmentovaná. Nemocní ubývají na váze, stolice je hypocholeolická až acholeolická, někdy může být průjmovitá. V důsledku špatné resorpce vitamínů rozpustných v tucích dochází k rozvoji projevů z jejich nedostatku, dostavuje se především osteoporóza a koagulopatie (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

#### **4.8 ZIEVEHO SYNDROM**

Jedná se o stav spojený s alkoholickou jaterní cirhózou. Podstatou je uvolňování tuku z jater a odbourávání červených krvinek. To je důsledkem nadměrné konzumace alkoholu. Projevuje se zvýšeným množstvím tuků v krvi a anémií na podkladě hemolýzy. Typický je ikterus. V různé míře můžeme objevit obraz postižení jater na základě alkoholu, a to v podobě zvýšených jaterních testů. Mohou se také objevit bolesti břicha či nechutenství. Důležité je zabránit další konzumaci alkoholu, zajistit dostatečnou výživu a přísun tekutin, podávat vitaminy. Pokud jsou splněny tyto podmínky, dochází k úpravě pacientova stavu (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

#### **4.9 HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM**

Jedná se o primární rakovinu jater. Játra postižená cirhózou představují vysoké riziko vzniku této komplikace. Hepatocelulární karcinom řadíme mezi nejčastější příčiny úmrtí u nemocných s cirhózou jater. Přítomnost komplikace se může projevit náhlým zhoršením zdravotního stavu či jaterních funkcí, důležitá je cílená dispenzarizace nemocných s touto chorobou. Při časném objevení lze uvažovat o chirurgickém odstranění části jater s ložiskem, perkutánní destrukci ložiska pomocí aplikace alkoholu či sondy, která způsobí tepelnou nekrózu tkáně. Dalším řešením může být transplantace jater. Pokud je nádor v pokročilém stádiu lze aplikovat pouze léčba symptomatická (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

#### **4.10 DALŠÍ KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY**

Řadíme sem některá další onemocnění GIT. U nemocných s cirhózou je častější výskyt vředové choroby gastroduodenální, chronických gastritid a průjmů. Více než 30 % nemocných trpí cholelitiázou či chronickou cholecystitidou. Jaterní cirhózu provází také zánětlivé komplikace. Nemocní s cirhózou jsou náchylnější k infekcím hlavně dýchacího ústrojí, močových cest, k tuberkulóze a zánětům k oblasti dutiny břišní (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).



## 5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

U nemocných s tímto onemocněním je důležitá dispenzarizace a pravidelné vyšetřování, zejména ve specializovaných ambulancích. Tyto kontroly jsou důležité zejména pro:

- ✓ Odhadnutí nejvhodnějšího času pro TJ, pokud je k ní pacient indikován.
- ✓ Časné zachycení projevů selhávání jaterních funkcí.
- ✓ Posouzení vhodné doby na zahájení preventivní léčby krvácení z jícnových varixů.
- ✓ Časné odhalení přítomnosti hepatocelulárního karcinomu (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

### 5.1 SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ S JATERNÍ CIRHÓZOU

Pacienti s jaterní cirhózou by měli být pravidelně vyšetřováni, provádět by se mělo zejména klinické vyšetření, základní laboratorní vyšetření, a to jednou za 3 měsíce. Laboratorně by se mělo vyšetřovat zejména KO, albumin, INR, AFP, jaterní testy (dále jen JT), serologické vyšetření zejména infekční hepatitidy a autoprotilátky. Pravidelně jednou za 3–6 měsíců by měla být stanovena hodnota alfa-1-fetoproteinu a proveden UZ jater. Alespoň jednou za rok by měla být provedena gastrofibroskopie či ezofagogastroskopie u pacientů s menšími jícnovými varixy. U všech hospitalizovaných nemocných s ascitem nebo u nově zjištěných pacientů s ascitem je třeba provést diagnostickou punkci ascitu. Na počátku stanovení diagnózy či dle stavu pacienta se provádí jaterní biopsie, endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (dále jen ERCP) a katetrizace jaterních žil. Dále při zvláštní indikaci může být provedeno CT jater či jiná vyšetření (EHRMANN, HŮLEK, 2010), (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

### 5.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

Pacient s jaterní cirhózou je hospitalizován na interním oddělení nebo na JIP dle aktuálního zdravotního stavu. Hospitalizace se často opakuje. Dle fáze onemocnění, zdravotního stavu a stupně soběstačnosti může mít volný režim, ale často pobývá

na lůžku z důvodu únavy. Pacient zaujímá přirozenou polohu nebo Fowlerovu polohu, pokud je přítomna dušnost (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

U pacienta s jaterní cirhózou pravidelně sledujeme fyziologické funkce, bilanci tekutin a laboratorní výsledky krevních vyšetření. Pokud je u nemocného přítomen ascites, je důležité sledovat objem břicha a hmotnost nemocného. Pacienta měříme a vážíme denně a následně zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace. Všímáme si kožních problémů, projevů jaterního selhání, psychických projevů. Sledujeme příznaky komplikací, invazivní vstupy, projevy krvácení, stav otoků, psychický stav nemocného a dodržování životosprávy a abstinence alkoholu. Při manipulaci s pacientem postupujeme velmi šetrně, aby nedošlo k poškození kůže. U nemocných s jaterní encefalopatií dbáme zvýšeně na bezpečnost, především na prevenci pádu. Při vzniku komplikací informujeme okamžitě lékaře (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

Je důležité zhodnotit stupeň soběstačnosti. Pokud nemocný nezvládá běžné činnosti je třeba mu pomoci s hygienickou péčí. Zajistíme vhodné prostředí pro hygienu, pomůcky, bezpečí pacienta. Dbáme na čistotu ložního prádla. Po koupeli provádíme péči o kůži, promazáváním. Edukujeme o riziku vzniku opruzenin a dekubitů. Sestry dohlíží na dodržování hygienických návyků (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Zásadní u pacienta s jaterní cirhózou je zajištění dostatečné výživy. U nemocných převládá nechutenství z důvodu dyspeptických obtíží. Důležitý je správný příjem bílkovin a omezení příjmu živočišných tuků a soli. Pacientovi je většinou ordinována bílkovinná dieta. Volíme vhodnou úpravu stravy, preferujeme vaření ve vodě, dušení. Naopak nevhodná jsou smažená jídla. Pacienti s ascitem mají omezený příjem tekutin (asi na 1 l/24 h). U nemocných s jaterní cirhózou je přísný zákaz alkoholu. Sestra dohlíží na abstinenci a spolupracuje s nutričním terapeutem (EHRMANN, HŮLEK, 2010), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Sledujeme bilanci tekutin. Edukujeme nemocného o zásadách sběru moče. Při ascitu zajistíme omezení příjmu tekutin dle ordinace lékaře. Sledujeme vyprazdňování stolice, množství a příměsí, dbáme na prevenci zácpy (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Zajistíme vhodné podmínky pro spánek a odpočinek. Upravíme lůžko, větráme před spaním, dodržujeme režim dne a noci. Doporučíme pacientovi vhodné denní aktivity (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Motivujeme pacienta k zapojení se do léčby, podáme dostatek informací. Zajistíme vhodné prostředí a dostatek soukromí pro kontakt s rodinou a přáteli. Dáme pacientovi prostor pro možné dotazy. Při ukončení hospitalizace dáme nemocnému doporučení do domácí péče o dodržování životosprávy, vhodné diety, abstinenci alkoholu, léčbě, pravidelném užívání léků, odpočinku, o důležitosti dispenzarizace. Pokud je potřeba kontaktujeme sociálního pracovníka. V důsledku psychických změn zajistíme psychologa nebo psychoterapeuta (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

## 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

### Identifikační údaje:

**Jméno a příjmení:** XX

**Pohlaví:** Žena

**Rok narození:** 1950

**Věk:** 64

**Adresa trvalého bydliště:** Mladá Boleslav

**RČ:** 500000/0000

**Pojišťovna:** 209 - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

**Datum přijetí:** 3.1. 2013

**Vzdělání:** Středoškolské ukončené maturitou

**Státní příslušnost:** ČR

**Zaměstnání:** Nyní v důchodu, dříve OSVČ – pohostinství

**Stav:** Vdaná, 1 dcera

**Kontaktní osoby k podávání informací:** Dcera

**Typ přijetí:** Akutní

**Oddělení:** Interní oddělení

### Důvod přijetí udávaný pacientem:

*Jsem nějaká unavená, motá se mi hlava, tak mě sem přivedla dcera. Já sama bych sem nešla, mám už těch nemocnic dost, ale co nadělám. Doufám, že to nic nebude a dlouho se tu nezdržím.*

### Medicínská diagnóza hlavní:

- ✓ Snížení objemu plasmy nebo extracelulární tekutiny

### Medicínské diagnózy vedlejší:

- ✓ Cirhóza jaterní etylické etiologie, jaterní encefalopatie
- ✓ Naznačený Schatzkiho prstenec, inkompetence kardie, obraz lehké portální gastropatie, eroze antra, pozitivita helicobakter pylori (dále jen HP)
- ✓ Diabetes mellitus (dále jen DM) II. typu na perorálních antidiabeticích (dále jen PAD)

### **Vitální funkce při přijetí**

TK: 140/65 mmHg

Výška: 168 cm

P: 87/min

Hmotnost: 65 kg

D: 16/min

BMI: 23

TT: 36,6 °C

Pohyblivost: Úplná

Stav vědomí: Plně při vědomí

Krevní skupina: 0 Rh +

### **Nynější onemocnění:**

Pacientka přivezena v doprovodu své dcery pro zhoršení stavu. Od dnešního rána apatická, spavá, časem orientovaná, ale slovní projev místy nekoherentní, unaveného vzhledu. Subjektivně zimnice, jinak si na nic nestěžuje. Bolesti nemá, dýchá se dobře. Nachlazení v posledním týdnu 0. Dysurie 0. Stolicie naposledy dnes v noci, bez patologické příměsi. Dietní chybu neguje.

### **Informační zdroje:**

Pacient, chorobopis, ošetrovatelská dokumentace, rodina

### **Anamnéza:**

#### **Rodinná anamnéza**

Matka se léčí se pro DM II. typu a hypertenzi, jinak zdravá. Otec zemřel na karcinom plic v 57 letech. Mladší sestra se léčí s DM II. typu, jinak zdravá. Dcera zdravá.

#### **Osobní anamnéza**

#### **Překonané a chronické onemocnění:**

- ✓ Plošná vředová léze antra žaludku, mnohočetné eroze antra žaludku dle gastrofibroskopie (dále jen GFS)
- ✓ Stav po (dále jen St. p.) hemateméze při vředu, ošetřeno klípy a opichem adrenalinu 7/2011
- ✓ Dle GFS 10/11 portální gastropatie, zánětlivé změny antra žaludku
- ✓ Cirhóza jaterní, etylické etiologie, Child - Pugh A (6bodů)

- ✓ Koagulopatie sekundární
- ✓ St. p. Hepatitidě B
- ✓ St. p. epileptickém paroxysmu charakteristiky grand mal na podkladě toxometabolické encefalopatie
- ✓ St. p. dnavém záchvatu (kloub palce levé dolní končetiny)
- ✓ Syndrom závislosti na alkoholu

#### **Hospitalizace a operace:**

- ✓ Naposledy hospitalizována na interním oddělení 12/12 pro anemický syndrom, ztrátová anemie – podání transfuze, krevní skupina (dále jen KS) 0 Rh+.
- ✓ Ústavní odvykací léčba v roce 2006.

**Transfúze:** +

**Očkování:** Očkována dle očkovacího kalendáře.

#### **Farmakologická anamnéza**

Tabulka 4 Farmakologická anamnéza

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Indikační skupina</b>
Kalium chloratum	tbl.	7,5 %	1-0-0	Přípravek obsahující draslík
Nolpaza	tbl.	40 mg	1-0-1	Inhibitor protonové pumpy
Verospiron	tbl.	25 mg	1-0-1	Diuretikum kalium šetřící, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum
Furon	tbl.	40 mg	½-0-0	Diuretikum
Transmetil	tbl.	500 mg	1-0-1	Hepatikum
Kanavit	gtt.	5ml / 100 mg	10 gtt. 2x denně	Vitamin K
Espumisan	tbl.	40 mg	2-0-2	Léčiva k terapii funkčních poruch trávicího traktu
Flavobion	tbl.	70 mg	1-0-1	Hepatoprotektivum
Ursosan	tbl.	250 mg	0-0-2	Hepatikum
Cipralex	tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresivum
Lactulosa	sirup	50 %	p.p.	Laxativum

Zdroj: Dokumentace pacientky

### **Alergologická anamnéza**

Pacientka je alergická na kiwi. Jiné potraviny, léky či chemické látky neguje.

### **Abúzy**

Alkohol nepije od 6/13. Exkuřačka, asi 10 let nekouří. Kávu nepije. Léky a jiné drogy neguje.

### **Gynekologická anamnéza**

Menarche asi od 14 let, pravidelná. Poslední menstruace proběhla asi před 17 lety, přesně si nevzpomíná. Porod 1 (dcera). Aborty 0. Na poslední gynekologické prohlídce byla asi před pěti lety, přesně si nevzpomíná. Samovyšetřování prsou neprovádí, na mamograf nechodí.

### **Sociální anamnéza**

Pacientka je vdaná. Bydlí v bytě s manželem. V rodině mají dobré vztahy, dcera rodiče pravidelně navštěvuje s vnoučaty. Má dobré vztahy se známými. Nejrady se věnuje vnoučatům, chodí na procházky se svým pejskem nebo navštěvuje své kamarádky. Ráda luští křížovky a sleduje své oblíbené televizní pořady.

### **Pracovní anamnéza**

Pacientka má středoškolské ukončené maturitou. Dříve pracovala jako OSVČ v pohostinství. Do důchodu odešla v 58. letech. Vztahy na pracovišti měla vždy dobré. Nyní pobírá důchod.

### **Spirituální anamnéza**

Religiozní praktiky neudává.

**Posouzení současného stavu: ze dne 5.1. 2013 v 11 hodin.**

### **Popis fyzického stavu**

#### **Hlava a krk**

**Subjektivně:** *Hlava mě nebolí, žádné úrazy hlavy jsem neměla.*

**Objektivně:** Hlava je mezocephalická, bez deformit, poklep nebolestivý, zornice isokorické, reagují na osvit. Subikterus sklér, spojivky růžové, nystagmus 0. Jazyk vlhký, plazí středem. Sliznice suchá, růžové barvy bez povlaků. Krční uzliny nehmatné, štítnice nezvětšena, šije volná, náplň krčních žil v normě.

### **Hrudník a dýchací systém**

**Subjektivně:** *Od té doby, co jsem přestala kouřit, se mi dýchá dobře, kašel ani žádné bolesti nemám.*

**Objektivně:** Hrudník je symetrický, poklep nebolestivý. Dýchání je spontánní, čisté sklípkové, bez vedlejších dechových fenoménů. Dechová frekvence je 16 dechů za minutu, saturace kyslíkem (dále jen SpO<sub>2</sub>) je 98 %. Klidově bez dušnosti, kašle a cyanosy. Pavoučkové névy na hrudníku.

### **Srdce a cévní systém**

**Subjektivně:** *Problémy se srdíčkem jsem nikdy žádné neměla.*

**Objektivně:** Stenokardie, dušnost, kašel nejuje. Sinusový rytmus, bez ložiska a ischémie. Tlak krve (dále jen TK) 140/65 mmHg. Elektrokardiogram (dále jen EKG) bez vývoje. Akce srdeční pravidelná 87 za minutu, klidná, 2 ozvy ohraničené, lehký systolický šelest na hrotě. Pulzace dobře hmatná. Dolní končetiny bez otoků, lýtka nebolestivá.

### **Břicho a GIT**

**Subjektivně:** *Mám jako spíš něco se žaludkem, špatně se mi polyká, tak někdy kvůli tomu ani nejím radši. Budou mi prý kvůli tomu dělat nějaká vyšetření. Pan doktor říkal, že si to musím hlídat.*

**Objektivně:** Břicho nad niveau, měkké, palpačně nebolestivé, peristaltika slyšitelná ve všech 4 kvadrantech, bez známek peritoneálního dráždění. Tapotement negativní, Izraeliho hmat negativní. Játra zvětšená, tužší, přesahují pravý žeberní oblouk o 2 cm. Citlivá na pohmat, hrbolatý povrch.

### **Vylučovací a pohlavní ústrojí**

**Subjektivně:** *Na stolici chodím pravidelně, s močením jsem nikdy problémy neměla, někdy chodím častěji, ale to je podle toho kolik toho vypiju.*

**Objektivně:** Podbřišek nebolestivý. Pacientka močí spontánně. Moč je čirá, tmavší barvy, bez patologických příměsí.

### **Pohybový aparát**

**Subjektivně:** *Myslím, že pohybově jsem na tom dobře. Po ránu je to horší, než se rozhybu, ale jinak se o sebe postarám a udělám si vše, co potřebuji. Někdy*



*mě bolí záda, ale to si myslím, že je normální, teď jsem v klidu a nic mě nebolí. Akorát mám teď problém, že jsem unavená a motá se mi hlava, ale s pohybem si myslím, že to nesouvisí. No a někdy se mi i doma stane, že o něco zakopnu a upadnu no.*

**Objektivně:** Pacientka je zcela mobilní. Aktivní hybnost všech končetin ve všech směrech je zachovalá. Hybnost krční páteře je v normě, končetiny jsou bez tvarových deformit. Dolní končetiny jsou bez otoků a bez známek tromboembolické nemoci. Pacientka nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

#### **Nervový systém**

**Subjektivně:** *Mám problém akorát s očima, nosím brýle na dálku, ale slyším dobře.*

**Objektivně:** Pacientka je při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou. Glasgow coma scale (dále jen GCS) je 15. Spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Má problémy se zrakem, které kompenzuje brýlemi. Zornice isokorické, reagují na osvit. Ostatní smysly jsou bez patologických změn.

#### **Endokrinní systém**

**Subjektivně:** *Mám tu cukrovku, jinak asi nic.*

**Objektivně:** Štítná žláza je nezvětšená. Pacientka je kompenzovaná diabetička na dietě a PAD. Poslední naměřená hodnota glykémie je 7,2 mmol/l. Další patologické projevy poruch endokrinního systému nejsou pozorovány.

#### **Imunologický systém**

**Subjektivně:** *Jsem alergická na kiwi, nic jiného mi problém nedělá.*

**Objektivně:** Lymfatické uzliny jsou nezvětšené, nebolestivé. Tělesná teplota v normě 36,6 °C.

#### **Kůže a její adnexa**

**Subjektivně:** *Mám suchou kůži, používám krémy a často si mažu ruce.*

**Objektivně:** Na kůži nejsou viditelné patologické defekty. Pacientka je bledšího zbarvení. Kožní turgor je snížený, nehty jsou upravené, nalakované. Celkový vzhled odpovídá věku pacientky.

*Poznámky z tělesné prohlídky:* Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou, rozumí otázkám a ihned reaguje odpovědí. Je velmi ochotná a milá. Těší se, až jí propustí do domácí péče, má ráda své soukromí, kterého v nemocnici nemá dostatek.

#### **Aktivity denního života**

##### **Stravování**

**Doma:** *S tím jídlem, nikdy jsem moc jíst nemusela, teď už se snažím jíst hlavně zdravě a pravidelně, už kvůli té cukrovce, co mi zjistili. Doma jsem každý den vařila, ale to spíš kvůli manželovi. Snažím se dodržovat stravování, které mi doporučil lékař, ale víte jak to je, navíc ještě s tím mým polykáním, někdy je mi z toho až na zvracení.*

**V nemocnici:** *Tady nemám chuť k jídlu vůbec, ani mi to tu moc nechutná, ale snažím se něco sníst, když mám tu cukrovku a hlavně sestřičky mi pořád říkají, že musím víc jíst, ale když to nejde tak nevím, co mám dělat.*

**Objektivně:** Pacientka je přiměřené výživy. Hydratace a chuť k jídlu je snížena. Dieta číslo 9, diabetická. Váha 65 kg, výška 168 cm, BMI 23.

### **Příjem tekutin**

**Doma:** *Málo piju, vypiju tak litr za den a to jsem ráda, teď piju doma hlavně čaje nebo džusy. Kafe už taky moc nemusím, no a alkohol, to víte sama, jak to se mnou je.*

**V nemocnici:** *Tady se snažím pít víc, protože mi sestřičky říkají, že piju hodně málo. Něco mi dávají i do žíly, asi že teda málo piju. Ten čaj mi v nemocnici chutná, tak to snad půjde a brzy se to zlepší.*

**Objektivně:** Hydratace a kožní turgor je snížený. Pacientka vypije během dne 1 litr tekutin, převážně čaje.

### **Vylučování moče**

**Doma:** *S močením nemám žádné problémy, nic mě nebolí, jak jsem říkala, někdy chodím častěji, ale to je podle toho jak moc zrovna piju.*

**V nemocnici:** *Tady také nemám žádné problémy.*

**Objektivně:** Pacientka močí spontánně. Moč je zakalená, tmavší barvy, bez patologických příměsí. Je sledována bilance tekutin.

### **Vylučování stolice**

**Doma:** *Na velkou chodím pravidelně.*

**V nemocnici:** *Tady je to horší, protože doma je doma, ale nemám žádné problémy ani tady.*

**Objektivně:** Pacientka byla během hospitalizace 3x na stolici. Stolice byla formovaná, bez patologických příměsí.

### **Spánek a bdění**

**Doma:** *Spím 7 - 8 hodin, občas si lehnu i odpoledne, někdy se v noci probudím a pak nemůžu dlouho usnout, žádné léky na spaní doma neužívám.*

**V nemocnici:** *Připadá mi, že tady spím pořád, ale je to horší než doma, protože tady sousedka chrápe. Myslím, že spím víc přes den než doma i několik hodin, jsem teď*

*nějaká unavená, i když se probudím. Pan doktor mi řekl, že si můžu říct sestřičce o prášek na spaní, kdybych potřebovala, ale já to vydržím, protože si myslím, že to chrápání by mě vzbudilo i tak.*

**Objektivně:**

Pacientka se v noci často budí, spí i přes den. v průměru spí 8 hodin. Po spánku udává pocit neodpočatosti.

**Aktivita a odpočinek**

**Doma:** *Doma luštím křížovky, koukám na televizi, poslechnu si nějakou hudbu, chodím ven se psem, hlídám vnoučata. Hlavně, když se nenudím a je klid doma, protože pak jsem vždycky začala s tím alkoholem.*

**V nemocnici:** *Tady se snažím chodit aspoň po oddělení, je tu nuda, většinu času trávím v posteli, nebo si s někým vždy popovídám, už se těším domů.*

**Objektivně:** Pacientka je zcela soběstačná, prochází se po oddělení, snaží se dodržovat nařízení zdravotnického personálu.

**Hygiena**

**Doma:** *Nechali jsme si s mužem udělat sprchový kout, koupu se ráda a na to starí je to nejlepší.*

**V nemocnici:** *Tady se taky koupu sama, jsou tu moc hodní, všichni říkají, že když budu potřebovat pomoci, mám si říct, ale zvládám to sama a nechci nikoho obtěžovat.*

**Objektivně:** Při hygieně pacientka vše zvládá sama bez dopomoci.

**Samostatnost**

**Doma:** *Tak doma jsem si vždycky všechno udělala sama, dcera přijde umýt okna, protože na okno radši už nelezu, jinak vařím, s manželem si sami chodíme nakoupit, snažíme se nikoho neobtěžovat.*

**V nemocnici:** *Tady taky všechno zvládám sama, akorát ze začátku to bylo horší, protože jsem byla hodně unavená, teď už je to lepší každým dnem to na sobě cítím, tak se snažím no. Sestřičky mě chválí, že jsem šikovná a že mi to jde. A je to tak, protože to na sobě cítím, už bych mohla jít zase domů, mám strach, jak to všechno bude.*

**Objektivně:** Pacientka je zcela nezávislá, plně soběstačná, odmítá dopomoc. Sama zvládne 100 % činností. Funkční úroveň je 0. Udává strach z budoucnosti.

**Posouzení psychického stavu**

**Vědomí**

**Subjektivně:** *Myslím, že jsem v pořádku.*

**Objektivně:** Pacientka je plně při vědomí. GCS 15.

## **Orientace**

**Subjektivně:** *Jsem v nemocnici.*

**Objektivně:** Pacientka je plně orientována místem, časem, osobou i prostorem.

## **Nálada**

**Subjektivně:** *Jsem zvědavá, jak dlouho tu ještě budu, mám strach, že dlouho.*

**Objektivně:** Pacientka udává nejistotu a strach z vývoje onemocnění.

## **Paměť**

**Staropaměť:** **Subjektivně:** *Mládí bylo krásné, myslím, že z mládí si toho pamatuji víc než teď. Občas zapomenu, co jsem chtěla říct nebo co jsem chtěla koupit.*

**Objektivně:** Pacientka si dobře vybavuje vzpomínky z minulosti.

## **Novopaměť:**

**Subjektivně:** *Občas mi něco vypadne, ale myslím, že na tom nejsem ještě nejhůř.*

**Objektivně:** Pacientka si pamatuje vše, co jí říká ošetřovatelský personál, občas neví, co se po ní chce. Vždycky přesně ví, kdo má kdy přijít na návštěvu.

## **Myšlení**

**Subjektivně:** *Někdy přemýšlím, jak dlouho tu ještě s manželem budeme, co nás ještě čeká. Jaký život budou mít naše vnoučata. Říkám si, že dříve to bylo úplně jiné než dnes. Mám ráda život.*

**Objektivně:** Racionální, logické myšlení.

## **Temperament**

**Subjektivně:** *Manžel vždycky říká, že jsem choleric, že hned vybuchnu a řádím. Myslím, že má asi trochu v něčem pravdu.*

**Objektivně:** Pacientka je spíše extrovertní, má ráda společnost lidí kolem sebe.

## **Sebehodnocení**

**Subjektivně:** *Myslím, že člověk by neměl posuzovat sám sebe, je rozumné toto nechat na ostatních lidech v okolí, to bych se mohla vychválit, přitom skutečnost by byla jiná.*

**Objektivně:** Pacientka je vyrovnaná a soudná.

## **Vnímání zdraví**

**Subjektivně:** *No chtěla bych jít brzy domů.*

**Objektivně:** Pacientka vnímá své onemocnění.

## **Vnímání zdravotního stavu**

**Subjektivně:** *Doufám, že se to zlepší.*

**Objektivně:** Pacientka doufá ve zlepšení zdravotního stavu.

## **Reakce na onemocnění a prožívání nemoci**

**Subjektivně:** *Už nikdy nebudu zdravá, za všechno si můžu sama. Nejhorší to bylo asi v léčebně, nechtěla jsem pít a teď si to vyčítám. Ale to bylo tím obdobím, když umíral táta. Vůbec jsem to nezvládala. Viděla jsem, jak se mi mění před očima a řešila to alkoholem, snad už se to nevrátí. Brala jsem i ty léky na deprese.*

**Objektivně:** Pacientka doufá ve zlepšení zdravotního stavu, dělají jí problém stresové situace, udává strach.

#### **Reakce na hospitalizaci**

**Subjektivně:** *Nic jiného mi nezbylo, tak aspoň mi už bude lépe.*

**Objektivně:** Pacientka vnímá hospitalizaci spíše negativně.

#### **Adaptace na onemocnění**

**Subjektivně:** *Na nemoc si nezvyknete.*

**Objektivně:** Pacientka není vyrovnána se svou nemocí.

#### **Projevy jistoty a nejistoty**

**Subjektivně:** *Pochopitelně mám strach.*

**Objektivně:** Pacientka udává strach z budoucnosti.

#### **Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)**

**Subjektivně:** *Vždy na mě byli všichni hodní.*

**Objektivně:** Zkušeností s hospitalizací má dostatek, má důvěru ve zdravotnický personál. Neudává žádné negativní zkušenosti.

#### **Posouzení sociálního stavu**

#### **Komunikace verbální**

**Subjektivně:** *Ráda si popovídám.*

**Objektivně:** Komunikace pacientky je na dobré úrovni, má bohatou slovní zásobu, je jí dobře rozumět. Řeč je bez patologie. Udržuje oční kontakt.

#### **Komunikace neverbální**

**Subjektivně:** *Pomáhám si rukama.*

**Objektivně:** Rozhovor s pacientkou byl doprovázen mimikou, gesty, pacientka neustále udržovala oční kontakt.

#### **Informovanost o onemocnění**

**Subjektivně:** *Myslím, že mi řeknou vše, co bych měla vědět.*

**Objektivně:** Pacientka je informována o svém onemocnění.

#### **Informovanost o diagnostických metodách**

**Subjektivně:** *Vždycky když mám jít na nějaké vyšetření tak mi vše řeknou s předstihem a vysvětlí, jsou tu moc hodní.*

**Objektivně:** Pacientka je dostatečně informována o diagnostických metodách.

#### **Informovanost o léčbě a dietě**

**Subjektivně:** *Vím, co smím a nesmím, horší je to všechno dodržet.*

**Objektivně:** Pacientka byla dostatečně informována o léčbě a dietě.

#### **Informovanost o délce hospitalizace**

**Subjektivně:** *Myslím, že až budou vědět, kdy půjdu domů, řeknou mi to. Myslím, že ještě asi sami nevědí.*

**Objektivně:** Hospitalizace bude záviset na stavu pacientky, nedá se v předstihu přesně určit, jak dlouhá bude.

#### **Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace**

##### **Primární role (role související s věkem a pohlavím)**

**Subjektivně:** *Jsem žena, jestli to dobře chápu.*

**Objektivně:** Žena 64 let. Role je ovlivněna aktuálním zdravotním stavem.

##### **Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)**

**Subjektivně:** *Tak s rodinou...jsem matka, babička, manželka.*

**Objektivně:** Manželka, matka, babička.

##### **Terciální role (související s volným časem a zálibami)**

**Subjektivně:** *Tak asi kamarádka, panička od pejska, jak se to vezme.*

**Objektivně:** Nyní je především pacientkou, ale určitě i kamarádkou jak uvedla.

### **Medicínský manažment:**

**Ordinovaná vyšetření:** Hematologické a biochemické vyšetření krve, biochemické vyšetření moče, mikrobiologické vyšetření moče, výtěr krku a nosu. Dále EKG, gastrokopie, UZ břicha.

### **Výsledky vyšetření krve a moče ze dne: 5.1.2013**

Zde jsou uvedeny pouze odchylky od normy. Ostatní výsledky krve a moče byly fyziologické.

#### **Krev**

- ✓ ↑ leukocyty, Cl, GLU, urea, bilirubin, ALP, ALT, AST, cholesterol, amoniak, laktát
- ✓ ↓ trombocyty, hemoglobin, K, albumin

#### **Moč**

- ✓ Kultivace, Nález: Corynebacterium

#### **EKG**

- ✓ Sinusový rytmus, akce srdeční pravidelná, frekvence 87/min. Osa a převod v normě. Bez ložiskových a ischemických změn.

#### **Gastrokopie**

- ✓ Indikace: Kontrola vředové leze a antra a mnohočetných erozí, cirhóza jaterní.
- ✓ Biopsie: 1 vzorek na HP - po biopsii bez patrného pokračujícího krvácení.
- ✓ Závěr: Naznačený schatzkiho prstenec, inkompetence kardiie, obraz lehké portální gastropatie, 1 eroze antra žaludku, bez jasných jícnových varixů.
- ✓ Doporučení: pantoprazol 2x40mg nadále dlouhodobě, režimová opatření kontrolní vyšetření za 3 měsíce

#### **UZ břicha**

- ✓ Bez známek ascitu v dutině břišní.

### **Konzervativní léčba:**

Dieta: 9 - diabetická

Pohybový režim: C – volný pohyb po oddělení

Výživa: Perorální

## Medikamentózní léčba:

Tabulka 5 Perorální medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Kalium chloratum	Tbl.	7,5 %	1-0-1	Přípravek obsahující draslík
Agapurin	Tbl.	100 mg	1-0-1	Reologikum
Lactulosa	sirup	50 %	p.p.	Laxativum
Nolpaza	Tbl.	40 mg	1-0-1	Inhibitor protonové pumpy
Verospiron	Tbl.	25 mg	1-0-1	Diuretikum kalium šetřící, antagonista aldosteronu, antihypertenzivum
Coryol	Tbl.	6,25 mg	½-0-½	Antihypertenzivum, betablokátor
Transmetil	Tbl.	50 mg	1-0-1	Hepatikum
Ursosan	Tbl.	250 mg	0-0-2	Hepatikum
Cipralex	Tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepressivum
Stilnox	Tbl.	10 mg	p.p.	Hypnotikum
Amaryl	Tbl.	2 mg	½-0-0	Antidiabetikum
Klacid	Tbl.	500 mg	1-0-1 á 12 h	Antibiotikum
Amoksiklav	Tbl.	1000 mg	1-0-1 á 12 h	Antibiotikum

Zdroj: Dokumentace pacientky

Tabulka 6 Intravenózní medikace

Název roztoku a léku	Čas podání	Indikační skupina
Plasmalyte 1000 ml +	v 8 h	Izotonický infuzní roztok
20 ml KCl	a ve 20 h	Chlorid draselný

Zdroj: dokumentace pacientky

Intravenózní medikace byla během hospitalizace proměnná. Změny infuzních roztoků a léků se řídily výsledky odběrů krve.

**Chirurgická léčba:** Neindikována. (VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2008).



## 6.1 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka XX, 64 let, vdaná, důchodkyně, žijící s manželem. Přijata 3.1. 2013 v odpoledních hodinách na interní oddělení pro snížení objemu plasmy nebo extracelulární tekutiny při jaterní cirhóze etylické etiologie. Alkohol neguje. Třetí den hospitalizace se cítí stále **unavená**, stěžuje si na **problémy s polykáním**. Je orientovaná místem, časem i osobou. **Sliznice dutiny ústní je suchá, kožní turgor a hydratace jsou snižené**. Při příjmu na oddělení byl zaveden **periferní žilní katétr** do pravé horní končetiny, je průchodný bez známek zánětu. Pacientka má **narušený spánek**, stěžuje si na pocit neodpočatosti. Verbalizuje **strach** z důvodu nejistoty a nejasného vývoje onemocnění a **zhoršené zvládní zátěže** v negativních situacích. Je zcela mobilní, běžné denní činnosti zvládá bez pomoci zdravotnického personálu, uvádí však pády v domácím prostředí. **Hodnocení rizika pádu je 3 body**.

## 7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Celkem jsme stanovili 9 ošetřovatelských diagnóz, z toho 6 aktuálních a 3 potenciální. Postupovali jsme dle „NANDA taxonomie 2009 – 2011“ (HERDMAN, 2010). Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny sestupně dle priorit podle našeho úsudku.

<b>00103</b>	<b>Porucha polykání</b>
Doména 2:	Výživa
Třída 1:	Příjem potravy
Priorita:	Střední
Určující znaky:	Stížnost na uvíznutí sousta v jícnu.
Související faktory:	Jícnové vady.
<b>00039</b>	<b>Riziko aspirace</b>
Doména 11:	Bezpečnost/ochrana
Třída 2:	Fyzické poškození
Priorita:	Střední
Rizikové faktory:	Podávání léků, zhoršené polykání.
<b>00027</b>	<b>Snížený objem tekutin v organismu</b>
Doména 2:	Výživa
Třída 5:	Hydratace
Priorita:	Střední
Určující znaky:	Slabost, snížený kožní turgor, suchá kůže.
Související faktory:	Aktivní pokles objemu tělesných tekutin.

**00198**                      **Narušený vzorec spánku**

Doména 4:                      Aktivita/odpočinek

Třída 1:                        Spánek/odpočinek

Priorita:                        Nízká

Určující znaky:              Nespokojenost se spánkem, slovní stížnosti na pocit neodpočatosti, uvádí stavy bdělosti, změna normálního vzorce spánku.

Související faktory:        Nedostatek soukromí nebo kontroly spánku, neznámé prostředí pro spánek, přerušování (např. z důvodu léčby, monitorování, laboratorního testování).

**00093**                      **Únava**

Doména 4:                      Aktivita/odpočinek

Třída 3:                        Rovnováha energie

Priorita:                        Nízká

Určující znaky:              Nedostatek energie, snížený výkon, únava.

Související faktory:        Onemocnění.

**00148**                      **Strach**

Doména 9:                      Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2:                        Reakce na zvládání zátěže

Priorita:                        Nízká

Určující znaky:              Sděluje obavy, sděluje strach, předmětem strachu je onemocnění pacientky, únava.

Související faktory: Potencionálně stresující situace v souvislosti s hospitalizací.

**00069**                      **Neefektivní zvládnání zátěže**

Doména 9:                      Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2:                        Reakce na zvládnání zátěže

Priorita:                        Nízká

Určující znaky:              Nedostatečné řešení problémů, porucha spánku, únava, neschopnost zvládat zátěž.

Související faktory:        Nedostatečná příležitost připravit se na stresory, nejistota.

**00155**                      **Riziko pádů**

Doména 11:                    Bezpečnost/ochrana

Třída 2:                        Fyzické poškození

Priorita:                        Nízká

Rizikové faktory:          Pády v anamnéze, neznámý pokoj, medikace, nespavost.

**00004**                      **Riziko infekce**

Doména 11:                    Bezpečnost/ochrana

Třída 1:                        Infekce

Priorita:                        Nízká

Rizikové faktory:          Farmaka (ATB), invazivní postupy                      (HERDMAN, 2010).

**Dále následují ošetrovatelské diagnózy, u kterých byl rozpracován plán intervencí, realizací a hodnocení.**

**00103**                      **Porucha polykání**

Doména 2:                      Výživa

Třída 1:                        Příjem potravy

**Priorita:**                      Střední

Určující znaky:              Stížnost na uvíznutí sousta v jícnu.

Související faktory:        Jícnové vady.

**Cíl dlouhodobý:**

- ✓ Pacientka udává zlepšení polykání při ukončení hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:**

- ✓ Pacientka má přiměřenou hydrataci dutiny ústní do 4 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- ✓ Pacientka ví, že musí jíst po malých soustech, pomalu a v klidu (při každém jídle).
- ✓ Pacientka pečuje o dutinu ústní (po každém jídle).
- ✓ Pacientka ví, že musí každé jídlo dostatečně zapít (po každém jídle).
- ✓ Pacientka využívá vhodnou polohu během jídla (do 1 dne).
- ✓ Pacientka zná potraviny, které jsou nebo naopak nejsou vhodné při poruchách polykání (do 1 dne).
- ✓ Pacientka zná příčinu poruchy polykání (do 3 dnů).
- ✓ Pacientka je schopná polykat pevnou stravu a tekutiny bez aspirace do dýchacích cest (do 5 dnů).

**Plán intervencí od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

- ✓ Posuď schopnost pacientky polykat jídlo a léky podávané perorálně (při prvním kontaktu pacientky s jídlem) – všeobecná sestra.
- ✓ Zajisti vhodnou polohu pacientky během stravování (6x denně, nebo před každým jídlem) – všeobecná sestra.

- ✓ Zajisti vhodnou úpravu stravy, navrhni podávání mleté stravy (při prvním kontaktu pacientky s jídlem) – všeobecná sestra.
- ✓ Eliminuj stravu, která by mohla způsobit aspiraci (při prvním kontaktu pacientky s jídlem) – všeobecná sestra.
- ✓ Podpoř pacientku po psychické stránce (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Sleduj příjem stravy během dne (6x denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Edukuj pacientku o možných rizicích aspirace (před prvním stravováním na oddělení) – všeobecná sestra.
- ✓ Zaznamenávej příjem stravy do ošetřovatelské dokumentace (6x denně, po každém jídle) – všeobecná sestra.

### **Realizace od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

Posoudila jsem schopnost pacientky polykat, snažila jsem se jí maximálně pomoci. Léky, které nemohla kvůli své velikosti spolknout, jsem jí rozdrtila a následně podala s dostatkem tekutin. Před každým jídlem jsem zajistila její správnou polohu. Zajistila jsem pro pacientku mletou stravu, která pro ni byla lépe stravitelná. Vyvarovala jsem se jídlům, které by vedly k riziku aspirace, jako je např. rýže a následně jsem pacientku poučila o tomto možném riziku. Doporučila jsem jí vhodné potraviny a naopak zdůraznila, co není vhodné pro pacienty s poruchou polykání. Sledovala jsem pacientku během jídla a byla jí nápomocná. Kladla jsem důraz na klid u jídla, zákaz mluvení při jídle a ujistila pacientku, že má dostatek času na stravování. V případě návštěvy jsem poučila rodinné příslušníky o nutnosti klidu pacientky při jídle a poprosila je, aby pacientku nechali v klidu najíst. Strava byla zajišťována u pacientky s DM pravidelně 6x denně. Ke každému jídlu jsem jí zajistila k ruce dostatek tekutin. Snažila jsem se pacientce pomoci po psychické stránce s tímto nepříjemným problémem. Sledovala jsem příjem stravy a následně zapisovala do ošetřovatelské dokumentace, kolik toho pacientka zvládla zkonsumovat.

### **Hodnocení ze dne 8.1.2013:**

Cíl byl splněn. Pacientka má přiměřenou hydrataci dutiny ústní třetí den hospitalizace. Při propuštění udává zlepšení problémů s polykáním stravy i léků. Je poučena o zvyklostech stravování, o vhodných a nevhodných potravinách, o správné poloze během jídla. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

**00027 Snížený objem tekutin v organismu**

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

**Priorita:** Střední

Určující znaky: Slabost, snížený kožní turgor, suchá kůže.

Související faktory: Aktivní pokles objemu tělesných tekutin.

**Cíl dlouhodobý:**

- ✓ Pacientka má optimální stav tekutin v organismu při ukončení hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:**

- ✓ Pacientka má přiměřenou vlhkost sliznic a kožní turgor do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- ✓ Pacientka spolupracuje při sledování příjmu a výdeje tekutin (od prvního dne hospitalizace).
- ✓ Pacientka si zaznamenává denní příjem tekutin (každý den, po každém vypitém hrníčku).
- ✓ Pacientka vypije 1,5 litru tekutin (do 12 hodin).
- ✓ Pacientka zná příznaky dehydratace (do 1 dne).
- ✓ Pacientka ví, že musí zvýšit denní příjem tekutin (do 2 dnů).
- ✓ Pacientka sleduje zlepšení stavu hydratace (do 4 dnů).

**Plán intervencí od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

- ✓ Povšimni si onemocnění nebo problémů pacientky, které mohou vést k deficitu tekutin v organismu (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Zhodnoť nutriční stav pacientky, posuď současný příjem tekutin, změny váhy, problémy s perorálním příjmem tekutin (při přijetí a každý další den hospitalizace) – všeobecná sestra.
- ✓ Sleduj známky nedostatku tekutin, jako jsou suché sliznice, snížený kožní turgor, koncentrovaná moč (denně) – všeobecná sestra.

- ✓ Sleduj příjem tekutin, denní diurézu, všímej si barvy moči (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Sleduj hmotnost pacientky (1x týdně) – všeobecná sestra.
- ✓ Sleduj laboratorní výsledky (po každém vyšetření) – všeobecná sestra.
- ✓ Podávej tekutiny ve formě infuzí a dle ordinace lékaře (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Nahrazuj elektrolyty nitrožilně dle ordinace lékaře (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Podávej diuretika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky (2x denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře (3x denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Edukuj pacientku o nutnosti optimální hydratace, o rizicích v souvislosti s nedostatkem tekutin (při přijetí a při ukončení hospitalizace) – všeobecná sestra.
- ✓ Doporuč pacientce vhodné tekutiny (při přijetí) – všeobecná sestra.
- ✓ Zaznamenávej do dokumentace bilanci tekutin (denně) – všeobecná sestra.

#### **Realizace od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

U pacientky jsem sledovala množství a rychlost příjmu tekutin. Velký důraz jsem kladla na aktivizaci pacientky při podávání tekutin perorálně. Pacientku jsem poučila o nutnosti přijímat tekutiny, vysvětlila jsem jí příznaky dehydratace a poučila o tom, že je nutné je sledovat. Doporučila jsem jí vhodné tekutiny. Sledovala jsem kožní turgor a stav sliznic. Pravidelně jsem ji vážila a hmotnost posléze zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. 3x denně podle ordinace lékaře jsem měřila fyziologické funkce (TK, P, TT) a podávala léky, včetně diuretik a pozorovala jejich účinky. Dle ordinace lékaře jsem podávala tekutiny intravenózně a zaznamenávala bilanci tekutin. Sledovala jsem výsledky laboratorních vyšetření. Měřila jsem diurézu a hodnotila charakter a množství moči. Zaznamenávala jsem všechny poznatky do ošetrovatelské dokumentace.

#### **Hodnocení ze dne 8.1.2013:**

Cíl byl splněn. Třetí den hospitalizace má pacientka přiměřenou vlhkost sliznic a kožní turgor. Je optimálně hydratována při ukončení hospitalizace. Je poučena o pitném režimu a známkách dehydratace i v domácí péči. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.



**00198**                      **Narušený vzorec spánku**

Doména 4:                      Aktivita/odpočinek

Třída 1:                        Spánek/odpočinek

**Priorita:**                      Nízká

Určující znaky:              Nespokojenost se spánkem, slovní stížnosti na pocit neodpočatosti, uvádí stavy bdělosti, změna normálního vzorce spánku.

Související faktory:        Nedostatek soukromí nebo kontroly spánku, neznámé prostředí pro spánek, přerušení (např. z důvodu léčby, monitorování, laboratorního testování).

**Cíl dlouhodobý:**

- ✓ Pacientka neudává problémy se spánkem při ukončení hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:**

- ✓ Pacientka se cítí odpočatá do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- ✓ Pacientka upozorní na rušivé elementy, které negativně ovlivňují její spánek (při prvním narušení spánku).
- ✓ Pacientka provádí spánkovou hygienu (každý večer před spaním).
- ✓ Pacientka ví, že si může vyžádat lék k navození spánku dle ordinace lékaře (1x denně před spánkem).
- ✓ Pacientka ví, že by měla dodržovat režim dne a noci, zná pojem spánková inverze (každý den).
- ✓ Pacientka je edukována o důležitosti aktivity během dne a je dostatečně aktivizovaná (do 1 dne).
- ✓ Pacientka vyjadřuje po spánku pocit odpočatosti, klidu a celkové pohody (do 4 dnů).

### **Plán intervencí od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

- ✓ Sleduj běžnou dobu spánku pacientky a známky únavy (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Vyslechni stížnosti na kvalitu spánku, vyptej se na okolnosti, které ruší spánek pacientky (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Postarej se o klidné prostředí a přiměřený komfort před spánkem (před každým spánkem pacientky) – všeobecná sestra.
- ✓ Uspořádej péči tak, aby měla pacientka k dispozici nepřerušovaná období pro spánek a odpočinek, zejména v noci (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Edukuj pacientku o tom, že by měla eliminovat spánek přes den, o termínu spánková inverze a o tom, že jí to bude nápomocné ke kvalitnímu spánku v noci (v momentě, kdy pacientka spává celé odpoledne) – všeobecná sestra.
- ✓ Podávejte medikaci k navození spánku dle ordinace lékaře (na vyžádání pacientky) – všeobecná sestra.

### **Realizace od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

Sledovala jsem spánek pacientky během hospitalizace. Tázala jsem se pacientky, jaká je průměrná doba spánku v domácím prostředí, zda užívá hypnotika, a jakým způsobem ovlivňuje její spánek hospitalizace. Vyslechla jsem negativní stížnosti na spánek v nemocnici, zohlednila rušivé elementy a snažila jsem se je eliminovat. Pokoušela jsem se nerušit pacientku během spánku v noci, bohužel ne vždy to bylo možné. Zajistila jsem klidné prostředí a přiměřený komfort pro spánek. Snažila jsem se maximálně vyhovět přáním pacientky. Dle ordinace lékaře jsem podávala hypnotika. Během dne jsem zajistila vhodné aktivity, které by mohla provádět. Byla edukována o nevhodnosti dlouhého spánku během dne.

### **Hodnocení ze dne 8.1.2013:**

Cíl byl splněn. Čtvrtý den hospitalizace se pacientka cítí odpočatá, s větším množstvím energie. Dodržuje režim dne a noci, přes den spí minimálně. Pátý den hospitalizace pacientka nevyžadovala hypnotika. Při propuštění do domácí péče nepociťuje pocity únavy a neverbalizuje nedostatek spánku. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

**00155**                      **Riziko pádů**

Doména 11:                Bezpečnost/ochrana

Třída 2:                    Fyzické poškození

**Priorita:**                 Nízká

Rizikové faktory:        Pády v anamnéze, neznámý pokoj, medikace (diuretika, hypnotika), nespavost.

**Cíl dlouhodobý:**

- ✓ U pacientky nedojde k pádu do ukončení hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:**

- ✓ Pacientka nepocítuje únavu, slabost a vertigo do 5 dnů.

**Plán intervencí od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

- ✓ Zhodnot' jaké je riziko pádů u pacientky (při přijetí) – všeobecná sestra.
- ✓ Posud' všechny možné rizikové faktory, které mohou být nápomocné k prevenci pádu (při přijetí) – všeobecná sestra.
- ✓ Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky – postranice, suchá podlaha, upravené prostředí, dostatek osvětlení, madla, protiskluzové a kompenzační pomůcky (denně) – všeobecná sestra.
- ✓ Edukuj pacientku a její rodinu o bezpečnostních opatřeních během hospitalizace i v domácím prostředí (při přijetí a při ukončení hospitalizace) – všeobecná sestra.
- ✓ Poskytni letáky a brožury, které mapují riziko pádu a preventivní opatření, vhodné pro pacientku (během hospitalizace) – všeobecná sestra.

**Realizace od 5.1.2013 do 8.1.2013:**

Zjistila jsem jak vysoké je riziko vzniku pádu – 3 body. Pacientka byla poučena o možnostech rizika. Zdůraznila jsem jí rizikové faktory, které riziko pádu mohou způsobit. Byly jí poskytnuty materiály, které toto riziko eliminují. Zajistila jsem bezpečí pacientky a připravila všechny potřebné pomůcky na dosah ruky.

### **Hodnocení ze dne 8.1.2013:**

Cíl byl splněn. Čtvrtý den hospitalizace pacientka nepocit'uje únavu. Během hospitalizace nedošlo k pádu. Pacientka dodržovala režim, který jí byl doporučen. Pacientka a rodinní příslušníci byli edukováni, jak eliminovat riziko pádů nadále v domácím prostředí. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

(HERDMAN, 2010)

### **Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Během prvních pěti dní hospitalizace došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu pacientky. Léčba se obešla bez komplikací. Pacientka byla ošetrojícím lékařem informována o svém zdravotním stavu, o diagnóze o možných komplikacích, bylo jí vysvětleno, jakým způsobem bude léčba probíhat. Pacientka i rodinní příslušníci byli ošetrovatelským personálem edukováni o režimových opatřeních, o dietě a pitném režimu, o rizicích pádů. Pacientka snášela hospitalizaci spíše negativně, těšila se domů za rodinou, která je jí velkou oporou. Celkem jsme stanovili devět ošetrovatelských diagnóz, u čtyř z nich jsme dále rozpracovali intervence, pomocí nich jsme realizovali ošetrovatelskou péči a v závěru každé diagnózy jsme zapsali stručné hodnocení. Cíle byly u všech čtyř ošetrovatelských diagnóz úspěšně splněny a ošetrovatelské intervence tedy dále nepokračovaly. Pacientka byla po deseti dnech hospitalizace propuštěna do domácí péče. Byla poučena o režimu, který je nutný dodržovat nadále i v domácím prostředí, zejména tedy o pitném režimu a prevenci pádů. Pacientce a její dceři byly poskytnuty materiály, které riziko pádů maximálně eliminují. Pacientka bude nadále dispenzarizována u svého obvodního lékaře.

## 8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě studia odborné literatury na téma jaterní cirhóza a zkušeností s péčí o pacienty s tímto onemocněním na interním oddělení Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi jsme sepsali doporučení pro praxi pro všeobecné sestry, pacienty s jejich rodinami a pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol.

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

Po celý život se vzdělávat pomocí seminářů, konferencí, studií na vysokých školách nebo pomocí specializací v oboru. Neustále sledovat rozvoj medicíny a nejnovějších trendů ve zdravotnictví. Klást důraz na individuální, holistický přístup, potřeby a komunikaci s pacienty. Stále zvyšovat úroveň ošetrovatelské péče. Maximálně spolupracovat s ostatními pracovníky ošetrovatelského týmu. Zapojit rodinu do ošetrovatelské péče a v nejvyšší míře aktivizovat pacienty.

### **Doporučení pro pacienty a jejich rodiny:**

Dodržovat režimová opatření, zásady léčby a pokyny od lékařů. Snažit se maximálně spolupracovat s ošetrovatelským personálem. Dotazovat se na nejasné otázky. Být pravidelně dispenzarizováni u lékaře a předcházet komplikacím onemocnění. Udržovat se v dobrém psychickém i fyzickém stavu. Sledovat nové trendy a možnosti léčby. Rodina by měla být především oporou pro pacienta a měla by se podílet na respektování režimových opatření.

### **Doporučení pro studenty:**

Neustále se zdokonalovat v oblasti teorie i praxe. Dbát na vhodný způsob komunikace s pacienty. Pozorovat zkušené všeobecné sestry v praxi a učit se od nich. Respektovat přání pacientů a dodržovat slib mlčenlivosti. Při praktické výuce využívat ochranné pomůcky a chránit sami sebe.

## ZÁVĚR

Jaterní cirhóza je nevratnou a konečnou fází různých chronických onemocnění jater. Vyskytuje se u populace všech kontinentů, ras, věkových skupin i u obou pohlaví. Její rozdíly jsou především v etiologii, nejsou však tak velké v její prevalenci. Na území našeho státu je příčinou jaterní cirhózy z 50 % alkohol.

Cílem bakalářské práce bylo popsat jaterní cirhózu jako onemocnění se všemi náležitostmi. Nedílnou součástí teoretické části jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tímto onemocněním. V praktické části jsme poté stanovili ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie 2009 – 2011, navrhli, následně zrealizovali a zhodnotili individuální plán ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta. Všechny cíle, které jsme si stanovily, byly splněny. V závěru práce jsme celkově zhodnotili hospitalizaci pacientky a zapsali doporučení pro praxi, které jsme věnovali všeobecným sestřím, pacientům, jejich rodinám a v poslední řadě studentům zdravotnických škol. Díky bakalářské práci jsem si rozšířila obzory v oblasti hepatologie.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRŮHA, R. a J. PETRTÝL. 2011. Význam měření portosytémového tlakového gradientu (HVPG) u pacientů s cirhózou. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. roč. 65, č. 3. s 143-148. [cit. 2014-03-05]. ISSN 1804-803X. Dostupné z: [http://www.csgh.info/dwnld/gh\\_2011\\_3\\_143\\_148.pdf](http://www.csgh.info/dwnld/gh_2011_3_143_148.pdf)

ČEŠKA, R. 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-230.

DÍTĚ, P., 2007. *Vnitřní lékařství*. 2. dopl. a přep. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-966.

EHRMANN, J. a P. HŮLEK. 2010. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

EHRMANN, J. a P. SCHNEIDERKA, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. ISBN 978-80-246-0896-0.

HERDMAN, T. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009 – 2011*. Přel. P. Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231.

HUSOVÁ, L. 2013. Indikace k transplantaci jater a zařazování na čekací listinu. *Vnitřní lékařství: časopis České internistické společnosti a Slovenskej internistickej spoločnosti*. roč. 59, č. 8. s 658-662. ISSN 0042-773X.

CHOPRA, S. a S. HOGAN. 2001. *Játra: diagnóza, terapie, rekonvalescence*. 1. české vyd. Praha: Pragma. ISBN 80-720-5221-7.

CHROBÁK, L. 2003. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0609-1.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

KLENER, P. 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-059.

LUELLMANN, H. 2002. *Farmakologie a toxikologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-716-9976-4.

LUKÁŠ, K. a A. ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

NĚMCOVÁ, Jitka et al. 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

ONACA, N. 2003. A correlation between the pretransplantation MELD score and mortality in the first two years after liver transplantation. *Liver Transplantation* [online]. roč. 9, č. 2, s. 117-123. [cit. 2014-03-05]. DOI: 10.1053/jlts.2003.50027. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1053/jlts.2003.50027/pdf>

RICHARDS, A. a S. EDWARDS. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přel. S. Šeclová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

SLÍVA, J. a M. VOTAVA. 2010. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-424-7.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

SOUČEK, M. 2011. *Vnitřní lékařství: 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-1054-189.

TŘEŠKA, V. 2003. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0239-8.

VOKURKA, M. a J. HUGO. 2002. *Velký lékařský slovník*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1243-0.

*Výkladový ošetrovatelský slovník*. 2008. Z angl. orig. přel. V. DiCara a H. Vidovišová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ. 2008. *Ošetrovatelská dokumentace* [online]. [cit. 2014-01-06].

Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20Ošetrovatelské%20dokumentace%20podle%20vybraných%20typů%20péče.aspx>



## **PŘÍLOHY**

Příloha A - Čestné prohlášení .....	I
-------------------------------------	---

## **Příloha A**

### **Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce**

#### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta