

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA PO TRANSPLANTACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA HRUŠOVSKÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA PO TRANSPLANTACI**

Bakalářská práce

JANA HRUŠOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková Ph.D.

Praha 2016



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

Hrušovská Jana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta po transplantaci jater

Nursing Care of Patients after Liver Transplantation

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Evě Markové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, za čas a připomínky, které mi byly přínosem při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze za cenné rady a informace. Dále bych chtěla poděkovat klientovi za skvělou a jedinečnou spolupráci.

ABSTRAKT

HRUŠOVSKÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče u pacienta po transplantaci jater*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2016. 70 s.

Cílem bakalářské práce na téma Ošetrovatelská péče u pacientky po transplantaci jater, je detailní popis případové studie, průběh ošetrovatelského péče u pacientky po transplantaci jater a určení nejčastějších ošetrovatelských problémů, které se vyskytly za mé přítomnosti na odborné praxi v rámci studia na VŠZ, o. p. s. V práci je nastíněna historie transplantací jater, dělení transplantací, transplantační legislativa, souhlasy s odběrem orgánů, indikace vedoucí k transplantaci jater, možné komplikace a specifická péče po transplantaci jater. V praktické části práce jsem zvolila kvalitativní přístup, konkrétně případovou studii u pacientky po transplantaci jater. Ošetrovatelské posouzení bylo vypracováno za využití koncepčního modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Ke stanovení diagnóz byla využita NANDA I taxonomie II. Transplantace jater představuje velmi náročný chirurgický výkon s vysoce specializovanou pooperační ošetrovatelskou péčí. Z hlediska naší péče byla komplexní ošetrovatelská péče, prioritou plnění potřeb pacientky snaha o její navrácení do běžného života. Během hospitalizace jsme odstranili intenzivní bolest, která se u pacientky vyskytovala v pooperačním období a zhoršovala tak kvalitu života. Pacientka každý den udělala obrovský pokrok, co se týče stravy, hygieny, rehabilitace. Byla velice pečlivá a dodržovala veškerá doporučení ošetřujícího personálu. Její aktivní péče ve spolupráci s ošetřujícím personálem se obešla bez závažných komplikací.

Klíčová slova

Imunosupresivní terapie. Játra. Ošetrovatelská péče. Transplantace.

ABSTRACT

HRUŠOVSKÁ, Jana. *Nursing Care For Patients after Liver Transplantation*. College of Nursing, o. p. s. Level Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2016. 70 pages.

The aim of the thesis Nursing care for patients after liver transplantation, a detailed description of the case studies, the course of the nursing care of patients after liver transplantation and identifying the most frequent nursing problems that occurred in my presence on the professional experience of the study at the University of Agriculture, ops outlines the history of liver transplantation, division of transplantation, transplantation legislation consents to the removal of organs, leading indication for liver transplantation, complications and specific care after liver transplantation. In the practical part I chose a qualitative approach, namely a case study in patients after liver transplantation. Nursing assessment was drawn up using the conceptual model of functional health according to Marjory Gordon. To determine the diagnoses I was used NANDA Taxonomy II. Liver transplantation is a very challenging surgery with highly specialized post-operative nursing care. In terms of our care is a complex nursing care priority in meeting the needs of the patient effort to return it to normal life. During hospitalization, we removed the intense pain that occurred among patients in the postoperative period and worsened quality of life. The patient every day has made tremendous progress in terms of diet, hygiene, physiotherapy. She was very careful and follow all recommendations of the nursing staff. Its active care in cooperation with the nursing staff was without serious complications.

Keywords

Immunosuppressive therapy. Liver. Nursing Care. Transplantation.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD.....	12
1 HISTORIE TRANSPLANTACÍ JATER VE SVĚTĚ	14
1.1 TRANSPLANTACE JATER V ČESKÉ REPUBLICĚ.....	14
2 TRANSPLANTACE JATER.....	16
2.1 DĚLENÍ TRANSPLANTACÍ	16
2.2 TRANSPLANTAČNÍ LEGISLATIVA	17
2.3 VYJÁDŘENÍ SOUHLASU ČI NESOUHLASU S POSMRTNÝM DAROVÁNÍM ORGÁNŮ	18
2.4 PRINCIP PŘEDPOKLADNÉHO SOUHLASU	18
2.5 DÁRCI ORGÁNŮ A TKÁNÍ.....	19
3 INDIKACE K TRANSPLANTACI JATER	20
3.1 AKUTNÍ SELHÁNÍ JATER	20
3.2 TRANSPLANTACE JATER PRO VIROVÉ HEPATITIDY.....	20
3.3 TRANSPLANTACE PRO CHRONICKOU HEPATITIDU C	21
3.4 TRANSPLANTACE JATER PRO CHRONICKOU VIROVOU HEPATITIDU B	21
3.5 TRANSPLANTACE JATER PRO ALKOHOLICKOU CIRHOZU	22
3.6 TRANSPLANTACE JATER Z DŮVODU METABOLICKÉ PORUCHY	22
3.7 TRANSPLANTACE JATER PRO PRIMÁRNÍ SKLEROTIZUJÍCÍ CHOLANGITIDU	23
3.8 KONTRAINDIKACE K TRANSPLANTACI JATER	23
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	24
4.1 SLEDOVÁNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU	25

4.2	NEINVAZIVNÍ MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU.....	25
4.3	SLEDOVÁNÍ TĚLESNÉ TEPLoty	25
4.4	SLEDOVÁNÍ BILANCE TEKUTIN	25
4.5	TLUMENÍ BOLESTI	26
4.6	PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU	26
4.7	PÉČE O INVAZIVNÍ VSTUPY	26
4.8	PÉČE O VÝŽIVU.....	27
4.9	PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ	27
4.10	MOŽNÉ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER.....	27
4.11	IMUNOSUPRESIVNÍ TERAPIE.....	28
4.12	ŽIVOT PO TRANSPLANTACI JATER	28
5	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY PO TRANSPLANTACI JATER..	30
5.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACINTCE	30
5.2	ANAMNÉZA.....	32
5.3	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	37
5.4	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II....	38
5.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	49
5.6	SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 5. 11. 2015	52
5.7	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 5. 11. 2015.....	53
5.8	ROZPRACOVÁNÍ VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	55
5.9	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	64
5.10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Amp	Ampule
ARO	anesteziologickoresuscitační oddělení
ATB	antibiotika
BMI	Body Mass Index
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
ERD	erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované deleukotizované
HVA	hepatitida viru A
HVB	hepatitida viru B
HV	hepatitida viru C
Inj.	injekční podání
i. v.	intravenózní
JIP	jednotka intenzivní péče
MP	mražená plasma
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association - Severoamerická asociace pro sesterné diagnózy
NPO	nic per os
P	pulz
PŽK	periferní žilní katétr
s. c.	subkutánní
SPO2	saturace
Tbl.	tableta
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
TX	transplantace
PMK	permanentní močový katétr
Rh	rhesus faktor
USG	ultrasonografie (VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce	30
Tabulka 2 Posouzení celkového stavu.....	31
Tabulka 3 Chronická farmakologická medikace	33
Tabulka 4 Aktivity denního života.....	35
Tabulka 5 Utřídění informací dle modelu Majory Gordon	38
Tabulka 6 Medikamentózní léčba po operačním zákroku.....	51

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsme si zvolili téma „Ošetrovatelská péče u pacientky po transplantaci jater“. Toto téma jsme vybrali z důvodu našich dosavadních zkušeností práce na chirurgickém transplantačním oddělení intenzivní péče IKEM.

Tato práce je rozdělena na dvě části. V první teoretické části se zabýváme historií transplantací jater, charakteristikami a dělením transplantací, transplantační legislativou, s důležitostí souhlasů s odběrem orgánů, indikacemi vedoucích k transplantaci jater, komplikacemi, které se mohou objevit po tak náročném výkonu a nedílnou ošetrovatelskou péčí po transplantaci jater.

Ve druhé praktické části se zabýváme pacientkou, která byla hospitalizována na chirurgickém transplantačním oddělení intenzivní péče. Naše pacientka byla třiatřicetiletá žena, které byla diagnostikována akutní absedující cholangitida při známé trombóze a hepatica, v těžkém septickém šoku indikována k OLTx s urgencí 3. Práce se skládá z fyzikálního vyšetření sestrou, z ošetrovatelské anamnézy dle Marjory Gordonové a z ošetrovatelských diagnóz. Na závěr je vypsána použitá literatura a zdroje.

Cílem této práce je detailní popis případové studie, průběh ošetrovatelského péče u pacientky po transplantaci jater a určení nejčastějších ošetrovatelských problémů, které se vyskytly za mé přítomnosti na odborné praxi v rámci studia na VŠZ, o. p. s. Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací pro zdravotnický personál a studentům zdravotních oborů.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Detailní popis případové studie, průběh ošetrovatelského péče u pacientky po transplantaci jater a určení nejčastějších ošetrovatelských problémů.

Vstupní literatura:

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-802-4718-309.

TRUNEČKA, P., M. ADAMEC, 2009. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1671-1.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacientky po transplantaci jater, proběhlo v období září 2015 až leden 2016.

Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně v Praze. Zde byly použity elektronické databáze Bibliographia medica Čechoslovaca, theses.cz, MEDLINE, CINAHL. Dalším vyhledávacím médiem byl vyhledávací web Google. Byla zvolena tato klíčová slova v českém jazyce: anatomie jater, fyziologie jater, dějiny transplantací, imunosuprese, komplikace, transplantace jater, transplantace orgánů, odběr tkání a orgánů, zákonodárství a právo, ošetrovatelská péče, ošetrování, škodlivé účinky.

V anglickém jazyce byla zvolena klíčová slova: liver transplantation, nursing care, nursing, history, postoperative complications, immunosuppression, tissue and organ harvesting. Časové vymezení v českém a anglickém jazyce bylo zvoleno od roku 2006 až po současnost. V rešerši Národní lékařské knihovny bylo vyhledáno v českém jazyce 169 záznamů z toho 41 plných textů. V anglickém jazyce bylo vyhledáno 84 záznamů z toho 35 plných textů. Na základě rešerše Národní lékařské knihovny bylo pro bakalářskou práci využito 20 českých knižních zdrojů, 1 anglický knižní zdroj a 2 internetové zdroje.

1 HISTORIE TRANSPLANTACÍ JATER VE SVĚTĚ

V padesátých a šedesátých letech vědci začali se zkušebními transplantacemi jater u zvířat. První transplantace jater člověku byla provedena v roce 1963 na Coloradské univerzitě v Denveru a provedl ji doktor Thomas E. Starzl, bohužel tato transplantace nebyla úspěšná jako řada dalších pokusů, které provedli lékaři v Bostonu a Paříži. Hlavním důvodem těchto počátečních neúspěchů byl fakt, že imunitní systém příjemce transplantovaného orgánu se snaží odmítnout nový orgán. V roce 1966 se do medicíny poprvé dostal nový účinný lék, který se nazýval antilymfocytární sérum. Tato látka a další imunosupresiva pomohly velkou měrou imunitní reakce zmírnit. V roce 1967 doktor Starzl realizoval první úspěšnou transplantaci jater, jež byla provedena na malé holčičce, která trpěla rakovinou jater zvanou hepatom. Teprve v roce 1983 se transplantace jater staly univerzálně uznávanou terapií u pacientů s vážným jaterním onemocněním.

Důležitým ukazatelem změny byla tradiční konference Národních institutů zdraví (NIH). Tato konference ověřila klinické využití transplantací a zavedla je jako terapeutickou metodu u konečného stádia jaterních onemocnění. Rok po konferenci NIH schválil Zákon o celonárodních pravidlech zacházení s orgány určenými k transplantaci (NOTA, National Organ Transplant Act). Na tento systém dohlíží Sjedenáctá síť pro rozdělování darovaných orgánů (UNOS, United Network for Organ Sharing). UNOS má smlouvu s federální vládou, jejímž cílem je sledování údajů o transplantacích a také rozdělování darovaných jater. Pacienti, kteří jsou v registru UNOS a žijí v oblasti, kde se zjistil nový orgán od dárce, jsou na prvním místě pro přijetí těchto jater. Pokud nikdo z pacientů není vhodným příjemcem darovaného orgánu, ten se následně stává dostupným pacientům z registru UNOS v širším regionu (CHOPRA,2006), (BALÁŽ, 2006).

1.1 TRANSPLANTACE JATER V ČESKÉ REPUBLICĚ

První transplantace jater u nás byla provedena v Brně dne 2. 2. 1983. Příjemcem byl pacient s nádorem jater, který se i 26 let po transplantaci jater těší dobrému zdraví a je zatím nejdéle žijícím pacientem po transplantaci jater v České republice. V průběhu následujících 10 let bylo v Brně provedeno pouze 13 transplantací jater, proto bylo

důležité rozvinout v České republice program transplantace jater i na jiném pracovišti. Dalším pracovištěm určeným k transplantaci jater se stal pražský IKEM, kde se zpočátku prováděly transplantace ledvin, srdce a sleziny. Lékaři z pražského IKEMU byly na stáži v Berlíně u profesora Neuhouse, kde se seznámili s technikou odběru i vlastní transplantací jater. Od roku 1995 se v pražském IKEMU transplantují i játra. V roce 2006 byla v pražském IKEMU provedena první domino transplantace jater, kdy byla současně transplantována játra dvěma pacientům, první pacient byl dárce orgánu pro druhého a sám získal játra od zemřelého dárce (TRUNEČKA, 2009), (BALÁŽ, 2011).

2 TRANSPLANTACE JATER

Transplantace je radikální léčebnou metodou u selhání jater. Transplantace jater jako léčebná metoda je využívána od poloviny 80 let, kdy byl do klinické praxe zaveden cyklosporin A. Po jeho zavedení došlo k velkému zlepšení léčby pacientů po tomto zákroku. Výhodou transplantací jater je, že není nutná úplná typizace, ale stačí dodržet kompatibilitu v systému ABO. Kontroly a léčbu po transplantaci si vede vlastní transplantáčnické centrum. Transplantace jater v dnešní době poskytuje velmi dobrou kvalitu života. Většina pacientů může po transplantaci studovat, pracovat, mít rodinu a sportovat, a to i vrcholově (TRUNEČKA, 2009), (BALÁŽ, 2011).

Typy chirurgické techniky při transplantaci jater:

- transplantace celých jater,
- transplantace části jater od zemřelého dárce,
- transplantace části jater od živého dárce,
- orgán jednoho dárce je rozdělen pro dva příjemce.

V České republice se transplantací jater zabývají dvě centra:

- Institut klinické a experimentální medicíny, Praha (IKEM),
- Centrum kardiovaskulární a transplantáčnické chirurgie, Brno (Trunečka, 2009).

2.1 DĚLENÍ TRANSPLANTACÍ

Rozvoj transplantací orgánů a tkání je jedním z velkých úspěchů medicíny 20. století.

Dle umístění dělíme transplantace na ortotopické a heterotopické.

Dále rozlišujeme 4 typy transplantací podle vztahu mezi transplantátem a transplantovaným jedincem. Mezi tyto typy transplantací řadíme: alotransplantace, xenotransplantace, autotransplantace a izotransplantace.

Pojem transplantace označuje přenos živých orgánů nebo tkání z těla dárce do těla příjemce, ty potom nahradí nemocí nebo úrazem poškozený orgán nebo tkáň.

Transplantace dělíme podle místa, kam je štěp přemístěn a podle genetického vztahu mezi dárcem a příjemcem. Transplantace štěpu do stejného anatomického místa se nazývá ortotopická transplantace. Umístění štěpu do anatomicky abnormálního místa se jmenuje heterotopická transplantace. Jestliže mluvíme o reimplantaci orgánu nebo přenosu štěpu stejnému jedinci, pak se jedná autotransplantaci. Izotransplantace je přenos orgánu nebo tkáně mezi geneticky shodnými jedinci. Alotransplantace je přenos tkání nebo orgánu mezi jedinci totožného druhu. Xenotransplantace, jedná se o přenos tkání nebo orgánu mezi jednotlivci různých druhů, se dále dělí na diskordantní, což je transplantace mezi různými živočišnými druhy, a konkordantní, kde se jedná o transplantaci mezi primáty (Třeška, 2002), (TRUNEČKA. 2009).

2.2 TRANSPLANTAČNÍ LEGISLATIVA

Legislativu odběru orgánů v České republice upravuje od roku 2002 zákon **č. 285/2002 Sb.**, o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů a s ním související vyhlášky.

Nařízení vlády **č. 436/2002**, kterým se řídí zákon **č. 285/2002 Sb.**, o darování, odběrech a transplantacích tkání a o změně některých zákonů.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví **č. 437/2002**, která stanovuje bližší podmínky zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření žijícího nebo zemřelého dárce tkání nebo orgánů pro účely transplantací.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví **č. 479/2002**, která stanovuje odbornou způsobilost lékařů zjišťujících smrt pro účely odběru tkání nebo orgánů určených pro transplantaci (Koordinační středisko transplantací, 2014).

Zákon stanovuje povinné klinické vyšetření nemocného s podezřením na smrt mozku, v případě, že by se mohl stát potencionálním dárcem orgánů. Vyšetření provádí dva lékaři nezávisle na sobě, a to dvakrát v časovém odstupu minimálně čtyř hodin. Jeden z lékařů musí mít specializaci 2. stupně z oboru anesteziologa, resuscitace nebo z neurologie, nebo dokonce nástavbovou specializaci z oboru neurochirurgie. Mozková smrt musí být povinně potvrzena některou z diagnostických metod, jedná se o angiografii mozkových tepen nebo perfuzní scintigrafii mozku. O vykonaném vyšetření musí být povinně pořízen zápis do předběžného formuláře, který je přílohou

transplantačního zákona, a to tzv. protokol o zjištění smrti (BALÁŽ, 2011), (CHOPRA, 2006).

2.3 VYJÁDŘENÍ SOUHLASU ČI NESOUHLASU S POSMRTNÝM DAROVÁNÍM ORGÁNŮ

V právních normách, které upravují odběry orgánů a tkání po smrti jsou použity dva odlišné přístupy. Pokud se zemřelý za svého života nevyjádřil k posmrtnému darování orgánů a tkání, předpokládá se souhlas – tzv. **princip předpokládaného souhlasu**. Naopak pokud zemřelý za svého života k darování orgánů a tkání nesouhlas nevyjádřil, je důležité získat souhlas rodiny zemřelého – tzv. **princip předpokládaného nesouhlasu**. V řadě zemí jsou národní registry pro vyjádření souhlasu či nesouhlasu. Princip předpokládaného souhlasu je využíván v řadě zemí například v Belgii, Rakousku, v České republice, na Slovensku a v některých státech USA. Princip předpokládaného nesouhlasu je uplatňován například v řadě států USA, v Německu, ve Švédsku, v Nizozemí. Ve Španělsku je uzákoněn princip předpokládaného souhlasu, ale využívá se princip opačný, vždy je žádán souhlas rodiny zemřelého. Španělsko je zemí, která má nevyšší odběrovou a transplantační aktivitu ve světě (BALÁŽ, 2011).

2.4 PRINCIP PŘEDPOKLADNÉHO SOUHLASU

Řídí se transplantačním zákonem č. 285/2002 Sb., odběr orgánů a tkání od zemřelého je vyloučen, jestliže nemocný či jeho zástupce vyslovil v průběhu svého života jasný nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů a tkání. To znamená, pokud je nemocný evidován v Národním registru osob, které nesouhlasí s posmrtným odběrem orgánů a tkání, nebo za svého života v nemocničním zařízení projevil jasný nesouhlas s odběrem orgánů a tkání před svým ošetřujícím lékařem a jedním svědkem, anebo pakliže zákonný zástupce nezletilé osoby do 18 let prohlásí, že nesouhlasí s odběrem orgánů a tkání před ošetřujícím lékařem a svědkem. Dalším důvodem je zdravotní posouzení, jestliže nelze vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí, která by mohla ohrozit život příjemce. Poslední důvod kdy nelze odebrat tkáň a orgány zní, pokud zemřelého nelze identifikovat (BALÁŽ, 2011), (TŘEŠKA, 2002).

2.5 DÁRCI ORGÁNŮ A TKÁNÍ

Dárce orgánů a tkání může být osoba, která splňuje legislativní a medicínská kritéria.

Dělíme je na dvě skupiny - na dárce zemřelé a dárce žijící.

U žijícího dárce lze odebrat pouze takový orgán nebo tkáň, jehož odebrání mu nezpůsobí zdravotní komplikace anebo smrt. Většinou se jedná o pokrevně příbuznou svéprávnou osobu, emocionálně příbuzného člena rodiny. Důležitá je zde psychologická příprava, souhlas etické komise, souhlas dárce i budoucího příjemce.

Dárce zemřelé dělíme na dvě skupiny. Dárce s bijícím srdcem a prokázanou smrtí mozku - tento typ dárce je nejčastější. Přínosem je minimální nebo žádná ischemie. Další skupinou jsou dárce s bijícím srdcem. Tento typ zemřelého dárce je využíván poměrně málo. Odběr u dárce s bijícím srdcem je rozšířen zejména v zahraničí. V zahraničí se provádí u tohoto typu dárce multiorgánový odběr. U nás se provádí pouze odběr ledvin. U tohoto typu dárce jde vždy o teplou ischemii (TRUNEČKA, 2009), (BALÁŽ, 2011), (PETECHUK, 2006).

3 INDIKACE K TRANSPLANTACI JATER

Hlavní indikací, která vede postupně k transplantaci jater, je selhání jater při akutním nebo chronickém onemocnění jater. Další indikací k transplantaci jater jsou metabolické poruchy a nádorová onemocnění jater. Transplantace jater je velmi náročný výkon zejména pro příjemce orgánu. Jejím cílem je prodloužit a zejména zkvalitnit život člověka s jaterním onemocněním. Transplantace jater nastupuje v okamžiku, kdy selhaly veškeré konzervativní postupy léčby. Pacienti, kteří čekají na transplantaci, jsou zařazeni na čekací listinu (TRUNEČKA, 2009), (CHOPRA, 2006).

3.1 AKUTNÍ SELHÁNÍ JATER

Akutní selhání jater je závažná porucha jaterních funkcí, která bezprostředně ohrožuje život nemocného. Vzniká do 10 týdnů od začátku onemocnění jater bez jejich předcházejícího poškození. Příčinou akutního selhání jater může být fulminantní hepatitida, toxické polékové poškození a jiné např. otrava houbami, drogy, metabolické poruchy. Typické příznaky u akutního selhání jater jsou ikterus, encefalopatie. Hlavním problémem u akutního selhání jater je mozkový edém, sepse a oběhová dysfunkce a rozvrat vnitřního prostředí. Prognóza je velmi špatná - vysoká mortalita (LUKÁŠ, 2007), (ŠPIČÁK, 2008).

3.2 TRANSPLANTACE JATER PRO VIROVÉ HEPATITIDY

Infekce jater, které jsou způsobeny virem, představují řadu zdravotních rizik. Z tohoto důvodu je věnována pozornost především diagnostice a terapii těchto infekcí. V dnešní době se zaměřujeme na prevenci vzniku virových hepatitid pomocí očkování. Virové infekce vyvolávají zánět jater, ten se dělí na chronický a akutní. Příznakem akutní hepatitidy je žloutenka neboli ikterus. Při delším průběhu virové infekce nastává dlouhotrvající jaterní zánět, který přechází v chronickou fázi hepatitidy. U chronických hepatitid může postupně docházet k jaterní cirhóze a rakovině jater, které se léčí pomocí transplantace. Nebezpečí virových hepatitid spočívá v tom, že dlouhou dobu mohou probíhat skrytě. Mezi nejznámější virové hepatitidy patří HVA, HVB, HVC (LUKÁŠ, 2007), (ZAVORAL, 2007).

3.3 TRANSPLANTACE PRO CHRONICKOU HEPATITIDU C

Virus infekční hepatitidy byl popsán již v letech 1989. Virus má rozměry od 55 do 65 nm a řadíme ho do čeledi Flaviviridae. Infekce virem hepatitidy C se přenáší parenterální cestou. Šíření zdroje nákazy je možné především krevními deriváty, intravenózní aplikací narkotik, může ho způsobit rodinný kontakt s osobou HCV, perinatální přenos, přenáší se i iatrogenní cestou a pohlavím stykem. Chronická hepatitida C probíhá většinou asymptomaticky a dlouhou dobu může probíhat skrytě. Základním důležitým vyšetřením je průkaz protilátek anti-HCV, titer je v séru průkazný již okolo 3. týdne od nákazy. Infekce virem HCV 50-80% přechází z akutního stádia do chronicity. Pro sledování šíření jaterního postižení ve stádiu jaterní cirhózy hraje velmi důležitou roli histologický nález. Cílená protivirová léčba má na šíření onemocnění zpomalující efekt. V období před transplantací jater se nejčastěji využívá protivirový lék známý jako adenovir. V období po transplantaci jater se hojně využívá přípravek známý pod názvem lamivudin, který bývá indikován u pacientů, kde nebyla zahájena protivirová léčba (LUKÁŠ, 2007), (ERHMANN, 2006).

3.4 TRANSPLANTACE JATER PRO CHRONICKOU VIROVOU HEPATITIDU B

Původcem hepatitidy B je DNA virus z čeledi Hepadnaviridae. Infekce virem hepatitidy B představuje celosvětově jeden z největších zdravotních problémů současnosti. Nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé ve věku mezi 15-30 lety. Zdrojem nákazy bývá především parenterální přenos, intravenózní aplikace narkotik, sexuální aktivita, přenos kontaminovanými předměty a perinatální přenos. Ročně umírají na virovou hepatitidu B přibližně 1-2 miliony osob, a to na následky infekce HBV jako jaterní cirhóza, hepatocelulární karcinom a fulminantní hepatitida. Diagnostika HBV je založena na průkazu protilátek. Pro léčbu chronické hepatitidy B máme k dispozici tři účinné látky, které se nazývají pegylovaný interferon alfa, lamivudin a adefovir dipivoxil. Protivirová léčba je zahájena před transplantací jater (LUKÁŠ, 2007), (EHRMANN, 2006).

3.5 TRANSPLANTACE JATER PRO ALKOHOLICKOU CIRHOZU

Alkoholická cirhóza je způsobená nadměrnou, dlouhodobou konzumací alkoholu. Patří mezi nejčastější příčiny jaterního selhání v Evropě. Při nadměrné konzumaci alkoholu může dojít ke vzniku jaterní cirhózy velmi rychle, a to již během několika měsíců. Důležitým základním pravidlem léčby je nutná abstinence, která může zastavit progresy onemocnění. Jaterní cirhóza se léčí transplantací jater po minimální 6 měsíční abstinenci. Od 80. let minulého století je nejčastější indikací k transplantaci jater ve většině programů v Evropě. Přibližně 10% populace má problém s nadměrnou konzumací alkoholu a pouze malá část populace je odborně léčena (NAVRÁTIL, 2008), (ERHMANN, 2006).

3.6 TRANSPLANTACE JATER Z DŮVODU METABOLICKÉ PORUCHY

Mezi metabolické poruchy jater patří Wilsonova nemoc, hemochromatóza, jaterní porfyrie a cystická fibróza.

Wilsonova choroba je autozomálně recesivně dědičné onemocnění, které se vyznačuje abnormální kumulací mědi v organismu, zejména v játrech a mozku. Většinou se onemocnění projeví do 15 let věku, postupně se rozvíjí jaterní fibróza, cirhóza a portální hypertenze. Léčba probíhá formou konzervativní, ale prognóza je nepříznivá, a proto je vždy nutná transplantace jater, která vede k vyléčení nemoci.

Hemochromatóza je autozomálně recesivní nemoc, která vzniká z nadměrného ukládání železa. Velmi častý je výskyt hepatocelulárního karcinomu. V laboratoři nalezneme zvýšené hodnoty transamináz a protrombinového času. Základním principem léčby jsou venesekce, které vedou k vyplavení železa.

Jaterní porfyrie je onemocnění, které je způsobeno vrozeným či získaným enzymovým defektem biosyntézy hemu. Jaterní porfyrie mají gen lokalizovaný v játrech. Onemocnění je dědičné dominantním způsobem (NAVRÁTIL, 2008), (ZADÁK, 2007).

3.7 TRANSPLANTACE JATER PRO PRIMÁRNÍ SKLEROTIZUJÍCÍ CHOLANGITIDU

Jedná se o onemocnění, které je charakterizováno cholestázou vedoucí k difuznímu zánětu a fibróze biliárního stromu s přechodem do biliární cirhózy. Ve většině případů se jedná o fatální jaterní onemocnění. Příčina není doposud zcela známá, odborníci se přiklánějí k vlivům imunologickým, genetickým, bakteriologickým, virologickým a chemickým. Laboratorně jsou prokázány vysoké jaterní enzymy ALT, GMT. K léčbě onemocnění je používána ursodeoxycholová kyselina, hepatoprotektiva a dále symptomatická léčba. Stádium biliární cirhózy je jasnou indikací k transplantaci jater (NAVRATIL, 2008), (CHOPRA, 2006).

3.8 KONTRAINDIKACE K TRANSPLANTACI JATER

Hlavní kontraindikací transplantace jater je malá pravděpodobnost úspěchu. Je úkolem týmu určit maximální akceptovatelnou míru rizika neúspěchu, se kterou je ještě možné nemocného do programu zařadit (TRUNEČKA, 2009).

Absolutní kontraindikace:

- sepsa,
- tumory mimo jater, metastázy hepatocelulárního karcinomu, pokročilé onemocnění srdce,
- trombóza portálního řečiště,
- chronický neřešitelný abusus alkoholu či léků, drogy,
- AIDS.

Relativní kontraindikace:

- věk nad 65 let,
- vážné onemocnění ledvin,
- rakovina jater nebo nádor v játrech, který je větší než 5 cm,
- pokročilá podvýživa,
- pozitivita HIV bez klinických známek AIDS,
- pozitivita HBsAg a HBeAg či anti HCV (TRUNEČKA, 2009).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Pooperační péče o pacienty po transplantaci jater se podobá péči o pacienty po velkých břišních výkonech. Po transplantaci jater jsou pacienti bezprostředně transportováni na Anesteziologicko-resuscitační oddělení. Po stabilizaci stavu, zpravidla během 2 až 3 dnů, jsou překládáni na oddělení transplantační chirurgie intenzivní péče. Pacienti po transplantaci jsou umístěni na samostatné jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Pacienti se musejí seznámit s chodem na oddělení a řádným postupem ošetrovatelské péče. Oddělení transplantační chirurgie intenzivní péče v pražském IKEMu disponuje dvanácti lůžky, pracuje tu 20 sester a je zde zaveden skupinový systém péče.

Skupinovým systémem péče se rozumí, že zdravotní sestra má na starost svoji skupinku pacientů od začátku směny až do konce směny. Každá zdravotní sestra má komplexní znalosti o svých pacientech, pozná jejich problémy a je zodpovědná za vykonanou ošetrovatelskou péči (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Nedílnou součástí v pooperačním období je monitorování všech životních parametrů. Sledujeme všechny důležité životní funkce a celkový zdravotní stav pacienta. V těsném pooperačním období je pacient napojen na monitor, kde sledujeme stav vědomí pomocí GCS a základní vitální funkce mezi, které patří monitorace EKG křivky, krevního tlaku, měření centrálního žilního tlaku, měření tělesné teploty, bilanci tekutin, krevní ztráty, parametry plicní ventilace okysličení krve kyslíkem a odpady do drénu (JANÍKOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Monitorování vitálních funkcí se provádí prvních 60 minut po operaci každých 15 minut a dále dle ordinace lékaře. Sestra musí pravidelně kontrolovat bolest pacienta a tlumit ji analgetiky dle OL. Dalším důležitým bodem je sledování operační rány, kde je potřebné včas rozpoznat známky možných komplikací. Mezi časté komplikace v pooperačním období patří například krvácení, dehiscence, infekce operační rány. Z laboratorních ukazatelů hodnotíme v pravidelných intervalech dle OL jaterní testy, krevní obraz, koagulační funkce, renální funkci. Standardně se vyšetřuje štěp pomocí ultrazvuku jater, provádí se rentgen plic, kulturační vyšetření a pravidelně se monitoruje hladina imunosuprese. Pooperační péče zahrnuje dechovou rehabilitaci, hydrataci pacienta, parenterální výživu, perorální výživu, substituci minerálů, aplikace diuretik,

aplikace inzulínu, kdy se snažíme udržet normoglykémii, a profylaxe antibiotiky (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.1 SLEDOVÁNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU

Pacient je napojen na pětisvodové EKG. To slouží k pravidelnému sledování tepové frekvence a srdečního rytmu. Dále se využívá k včasnému odhalení srdečních poruch, ischemických změn, k sledování účinku léků (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.2 NEINVAZIVNÍ MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU

Tlak měříme pomocí tlakové manžety. V přesně nastavených intervalech vše zaznamenáváme do dokumentace pacienta. Hypotenze může u pacienta znamenat náhlé krvácení a naopak hypertenze může poukazovat na náhlou bolest (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.3 SLEDOVÁNÍ TĚLESNÉ TEPLOTY

U pacientů měříme tělesnou teplotu neinvazivní metodou, a to v pravidelných intervalech pomocí digitálního teploměru. Při náhlém vzestupu tělesné teploty situaci ihned hlásíme ošetřujícímu lékaři, podáváme pacientovi antipyretika, chladivé zábaly a při vzestupu nad 38 °C nabíráme hemokultury (JANÍKOVÁ, 2013).

4.4 SLEDOVÁNÍ BILANCE TEKUTIN

U pacientů po transplantaci jater je velmi důležité, aby byl příjem tekutin vyrovnaný. Nesmí docházet k příliš velkým ztrátám ani k příliš velkému zavodnění pacienta. Většina pacientů má již před transplantací poškozené ledviny a přítomnost renální insuficience je velmi vážná. Pacienty každé ráno vážíme, což je též důležitý ukazatel nedostatečného či dostatečného příjmu tekutin. Sledujeme odpady do drénu, výdej moči a příjem tekutin, a to jak per orálně, tak i intravenózně. Bilanci tekutin sledujeme po šesti hodinách a vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace. U pacientů po transplantaci jater vedeme bilanční záznam pro lepší přehled o bilanci tekutin (KAPOUNOVÁ, 2013).

4.5 TLUMENÍ BOLESTI

Pooperační analgezie je u pacienta velmi důležitá, aby mohl vykonávat denní činnosti, musí mít co nejmenší bolest. U pacientů hodnotíme bolest dle číselné stupnice od 0 - 10 a vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace pacienta. V prvních dnech po transplantaci podáváme analgetika kontinuálně pomocí lineárních dávkovačů. Dle ordinace lékaře se standardně podávají 2 ml Sufenty forte do 50ml fyziologického roztoku. Postupně přecházíme na slabší typ analgetik, aby u pacienta nevznikla závislost na opioidy. Dle ordinace lékaře aplikuje 1 ampulku Novalginu i. m., nebo i. v., či ampulku Ketonalu (SLEZÁKOVÁ, 2010).

4.6 PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU

Operační ránu sledujeme pravidelně každý den. Hodnotíme její charakter, zápach, velikost, projevy hojení, možné známky infekce, krvácení, maceraci kůže. Převoz operační rány je vykonán za přísně aseptických podmínek. Sestra dále pečuje o okolí drénu, odpad z drénu a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. Drény se vytahují podle vydatnosti odpadu z drénu a dle ordinace lékaře. Dle ordinace lékaře odebíráme sekret z drénu určený na kultivaci a citlivost. Převozy jsou prováděny dle potřeby a dle ordinace lékaře. Kožní stehy se vytahují obvykle 8. až 10. den od operace (JANÍKOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ, 2007).

4.7 PÉČE O INVAZIVNÍ VSTUPY

Většinou mají pacienti po transplantaci jater zaveden centrální žilní katétr, který se převazuje každý den většinou po ranní hygieně. O centrální žilní katétr se pečuje vždy za aseptických podmínek, okolí katétru dezinfikujeme většinou Cutaseptem a dezinfekční prostředek necháme řádně zaschnout, poté vstup překryjeme průhlednou folií Tegaderm. Provedeme pečlivý záznam do dokumentace, kde popíšeme vstup a okolí katétru. Kontrolujeme možné známky infekce, které se mohou projevat zvýšenou tělesnou teplotou, zčervenáním místa vpichu, bolestí.

Dále u pacientů po transplantaci jater pečujeme o břišní drén zvaný penrose. Drén se převazuje dle potřeby. Okolí místa drénu odezinfikujeme a vyčistíme drén od medúz pomocí sterilního čtverce, na okolí drénu aplikujeme ochrannou pastu a nalepíme nový

urostomický sáček. Opět provedeme pečlivý záznam do dokumentace (JANÍKOVÁ, 2013).

4.8 PÉČE O VÝŽIVU

Důležitá je dostatečná regenerace jater a adekvátní nutriční podpora. Nutriční plán je stanoven individuálně každému pacientovi. Nemocným je podávána parenterální nebo enterální výživa. Enterální výživa je farmaceuticky připravena z výživných roztoků, zavádí se do trávicího traktu za účelem zlepšení porušeného nutričního stavu. Parenterální výživa se podává intravenózní cestou do centrálního žilního katétru, zajišťujeme tak pacientovi trvalý přísun vody, cukrů, tuků, aminokyselin, vitamínů a stopových prvků. Další možností je aplikace all in one vaky, které se aplikují kontinuálně 24 hodin dle zvyklosti oddělení (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.9 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ

Většinou má pacient na vyprazdňování moči zaveden permanentní močový katétr. Sestra sleduje množství, zápach, zákal, čírost. Kontrolujeme známky možné infekce, která se může projevit pálením, řezáním, častým močením, vzestupem tělesné teploty. Odstranění močového katétru je doporučeno co nejdříve, aby se zabránilo vzniku možné infekční komplikace (KAPOUNOVÁ, 2007), (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Při vyprazdňování stolice i zde sledujeme barvu, zápach, konzistenci. Do ošetrovatelské dokumentace zaznamenáváme datum a čas vyprázdnění. Sledování obnovy peristaltiky je důležité zejména před zahájením perorálního příjmu. Obnovu peristaltiky lze očekávat 3 dny po operaci. K vyprázdnění střeva je důležitý pohybový režim, dostatek tekutin a strava bohatá na vlákninu (KAPOUNOVÁ, 2007), (PAVLÍKOVÁ, 2006).

4.10 MOŽNÉ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER

Nejčastější komplikace, které se mohou projevit v časném období po transplantaci jater, dělíme na chirurgické, infekční a ventilační. Mezi závažné chirurgické komplikace patří primární afunkce, což je komplikace, kdy nedochází vůbec k rozvoji štěpu. Mezi další chirurgické komplikace patří krvácení, cévní komplikace, která je vzácná, kdy se jedná poškození nejčastěji a. hepatica. Velmi častou komplikací je též biliární

komplikace, často bývá spojena s technickými komplikacemi při konstrukci anastomózy nebo poruchami arteriálního zásobení. Další možnou komplikací je kýla v oblasti jizvy, která je způsobená oslabenou břišní stěnou. Sestra učí pacienta již v časném pooperačním období rehabilitovat a pohybovat se tak, aby co nejméně namáhal břišní stěnu. Užíváním imunosupresivních léků může vzniknout diabetes mellitus. Infekční komplikace jsou pro pacienta velmi nebezpečné, je potřeba dbát a dodržovat vše za velmi aseptických podmínek (SLEZÁKOVÁ, 2013), (TRUNEČKA, 2009).

K ventilačním komplikacím řadíme plicní atelektázu, pneumotorax, které jsou problémem ventilovaných pacientů. Důležité je zde dbát na aseptický způsob odsávání z dýchacích cest, provádět dechovou rehabilitaci. Varovné příznaky komplikací jsou slabost, nevolnost, tlak v pravé polovině nadbříšku, teplota nad 38 °C, někdy se objevuje i zimnice, žluté zbarvení kůže a sklér, tmavá moč a světlá stolice (STUDENÍK, 2008).

4.11 IMUNOSUPRESIVNÍ TERAPIE

Pacienti, kteří podstoupí transplantaci jater, nemohou mít sníženou funkci obranného systému organismu. Hrozí velké nebezpečí poškození transplantovaného orgánu mechanismy imunitního systému hostitele. Takový proces je nazýván rejekce. Po transplantaci musíme dbát na imunitní systém pacienta, proto se nasazují léčiva, která vedou k jeho potlačení. Tyto léky nazýváme imunosupresiva. Většinou užívají pacienti imunosupresivní léky celoživotně. V prvních dnech po transplantaci je dávka imunosuprese nejsilnější a postupně se snižuje.

Pacientům se podává kombinace dvou či více léků. Nejčastěji se kombinují Cyklosporin, Prednison, Sirolimus, Tacrolimus. Pravidelně se sleduje hladina léčiv, podle které se upravuje dávka imunosuprese (Česká transplantáční společnost, 2007).

4.12 ŽIVOT PO TRANSPLANTACI JATER

Po propuštění z nemocnice do domácího ošetřování je důležité dbát na správné zásady. Podstatným bodem je zdravý způsob stravování, klade se důraz na omezení solí, koření pokrmů čerstvými bylinkami, zvýšený příjem bílkovin, dostatečný přísun vápníku v potravě, je nutné zcela vynechat živočišný tuk a alkoholické nápoje. Po transplantaci je váha pacienta spíše vyšší, což je způsobeno některými léky, jako jsou

steroidy, zvyšující chuť k jídlu. Sportovní aktivita po transplantaci může být stejná jako před operací, pacient se nadále může věnovat sportu profesionálně. Je důležité, aby došlo k chirurgickému zhojení rány, což trvá zhruba dva měsíce. Dalším klíčovým bodem je ochrana před možnou infekcí. Pacient musí dbát na svoje bezpečí a vyvarovat se kontaktu se zvířaty, nemocnými lidmi, při práci na zahrádce používat ochranné rukavice a provádět pravidelnou osobní hygienu. K dalším podstatným bodům patří ochrana před slunečním zářením, je důležité vyhnout se kouření cigaret. Většina pacientů, u kterých nenastanou žádné závažné komplikace, žije normální plnohodnotný život (TRUNEČKA, 2009).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY PO TRANSPLANTACI JATER

Ošetřovatelský proces je cyklický a pokračující proces, který může v kterémkoliv kroku skončit, pokud je již problém vyřešen. Ošetřovatelský proces je založen na pravidelném shromažďování záznamů o pacientovi a jeho problémech. Skládá se celkem z pěti kroků. Do ošetřovatelského procesu patří: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a nakonec hodnocení, zda bylo cílů dosaženo (SYSEL et al., 2011).

V praktické části byla vypracována ošetřovatelská péče u třiatřicetileté pacientky, která podstoupila transplantaci jater z důvodu základního onemocnění. Ošetřovatelská péče byla provedena během tří dnů mého odborného působení na transplantační chirurgii intenzivní péče, IKEM. V práci je zaznamenán 1. – 3. den hospitalizace pacientky. Informace jsou získané z lékařské a sesterské dokumentace, od pacientky a její rodiny a z mého vlastního pozorování a péče o pacientku. Sběr anamnestických údajů byl realizován dle *modelu fungujícího zdraví* Marjory Gordon. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie II. Pacientka byla velmi ochotná spolupracovat a souhlasila s uvedením jejího případu do mé bakalářské práce. Identifikační údaje byly u pacientky změněny dle Zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

5.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce

Jméno a příjmení: A. A.	Pohlaví: žena
Datum narození: 9. 4. 1984	Věk: 33
Adresa bydliště a telefon: Polešovice	
Adresa příbuzných: matka – Polešovice	
RČ: 84XXXX/XX	Číslo pojišťovny: 211
Vzdělání: střední s maturitou	Zaměstnání: účetní
Stav: svobodná	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 1. 11. 2015	Typ přijetí: neplánované / akutní
Oddělení: transplantační chirurgie intenzivní péče IKEM	Ošetřující lékař: MUDr. J. CH.

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace pacientky, 2015

Důvod přijetí udávaný pacientem: „ Měla jsem tak silné bolesti břicha, že jsem nemohla ani chodit, do toho jsem dostala zvýšenou teplotu a bylo mi na zvracení. Můj přítel měl strašný strach, co se se mnou děje a zavolał mi rychlou záchrannou službu “.

Medicínská diagnóza hlavní: Akutní jaterní selhání K72.0.

Medicínské diagnózy vedlejší: Crohnova nemoc ilea K50.0

Zánětlivá stenóza duodena

Arteriální hypertenze I10

Obezita E66.0

Hypercholesterolémie E780

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 5. 11. 2015

Tabulka 2 Posouzení celkového stavu

TK: 102/66	Výška: 164 cm
P: 100 min.	Hmotnost: 80.0kg
D: 18 min.	BMI: 29.7
TT: 36.6 °C	Pohyblivost: chodící, soběstačná
Stav vědomí: plné vědomí	Orientace místem, časem, osobou: plně orientována
Řeč, jazyk: řeč srozumitelná	Krevní skupina: A Rh+

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacientky, 2015

Nynější onemocnění: Pacientka přivezena rychlou záchrannou službou v 19:00 hodin 1. 11. 2015 do pražského IKEMU na oddělení Anesteziologicko – resuscitační oddělení. Pacientka byla přivezena pro náhlé bolesti v oblasti levého hypochondria, zimnici, třesavku, febrilii, nauzeu.

Informační zdroje: Rozhovor s pacientkou a s její rodinou, lékařská dokumentace, sesterská dokumentace, vlastní pozorování a podílení se na péči o pacientku.

5.2 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: Arteriální hypertenze

Otec: DM II. typu

Sourozenci: 2 sestry zdravý

Děti: Nemá

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění, nyní se pacientka léčí s Crohnovou nemocí, arteriální hypertenzí, hypercholesterolémií.

Hospitalizace a operace:

Pacientka v dětství prodělala běžná dětská onemocnění

9/1998 st. p. appendektomii

8/2013 FKNKV, kde byla pacientka vyšetřována pro letité obtíže s průjmy, bolestmi břicha, krví ve stolici, dle poslední kolposkopické kontroly Crohnova nemoc v remisi

9/2014 hospitalizace v KN k došetření pro recidivující uroinfekt, odběry v normě, vč. bakteriologie moči.

1/2015 hospitalizace na chirurgii v nemocnici Hořovice pro silné bolesti břicha, průjmy (ATB léčba metronidazol, ciprinol)

9/2015 duodenopankreatektomii dle Traversa, následně trombektomie a. hepatica (4. 9. 2015) a reHJA s diahepatální drenáží, komplikovaný pooperační průběh, zařazena na WL k OLTx pro chirurgicky neošetřitelný uzávěr kmene a. hepatica

Úrazy: ne

Transfúze: ano, všechny podané krevní deriváty byly bez komplikací

Očkování: běžná očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Tabulka 3 Chronická farmakologická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Kreon	Kapsle	25000 mg	1-1-1	Pankreatický enzym
Prednison	Tableta	10mg	1-1-0	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Betaloc SR	Tableta	200mg	1-0-0	Beta-blokátor
Dopegyt	Tableta	250 mg	2-0-1	Antihypertenzivum
Frontin	Tableta	0,5mg	1-1-1	Anxiolytikum
Trittico	Tableta	150mg	0-0-1	Antidepressivum
Thiamin	Tableta	100 mg	1-0-1	Vitamín
Anopyrin	Tableta	100mg	1-0-0	Antikoagulancium

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacientky, 2015

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: ve 12 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 7 dní

Intenzita, bolesti: běžné bolesti

PM: 27. 10. 2015

UPT: 0

A: 0

Antikoncepce: neužívá

Menopauza: 0

Potíže klimakteria: 0

Samovyšetření prsou: provádí pravidelně

Poslední gynekologická prohlídka: 4/2015

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Vědomí: lucidní

Orientace: pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci

Nálada: obavy z dlouhodobé hospitalizace

Paměť: dlouhodobá, bez poruchy

Myšlení: logické, praktické

Temperament: melancholik, extrovert

Sebehodnocení: v normě

Vnímání vlastního zdraví: pacientka se bojí o svůj zdravotní stav, chápe, že je nemocná a doufá, že brzy půjde domů

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: svobodná

Bytové podmínky: žije s přítelem v panelovém bytě ve 3. poschodí s výtahem

Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině jsou pozitivní, s rodiči a sestrami se často navštěvují osobně nebo jsou v kontaktu přes internet

Záliby: čtení historických románů poslouchání hudby, vaření, sledování dokumentárních pořadů, kreslení

Volnočasové aktivity: turistika, plavání, pečení

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: středoškolské s maturitou v oboru ekonomie

Pracovní zařazení: účetní

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 0

Vztahy na pracovišti: s kolegyněmi vychází bez problémů

Ekonomické podmínky: dle pacientky dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: pacientka je nevěřící

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 4 Aktivity denního života

Stravování a pitný režim	<p>Subjektivně:</p> <p>„Snažím se teď jíst zdravě a v pravidelných intervalech. Jídlo si připravuji každý den čerstvé a minimálně jednou za den mám teplou stravu. S příjmem tekutin jsem neměla nikdy problém, piji dostatečně. Za 24 hodin vypiji 2-3 litry tekutin. Piji převážně vodu a čaj.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Pacientka se momentálně snaží jíst stravu zdravou, pestrou, s dostatečným příjmem ovoce, zeleniny a vlákniny. Snaží se jíst v pravidelných intervalech 5-7 denně, minimálně jednou za den má pacientka teplou stravu. S příjmem tekutin pacientka nemá žádný problém. Za 24 hodin vypije přibližně 2-3 litry tekutin. Pije převážně neperlivou vodu, čaj a někdy si dopřeje i sladký nektar. Strava pacientky nyní je tekutá (přesnídávka, jogurt, bujon), dále je pacientka vyživována pomocí parenterální výživy.</p>
Vylučování moče a stolice	<p>Subjektivně:</p> <p>„Problém s vyprazdňováním moči a stolice nemám.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Pacientka má na vylučování moči</p>

	<p>zavedený permanentní močový katétr, kde sledujeme hodinovou diurézu moči. S defekací pacientka též neudává problém. Poslední stolice 4.11. Na vyprazdňování neužívá pacientka žádné léky (diuretika, laxativa).</p>
Spánek a bdění	<p>Subjektivně: Problémy se spánkem doma nemám. Tady v nemocnici se často budím a pak už špatně usínám.</p> <p>Objektivně: Pacientka udává problém s usínáním v nemocničním prostředí. Udává, že usne přibližně do 1 hodiny a v noci se často budí a poté již nemůže usnout. Spánek je nekvalitní, rušený z důvodu léčebných procesů.</p>
Aktivita a odpočinek	<p>Subjektivně: Myslím si o sobě, že jsem aktivní člověk. Mám ráda turistiku, cyklistiku, a plavání. Už se nemohu dočkat, až zase někam vyrazíme.</p> <p>Objektivně: Před operačním zákrokem byla pacientka velmi aktivním člověkem, který měl rád sportovní aktivity v přírodě. Po operačním zákroku pacientka pomalu začíná rehabilitovat.</p>
Hygiena	<p>Subjektivně: Doma si vše obstarám sama, nyní jsem ještě drobek zesláblá a potřebuji malou</p>

	<p>dopomoc sestřičky.</p> <p>Objektivně:</p> <p>U pacientky je zatím nutná péče ošetřujícího personálu, který pacientce pomáhá s hygienou problémových partií, včetně péče o dutinu ústní, oči, uši, nos. Péče o osobní a ložní prádlo.</p>
Samostatnost	<p>Subjektivně:</p> <p>Před operačním zákrokem jsem byla samostatná. V nemocnici jsem napojená na hodně hadiček a cítím se vyčerpaná. Tak jsem ráda, že mi sestřička pomáhá.</p> <p>Objektivně:</p> <p>Dle Barthelové testu základních vědních činností má pacientka momentálně stěrní závislost (60 bodů).</p>

Zdroj: rozhovor s pacientkou, 2015

5.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava: pokleповě nebolestivá, bez zjevných deformit a defektů

Oči: bulby pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické

Uši, nos: bez sekrece

Rty: rty souměrné, hydratované, bez známek cyanózy, sliznice růžové

Dásně, sliznice dutiny ústní: sliznice růžové, bez povlaků, vlhké

Jazyk: plazí ve střední čáře, bez povlaků, vlhký

Chrup: vlastní

Krk: šíje volná, pohyb krku nebolestivý, náplň krčních žil přiměřená, oboustranná pulzace karotid, uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná

Hrudník: souměrný, bez deformit

Dýchání: dýchání poslechově čisté sklípkovité, bez vedlejších patologických fenoménů,

Srdce: srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené bez šelestu

Břicho: pokleповě bolestivé, peristaltika přítomna, souměrné, obézní, játra a slezina nezvětšeny, bez známek peritoneálního dráždění

Genitál: bez deformit, bez výtoku

Páteř: bez deformit

Klouby: pohyblivé, nebolestivé, bez deformit

Reflexy: v normě

Čítí: v normě

Periferní pulzace: oboustranně hmatná

Varixy: bez varixů

Kůže: kožní turgor v normě, bez ikteru, bez cyanózy

Otoky: bez otoků

5.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 5. 11. 2015

Tabulka 5 Utřídění informací dle modelu Majory Gordon

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none">• uvědomování si zdraví,• management zdraví.	<p>Subjektivně:</p> <p>„Dodržuji veškerá doporučení lékaře. Léky užívám pravidelně, v tom důvěřuji svému lékaři. Pravidelně navštěvuji lékaře na pravidelných prohlídkách. Cítím se už docela dobře. Jsem nekuřačka a ani jsem to nikdy nezkoušela.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Na preventivní gynekologické prohlídky pacientka dochází pravidelně 2x za rok, k praktickému lékaři 1x za rok nebo dle obtíží. Na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři dochází 2x za rok a na prohlídky k chirurgickému lékaři dle obtíží.</p>
---	---

	<p>Farmakologickou terapii užívá pravidelně. Během hospitalizace je pacientka aktivní a spolupracující. Brzy se chce navrátit do plnohodnotného života. Dodržuje léčebný režim dle pokynů lékaře.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • příjem potravy, • trávení, • vstřebávání, • metabolismus, • hydratace. 	<p>Subjektivně:</p> <p>„Sním skoro vše, nejsem vůbec vybíravá v jídle. Teplé jídlo si dám jednou za den, většinou v poledne. Dříve jsem jedla nepravidelně, což se teď snažím změnit. Snažím se jíst zdravě, dostatek ovoce a zeleniny. Během dne sním 5-7 porcí jídla. Z domu jsem zvyklá dodržovat pitný režim. Za 24 hodin vypiji 2-3 litry tekutin. Piji převážně neperlivou vodu, čaje, občas ovocné šťávy a obvykle jednou za den si dopřeji šálek kávy. Alkohol nepiji skoro vůbec, jen příležitostně víno. V nemocnici po operačním zákroku jsem zatím skoro nic nesnědla, zatím na jídlo nemám ani pomyslení. Doufám, že brzy se vše zlepší.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Stravování se pacientka pokouší změnit z dřívějšího nezdravého životního stylu a nepravidelného stravování se nyní snaží jíst stravu zdravou, pestrou, dostatek ovoce a zeleniny. Pacientka dodržuje pitný režim, za</p>

	<p>jeden den vypije 2-3 litry tekutin. Pacientka pije převážně neperlivou vodu, někdy si dopřeje ovocnou šťávu. Sladké jídlo jí občas. Při přípravě potravy preferuje stravu dušenou či připravovanou v páře. Omezuje přípravu stravy smažením. V nemocnici po operačním zákroku je pacientka vyživována pomocí parenterální výživy (Smofkabiven 1970 ml kontinuálně 24 hodin i. v. + 1 amp. Addamel + 1 amp. Cernevit + NaCl 10% 80 ml) a třikrát denně pacientka dostává Nutridrink, který pomalu popíjí. Zatím má stravu tekutou, kdy dostává bujon, přesnídávku, jogurt. Postupně pacientka bude přecházet na speciální jaterní dietu s omezením tuků. V nemocnici sleduje bilanci tekutin a příjem stravy á 6 hodin. Pacientka je obézní s váhou 80,0 kg a výškou 164 cm, BMI 29,7. Během hospitalizace se tělesná hmotnost nesnížila. Před operačním výkonem pacientka dodržovala stravu redukční č. 8. Pacientka je dostatečně hydratována, kožní turgor v normě, sliznice jsou bez známek dehydratace. Chrup je bez známek poškození, vlastní. Kromě operační rány nejsou zřejmé žádné jiné defekty na kůži.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Zvýšený přísun potravy důvodem je obezita.</p> <p>Riziko zhoršené funkce jater důvodem transplantace jater.</p> <p>Riziko nestabilní hladiny glukózy z důvodu užívání imunosuprese, parenterální výživa.</p>
--	--

	<p>Priorita: Nízká</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • funkce močového systému, • funkce gastrointestinálního systému, • funkce kožního systému, • funkce dýchacího systému. 	<p>Subjektivně:</p> <p>S močením ani s vyprazdňováním stolice jsem doma neměla problémy. Na vyprazdňování stolice neužívám žádná laxativa. Na stolicí chodím pravidelně každý den převážně ráno. V nemocnici se zatím vyprazdňuji na podložní mísu. Velký problém mi ze začátku dělал stud. Na vyprazdňování moči mám zatím zavedenu cévku. S dýcháním problémy nemám, netrpím žádnou dušností ani do schodů. Netrpím žádným onemocněním dýchacích cest. S kůží též nemám žádné problémy, každý den po koupeli si promazávám tělo krémem.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Pacientka má na vyprazdňování moči zaveden permanentní močový katétr velikosti 18. Katétr odvádí čirou slámově žlutou moč bez makroskopicky viditelné příměsi krve, hlenu. Okolí vstupu katétru do močové trubice je klidné bez známek projevujícího se zánětu. Permanentní močový katétr je napojen na sběrný sáček s hodinovou diurézou pro přesné měření. S vyprazdňováním moči neudává pacientka žádný problém. S vyprazdňováním stolice pacientka nemá též žádný problém, laxativa neužívá, stolice je pravidelná, 1x denně. Před operačním výkonem bylo pacientce podáno klyzma pro dostatečné vyprázdnění střeva.</p>

	<p>Nyní již nemá pacientka s peristaltikou žádný problém. V nemocnici se zatím vyprazdňuje na podložní mísu, zde ji zpočátku trápil stud. S dýcháním žádné potíže nemá, netrpí dušností a neužívá žádné léky na dýchací systém. Na anesteziologicko- resuscitačním oddělení byla pacientka na umělé plicní ventilaci. Na kůži kromě operační rány nemá pacientka žádné otoky či jiné poruchy kožního systému.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • spánek, odpočinek, • aktivita, cvičení, • rovnováha energie, • kardiovaskulární-pulmonální reakce, • sebepéče. 	<p>Subjektivně: „Doma spím dostatečně a dobře. Spím téměř 8 hodin denně. V nemocnici mám problém s usínáním nebo se často ze spánku budím, proto mi pan doktor předepsal tabletku na spaní. Ve volném čase ráda chodím na procházky do přírody, občas jedu někam na kole. Zatím toho sama moc nezvládám doufám, že se vše brzy změní.“</p> <p>Objektivně: Pacientka doma netrpí žádnou formou nespavosti. Spí v noci a přes den se věnuje práci a volnočasovým aktivitám. Doma neužívá žádné tablety na spaní. V nemocnici špatně spí a často se ze spánku budí a ráno se cítí neodpočatá, proto od pana doktora dostala tabletku na spaní, teď se cítí lépe. Ve volném</p>

	<p>čase ráda chodí na procházky do přírody a věnuje se sportovním aktivitám. Pacientka je velice aktivní a první rehabilitaci po operaci i přes bolest zvládla dobře. Je soběstačná v rámci lůžka. S denními činnostmi nadále potřebuje pomoc zdravotního personálu. Ranní hygienu provádí v polosedě na lůžku s dopomocí. Dýchání udává bez obtíží, srdeční akce pravidelná, P 76'.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Narušený spánek z důvodu nemocničního prostředí, cítí se unavená a potřebuje pomoc při základních denních činnostech.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • pozornost, • orientace, • kognice, • komunikace. 	<p>Subjektivně: „Se sluchem a zrakem potíže nemám. Doma díky internetu sleduji dění kolem sebe. Jmenuji se XX, dnes je 18. 11. 2015, nacházím se v nemocnici. Nedělá mi problém komunikovat s lidmi.“</p> <p>Objektivně: Pacientka je plně orientovaná osobou, časem i místem. Spolupracovala a komunikovala velmi dobře. Její řeč je srozumitelná, paměť dobrá. Pacientka nemá problémy se sluchem ani se zrakem. Je trpělivá, pozorná, naslouchá všemu, co se jí v nemocnici doporučuje. Neužívá žádné pomůcky.</p>

	<p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>0</p> <p>Priorita:</p> <p>0</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • sebepojetí, • sebeúcta, • obraz těla. 	<p>Subjektivně:</p> <p>„Přeji si se plně uzdravit, hlavně nechci umřít. Chci se zase hýbat, chodit na turistiku do přírody. Hlavně nechci už ležet. Jsem hodně emotivní, je mi líto i neštěstí ostatních lidí, které neznám.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Pacientka je naladěna pozitivně i přes bolest a všechny okolnosti. Chce se co nejdříve vrátit do plnohodnotného života. Na svou situaci nahlíží s optimismem.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>0</p> <p>Priorita:</p> <p>0</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • role pečovatelů, • rodinné vztahy, • plnění rolí. 	<p>Subjektivně:</p> <p>„Se všemi vycházím dobře, jak doma, tak v nemocnici. Největší podporou mi je přítel a rodina. Jsem šťastná, že mám kolem sebe tak milující lidi, kteří mi dávají tolik sil a energie bojovat.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>Pacientka pochází z harmonické rodiny. Vztahy v rodině hodnotí jako velmi kladné.</p>

	<p>Během hospitalizace neudává žádné konflikty se zdravotnickým personálem. Dodržuje nemocniční řád. Během hospitalizace byli přítel a rodina několikrát navštívit pacientku v nemocnici.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • sexuální funkce, • reprodukce. 	<p>Subjektivně: „Vždy bylo všechno v pořádku. Zatím žádné děti s přítelem nemáme, ale do budoucna bych si aspoň jedno strašně přála.“</p> <p>Objektivně: Pacientka neměla problém mluvit o svém intimním životě. Zatím se svěřila, že vše funguje, jak má. Pravidelně dochází na gynekologické kontroly. Naposled byla na kontrole v dubnu v roce 2015. První menarche od 12 let. Menstruace trvá přibližně 7 dní, poslední menstruace 27. 10. 2015. Neužívá žádnou hormonální antikoncepci. Zatím pacientka nebyla gravidní, ale do budoucna si to moc přeje. Samovyšetření prsu provádí pravidelně.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>

	<p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • posttraumatické reakce, • reakce na zvládání zátěže, • neurobehaviorální stres. 	<p>Subjektivně: „Když mám nějaký problém, snažím se ho co nejlépe vyřešit. Nejvíce jsem se bála operačního zákroku, abych se probírala z umělého spánku a aby se u mě nevyskytla žádná komplikace.“</p> <p>Objektivně: Pacientka se zdá být na první pohled klidná a vyrovnaná, ale přiznává svůj strach, že se rychle neuzdraví. Nejvíce se bojí možných komplikací, které mohou nastat po operaci.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Strach, obavy z důvodů neznámého prostředí a z náročné léčby.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty, • Přesvědčení, • Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání. 	<p>Subjektivně: „Věřím sama v sebe“. V Boha nevěřím, protože pokud by existoval, nemohl by dopustit vše, co se děje.“</p> <p>Objektivně: Pacientka a její celá rodina je nevěřící. Do kostela nikdy nechodila.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>

	<p>Priorita:</p> <p>0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • infekce, • fyzické poškození, • násilí, • environmentální rizika, • obranné procesy, • termoregulace. 	<p>Subjektivně:</p> <p>„Občas se mi točí hlava, a to mám i strach, abych nepadla třeba při chůzi. Zatím se mi to naštěstí nestalo, ale vždy si říkám, co kdyby... Oblékám se hlavně podle počasí.“</p> <p>Objektivně:</p> <p>U pacientky je riziko pádu pro zhoršený celkový stav. Musí se dbát zvýšené pozornosti. Přetrvává riziko infekce operační rány, je zaveden CŽK, PMK a drenážní systém, vše bez známek infekce. Pacientka má pooperační ránu, která se hojí zatím per primam. Operační rána se převazuje každý den po hygieně. Na operační ránu se aplikuje Betadine dezinfekce a poté sterilní krytí. Centrální žilní katétr se převazuje dle potřeby, použita dezinfekce cutasept a sterilní krytí. Pacientka byla řádně poučena, jak rozpoznat známky začínající infekce. Pacientka je edukována o všech rizicích, která mohou nastat po operačním výkonu.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Riziko infekce operační rány z důvodu PMK, CŽK.</p> <p>Riziko pádu z důvodu pobytu na JIP, nutná pomoc.</p> <p>Narušená integrita kůže z důvodu operační rány.</p> <p>Riziko narušené integrity kůže z důvodu</p>

	<p>CŽK.</p> <p>Riziko krvácení z důvodu antikoagulační léčby.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • tělesný komfort, • komfort prostředí, • sociální komfort. 	<p>Subjektivně: „Bolí mě strašně ta operační rána.“</p> <p>Objektivně: Pacientka pociťovala před hospitalizací náhlou tupou bolest v oblasti levého hypochondria, bolest hodnotila číslem 6 (dle škály od 1 do 10, kde 1 je nejmenší, 10 je největší bolest). Pacientka užívala léky proti bolesti. Úlevovou polohu udává jako ležení na boku s pokrčenýma nohama. Ekonomickou situaci v rodině hodnotí kladně, bydlí s přítelem v panelovém bytě. Pracuje jako účetní, práce ji baví. Vztahy na pracovišti jsou pozitivní, se všemi vychází dobře.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Akutní bolest z důvodu základního onemocnění, operační rány.</p> <p>Priorita: Střední</p>

<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • růst, • vývoj. 	<p>Subjektivně: „Držím si stále svoji váhu, tady možná něco zhubnu.“</p> <p>Objektivně: Pacientka neudává v posledních letech rychlý pokles či nárůst tělesné hmotnosti. BMI 29,7-nadváha.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
--	--

Zdroj: rozhovor s pacientkou, 2015

5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Dne 5. 11.: astrup, jaterní testy, krevní obraz, koagulace, CRP, RTG S+P, EKG, SONO jater

Dne 6. 11.: astrup, jaterní testy, krevní obraz, CRP, hladina tacrolimu

Dne 7. 11.: astrup, jaterní testy, krevní obraz, CRP, hladina tacrolimu

Výsledky: Dne 5. 11.

RTG S+P a EKG bez patologického nálezu

SONO jater: Játra nezvětšená, homogenní, přiměřené echogenity parenchymu, jaterní štěp dobře prokrveným

Biochemie: Na: 139, K: 4,7, Cl: 103, bilirubin celkový: 6,4, bilirubin přímý: 2,8, AST: 0,24, ALT: 0,26, ALP: 2,45, GGT:1,05, Albumin: 36,5, CRP: 40, Kreatin: 90, urea: 7, Glukóza: 5,6

Hematologie: Leukocyty: 4,5, Erytrocyty: 4,25, Hemoglobin: 115, Hematokrit: 0,358, Trombocyty: 335

Koagulace: INR: 0,82, APTT: 27,5

Hodnota takrolimu: 9,2

Výsledky: Dne 6. 11.

Laboratorní výsledky krve:

Biochemie: Na: 137, K: 4,5, Cl: 101, bilirubin celkový: 6,7, bilirubin přímý: 2,9, AST: 0,23, ALT: 0,28, ALP: 2,35, GGT:1,05, Albumin: 36,5, CRP: 32, Kreatin: 90, urea: 7, Glukóza: 5,7

Hematologie: Leukocyty: 4,5, Erytrocyty: 4,25, Hemoglobin: 110, Hematokrit: 0,358, Trombocyty: 335

Hodnota takrolimu: 8,6

Výsledky: Dne 7. 11.

Laboratorní výsledky krve:

Biochemie: Na: 138, K: 4,2, Cl: 105, bilirubin celkový: 6,5, bilirubin přímý: 2,7, AST: 0,25, ALT: 0,26, ALP: 2,45, GGT:1,05, Albumin: 38,5, CRP: 18, Kreatin: 75, urea: 7, Glukóza: 5,6

Hematologie: Leukocyty: 4,5, Erytrocyty: 4,25, Hemoglobin: 114, Hematokrit: 0,368, Trombocyty: 335

Koagulace: INR: 0,82, APTT: 27,5

Hodnota takrolimu: 8,9

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 1 (kašovitá), Nutridrink 3x denně,

Výživa: parenterální Smofkabiven 1970 ml kontinuálně i. v. 85ml/ 24hodin + 1amp. Addamel, Cernevit, NaCl 10% 80 ml

Pohybový režim: B (pohyb po pokoji s rehabilitačním pracovníkem)

RHB: sed, stoj, dechová rehabilitace 2x denně

Medikamentózní léčba:

Tabulka 6 Medikamentózní léčba po operačním zákroku

Kreon	Kapsle	25000 mg	1-1-1	Pankreatický enzym
Prednison	Tableta	10mg	1-1-0	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Thiamin	Tableta	100 mg	1-0-1	Vitamín
Biseptol	Tableta	480mg	0-1-0 (po-st-pa)	Chemoterapeutikum
Azitromycin	Tableta	500mg	1-0-0 (pa)	Antibiotikum
Valcyte	Tableta	450mg	1-0-1	Chemoterapeutikum
Advagraf	Kapsle	5mg (dle hladiny)	1-0-0	Imunopreparát
Mycophenolat mofetil	Tableta	500mg	2-0-2	Imunopreparát
Prednison	Tableta	15mg	1-0-0	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Paracetamol	Infuzní roztok	1g	Dle potřeby á 6 hodin	Analgetikum
Novalgin	Injekční roztok	1ampulk a	Dle potřeby á 6 hodin	Analgetikum, antipyretikum
Dipidolor	Injekční roztok	1ampulk a	Dle potřeby á 8 hodin	Analgetikum – anodyna
Itoprid	Tableta	50mg	1-1-1	Digestivum
Apo-Cital	Tableta	10mg	1-0-0	Antidepressivum
Vasocardin	Tableta	25- 50mg	1-0-1(dle hodnoty TK)	Antihypertenzivum
Stilnox	Tableta	10mg	0-0-0-1	Hypnotikum
Fraxiparin	Injekční roztok- subkutánně	0,4ml	1-0-1	Antikoagulanc
Maxipime	Prášek pro	1g	6-12-14-22	Antibiotikum

	injekční roztok			
Humulin R	50jednotek HMR do 50ml FR1/1 i. v. kontinuálně k parenterální výživě Cíl: hladina glykémie 5-9 mmol/l			

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacientky, 2015

Chirurgická léčba (výkon, kdy):

2. 11. 2015 OLTx pro těžkou, akutní absedující cholangitidu při známé trombóze a. hepatica, v těžkém septickém šoku indikována k OLTx s urgencí 3

Zahájení operace: 06:20

Konec operace: 12:38

Ztráty: 2000ml

Diuréza: 800ml

Intravenózně: 1000 krystaloidů, 3400 koloidů

Pacientka je po operaci předána na Anesteziologicko- resuscitační oddělení na dobu 3 dnů, poté přeložena na transplantační chirurgii intenzivní péče.

5.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 5. 11. 2015

Dne 5. 11. 2015 V 10:30 byla z Anesteziologicko- resuscitačního oddělení přijata pacientka XY. Třiatřicetiletá pacientka je po transplantaci jater ze dne 2. 11. 2015. Stav pacientky při přijetí: nemocná spolupracuje, je spavá, kůže klidná, DK s bandáží jako prevence tromboembolické nemoci, okolí operační rány je klidné bez prosaku. Pacientka byla napojena na monitor, kde se monitorovala EKG křivka, TK á 1 hodina, pulz, saturace krve kyslíkem. Dále se u pacientky kontrolovala operační rána, odpady z drénu, invazivní vstupy, bilance tekutin a pravidelná kontrola VAS.

Hodnoty životních funkcí při příjmu na oddělení TK 120/70, TT 36,8, P 96, SpO2 96 % (podpora O2 3-4l/minutu brýlemi), pacientka orientována místem, časem, osobou. Pacientka měla zavedené invazivní vstupy z ARA od 1. 11. 2015 centrální žilní katétr, peramentní močový katétr a z 2. 11. měla pacientka stále zavedený břišní drén penrose. Pacientka byla na oddělení edukována se stavebním uspořádáním oddělení, signalizačním zařízením, léčebným řádem, ošetřujícím lékařem a právy pacientů. Z laboratorních výsledků jsme po dvanácti hodinách dle ordinace lékaře kontrolovaly jaterních enzymů, krevní obraz.

Dle *Barthelova* testu základních všedních činností ADL: 60 bodů – střední závislost. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – hodnotící škála Nortonové: 26bodů – nízké riziko. Večer si pacientka provedla hygienu na lůžku s dopomocí sestry.

5.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 5. 11. 2015

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

- Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

- Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

- Deficit sebeděče při koupání (00108)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

- Deficit sebeděče při oblékání (00109)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

- Deficit sebeděče při stravování (00102)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

- Deficit sebedpěče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebedpěče

- Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu (00001)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

- Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

- Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

- Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

- Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

- Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

- Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

- Riziko zhoršené funkce jater (00178)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

- Riziko narušení integrity kůže (00047)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

5.8 ROZPRACOVÁNÍ VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Zde jsou uvedeny tři podrobně rozpracované ošetřovatelské diagnózy, stanovené podle priorit pomocí NANDA I TAXONOMIE II. Tyto ošetřovatelské diagnózy jsou vybrány z toho důvodu, že byly z hlediska ošetřovatelské péče nejaktuálnější třetí den hospitalizace.

Jednotlivé diagnózy jsou popsány v období pacientky hospitalizace na chirurgické transplantační chirurgii intenzivní péče od 5.11. -7. 11. 2015.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem (NANDA, 2016, s. 404).*

Určující znaky

- výraz obličeje,

- vyhledávání antalgické polohy,
- bolest (intenzita bolesti dle numerické škály bolesti 0 – 10 pacientka udává č. 6),
- narušený vzorec spánku.

Související faktory:

- původci zranění (úraz a následný operační zákrok).

Priorita:

- střední.

Cíl dlouhodobý:

Při dimisi nebude pacientčina bolest dle numerické škály bolesti větší než č. 1.

Cíl krátkodobý:

Pacientce se po aplikaci analgetik zmírní bolest dle numerické škály bolesti z č. 6 na č. 3 do 30 minut.

Očekávané výsledky

Pacientka je schopna určit intenzitu bolesti dle numerické škály do jednoho dne.

Pacientka je schopna při bolesti zaujmout úlevovou polohu do jednoho dne.

Pacientka projevuje verbálně i neverbálně zmírnění bolesti po aplikaci analgetik do 30 minut.

Pacientka dodržuje farmakologický režim, pohybový režim a dietní omezení od 1. dne hospitalizace.

Pacientka při dimisi udává minimální bolest.

Plán intervencí

- 1) Sleduj verbální a neverbální projevy bolesti (intenzitu, charakter, četnost) – všeobecná sestra, průběžně.
- 2) Edukuj pacientku o využívání numerické škály bolesti, nauč ji hodnotit bolest – všeobecná sestra, ihned po příjezdu na oddělení.
- 3) Informuj pacientku o signalizačním zařízení – všeobecná sestra, při příjmu na oddělení.
- 4) Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře podle intenzity bolesti udávané pacientkou, pravidelně hodnot' stupeň bolesti a vše zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy.

- 5) Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) kontinuálně přístrojem (monitorem) à 24 hodin a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace à 1 hodinu a v případě výrazné změny ihned informuj lékaře - sestra.
- 6) Posud' možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti - sestra, průběžně.
- 7) Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti - sestra, vždy.
Zajisti klidné, komfortní prostředí - sestra, vždy.
- 8) Pečuj o pohodlí pacienta - sestra, vždy.
- 9) Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku (proved' záznam do lékařské dokumentace o nežádoucích projevech v případě jejich výskytu) - sestra, vždy po podání léku.
- 10) Pomoz pacientce najít a zaujmout úlevovou polohu – všeobecná sestra, vždy.
- 11) Ved' příbuzné k podpoře pacientky - sestra, průběžně.
- 12) Prováděj pečlivý záznam do dokumentace - sestra, denně.

Realizace: (5. 11.2015 od 11:00 -18:00)

- 11:00 – pacientka přeložena z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, edukována o využití numerické škály bolesti, poučena o možnosti využití signalizačního zařízení – všeobecná sestra
- 11:03 – pacientka napojena na monitor na kontinuální měření fyziologických funkcí
- 11:05 – kontrola fyziologických funkcí (TK 120/75, P 98, D 24, SpO2 96%, TT 36,7 °C) – všeobecná sestra
- 11:06 – pacientka si stěžuje na zvyšující se bolest operační rány, udává bolest č. 4 dle numerické škály bolesti (0-10)
- 10:07 – dle ordinace lékaře aplikována 1 ampulka Novalginu 5ml v F1/1 100ml i. v. – všeobecná sestra u lůžka
- 11:08 – doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí podán kyslík brýlemi - sestra u lůžka
- 11:10 – kontrola fyziologických funkcí (TK 115/70, P 85, D 20, TT 36,7°C, SpO2 98% podpora kyslíkem 2-3 litry za minutu kyslíkovými brýlemi) – všeobecná sestra

- 11:15 – kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, dle numerické škály bolesti udává bolest číslo 2
- 11:45 – pacientka je v klidu a spí, ukončena oxygenoterapie
- 11:55 – kontrola fyziologických funkcí (TK 115/70, P 85, D 20, TT 36,7°C, SpO2 96%) – všeobecná sestra
- 12:15 – kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) pacientka udává bolest číslo 3 dle numerické škály bolesti (0-10)
- 12:35 – kontrola fyziologických funkcí (TK 117/70, P 95, D 20, TT 36,7°C, SpO2 96%) – všeobecná sestra
- 12:45 – pacientka udává výrazný ústup bolesti, nyní intenzita bolesti 7
- 12:50 – kontrola fyziologických funkcí (TK 130/70, P 110, TT 36,9 °C)
- 12:55 – po konzultaci s ošetřujícím lékařem podána 1 ampulka Dipidoloru 2ml i. m. - sestra u lůžka
- 13:15 – kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu, nynější bolest hodnotí číslem 5
- 12:30 – pacientka je v klidu, spí
- 12:50 – kontrola fyziologických funkcí (TK 118/82, P 72, D 19, TT 36,7°C, SpO2 97%)
- 14:00 – pacientka udává výrazný ústup bolesti, nyní intenzitu bolesti hodnotí číslem 2 (po rehabilitačním cvičení)
- 15:10 – pacientka je v klidu, má návštěvu, čte
- 15:50 – kontrola fyziologických funkcí (TK 119/85, P 72, D 19, TT 36,7°C, SpO2 97%)
- 16:10 – příbuzní pacientky jsou informováni o stavu, snaží se maximálně spolupracovat – přinesli relaxační hudbu, kterou pacientka doma ráda poslouchá
- 16:50 – kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, dle numerické škály bolesti udává bolest číslem 2, pacientka zaujímá úlevovou polohu
- 17:30 – pacientka udává mírný vzestup bolesti, hodnotí dle numerické škály číslem 4
- 17:40 – dle ordinace lékaře pacientce aplikován Novalgin 5ml v 100ml FR1/1
- 18:00 – kontrola fyziologických funkcí (TK 123/85, P 82, D 19, TT 36,7°C, SpO2 97%)

Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech 1 ampulka Dipidoloru 2ml i. m. po 8 hodinách a 5 ml Novalginu i. v. po 6 hodinách.

Kontrola intenzity bolesti prováděna každou hodinu, pokud pacientka spí, není buzena.

Hodnocení

5. 11. 2015: Pacientka je schopna vystihnout bolest dle numerické škály bolesti, pacientka zaujímá úlevovou polohu na boku s pokrčenými nohama, při které ucítila mírnou úlevu. Funkci signalizačního zařízení pochopila. Vždy při intenzivní bolesti byla aplikována analgetika dle OL. Po aplikaci analgetik cítila úlevu od bolesti, udávala bolest dle numerické škály číslem 3 a méně. Krátkodobý cíl byl u pacientky splněn.

24. 11. 2015: V den propuštění pacientky do domácí péče udává bolest č. 2 dle numerické škály bolesti. Dlouhodobý cíl byl u pacientky splněn.

Realizace: 6. 11. 2015-7.11 od 6:00-18:00

Pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem při sledování intenzity bolesti, pravidelně (à 1 hodina).

Zdravotní sestra v pravidelných intervalech provádí záznam do ošetrovatelské dokumentace do formuláře sledování bolesti.

Bolest u pacientky má v průběhu sledovaných dnů klesající tendence.

Pacientce jsou aplikována analgetika dle ordinace lékaře Novalgin 5 ml v100 ml FR1/1 á 6 hodin, Dipidolor 2ml i. m. á 8 hodin.

Pacientka v průběhu dne využívala metodu odpoutávání, před spaním poslouchala relaxační hudbu, sledovala televizi, četla knihu, přes noc spala nepřetržitě 4 hodiny.

V průběhu dne dvakrát zaujímala úlevovou polohu bez spolupráce zdravotní sestry i ve spolupráci se sestrou.

Fyziologické funkce (TK, P, D, TT,SpO2) byly kontinuálně monitorovány přístrojem (á1hodina) a vše bylo pečlivě zaznamenáváno do dokumentace pacientky.

Hodnoty TK, D, TT,P, SpO2 nepřekročily fyziologickou hranici ve dnech 6. - 7. 11. 2015.

7. 11. 2015 13:30 hodin se u pacientky zvýšila pulzová frekvence na 105 minutu, lékař byl informován a byl proveden záznam do dokumentace.

Hodnocení: 6. - 7. 11. 2015

Pacientka udává, že pociťuje velké zmírnění bolesti po aplikaci analgetik, udává klesající intenzitu dle numerické škály bolesti číslem 2 až 1 v průběhu dvou tří dnů hospitalizace.

Analgetická terapie je přínosná, pacientka aktivně spolupracuje při sledování intenzity bolesti. V případě nutnosti automaticky zaujímá úlevovou polohu na boku s pokrčenýma nohama.

Pacientka je plně informovaná o příčinách vzniku bolesti a ví, že v případě potřeby má ihned informovat zdravotní sestru. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Cítí se na oddělení bezpečně, kladně vnímá spolupráci s rodinou, která je informována o jejím aktuálním zdravotním stavu. Před spaním poslouchá relaxační hudbu, čte a sleduje televizi.

Riziko infekce (00004)

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví (NANDA, 2016, s. 345).

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Rizikové faktory:

- nedostatek znalostí, jak se nevystavovat patogenům,
- porušená kůže (intravenózní katetrizace, invazivní postupy, operační rána),
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka nemá projevy místní ani celkové infekce po dobu zavedení centrálního žilního katétru, permanentního močového katétru, drénu (penrose). Okolí operační rány je do konce hospitalizace klidné a bez známek zánětu.

Cíl krátkodobý:

Pacientka je informována o zásadách prevence vzniku infekce do 24 hodin.

Priorita:

- střední

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny a rizikové faktory.

Pacientka umí předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku do 24 hodin.

Pacientka usiluje o včasné zhojení ran dodržováním léčebného režimu dle doporučení ošetrovatelského zdravotnického personálu.

Plán intervencí:

- 1) Pátřej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyl, sutur, chirurgických incizí a ran – denně, během služby, všeobecná sestra.
- 2) U všech invazivních postupů pečlivě dodržuj sterilní techniku - denně a při převazu, všeobecná sestra.
- 3) Denně ošetři incize a místa vstupů vhodným dezinfekčním roztokem – při převazu, všeobecná sestra.
- 4) Dle potřeby nebo indikace měň obvazy – několikrát za den, všeobecná sestra.
- 5) Pravidelně pečuj o močový katétr. Dbej na důkladnou hygienu močových cest a ústí dezinfikuj dezinfekcí na sliznici Skinsept mucosa, účinný způsob, jak snížit riziko ascendentní infekce močových cest – denně, všeobecná sestra.
- 6) Edukuj o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány a bránit rozšíření infekce do 24 hodin - všeobecná sestra.
- 7) Edukuj pacientku v rámci pooperační přípravy, jak snížit riziko pooperační infekce (péče o rány) do 24 hodin - všeobecná sestra.
- 8) Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra
- 9) O všech možných komplikacích informuj ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra

Realizace:

7:00 převaz operační rány a invazivních vstupů aseptickým způsobem

7:30 pečlivý záznam do dokumentace

9:00 kontrola operační rány a invazivních vstupů, kontrola možných známek infekce.

U pacientky jsem každý den kontrolovala invazivní vstupy (jejich délku zavedení a funkčnost). Kontrola invazivních vstupů, operačních ran a krvácení operační rány probíhala za aseptických podmínek. Během ošetřování jsem neshledala známky počínající infekce. Ošetření jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Pacientku jsem edukovala o tom, jak rozpoznat známky počínající infekce a o nutnosti dodržování léčebného režimu.

Hodnocení:

Cíle byly splněny. Pacientka pochopila příčiny infekce. Uměla předcházet infekci sledováním operačních ran, drénů a centrálního žilního katétru. U pacientky se po dobu hospitalizace nevyskytly žádné známky infekce (okolí centrálního žilního katétru bylo klidné, operační rána se hojila per primam, okolí drénů bylo bez známek zánětu). Pacientka dodržuje léčebný režim a doporučení ošetřujícího personálu.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů* (NANDA, 2016, s. 370).

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory:

nevyvážená výživa – obezita

chirurgický zákrok

Dlouhodobý cíl:

U pacientky se operační rána zhojí per primam do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý:

Pacientka je edukována o zásadách péče o operační ránu do 1. dne.

Priorita:

- střední

Očekávané výsledky:

Pacientka nebude cítit bolest při převazu operační rány během hospitalizace.

Pacientčina operační rána se bude hojit per primam během hospitalizace.

Pacientka je poučena o zásadách převazu operační rány – při převazu rány.

Pacientka je edukována o možných komplikacích hojení ran, je schopna zaregistrovat je a informovat o nich zdravotnický personál – do 2. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

- 1) Dodržuj zásady asepse při každém převazu – všeobecná sestra, vždy.
- 2) Prováděj převaz dle ordinace lékaře, sleduj proces hojení rány – všeobecná sestra, při převazu.
- 3) Podle potřeby proved' převaz rány – všeobecná sestra, průběžně.
- 4) Sleduj proces hojení rány – všeobecná sestra, při převazu.
- 5) Prováděj zápis do dokumentace ran – všeobecná sestra, při převazu.
- 6) Pravidelně monitoruj prosakování a stav okolí operační rány, o komplikacích informuj lékaře, – všeobecná sestra průběžně.
- 7) Sleduj místní a celkové známky infekce – všeobecná sestra, průběžně.
- 8) Dle ordinace lékaře podávej analogickou terapii – všeobecná sestra, průběžně.
- 9) Edukuj pacientku o možných komplikacích hojení ran – všeobecná sestra, do 3 hodin.
- 10) Edukuj pacientku o důležitosti čistoty v okolí rány – všeobecná sestra, do 3 hodin.
- 11) Podávej antibiotika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace

- 07:00 – operační rána je asepticky převázána, rána a okolí jsou bez známek infekce.
- 07:30 – proveden důkladný zápis do ošetrovatelské dokumentace.
- 17:30 – pacientce byl proveden převaz operační rány, rána je bez známek infekce, okolí je bez zarudnutí.
- 18:00 – proveden důkladný zápis do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl je splněn částečně, tkáňová integrita ještě není zcela obnovena.

5.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Po stabilizaci stavu byla pacientka přeložena z ARA na oddělení intenzivní péče transplantační chirurgie. Pacientka trpěla v prvních pooperačních dnech intenzivními bolestmi, které se pomocí aplikace analgetik a úlevové polohy podařilo vždy zmírnit, bolest byla snesitelnější a postupně téměř vymizela.

Operační rána se každý den za aseptických podmínek převazovala. Převaz probíhal vždy pod kontrolou ošetřujícího lékaře. Operační rána byla po dobu hospitalizace pacientky klidná, bez známek místní infekce, bez sekrece. Na operační ránu se používala dle ordinace lékaře dezinfekce Betadine a sterilní krytí. Invazivní vstupy se u pacientky převazovaly též každý den. Centrální žilní katétr byl po dobu hospitalizace pacientky funkční, klidný, nejevil žádné známky infekce. Převaz CŽK probíhal každý den po pacientčině hygieně. Okolí centrálního žilního katétru se dezinfikovalo Cutaseptem, místo se nechalo zaschnout, a poté se přes invazivní vstup dala průhledná folie zvaná Tegaderm. Pacientka měla zavedený permanentní močový katétr, každý den probíhala pečlivá hygiena genitálu, pomocí dezinfekce Skinsept Mucosa. Pacientka byla po dobu hospitalizace bez známek močové infekce. Okolí břišního drénu penrose bylo klidné, bez známek okolního poškození kůže. Drén odváděl malé množství serosangvinozního sekretu. Každé den po ranní hygieně pacientky se penrose převazoval. Drén se vyčistil pomocí sterilního čtverce od medúz a okolí drénu se vyčistilo a promazalo ochrannou pastou. Na drén se každý den dával nový urostomický sáček. Drén měla pacientka do 15. pooperačního dne.

Hygiena u pacientky probíhala ze začátku na lůžku s pomocí zdravotnického personálu. K postupné mobilizaci pacientky jsme začali chodit do sprchy, nejprve s pomocí zdravotní sestry a od 10. pooperačního dne chodila do sprchy sama.

Pacientka se začala postupně s pomocí fyzioterapeuta aktivizovat u lůžka a následující dny i mimo lůžko, kdy zvládla chůzi pomocí vozítka a doprovodu fyzioterapeuta.

Pacientka byla napojena na monitorovací funkce, kde se á 1 hodina měřil krevní tlak a saturace. U pacientky se dále v pravidelných intervalech kontrolovala glykémie, tělesná teplota, příjem a výdej tekutin, byla prováděna kontrola bolesti a kontrola pravidelného vyprazdňování.

Pacientka trpěla obavami ze samotného náročného operačního výkonu, pooperační péče a měla starost, jak vše bude zvládat. V nejtěžších chvílích jí pomohla rodina, která za pacientkou každý den docházela a podporovala ji, a zdravotnický personál, který též po celou dobu hospitalizace dodával pacientce spousty sil. Během hospitalizace měla pacientka potíže se spánkem, často se v noci budila a nemohla již znovu usnout. Od ošetřujícího lékaře jí byl naordinován Stilnox 10mg, který problém zmírnil. Během hospitalizace byla pacientka spokojena s péčí, která jí byla na transplantačním oddělení intenzivní péče poskytnuta.

5.10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky zkušenostem z odborné praxe a čerpání poznatků na téma transplantace jater z odborné literatury, uvádím následné doporučení pro všeobecné sestry a pacienty.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- přistupovat ke každému pacientovi individuálně a s trpělivostí,
- napomáhat pacientovi k aktivní rehabilitaci,
- nepřetržitě pacienta edukovat, poskytovat mu cenné rady a motivovat ho,
- spolupracovat s blízkými osobami pacienta,
- aktivně vyhledávat potřeby nemocného a uspokojovat je,
- celoživotně se vzdělávat v oboru intenzivní péče a chirurgie a využívat nových trendů a postupů v ošetrovatelské péči o pacienty po transplantaci jater.

Doporučení pro pacienty:

- nemít obavy z prosby o pomoc druhých,
- tázat se na všechny nejasnosti,
- pokračovat v aktivním dodržování léčebného režimu zavedeného ošetřujícím lékařem,
- chodit pravidelně na prohlídky ke svému ošetřujícímu lékaři.

Doporučení pro rodinu:

- snažit se být pro pacienta oporou,
- získat dostatek informací o daném onemocnění, nebát se navštívit psychologa,
- trpělivě se snažit pacienta pozitivně motivovat.

ZÁVĚR

Transplantace jater znamenají obrovský zásah, který nezačíná a ani nekončí chirurgickým zákrokem. Pacient a jeho nejbližší vyžadují sociální a psychologickou podporu. Potřebují celoživotní lékařský dohled spolu s velmi nákladnou farmakoterapií, zejména imunosupresivní a antibiotickými léky. Cílem mé bakalářské práce bylo seznámit se a prohloubit si informace o ošetrovatelské péči po transplantaci jater. Tyto cíle se podařilo splnit. Pokusila jsem se o shromáždění dostatečného množství informací.

Ke zpracování teoretické části práce jsem nejprve nastudovala dostupnou literaturu. V teoretické části se věnuji především historickému vývoji transplantací jater. Dále se zmiňuji o dělení transplantací, transplantační legislativě, o důležitosti souhlasů s odběrem orgánů. Také se zabývám problematikou indikací, které vedou k transplantaci jater. V práci nechybí ani možné komplikace, které se mohou objevit po tak náročném výkonu. Dále věnuji velkou pozornost ošetrovatelské péči o pacienty na jednotkách intenzivní péče a specifické ošetrovatelské problematice o pacienty po transplantaci jater.

Praktická část se věnuje jedné konkrétní pacientce, která byla přijata na transplantační oddělení intenzivní péče v IKEMu v Praze pro náhlé silné bolesti pravého hypogastria. Jednalo o důvod k transplantaci jater pro těžkou, akutní absedující cholangioitidu při známé trombóze a. hepatica, kdy byla v těžkém septickém šoku indikována k OLTx s urgencí 3.

Cílem této práce byl detailní popis případové studie, průběh ošetrovatelského péče u pacientky po transplantaci jater a určení nejčastějších ošetrovatelských problémů. Z našeho hlediska šlo o komplexní ošetrovatelskou péči. Prioritou plnění potřeb pacientky byla snaha o její navrácení do běžného života. Během hospitalizace jsme odstranili intenzivní bolest, která se u pacientky vyskytovala v pooperačním období a zhoršovala tak kvalitu jejího života. Pacientka každý den udělala obrovský pokrok, co se týče stravy, hygieny, rehabilitace. Byla velice pečlivá a dodržovala veškerá doporučení ošetřujícího personálu. Její aktivní přístup se ve spolupráci s ošetřujícím personálem podílel na tom, že se operace obešla bez závažných komplikací. Nesmírně si cením toho, že mohu být součástí zdravotnického týmu

transplantační chirurgie intenzivní péče. Již za krátkou dobu svého působení jsem se naučila mnoho nového a setkala jsem se spoustou zajímavých případů. Intenzivní péče o pacienty po transplantaci je velice náročná a komplexní.

Na závěr byla ze všech získaných informací a zkušeností vypracována doporučení pro praxi, určená pro pacienty, ošetrovatelský personál a rodiny pacientů. Největší odměnou pro zdravotnický personál je vždy možnost vidět kvalitní péči odvedenou na oddělení a uzdraveného pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALÁŽ, P. a H. MERGENTA, 2006. *Transplantace v experimentu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-366-4.

BALÁŽ, P., J. JANEK a M. ADAMEC, 2011. *Odběry orgánů k transplantaci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1964-4.

ERHMANN, J., 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1048-X.

CHOPRA, S., 2006. *Játra: Diagnóza Terapie Rekonvalescence*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-221-7.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-802-4718-309.

Legislativa [online]. Koordinační středisko transplantací. 2014. [cit. 11 -10 - 2015]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/odborne-informace/legislativa/>.

LUKÁŠ, K. a L. ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1787-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Vysokoškolská skripta – text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1211-3.

PETECHUK, D., 2006. *Organ transplantation*. Westport, Conn.: Greenwood Press, ISBN 9780313335426.

Sharepoint [online]. 2015. *Ošetrovatelské dokumentace*. [cit. 2015-10-20] Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%C5%99ovatel%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncept%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-2474414-8.

SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2270-2.

SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3130-8.

STUDENTÍK, P. a P. NĚMEC, 2008. *Transplantace jater*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, 10(9), 1012-1017. ISSN 1212- 4184.

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

ŠPIČÁK, J., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1783-8.

Transplantace [online]. Česká Transplantační Společnost. 2007. [cit. 11. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.transplantace.eu/jatra/leky.php>.

TRUNEČKA, P. a M. ADAMEC, 2009. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1671-1.

TŘEŠKA, V., 2002. *Transplantologie pro mediky*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0331-4.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 97880-7345-202-5.

ZADÁK, Z. a E. HAVEL, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZAVORAL, M., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7254-902-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Protokol k provádění sběrů podkladů.....	I
Příloha B - Rešerše	II
Příloha C - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	III

Příloha A Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Hrušovská Jana	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.CVS
Téma práce	Ošetrovatelská péče u pacienta po transplantaci jater	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	IKEM transplantační chirurgie intenzivní péče	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, PhDr. Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Eva Marková</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Mgr. Martina Šochmanová, MEd.</i>	

KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY
 Úsek ošetrovatelské péče a kvality
 náměstkyně ředitele – hlavní sestra
 140 21 Praha 4-Krč, Vídeňská 1958/3

v *Prase* dne *20.12.2015*

Hrušovská
podpis studenta

Příloha B Rešeršní protokol

Téma rešerše: Transplantace jater

Žadatel: Jana Hrušovská, DiS.

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina

Klíčová slova v češtině:

Transplantace jater, játra, transplantace orgánů, odběr tkání a orgánů, imunosuprese, komplikace, anatomie, fyziologie, dějiny, zákonodárství a právo, ošetrovatelská péče, ošetřování, škodlivé účinky

Klíčová slova v angličtině:

Liver Transplantation, Nursing Care, Nursing, History, Postoperative Complications, Immunosuppression, Tissue and Organ Harvesting

Časové vymezení:

V českých zdrojích: 1995-2015

V zahraničních zdrojích: 2005-2015

Druhy dokumentů:

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: 169 záznamů/ plné texty: 41

Zahraniční zdroje: 84 záznamů / plné texty: 35

Základní prameny: Medvik (knihovny Medvik+Bibliographia medica Českoslovaca), CINAHL, Medline, Theses, Google

Zpracoval: Mgr.Lojdová, NLK

23.12.2015

Příloha C Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacientky po transplantaci jater v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta