

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA MYDLIAROVÁ, DiS.

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

JANA MYDLIAROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2016



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

Mydliarová Jana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou

Nursing Process for Patients with Liver Cirrhosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

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

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
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 31. 5. 2016

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Belejové, PhD., za odborné vedení, trpělivost, ochotu a čas, který mé práci věnovala.

ABSTRAKT

MYDLIAROVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2016. 57 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce je zaměřená na základní charakteristiku daného onemocnění, epidemiologii, klasifikaci, příčinu, klinický obraz, diagnostiku, komplikace a léčbu jaterní cirhózy. Na závěr teoretické části práce je zmínka o jaterní dietě a nutriční výživě.

Praktická část práce obsahuje ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s alkoholickou jaterní cirhózou na interním oddělení.

Klíčová slova:

Ascites. Cirhóza jater. Jícnové varixy. Portální hypertenze.

ABSTRACT

MYDLIAROVÁ, Jana. *Nursing Process for Patient with Liver Cirrhosis*. College of Nursing, o.p.s. Degree of classification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague. 2016. 57 pages.

The topic of the bachelor thesis is the nursing process for the patient with the liver cirrhosis. The bachelor thesis is divided to the theoretical and to the practical part.

The theoretical part is based on the basic characteristic of the disease, the epidemiology, the classification, the cause, the clinical status, the diagnostics, the therapy and the complication of the liver cirrhosis. In the end of the theoretical part of the bachelor thesis is the mention about the liver diet and the nutritional food.

The practical part of the bachelor thesis contains the nursing process for the patient with the alcoholic liver cirrhosis on the internal department.

The keywords:

The ascites. The liver cirrhosis. Oesophageal varices. The portal hypertension.

PŘEDMLUVA

Jaterní cirhóza je v podstatě pro mnohé z nás známé onemocnění. Většinou je jaterní cirhóza přiřazována do spojitosti s alkoholem. Jsou, ale i tací, kteří onemocněli jmenovaným onemocněním, ale s alkoholem nemají žádnou spojitost. Jedná se například o pacienty, kteří prodělali v minulosti virovou hepatitidu C, nebo mají k tomuto onemocnění genetickou dispozici, nebo se jedná o pacienty, kteří užívali nadměrné množství chemicko-toxických látek, například organická rozpouštědla.

K výběru tématu bakalářské práce mě dovedly zkušenosti s ošetřováním nemocných s daným onemocněním. Pracuji na interním oddělení v Jesenické nemocnici a zde ročně ošetříme desítky nemocných s jaterní cirhózou, zejména, kdy je příčinou nadměrné užívání alkoholu.

Materiály ke zpracování bakalářské práce jsem získala z knih zabývajících se danou problematikou, vypůjčené z Moravskoslezské vědecké knihovny v Ostravě, dále jsem čerpala z odborných zdravotních časopisů, internetu, zdravotnické dokumentace pacienta a samotným rozhovorem s pacientem trpící alkoholickou jaterní cirhózou.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 JATERNÍ CIRHÓZA.....	15
1.1 DEFINICE POJMU.....	15
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	15
1.3 KLASIFIKACE A ETIOLOGIE.....	16
1.4 KLINICKÝ OBRAZ	17
1.5 DIAGNOSTIKA.....	19
1.6 KOMPLIKACE.....	20
1.6.1 PORTÁLNÍ HYPERTENZE.....	20
1.6.2 JÍCNOVÉ VARIXY	21
1.6.3 ASCITÉS.....	22
1.6.4 CHOLESTÁZA.....	23
1.6.5 HEPATORENÁLNÍ SYNDROM.....	24
1.6.6 JATERNÍ SELHÁNÍ.....	24
1.6.7 JATERNÍ ENCEFALOPATIE.....	25
1.6.8 HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM JATER NAPODKLADĚ JATERNÍ CIRHÓZY.....	26
1.7 TERAPIE.....	27
1.7.1 KONZERVATIVNÍ.....	28
1.7.2 CHIRURGICKÁ.....	28
1.8 JATERNÍ DIETA A NUTRIČNÍ VÝŽIVA.....	30
1.9 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ S JATERNÍ CIRHÓZOU.....	31
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELCKÉ PÉČE U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU.....	33
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	35

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ	
CIRHÓZOU.....	38
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	68
ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquiredimmunodeficiency syndrome Syndrom získaného selhání obranyschopnosti
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	Aspartátaminotransferáza
CRP	C - reaktivní protein
ELFO	Elektroforéza
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
GIT	Gastrointestinální trakt
GMT	gamaglutamyltransferáza
HBsAg	Australský antigen
IgA	Imunoglobulin A
IgG	Imunoglobulin G
IgM	Imunoglobulin M
INR	International Normalization Ratio (vyjádření hodnoty Quickova testu)
LDH	Laktikodehydrogenáza
MELD	Model for end-stage liver disease (klasifikace, která určuje indikace k transplantaci jater)
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
SpO₂	Saturace krve kyslíkem
TACE	Transarteriální chemoembolizace
TIPS	Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka
TNM	Způsob klasifikace zhoubných nádorů
VAS	Vizuální analogová škála

(VOKURKA, HUGO, 2008)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Albumin	hlavní bílkovina lidské krve, tvoří se v játrech
Alfa – fetoprotein	bílkovina tvořená játry
Amanitin	cyklický peptid s velkou toxicitou
Amenorea	vynechání menstruačního krvácení
Atrofie	zmenšení normálně vyvinutého orgánu
Axilární ochlupení	týkající se podpaží
Benzodiazepiny	skupina léků psychofarmak
Bilirubin	žlučové barvivo oranžově červené barvy
Ceruloplazmin	transportní bílkovina pro měď
Disacharidy	sacharid tvořený dvěma jednoduchými cukry
Distální	vzdálený, umístěný na opačné straně než je počátek
Duplexní	dvojitý
Exkoriace	oděrka
Ferritin	bílkovina sloužící k uložení železa v buňce
Fibróza	zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně
Flapping tremor	třes rukou, připomínající třes rukou
Foetor hepaticus	typický zápach pacientů v jaterním kómatu
Gastropatie	obecný název pro onemocnění žaludku
Gradient	spád, pokles určité hodnoty
Hemateméza	zvracení krve, nebo zvracení s příměsí krve
Hemochromatóza	vzácné dědičné onemocnění s nadměrným vstřebáváním železa ve střevě a jeho hromadění v různých orgánech těla
Hemoragická diatéza	krvácivost
Hyperventilace	zrychlené a prohloubené dýchání
Hypomenorea	snížená intenzita menstruačního krvácení
Hypovolemie	snížení objemu obíhající krve
Imunosupresivní léky	léky potlačující imunitní reakce
Insuficience	nedostatečnost, selhávání
Kadaverózní orgány	mrtvolný, pocházející z mrtvol, od zemřelého člověka

Kolaterální oběh	postranní oběh, vede krev do týchž oblastí jako céva hlavní
Kortikosteroidy	steroidní hormony tvořené kůrou nadledvin
Kreatinin	látka vznikající ve svalech z kreatininu, její koncentrace odráží funkci ledvin
Latentní	skrytý, bezpříznakový
Letargie	chorobná spavost, netečnost
Leukopenie	snížený počet bílých krvinek
Luminum	týkající se průsvitu dutého orgánu
Morfologie	věda studující stavbu a tvar lidského těla a jeho částí
Mortalita	úmrtnost
Neurosteroidy	steroidní hormony vznikající v mozku
Oligurie	malé množství moči vytvořené za 24 hodin
Palmární erytém	zarudnutí dlaní
Paracentéza	propíchnutí dutého orgánu těla a vypuštění jeho obsahu
Parenchym	vlastní funkční tkáň některých orgánu, každá je pro každý orgán specifická
Pavoučkové névy	hvězdičkovité rozšíření tepének červené barvy
Petechie	drobné tečkovité krvácení do kůže či sliznic
Porfyriny	látky, které jsou předchůdci tzv. prekurzory
Pubické ochlupení	ochlupení kolem genitálií
Rejekce	odvržení například transplantátu
Reverzibilní	zvratný
Sinusoidy	drobné cévy v játrech, slezině a lymfatických uzlinách
Sklerotizace varixů	aplikace sklerotizující látky, která po vyvolání drobného zánětu způsobí zajizvení a uzavření žilních městků
Statiny	léčiva ke snížení koncentrace cholesterolu v krvi
Steatóza	ztukovění, nahromadění tuku v tkáních a buňkách
Stelátové buňky	buňky skladující tuky
Subfebrilie	zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38°C
Subklinický	označuje průběh nemoci a jejich příznaky
Transudát	tekutina hromadící se v tělních dutinách
Triglyceridy	neutrální tuk tvořený třemi mastnými kyselinami a glycerolem

Trombocytopenie	nedostatek krevních destiček
Urobilinogen	látko vznikající z bilirubinu činností střevních bakterií
Vena coronaria ventriculi	žíla žaludku nacházející se podél malého zakřivení žaludku
vv. oesophagei	jícnové žíly

(VOKURKA, HUGO, 2008)

ÚVOD

„Existují tisíce nemocí, ale jen jedno zdraví.“

(Karl Ludwig Borne)

U jaterní cirhózy je typický pozvolný průběh. První příznaky nemoci se většinou vyskytují, až jsou játra z větší části poškozena. Cirhóza se projevuje jako chřipkové onemocnění, kdy dochází k oslabení organismu, únavě a nechutenství. Proto jsou velice důležité pravidelné kontroly u lékaře. Ten dle výsledků naordinuje správnou léčbu a doporučí jaterní dietu. V posledních letech výskyt jaterní cirhózy stoupá nejen u mužů, ale i u žen, vlivem tzv. syndromu opuštěného hnízda. Častou příčinou smrti není samotná jaterní cirhóza, ale komplikace, které vlivem cirhózy vznikají.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část je věnována charakteristice onemocnění, epidemiologii, klasifikaci, etiologii, klinickému obrazu, diagnostice, komplikacím a léčbě jaterního onemocnění. V závěru teoretické části práce je zmíněna jaterní dieta a nutriční výživa.

Praktická část práce je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s alkoholickou jaterní cirhózou, který byl hospitalizován na interním oddělení. Dle získaných údajů z ošetrovatelské dokumentace a rozhovorem s pacientem byly sestaveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které jsme podrobně rozpracovali.

Cílem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s jaterní alkoholickou cirhózou.

1 JATERNÍ CIRHÓZA

Jaterní cirhózu nebo spíše cirhotické změny znali již Řekové a Římané. Název cirhóza je odvozen od řeckého slova „kirrós“, které se používalo k označení scvrklých, žlutých, tvrdých, pod nožem skřípajících jater (EHRMANN et al., 2010).

1.1 DEFINICE POJMU

Jaterní cirhóza je označována jako difuzní progredující proces, charakterizovaný chronickým zánětem jaterního parenchymu, nekrózou hepatocytů, uzlovitou regenerací jejich zbytků a v neposlední řadě zmnožením vaziva. Jaterní cirhóza je většinou konečnou a nevratnou fází většiny chronických jaterních chorob. *„Přechod od chronických zánětlivých změn a fibrózy do stádia jaterní cirhózy je postupný a je obtížné jej přesně stanovit“* (EHRMANN et al., 2010, s. 399).

Výsledkem daného onemocnění je přestavba architektury jater v cirhotické uzly. Za závažnou a život ohrožující komplikaci je zejména portální hypertenze (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Cirhóza se vyskytuje na celém světě a může prakticky postihnout kohokoliv, nezáleží na rase, pohlaví ani věku obyvatelstva. Uvádí se častější výskyt ve městech, u populace sociálně slabších, ale v posledních pár letech její výskyt stoupá u dobře zaopatřených žen středního věku, které se uchylují k alkoholismu při tzv. syndromu opuštěného hnízda. Úmrtnost na jaterní cirhózu je uváděno nejnížší v severských zemích, naopak nejvyšší ve Francii, Německu a Španělsku. U nás v České republice je uvádělo 15 úmrtí na cirhózu na 100 000 obyvatel. Onemocnění nepříznivě ovlivňuje nejen život pacienta, ale je i velkou ekonomickou zátěží pro rodinu a stát. Jaterní cirhóza zkracuje život v průměru o 10 let ve srovnání s populací nealkoholiků (EHRMANN et al., 2010), (BRODANOVÁ, VAŇÁSEK, 2001).

1.3 KLASIFIKACE A ETIOLOGIE

Jaterní cirhózu můžeme klasifikovat dle morfologie, etiologie a klinických projevů.

Hodnocení podle morfologie je zaměřeno na velikost uzlů v jaterním parenchymu a dělí se na cirhózu:

- **Mikronodulární cirhózu** - tento typ je charakterizovaný uzly menšími než 3 mm, které jsou obklopeny fibrózní tkání, kde je postižen každý lalůček. Tento typ se nejčastěji nalézá u alkoholické cirhózy a obstrukci žlučových cest.
- **Makronodulární cirhózu** - uzly se vyskytují v různých velikostech od 3 mm do několika centimetrů. Nejčastěji se objevují u virových hepatitid. Tato cirhóza představuje pozdní typ mikronodulární cirhózy.
- **Smíšenou cirhózu** - nacházíme změny jak mikronodulární tak makronodulární (EHRMANN et al., 2010).

Existují nejrůznější klasifikace hodnotící pokročilost jaterní cirhózy a to dle klinických projevů. Na základě údajů můžeme určit prognózu pacienta i zásadně měnit léčebné metody.

„Pro hodnocení pokročilosti onemocnění se standardně používá Childonova-Pughova klasifikace, která v sobě zahrnuje posouzení stupně jaterní insuficience i portální hypertenze. Pro účely indikace k transplantaci se v dnešní době využívá tzv. MELD skóre, zahrnující kromě jaterních funkcí i hodnocení renálního postižení“ (EHRMANN et al., 2010, s. 399).

Skórovací systém dle Childa a Pughy není v poslední době využíván u nemocných s mnohočetnými nádorovými metastázami v játrech a proto se využívá už jen pouze v hepatologických studiích. Klasifikace posuzuje hodnoty bilirubinu, albuminu, protrombinového času a přítomnost či nepřítomnost encefalopatie a ascitu. Childova klasifikace poskytuje i posouzení krátkodobé prognózy nemocného (skupiny podle Child B, C vykazují horší prognózu, než skupina Child A). Klasifikace rozděluje pacienty s onemocněním do tří skupin dle závažnosti choroby. V MELD skóre zahrnuje

koncentraci kreatininu, bilirubinu v séru a hodnotu INR. MELD skóre je využíváno i v České Republice.

V České republice je nejčastější příčinou virová hepatitida typu B a chronická virová hepatitida typu C (odhaduje se přibližně 30 % případů). Alkohol (ten je zhruba příčinou 50 % případů), popřípadě kombinace těchto dvou faktorů. Vznik cirhózy není podmíněn druhem užívaného alkoholu, ale denním užíváním a množstvím vypitého alkoholu po dobu zhruba 10 let. Odhadované množství alkoholu k vyvolání cirhotické přestavby je 30-60 g alkoholu denně u mužů (příklad 1200 ml 12° piva), 20 g denně u žen (příklad 200 ml vína).

U virové hepatitidy C je přechod infekce do chronického stádia velmi vysoký, dochází k 70–90 % pravděpodobnosti. Další příčiny jsou prodělaná předchozí onemocnění žlučových cest, srdeční nedostatečnost, autoimunitní onemocnění (primární biliární cirhóza), dědičná onemocnění (Wilsonova choroba), účinky houbových jedů (amanitin), chemické toxické látky (organická rozpouštědla), steatóza jater a jiné (BRODANOVÁ, VAŇÁSEK 2001), (PŘÍBRAMSKÁ, HUSOVÁ, 2007).

Jestliže budeme hledat jiné příčiny cirhózy, je třeba se zaměřit na screeningové vyšetření, které zahrnuje:

- železo, feritin, saturaci Fe,
- sérologii hepatitid B a C,
- porfyriny, autoproti látky, ceruloplazmin.

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Je velmi variabilní, od naprosté absence obtíží přes nespecifické dyspeptické potíže až ke vzniku jaterního selhání. Přibližně 30-40 % nemocných bezpříznakových je deset i více let (NAVRÁTIL, 2008).

Formy jaterní cirhózy:

1. **Asymptomatická cirhóza** takzvaně bezpříznaková forma, je rozpoznána náhodně, například při vyšetření nemocného z jiného zdravotního důvodu. Jejich počet se odhaduje přibližně na 20 %.
2. **Kompenzovaná cirhóza** (latentní, subklinická) forma je provázená řadou nespecifických příznaků.
3. **Dekompenzovaná cirhóza** (pokročilá) forma je charakterizována příznaky, které již samy stačí k diagnóze cirhózy.

Klinické nálezy jaterní cirhózy

Kompenzovaná cirhóza je známa příznaky zejména anorexií, nauzeou, břišním diskomfortem v pravém podžebří, meteorismem, pocitem slabosti a únavy, poruchy spánku, subfebriliemi až febriliemi, foetor hepaticus, nechutenstvím některých jídel i alkoholu. U žen se vyskytují poruchy menstruačního cyklu (hypomenorea až amenorea). Dalšími příznaky jsou ikterus, který je charakterizován žlutavě zabarvením tkání, které se nejčastěji vyskytují na kůži a sklérách. Zbarvení je způsobeno vzestupem hladiny bilirubinu v séru a také zvýšenou hladinou barviva můžeme pozorovat na tmavě zabarvené moči. Dále zvýšená krvácivost do kůže (hematomy), sliznic, podkoží, ale i masivní krvácení z jícnových varixů. Jindy na onemocnění upozorní retence tekutin s otoky a ascitem. Nejvýznamnějším objektivním nálezem u kompenzované formy je hepatomegalie, kdy játra jsou tuhá, okraj je ostrý. Postupně se zvětšuje slezina, rozvíjí se další příznaky onemocnění a postupně se přechází v konečné stadium cirhózy. Ve fázi kompenzované cirhózy pacienti přežívají odhadem více než pět let, ale pokud se objeví komplikace, období přežití se zkracuje na dva roky.

U dekompenzované cirhózy se rozvíjí ascites, otoky dolních končetin, vyskytují se četné příznaky kožní především ikterus, pavoučkové névy, které při vinutí tlaku vyblednou. Nejčastěji je nacházíme v oblasti obličeje, krku, horních končetin a hrudníku. Dalšími příznaky jsou paličkovité prsty, palmární erytém, obraz caput meduse, kdy je viditelný kolaterální oběh pod kůží s typickým znakem pro portální hypertenzi. Dále lakované rty a jazyk, ztráta ochlupení u mužů nejen axilárního ale také pubického, gynecomastie, atrofie varlat, nápadná zranitelnost kůže, exkoriace a puchýřky, hlavně na místech vystavených slunění (EHRMANN et al., 2010), (HORÁK, EHRMANN, 2014), (PŘÍBRAMSKÁ, HUSOVÁ, 2007).

1.5 DIAGNOSTIKA

Prvním krokem pro stanovení diagnózy je nutná anamnéza pacienta, která se zaměřuje výhradně na abúzus alkoholu a prodělané virové hepatitidy. U některých pacientů není lehké získat věrohodnou informaci o konzumaci alkoholu, zejména to platí u žen, které mají významnější společenské postavení. Větší pravděpodobnost užívání alkoholu můžeme očekávat u osob pracujících ve vinařských závodech, lihovarů či pivovarů a číšníků. Je také nutné věnovat pozornost farmakologické anamnéze, protože nespočetně mnoho léků má hepatotoxické účinky.

Dalším krokem je fyzikální vyšetření, které zahrnuje pohled, pohmat, poklep a poslech (při poslechu je možné slyšet šelest, která je shodná s dýcháním). Lze odhalit patrný ikterus, ascites, otoky dolních končetin, pavoučkové névy a další.

Z laboratorních nálezů lékař zjišťuje patologické změny parametrů v krvi a moči. U pacienta se provede biochemické vyšetření jaterních testů, do kterých řadíme ALT, AST, ALP, GMT, bilirubin, ELFO, albumin, cholesterol a glykémii. Z imunologických parametrů kontroluje lékař IgG, IgA, IgM, HBsAg a protilátky. Hemokoagulační a hematologické vyšetření se skládá z APTT, INR, krevního obrazu, plazmatického železa a feritinu. Potvrdí se prodloužený Quickův test, trombocytopenie, anemie, leukopenie. Z moče je vyšetřován urobilinogen a bilirubin.

Do zobrazovacích metod k diagnostice jaterní cirhózy patří CT, MR, RTG, scintigrafie a ultrasonografie, která napomáhá k zjištění velikosti a struktury jater, přítomnosti ascitu, průtoku krve játry při použití dopplerovské techniky. Výhodou sonografie je možnost biopsie jater. Jaterní biopsie se dělí na cílenou a necílenou. Cílená biopsie je prováděná při laparoskopii a necílená je prováděná perkutánně pomocí Menghiniho jehly (spinální jehly s mandrémem). Pacient musí být poučen a s výkonem musí souhlasit. Před zákrokem musí být každý pacient lačný a poté se podá analgosedace. Po výkonu je pacient sledován 24 hodin na standartním oddělení.

Endoskopickými metodami je využití diagnostické, ale v posledních letech také terapeutické využití. K nejzákladnějším endoskopickým metodám v diagnostice jaterního poškození je používaná endoskopická metoda zvaná ezofagogastroduodenoskopie, která dokáže odhalit jícnové varixy, žaludeční varixy a portální hypertenzní gastropatii (KLENER, 2006), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006),(HORÁK, EHRMANN, 2014), (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

1.6 KOMPLIKACE

Většina komplikací se objevují v pokročilých stádiích cirhózy, ale ojediněle se vyskytují v kompenzované formě. Samotné komplikace často mění průběh a prognózu onemocnění. Jsou dány stupněm:

- Jaterní insuficience - vzniká zánik jaterních buněk.
- Portální hypertenze - dochází k rozvoji kolaterálního oběhu s komplikacemi.

1.6.1 PORTÁLNÍ HYPERTENZE

Je definována jako trvalé zvýšení tlaku v portální oblasti mezi portální žílou a volnou jaterní žílou nebo pravou síní. Ve většině případů jde o portální hypertenzi, jestliže je zvýšení gradientu nad 6 mmHg. Klinické komplikace z portální hypertenze nastávají až při tlaku 10-12 mmHg. Portální tlak se měří pomocí katétru, který se posouvá do jaterní žíly. V Evropě je nejčastější příčinou portální hypertenze právě zmiňovaná jaterní cirhóza a to u 90 % pacientů. Syndrom portální hypertenze má za následek také rozvoj portosystémových kolaterál s rizikem krvácení do gastrointestinálního traktu. Nejčastější je otevření spojek v oblasti vena coronaria ventriculi a vv. oesophageaes s vytvořením jícnových varixů. Méně často pak jde o krvácení ze žaludku při hypertenzní gastropatii.

Typickým projevem portální hypertenze je splenomegalie, která ale nedosahuje takových rozměrů jako je tomu u hematologických onemocnění.

K diagnostice portální hypertenze se využívá hned několik metod. Jednou z nich je měření tlaku v jaterních žilách volně nebo v zaklínění a určení portohepatálního gradientu.

Léčbu portální hypertenze nelze oddělit od primárního onemocnění, léčba má přímou souvislost s léčbou komplikací a to s jícnovými varixy, proto je to nejčastější důsledek portální hypertenze. Nejefektivnější léčba portální hypertenze spočívá v zavedení portosystémové spojky do jaterní žíly. Více o této metodě je popsáno v podkapitole léčba jaterní cirhózy. V současné době jsou v experimentu nové léky, které by mohly být využívány k redukci portálního přetlaku. Jako nejúčinnější prozatím se ukazují statiny působící na cévní endotel a stelátové buňky jako hlavními složky v procesu portální hypertenze. Další slibnou skupinou léků jsou inhibitory angiogeneze (blokátory z cévního endotelu, které jsou odvozené od růstového faktoru), patří sem například Imatinib a Sorafenid. (EHRMANN et al., 2010), (BRODANOVÁ, VAŇÁSEK, 2001), (DÍTĚ et al., 2011), (KRÁL, 2007).

1.6.2 JÍCNOVÉ VARIXY

Jícnové varixy vznikají na podkladě syndromu portální hypertenze a jsou častou příčinou smrti nemocných s jaterní cirhózou. Při endoskopii nalézáme varixy v distální třetině jícnu a kardii. Jejich velikost závisí na výši portálního tlaku a to jen volně. Jícnové varixy se vyskytují u pacientů s portosystémovým gradientem 10 mmHg. Aby došlo k ruptuře varixů, musí portosystémový gradient dosáhnout hodnot 12 mmHg. Lékařům napomáhá endoskopická klasifikace, která hodnotí velikost jícnových varixů a řadí je do tří skupin. První skupinou jsou varixy jen mírně vystupující nad jícnovou sliznici, druhá skupina je charakterizována varixy, které představují méně než třetinu lumina jícnu a do poslední třetí skupiny se řadí varixy, které zaujímají více jak třetinu jícnu.

Projevy jícnových varixů jsou různé, nejčastěji se projevují jako hemateméza, meléna a pokud došlo k velké krevní ztrátě, objeví se šokový stav. U některých pacientů vlivem krvácení dojde k poklesu portálního přetlaku a spontánně ustává krvácení, ale jsou i tací, u kterých krvácení je trvalé a při velké ztrátě dochází k hypotenzi.

K diagnostice jícnových varixů řadíme endoskopii, sonografii, stanovení portosystémového gradientu při katetrizaci jaterních žil (měří se tlak v levé síni při katetrizaci plícnice). Endoskopie má výkon i léčebný, kdy lze krvácení zastavit sklerotizací varixů. Pokud je pacient hypotenzní, tak se výkon může provést až po oběhové stabilizaci.

Z farmakologických léčiv se využívají léky s názvem Remestyp, výhodou je bolusové podání 1-2 mg nitrožilně po 4 hodinách. Farmakologická terapie by měla trvat 5 dnů, jako prevence by měli být nasazeny antibiotika. Po zaléčení pacienta musí být zahájena léčba neselektivními beta-blokátory. Tato léčba je využívána také u pacientů s rizikovými jícnovými varixy, kteří dosud nekrváceli.

Další možnost léčby tzv. druhé volby po selhání endoskopické a medikamentózní léčby je léčba pomocí transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (HORÁK, EHRMANN, 2014), (DÍTĚ et al, 2011), (LUKÁŠ, 2005), (PETRTÝL, 2005).

1.6.3 ASCITES

„Ascites je definován jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní; za fyziologických podmínek toto množství nepřesahuje 150 ml“ (EHRMANN et al., 2010, s. 186).

Slovo ascites pochází z řeckého slova „askos“ což byl označován výraz pro ovčí vak k přechovávání vody, oleje a vína. U pacientů s pokročilou jaterní cirhózou se řadí vznik ascitu do obrazu dekompenzace. Samotný ascites se začne objevovat u 50 % cirhotiků do 10 let od vyslovení diagnózy.

K rozvoji ascitu dochází pozvolna, při menším množství tekutiny v dutině břišní způsobí jen nespecifické dyspeptické potíže, popřípadě meteorismus. V pozdějším stádiu se přidává tlak v břiše, dušnost a pohybové potíže. Ascites je nejčastější komplikací cirhózy, je spojen se zhoršením kvality života, jaterním selháním, vyšším rizikem infekce a sníženou hladinou albuminu. Vlivem ascitu se zvyšuje portální hypertenze a dalších vzniku komplikací, například jícnové varixy. Množství tekutiny v dutině břišní může mít kapacitu 10–20 litrů. K ascitu dochází při poruše rovnováhy v tvorbě a vstřebávání volné tekutiny břišní. Za tvorbu jsou zodpovědné jaterní sinusoidy. Když filtrace plasmy na sinusoidální membráně překročí kapacitu odvodného lymfatického systémů, dojde ke zvýšenému úniku tekutiny přes jaterní pouzdro do břišní dutiny. Nekomplikovaný ascites je označován jako neinfikovaný bez známek hepatorenálního syndromu.

Dělení ascitu do 3 stupňů:

1. stupeň - mírný, lze diagnostikovat jen pomocí sonografie
2. stupeň - střední, způsobí mírné symetrické roztažení břicha
3. stupeň - velký, který je charakterizovaný výrazným zvětšením břicha

K diagnostice ascitu řadíme fyzikální vyšetření, ultrasonografii a diagnostickou punkci ascitu. Punkci lze provést do 5 litrů bez toho, abychom doplňovali albumin. Albumin se musí podávat z důvodu zabránění hypovolemie a renálního selhání. Ascitická tekutina má charakter transudátu, bývá slámové žluté barvy a vyznačuje se nízkým obsahem bílkovin obvykle pod 15 g/l. Z punktátu je nutné vyšetřit celkovou bílkovinu, albumin, amylázy, triglyceridy, LDH, počet leukocytů a erytrocytů, kultivaci a cytologii.

Základem léčby ascitu je doporučován klid na lůžku, neboť vzpřímená poloha je spojena se zvýšenou retencí sodíku a vody, ale klinické studie tento fakt nepotvrdily, tudíž tento režim nemusí být nutně dodržován. Dále se do léčby zahrnují diuretika zejména Furosemid, ale zhruba u 20 % pacientů diuretická léčba je neúčinná. Léčba také zahrnuje neslanou dietu a vyloučení nefrotoxické medikace. Jestliže je ascitická tekutina osídlena bakteriemi jede o tzv. spontánní bakteriální peritonitidu. Tento stav zhorší prognózu pacienta, ale také se jedná o závažnou komplikaci. Léčba začíná antibiotiky, nejčastěji se využívají cefalosporiny. Další častou komplikací je hepatorenální syndrom. Ascites, který nereaguje na zmiňovanou diuretickou léčbu, se nazývá rezistentní, neboli refrakterní ascites (NAVRÁTIL, 2008), (EHRMANN et al. 2010), (HORÁK, EHRMANN, 2014).

1.6.4 CHOLESTÁZA

K cholestáze dochází vlivem poruchy tvorby a vylučování žluče do duodena. Při dlouhodobém trvání cholestázy dochází k poškození funkce hepatocytů, která může vyvrcholit až v jaterní selhání. Cholestáza se projevuje ikterem spolu s acholickou stolicí, zvýšeným bilirubinem v moči, svěděním, únavou, krvácivými projevy, postupně to vygraduje až v renální selhání. Dále se dlouhodobá porucha projeví kosterními nemocemi. Bolest vyzařuje do pravého podžebří kolikovitého charakteru. Z laboratorního vyšetření bývají vysoké hodnoty ALP, GMT, CRP, v mineralogramu nastává hypokalémie a hyponatrémie. Ze zobrazovacích metod je nejúčinnější

sonografie. Léčba spočívá ve zprůchodnění žlučových cest pomocí ERCP (DÍTĚ et al, 2011), (EHRMANN et al, 2010).

1.6.5 HEPATORENÁLNÍ SYNDROM

Podmínkou vzniku hepatorenálního syndromu musí být přítomnost portální hypertenze při jaterní cirhóze. Jde o terminální projev portální hypertenze, který vzniká na základě funkčních změn v ledvinách při vystupňované vazokonstrikci. V některých případech u nemocných s ascitickou cirhózou vzniká postupný pokles diurézy se současným vzestupem kreatininu. Stav postupuje během několika týdnů do oligurie, kdy je denní diuréza menší než 500 ml/den. Hodnoty kreatininu jsou až dvojnásobně zvětšeny oproti normálu, dále dochází k anurii, která vede až ke smrti nemocného. Tento stav je označován jako hepatorenální syndrom I. typu, který rychle progreduje a má velice špatnou prognózu. U druhého typu sice dochází k poklesu renálních funkcí, ale stav se stabilizuje a k anurii nedojde.

K základním léčebným opatřením patří ukončení diuretické terapie a vysazení nefrotoxických látek. Léčba se zahajuje podáváním albuminu intravenózní cestou. U závažného objemového přetížení s projevy levokomorové insuficience, metabolické acidózy či závažné hyperkalemie se doporučuje hemodialýza. Další využívanou léčebnou metodou je TIPS a transplantace jater, kdy je renální selhání plně reverzibilní. Prognóza nemocného s hepatorenálním syndromem je špatná a ke spontánní úpravě dochází jen vzácně (EHRMANN et al, 2010), (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

1.6.6 JATERNÍ SELHÁNÍ

Vlivem jaterního selhávání dochází k těžkým poruchám jaterních funkcí. Podmínkou rozvoje jaterního selhání je úbytek normální funkční kapacity jater o 80–90 %. Příčinou jaterního selhání je ve většině případů nekróza jaterních buněk.

Jaterní selhání se dělí na akutní a chronické:

- a) **Akutní selhání** je život ohrožující stav, který vzniká akutně do 8 týdnů od prvních projevů jaterní choroby. Působí zde hepatotoxický mechanismu. Rozvíjí se u zdravé jaterní tkáně. Mezi základní příčiny řadíme akutní toxické poškození, například paracetamolem.

- b) **Chronické selhání** je chronický stav, který se rozvíjí při mnohaletém jaterním onemocnění, který vede postupně k úbytku funkční jaterní tkáně. Ve většině případů se jedná o jaterní cirhózu, kdy je funkční tkáň v důsledku zánětlivého procesu nahrazována vazivem a tím pádem je zabráněno hepatocytům se regenerovat do náležitého množství (EHRMANN et al., 2010).

Mezi základní klinické příznaky patří jaterní encefalopatie, ikterus, hemoragická diatéza, hepatální foetor, arteriální hypotenze a hyperventilace. Ke komplikacím se zařazuje krvácení do GIT, ascites, otok mozku, selhání ledvin, sepse, hypoglykemie a multiorgánové selhání včetně syndromu diseminované intravaskulární koagulace. Progrese stavu vede k jaternímu kómatu s arytmiemi a poruchami dechu. Obvykle se objevuje hepatorenální syndrom (HORÁK, EHRMANN, 2014), (KLENER, 2006).

1.6.7 JATERNÍ ENCEFALOPATIE

Jaterní encefalopatie je definována jako soubor neuropsychických příznaků, které se vyskytují v průběhu jaterního onemocnění a vyznačují se zejména poruchami vědomí až kómatem. Dochází ke změnám chování, zejména sem patří střídání nálad, pacient bývá dezorientován místem, časem, přidružuje se mávavý třes prstů a ruky tzv. flapping tremor a foetor hepaticus.

Jaterní encefalopatie vzniká v důsledku chronického onemocnění jater, zejména jaterní insuficiencí a jaterního selhání. Při rozvoji jaterní encefalopatie hrají roli zvýšenou koncentrací látky, například se jedná o amoniak, neurosteroidy, opioidy, benzodiazepiny a jiné. Vyjmenované látky jsou za normální situace metabolizovány v jaterním filtru, díky jaterních funkcí. Do rizikových faktorů se řadí krvácení do GIT, diuretická léčba, infekce, sedativa a hypnotika.

Dělení jaterní encefalopatie:

1. stádium - pacient bývá plně orientován, ale bývají přítomny změny nálad a poruchy spánku.
2. stádium - objevuje se přechodná dezorientace, spavost, letargie a změny osobnosti.
3. stádium - pacient reaguje na silné podněty, je trvale dezorientován, objevuje se nesrozumitelná řeč.

4. stádium - kóma, které se dále dělí na stádium IVa., kdy je zachována reakce na bolestivé podměty a IVb. reakce na bolestivé podměty u pacienta nejsou zachovány (EHRMANN et al., 2010).

Existuje i další dělení jaterní encefalopatie a to dle okolností, za kterých vznikla:

Typ A – vzniká u akutního jaterního selhání, bývá spojováno s mozkovým edémem a zvýšeným nitrolebním tlakem, ve většině případů končí smrtí.

Typ B – objevuje se u TIPS a podobá se jaterní encefalopatií typu C.

Typ C – tento typ bývá chronický, vyvíjí se postupně a vyskytuje se u jaterní cirhózy (LUKÁŠ, 2005).

Diagnostika je prováděna na základě klinického obrazu. Léčba jaterní encefalopatie se zaměřuje na snížení amoniaku v krvi zejména omezením příjmu bílkovin, podávání nestravitelných disacharidů jako je například Lactulosa, která sterilizuje střevní obsah a v neposlední řadě odstranit vyvolávající faktory (NAVRÁTIL, 2008), (LUKÁŠ, ŽÁK 2007).

1.6.8 HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM JATER NA PODKLADĚ JATERNÍ CIRHÓZY

Hepatocelulární karcinom, nebo také HCC – primární rakovina jater vycházející z hepatocytů. Vyskytuje se především u mužů. Největší výskyt nemoci je v oblasti Asie a Afriky. Zvýšený výskyt hepatocelulárního karcinomu je u nemocných s cirhózou na podkladě hemochromatózy, abúzu alkoholu a infekci virem hepatitidy B.

Rozvoj hepatocelulárního karcinomu bývá obvykle provázen zhoršením příznaků jaterního onemocnění, nejčastěji tedy jaterní cirhózy. Dochází k bolestem břicha a bolestem v pravém podžebří, ztrátě chuti k jídlu, ztrátě hmotnosti, anémií, slabosti, ikteru a ascitu. Nejčastější příčiny smrti hepatocelulárního karcinomu jsou jaterní kóma, tumorózní kachexie a vykrvácení z jícnových varixů.

Do diagnostiky je zařazována duplexní a barevná ultrasonografie, která lokalizuje prorůstání nádorů do portálního i venózního řečiště. Vyšetření CT nebo MR ukáže přesněji rozsah a počet ložisek nádoru. Z laboratorních vyšetření je patrné

zejména rostoucí koncentrace alfa-fetoproteinů v séru. Jaterní biopsie není často využívána, neboť dochází k možnosti falešné negativity.

Léčbu karcinomu ovlivňují tři faktory:

- rozsah nádoru, k tomu nám napomáhá TNM systém
- závažnost onemocnění jater dle Childova–Pughova skóre
- celkový stav pacienta

Dle stavu pacienta se léčba rozděluje na léčbu radikální, paliativní a symptomatickou.

Radikální léčba směřuje k vyléčení nejčastěji chirurgickou resekci nebo transplantací jater.

Paliativní léčba směřuje ke stabilizaci onemocnění a prodloužení přežívání pacienta. Lze provést chemoembolizaci (= TACE, nasonduje se přívodná tepna jdoucí k nádorů a aplikují se chemoterapeutika), chemoterapie je méně účinná metoda.

Symptomatická léčba je využívána u pacientů s pokročilým nádorem. Přežití pacienta po léčbě nebývá delší než 5 let (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007), (LUKÁŠ, 2005), (HORÁK, EHRMANN, 2014), (EHRMANN et al., 2010), (NAVRÁTIL, 2008).

1.7 TERAPIE

Léčba jaterní cirhózy závisí na stupni funkčního postižení, přítomnosti komplikací, příčiny onemocnění a spolupráci pacienta s cirhózou jater. Důležitým krokem léčby je zvážit možnost příčinné léčby a to ovlivnění základního onemocnění, které vedlo k cirhóze, například abstinence alkoholu. Abstinence může zastavit progresi onemocnění, kdy může dojít k poklesu portální hypertenze a pacient se může na dlouhou dobu stabilizovat. Odstraněním příčiny onemocnění lze zpomalit nebo zastavit zánětlivý proces. Jestliže dojde k přestavbě parenchymu a vzniku cirhotických změn zbývá jen léčba symptomatická. Nebyl ani prokázán efekt podávání kortikosteroidů a hepatoprotektiv (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

1.7.1 KONZERVATIVNÍ

Základní postup konzervativní léčby je relativní klidový režim pacienta, neboť vzpřímená poloha je spojena se zvýšenou retencí sodíku a vody v těle. Ve fázi kompenzované cirhózy není podmínkou pracovní neschopnost, jestliže pacient není vystaven těžké fyzické zátěži nebo práci, která vyžaduje pozornost, například řízení motorového vozidla.

Když je pacient ve fázi dekompenzace musí se zvážit hospitalizace. Důležité je, aby pacient byl důkladně seznámen s dietním opatřením, které zahrnuje, jak už bylo zmíněno úplnou abstinencí alkoholu. Nutriční terapeut by měl dokázat pacientovi s jaterní cirhózou doporučit vhodné a nevhodné potraviny ke konzumaci. Dále je nutné zvýšit příjem bílkovin na 1,0–1,2 g/kg tělesné váhy u kompenzované jaterní cirhózy a u dekompenzované cirhózy nebo pacientů trpící malnutricí je dávka bílkovin zvýšena na 1,6 g/kg tělesné váhy. Dalším dietním opatřením je nutnost snížit příjem soli zejména u pacientů s ascitem a zvýšit příjem podávání vitamínů rozpustných v tucích: A, D, E, K. Aby se předcházelo kostnímu onemocnění je podáván vitamín D a kalcium popřípadě estrogeny. Z hepatoprotektiv je nejčastěji využíván Silymarin neboli Flavobion, dále Essentiale Forte, které může zpomalit proces fibrotizace. U cholestatických forem je možné použít preparáty, které ovlivňují vlastnosti žluče a zlepšují její odtok, jedná se o preparáty kyseliny ursodeoxycholové (př. Ursosan, Ursofalk). Kortikoidy se začínají podávat v případě, pokud jde o autoimunitní hepatitidu s přechodem do jaterní cirhózy, ale k samotné léčbě jaterní cirhózy se kortikoidy zásadně nepoužívají (HORÁK, EHRMANN, 2014), (DÍTĚ et al., 2011).

1.7.2 CHIRURGICKÁ

K chirurgické léčbě lékaři přistupují, jestliže je konzervativní léčba neúspěšná. K nejčastějším chirurgickým postupům patří **transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS):**

V klinické praxi existuje od roku 1989 a v České republice byl poprvé pojem TIPS zmíněn roku 1992. Nejčastěji je zákrok využíván u nemocných s velkým ascitem, krvácením do GIT jako komplikace jaterní cirhózy a u nemocných s masivní trombózou jaterních žil, u kterých selhala antikoagulační léčba. TIPS snižuje portální tlak, ale

nevylepšuje funkci jater, proto nemůže nahradit transplantaci jater. Zákrok provádí intervenční radiolog za spolupráce s hepatologem.

Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka je perkutánní způsob k vytvoření portosystémového zkratu za rentgenové kontroly k léčbě nebo ke snížení portální hypertenze. Částečný zkrat ovšem zachovává tok portální krve do jater. TIPS je prováděn z katetrizačního přístupu z vnitřní jugulární žíly přes horní dutou žílu, pravou síň, dolní dutou žílu a následně do pravé nebo střední jaterní žíly. Jehla zavedena spolu s katétreem slouží k punkci nejčastěji pravé jaterní žíly, do které je zaveden vodič, po kterém se balonkovým katétreem pro angioplastiku provede dilatace intrahepatálního kanálu. Do připraveného kanálu se zavede potažený stent - stentgraft.

Výhoda oproti chirurgickým zákrokům je možné TIPS provést v místní anestezii a v analgosedaci. Za absolutní kontraindikaci provedení TIPS jsou případy s neprokázanou portální hypertenzí, pravostranným srdečním selháváním se zvýšeným centrálním tlakem, pacient s jaterní encefalopatií dále jsou to kontraindikace zejména u nemocných starších 60 let, nemocných s diabetem mellitem, jaterními tumory a hemodialyzovaných pacientů (KRAJINA, 2014).

Transplantace jater:

Transplantace jater je život zachraňující výkon pro stavy jak akutního tak i chronického selhání. Dnes jde o standartní léčebný postup, který je hrazen zdravotními pojišťovnami. Hlavní indikací k transplantaci jater je cirhóza jakékoliv etiologie bez možností účinné konzervativní léčby. Jsou transplantováni i pacienti s etylickou jaterní cirhózou, ale předpokladem k provedení výkonu je alespoň šestiměsíční abstinence alkoholu. Lze provést i transplantaci jater u chronických hepatitid B a C, často však dochází k recidivě. Celkové přežití je odhadováno v průměru na více než 10 let. Pacienti po transplantaci jsou nuceni doživotně užívat imunosupresivní látky. Dnes je obvykle využívána trojkombinace Prednison, Tacrolimus a Azathioprin. Kontraindikací výkonu je zejména špatný stav pacienta, nevléčitelné přidružené choroby, AIDS, kardiopulmonální insuficience a jiné. Z důvodů nedostatku kadaverózních orgánů se částečně problém řeší transplantací štěpů od živých dárců. Pro dospělého příjemce se transplantuje větší pravý lalok jaterní. K základním komplikacím patří primárně nefungující štěp, trombóza jaterní tepny či portální tepny. Rejekce se dělí na akutní

a chronickou. Akutní rejekce většinou přicházející do dvou týdnů po výkonu. Vyskytují se horečky a bolesti v místě štěpů. Chronická rejekce se objevuje za několik měsíců a patří sem arteriální hypertenze, obezita, hyperlipidemie, renální komplikace a jiné (HORÁK, EHRMANN, 2014).

1.8 JATERNÍ DIETA A NUTRIČNÍ VÝŽIVA

„Dietní režim je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s onemocněním jater, nicméně jaterní dieta je ve většině případů dietou šetřící, směřující ke snížení práce trávicího traktu, k usnadnění trávení a k omezení metabolického zatížení jater“ (HORÁK, EHRMANN, 2014, s. 209).

Dietní doporučení u pacientů s jaterním onemocněním má podpůrnou funkci. Jaterní dieta není jednotný celek opatření, ale patří zde řada různých omezení. A to doporučení energetických hodnot, správný poměr a obsah bílkovin, sacharidů, tuků a vitamínů. Pacient nebo rodina by měla být poučena lékařem a zároveň i nutričním terapeutem o vhodných a nevhodných potravinách jaterní diety, dále také by měli znát správnou přípravu a úpravu stravy. Strava by měla být pestrá a konzumace jídla pravidelná. Nedílnou součástí je motivace pacienta k dietnímu omezení.

Do jídelníčku by pacient trpící jaterní cirhózou měl zařadit libové maso, například telecí, hovězí, drůbeží, sladkovodní ryby (losos, pstruh) a králičí maso. Nevhodné je tučné maso a to kachna, husa, zvěřina, vnitřnosti a uzeniny.

Z mléčných výrobků jsou doporučovány jogurty, tvarohy, mléko, sýry (tavené), nevhodné jsou majonézy, dresinky a šlehačky.

Nemělo by se zapomínat na ovoce a zeleninu. Vhodné jsou jablka, broskve, banány, citrusy, kedlubny, květáky, mrkve. Zelenina může být čerstvá, ale i mražená nebo sterilizovaná. Nevhodné je zelí, kapusta, česnek, cibule, okurky, ořechy, borůvky, ořechy a hrozny. Co by měl pacient vědět k přípravě pokrmů je vhodné koření, například libeček, bobkový list, kopr, celer a další.

Pečivo je doporučováno tmavé a celozrnné, těstoviny nejlépe bezvaječné a taktéž celozrnné, rýže a brambory by se také neměly opomíjet.

U pacientů s jaterním onemocněním je možné dodržovat hned několik diet:

- Dieta č. 3 (racionální)
- Dieta č. 4 (dieta s omezením tuku)
- Dieta č. 4S (potravin s vyloučením tuku)
- Dieta č. 8 (redukční)
- Dieta č. 9 (u pacientů, kteří trpí zároveň i diabetem mellitem)
- Dieta č. 9S (diabetická šetřící)
- Dieta č. 11 (výživná)

Nutriční a metabolické poruchy jsou u cirhózy jater velmi časté. Vznik proteinoenergetické malnutrice s pokročilostí jaterního onemocnění. Upřednostňuje se, pokud je to možné enterální výživa před parenterální výživou, v některých případech doplňkem stravy je tzv. sipping (HORÁK, EHRMANN, 2014).

1.9 PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ S JATERNÍ CIRHÓZOU

Faktor pro délku a kvalitu života pacienta je úroveň prevence a léčby komplikací. Pacienti nejčastěji umírají ve fázi dekompenzované nemoci. U kompenzované cirhózy je délka přežití zhruba deset let, ale při výskytu komplikací a přechodem do dekompenzované formy je délka přežití jen dva roky. Lepší prognóza pacienta je u alkoholové jaterní cirhózy než u cirhózy jiné etiologie. Platí to, ale jestliže se nemocný rozhodně abstinovat. Lékaři využívají hodnocení, které posuzuje prognózu pacienta s jaterní cirhózou na základně běžných klinických projevů, které bylo navrženo v Bavenu roku 2005.

Prognostické skóre má čtyři stádia:

- Stádium 0: nenacházíme jícnové varixy ani ascites, mortalita se pohybuje kolem 1 % za rok.
- Stádium 1: už se vyskytují jícnové varixy, ale bez ascitu, mortalita je 3-4 % za rok.

- Stádium 2: je přítomen ascites bez ohledu na varixy nebo bez předchozího krvácení z varixů, mortalita je 20 % za rok.
- Stádium 3: poslední stádium je charakteristické pro stav po krvácení z jícnových varixů s ascitem, ale i bez něj, mortalita se pohybuje kolem 57 % za rok (EHRMANN et al., 2010), (HORÁK, EHRMANN, 2014).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

Ošetrovatelskou péči o pacienty s jaterní cirhózou poskytují zdravotničtí pracovníci s odbornou způsobilostí na úrovni základní, komplexní a specializované ošetrovatelské péče. Pacient musí být léčen jako celek se všemi biopsychosociálními potřebami. Je velice důležitá spolupráce s rodinnými příslušníky, zvláště jde-li o cirhózu zapříčiněnou alkoholem. Psychicky nejnáročnější ošetrovatelská péče je u pacienta v terminálním stádiu života. Zde je vyžadován empatický přístup zdravotnického personálu, který musí zajistit klidné a důstojné umírání.

Pacient s jaterní cirhózou je hospitalizován na standardním interním oddělení. Jestliže je stav nemocného doprovázen komplikacemi, je vyžadována hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Při příjmu pacienta na interním oddělení sestra zhodnotí soběstačnost nemocného, zda vyžaduje pomoc při oblékání, hygieně, stravování, vyprazdňování, respektive zhodnotí celkové funkční schopnosti v základních denních činnostech. S pacientem sestra sepíše ošetrovatelskou anamnézu, nechá pacienta podepsat informovaný souhlas s hospitalizací, poskytuje srozumitelné informace, adekvátně odpovídá na kladené otázky a zajistí intimitu při poskytování potřeb nemocného. Dále zdravotní sestra plní a podává medikaci dle ordinace lékaře, do které jsou zahrnuty krevní odběry se zajištěním žilní linky, pravidelné podávání ordinovaných léků zejména hepatoprotektiv a diuretik, monitorace EKG, TK, D, P, SpO₂ a TT. Při vzniku ascitu a otoků sestra měří denně obvod břicha na stejném místě a zajistí přesnou denní hmotnost nemocného. Sleduje projevy krvácení - například hematurii, hematemézu, petechie, hematomy, epistaxi a jiné. Jestliže lékař indikuje punkci ascitu, sestra zajistí potřebné pomůcky, uloží pacienta do polohy nejčastěji vleže a kontroluje stav pacienta během výkonu. Zaměří se na fyziologické funkce, místo vpichu a funkčnost punkční jehly. Vše zapisuje do dokumentace. Při výskytu jakékoliv komplikace sestra musí ihned informovat lékaře.

Dalším důležitým krokem v ošetrovatelské péči je zajištění prevence vzniku infekce z invazivních vstupů prostřednictvím aseptického ošetřování a prevenci vzniků dekubitů prostřednictvím důkladné hygieny, důkladné vysušení pokožky a promazávání kůže krémem. Sestra dohlédne na příjem a výdej tekutin zejména u diuretické léčby. U pacientů s ascitem většinou bývá omezení tekutin za 24 hodin a úkolem sestry je dohlédnout a poučit pacienta o množství příjmu tekutin. Sestra také hodnotí psychický stav nemocného, projevy dezorientace a zmatenosti u jaterní encefalopatie. Nesmí opomíjet ani vyprazdňování stolice, zejména sleduje známky krvácení.

V nemocnici pacient dodržuje dietní opatření, které je zaměřeno na dostatek bílkovin a omezí soli. Jestliže pacient není schopen samostatného stravování, sestra dopomůže prostřednictvím krmení pacienta, v terminálních stavech je strava podávána pomocí nasogastrické sondy.

Pacient s jaterní cirhózou by měl být poučen o klidovém režimu a neměl by se vystavovat velké fyzické zátěži.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, která poskytuje ošetřovatelskou péči pacientům. Zabývá se sběrem údajů, analýzou získaných údajů, stanovení ošetřovatelských diagnóz, dále plánování, realizaci a hodnocení dosažených stanovených cílů. Ošetřovatelský proces se zaměřuje na odpověď pacienta na onemocnění. Ošetřovatelský proces je cyklický a má 5 kroků, které nejsou samostatné jednotky, ale překrývají se a nazývají se kontinuální subprocessy. Všechny pět kroků se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí. Ošetřovatelský proces klade důraz na individuální přístup, je interpersonální, neboť na ošetřovatelské péči se podílí celý zdravotnický tým. Umožňuje tvořivý přístup, zdůrazňuje zpětnou vazbu, klade důraz na holistickou perspektivu zaměřenou na potřeby pacienta.

Cíle ošetřovatelského procesu:

- zhodnotit zdravotní stav pacienta, aktuální a potenciální problémy péče o zdraví
- stanovit plány pro splnění stanovených cílů
- poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich činnost

Proces je využíván ve všech typech zdravotnických zařízení a u pacientů všech věkových kategorií. Aby byl ošetřovatelský proces úspěšný, je za potřebí otevřená komunikace mezi sestrou a pacientem.

Význam a výhody ošetřovatelského procesu pro pacienty:

- kvalitní a plánovaná ošetřovatelská péče je zaměřena na uspokojování potřeb pacienta, rodiny a také společnosti
- zaznamenaný plán ošetřovatelských intervencí je všem osobám dostupný, kteří jsou zainteresováni na péči o pacienta
- ošetřovatelský proces zajistí účast pacienta na rozvíjení dovedností v péči o sebe a také se pacient stává odpovědnějším za dosažení cílů

Význam a výhody ošetřovatelského procesu pro zdravotní sestry:

- správně napsané plány ošetřovatelských intervencí dává sestřím pocit hrdosti, zlepšené sebevědomí, že ošetřovatelské zásahy, které provedly, se zakládají na správném zhodnocení potřeb a problémů pacienta a dosažení stanovených cílů
- provádění ošetřovatelských zásahů zvyšuje dovednost a odbornost zdravotní sestry
- ošetřovatelský proces zlepšuje komunikaci mezi sestrami a členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu
- jestliže sestra splňuje veškeré kroky ošetřovatelského procesu a jeho dokumentací splňuje všechny zákonné povinnosti vůči pacientovi, které by mohly vést k rozporům se zákonem

Charakteristika jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu:

1. krok: Posouzení

Základním cílem prvního kroku je založení databáze o pacientovi. Posuzování je záměrný a systematický proces, který zahrnuje ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu pacienta. Sestra získává informace z různých zdrojů a konkrétně se jedná o informace tělesné, emocionální, vývojové, společenské, kulturní, intelektové, duševní a informace o spirituálních aspektech.

2. krok: Diagnostika

Druhý krok ošetřovatelského procesu je charakterizován zhodnocení pacientových potřeb, problémů a správné formulování závěrů ošetřovatelské diagnózy. Druhý krok vyústí do diagnostického závěru zvaného ošetřovatelská neboli sesterská diagnóza. Ošetřovatelská diagnóza je takzvaný závěr aktuálních problémů, které existují v současnosti, nebo závěr potenciálního narušení, které spočívá v rizikových faktorech.

3. krok: Plánování

Při plánování je typická formulace cílů, stanovení výsledných kritérií a zápis plánu ošetřovatelských intervencí. Sestra spolu s pacientem stanovuje specifické intervence pro každou ošetřovatelskou diagnózu.

Třetí krok ošetrovatelského procesu zahrnuje činnosti, které sestra spolu s pacientem vytyčuje priority, formuluje cíle, kterých chce dosáhnout, dále provádí písemný plán intervencí na odstranění zjištěných problémů pacienta.

4. krok: Realizace

V realizaci sestra vykonává naplánované intervence, se záměrem pomoci pacientovi dosáhnout stanovené cíle. Provádějí se záznamy o tom, kdy a jak byly ošetrovatelské zásahy vykonány a s jakým výsledkem.

5. krok: Hodnocení

Zde dochází k posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta, v jeho chování a chování v reakcích způsobených činnostmi sestry. Hodnocení určuje rozsah dosažených cílů. Jestliže nebyly splněny cíle, je nutné zjistit příčinu a následně obměnit všechny kroky ošetrovatelského procesu (SYSEL et al., 2011).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

Praktická část bakalářské práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s alkoholickou jaterní cirhózou na interním oddělení Jesenické nemocnice. K vytvoření ošetrovatelského procesu byly informace získány rozhovorem s pacientem a ze zdravotnické dokumentace pacienta. Pacient s rozhovorem souhlasil a aktivně spolupracoval.

Pacientovi roku 1985 na základě přetrvávajících zvýšených hodnot ALT i při léčbě hepatoprotektiv, byla provedena biopsie jater, která prokázala lehkou steatózu jater bez zánětlivých změn a fibrózy. Toho času provedeny odběry na hepatitidy, které byly jednoznačně negativní. Pacient byl poučen o abstinenci alkoholu. Ze strany pacienta byla občas snaha abstinovat, byl léčen ústavní i ambulantní cestou. Postupem času se vyvíjela jaterní cirhóza a přidružovaly se další choroby.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: P. O.	Datum narození: 1964
Rodné číslo: 640000/0000	Věk: 52 let
Pohlaví: muž	Bydliště: XXX
Zaměstnání: OSVČ - majitel hospody	Vzdělání: Střední vzdělání s výučním listem
Státní příslušnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	Pojišťovna: 211 (zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR)
Kontakt osoby k podávání informací: manželka J. O.	Bydliště příbuzného: dtto. XXX
Datum příjmu: 24. 2. 2016	Čas příjmu: 11:05 hod
Typ přijetí: neodkladné	Účel příjmu: léčebný
Oddělení: interní	Přijal: MUDr. AXX
Ošetřující lékař: MUDr. AXX	Obvodní lékař: MUDr. BXX

Pacient byl poučen o léčebném plánu: ano

Informovaný souhlas na léčbu: pacient podepsal

Medicínská diagnóza při příjmu:

K703 Alkoholická cirhóza jater

Vedlejší medicínské diagnózy:

I10 Esenciální (primární) hypertenze

E039 Hypotyreóza

E118 DM II. typu na insulinu s neurčenými komplikacemi

J459 Astma bronchiale

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Před týdnem jsem zežloutl, začalo mě bolet břicho, nemám chuť k jídlu, dostavil se i průjem a občas mívám teploty.“

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJETÍ

P: 80/min	Hmotnost: 113 kg
TK: 140/90	BMI: 35,27obezita
TT: 36,8°C	Stav vědomí: při vědomí, orientovaný
D: 17/min	Pohyblivost: neomezená
Výška: 179cm	Krevní skupina: B Rh+

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient byl přijat na doporučení obvodního lékaře na interní oddělení pro ikterus a kompenzaci jaterní cirhózy. Týden měl trvajícím ikterus, který byl doprovázen průjmem světle hnědé barvy, bolestmi břicha, nevolností, nechutenstvím a nepříjemným pocitem v ústech. Pacient je orientován a aktivně spolupracuje. Na interní oddělení byl přijat 24. února 2016.

Informační zdroj: rozhovor s pacientem a dokumentace pacienta.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka 71 let se léčí s hypertenzí, otce nezná, sourozence nemá, je ženatý, má jednoho syna, ten je zdravý, pouze prodělal běžné dětské nemoci.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžné dětské nemoci, očkovan dle běžného povinného očkování, léčí se s hypertenzí, diabetem mellitem II. typu na inzulínu, hypothyreózou a astma bronchiale. Roku 1988 byl pacient léčen pro ledvinovou koliku, dále roku 2003 podstoupil levostrannou orchiektomií pro abscedující epididymitis. Úrazy žádné, transfúze ano, bez komplikací.

Léková anamnéza

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Alvesco	inh.	1 dávka = 160 μg	1-0-1	kortikosteroid
Euthyrox	tbl.	75 μg	1-0-0 na lačno	hormon štítné žlázy
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Humalog mix	s.c.	25 j	4-0-0	inzulín
Kanavit	gtt.	100 mg	0-15-0	antidota, vitamín K
Lactulosa	sir.	100 ml = 66,7g	2 lžice denně	laxancia, antidota
Rivocor	tbl.	5 mg	1-0-0	betablokátory
Silymarin	tbl.	40 mg	2-2-2	hepatoprotektiva
Verospiron	tbl.	25 mg	2-2-2	diuretikum

Alergologická anamnéza

Alergie neudává.

Abúzy

Alkohol pije nárazově někdy až 10 piv denně, nekouří, kávu pije občas.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacient žije v rodinném domě s manželkou, syn je pravidelně navštěvuje. Pacientovou zálibou je luštění křížovek. Je vyučen zedníkem, nyní podniká v pohostinství a je majitelem hospody.

Posouzení současného stavu ze dne 24. 2. 2016 v 18:30 hod.

Popis fyzického stavu

System	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Bolesti hlavy mívám ojediněle, v krku mě nebolí.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice jsou izokorické reagující na osvit, užívá brýle na čtení, skléry ikterické, oči, nos a uši bez výtoku a deformit, rty suché, jazyk povleklý plazící se ve střední čáře, chrup má pacient svůj, zápach z úst nepřítomný, krk souměrný bez deformit, hrdlo klidné, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny a štítná žláza nehmatná, náplň jugulárních žil v normě.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník symetrický bez deformit, poklepově nebolestivý, dýchání sklípkovité, bez vedlejších

		dýchacích fenoménů, počet dechů 16/min.
Srdce a cévní systém	„Potíže se srdcem nemám, jen beru léky na vysoký tlak.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence pulzu 80/min, TK 140/90, ozvy jsou ohraničené bez šelestu, dolní končetiny bez otoků a známek zánětu, pulzace v tříslech hmatná.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Mám bolesti břicha, stolici mívám nepravidelnou, momentálně mě trápí průjem a nechut' k jídlu.“	Břicho nad úrovní hrudníku, palpačně bolestivé, přítomen ascites, játra ani slezina pro ascites nehmatná, stolice řídká světle hnědé barvy.
Vylučovací a pohlavní ústrojí	„Nepocit'uji žádné problémy.“	Tapotement negativní, pacient podstoupil před 13 lety levostrannou orchiektomii, odebrána moč na biochemické vyšetření.
Kosterní a svalový systém	„Mívám bolesti zad, ale bolesti jsou snesitelné.“	Přítomna skolióza, klouby volně pohyblivé bez patologických změn a deformit, hrubá i jemná motorika zachována, pacient volně pohyblivý.
Nervový systém a smyslový systém	„Brýle nosím na čtení a se sluchem zatím potíže nemám.“	Pacient spolupracuje, orientovaný, místem, časem, osobou i prostorem, reflexy zachovány, přítomna dalekozrakost.
Endokrinní systém	„Léčím se s cukrovkou,	Štítná žláza nehmatná

	musím si aplikovat inzulín a beru léky na štítnou žlázu.“	a nebolestivá, pacient léčen s hypotyreózou a diabetem mellitem II. typu na inzulínu.
Imunitní systém	„Alergie nemám.“	Alergická anamnéza negativní, lymfatické uzliny nehmatné a nebolestivé, tělesná teplota 36,7°C.
Kůže a její adnexa	„Minulý týden jsem zežloutl a mám strach, že už mi barva kůže zůstane. Celkově mám kůži suchou a po těle mám hodně mateřských znamének a objevují se mi i modřiny.“	Kůže ikterická, suchá, snížený kožní turgor, nehty upravené, vlasy dlouhé upravené, jizvy po těle žádné, hyperpigmentace, hematomy viditelné, pavoučkové névy nejsou přítomny, porušená celistvost kůže v místě zavedení periferní žilního katétru na levé horní končetině, datum zavedení katétru 24. 2. 2016 – první den.

Poznámky s tělesné prohlídky: po dobu rozhovoru pacient spolupracuje, odpovídá na otázky adekvátně a otevřeně.

Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	„Měl bych dodržovat diabetickou dietu, ale moc se tím neřídím. Jsem zvyklý jíst vše, ale	Pacient váží 113 kg, výška 179 cm, BMI je 35,27 (obezita), od příjmu dieta 9/175 g, pacient trpí

	momentálně nemám chuť k jídlu.“	nechutí k jídlu, k porcím stravy podávány nutridrinky.
Příjem tekutin	„Za den vypiju maximálně 2 litry tekutin, kávu si dám občas. Alkohol nepiji každý den, ale spíše nárazově, někdy i více jak 10 piv denně.“	Při příjmu zavedena bilance tekutin, příjem tekutin per os a parenterálně ve formě infuzí z důvodů dehydratace při průjmu.
Vylučování moče	„Žádné problémy nemám.“	Pro sledování výdeje moče pacient močí do močové láhve, moč má tmavší barvu bez makroskopické hematurie.
Vylučování stolice	„Stolici mívám nepravidelnou, ale teď jak jsem už zmiňoval, mě trápí průjem.“	Průjem trvá, stolice bez příměsí.
Spánek a bdění	„S usínáním doma problém nemám, ale obávám se, že v nemocnici mě bude dělat problém usnout z důvodů cizího prostředí.“	Jestliže pacient bude mít problém s usínáním, jsou předepsány léky na spaní dle ordinace lékaře.
Aktivita a odpočinek	„Ve volném čase rád luštím křížovky, když neobsluhuji v hospodě tak pracuji s manželkou na zahradě.“	Pacient musí dodržovat klidový režim, na lůžku se zaměstnává luštěním křížovek.
Hygiena	„Sprchuji se každý den, jen zuby občas zanedbávám.“	Pacient, při vykonání hygieny nepotřebuje pomoc je soběstačný.
Samostatnost	„Jsem samostatný a pomoc od druhých zatím	Pacient je soběstačný a snaží se spolupracovat.

	nepotřebuji.“	
--	---------------	--

Posouzení psychického stavu

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí	„Jsem při vědomí.“	Pacient je při plném vědomí.
Orientace	„Vím, kde jsem, co je za den a který je rok.“	Je orientován místem, časem, osobou i prostorem.
Nálada	„Necítím se moc dobře, bojím se co semnou bude dál.“	Pacient je nejistý z průběhu onemocnění.
Paměť	„Nemám problém se zapomínáním.“	Paměť není narušena, nejsou přítomny známky ztráty paměti.
Myšlení	„Ještě jsem to nezapomněl.“	Pacient odpovídá na otázky adekvátně bez zaváhání.
Temperament	„Jsem spíše cholerik.“	Pacient je nejistý, rozrušený, nedá se určit temperament.
Sebehodnocení	„Nejsem trpělivý, chci mít vše rychle hotové, někdy řeknu něco, čeho později lituji.“	Nelze zhodnotit.
Vnímání zdraví	„Zdraví je velmi důležité, ale já jsem si ho moc nevážil.“	Pacient ví, že udělal chybu.
Vnímání zdravotního stavu	„Momentálně mi není vůbec dobře, ale vím, že si za to můžu sám.“	Pacient si uvědomuje svůj vážný zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání nemoci	„Když mi lékař poprvé sdělil diagnózu, tak jsem ho moc nebral vážně, ale teď se bojím, co bude dál.“	Pacient o onemocnění hovoří otevřeně, ale je nejistý, bojí se o svůj život.

Reakce na hospitalizaci	„Nevadí mi, že jsem v nemocnici, protože věřím, že mi lékaři pomůžou.“	Hospitalizaci zvládá dobře.
Adaptace na onemocnění	„Budu se muset s onemocněním naučit žít.“	Pacient se teprve smiřuje s jaterní cirhózou a jejími komplikacemi.
Projevy jistoty a nejistoty	„Jak už jsem zmínil, bojím se budoucnosti.“	Pacient se chová nejistě, je ustrašený a rozrušený.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Hospitalizován už jsem byl a žádné negativní zážitky s personálem jsem neměl.“	Pacient má zkušenosti s hospitalizací.

Posouzení sociálního stavu

	Subjektivní údaje		Objektivní údaje
Komunikace	Verbální	„S komunikací problém nemám.“	Pacient komunikuje bez problémů, slovní zásoba je dostatečná, občas se zapojí do komunikace s ostatními pacienty.
	Neverbální	„Někdy je nutné použít i ruce k dorozumívání.“	Oční kontakt pacient udržuje, gesta používá.
Informovanost	O onemocnění	„Jsem informován.“	Pacient je informován o podstatě onemocnění a výskytu komplikací.
	O diagnostických metodách	„Zatím jsem nic nepodstoupil, zítra bych měl“	Pacient informován o plánovaných vyšetřeních.

		jít na CT břicha.“	
	O léčbě a dietě	„Budu dodržovat diabetickou dietu. Průběh léčby mi lékař řekl.“	Pacient informován.
	O délce hospitalizace	„Ptal jsem se lékaře, ale ten mi nedokázal přesně sdělit délku hospitalizace.“	Přesná délka hospitalizace nelze určit.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem muž a je mi 52 let.“	Primární role není ovlivněna hospitalizací.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Bydlím s manželkou, syn nás navštěvuje, opravdových kamarádů mám málo. Manželka mě navštíví zítra.“	Sekundární role jsou částečně ovlivněny.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Rád luštím křížovky, trávím čas se svojí rodinou a přáteli.“	Terciální role je částečně ovlivněna hospitalizací.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 24. 2. 2016

Anamnestické údaje: viz anamnéza

Fyzikální vyšetření: vyšetření poslechem, poklepem, pohmatem, pohledem a vyšetření fyziologických funkcí pacienta

Laboratorní vyšetření:

Krev: biochemické vyšetření - interní screening a glykemický profil

hematologické vyšetření - krevní obraz a INR

Moč: biochemické vyšetření - moč a sediment

Výsledky krevních odběrů ze dne 24. 2. 2016 v 12:00 hod.

Biochemie	Výsledná hodnota	Referenční meze
Urea	3,6	1,7–8,3mmol/l
Kreatinin	58,5	59,0-104,0 μ mol/l
Kyselina močová	115	200-420 μ mol/l
Sodík	132,5	135,0-144,0 mmol/l
Draslík	3,52	3,80-5,40 mmol/l
Chloridy	100	95-106 mmol/l
Vápník	2,02	2,10-2,60 mmol/l
Hořčík	0,95	0,80-1,00 mmol/l
Celková bílkovina	73,8	58,0-77,0 g/l
Albumin	27,6	35,0-52,0 g/l
Bilirubin konjugovaný	312,2	0,0-4,3 μ mol/l
Bilirubin celkový	484,1	0,0-18,8 μ mol/l
ALT	2,43	0,00-0,85 μ kat/l
AST	3,70	0,00-0,85 μ kat/l
GMT	5,07	0,10-1,00 μ kat/l
Alkalická fosfatáza	2,32	0,75-2,20 μ kat/l
Kreatinkináza	3,45	0,40-3,25 μ kat/l
Cholesterol	2,80	3,00-5,20 mmol/l
Glukóza	6,70	3,90-5,60 mmol/l
Laktát	1,50	0,20-2,20 mmol/l

CRP	57,4	0,0-5,0 mg/l
Glykémie polední	9,1	3,9-5,6 mmol/l
Glykémie večerní	8,6	3,9-5,6 mmol/l

Zdroj: dokumentace pacienta

Hematologie	Výsledná hodnota	Referenční meze
Erytrocyty	3,57	4,00-6,00 $10^{12}/l$
Leukocyty	7,7	4,0-10,0 $10^9/l$
Trombocyty	80	150-350 $10^9/l$
Hemoglobin	127	131-175 g/l
Hematokrit	0,369	0,360-0,490 %
Lymfocyty	0,14	0,20-0,45 %
Monocyty	0,10	0,02-0,10 %
Erytrocytární křivka	13,8	12,8-15,2 %
INR	2,15	0,80-1,20 INR

Zdroj: dokumentace pacienta

Biochemie moči	Výsledná hodnota	Referenční meze
pH	7	5-6
Bílkovina	1	0-0 arb,j,
Bilirubin	3	0-0 arb,j,
Urobilinogen	0	0-0 arb,j,
Glukóza	0	0-0 arb,j,
Krev	0	0-0 arb,j,
Epitelie plochá	2	0-20 p/ μ l
Granulovaný válec	8	0-0 p/ μ l
Leukocyty	10	0-10 p/ μ l
Hlen	0	

Zdroj: dokumentace pacienta

Jiné: vstupní EKG bez patologického nálezu

Plánovaná vyšetření: RTG srdce + plíce, ultrazvuk břicha, CT břicha a psychiatrické vyšetření

Konzervativní léčba

Dieta: č. 9/175 g

Pohybový režim: klidový režim na lůžku

Rehabilitace: 0

Výživa: perorální

Vstup: periferní žilní katétr zaveden na horní levé končetině dne 24. 2. 2016

Medikamentózní léčba

Per os

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Essentiale forte N	cps.	300 mg	2-2-2	hepatoprotektiva
Euthyrox	tbl.	75 µg	1-0-0 na lačno	hormon štítné žlázy
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Kanavit	gtt.	100 mg	0-15-0	antidota, vitamín K
Omeprazol	tbl.	20 mg	1-0-0 na lačno	antiulcerotikum
Rivocor	tbl.	5 mg	1-0-0	betablokátory
Silymarin	tbl.	40 mg	2-2-2	hepatoprotektiva
Verospiron	tbl.	25 mg	2-2-2	diuretikum
Hylak forte	gtt.	-	4ml-4ml-4ml	antidiaroika
Smecta	suspenze	3g	1-1-1	antidiaroika, digestiva

Subkutánní

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Humalog mix	s.c.	25 j	4j-0-0	inzulín

Inhalační

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Alvesco	inh.	1 dávka = 160 µg	1-0-1	kortikosteroid

Intravenózní

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Degan	inj.	10 mg	při nevolnosti	antiemetikum, prokinetikum
FR 1/1 500 ml	infuzní roztok	0,9 % NaCl	1-0-0	izotonický krystaloidní roztok
Novalgin	inj.	1 ml = 500 mg	při bolestech	analgetikum

Chirurgická léčba

Neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient 52 letý byl přijat dne 24. 2. 2016 v dopoledních hodinách na interní oddělení Jesenické nemocnice na doporučení svým obvodním lékařem, který k hospitalizaci přišel v doprovodu manželky.

Pacient byl přijat pro týden trvající ikterus, který je doprovázen průjmem, bolestmi břicha, nevolností, nechutenstvím a občasným výskytem teplot. Při přijetí pacient při vědomí, plně orientovaný, spolupracuje. Léčí se s primární hypertenzí, astma bronchiale, hypotyreózou a diabetem mellitem II. typu. Pacient byl uložen do lůžka a při příjmu naměřen TK: 140/90 torrů, P: 80/min., D: 16/min., TT: 36,8⁰C afebrilní, obvod břicha: 120 cm, BMI: 35,27 – obezita. Pacientovi v den příjmu byly provedeny základní laboratorní vyšetření, natočeno vstupní EKG, naordinovaná symptomatická medikamentózní léčba, zavedena periferní žilní kanyla na levé horní končetině a zahájena bilance tekutin.

Pacient v nemocnici dodržuje předepsanou dietu, naordinované léky lékařem i klidový režim na lůžku. V den příjmu pacient udával bolesti břicha, nauzeu, nechut k jídlu a jednou řídkou stolicí světle hnědé barvy. Má suchou kůži a rty, povleklý jazyk, snížený kožní turgor, je zesláblý z důvodů průjmu, má strach z budoucnosti. Sebepéči zvládá sám bez potřeby pomoci druhých.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny při příjmu pacienta na interní oddělení.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ dle NANDA Taxonomie II ze dne 24. 2. 2016 a jejich uspořádání dle priorit.

NANDA (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy) byla poprvé vytvořena roku 1988 pod názvem NANDA taxonomie I, která obsahovala 9 diagnostických domén. O 12 let později roku 2000 byla vytvořena NANDA taxonomie II, která vychází z funkčních vzorců Marjory Gordonové. NANDA taxonomie II obsahuje 13 diagnostických domén a každá z domén se dále dělí na diagnostické třídy, které obsahují ošetrovatelské diagnózy s číselnými kódy. V České republice se termín NANDA taxonomie II poprvé objevil roku 2005. Taxonomii bylo nutno přizpůsobit našim poměrům, konkrétně se jednalo o způsobu ošetřování, ekonomice, personálu a léčebným postupům (ŠČEPOŇCOVÁ, 2009).

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Nauzea z důvodu podráždění žaludku, projevující se dávivým pocitem a nucením na zvracení.
2. Akutní bolest břicha z důvodu průjmu, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, verbálním projevem na stupnici VAS číslem 3, dále neklidným chováním, zaujímáním úlevové polohy pacienta a křečemi břicha.
3. Průjem z důvodu nedodržování léčebného režimu, projevující se zvýšenou frekvencí vyprazdňování řídké stolice.
4. Strach z budoucnosti v souvislosti s dalším vývojem nemoci, projevující se nervozitou a ustrašeným výrazem v obličeji.
5. Neefektivní udržování zdraví z důvodu neakceptování léčebného režimu, projevující se zhoršením zdravotního stavu pacienta.
6. Narušený obraz těla z důvodu ikterické kůže, projevující se slovním vyjádřením pacienta.
7. Snížený objem tekutin v organismu z důvodu průjmu, projevující se suchou kůží a rty, povleklým jazykem a sníženým kožním turgorem.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

8. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru a aplikací inzulínu inzulínovým perem.
9. Riziko nestabilní glykémie z důvodu nedodržování diabetické diety.
10. Riziko zhoršené funkce jater z důvodu užívání alkoholu.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Diagnóza č. 1: NAUZEJA z důvodu podráždění žaludku, projevující se dávivým pocitem a nucením na zvracení. (00134)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný, vlnovitý pocit v zadní části hrdla, epigastria nebo břicha, který může vést k nutkání nebo potřebě zvracet.

Určující znaky: dávivý pocit, kyselá chuť v ústech, odpor k jídlu

Související faktory: bolest, podráždění žaludku

Cíl: Pacient nebude pociťovat nevolnost a nucení na zvracení.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací do 12 hodin.
- Pacient je dostatečně hydratován, má vyvážený příjem a výdej tekutin do 12 hodin.
- Pacient nepociťuje nevolnost a nucení na zvracení do 12 hodin od zahájení intervencí.

Ošetrovatelské intervence:

- Podávej antiemetika dle ordinace lékaře, sleduj a zaznamenávej pečlivě jejich účinek do ošetrovatelské dokumentace – sestra u lůžka.
- Zjisti příčiny, které vyvolávají u pacienta nevolnost – sestra u lůžka.
- Informuj pacienta, aby jídlo a pití konzumoval po malých dávkách v krátkých intervalech – sestra u lůžka.
- Vysvětli pacientovi projevy dehydratace – sestra u lůžka.
- Kontroluj u pacienta pravidelný příjem a výdej tekutin – sestra u lůžka.

- Sleduj a zaznamenávej průběh nevolnosti během služby do ošetřovatelské dokumentace – sestra u lůžka.

Realizace:

- 12:00 hod. pacient udává nauzeu a nepříjemný pocit v ústech.
- 12:05 hod. informován lékař o nevolnosti pacienta.
- 12:10 hod. pacient zaujímá úlevovou polohu.
- 12:15 hod. aplikovaná léčba dle ordinace lékaře: podán Degan10 mg i. v.
Zaznamenaná aplikace do ošetřovatelské dokumentace.
- 12:30 hod. neobjevily se nežádoucí účinky antiemetik.
- 13:00 hod. pacient udává zmírnění pocitu na zvracení.
- 13:30 hod. pacient začal popíjet po malých douškách hořký čaj.
- 17:00 hod. pacient snědl suchou stravu bez vedlejších projevů a komplikací.
- 19:00 hod. pacient vypil od 13:30 hod. 600 ml hořkého čaje bez pocitu nevolnosti.
- 20:00 hod. u pacienta nauzea není přítomná, pacient nezvracel.
- 01:00 hod. pacient přijímá tekutiny bez projevů na zvracení.

Hodnocení po 12 hodinách:

- Po podání antiemetik došlo ke zlepšení stavu pacienta a neobjevily se nežádoucí účinky.
- Po 8 hodinách vymizel pocit nevolnosti u pacienta.
- Pacient přijímá suchou stravu bez obtíží.
- Příjem a výdej tekutin u pacienta je vyrovnaný, příjem: 1000 ml, výdej: 950 ml.

Cíl byl splněn.

DIAGNÓZA č. 2: AKUTNÍ BOLEST břicha z důvodu průjmu, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, verbálním projevem na stupnici VAS číslem 3, dále neklidným chováním, zaujímáním úlevové polohy pacienta a křečemi břicha. (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: antalgická poloha z důvodů vyhnutí se bolesti, expresivní chování (neklid), obličejová maska, slovní vyjádření bolesti, změny v chuti k jídlu

Související faktory: původci zranění (biologické)

Cíl: U pacienta se hladina bolesti sníží.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je schopen sledovat a zaznamenávat bolest do 1 hodiny.
- Pacient pozná a využívá techniku zvládnutí úlevové polohy do 30 minut od zahájení intervencí.
- Pacient má dostupné analgetika při vzestupu bolesti.
- Pacientova bolest se sníží o 1 stupeň na škále bolesti z udávané hodnoty 3 na hodnotu 2 do 2 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Vysvětlí podstatu vzniku bolesti – lékař, sestra u lůžka.
- Ulož pacienta do úlevové polohy – sestra u lůžka.
- Podej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace jejich účinek – sestra u lůžka.
- Sleduj a zaznamenávej charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti během služby – sestra u lůžka.
- Nauč pacienta na stupnici VAS zaznamenávat bolest – sestra u lůžka.

Realizace:

- 12:00 hod. pacient udává bolest břicha, bolest hodnotí stupněm 3 na škále bolesti.
- 12:05hod. pacient informován lékařem o příčinách vzniku bolesti – pacient informacím porozuměl.
- 12:10hod. pacient zaujímá úlevovou polohu.
- 12:15 hod. lékař informován o bolestech břicha pacienta.
12:20 hod. podána medikace dle ordinace lékaře podán: Novalgin 2 ml i.v.
Zaznamenaná aplikace do ošetrovatelské dokumentace.
- 12:30 hod. neobjevily se žádné nežádoucí účinky podaných analgetik.
- 13:00 hod. pacient spává, bolesti udává mírnější.
- 14:00 hod. pacient verbalizoval snížení bolesti o 1 stupeň na škále bolesti.

Hodnocení po 2 hodinách:

- Pacient sleduje a zaznamenává intenzitu bolesti.
- Pacient zná a umí využívat techniku zvládnutí úlevové polohy.
- Pacientovi jsou aplikovány analgetika při vzestupu bolesti.
- Pacient verbalizoval zmírnění bolesti do 1 hodiny.
- Bolest se dle výpovědi pacienta snížila o 1 stupeň na škále bolesti do 2 hodin.

Cíl byl splněn.

DIAGNÓZA Č. 3: PRŮJEM z důvodu nedodržování léčebného režimu, projevující se zvýšenou frekvencí vyprazdňování řídké stolice. (00013)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Průchod volné, neformované stolice.

Určující znaky: bolest břicha, křeče, tekutá stolice minimálně 3x za den

Související faktory: situační (abúzus alkoholu)

Cíl: Pacient bude mít fyziologické vyprazdňování.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient zná povahu svého onemocnění a jeho příčiny do 15 minut od zahájení intervencí.
- Pacient nemá více než tři stolice za 24 hodin.
- Pacient má vyrovnaný příjem a výdej tekutin do 48 hodin.
- Pacient nemá podrážděnou perianální kůži do 48 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Vysvětlí podstatu vzniku průjmu – lékař, sestra u lůžka.
- Zajisti, aby pacient byl dostatečně hydratován – sestra u lůžka.
- Sleduj frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice během své služby a vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – sestra u lůžka.
- Zajisti adekvátní péči o perianální kůži Zinkovou pastou – sestra u lůžka.
- Zajisti pacientovi soukromí při defekaci – ošetrovatelský tým.

Realizace:

- 13:00 hod. pacient verbalizuje průjmovitou stolicí světlé hnědé barvy.
- 13:05 hod. lékařem vysvětlené příčiny průjmu.
- 13:10 hod. podaná medikace dle ordinace lékaře podán:
Hylak Forte 4 ml per os, Smecta 1x rozpuštěná ve 200 ml hořkého čaje,
F 1/1 500 ml i.v.
Podaná medikace zaznamenaná do ošetrovatelské dokumentace.
- 13:40 hod. pacient informován a poučen o zásadách hygieny zejména v promazávání okolí konečníku Zinkovou pastou k prevenci opruzenin.
- 14:00 hod. pacient udává 2x řídkou stolicí hnědé barvy.
- 14:05 hod. pacientovi nabízeny tekutiny.
- 18:00 hod. podána medikace dle lékaře:
Hylak Forte 4 ml per os, Smecta 1x rozpuštěná ve 200 ml hořkého čaje.

25. 2. 2016

- 01:00 hod. příjem tekutin za 12 hodin: 1000 ml per os, 500 ml i.v. a výdej tekutin: 1250 ml.
- 06:00 hod. pacient měl za noc 1x kašovitou stolicí hnědé barvy.
- Pokračováno v podávání medikace dle ordinace lékaře po 6 hodinách a sledována frekvence a konzistence stolic. Vše je zapisováno do ošetrovatelské dokumentace.

26. 2.

- 06:00 hod. pacient udává 1x tuhou stolicí bez příměsí. Opruzeniny v místě konečníku nevznikly.

Hodnocení po 48 hodinách:

- Pacient chápe podstatu vzniku průjmu.
- Perianální kůže pacienta bez zarudnutí a podráždění.
- Pacient se vyprazdňuje maximálně 2x denně.
- Pacient je dostatečně hydratován, kožní turgor v normě.

Cíl byl splněn.

DIAGNÓZA č. 4: STRACH z budoucnosti v souvislosti s dalším vývojem nemoci, projevující se nervozitou a ustrašeným výrazem v obličeji. (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomé rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: sděluje obavy, sděluje sníženou sebejistotu, sděluje strach

Související faktory: neznalost okolí, oddělení od podpůrného systému v potenciaálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

Cíl: U pacienta dojde k minimalizaci strachu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient verbalizuje zmírnění strachu do 2 hodin.
- Pacient verbalizuje vymizení strachu do 24 hodin.
- Pacient bude vyjadřovat své pocity kdykoliv po dobu své hospitalizace.
- Pacient má dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském procesu po celou dobu hospitalizace.
- Pacient má možnost kladení otázek na které je mu adekvátně odpovězeno po celou dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí příčinu strachu – sestra u lůžka.
- Zjistí pacientovi reakce na situaci strachu – sestra u lůžka.
- Buď empatická k pacientovi a jeho rodině – sestra u lůžka.
- Sleduj verbální a neverbální reakce pacienta na strach – sestra u lůžka.
- Mluv na pacienta jasně, zřetelně a buď trpělivá – sestra u lůžka.
- Pobízej pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity – sestra u lůžka.
- Nauč pacienta způsoby a techniky zvládnání stresu – sestra u lůžka.
- Zapoj pacienta do aktivit, které mohou odvést pozornost od problémů – sestra u lůžka.
- Sleduj a všechny pocity pacienta zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – sestra u lůžka.

Realizace:

- 11:30 hod. pacient po přijetí projevuje strach z budoucnosti v souvislosti s průběhem onemocnění.
- 12:00 hod. po objasnění informací o léčebném a ošetrovatelském plánu u pacienta dochází ke zmírnění pocitu strachu.
- 14:00 hod. po úpravě zdravotního stavu pacienta je, pacientovi sdělena možnost pohovoru o problémech, které ho trápí po celou dobu hospitalizace.
- Pacient v průběhu hospitalizace začal luštit křížovky, aby zmírnil strach z budoucnosti, ale udává, že stále i přes veškeré informace má i když menší obavy o svou budoucnost.

Hodnocení po 2 hodinách:

- U pacienta došlo ke zmírnění strachu do 2 hodin.
- Pacient má dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském plánu.

Hodnocení po 24 hodinách:

- U pacienta nedošlo k vymizení strachu, stále má, i když menší obavy o svou budoucnost.

Cíl byl splněn částečně, u pacienta došlo ke zmírnění strachu, ale je nutné pokračovat v eliminaci strachu i v domácím prostředí.

DIAGNÓZA č. 5: NEEFEKTIVNÍ UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ z důvodu neakceptování léčebného režimu, projevující se zhoršením zdravotního stavu pacienta. (00099)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Neschopnost identifikovat, zvládat anebo vyhledat pomoc pro udržení zdraví.

Určující znaky: nedostatečný zájem o zlepšení chování podporujícího zdraví, projevuje se nedostatek adaptivního chování na okolní změny

Související faktory: neefektivní zvládnání zátěže jednotlivcem, neschopnost činit správné úsudky

Cíl krátkodobý: Pacient chápe důsledky neefektivního udržování zdraví.

Cíl dlouhodobý: Pacient efektivně udržuje zdraví.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient projeví změnu chování a způsob života, která umožní pokračovat v léčebném režimu do 24 hodin od zahájení intervencí.
- Pacient se zapojí do řešení problémů, které brání léčebnému režimu do 24 hodin.
- Pacient chápe potřebnou změnu v chování a jednání, tak aby bylo možno dosáhnout požadovaných výsledků do 24 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- Pomoz pacientovi najít způsob, jak zlepšit své dosavadní zvyklosti, tak aby byly prospěšné pro jeho budoucnost – sestra u lůžka.
- Zjistí příčiny a faktory dosavadního životního stylu – sestra u lůžka.
- Oceň pacientovu snahu, posiluj žádoucí chování – sestra u lůžka.
- Zprostředkuj pacientovi informace a zároveň mu porad', kde požadované informace může získat – sestra u lůžka.
- Zapoj do léčebného procesu rodinné příslušníky pacienta – sestra u lůžka.

Realizace:

- U pacienta zjišťovány dosavadní zvyklosti v životním stylu.
- Pacientovi byly vysvětleny rizika užívání alkoholu a nedodržování zdravého životního stylu – pacient informacím porozuměl.

- Lékař domlouvá psychiatrické vyšetření, s kterým pacient souhlasí.
- Proveden zápis do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení po 24 hodinách:

- Pacient chápe nutnost změny v jednání a chování, tak aby bylo možné pokračovat v dalších léčebných postupech.
- Pacient je odhodlán změnit svůj životní styl.
- Pacient souhlasí s ústavní protialkoholní léčbou.

Cíl krátkodobý byl splněn.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat i v domácím prostředí.

DIAGNÓZA č. 6: NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA z důvodu ikterické kůže, projevující se slovním vyjádřením pacienta. (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: sdělování pocitů, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (vzhled), subjektivní – strach z reakce jiných

Související faktory: onemocnění

Cíl: Pacient chápe a akceptuje tělesné změny.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacient chápe tělesné změny do 2 hodin od zahájení intervencí.
- Pacient uznává vlastní odpovědnost za sebe samotného do 2 hodin.
- Pacient se adaptuje na narušený obraz těla do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Posuď psychický a fyzický stav pacienta – sestra u lůžka.
- Vyslechni obavy pacienta a na otázky adekvátně odpověz – sestra u lůžka.
- Všímej si známk smutku, příznaků deprese – sestra u lůžka.
- Sleduj interakci mezi pacientem a jeho rodinou – sestra u lůžka.

- Promluv si s pacientem o významu tělesné změny - sestra u lůžka.
- Zajisti poradenství a podporu odborníka, jestliže to vyžaduje stav pacienta- sestra u lůžka.

Realizace:

- 15:00 hod. pacient smutný, po komunikaci s ním zjištěny obavy ze změněného vzhledu svého těla. Pacientovi byly vysvětleny příčiny ikterické kůže a sklér.
- 17:00 hod. pacient bez problémů hovoří o daném problému se svou manželkou

Hodnocení po 24 hodinách:

- Pacient chápe důvody ikterické kůže a sklér.
- Pacient si uvědomuje odpovědnost za své zdraví.
- Pacient nevyžaduje nutnost odborného poradenství.

Cíl byl splněn.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

DIAGNÓZA č. 8: RIZIKO INFEKCE z důvodu zavedení periferního žilního katétru a aplikací inzulínu inzulínovým perem. (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory: farmaka, invazivní postupy, nedostatečná primární obrana (změněná peristaltika), prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Cíl: Pacient nejeví známky infekce.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příznaky infekce do 2 hodin od zahájení intervencí.
- Pacient zná individuální rizikové faktory do 2 hodin.
- Nevzniknou známky infekce v místě vpichu do 24 hodin.

- Invazivní vstup žilního katétru je průchodný.
- Pacient nemá zvýšené zánětlivé markery po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Dodržuj aseptické postupy – sestra u lůžka.
- Sleduj místa vpichu inzulínovým perem a periferního žilního katétru – sestra u lůžka.
- Střídej místo vpichu při aplikaci inzulínu inzulínovým perem – sestra u lůžka.
- Dbej na pravidelnou výměnu krytí periferního žilního katétru – sestra u lůžka.
- Sleduj průchodnost periferního žilního katétru – sestra u lůžka.
- Dodržuj délku zavedení periferního žilního katétru – sestra u lůžka.
- Prováděj časté větrání pokojů – sestra u lůžka.

Realizace:

- 12:00 hod. permanentní žilní katétr zaveden do levé honí končetiny za aseptických podmínek, dáno sterilní krytí a zapsáno do ošetrovatelské dokumentace. Aplikace inzulínu inzulínovým perem aplikováno po dezinfekci kůže.
- 12:05 hod. pacient poučen o možných známkách infekce a rizikových faktorech – informacím porozuměl.

25. 2. 2016

- 12:00 hod. za aseptických podmínek odstraněno staré krytí, očištěn vstup, dezinfekce, a aplikováno sterilní krytí za aseptických podmínek, fixace obvazem. Žilní vstup bez známek infekce, místa vpichu po aplikaci inzulínu bez známek začervenání a zatvrdnutí.
- Prováděno pravidelné větrání pokoje.
- Vše zapsáno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení za 24 hodin:

- U pacienta nevznikly známky infekce.
- Pacient umí popsat známky infekce.
- Pacient zná rizikové faktory vzniku infekce.

Cíl byl splněn.

DIAGNÓZA č. 9: RIZIKO NESTABILNÍ GLYKÉMIE z důvodu nedodržování diabetické diety. (00179)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: Riziko změny koncentrace glukózy v plazmě žilní krve oproti normálnímu rozmezí.

Rizikové faktory: duševní stav, nedodržování léčebného režimu při diabetu (např. program edukace), příjem stravy, stres

Cíl krátkodobý: U pacienta nevznikne hypoglykémie ani hyperglykémie.

Cíl dlouhodobý: U pacienta nevzniknou známky nestabilní glykémie po propuštění z nemocnice.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient má stabilní glykémii do 12 hodin.
- Pacient zná důsledky nedodržování a zásady dodržování diabetické diety do 6 hodin od zahájení intervencí.
- U pacienta nedojde k hypoglykémii nebo hyperglykémii do 24 hodin.
- Pacient zná správné hodnoty glykemií, umí používat glukometr a zná aplikační místa a manipulaci s inzulínovým perem během hospitalizace.
- Pacient se aktivně zapojuje do léčebného režimu po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj hodnoty glykémie – lékař, sestra u lůžka.
- Aplikuj inzulín dle ordinace lékaře – sestra u lůžka.
- Sleduj projevy hypoglykémie a hyperglykémie – lékař, sestra u lůžka.
- Sleduj u pacienta příjem stravy a tekutin – sestra u lůžka.
- Edukuj pacienta o diabetické dietě – sestra u lůžka.
- Proveď edukaci pacienta i rodinných příslušníků o správných hodnotách naměřených glykemií, aplikačních místech inzulínu a správným zacházením glukometru – sestra u lůžka.
- Výsledky glykemií zapisuj do ošetrovatelské dokumentace – sestra u lůžka.

Realizace:

- 12:00 hod. změřena glykémie glukometrem, naměřená hodnota 6,5 mmol/l.
- 12:05 hod. hodnota glykémie hlášena lékaři.
- 12:07 hod. inzulín aplikován dle hodnoty glykémie.
- 16:00 hod. pacient i rodina poučena o aplikaci inzulínu, aplikačních místech a manipulaci s glukometrem – pacient i rodina porozuměli.
- 17:00 hod. kontrola glykémie a příjem stravy, naměřená glykémie před jídlem 6,3 mmol/l.
- 17:05 hod. glykémie hlášena lékaři.
- 17:08 hod. aplikován inzulín dle ordinace lékaře.
- 17:20 hod. pacient edukován o aplikaci inzulínu a dodržování diabetické diety – pacient informacím porozuměl.

25. 2. 2016

- 07:00 hod. za kontroly sestry naměřená pacientem hodnota glukometrem před jídlem byla 6,6 mmol/l.
- 07:05 hod. hlášeno lékaři a pacient pod kontrolou sestry si sám aplikoval inzulín
- pacient jí 3/4 porce stravy.

Hodnocení po 24 hodinách:

- Během 24 hodin nedošlo k hypoglykémii ani k hyperglykémii.
- Pacient zná zásady správného stravování u diabetické diety a důsledky, které by mohly nastat nedodržováním diety.
- Hodnoty glykémie jsou stabilní, pacient se aktivně zapojuje do dodržování diety a kontroly glykémie glukometrem.

Cíl krátkodobý byl splněn.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl hospitalizován na interním oddělení Jesenické nemocnice od 24. 2. 2016 do 29. 2. 2016 pro ikterus, který byl doprovázen průjmem, bolestmi břicha, nevolností, nechutenstvím a občasným výskytem teplot. Pacient byl plně orientován a snažil se spolupracovat.

Při příjmu bylo identifikováno deset ošetrovatelských problémů. Byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, výsledná kritéria, intervence, realizace a hodnocení cílů. Bolest byla u pacienta dle VAS na čísle 3 a bylo dosaženo snížení na VAS č. 2 do dvou hodin, cíl byl tedy splněn. Průjem a nauzea také vymizely a cíl byl splněn. Strach o budoucnost se eliminoval, ale nevymizel a cíl byl splněn částečně, je nutné pokračovat nadále v naplánovaných intervencích. Infekce ze zavedeného periferního žilního katétru ani infekce z aplikací inzulínu inzulínovým perem nevznikla a cíl byl také splněn. V naplánovaných intervencích je nutné pokračovat u ošetrovatelských diagnóz neefektivní udržování zdraví a riziko nestabilní glykémie. Cíl byl také splněn u diagnózy narušený obraz těla z důvodů ikterické kůže, pacient pochopil příčiny změněné barvy kůže.

V den příjmu pacient absolvoval odběr krve na biochemické a hematologické vyšetření, dále podstoupil vstupní EKG, které bylo bez patologického nálezu. Byla naordinována léčba lékařem a zavedena bilance tekutin pro předcházení dehydratace vlivem průjmu. Pacient měl zavedenou periferní žilní kanylu v levé horní končetině, která se denně převazovala, kontrolovalo se místo vpichu a předcházelo se vzniku infekce.

Druhý den pacient absolvoval RTG vyšetření srdce a plic, které bylo také bez patologického nálezu. Dále ultrazvuk a CT břicha, zde byly diagnostikovány známky jaterní cirhózy a to viditelná steatóza jater, hepatosplenomegalie a zmnožené viscerální kolaterály, byl přítomen i ascites.

Třetí den hospitalizace pacient absolvoval psychiatrické vyšetření, kde lékař konstatoval rozvinutou alkoholickou závislost. Pacientovi byla doporučena abstinence

alkoholu, která jde zajistit toho času jen ústavní léčbou. Pacient s ústavní léčbou souhlasil.

Pacient byl zesláblý z důvodů průjmu, teploty se po dobu hospitalizace nevyskytly. Sebepéči zvládal sám bez potřeby pomoci druhých. Hospitalizaci snášel dobře, dodržoval klidový režim i předepsanou dietu, spolupracoval. Každý den ho navštěvovala manželka, která mu byla velkou oporou.

4.1 Doporučení pro praxi

Na základě získaných informací o onemocnění a vlastních zkušenostech z interního oddělení, na kterém pracuji, jsme sestavili doporučení pro ošetřovatelský personál, pacienta, jeho rodinu a širokou veřejnost.

Doporučení pro ošetřovatelský personál:

- V první řadě je nutné, aby ošetřovatelský personál pojal pacienta jako celek se všemi bio-psycho-sociálními potřebami.
- Je nutné, aby ošetřovatelský personál neustále opakoval pacientům s jaterní cirhózou význam dodržování léčebného režimu a dietního opatření.
- Poskytnout pacientovi veškeré informace o nemoci, komplikacích a všech dostupných možnostech léčby.
- Používat zpětnou vazbu, zda pacient veškerým informacím týkající se jeho nemoci porozuměl.
- Umět naslouchat a být empatičtí pro pacienta.
- Poskytnout co nejkvalitnější péči pacientovi.
- Být v neustálém kontaktu s rodinou pacienta.
- Dále se v dané problematice vzdělávat – přednášky, odborné konference.

Doporučení pro pacienta:

- Minimalizovat veškeré rizikové faktory zejména pití alkoholu, užívání chemických toxických léků, a jiné.
- Dbát na dodržování všech zdravotních doporučení.
- Užívat předepsanou medikaci a chodit pravidelně na kontroly k lékaři.

- Dodržovat jaterní dietu – žádná tučná jídla, dostatek vitamínů, pravidelné stravování, vyvarovat se i pokrmům, které obsahují malé množství alkoholu například likérové bonbóny.
- Vyvarovat se stresu.
- Aktivně se zapojit do léčebného režimu.
- Vyhledávat co nejvíce údajů o onemocnění a hovořit o svých problémech, například s rodinnými příslušníky, pacienty se stejnou diagnózou.
- U rizikových skupin doporučit očkování proti hepatitidě B, existují i kombinace vakcín, které chrání pacienta proti hepatitidě typu B a typu A.
- V případě nutnosti ihned vyhledat odbornou pomoc – konzultace s odborníky, ústavní léčba.

Doporučení pro rodinu:

- Podporovat a být oporou pro svého rodinného příslušníka v těžké životní situaci.
- Nepodceňovat potřeby nemocného.
- Nevyřazovat pacienta z běžného života.
- Snažit se motivovat pacienta.
- Nekonzumovat alkohol před pacientem.
- Nemít doma nadměrné zásoby alkoholu.

Doporučení pro veřejnost

- Dostatečné informace o onemocnění – informační letáky, brožury, ...
- Ve školách různého typu zavést preventivní programy o škodlivosti alkoholu a přenosu hepatitid.

ZÁVĚR

Jaterní cirhóza není nemoc vzácná a může postihnout kohokoliv z nás. Jak už bylo zmíněno, nemoc si nevybírá ani podle rasy, pohlaví a roli nehraje ani věk. Onemocnění je vážné a těžko léčitelné. Za úspěch léčby jaterní cirhózy je transplantace jater, které se však dočká jen zlomek pacientů. Jediným východiskem jak snížit výskyt onemocnění je vyhnout se rizikovým faktorům.

Cílem teoretické části práce bylo shrnutí všeobecných poznatků týkajících se daného onemocnění včetně specifik ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Cílem praktické části práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s jaterní cirhózou. Byly získány důležité informace ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pacientem trpící jaterní cirhózou. Po vyhodnocení jsme sestavili 7 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II, které jsme následně rozpracovali. Téměř všechny stanovené cíle byly splněny. Závěr práce obsahuje doporučení pro praxi a to konkrétně pro ošetrovatelský personál, pacienty, rodinné příslušníky pacienta a širokou veřejnost.

Cílem celé bakalářské práce bylo přiblížit danou problematiku osoby s jaterní cirhózou a zpracování ošetrovatelského procesu.

Bakalářská práce je určena osobám trpící jaterní cirhózou, dále zdravotnickým pracovníkům, kteří se starají a pracují s lidmi s daným onemocněním, rodinné příslušníky pacienta, studentům a všem těm, kteří mají zájem o danou problematiku. Cíl bakalářské práce, se nám podařil splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARIAS, M, I., 2009. *The liver: biology and pathobiology*. 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-470-72313-5

BRODANOVÁ, M. a VAŇÁSEK, T., 2001. *Jaterní cirhóza*. [online]. [cit. 2015 – 12 - 29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/jaterni-cirhoza-140271>.

DÍTĚ, P., 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-704-2

EHRMANN, J. et al., 2010. *Hepatologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6

EHRMANN, J., et al., 2006. *Alkohol a játra*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1048- X

GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. Pacient s alkoholickou jaterní cirhózou. In: *Sestra*. **24**(5). 41-43. ISSN: 1210-0404

HORÁK, J. a EHRMANN, J., 2014. *Hepatologie do kapsy*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3299-5

CHÚPKOVÁ, L., 2011. Komplexní péče o pacienta s jaterní encefalopatií. In: *Sestra*. **21**(5). 21-23. ISSN 1210-0404

ISSANI, R., 2010. Kazuistika 40leté zdravotní sestry s alkoholickou jaterní cirhózou. In: *Florence*. **6**(10). 8-9. ISSN 1801-464X

KLENER, P., 2006. *Vnitřní lékařství svazek II*. 3. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-431-8

KRAJINA, A., 2014. Léčba portální hypertenze pomocí transjugulární intrahepatální portosystémové spojky – prvních 1000 výkonů ve FN Hradec Králové. In: *Gastroenterologie a hepatologie*. **68**(2). 124-131. ISSN 1804-7874

KRÁL, V. et al., 2007. *Portální hypertenze*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1662-5

KUBÍKOVÁ, P. a OTCOVÁ, V., 2009. Péče o pacienta s akutním krvácením z jícnových varixů. In: *Sestra*. **19**(2). 34-35. ISSN 1210-0404

LATA, J., 2008. Racionální přístup k nemocným s ascitem, jaterní encefalopatií a hepatorenálním syndromem. In: *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. **62**(2). 106-107. ISSN 1213-323X

LATA, J., 2013. Hepatorenální syndrom. In: *Interní medicína pro praxi*. **15**(8-9). 253-255. ISSN 1212-7299

LATA, J., VAŇÁSEK, T. et al., 2005. *Kritické stavy v hepatologii*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0404-8

LIVER CARE. 2015. *Cirrhosis*. [online]. [cit. 2016-1-04]. Dostupné z: <http://transplantationliver.com/cirrhosis/>

LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0

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

NANDA INTERNATIONAL, 2010. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009–2011*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3423-1.

NAVRÁTIL, L., et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8

NĚMCOVÁ, J. et al., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů.* [online]. ISBN 978-80-904955-9-3. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijní%20materiály%20pro%20zdravotnické%20obory.aspx>

PERE, G., 2005. *Ascites and renal dysfunction in liver disease: pathogenesis, diagnosis, and treatment.* 2nd ed. Malden: Blackwell Publishing. ISBN 978-1-4051-1804-0

PETRTÝL, J., 2005. *Prevence krvácení z jícnových varixů u jaterní cirhózy.* [online]. [cit. 2016 – 01 – 11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/prevence-krvaceni-z-jicnovych-varixu-u-jaterni-cirhozy-167089>

PŘÍBRAMSKÁ, V. a HUSOVÁ, L., 2007. *Jaterní cirhóza.* [online]. [cit. 2016 – 01 – 10]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2007/11/03.pdf>

SYSEL, D. et al., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu.* 2. vydání. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4

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

ŠPIČÁK, J., et al., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii.* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8

ŠTĚPOŇCOVÁ, S., 2009. NANDA taxonomie II. In: *Sestra.* **19**(11). 20-21. ISSN 1210-0404

TICHÝ, J., A., 2010. *Jaterní testy: farmakokinetika hepatoselektivních látek.* 1. vydání. Praha: Svoboda Servis. ISBN 978-80-86320-68-7

VOKURKA, M., Hugo J., et al., 2008. *Praktický slovník medicíny.* 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-159-2

PŘÍLOHY

Příloha A	Literární rešerše	I
Příloha B	Protokol o provádění sběrů podkladů	II
Příloha C	Child-Pughova klasifikace	III
Příloha D	Játra zdravá	IV
Příloha E	Játra postižená cirhózou	V
Příloha F	Ascites	VI
Příloha G	Čestné prohlášení	VII



**Moravskoslezská vědecká knihovna
v Ostravě, příspěvková organizace**

Číslo rešerše: III-7822
Název rešerše: Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou
Jazykové omezení: čeština, angličtina
Časové omezení: 2005-2015
Klíčová slova: cirhóza jater, ošetrovatelství, portální hypertenze, ascites, jaterní encefalopatie, hepatorenální syndrom, jícnové varixy

Zpracovala: Mgr. Pavlína Szöke

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8F15M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Příloha B Protokol o provádění sběrů podkladů

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	Jana Mydliarová, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Jesenická nemocnice, spol. s r.o. Pracoviště: Interní oddělení	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Hana Belejová, PhD.	
Vyřádkování vedoucího práce finančním zatížením pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Belejová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím podpis <i>Belejová</i> <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Belejová</i>	

JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r.o.
Lipovská 103, 790 32 Jeseník
IČO 479 73 927

V *Jeseníku* dne *11. 2. 2016*

Jana Mydliarová
podpis studenta

Příloha C Child-Pughova klasifikace

Tab. 4.6 Funkční hodnocení jaterní cirhózy podle Childa a Pugh

Klinické a biochemické hodnoty	Funkční třída		
	A	B	C
stupeň jaterní encefalopatie	nepřítomna	1 a 2	3 a 4
ascites	nepřítomen	mírný	střední/velký
albumin (g/l)	> 35	28-35	< 28
bilirubin (μmol/l)	< 34	34-51	> 51
protrombinový čas (sekund prodloužení) nebo INR	< 4 < 1,7	4-6 1,7-2,3	> 6 > 2,3

Tab. 4.7 Semikvantitativní skóre podle Childa a Pugh

Klinické a biochemické hodnoty	Body přiřazené za nárůst odchylky		
	1	2	3
stupeň jaterní encefalopatie	nepřítomna	1 a 2	3 a 4
ascites	nepřítomen	mírný	střední/velký
albumin (g/l)	> 35	28-35	< 28
bilirubin (μmol/l)	< 34	34-51	> 51
protrombinový čas (sekund prodloužení)	< 4	4-6	> 6
bilirubin pro PBC a PSC (μmol/l)	17-68	68-171	> 171

Funkční třídy: třída A: 5-6 bodů, třída B: 7-9 bodů, třída C: 10-15 bodů
PBC - primární biliární cirhóza; PSC - primární sklerózující cholangitida

Zdroj: Ehrmann et al., 2010, s. 53

Příloha D Játra zdravá



Zdroj: LIVER CARE. Cirrhosis. [online]. [cit. 2016-1-04]. Dostupné z:
<http://transplantationliver.com/cirrhosis/>

Příloha E Játra poškozená cirhózou



Zdroj: LIVER CARE. Cirrhosis. [online]. [cit. 2016-1-04]. Dostupné z: <http://transplantationliver.com/cirrhosis/>

Příloha F Ascites



Zdroj: MYDLIAROVÁ Jana, 2016

Příloha G Čestné prohlášení

Čestné prohlášení

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

V Praze dne 31. 5. 2016

.....
Jméno a příjmení

