

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S CIRHÓZOU V DŮSLEDKU POŠKOZENÍ
JATER ALKOHOLEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA KONDÁŠOVÁ

Praha 2015

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S CIRHÓZOU V DŮSLEDKU POŠKOZENÍ
JATER ALKOHOLEM**

Bakalářská práce

KATEŘINA KONDÁŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2015



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

Kondášová Kateřina
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 3. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cirhózou v důsledku
poškození jater alkoholem

*Comprehensive Nursing Care for Patients with Cirrhosis Caused by
Drinking Alcohol*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2014


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

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za podporu, rady a připomínky, které mi dávala a, které vedly k vypracování bakalářské práce. Děkuji mé pacientce, za ochotu ke spolupráci a zodpovídání otázek. V neposlední řadě děkuji své rodině, za velkou podporu, kterou mi dávali celé tři roky při studiu.

ABSTRAKT

KONDÁŠOVÁ, Kateřina. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cirhózou v důsledku poškození jater alkoholem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2015. 78 s.

Tématem bakalářské práce je Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cirhózou v důsledku poškození jater alkoholem. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku u pacientů s cirhózou jater. Pojednává o charakteristice, příčinách, příznacích, diagnostice, komplikacích a léčbě cirhózy jater obecně, ale i konkrétně u alkoholové cirhózy jater. V druhé části bakalářské práce, praktické, je zpracovaný ošetrovatelský proces podle Marjory Gordon, diagnostické domény – 13 domén koncepčního modelu.

Klíčová slova:

Cirhóza jater. Abúzus alkoholu. Příčiny. Příznaky. Komplikace. Léčba. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

KONDÁŠOVÁ, Kateřina. Comprehensive Nursing Care for Patients with Cirrhosis Caused by Drinking Alcohol. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. Prague 2015 78 pages.

Topic of bachelor's thesis is Comprehensive Nursing Care for Patients with Cirrhosis Caused by Drinking Alcohol. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is focused on medical and nursing issues in patients with cirrhosis. It outlines characteristics, causes, symptoms, diagnosis, complications and treatment of cirrhosis in general, but also specifically alcoholic liver cirrhosis. The research part presents the nursing process according to Marjory Gordon, diagnostic domains – 13 domains of the conceptual model.

Key words:

Alcohol Abuse. Causes. Complications. Nursing Care. Nursing Process. Symptoms. The Cirrhosis of the Liver. Treatment.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 12

1 ZÁVISLOST A ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

ALCOHOLU.....13

1.1 VLIV ZÁVISLOSTI ALCOHOLU NA

ORGANIZMUS.....14

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ..... 17

2.1 ALCOHOLICKÁ..... 18

2.2 PŘÍČINY..... 21

2.3 PŘÍZNAKY..... 23

2.4 DIAGNOSTIKA..... 24

2.5 KOMPLIKACE 27

2.6 LÉČBA..... 30

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 33

4 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

U PACIENTA S CIRHÓZOU V DŮSLEDKU

POŠKOZENÍ JATER ALCOHOLEM..... 35

ZÁVĚR.....75

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY76

PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Skórovací tabulka dle Child-Pugh.....	31-32
Tabulka 2 Identifikační údaje.....	44
Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu.....	45
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření.....	48-49
Tabulka 5 Posouzení.....	50-55
Tabulka 6 Výsledky krevních odběrů ze dne 7. 7. 2014.....	55-56
Tabulka 7 Hodnoty krevního tlaku od 7.7. – 13.7. 2014.....	56
Tabulka 8 Medikamentózní léčba.....	57

SEZNAM ZKRATEK

AIDS.....	Acquired Immunodeficiency syndrome
ALP.....	alkalická fosfatáza
ALT.....	alanin aminotransferáza
Anti.....	předpona která označuje proti
APTT.....	aktivovaný parciální tromboplastinový čas, test hemokoagulace
AST.....	aspartát aminotransferáza
CT.....	computed tomography, počítačová tomografie
CDT.....	karbohydráz deficitní transferin
D.....	dech
DIC.....	diseminovaná intravaskulární koagulace
DNA.....	deoxyribonukleová kyselina
EEG.....	elektroencefalografie
GMT.....	gama- glutamyltransferáza
HAV.....	hepatitis A virus
HBV.....	hepatitis B virus
HCV.....	hepatitis C virus
HBsAg.....	jeden z antigenů viru hepatitidy B

Ig.....imnoglobulin

i.m.....intramuskulární

i.v.....intravenózní

LD.....laktátdehydrogenáza

MR.....magnetická rezonance

P.....puls

PET.....pozitronová emisní tomografie

QUICK.....Quikův test, protrombinový čas

RNA.....ribonukleová kyselina

SLA/LPA.....Alaninaminotransferáza/ Aspartátaminotransferáza

TT.....tělesná teplota

TK.....krevní tlak

(VOKURKA a kol., 2009).

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzus** - nadměrné užívání, zneužívání drog
- Amenorea** - vynechání menstruačního krvácení u ženy
- Parenchym** - vlastní funkční tkáň některých orgánů
- Pruritus** - svědění
- Sklerotizace** - ztvrdnutí, postup při léčbě žilních varixů
- Undulace** - vlnění

(VOKURKA a kol., 2009)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali pacientku s alkoholickou cirhózou jater. Na odborné praxi se spíše setkáme s muži, kteří mají tuto diagnózu, ale my bychom rádi poukázali, že nejen muži mohou mít cirhózu z důvodu abúzu alkoholu. Abúzus alkoholu je problémem, o kterém dotyční neradi mluví a potíže bagatelizují, proto se na zdravotní potíže přichází pozdě. Cílem naší práce je zmapování komplexního problému po stránce medicínské, ošetrovatelské a sociální.

Bakalářská práce má dvě části. Část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. První kapitola se věnuje problematice závislosti na alkoholu. Druhá část tvoří obecná charakteristika cirhózy a popis cirhózy vzniklé z důvodu alkoholu. Druhá část popisuje příčiny, příznaky, komplikace, léčbu a prognózu onemocnění jak cirhózy obecně, tak cirhózy vzniklé z důvodu abúzu alkoholu. Třetí část tvoří specifika ošetrovatelské péče, kde je zahrnuta edukace pacienta. Cílem praktické části je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče. V části je použitý Model dle Marjory Gordon. Věnujeme se nynějšímu onemocnění pacientky, jejím individuálním potřebám, stanovujeme ošetrovatelské cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Na základě toho přecházíme k realizaci a na závěr hodnotíme splnění cílů a očekávaných výsledků. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili pomocí NANDA taxonomie II a vypracovali jsme je v pořadí, podle individuálních potřeb pacientky. Na závěr praktické části jsme zařadili doporučení pro praxi a nejčastější ošetrovatelské diagnózy týkající se cirhózy jater.

Vypracovaná bakalářská práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky pracující v interním ošetrovatelství.

1 ZÁVISLOST A ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Alkohol je v našem sociokulturním prostředí velmi akceptovatelný, a proto také nejrozšířenější a nejčastěji užívanou látkou. Ve většině částí světa je alkohol běžně dostupný a propagovaný prostřednictvím masivních reklam. Nabídka množství alkoholických nápojů je velmi pestrá a mnohými ani není vnímán jako problém, ale přirozená, běžná a nedílná součást života. Alkohol je využívám při různých formálních, neformálních a náboženských příležitostech. Ve většině zemí pijí ženy výrazně méně než muži. (FIECHER a kol., 2009), (OREL a kol., 2012).

„Etanol, který je hlavní psychoaktivní složkou alkoholických nápojů, se vyrábí alkoholovým kvašením rostlinných produktů s obsahem sacharidů a případně následnou destilací“ (FISCHER et al., 2009, str. 100). Velmi malé množství etanolu, v nezměřené podobě, může být vylučováno v podobě moči, potu a dechu. „Naprostá většina látky je však v játrech dehydrogenázami enzymaticky metabolizována nejprve na acetaldehyd a následně na kyselinu octovou. A právě genetická variabilita dehydrogenáz způsobuje značné individuální odlišnosti v účincích etanolu a jeho snášenlivosti“ (FISCHER a kol., 2009, str. 100). Za účinky, které vyvolává konzumace alkoholu, nemůže etanol, ale acetaldehyd, kdy jeho zvýšené množství může vést k následujícím symptomům jako je rozšíření cév, pocit horka, zčervenání v obličeji, pokles krevního tlaku, zrychlení srdeční činnosti, zrychlení dýchání, zúžení průdušek, nauzea, zvracení, bolesti hlavy. Pro většinu jedinců má alkohol anxiolytický účinek. Uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a zvyšuje pocit sebejistoty. V závislosti na množství, koncentraci etanolu v alkoholických nápojích, pohlaví, tělesné hmotnosti, hladině alkoholu v krvi a době uplynulé od předchozí dávky jsou změny chování individuálně rozdílné (FISCHER a kol., 2009).

Závislost na alkoholu se popisuje v 5 typech podle Jellinka:

První typ alfa = problémové pití, jedinec často pije osamoceně k odstranění úzkosti, deprese, dysforie,

Druhý typ beta = příležitostné pití, jedinec často pije ve společnosti,

Třetí typ gama = anglosaský typ, jedinec preferuje pivo a destiláty, poruchy kontroly pití, postupný nárůst tolerance k alkoholu, výraznější psychická závislost,

Čtvrtý typ delta = románský typ, jedinec preferuje víno, typická je chronická konzumace alkoholu a udržování tzv. „hladinky“, nejsou zde výrazné projevy opilosti a ztráty kontroly,

Pátý typ epsilon = epizodický abúzus, kvartální pijáctví, období, kdy jedinec úplně abstínuje, není to příliš častá varianta závislosti (RABOCH a kol., 2012).

1.1 VLIV ZÁVISLOSTI ALKOHOLU NA ORGANIZMUS

Dlouhodobá konzumace alkoholu navozuje změny ve většině mozkových struktur, zejména ve funkci mezimozku, mozečku, spánkového a čelního laloku koncového mozku. Při dlouholetém škodlivém užívání alkoholu může docházet k ireverzibilním poruchám centrální nervové soustavy. Zejména se jedná o poruchy paměti a úpadku inteligence, hovoříme o alkoholové demenci (FISCHER a kol., 2009).

Klinické příznaky

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí na množství požitého alkoholického nápoje. Účinky mají komplexní charakter. Akutní intoxikace centrální mozkové soustavy alkoholem se projevuje jako prostá opilost. Při nižších dávkách a na začátku konzumace se působení alkoholu projevuje povznesenou náladou, mnohomluvností, zvýšeným sebevědomím, snížení zábran, agresivitou. Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů se objevuje útlum, únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí až smrt (RABOCH a kol., 2012).

Patologická intoxikace alkoholem se projevuje jako náhle vzniklá reakce kvalitativní poruchou vědomí s nepochopitelným jednáním. Při této intoxikaci se vyskytují poruchy emocí, strach, masivní úzkost, poruchy vnímání jako zrakové a sluchové halucinace a poruchy myšlení. Dalším příznakem může být nekontrolovatelný výbuch vzteku, který trvá několik minut až hodin a končí terminálním spánkem, po kterém je úplná nebo částečná amnézie (RABOCH a kol., 2012).

Alkoholismus u mužů vede ke snížené sekreci testosteronu, k poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu. Poškození plodu se např. projevuje růstovou retardací, postižením centrální nervové soustavy, mikrocefalií, nízkou položenými ušima nebo plochým kořenem nosu. Soubor těchto příznaků se nazývá fetální alkoholový syndrom (RABOCH a kol., 2012).

U chronického alkoholu dochází k poškození oběhového systému, nervového systému, bývá poškozené dýchání v závislosti na kouření nebo častým pobytu v zakouřeném prostředí. Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a rakoviny jater, jícnu, žaludku nebo tenkého střeva. U jedinců, kteří preferují pití piva, je uváděn vyšší výskyt rakoviny rekta (RABOCH a kol., 2012).

Průběh a prognóza

„Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho života“ (RABOCH et al., 2012, str. 220). Pokud není pacient adekvátně léčen, dochází k progresi a tak následnému a trvalému umístění v psychiatrickém zařízení. Naopak při léčbě úspěšné dochází k uzdravení pacienta (RABOCH a kol., 2012).

Sociální důsledky

Jedinec, který je závislý na alkoholu, není schopen plnit rodičovské role, psychologické, sociální ani materiální funkce. Dochází k negativním změnám v chování, někteří členové rodiny začnou užívat alkohol až po jejím rozpadu. Alkoholismus je spojen se ztrátou pracovního výkonu, pracovních dovedností a tím ztrátou zaměstnání (FISCHER a kol., 2009).

Léčba alkoholismu

„Senzitizace je empiricky podložená farmakoterapie spočívající v podání preparátu zvyšující vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu“ (RABOCH a kol., 2012, str. 221). Pacient užívá přípravky, které při kombinaci s alkoholem vyvolávají potíže. Jestliže dojde k požití alkoholu, následuje reakce organismu v podobě kolísání krevního tlaku, tachykardií, zrudnutí v obličeji, obtížím v dýchání, bolestí hlavy, nucení na zvracení až zvracení, kolapsu a dalších potíží (GULÁŠOVÁ a kol., 2014).

Psychoterapie je klíčovou rolí v terapii. Pacient má vědět, že má problém. Pacient také musí aktivně přistupovat k léčbě, sám léčbu vyhledat a spolupracovat. Při léčbě v ústavu musí striktně dodržovat její pravidla, snažit se s alkoholem bojovat. Většinou je používána skupinová psychoterapie. Jedním z cílů pacienta je získat náhled. Vývoj k náhledu produktivnímu začíná, když je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a tím se rozhodnout pro abstinenci (RABOCH a kol., 2012).

Odvykací stav

Odvykací stav je spojen s částečným nebo úplným odnětím látky, kterou jedinec dlouhodobě užívá. Tento stav má řadu tělesných a psychických projevů. Mezi psychické projevy patří např. úzkost, neklid, podrážděnost, agresivní tendence, nespavost aj. K somatickým projevům patří např. bolest hlavy, změny krevního tlaku a srdeční frekvence, nevolnost a zvracení, pocení, třes a další (OREL a kol., 2012).

Delirium tremens je odvykací stav s deliriem při závislosti na alkoholu. Je zde vysoké nebezpečí smrti, a proto je potřeba okamžité a intenzivní péče za hospitalizace. Kromě běžných příznaků se typicky objevují sluchové a zrakové halucinace (OREL a kol., 2012).

Abúzus alkoholu u žen

V minulosti bylo holdování alkoholu spíše výsadou mužů, ale v současné době je tolerováno i pití alkoholu na veřejnosti ženou. Zrovnoprávnění mužů a žen je společenským trendem dnešní doby (SCHMIDTOVÁ, 2011).

Abúzus alkoholu se stále objevuje v nižších věkových skupinách nejen u mužů, ale i u žen. Příмым důsledkem je závislost na alkoholu v reprodukčním věku ženy a problémové pití alkoholu v graviditě. Základní charakteristikou abúzu alkoholu u žen je, že pijí většinou samy a svůj problém s alkoholem skrývají. Proto rodina a nejbližší přátelé většinou neví, že žena tento problém má. Pokud je žena závislá na alkoholu a nepřestala pít i v době těhotenství, může se tento problém zjistit až porodem postiženého dítěte (SCHMIDTOVÁ, 2011).

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

„Jaterní cirhóza představuje společné konečné stádium široké škály jaterních onemocnění. Je charakterizována jako difuzní jaterní léze zahrnující jaterní fibrózu a celkovou změnu architektiky jaterní tkáně spočívající ve vzniku patologických novotvořených uzlů. V naprosté většině případů je tato změna nevratná (ireverzibilní)“ (DRÁBEK a kol., 2012).

Biliární

Příčinou je extra nebo intrahepatální obstrukce žlučových cest s městnáním žluče a vznikem fibrózy. Biliární příčina je málo častá. (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Primární

Chronické onemocnění, které je charakterizováno postupným poškozením a zánikem drobných žlučových kanálků. Její příčinou je autoimunitní poškození intrahepatálních žlučových cest (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Nejčastějším příznakem je svědění, únava, sucho v ústech, ikterus a kostní změny, např. osteoporóza. Léčba je trvalá. Jejím základem je podávání kyseliny ursodeoxycholové, která snižuje koncentraci toxických žlučových kyselin a zpomalí progresi choroby (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Sekundární

Dochází k ní v případě chronické obstrukce žlučových cest jakékoli etiologie. Příčinou může být např. choledocholitiáza, chronická pankreatitida, biliární karcinom nebo karcinom hlavy pankreatu. Důležité jsou příznaky primárního onemocnění a především jejich řešení (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

2.1 ALKOHOLICKÁ

Vyvine se jako důsledek dlouhodobého abúzu alkoholu. U excesivního pití může docházet k cirhóze velmi rychle, již během 18 měsíců (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Alkoholové onemocnění jater

Onemocnění jater z důvodu poškození alkoholem je nejčastějším onemocněním jater. Alkohol je po tabáku a hypertenzi na třetím místě v žebříčku rizikových faktorů v Evropě. Největší spotřebu alkoholu ve světě má právě Evropa. V oblastech, kde je nejvyšší spotřeba alkoholu, se alkoholové onemocnění jater řadí na 3. místo po nádorových a kardiovaskulárních onemocněních. V nadměrné dávce konzumuje alkohol až 15 % Evropanů. Více konzumentů je mezi muži, ale i mezi dospívajícími. Bezpečná denní dávka alkoholu neexistuje. Podle různých studií se zjistilo, že už při konzumaci 12–24 g alkoholu za den je zvýšené riziko vzniku cirhózy (SZÁNTOVÁ, 2013).

Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou faktory, které zvyšují pravděpodobnost alkoholové jaterní cirhózy. Je jich spousta (SZÁNTOVÁ, 2013).

- celoživotní příjem alkoholu,
- ženské pohlaví,
- genetické faktory,
- příjem alkoholu mimo jídlo,
- příjem vysoko koncentrovaných alkoholických nápojů (destilátů),
- příjem různých druhů alkoholických nápojů,
- nárazové pití – 4 skleničky u ženy, více jak 5 skleniček u muže,
- malnutrice,
- současná infekce virem hepatitidy B a C (SZÁNTOVÁ, 2013).

Dánská studie zjistila, že konzumace piva a destilátů spíše způsobuje cirhózu než konzumace vína. Příjem alkoholu nalačno zvyšuje riziko vzniku cirhózy více jak dvojnásobně. „K alkoholovému onemocnění jater dochází u žen rychleji a při menším

množství. Souvisí to s tím, že ženy mají vyšší podíl celkového tělesného tuku, nižší aktivitu enzymových systémů – aldehyddehydrogenázy (ADH) v žaludku, játrech a rozdílnou absorpci alkoholu v závislosti od menstruačního cyklu. Pro sníženou metabolickou kapacitu žaludečních enzymů se tak do jater a ostatních orgánů dostane vyšší podíl alkoholu“ (SZÁNTOVÁ, 2013, s. 27).

Klinické formy

Alkoholové poškození jater se projevuje mnoha faktory, nejčastější je však steatóza. V patologii se řadí mezi dystrofické, reverzibilní změny buněk. Charakteristické je hromadění tukových vakuol v cytoplazmě buněk. Její příčinou může být například i obezita nebo diabetes mellitus. V jedné čtvrtině steatóza vede k cirhóze nebo k alkoholové hepatitidě. Steatóza jater je reverzibilní, když nemocný po dobu 4-6 týdnů abstinuje (EHRMANN a kol., 2006), (SZÁNTOVÁ, 2013).

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy, je nejdůležitější ultrazvukové nebo CT vyšetření. Dále se využívá endoskopické vyšetření při krvácení z jícnových varixů nebo vyšetření krve na sérologické protilátky u akutního jaterního selhání (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Dotazník

Klíčovou roli v diagnostice hrají cílené dotazníky Za zlatý standart se považuje dotazník AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Tento dotazník se skládá z deseti otázek. Pozitivní výsledek je u muže, pokud odpověděl pozitivně na víc než osm otázek, u ženy, adolescenta nebo u muže nad 60 let, pokud odpověděl pozitivně na více než čtyři otázky. Používá se i krátká forma a už tři pozitivní odpovědi značí rizikovou spotřebu alkoholu. „Národní institut pro alkoholový abúzus a alkoholismus doporučuje jako screening použít jednu otázku: Jak často jste měli šest (muž) resp. čtyři (žena) dávky alkoholu při jedné příležitosti v posledním roce?“ (SZÁNTOVÁ, 2013, s. 30). Pokud je otázka zodpovězená pozitivně, měl by následovat dotazník AUDIT (SZÁNTOVÁ, 2013).

Laboratorní markery

Laboratorní nález je závislý na stupni aktivity a kompenzace jaterní cirhózy nebo také na přítomnosti komplikací (EHRMANN a kol., 2006).

- Specifické - zvýšené IgA, zvýšené jaterní testy - poměr mezi AST/ALT (Alaninaminotransferáza/Aspartátaminotransferáza) je větší než 2, GMT (Gamaglutamyltransferáza), ALP (Alkalická fosfatáza) (EHRMANN et al., 2006), (SZÁNTOVÁ, 2013).
- Nespecifické - bilirubin, Quick, albumin, leukocytóza, trombocytopenie, hypokalemie, hyponátemie, hypomagnezie, hypokalcemie, hyperurikemie, průkaz virových antigenů HBsAg, HBeAg nebo protilátek proti nim, anti HBs, anti HBe, anti - HBc, anti - HAV, anti - HCV (EHRMANN a kol., 2006), (SZÁNTOVÁ, 2013).

Zobrazovací metody

Zjistí např. důsledky poškození jater steatózou, ascites, splenomegalií nebo, přítomnost ložisek v játrech. Radíme mezi ně: ultrazvukové vyšetření, CT, MR, PET CT (EHRMANN a kol., 2006), (SZÁNTOVÁ, 2013).

Klinické znaky

Klinických znaků je velmi mnoho. Nejčastější příznaky u pacientů s alkoholovou jaterní cirhózou jsou: nauzea, průjem, ikterus, ascites, encefalopatie, krvácení z jícnových varixů (SZÁNTOVÁ, 2013).

Léčba

Abstinence je prvním předpokladem úspěšné léčby. Nejlépe samozřejmě abstinence úplná. Často jen pouhá abstinence pomáhá zlepšit klinický a laboratorní nález, ale důležitá je i léčba komplikací alkoholové jaterní cirhózy. Při abstinenci dochází k poklesu portální hypertenze a zlepšení funkčního stavu cirhotiků. Abstinence může zastavit progresi onemocnění a pacient se může na dlouhou dobu stabilizovat. Do odvykacího režimu je zařazena i farmakoterapie. Při užívání těchto léků se nesmí pít alkohol, protože po požití alkoholu tyto léky vyvolávají nevolnost, zvracení a bolesti

hlavy. Paří mezi ně např. Antabus, Dispan nebo Colme. Nevýhodou této terapie jsou její vedlejší účinky, jako je poškození jater, srdce nebo neuropatie. Pro zlepšení kvality a prodloužení života nemocných je důležité zvládnutí komplikací jaterní cirhózy. Patří sem včasná diagnostika a léčba hepatocelulárního karcinomu, jaterního selhání, portální hypertenze, ascitu, jaterní encefalopatie a dalších. Ke komplikacím také patří infekce HBV nebo HCV (EHRMANN a kol., 2010).

Transplantace je jedna z možností léčby u onemocnění jater. Na čekací listinu je možné pacienta umístit až po ověření abstinence alkoholu po dobu šesti měsíců a posouzení psychosociálních aspektů příslušným odborníkem. Požadavek na abstinenci je důležitý zejména proto, že u některých jedinců dochází k výraznému klinickému zlepšení a jaterní transplantace nemusí být již indikována. I přes přísný výběr nemocných k transplantaci, dochází k návratu abúzu alkoholu až u 25 % transplantovaných (HORÁK a kol., 2014), (SZÁNTOVÁ, 2013)

Eliminační metoda je podobná hemodialýze, kdy se očišťuje plazma od bilirubinu a dalších zplodin, které játra nedokážou zpracovat. Kontraindikací může být akutní infekce a závažná porucha koagulačních faktorů (SZÁNTOVÁ, 2013).

Prognóza

Obecně platí, že prognóza u alkoholické cirhózy je lepší než prognóza u nemocných s cirhózou jiné etiologie. U abstinujících osob je podle klinických studií pětileté přežití až 90 %. Jestliže nemocní v pití pokračují, je pravděpodobnost přežití 70 %. Významně horší prognózu mají ženy. Už v druhém roce klesá pravděpodobnost přežití pod 50 %. Dále o prognóze rozhodují přidružené komplikace (EHRMANN a kol., 2006), (EHRMANN a kol., 2010), (SZÁNTOVÁ, 2013).

2.2 PŘÍČINY

Ke vzniku jaterní cirhózy může dojít u jakéhokoli chronického onemocnění jater. Za téměř dvě třetiny případů vzniku cirhózy mohou zejména dvě choroby. Poškození jater alkoholem a hepatitida C. Další choroby se podílí na vzniku cirhózy jen

minimálně. Různé příčiny se mohou kombinovat, především je častá kombinace toxického poškození jater alkoholem s virovou hepatitidou C nebo jiným onemocněním. Nadměrná konzumace alkoholu, která bývá zjevná, často skryje další onemocnění, která se podílí na jaterní cirhóze (EHRMANN a kol., 2010), (DRÁBEK a kol., 2012).

Další příklady jaterní choroby, které se mohou podílet na vzniku cirhózy, jsou např.: Chronická hepatitida B, C, D, autoimunitní hepatitida, porfyrie, deficit – 1 antitrypsinu, Wilsonova choroba a toxické látky. (EHRMANN a kol., 2010), (DRÁBEK a kol., 2012).

Virová hepatitida B

Onemocnění je vyvoláno virem DNA – HBV. Inkubační doba je 60–180 dní. Virus se přenáší parenterální cestou, např. močí a krví, ale také je zde sexuální přenos. V důsledku populační vakcinace tato příčina dlouhodobě klesá. Akutní virová hepatitida se projevuje nechutenstvím, bolestmi kloubů a svalů, ikterem a subfebrilií. Pouze u 5 % nemocných dochází k chronickému stádiu infekce. (HORÁK a kol., 2014).

Virová hepatitida C

Onemocnění je vyvoláno RNA virem – HCV. Inkubační doba je 30–180 dní. Přenos viru je parenterální cestou, nejohroženější skupinou jsou lidé, kteří užívají nitrožilně drogy. Sexuální přenos HCV je možný zejména u promiskuitních jedinců. Akutní hepatitida C většinou probíhá subiktericky a klinicky velmi mírně, takže je obtížně diagnostikována. U 70–80 % nemocných akutní infekce HCV přechází do chronicity. Chronická hepatitida C je většinou bezpříznaková. Bývá diagnostikována např. při preventivních prohlídkách nebo darování krve (HORÁK a kol., 2014).

Virová hepatitida D

Hepatitida D je vyvolána virem hepatitidy D – HDV, který nemůže játra napadnout samostatně, ale pouze jen v případě, že již dříve nebo současně probíhá infekce virem hepatitidy B. U nás je toto onemocnění vzácné a nemá samostatný klinický obraz, ten se skrývá za hepatitidou B. Vakcinace proti hepatitidě B, také brání proti infekci hepatitidě D (HORÁK a kol., 2014).

2.3 PŘÍZNAKY

Příznaky jsou velmi variabilní. Může docházet k úplně absenci obtíží, přes nespecifické dyspeptické obtíže až po jaterní selhání (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Průběh může být:

- Bezpříznakový,
- Kompenzovaný
 - zvýšená únava,
 - břišní dyskomfort,
 - poruchy rytmu vyprazdňování,
 - meteorismus,
 - pocity špatného trávení,
 - poruchy menstruačního cyklu,
 - drobné krvácení z dásní nebo z nosu,
 - retence tekutin (ZAVORAL a kol., 2007).
- Dekompenzovaný - příznaky, které vyplývají z poruchy funkce jaterní buňky:
 - spavost,
 - anorexie,
 - břišní dyskomfort,
 - snadná tvorba hematomů,
 - u žen amenorea,
 - u mužů pokles libida, impotence,
 - ikterus, otoky, ascites,
 - krvácivé projevy, krvácení z jícnových varixů,
 - encefalopatie, hepatorenální syndrom, spontánní bakteriální peritonitida (ZAVORAL a kol., 2007).

Objektivně můžeme pozorovat snížené psychomotorické tempo nemocného, subikterus nebo kachexii. Projevy poruchy koagulace a objevují se hematomy. Klesá diuréza, zvětšuje se břicho – vznik ascitu, který je prokazatelný od 2.500 ml (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005), (ZAVORAL a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008),

2.4 DIAGNOSTIKA

Základem diagnostiky u nemocného s trávicími obtížemi je anamnéza a fyzikální vyšetření. Tyto dvě metody jsou stále více využívány. Laboratorní vyšetření krve a zobrazovací metody jsou další diagnostická vyšetření (LUKÁŠ a kol., 2005).

Anamnéza

Důležitá je pečlivá, ale časově náročná kompletace zdravotnické dokumentace. Ta ušetří nemocného zbytečných vyšetření a urychlí utřídění diagnostického procesu. Vždy je třeba klást cílené otázky, které vystihnou podstatné informace a obtíže nemocného (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Nynější onemocnění - nemocný zde uvádí, jaký důvod ho přivedl k lékaři, jak dlouho problémy trvají, jaký mají charakter a jak je dosud léčil. (LUKÁŠ a kol., 2007).

Osobní anamnéza - informace o všech podstatných onemocněních, které nemocný prodělal během svého života. Důležitá součást osobní anamnézy je dotaz na požívání alkoholu, kouření, popřípadě další užívání návykových látek (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Rodinná anamnéza - zaměřujeme se na choroby, které mají familiární výskyt, jako je např. cukrovka, hypertenze, ischemická choroba srdeční a řada dalších. Pokládají se dotazy na rodiče, sourozence a děti. Bez ohledu na genetickou souvislost je důležitá otázka infekčních chorob, které se v rodině vyskytly. Lékař by se měl také zeptat na návyky v rodině (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Gynekologická anamnéza - u mladších žen se uvádí začátek menstruace, pravidelnost, případně zda žena, užívá hormonální antikoncepci. U starších žen se zaznamenává doba přechodu. Uvádí se počet těhotenství, a zda byly vedeny přirozenou cestou nebo císařským řezem. Dále počet potratů spontánních i instrumentálních (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Alergická anamnéza - zaznamenávají se všechny formy alergií, způsob léčby a preventivní opatření (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Léková anamnéza - zaznamenávají se všechny léky, které pacient užívá pravidelně nebo jen nárazově (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Pracovní anamnéza - chronologický přehled všech zaměstnání, které nemocný vykonával. Důležité je zda pacient pracuje v rizikovém prostředí nebo v nevhodných klimatických podmínkách (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Sociální anamnéza - charakterizuje situaci v rodině, její životní úroveň, i jestli pacient žije v bytě nebo v rodinném domě. Důležité je uvést, zda je pacient dlouhodobě bez práce (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Speciální anamnéza v gastroenterologii - pacient si často stěžuje na bolest v oblasti břicha. Dyspepsie označuje soubor obtíží, kterými se projevují poruchy trávení, pacient musí přesně popsat jednotlivé potíže, zahrnuje se do toho nechutenství, kručení v břiše, plynatost, zápach z úst, nadýmání, nevolnost, plnost, pocit netrávení, pálení žáhy, průjem, zácpa, zvracení. Důležité je vše dobře popsat, barvu, konzistenci, celkový vzhled, patologické příměsi jaké jsou např. krev, hlen, hnis. V gastroenterologii jsou další potíže, které se nezahrnují do dyspeptických obtíží: váznutí sousta při polykání, pálení jazyka, bolest při polykání, návrat žaludečního obsahu do jícnu a do úst bez zvracení, škytavka (LUKÁŠ a kol., 2007), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření spočívá v celkovém posouzení tělesného a duševního stavu pacienta a také ve vyšetření jednotlivých tělesných partií (hlava, krk, hrudník, břicho, končetiny). Používají se metody pohledu, poslechu, poklepu, pohmatu a per rektum. V první chvíli si všímáme duševního stavu pacienta, stavu vědomí, řeči, hlasu, orientace osobou, místem a časem. Při celkovém posouzení tělesného stavu pacienta si všímáme vzrůstu, tělesné polohy, celkové hybnosti a pohybů končetin, výšky a váhy těla, vědomí, kůže a poruch hlasu a řeči. Je nutné pacienta vyšetřit systematicky, tzn. od hlavy k patě (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Laboratorní vyšetření

Vyšetření jaterních funkcí patří mezi základní laboratorní postupy ve většině lékařských oborů. Laboratorní diagnostika v hepatologii není jen založena na biochemickém vyšetření, ale patří sem i analýzy hematologické, sérologické, imunologické a molekulárně genetické (EHRMANN a kol., 2010).

- krevní obraz,
- základní koagulační vyšetření – QUICK, APTT,
- mineralogram - Na, K, Cl,
- jaterní testy – ALP, AST, ALT, GGT, bilirubin celkový, bilirubin přímý,
- glykémie,
- cholesterol,
- alkohol v krvi, CDT (karbohydráz deficitní transferin),
- serologie virových hepatitid – Anti - HAV IgM, Anti – HAV IgG, HBsAg, Anti – HBc IgG, Anti-HCV,
- sérové železo, ferritin, transferin, saturace transferinu,
- sérová hladina mědi, ceuloplasminu, odpady Cu do moči za 24h,
- imunologie – IgG, A, M, autoprotilátky,
- alfa-1-antitrypsin (A1AT),
- alfa-fetoprotein,
- rozbor punktátu z ascitu (DRÁBEK a kol., 2012).

Zobrazovací vyšetření

Současná radiologii se snaží vyhnout invazivním metodám, které mohou být ve většině případů zbytečné a pacienta jen vystavují možnému riziku. K zobrazení jaterního a biliárního systému se nejčastěji používají metody CT, sonografie, MR, ERCP (EHRMANN a kol., 2010).

Doplňkové vyšetření

- Skiagram hrudníku a echokardiografie se indikují při podezření na městnavé pravostranné srdeční selhání (DRÁBEK a kol., 2012).

Tabulka 1 Skórovací tabulka dle Child-Pugh

Parametr	1 bod	2 body	3 body
Ascites	Nepřítomen	Mírný/kontrolovaný léčbou	Refrakterní
Jaterní encefalopatie	Nepřítomna	Stupeň I-II/ potlačena léčbou	Stupeň III-IV/ refrakterní
Albumin (g/l)	>35	25-35	<28
INR	≤1,7	1,71-2,20	>2,20
Celkový bilirubin	<34	35-50	>50
Součet bodů	5-6	Stupeň A	Kompenzované onemocnění, dobrá prognóza
	7-9	Stupeň B	Zvážit indikaci k jaterní transplantaci
	10-15	Stupeň C	Roční mortalita 50%

Zdroj: DRÁBEK a kol., 2012, str. 49

2.5 KOMPLIKACE

Nejvýznamnějším omezujícím činitelem pro kvalitu života a přežívání nemocných s alkoholickou cirhózou jsou její komplikace. Pokrok v jejich diagnostice zlepšil nepříznivý vývoj a převýšil dosavadní léčebné možnosti jaterní alkoholické fibrózy a cirhózy. Některé z komplikací mohou bezprostředně ohrozit nemocného na životě. Jde například o krvácení z jícnových varixů (EHRMANN a kol., 2006).

Jaterní selhání

„Akutní jaterní selhání definujeme jako výpadek jaterních funkcí na podkladě akutního těžkého postižení jater u nemocných, kteří do té doby netrpěli žádným

jaterním onemocněním, nebo sice trpěli chronickým jaterním onemocněním, ale do té doby bezpříznakovým a plně kompenzovaným“ (EHRMANN a kol., 2006, s. 88).

Nejčastější příčinou akutního selhání jater jsou virové hepatitidy A a B, léky, např. paracetamol, kardiovaskulární příčina, např. trombóza portální žíly. Jaterní selhání, které je podmíněno abúzem alkoholu, se neřadí mezi akutní selhání jater, protože se jedná o již předtím postižená, játra např. alkoholickou steatózou, fibrózou nebo cirhózou. Základní klinické příznaky jaterního selhání jsou: jaterní encefalopatie s poruchou vědomí, ikterus, zmenšená játra v důsledku jejich nekrózy, syndrom DIC, arteriální hypotenze, hypoventilace (EHRMANN a kol., 2006).

Portální hypertenze

Je trvalé zvýšení krevního tlaku v povodí vrátnicové žíly. Fyziologicky tento tlak nepřesahuje 4 mmHg. Hranicí je považována hodnota 12 mmHg a velmi patologický stav může zapříčinit hodnoty až 40 mmHg. „V klinickém obraze dominuje kolaterální oběh. Viditelné kolaterály na břicho, caput medusae, jícnové varixy, žaludeční varixy a vnitřní hemoroidy“ (EHRMANN a kol., 2006, s. 93). Portální hypertenzi dělíme podle mechanismu příčin na prehepatální, intrahepatální a posthepatální. K neinvazivním metodám vyšetření portální hypertenze se používá sonografie, CT, MR. Z invazivních metod je to gastrokopie k průkazu jícnových nebo žaludečních varixů (EHRMANN a kol., 2006).

Krvácení z jícnových varixů postihuje až 50 % nemocných s jaterní cirhózou a portální hypertenzí. Včasná diagnostika je důležitá hlavně z hlediska konzervativní léčby portální hypertenze a jejich komplikací (EHRMANN a kol., 2006).

Ascites

„Ascites je zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní. Množství tekutiny do 150 ml je v peritoneální dutině fyziologické“ (HOLUBOVÁ a kol., 2013, s. 63). Nejčastějšími příčinami ascitu je pravostranná srdeční nedostatečnost a jaterní cirhóza. Tyto dvě příčiny tvoří asi 80 % všech ascitů. Může vzniknout náhle, nebo se zvětšuje pomalu. Fyzikálním vyšetřením prokážeme ascites, až když je v dutině břišní více jak 3 l volné tekutiny. Zvětšuje se obvod břicha a vzniká tlaková difúzní bolest. Při větším množství ascitu se objevují dyspeptické potíže a dušnost. Při poklepu a palpaci břicha

prokazujeme undulaci. Dále se provádí diagnostická punkce při každém zjištění ascitu (EHRMANN a kol., 2006), (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Transsudát a exsudát jsou dvě charakteristiky ascitu. Transsudát má specifickou hmotnost méně než 1,014 g/l, jeho příčinou je např. jaterní cirhóza nebo pravostranná srdeční dekompenzace. Exsudát má specifickou hmotnost větší než 1,014 g/l, jeho příčinou nejčastěji bývají nádory a záněty (EHRAMM a kol., 2006).

Jaterní encefalopatie

„Jaterní encefalopatie je komplexní neuropsychiatrický syndrom přítomný při jaterním selhání“ (HOLUBOVÁ a kol., 2013, s. 63). Charakteristické jsou poruchy vědomí, chování, změny osobnosti a neurologické poruchy (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Klinická stádia jaterní encefalopatie dle stupně:

První stupeň – mírná zmatenost, euforie či deprese, snížená pozornost, zpomalené myšlení, poruchy spánkového režimu,

Druhý stupeň - spavost, změny osobnosti, přechodná dezorientace,

Třetí stupeň – somnolence, dezorientace místem i časem, značná zmatenost, amnézie, nesrozumitelná řeč,

Čtvrtý stupeň – kóma (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Diagnostika jaterní encefalopatie dle třesu rukou:

První stupeň – mávavé pohyby 1krát/30 sekundu,

Druhý stupeň – nepravidelný třes 3-4krát/30 sekundu,

Třetí stupeň – častý třes, každé 2 až 3 s sekundu,

Čtvrtý stupeň – stálý třes (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Dále se provádí zkouška písma, zkouška na přítomnost konstruktivní apraxie (např. neschopnost se podepsat, namalovat hvězdu). Vyšetření EEG, CT, MRI, biochemické vyšetření, amoniak v arteriální krvi (EHRMANN a kol., 2006), (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Hepatorenální syndrom

„Ledvinné selhání komplikující selhání jater s portální hypertenzí“ (EHRMANN a kol., 2006, s. 101). Na ledvinách nejsou strukturální změny, pokud se tam naleznou, tak jen minimální. Spíše jde o poruchu funkce. Diagnostickou známkou je oligurie a vysoká hladina kreatininu v séru, mohou být přítomny otoky, ascites a v těžkých případech i jícnové varixy. Ascites v této formě většinou na léčbu nereaguje. Pacient je slabý, unavený, dehydratovaný, může mít bolesti břicha (EHRMANN a kol., 2006).

Cholestáza

„Jde o poruchu vylučování žluče do střeva, která může být lokalizována kdekoliv mezi jaterní buňkou a Vaterovou papilou“ (LATA a kol., 2010, s. 141). Základním příznakem je ikterus, který je podmíněn zvýšenou hladinou bilirubinu. Dalším příznakem může být svědění kůže, které chybí u cirhózy, jež je vyvolána alkoholickou hepatitidou. Diagnostika se opírá o laboratorní změny, především zvýšené hodnoty bilirubinu, ALP, GGT a LD. Diagnostika se upřesňuje i pomocí sonografie (EHRMANN a kol., 2006), (LATA a kol., 2010).

Hepatocelulární karcinom

Ve světovém měřítku tvoří asi 5 % všech maligních onemocnění. Vyznačuje se vysokou úmrtností, průměrné přežití od stanovení diagnózy je zhruba 6 měsíců. Mezi rizikové faktory patří chronická virová hepatitida B a C ve stádiu jaterní cirhózy a alkoholické cirhózy. Projevuje se bolestmi břicha, hubnutím, ikterem, vzácně rupturou s následkem vzniku hemoperitonitidy (EHRMANN a kol., 2006).

2.6 LÉČBA

Důležité je zjištění, léčení a odstranění příčiny, např. abstinence, léčba chronických jaterních onemocnění. Pokud již dojde k přestavbě parenchymu a vzniku cirhotických změn, nastává léčba symptomatická nebo léčba důsledků portální hypertenze. Důležitá je výživa a aplikace vitamínů (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Jaterní selhání

Léčba jaterního selhání je specifická podle příčiny. Nespecifická léčba je, že pacient musí být ošetřován na jednotce intenzivní péče, je nutné kontaktovat transplantační pracoviště a konzultovat případnou indikaci k transplantaci. Nespecifická léčba je především zaměřena na cerebrální komplikace, kardiovaskulární poruchy, renální poruchy, bakteriální infekce, koagulopatii, hypoglykémii, poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy a také je velmi důležitá dieta (HORÁK a kol., 2014).

Krvácení z jícnových varixů

Spolehlivá diagnostika krvácení z jícnových varixů je pouze endoskopická. Pokud nemocný aktuálně nekrvácí, je stanovení diagnózy velmi obtížné. Při nálezů krvácejících varixů má endoskopie i léčebný účel. Krvácení lze zastavit ligací nebo sklerotizací varixů. Pokud se nepodaří zastavit krvácení během endoskopického výkonu, musíme využít dalších možností k zástavě krvácení, jako zavedení trojcestné balónkové sondy, Danišův stent, nebo chirurgické řešení (HORÁK a kol., 2014).

Ascites

Součástí širší léčby je dodržování diety s mírným omezením soli, omezení tekutin, diuretika a evakuační punkce. Drobný ascites se může léčit ambulantně, pokud jsou výpotky velké, tak je lepší nemocného hospitalizovat (HORÁK a kol., 2014).

Transplantace jater

„Transplantace jater je život zachraňující metoda“ (HUSOVÁ, 2013, str. 658). K zařazení pacienta na čekací listinu je nutné stanovení prognózy nemoci. Mezi kontraindikace transplantace jater patří aktivní požívání alkoholu, rozvinutý AIDS, sepse, rozvinutá mimojaterní zhoubná onemocnění a nespolečné onemocnění. Zařazení pacientka na čekací listinu znemožňuje vyšší věk (nad 65 let), závažná přidružená onemocnění, např. plicní hypertenze nebo diabetes mellitus. K základní indikaci transplantace jater je jaterní selhání. „Transplantace jater je u chronických jaterních onemocnění indikována tam, kde je konzervativní léčba vyčerpána a přináší pacientovi větší rizika než vlastní transplantace.“ (HUSOVÁ, 2013, str. 659).

Prognóza

Prognóza je závislá na přítomnosti komplikací. Pacienti ve fázi kompenzované cirhózy mohou přežít i více než 5 let. Pokud má nemocný ascites, tak se čtyř roků dožívá asi 20 % a deseti let 10 % nemocných. Při krvácení z jícnových varixů se 10 % nemocných dožije jen dvou let. Důležitým faktorem pro přežití jsou i mimojaterní komplikace, mezi které např. patří chronická pankreatitida, karcinom pankreatu nebo vředová choroba (EHRMANN a kol., 2010), (SZÁANTOVÁ, 2013), (LUKÁŠ, 2005).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hlavním posláním všeobecné sestry, je pomáhat jednotlivcům a rodinám. Podporovat a upevňovat zdraví, vyhodnotit zdraví a vést k preventivním opatřením. Do ošetrovatelské péče a její realizace řadíme základní ošetrovatelskou péči, činnosti k uspokojování základních lidských potřeb, dále diagnosticko-terapeutická činnost, administrativní práce a speciální ošetrovatelskou činnost (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005).

Sledování pacientů s jaterní cirhózou

Pacientům s jaterní cirhózou, bez ohledu na její etiologii a stupeň pokročilosti, je doporučeno, aby pravidelně docházeli na kontroly k lékaři – specialistovi. Tyto kontroly jsou v pravidelných intervalech, označují se souhrnným pojmem dispenzární péče. Smyslem dispenzarizace je včas odhalit a dle možností léčit hrozící nebo již vzniklé komplikace jaterní cirhózy. Pokud je pacient indikován k transplantaci jater, je při těchto kontrolách důležité určit správný čas pro uskutečnění transplantace. Součástí běžné kontroly je dotaz, jestli má pacient nějaké obtíže a kontrola tělesné hmotnosti. K odhalení komplikací se využívá základní fyzikální vyšetření, základní laboratorní vyšetření, do kterých se zahrnuje mineralogram, krevní obraz, Quickův test, renální parametry (urea, kreatinin), jaterní testy (ALT, AST, ALT, GGT), bilirubin a albumin. Sonografické vyšetření slouží k zjištění přítomnosti a množství ascitu a odhalení nově vzniklého ložiska hepatocelulárního karcinomu (EHRMANN a kol., 2010), (DRÁBEK a kol., 2012).

Edukace o dietě

Dietu je potřebné dodržovat obvykle 6 měsíců až 2 roky. Jde o dobu, kdy dochází k potřebné regeneraci jater. Pacienti, kteří jsou nemocní chronicky, musí tuto dietu dodržovat celoživotně. Hlavní zásady jsou (GULÁŠOVÁ, 2014):

Žádný alkohol

Nejméně půl roku po vyléčení pacienti nesmí alkohol, ani žádné likérové bonbóny.

Žádná tučná jídla

Zakázaná jsou tučná masa, uzeniny a salámy, nakládaná masa, zvěřina, tučné sýry nad 40 % tuku, jogurty, plnotučné mléko, čokoláda, moučníky z tučného těsta nebo s tučnými krémy, chléb jen omezeně a je lepší jíst den staré rohlíky, protože nenadýmají.

Žádné přepálené tuky

Pacient by si měl připravovat jídlo vařením, dušením, rychlým grilováním s použitím co nejmenšího množství rostlinných tuků.

Dostatek ovoce a zeleniny

Důležité je se vyvarovat nadýmavých druhů. To jsou např. zelí, kapusta, květák, ledový salát, česnek, čerstvá cibule, čerstvé i nakládané okurky. Vhodné je kompotované ovoce a ovocné přesnídávky.

Zákaz ostrých, kořeněných jídel

Pepř, paprika, kari, chilli a další jsou nevhodné, zakázaný je i masox, sójové omáčky, ocet, majonéza, tatarská omáčka, grilovací omáčky a hořčice.

Dostatek tekutiny

Pacient by měl mít dostatek tekutin, protože dochází k rychlému vylučování nezbytných látek z organismu. Ovocné čaje, vody, nesycené minerálky a džusy jsou doporučovány. Naopak káva by měla být omezena.

Dostatek lehce stravitelných bílkovin a vlákniny

Bílkoviny ideálně živočišného původu – libové maso a nízkotučné mléčné výrobky, k nejdůležitějším vitamínům při jaterní cirhóze patří vitamíny rozpustné v tucích A, D, E, K.

Po správné edukaci si vždy musíme ověřit zpětnou vazbu kladením otázek a tím si ověřujeme, zda tomu pacient rozuměl (GULÁŠOVÁ, 2014).

4 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CIRHÓZOU V DŮSLEDKU POŠKOZENÍ JATER ALKOHOLEM

Odbornou praxi za účelem získání podkladů pro zpracování praktické části jsem vykonávala v Nemocnici Tábor a.s. na interním oddělení části gastroenterologie. Praxi jsem vykonávala v období od 7. 7.2014 do 1. 8. 2014. V době mého ošetřování byla pacientka hospitalizována 1. – 3. den.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: Ž
Datum narození: 7. 11. 1952	Věk: 61 let
Adresa bydliště a telefon: Tábor	
Adresa příbuzných: Tábor	
ŘC: 520000/0000	Číslo pojistovny: 111
Vzdělání: základní	Zaměstnání: Důchodkyně, dříve dělnice, uklízečka
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 7. 7. 2014	Typ přijetí: akutní
Oddělení: Interní – část gastroenterologie	Ošetřující lékař: MUDr. X. X.

Zdroj: GORDON, 2015

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacientka udává, že se cítí dobře, jen si všimla zvětšujícího se břicha a přibrala cca 5kg za poslední měsíc. Ikterus má už asi tři roky. Přichází na žádost praktického lékaře.

Medicínská diagnóza hlavní:

Alkoholická cirhóza jater (K703)

Ascites (R18)

Medicínské diagnózy vedlejší:

Ikterus (P57)

Portální hypertenze (K766)

Hepetomegalie a splenomegalie (R16)

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘIJMU DNE 7.7.2014

Tabulka 3 Hodnoty zjištěné při příjmu

TK: 170/80 mmHg	Výška: 163cm
P: 90´	Hmotnost: 85kg
D: 22´	BMI: 32
TT: 36,5°C	Pohyblivost: Soběstačná
Stav vědomí: Bdělé	Orientace místem, časem, osobou: Orientovaná místem, časem i osobou
Řeč, jazyk: plynulá	Krevní skupina: A Rh pozitivní

Zdroj: GORDON, 2015

Nynější one mocnění:

Pacientka se cítí dobře, nic jí nebolí. Všimla si jen zvětšujícího se břicha, přibrala cca 5kg za poslední měsíc. Ikterus udává, že má už asi 3 roky. Dušnost má pacientka jen při námaze, nezvrací, průjem nemá, břicho nebolí.

Informační zdroje:

Lékařská dokumentace pacientky

Pacientka

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela na CMP v 58 letech

Otec: zemřel na IM, léčil se s DM

Sourozenci: pacientka sourozence nemá

Děti: dcera je zdravá, syn spáchal sebevraždu

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: s ničím se neléčí

Hospitalizace a operace: neudává

Úrazy: neudává nic vážného

Transfúze: dříve žádnou nedostala

Očkování: běžná očkování, datum očkování na Tetanus si nepamatuje

Léková anamnéza (chronická medikace)

Pacientka neužívá chronickou medikaci

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: Pacientka neguje jakoukoliv konzumaci alkoholu, prý jen v mládí deci bílého vína, po ultrazvuku břicha pacientka přiznává občasné užívání vína

Kouření: neguje

Káva: 1x – 2x za týden hrnek kávy

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: ve 13 letech

Cyklus: nepravidelný

Intenzita, bolesti: střední, bolesti občas ano, ale spíše bez potíží

PM: neguje

A: neguje

UPT: neguje

Antikoncepce: pacientka nikdy žádnou perorální antikoncepci neužívala

Menopauza: v 50 letech

Potíže klimakteria: návaly horka, bolesti hlavy, deprese. Pacientka měla deprese ještě dřív, když jí před 12 lety zemřel syn a zhoršovali se

Samovyšetřování prsu: pacientka neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: pacientka na pravidelné prohlídky nedochází

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: bydlí s přítelem v bytě

Vztahy, role a interakce: s dcerou má vztah dobrý, stýkají se často, s přítelem problémy nemají, s bývalým manželem se nestýká, má pár dobrých přátel, s kterými se pravidelně schází

Záliby: Práce na zahrádce, kterou mají před panelákem, občas se stará o její udržování

Volnočasové aktivity: Pacientka říká, že ráda rybaří s přítelem, ale spíše je doma, ráda se dívá na televizi

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: základní

Pracovní zařazení: důchodce, dříve pracovala jako dělnice, uklízečka

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Odchod do starobního důchodu v 59 letech, zaměstnání střídala, většinou jako uklízečka, ze začátku jako dělnice

Vztahy na pracovišti: Vztahy měla dobré, říkala, že delší dobu nikde nevydržela a ani neví proč

Ekonomické podmínky: Ne moc dobré, pacientka si stěžuje na malý důchod, přítel pobírá také důchod, ale finance mají každý zvlášť, jen se dělí o zaplacení nájmu a jídla

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: Bez vyznání

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 7. 7. 2014

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	Hlava normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá.
Oči	Skléry ikterické, spojivky růžové, bez zánětu, pacientka hůře vidí na pravé oko, používá brýle, oči ve středním postavení, pohyblivé, zorničky izokorické.
Uši, nos	Nos je bez deformit a výpotku, uši bez výtoku, slyší dobře.
Rty	Rty jsou souměrné, růžové, hydratované, bez ragád.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice jsou bez povlaku, růžové, dostatečně hydratované, dásně bez krvácivých projevů.
Jazyk	Jazyk je vlhký bez povlaku, bez poranění, plazí ve střední rovině.
Tonzily	Krční uzliny jsou nehmatné a nebolestivé.
Chrup	Chrup má pacientka vlastní.
Krk	Krk je souměrný, bez deformit, bez otoků.
Hrudník	Hrudník symetrický, bez deformit, prsa bez patologických změn.
Plíce	Dýchání sklípkové bez vedlejších dýchacích fenoménů, počet dechů 22/min., pravidelné.
Srdce	Srdeční akce pravidelná 90'/min, TK 170/80 mmHg.
Břicho	Břicho měkké, na dotek nebolestivé, peristaltika poslechově přiměřená, viditelný ascites, poklep diferencovaně bubínkový, pozitivní undulace.
Játra	Dle UZV břicha mírná hepatomegalie.

Slezina	Dle UZV břicha splenomegalie.
Genitál	Bez patologického nálezu.
Uzliny	Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, tělesná teplota v normě 36,5°C.
Páteř	Páteř je bez patologických změn.
Klouby	Klouby jsou bez patologie.
Reflexy	Reflexy výbavné.
Čítí	Bez patologického nálezu.
Periferní pulzace	Puls na dolních končetinách dobře hmatný.
Varixy	Pacientka nemá varixy.
Kůže	Pacientka má rozsáhlou dermatitidu, rozškrábanou do krve erytém na dolních končetinách. Kůže ikterická, kožní turgor v normě, nehty neupravené. Bez chybění části těla.
Otoky	Dolní končetiny s mírnými otoky.

Zdroj: GORDON, 2015

POSOUZENÍ ZE DNE 7.7. 2014

Tabulka 5 Posouzení

<p>1. Podpora zdraví Uvědomování si zdraví Management zdraví</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci: Subjektivně: „Já jsem kromě toho, že mám zvětšené břicho, nic nevnímala, potíže jsem neměla, byla jsem překvapená, že mě přijali do nemocnice, žlutá jsem už asi 3 roky, ale neřešila jsem to. Preventivní pohledky jsem dodržovala, ale už několik let jsem u lékaře nebyla. Problémy žádné nemám, tak není třeba. I když špatně vidím na pravé oko, ale zvykla jsem si, nosím brýle. Těžké úrazy jsem nikdy neměla a ani na operaci jsem nebyla.“ Objektivně: Nynější hospitalizace pacientku překvapila. Hospitalizaci doporučil její praktický lékař, pro zhoršení celkového stavu. Pacientka pouze zaznamenala zvětšení břicha a zvýšenou hmotnost. Pacientka o své zdraví nepečuje, působí zanedbaným dojemem. Věděla, že její kůže má jinou barvu, ale k lékaři nešla. Dle ordinace lékaře bude domluveno oční konzilium, jelikož pacientka špatně vidí na pravé oko. Pacientka nemá dostatek informací, z důvodu bagatelizování příznaků onemocnění. Ošetrovatelský problém: Pacientka nevyhledává informace o svém zdravotním stavu a nepečuje o své zdraví. Priorita: Střední</p>
<p>2. Výživa Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci: Subjektivně: „Dietu nedržím, jím nepravidelně. Někdy sním 3 jídla za den, někdy víc, ale stane se, že mám jen dvě jídla za den. Já spíše nevařím, ve většině případů si koupíme hotové jídlo. Přibrala sem asi 5kg, nejspíše kvůli tomu zvětšenému břichu. Za den asi</p>

	<p>vypiju 2,5-3l.“</p> <p>V nemocnici: „Teď mám nějakou dietu a moc mi to nechutná, ale sním to. Piju tu hlavně čaj.“</p> <p>Objektivně: Pacientka se stravuje doma. Jí nepravidelně. Od příjmu má pacientka naordinovanou dietu číslo 2 tj. šetřící. Jí nepravidelně. Vypije asi 2,5-3 l tekutin za den. Její hmotnost se zvýšila přibližně o 5kg za měsíc z důvodu zvětšujícího se břicha. Její váha je aktuálně 85kg, výška 163cm a BMI 32.</p> <p>Pacientka je hydratovaná, zvláštní dietu nedodrží, netrpí diabetem mellitem, chuť k jídlu je nenarušená.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka má viditelný ascites, míra břicha je 112cm, mírné otoky dolních končetin, BMI je 32 tj. obezita prvního stupně.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „S močením obtíže nemám, zácpou ani průjmem netrpím. Jak už jsem také říkala, mám vyrážku po celém těle.“</p> <p>V nemocnici: „Pořád cítím, že se mi chce na záchod, ale je to prý kvůli té hadičce co mám zavedenou.“</p> <p>Objektivně: Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr z důvodu měření diurézy. Pacientka se vyprazdňuje pravidelně, zácpou ani průjmem netrpí. Pacientka má rozsáhlou dermatitidu a erytém na dolních končetinách. Dle ordinace lékaře bude domluveno kožní konzilium. Kůže je ikterická, kožní turgor v normě, nepotí se, kůže jí nesvědí. Pacientka dle stupnice Nortonové s výsledkem 26 bodů není ohrožena vznikem dekubitů.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka má rozsáhlou dermatitidu po celém těle.</p> <p>Priorita: Střední</p>

<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <p>Spánek, odpočinek Aktivita, cvičení Rovnováha energie Kardiovaskulární pulmonální reakce Sebepéče</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Doma jsem moc nespala, nemůžu usnout a když usnu, tak se zas brzo probudím a přes den si občas taky lehnu a spím. Taký potřebuju pomoc při hygieně, jsem teď trochu nemotorná. Nejsem sportovní typ, nesportuji.“</p> <p>Objektivně: Pacientka je dle Barthelova testu částečně soběstačná při hygienické péči a vyprazdňování. Bodové ohodnocení je 80, tj. lehká závislost. Důležitá je dopomoc v těchto oblastech. Pacientka má zavedený permanentní močový katétr.</p> <p>9. 7. 2014</p> <p>Pacientka byla v noci zmatená, málo spala, nyní se cítí unavená a ospalá.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka nezvládá hygienu a vyprazdňování samostatně, nutná dopomoc.</p> <p>9. 7. Ráno se pacientka cítila unavená a ospalá.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <p>Pozornost Orientace Kognice Komunikace</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Je 7. 7. 2014, nacházím se v nemocnici. S komunikací potíže nemám, myslím, že jsem komunikativní člověk.“</p> <p>9. 7. 2014</p> <p>„Sestřičky říkaly, že jsem byla v noci zmatená, nevím, nepamatuju si to.“</p> <p>Objektivně: Pacientka je 7. 7. Orientovaná, místem, časem i osobou. Komunikace je plynulá, řeč bez vad doplňována neverbální komunikací.</p> <p>V noci z 8. 7. Na 9. 7. Byla pacientka, dle noční</p>

	<p>služby, zmatená. Vstávala z lůžka, chodila po pokoji, na záchod, hledala svého syna.</p> <p>Ošetrovatelský problém: V nepravidelných intervalech se u pacientky dostavuje noční zmatenost.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <p>Sebepojetí</p> <p>Sebeúcta</p> <p>Obraz těla</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Myslím, že jsem klidný člověk, nehádám se, cholerická také nejsem. Náladu mám dobrou. To, že mám žlutou kůži, neřeším, myslím, že to není tak viditelné. Trošku mi vadí teď to větší břicho, ale snad se to brzo vyřeší.“</p> <p>Objektivně: Pacientka sebe sama hodnotí jako klidného člověka. V současné chvíli jí vadí zvětšené břicho, ale věří, že se zase zmenší. Na změnu barvy kůže si už zvykla, jelikož jí má žlutou už 3 roky.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka není spokojená se svým současným vzhledem, vadí jí, jak se změnilo její tělo v posledních několika týdnech.</p> <p>Priorita: Nízká</p>
<p>7. Vztahy mezi role mi</p> <p>Role pečovatelů</p> <p>Rodinné vztahy</p> <p>Plnění rolí</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „S dcerou se snažím scházet často, s přítelem bydlíme v bytě, problémy spolu nemáme, jen běžné hádky, jako u každého. Dcera za mnou do nemocnice přijde i s mým přítelem.“</p> <p>Objektivně: Rodinné vztahy bez problémů, s dcerou má vztah dobrý, s přítelem bydlí už několik let. Dcera i přítel pacientky dochází na návštěvy. Pacientka je ve starobním důchodu, má své záliby. Primární rolí je žena, sekundární matka, partnerka a nyní pacientka. Role se odvíjejí od současné situace. Dále je nutné doplnit další informace od rodinných příslušníků.</p> <p>Ošetrovatelský problém: V doméně č. 7 nenalezen ošetrovatelský problém.</p>

<p>8. Sexualita</p> <p>Sexuální funkce</p> <p>Reprodukce</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Vzhledem k mému věku, se o tom nechci více vyjadřovat. Potíže jsem asi nikdy před tím neměla.“</p> <p>Objektivně: Menopauza u pacientky nastala v 50 letech. Pacientka měla obvyklé potíže klimakteria, jako jsou např. návaly horka, bolesti hlavy a deprese. Pacientka užívá antidepressiva už několik let.</p> <p>Ošetrovatelský problém: V doméně č. 8 nenalezen ošetrovatelský problém.</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <p>Posttraumatické reakce</p> <p>Reakce na zvládání zátěže</p> <p>Neurobehaviorální stres</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Když mě přijali do nemocnice, tak jsem to nečekala. Svůj zdravotní stav jsem neřešila. Teď momentálně nevím, co se přesně bude se mnou dít, jsem taková překvapená ze všeho v nemocnici.“</p> <p>Objektivně: Pacientka zvládá zátěž dobře, působí klidně, vyčkává na informace od ošetroujícího lékaře. Užívá dlouhodobě antidepressiva – Asentra.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka pociťuje pocity nejistoty.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>10. Životní principy</p> <p>Hodnoty</p> <p>Přesvědčení</p> <p>Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Nejdůležitější je pro mě asi rodina. Jsem spokojená, tak jak to je.“</p> <p>Objektivně: Pacientka udává, že je pro ni nejdůležitější rodina, hodnoty má nastavené vzhledem k svému věku. V Boha nevěří a ani žádné jiné náboženství neuznává.</p> <p>Ošetrovatelský problém: V doméně č. 10 nenalezen ošetrovatelský problém.</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <p>Infekce</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</p> <p>Subjektivně: „Mám zavedenou tady hadičku v ruce</p>

<p>Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace</p>	<p>a taky na močení, prý tam určité riziko infekce je.“ Objektivně: Pacientce byl zaveden periferní žilní katétr a permanentní močový katétr, které má momentálně 0. Pacientka má rozsáhlou dermatitidu, která je rozškrábaná do krve. Pacientka z důvodu cirhózy jater je ohrožena rizikem krvácení, dle ordinace lékaře podáváme Kanavit gtt. Jako prevenci krvácení. Ošetrovatelský problém: Pacientka má 0. den zaveden PMK a PŽK. U pacientky je zvýšené riziko krvácení v souvislosti se základním onemocněním. Priorita: Střední</p>
<p>12. Komfort Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci: Subjektivně: „Asi si ani nemůžu na nic stěžovat.“ Objektivně: Pacientka nemá obtíže, bolesti neudává. Ošetrovatelský problém: V doméně č. 12 nenalezen ošetrovatelský problém.</p>
<p>13. Růst/vývoj Růst Vývoj</p>	<p>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci: Subjektivně: „Vývoj a růst mám už nejspíš za sebou.“ Objektivně: Bez patologického nálezu Ošetrovatelský problém: V doméně č. 13 nenalezen ošetrovatelský problém.</p>

Zdroj: GORDON, 2015

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: EKG, RTG srdce a plíce, UZV břicha, odběry krve, odběry moči, TK 3x denně, sledování příjmu a výdeje tekutin, plánovaná gastrokopie a punkce ascitu

Uvádím výsledky, jejichž hodnota je snižená nebo zvýšená, ostatní výsledky jsou v normě

Tabulka 6 výsledky krevních odběrů ze dne 7. 7. 2014:

Biochemie	7. 7. 2014	Norma hodnot
s-draslík	3,1 mmol/l	3,5-5,1 mmol/l
s-chloridy	108 mmol/l	98-107 mmol/l
s-bilirubin celkový	129 $\mu\text{mol/l}$	2 – 21 $\mu\text{mol/l}$
s-bilirubin přímý	70 $\mu\text{mol/l}$	0 – 5 $\mu\text{mol/l}$
s-AST	0,68 $\mu\text{kat/l}$	0,17 – 0,60 $\mu\text{kat/l}$
s-alkalická fosfatáza	3,12 $\mu\text{kat/l}$	0,58 – 1,74 $\mu\text{kat/l}$
s-CRP	5,3 mg/l	0,0 – 5,0 mg/l
s-urea	1,8 mmol/l	2,8 – 8,1 mmol/l
s-glukóza	7,79 mmol/l	3,9 – 5,6 mmol/l
Krevní obraz		
Erytrocyty	$3,0 \times 10^{12}/l$	$4,2- 5,4 \times 10^{12}/l$
Hemoglobin	85 g/l	120 – 160 g/l
Trombocyty	$92 \times 10^9/l$	$140 -400 \times 10^9/l$
Lymfocyty	9,50%	20 – 45 %

Zdroj: KONDÁŠOVÁ; ZDRACOTNICKÁ DOKUMENTACE PACIENTKY

Tabulka 7 Hodnoty krevního tlaku od 7. 7 –9. 7. 2014

	Ráno	Poledne	Večer	
7. 7. 2014	170/80 mmHg	160/70 mmHg	165/70 mmHg	TK 3xD
8. 7. 2014	160/85 mmHg	140/80 mmHg	165/75 mmHg	TK 3x D
9. 7. 2014	150/80 mmHg	155/80 mmHg	150/75 mmHg	TK 3x D

Zdroj: KONDÁŠOVÁ; ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE PACIENTKY

Příjem tekutin:

7. 7. p.o. 750 ml, i.v 500 ml

8. 7. p.o. 1400 ml

9. 7. p.o. 1 100 ml

Výdej tekutin

1 500 ml

1 900 ml

1 500 ml

7. 7. UZV břicha: závěr: mírná hepatomegalie, zřejmě přestavba jaterní, známky těžké portální hypertenze, splenomegalie, středně velký ascites

8. 7. Oční konzilium: Pacientka asi 2 roky hůře vidí na pravé oko, závěr: katarakta pkročila vpravo, reflex pozadí výrazně oslaben, výhledově ev. k operaci katarakty bude-li schopna z interního hlediska

8. 7. Punkce ascitu: závěr: v ascitu prokázán staphylococcus aureus, kreatinin v normě, vypuštěno 2000ml, specifická váha 1014 – slámově žlutá tekutina

8. 7. Kožní konzilium: Kůže suchá s erytémem, po celých dolních končetinách, horních končetinách, hýždích, na břiše a na zádech. Na ložiska s krustami Bellogent 2x denně, na suchou kůži s erytémem Dexa ambiderman 2x denně.

Konzervativní léčba:

Dieta: 2

Výživa: per os, samostatně

Pohybový režim: Relativní klid na lůžku

RHB: Neordinováno

Medikamentózní léčba 7. 7.2014:

Tabulka 8 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Asentra	Per os	50 mg	1 – 0 – 0	Antideprisivum
Verospiron	Per os	100 mg	1 – 0 – 0	Diuretikum
Essentiale forte	Per os	600 mg	2 – 2 – 2	Hepatikum
Simepar	Per os	70 mg	2 – 2 – 2	Hepatikum
Kanavit gtt	Per os	10 mg/ml	3 – 0 – 0	Vitamíny
Stilnox	Per os	10 mg	0 – 0 – 0 – 1	Hypnotikum

Zdroj: KONDÁŠOVÁ; ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE PACIENTKY

Infúze: 7. 7. Infúze č 1. Aminoplasma 500 ml

Infúze č 2. G10% 500ml do které se přidalo HMR 6j a KCL 7,45% 25ml

Infúze byly aplikovány společně přes ypsilon spojku od 16:00 do 24:00 rychlostí 125 ml/h.

Chirurgická léčba (výkon, kdy): Neordinovaná

Situační analýza ke dni 7. 7. 2014 a doplněna 9. 7. 2014

Pacientka X.Y. 61 letá přijata dne 7. 7. 2014 v odpoledních hodinách přes interní příjmovou ambulanci na Interní oddělení část gastroenterologie na žádost jejího praktického lékaře, pro zhoršení celkového stavu. Pacientce byly změřeny fyziologické funkce TK 170/80 mmHg, P 90', D 22', TT 36,5°C.

Pacientka se cítí dobře, je klidná. Při příjmu na oddělení byla pacientka při vědomí, spolupracovala, orientována místem, časem, osobou i prostorem. Pacientka působí lehce úzkostně. Je ostražitá, nikdy před tím hospitalizovaná nebyla, neví, co může od hospitalizace očekávat. Pacientka působí zanedbaným dojmem. Nepečuje o svůj zdravotní stav, nemá dostatek informací. Věděla, že její kůže má jinou barvu už několik let, ale k lékaři nepřišla. Informace o svém zdravotním stavu nevyhledávala.

Při sepsání ošetřovatelské anamnézy zjišťujeme dle Barthelova testu všedních činností, s bodovým ohodnocením 80, lehkou závislost. U pacientky bude nutná pomoc při hygieně a vyprazdňování. Z toho důvodu a důvodu měření diurézy je pacientce na oddělení zaveden permanentní močový katétr. Z příjmové ambulance měla pacientka zavedený periferní žilní katétr pro parenterální aplikaci léků a infúzí. Z důvodu délky hospitalizace hrozí riziko infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK, které má zavedeny 0. den. Jelikož má pacientka cirhózu jater, je zde předpoklad rizika krvácení.

Pacientka přibrala cca 5kg za jeden měsíc. Pacientka má viditelný ascites. Obvod břicha je 112 cm. Břicho je měkké, palpačně nebolestivé, poklep diferencovaně bubínkový, nebolestivý, pozitivní undulace. Pacientka má dermatitidu na dolních a horních končetinách, částečně také na břiše a zádech. Pacientka ikterická, skléry ikterické, bulby ve středním postavení, spojivky narůžovělé. Dolní končetiny s mírnými otoky, puls hmatný. Pacientka je bez klidové dušnosti, stěžuje si pouze na námahovou dušnost v souvislosti s ascitem. Pacientka je bez cyanózy a přiměřeně hydratovaná.

9. 7. 2014 jsme zhodnotili a stanovili dvě nové ošetřovatelské diagnózy. Pacientka dle noční služby byla zmatená, vstávala z lůžka, chodila po pokoji a hledala svého syna. Celý den se pacientka cítila unavená a ospalá.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ
PODLE PRIORIT dne 7. 7. 2014

Zvýšený objem tekutin v organismu (00026)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Zvýšená izotonická retence tekutin

Určující znaky: Otok, změny ve vzorci dýchání, zvýšení tělesné hmotnosti v krátkém časovém období

Související faktory: Oslabený regulační mechanismus

Priorita: Střední

Snaha zlepšit sebepěči (00182)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhají člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky: Vyjadřuje touhu zlepšit sebepěči.

Priorita: Střední

Narušená integrita kůže (00046)

Název + kód: Narušená integrita kůže 00046

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Změna v epidermis nebo dermis.

Určující znaky: Narušení kožního povrchu

Související faktory: Změny stavu tekutin, změny pigment

Priorita: Střední

Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámy); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky: Obavy kvůli změně životních událostí, ostražitost

Související faktory: Změna ve zdravotním stavu, abúzus látek

Priorita: Střední

Neefektivní management vlastního zdraví (00078)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů.

Určující znaky: Nezačlenění léčebného režimu do každodenního života

Související faktory: Nedostatek znalostí

Priorita: Střední

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: Nedostatečná primární obrana – porušená kůže (i.v. katetrizace, PŽK)

Priorita: Nízká

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: Nedostatečná primární obrana – porušená kůže (i.v. katetrizace, PMK)

Priorita: Nízká

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza)

Priorita: Střední

Ošetrovatelské problémy zjištěné 9. 7. 2014

Akutní zmatenost (00128)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období.

Určující znaky: Kolísání kognice

Související faktory: Abúzus látek

Priorita: Střední

Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni

Určující znaky: Ospalost, uvádí pocit únavy

Související faktory: Onemocnění

Priorita: Nízká

Ošetřovatelská diagnóza 1: Zvýšený objem tekutin v organismu (00026)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Zvýšená izotonická retence tekutin

Určující znaky: Otok, změny ve vzorci dýchání, zvýšení tělesné hmotnosti v krátkém časovém období

Související faktory: Oslabený regulační mechanismus

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientka má v rovnováze příjem a výdej tekutin do 2 týdnů.

Krátkodobý: Pacientka má sníženou hmotnost do 1 týdne.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka rozumí příčinám onemocnění do 24h.
2. Pacientka zaznamenává množství příjmu a výdeje tekutin po dobu hospitalizace.
3. Pacientka je bez otoků do 2 týdnů.
4. Pacientka netrpí dušností do 1 týdne.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Sleduj a zaznamenávej hmotnost pacientky každých 24h do lékařské dokumentace. Všeobecná sestra.
2. Podávej léky (diuretika) dle ordinace lékaře denně. Všeobecná sestra.
3. Sleduj účinek podaných léků a zaznamenej do zdravotnické dokumentace denně. Všeobecná sestra.
4. Informuj pacientku o sledování příjmu a výdeje tekutin do 24h. Všeobecná sestra.
5. Sleduj příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře každých 24h bilanci tekutin zaznamenej do zdravotnické dokumentace. Všeobecná sestra.
6. Kontroluj stav kůže každý den po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.
7. Měř fyziologické funkce TK 3x denně, TT 1x denně dle ordinace lékaře a zjištěné hodnoty zaznamenej do zdravotnické dokumentace. Všeobecná sestra.
8. Informuj lékaře, pokud dojde ke zvýšení fyziologických funkcí nad hodnoty normy dle potřeby. Všeobecná sestra.

9. Zjištěné hodnoty diurézy zaznamenávej do lékařské dokumentace každých 24h.
Všeobecná sestra.
10. Asistuj lékaři při břišní puncii a připrav veškeré pomůcky dle potřeby.
Všeobecná sestra
11. Zaznamenávej známky dušnosti do zdravotnické dokumentace podle stavu pacientky. Všeobecná sestra

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientka má dolní končetiny s mírnými otoky a viditelný ascites. Aktuální hmotnost pacientky ze dne 7. 7. je 85 kg. Dle ordinace lékaře je sledován příjem a výdej tekutin. Pacientka je poučena o zaznamenání. Příjem byl 750 ml p.o., 1000 ml i.v. Výdej tekutin byl 1 500ml. Dle ordinace lékaře byla pacientce podávána medikace (diuretika). Měřila jsem krevní tlak, ráno 170/80 mmHg, odpoledne 160/70 mmHg a večer 165/70 mmHg.

Pacientku jsem ráno 8. 7. zvážila, její hmotnost je stále 85 kg. Punkce ascitu byla provedena v odpoledních hodinách. Vypustilo se 2 000 ml, slámově žluté tekutiny. Pacientka zaznamenává příjem tekutin. Pacientce byla podána medikace dle ordinace lékaře (diuretika). Hodnoty krevního tlaku byly ráno 160/85 mmHg, odpoledne 140/80 mmHg a večer 165/75 mmHg. Příjem tekutin byl 1 400 ml p.o., výdej 1 900 ml.

Pacientka byla 9. 7. zvážená, její hmotnost je 84 kg. Podala jsem medikaci dle ordinace lékaře (diuretika). Hodnoty krevního tlaku byly ráno 150/80 mmHg, poledne 155/80 mmHg, večer 150/75 mmHg. Příjem tekutin byl 1 100 ml p.o., výdej 1 500 ml.

Hodnocení:

Pacientka byla poučena o příjmu a výdeji tekutin. Pacientka na měření výdeje tekutin, má zaveden permanentní močový katétr, který pravidelně vypouští zdravotnický a ošetřující personál. Pacientka tedy pouze zaznamenává příjem tekutin. Pacientka verbalizuje pochopení. Důležitý je zvýšený dohled nad pacientkou a kontrola zda zapisuje správně. Při punkci ascitu jsem asistovala lékaři a změřila specifickou váhu

punktátu, která byla 1 014. Cíl dlouhodobý nelze hodnotit, cíl krátkodobý zatím také ne. Byla provedena jedna punkce ascitu. U pacientky během mého ošetřování nedošlo ke známkám dušnosti. Dále se pokračuje v intervencích č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8.

Ošetrovatelská diagnóza 2: Snaha zlepšit sebeděči (00182)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhají člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky: Vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči.

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientka provádí hygienickou péči na úrovni svých schopností do 2 týdnů.

Krátkodobý: Pacientka zná nové způsoby, jak splnit péči o sebe sama do 1 týdne.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka prokáže, že zvládá hygienickou péči na úrovni svých schopností do 2 týdnů.
2. Pacientka má zajištěnou dopomoc při každé hygienické péči po dobu hospitalizace.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zhodnot' úroveň sebeděče pacientky dle Barthelovo testu do 24h. Všeobecná sestra.
2. Zajisti veškeré pomůcky k hygienické péči (umyvadlo, mýdlo, kartáček na zuby, pastu na zuby a další) každý den po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetrovatelka.
3. Zajisti soukromí hygieně a vyprazdňování dle potřeby pacientky. Všeobecná sestra, Ošetrovatelka.
4. Zajisti bezpečné prostředí (pevnou obuv, suchou podlahu), aby nedošlo k poranění každý den. Všeobecná sestra, Ošetrovatelka.
5. Edukuj pacientku o vhodné změně návyku k potřebě zvládnutí vyprazdňování a hygieny po vyprazdňování do 24h. Všeobecná sestra.

6. Poskytni pacientce dostatek času k dokončení hygienické péče dle potřeby. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
7. Ved' pacientku, aby byla aktivní v úloze péče o sebe sama po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
8. Podporuj pacientku v péči o sebe sama každý den. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
9. Všimni si pokroku samostatnosti při hygienické péči po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
10. Aktivně zapoj do péče rodinu pacientky po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.
11. Zaznamenej veškeré informace hygienické péče do zdravotní dokumentace pacientky každý den. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientka je dle Barthelova testu částečně soběstačná v oblasti hygienické péče a vyprazdňování. Bodové ohodnocení je 80, lehká závislost. Pacientce byl 7. 7. zaveden permanentní močový katétr i z důvodu sledování diurézy. Pacientce jsem dle její potřeby dopomáhala doprovázet na toaletu a s hygienou po vyprazdňování.

8. 7. jsem pacientku doprovodila do sprchy, zajistila jsem soukromí. Pacientka spolupracovala. Ráno jsem pacientce dopomohla při hygienické péči a poskytla jsem jí dostatek času, aby se zvládala umýt v rámci svých schopností sama. Připravila jsem veškeré pomůcky k hygieně. Důležité je dbát na hygienu genitálů, na soukromí a bezpečné prostředí.

9. 7. jsem pacientce připravila k lůžku umyvadlo a veškeré pomůcky, mezi lůžka jsem postavila zástěnu. Pacientka byla v noci zmatená a málo spala, cítí se unavená, spolupracovala částečně. Pacientku jsem vedla k soběstačnosti a poskytovala jsem jí dostatek času. Pacientce jsem dala na dosah dostatek tekutin a signalizační zařízení, které měla k dispozici po celou dobu hospitalizace.

Hodnocení:

Pacientka je částečně soběstačná dle Barthelova testu v oblasti hygienické péče a vyprazdňování. Potřebuje pomoc, kterou má při každé hygieně zajištěnou. Pacientka se aktivně zapojuje a spolupracuje při ranní hygieně. Pacientka byla poučena o důležitosti správné hygieny, také jsem dbala na to, aby měla pacientka soukromí a bezpečné prostředí. Pacientu jsem informovala o důležitosti hygieny po vyprazdňování. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka byla aktivní, snažila se spolupracovat, ale důležité je, aby stále měla pacientka odbornou pomoc. Dlouhodobý cíl nelze hodnotit. Dále se pokračuje v intervencích č. 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11.

Ošetrovatelská diagnóza 3: Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Změna v epidermis nebo dermis.

Určující znaky: Narušení kožního povrchu

Související faktory: Změny stavu tekutin, změny pigmentu

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacient nemá porušenou integritu kůže do 2 měsíců.

Krátkodobý: Pacientka je plně informovaná o specifické péči o poškození kůže do 3 dnů.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka má dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži do 3 týdnů.
2. Pacientka dodržuje lékařské doporučení k zajištění obnovy kožní integrity do 48h.
3. Pacientka je informovaná, že za ní přijde lékař na kožní konzilium do 24h.
4. Pacientka ví, že si má promazávat kůži dle ordinace lékaře.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Povšimni si celkového postižení, stavu kůže v souvislosti s onemocněním do 24h. Všeobecná sestra.
2. Popiš kožní lézi a zapiš do zdravotnické dokumentace pacientky do 24h. Všeobecná sestra.

3. Posud' změnu barvy kůže a v oblastech bez pigmentace (např. spojivky, skléry, jazyk) a zapiš do zdravotnické dokumentace do 24h. Všeobecná sestra
4. Kontroluj stav kůže každý den. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
5. Zhodnot' stav výživy kůže i stupeň rizika vzniku proleženin dle stupnice Nortonové do 24h. Všeobecná sestra.
6. Aplikuj kožní masti (Bellogent, Dexa ambiderma) 2x denně dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.
7. Udržuj lůžko v suchu a čistotě každý den. Všeobecná sestra, ošetřovatelka.
8. Ved' pacientka k aktivní účasti na dodržování léčebného a preventivního procesu po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
9. Zaznamenávej zjištěné informace do zdravotnické dokumentace pacientky každý den. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

U pacientky byla 7. 7. zjištěna rozsáhlá dermatitida. Pacientka jí má na dolních s horních končetinách, na bříše a na zádech. Na dolních končetinách jí má značně rozškrábanou. Kůže a skléry jsou ikterické. Informace o stavu kůže jsem zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky. Dle ordinace lékaře je plánované kožní konzilium. Bodové ohodnocení dle stupnice Nortonové je 26, bylo tedy zjištěno, že pacientka není ohrožena rizikem vzniku dekubitů. Zjištěné informace jsem zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky.

Ráno 8. 7. jsem vyměnila ložní prádlo, upravila lůžko, lůžko jsem udržovala v suchu a čistotě. Stav kůže je stále stejný. Kožní konzilium je naplánované na 9. 7.

Ráno 9. 7. bylo provedeno kožní konzilium. Dle ordinace lékařky aplikujeme na ložiska s krustami Bellogent mast 2x denně a na suchou kůži Dexa ambiderman také 2x denně. Lůžko jsem upravila a převlékla povlečení. Informovala jsem pacientku o důležitosti dodržení léčebného režimu o dermatitidu. Informace jsem zaznamenala do zdravotnické dokumentace pacientky.

Hodnocení:

První den hospitalizace byly popsány kožní ložiska a zaznamenány do zdravotnické dokumentace. Dle stupnice Nortonové s výsledkem 26 bylo zjištěno, že pacientka není ohrožena vznikem dekubitů. Lůžko pacientky jsem udržovala v suchu a čistotě a dle potřeby jsem vyměňovala ložní prádlo. Po kožním konziliu jsem pacientce na ložiska aplikovala Bellogent mast a Dexa ambiderman. Pacientka byla kožní lékařkou poučena o léčbě kožních defektů. Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka byla edukována o léčebném režimu kožní lékařkou, verbalizovala pochopení. Dlouhodobý cíl nelze nyní zhodnotit. Dále pokračujeme v intervencích č. 4, 6, 7, 8.

Ošetrovatelská diagnóza 4: Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespécifický nebo dané osobě neznámy); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky: Obavy kvůli změně životních událostí, ostražitost

Související faktory: Změna ve zdravotním stavu, abúzus látek

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientka nemá pocity úzkosti do 72h.

Krátkodobý: Pacientka je uvolněná a má snížený pocit úzkosti do 24h

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka má dostatek informací každý den.
2. Pacientka je klidná a spolupracuje při léčebném režimu do 24h.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Všimni si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti při každém kontaktu s pacientkou. Všeobecná sestra.
2. Sleduj fyzické známky úzkosti (napětí v obličeji, zvýšené pocení, roztřesenost a další) po dobu nezbytně nutnou. Všeobecná sestra.

3. Chovej se k pacientce vstřícně, naslouchej a hovoř s pacientkou dle její potřeby, Všeobecná sestra.
4. Umožni pacientce, aby mohla vyjádřit své pocity denně. Všeobecná sestra
5. Zajisti, aby měla pacientka dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu léčebného režimu denně. Všeobecná sestra.
6. Zapoj do léčebného režimu rodinu pacientky, aby se cítila lépe denně. Všeobecná sestra.
7. Získané informace zapiš do zdravotnické dokumentace pacientky každý den po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 7. 2014

Pacientka při příjmu 7. 7. působila klidně. Při rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že nečekala přijetí do nemocnice. Byla překvapená. Neví, co může od hospitalizace očekávat, nikdy před tím hospitalizována nebyla. Na pacientce je znát, že je ostražitější a její pozornost je na okolí zvýšená, sleduje právě probíhající děje kolem sebe. Lékař pacientce předběžně podal informace o plánovaném léčebném režimu.

Zajistila jsem bezpečné prostředí pro pacientku, snažila jsem se, aby měla na pokoji dostatek klidu. Pacientce jsem vysvětlila, že její rodina za ní může přijít a trávit s ní čas. S pacientkou jsem vedla rozhovory o její rodině a její minulosti vždy, když bylo potřeba a pacientka si chtěla popovídat.

Pacientka 8. 7 a 9. 7. dostávala informace od lékaře, o jejím zdravotním stavu, o výsledcích vyšetření, které pacientka podstoupila a o dalším plánování léčby.

Hodnocení:

První hospitalizační den, jsem zjistila, že má pacientka pocity úzkosti. Pacientka byla ostražitá a všímavá k okolním dějům. Tyto pocity se přirovnávají k mírné úzkosti. Pacientce jsem umožnila prostor k povídání, kdykoli kdy bylo potřeba. Pacienta

dostávala dostatečné informace od lékaře. Pacientka 8. 7. a 9. 7. působila klidně a byla soustředěná. Dlouhodobý a krátkodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza 5: Nefektivní management vlastního zdraví (00078)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů.

Určující znaky: Nezačlenění léčebného režimu do každodenního života

Související faktory: Nedostatek znalostí

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientka změní chování způsob života, který umožní pokračování v léčebném režimu do 3 týdnů.

Krátkodobý: Pacientka je informovaná o zásadách péče o své zdraví do 24h.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky

1. Pacientka má dostatek znalostí o svém zdravotním stavu po dobu hospitalizace.
2. Pacientka se aktivně zapojí do řešení problémů (o řešení zvýšeného příjmu alkoholických nápojů), které brání v léčebném režimu do 2 týdnů.
3. Pacientka ví, že během hospitalizace nemá přijímat žádné alkoholické nápoje do 24 hodin.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Pokus se nalézt příčiny, které přispívají k současnému zdravotnímu stavu pacientky do 48h. Všeobecná sestra.
2. Edukuj pacientku o způsobu jak zlepšit začlenění léčebného režimu do běžného života do 48h. Všeobecná sestra.
3. Edukuj pacientku o způsobu, jak dosáhnout požadovaných cílů do 1 dne. Všeobecná sestra.
4. Zapoj pacientku, aby byla aktivní při řešení problémů denně. Všeobecná sestra.
5. Dohlédni, aby měla pacientka informace v požadovaném rozsahu každý den po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.

6. Poskytni pacientce různé způsoby edukace, např. tištěné materiály do 1 týdne. Všeobecná sestra.
7. Oceňuj pacientky snahu denně. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
8. Zapoj do léčebného režimu rodinu pacientky po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientka je částečně soběstačná. Při denních aktivitách spolupracuje. Pacientce jsem vysvětlila důležitost dodržování léčebného režimu, o kterém byla informována lékařem. Pacientka verbalizuje pochopení. Po dobu mého ošetřování pacientky, měla dostatek informací od lékaře o jejím zdravotním stavu a o dalším průběhu léčby.

Pacientka o své zdraví nepečovala, neměla dostatek informací, jelikož nechodila na prohlídky k lékaři. Nyní pacientka slibuje, že je bude dodržovat. Pacientku jsem v sebekéčce podporovala, poskytovala jsem jí dostatek času a pomůcek.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka měla dostatek informací, pochopila, co bránilo v léčení, a slíbila, že o své zdraví bude lépe pečovat. Pacientka i její přítel byli dostatečně edukováni. Cíl dlouhodobý nelze hodnotit. Pokračujeme v intervencích č. 4, 5, 6, 7, 8.

Ošetřovatelská diagnóza 6: Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: Nedostatečná primární obrana – porušená kůže (i.v. katetrizace, PŽK)

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientce nevznikne infekce po dobu zavedenou invazivního vstupu.

Krátkodobý: Pacientka je informovaná o předcházení vzniku infekce do 1h od zavedení periferního žilního katétru.

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

1. Pacientka chápe příčiny vzniku infekce do 24h.
2. Pacientka ví jak předcházet vzniku infekce do 24h.
3. Pacientka je edukována o příznacích infekce do 24h.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Pátrej po infekcích v místě zavedeného PŽK každý den. Všeobecná sestra.
2. Zhodnot' stav kůže v místě zavedení periferního žilního katétru každý den. Všeobecná sestra.
3. Kontroluj známky systémové infekce např. horečka, pocení po dobu zavedení invazivních vstupů. Všeobecná sestra.
4. Dodržuj sterilní techniky při i.v. aplikaci každý den. Všeobecná sestra.
5. Prováděj minimálně po 72h sterilní přepichy periferního žilního katétru nebo dle potřeby po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.
6. Informuj pacientku o příznacích a předcházení infekce do 24h. Všeobecná sestra.
7. Informuj pacientku, že v případě bolesti má informovat zdravotnický personál do 24 h. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientce byl 7. 7. ve 12:00 zaveden periferní žilní katétr. Pacientka byla informovaná o riziku infekce, o jejích příznacích a o předcházení infekce. Do PŽK se aplikovala infúze č. 1 Aminoplasma 500mp společně s infúzí č 2 G10% 500ml s HMR 6j a KCL 7,45% 25ml od 16:00 do 24:00.

Při ranní hygieně ve sprše jsem dbala na neporušení periferního žilního katétru. Každé dopoledně jsem kontrolovala jeho průchodnost fyziologickým roztokem. Periferní žilní katétr byl průchodný a bez známek infekce.

Každý den jsem kontrolovala místo zavedení PŽK, jestli se pacientce nevytvořil hematom nebo pokud nemá okolí zarudlé. Zkontrolovala jsem průchodnost PŽK fyziologickým roztokem, byl průchodný a bez známek infekce.

Hodnocení:

Pacientka byla informovaná o riziku infekce jejich projevy, verbalizovala pochopení. Každý den jsem kontrolovala známky místní a celkové infekce. Pacientka spolupracovala. Od 7. 7. do 9. 7. nebyly projevy známky místní ani celkové infekce. Pokračujeme v intervencích č. 1, 2, 3, 4, 5, jelikož zatím nedošlo k přepichu PŽK. Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka byla dostatečně edukována. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Během mého ošetřování nedošlo ke známkám zánětu, ale dále se pokračuje v léčbě, která vyžaduje invazivní vstupy.

Ošetřovatelská diagnóza 7: Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: Nedostatečná primární obrana – porušená kůže (i.v. katetrizace, PMK)

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientce nevznikne infekce po dobu zavedení PMK.

Krátkodobý: Pacientka je informovaná o předcházení vzniku infekce ihned po zavedení PMK.

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

1. Pacientka je informovaná o riziku vzniku infekce a o jeho příznacích do 24h.
2. Pacientka ví jak předcházet vzniku infekce do 24h.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Kontroluj známky infekce v místě zavedení PMK denně. Všeobecná sestra.
2. Kontroluj známky systémové infekce např. horečka, po dobu zavedení PMK. Všeobecná sestra.

3. Dbej na dostatečnou hygienu genitálů každý den. Všeobecná sestra.
4. Vyměňuj PMK dle standardu oddělení. Všeobecná sestra.
5. Edukuj pacientku o předcházení vzniku infekce a jejích příznacích do 24h. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientce byl 7. 7. zaveden ve 12:30 permanentní močový katétr z důvodu měření diurézy. Pacientku jsem poučila o důležitosti hygieny v oblasti genitálů, o předcházení vzniku infekce a o příznacích místní a celkové infekce.

Každé ráno jsem zkontrolovala průchodnost permanentního močového katétru, který odváděl čistou moč. Při ranní hygieně se dbalo na dostatečnou hygienu genitálů.

Hodnocení:

Každý den jsem kontrolovala známky místní a celkové infekce. Každé ráno při hygieně jsme dbali na dostatečnou hygienu genitálů. Pacientka spolupracovala. Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka byla informovaná. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Během mého ošetřování nedošlo ke známkám infekce. Dále se pokračuje v ošetřovatelských intervencích č 1, 2, 3, 4.

Ošetřovatelská diagnóza 8: Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza)

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientce nevznikne krvácení po dobu hospitalizace.

Krátkodobý: Pacientka je plně informovaná o riziku krvácení do 24h.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka zná rizika krvácení do 24h.

2. Pacientka dodržuje preventivní opatření a ordinace, které stanovil lékař po dobu hospitalizace.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Sleduj známky krvácení denně. Všeobecná sestra.
2. Sleduj celkový zdravotní stav pacientky denně. Všeobecná sestra.
3. Edukuj pacientku o nutnosti sledování a informování zdravotnického personálu v případě krvácení do 24h. Všeobecná sestra.
4. Kontroluj fyziologické funkce (TK) dle ordinace lékaře každý den a hodnoty zapiš do zdravotnické dokumentace. Všeobecná sestra.
5. V případě krvácení, zaznamenej do zdravotnické dokumentace pacientky. Všeobecná sestra.

Realizace:

7. 7.-9. 9. 2014

Pacientka byla 7. 7. informovaná lékařem o riziku krvácení. Pacientku jsem informovala, že v případě krvácení má informovat zdravotnický personál. Měřila jsem dle ordinace lékaře fyziologické funkce. Dala jsem pacientce na dosah signalizační zařízení.

Hodnocení:

Pacientka byla informovaná lékařem i všeobecnou sestrou o rizicích a sledování krvácení. Po dobu mého ošetřovatelství pacientka neměla známky krvácení. Cíl krátkodobý byl splněn, cíl dlouhodobý nelze zcela hodnotit, ale po dobu mého ošetřovatelství u pacientky nedošlo ke známám krvácení.

Ošetřovatelská diagnóza 9: Akutní zmatenost 00128

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období.

Určující znaky: Kolísání kognice

Související faktory: Abúzus látek

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientce nekolísá cyklus spánku a bdělosti do 1 týdne.

Krátkodobý: Pacientka je orientovaná místem, časem a osobou po celou dobu hospitalizace.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

1. Pacientka má navozený pravidelný cyklus spánku od 22:00 a spí nepřerušovaně do 5:00 do 1 týdne.
2. Pacientka si jasně uvědomuje realitu, místo, čas a je orientován všemi kvalitami (osoba, čas, místo, příčinné souvislosti) po dobu hospitalizace.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zhodnot' rozsah poruchy orientace do 72h. Všeobecná sestra.
2. Zhodnot' časové souvislosti s poruchou orientaci do 72h. Všeobecná sestra.
3. Všiměj si míry úzkosti a lhostejnosti během dne. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
4. Zjisti riziko poškození, které by mohla pacientka způsobit sobě nebo jiné osobě do 24h. Všeobecná sestra, ošetřovatelka.
5. Zajisti bezpečnost pacientky (zvýšený dohled). Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
6. Umožni pacientce dostatečný spánek a odpočinek každou noc. Všeobecná sestra.
7. Zapiš do zdravotnické dokumentace pacientky veškeré informace o orientaci pacientky během hospitalizace. Všeobecná sestra.

Realizace:

9. 9. 2014

Pacientka při příjmu na interní oddělení 7. 7 v 11:10 byla plně při vědomí, orientovaní místem, časem, prostorem i osobou, nebylo třeba zakládat ošetřovatelskou diagnózu. Změna nastala v noci z 8. 7.-9. 7. 2014.

Zdravotní sestry z noční směny 8. 7.-9. 7. předávají pacientku, že byla v noci zmatená, chodila po pokoji, vytrhla si permanentní močový katétr. Přes den byla

pacientka klidná, ale hůře se s pacientkou spolupracovalo. Nedodržovala základní hygienické potřeby. Pacientka byla více kontrolována, zajistilo se bezpečné prostředí, aby pacientka neublížila sobě nebo ostatním pacientům.

Hodnocení:

Pacientka byla první dva dny orientovaná. V noci z 8. 7 na 9. 7. byla pacientka zmatená. Ráno byla pacientka klidná, orientovaná, ale částečně soběstačná. Nutný zvýšený dohled nad pacientkou. Krátkodobý cíl být splněn, pacientka po dobu mého ošetřování nebyla zmatená. Dlouhodobý cíl, nelze hodnotit. Pokračujeme v intervencích č. 1, 2, 4, 8, 9.

Ošetrovatelská diagnóza 10: Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni

Určující znaky: Ospalost, uvádí pocit únavy

Související faktory: Onemocnění

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý: Pacientka se cítí odpočatá do 72h.

Krátkodobý: Pacientka ví, co způsobuje únavu do 24h.

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

1. Pacientka se aktivně zapojuje do léčebného režimu během dne po dobu hospitalizace.
2. Pacientka má více energie přes den po dobu hospitalizace.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zhodnot' celkový stav pacientky do 24h. Všeobecná sestra.
2. Všimni si rozložení aktivit během dne do 24h. Všeobecná sestra.
3. Zapoj pacientku na aktivní účasti v běžných denních činnostech po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetrovatelka.

4. Dbej na to, aby měla pacientka přes den dostatek času na nenarušený odpočinek po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra, Ošetřovatelka.
5. Podporuj pacientku v celkových zdravotních opatření, jako je dostatek tekutin a vyvážená výživa po dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.

Realizace:

9. 7. 2014

Zdravotní sestry, které měly noční službu z 8. 7.-9. 7. nám předávají pacientku, že byla zmatená, málo spala a až brzo ráno usnula. Pacientka ráno nechtěla jít do sprchy, cítila se slabá, proto jsem si k lůžku připravila umyvadlo a veškeré pomůcky k hygieně. Pacientka spolupracovala částečně, nechtěla se umýt, nedodržovala během dne správné hygienické návyky. Pacientka 9. 7. byla unavená, pospávala i přes den. Pacientce jsem ponechala čas na odpočinek během dne, ale také jsem se snažila, při jakékoliv činnosti, aby se mnou pacientka spolupracovala. Lékař při ranní vizitě pacientku informoval o tom, že v noci byla zmatená, pacientka si to nepamatovala.

Hodnocení:

Ošetřovatelskou diagnózu bylo třeba založit 9. 7., jelikož pacientka byla v noci zmatená, málo spala, usnula až k ránu. Přes den byla pacientka unavená a slabá. Pacientka potřebovala mít dostatek času na odpočinek, který jsem jí poskytla. Když jsem za pacientkou šla, snažila jsem se s ní komunikovat, aby se mnou spolupracovala. Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka byla lékařem informovaná, také byla informovaná o rozložení aktivit a odpočinku během dne. Cíl dlouhodobý nelze hodnotit. Dále pokračujeme v ošetřovatelských intervencích č. 3, 4, 5.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka X. Y. byla přijata na interní oddělení část gastroenterologie pro zhoršení zdravotního stavu.

Při příjmu 7. 7. bylo identifikováno osm ošetrovatelských problémů: zvýšený objem tekutin v organizmu, snaha zlepšit sebekéči, narušená integrita kůže, úzkost, neefektivní management vlastního zdrav, riziko infekce v důsledku zavedení invazivních vstupů CŽK a PMK, riziko krvácení. Dva ošetrovatelské problémy byly zjištěny 9. 7. akutní zmatenost a únava.

Efekt péče byl částečně splněn. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, očekávané výsledky a intervence. Na základně toho proběhla realizace a zhodnocení ošetrovatelské péče. Krátkodobé cíle byly většinou splněny. V devíti ošetrovatelských diagnózách byl cíl zcela splněn. V jedné ošetrovatelské diagnóze krátkodobý cíl nelze zhodnotit, jelikož byl stanoven na jeden týden. Dlouhodobé cíle byly stanoveny na delší časový interval, a proto nelze tyto cíle zhodnotit ve většině ošetrovatelských diagnóz. Vybrané ošetrovatelské intervence proto musí nadále pokračovat.

Pacientka je částečně soběstačná, potřebuje pomoc, ale aktivně spolupracuje a má zájem na zlepšení sebekéče. Pacientka je poučená o péči o porušenou integritu kůže, pocity nejistoty jsou snižené, od lékaře a všeobecných sester dostává adekvátní informace o svém zdravotním stavu a průběhu léčebného režimu. Pacientka má zavedený PŽK a PMK, je informovaná o riziku vzniku infekce, dodržuje preventivní opatření. Infekce po dobu mého ošetřování o pacientku nevznikla.

Celkový přístup pacientky o péči o její zdraví je špatný. Pacientka si nepřipouští, že je závislá na alkoholu, ani na začátku hospitalizace konzumaci alkoholických nápojů nepřiznala. Rodina pacientky dochází na návštěvy, je informovaná od lékaře, ale pacientku o péči o zdraví nepodporuje. Důležité je spolupracovat s rodinou, aby si uvědomili důležitost léčebného procesu a pacientce dopomáhat k návratu zdraví.

Doporučení pro praxi

Inspiraci jsem hledala z odborné literatury a shodují se s jejich doporučeními. Uvádím nejdůležitější cíle intervence, při péči o pacienta s cirhózou jater.

Cíle ošetrovatelské péče:

- snižovat dyspeptické potíže podáváním stravy, která nezatěžuje pacienta,
- nemocného podpořit psychicky,
- pravidelné sledování fyziologických funkcí,
- pravidelné sledování stavu nemocného a snižovat tak riziko komplikací,
- v době omezené soběstačnosti nemocného dopomáhat uspokojovat základní potřeby,
- nemocného získat k aktivní spolupráci při léčbě a dodržování správného životního stylu,
- dohlédnout aby měl nemocný dostatečný odpočinek a kvalitní spánek,
- zajistit odpornou pomoc pokud dojde u nemocného ke komplikacím (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Intervence sestry u pacienta cirhózou obecně:

- sestra podává léky dle ordinace lékaře,
- odebrat krev dle ordinace lékaře,
- kontrola projevů krvácení,
- základní fyziologické funkce – TT, TK, P, D,
- vyprazdňování moče a stolice – zapisování příjmu a výdeje tekutin, moč bývá tmavá, stolice světlá, průjmovitá,
- změny na končetinách (např. otoky),
- hmotnost nemocného,
- vzhled kůže a výskyt kožních erozí,
- možné projevy jaterního selhávání,
- psychické projevy – projevy jaterní encefalopatie, které se ze začátku projevují poruchami spánku, sníženou pozorností, změnami nálad, později zmateností, dezorientovaností apod. (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006), (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005).

Intervence sestry u pacienta s ascitem:

- sledování nutričních hodnot, omezení tekutin na 1500 – 2000 ml za den,
- měřit obvod břicha,
- sledovat změny na kůži břicha (např. kýla),
- monitorování periferního pulzu,
- sledovat změny na dolních končetinách, otoky,
- podávat diuretika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky,
- kontrolovat kůži a zabránit vzniku dekubitů (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005).

Intervence sestry u pacienta s jícnovými varixy

- při krvácení:
 - zkontrolovat základní životní funkce,
 - uložit pacientka do částečné Fowlerovy polohy,
 - zabezpečit dva žilní vstupy,
 - odebrat krev na krev dle ordinace lékaře,
 - podat kyslík dle ordinace lékaře,
 - připravit pomůcky a asistence lékaři při zavádění balónkové sondy,
- v následné péči:
 - sledovat základní životní funkce dle ordinace lékaře,
 - sledovat laboratorní ukazatele dle ordinace lékaře,
 - sledovat objektivní a subjektivní projevy pacienta,
 - pokračovat v podávání kyslíku dle ordinace lékaře,
 - psychická podpora pacienta a jeho rodiny,
 - poučení pacienta, aby vyvaroval zvýšení nitrobřišního tlaku např. při defekaci, zvedání těžkých břemen, dále aby se vyvaroval požívání alkoholu, kofeinu a potravin, které dráždí sliznici jícnu (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005).

Sestra se dále stará o hygienickou péči, dle možností si ji pacient zabezpečuje sám, při poruše soběstačnosti sestra dopomáhá pacientovi. U pacientů, kteří nechtějí o sebe příliš pečovat, sestra dohlédne na dodržování hygienických návyků. Sestra pravidelně podává ordinované léky per os, i.v, i.m. a infuzní terapii. U pacientů, u kterých vzniknou komplikace, sestra ihned informuje lékaře, zajistí periferní žilní

katétr, uloží nemocného do Fowlerovy polohy, sleduje fyziologické funkce a podá naordinované léky. Většinou je pacient přeložen na jednotku intenzivní péče (ŠAFRÁNKOVÁ a kol, 2006), (VÖRÖSOVÁ a kol., 2005).

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy

- dysfunkční gastrointestinální motilita,
- únava,
- zvýšený objem tekutin v organismu,
- riziko infekce,
- změna barvy kůže,
- psychické změny,
- poruchy kožní celistvosti,
- nedostatečná spolupráce s pacientem (ŠAFÁŘOVÁ a kol., 2006)

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo zmapování komplexního problému po stránce medicínské, ošetrovateľské a sociální. V teoretické části jsme popsali charakteristiku onemocnění, zařadili jsme sem příčiny, příznaky, komplikace, léčbu a prognózu. Toto rozdělení jsme použili u popsání cirhózy obecně a u cirhózy způsobené konzumací alkoholu. V této části bakalářské práce jsme se věnovali kapitole Závislost a škodlivé užívání alkoholu. Poukázali jsme na sociální důsledky a na psychoaktivní účinky alkoholu. Jelikož v praktické části jsme měli pacientku s cirhózou jater, tak jsme v první kapitole věnovali část Abúzu alkoholu u žen. Cíl teoretické části byl splněn.

V praktické části bakalářské práce bylo cílem navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovateľské péče. Ke splnění vytyčeného cíle jsme vybrali Model dle Marjory Gordon. Pomocí tohoto modelu jsme stanovili ošetrovateľské diagnózy na základě aktuálních potřeb pacientky. Stanovili jsme ošetrovateľské cíle krátkodobé a dlouhodobé. Ve většině ošetrovateľských diagnóz jsme dosáhli splnění krátkodobého cíle. Dlouhodobé cíle, byly spíše stanoveny na delší časový interval a nedali se zhodnotit na základě realizovaných dní. Cíl praktické části bakalářské práce byl splněn.

Náš výběr ošetrovateľského modelu byl správný, ale při zhoršení celkového stavu bychom doporučili model Virginie Henderson, který je více zaměřen na soběstačnost. Ošetrovateľská péče u pacientky bude nadále pokračovat dle stanovených ošetrovateľských intervencí. Bude se dále pokračovat v léčebném režimu na dosažení stanovených dlouhodobých ošetrovateľských cílů a navrácení soběstačnosti pacientky.

Bakalářkou práci jsme vypracovali se záměrem, aby sloužila jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky pracující v interním ošetrovatelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DRÁBEK, Jiří, Michal PROČKE a Jan ŠTOVÍČE. *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1971-2.

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK a kolektiv. *Hepatologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.

EHRMANN, Jiří jr., Petr SCHNEIDERKA a Jiří EHRMANN. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1048-X.

FIALA, Pavel a Jaromír Musil et al. *Onemocnění pleurálního prostoru*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-551-2.

FISCHER, Slavomír a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GULÁŠOVÁ, Ivica, Lenka GORNEROVÁ a Ján BREZA, 2014. Pacient s alkoholickou cirhózou jater. *Sestra*. **24**, (5), s. 41-43. ISSN: 1210-0404.

HOLUBOVÁ, Adéla, NOVOTNÁ, Helena a MAREČKOVÁ Jana. *Ošetrovatelská péče v gastrologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.

HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN a kolektiv. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.

HUSOVÁ, Libuše, 2013. *Indikace k transplantaci jater a zařazování na čekací listinu*. *Vnitřní lékařství*. **59**, (8), s.658-662. ISSN: 0042-773X

LATA, Jan, Jan BUREŠ Jan Tomáš VAŇÁSEK et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. ISBN: 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2012 – 2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-4328-8.

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

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

OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

RABORCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ a kolektiv. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9

SCHMIDTOVÁ, Jana, 2011. Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. *Lékařské listy*. **60**(9), s. 27-29. ISSN: 1805-2355.

SZÁANTOVÁ, Mária. Alkoholová choroba pečene. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Obzor, 2012. **48**(1), s. 25-35. ISSN 0862-0350.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCO NZO, 2013, ISBN 978-80-7013-553-2.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela a kolektiv. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-1

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1147, [12]. ISBN 9788073452025*

ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-902-3.

ZSHK, Hodnoticí škály [online]. 2012 [cit. 2014-11.11]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.asp>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Stupnice podle Nortonové

Příloha B - Barthelův test základních všechních činností ADL

Příloha C - Rešerže

Příloha D - Přihláška na státní závěrečnou zkoušku v akademickém roce 2014/2015

Příloha E - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A

Stupnice podle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav		Stav vědomí	Aktivita	Polyblivost		Inkontinence
				dobrý	4 dobrý			Úplná	4 Není	
Úplná	4 <40	4 Normální	4 Žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4	4 Úplná	4	4
Malá	3 <30	3 Alergie	3 DM, anemie	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Doprovod	3	3 Částečně omezená	3	3 Občas
Částečná	2 <60	2 vlhká	2 Kachexie, ucpávání tepen	2 Špatný	2 Zmatený	2 Sedáčka	2	2 Velmi omezená	2	2 Převážně moč
žádná	1 >60	1 suchá	1 Obezita, karcinom	1 Velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1	1 žádná	1	1 Moč + stolice

zdroj: ZSHK, 2012

Příloha B

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

Slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

Činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	1
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíků 50 m	5

	Neprovede	0
10. chůze		
po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

zdroj: SZHK, 2010-2012

Příloha C

Rešerže

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CIRHÓZOU V DŮSLEDKU POŠKOZENÍ JATER ALKOHOLEM

Kateřina Kondášová

Jazyková vymezení:	čeština, slovenština
Klíčová slova:	alkohol, alkoholová cirhóza, cirhóza, diagnostika, komplikace, léčba, prognóza, specifika ošetrovatelské péče
Časové vymezení:	2005 - 2015
Druhy dokumentů:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Počet záznamů:	44 (vysokoškolské práce-4, knihy-23, články a příspěvky ve sborníku-17)
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
Základní prameny:	katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) Jednotná informační brána (www.jib.cz) Souborný katalog ČR (http://sigma.nkp.cz) databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz) online katalog NCO NZO specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Příloha D

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní péče u pacienta s cirhózou v důsledku poškození jater alkoholem 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