

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou z důvodu
abusu alkoholu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA SMEJKALOVÁ

Praha 2017

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou z důvodu
abusu alkoholu**

Bakalářská práce

KATEŘINA SMEJKALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2017



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

Smejkalová Kateřina
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou z důvodu abusu
alkoholu

Nursing Process in Patient with Liver Cirrhosis due to Alcohol Abuse

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a 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

Kateřina Smejkalová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce p. Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za trpělivost, ochotu, podporu a cenné rady při vzniku této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu během studia.

ABSTRAKT

SMEJKALOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou z důvodu abusu alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2016. 50 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s život ohrožujícím onemocněním jater, které má nejčastější příčinu dlouhodobou závislost na alkoholu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se bude zabývat charakteristikou, příčinami, příznaky, diagnostikou, komplikacemi a léčbou jaterní cirhózy, z důvodu abusu alkoholu. V praktické části bakalářské práce je zpracovaný ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon, ke stanovení diagnóz byla využita NANDA international taxonomie II.

Klíčová slova

Abusus. Alkohol. Hepatologie. Chronické onemocnění jater. Játra. Jaterní cirhóza. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče. Závislost na alkoholu.

ABSTRACT

SMEJKALOVÁ, Kateřina. *Nursing Process in Patient with Liver Cirrhosis due to Alcohol Abuse..* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2014. 50 pages.

The theme of the thesis is nursing process for patients with a life-threatening liver disease which is the most common cause of a long-term alcohol addiction. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes characteristics, causes, symptoms, diagnosis, complications and treatment of liver cirrhosis due to alcohol abuse. The practical part is dedicated to a nursing process in accordance with Marjory Gordon Model, nursing diagnosis - according to NANDA Taxonomy II.

Keywords:

Abuse. Alcohol. Hepatology. Chronic liver disease. Liver. Liver Cirrhosis. Nursing process. Nursing care. Alcohol addiction.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	14
1.1 Vliv alkoholu na organismus.....	16
1.2 Léčba závislosti.....	17
2 JÁTRA.....	20
3 Jaterní cirhoza	22
3.1 Alkoholická cirhoza	22
3.2 Příčiny jaterní cirhozy	23
3.3 Příznaky jaterní cirhozy	24
3.4 Komplikace jaterní cirhozy	25
3.5 Vyšetřovací metody	28
3.6 Léčba a prognóza.....	30
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S Jaterní CIRHOZOU Z DŮVODU ABUSU ALKOHOLU.....	36
6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 2 Dotazník CAGE	18
Tabulka 2 Dotazník AUDIT-C	18
Tabulka 3 Child-Pughova klasifikace	30
Tabulka 4 Chronická medikace	38
Tabulka 5 Fyzikální vyšetření sestrou	40
Tabulka 6 Posouzení ke dni 8. 7. 2016 (1. den hospitalizace)	42
Tabulka 7 Krevní tlak a puls 3x denně	50
Tabulka 8 Příjem a výdej tekutin za 24 hodin za období	50
Tabulka 9 Denní medikace	51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alanin aminotransferáza
AMA	Antimitochondriální protilátky
ANA	Anti nukleární protilátky
ANCA	protilátky proti cytoplazmě neutrofilních leukocytů
Anti	Proti
APTT	Activated Partial Thromboplastin Time
AST	Aparát- aminotransferáza
AT	Alkoholismus a jiné toxikomanie
BMI	index tělesné hmotnosti
CT	Počítačová tomografie
D	Dech
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
GMT	Gama- glutamyltransferáza
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
Ig	Imunoglobulin
i.v.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická rezonance
P	Puls
PMK	Permanentní močový katétr
QUICK	Quickův test, protrombinový čas
SMA	protilátky proti hladkým svalům
SLA	Alaninaminotransferáza
Tbl.	tableta
TK	Tlak krevní
TT	Tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzus** - nadměrné užívání
- Bilirubin** – žlučové barvivo
- Biopsie** – vyšetření vzorku tkáně orgánu
- Diuretika** – léky zvyšující vylučování moči
- Fibróza** – zmnožení vaziva
- Gastroskopie** – endoskopické vyšetření žaludku
- Hemateméza** – zvracení krve
- Hepatitis** – zánět jater
- Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu
- Malnutrice** – podvýživa
- Nekróza** – odumření buňky, tkáně či části orgánu
- Palmární erytém** – zarudnutí dlaní
- Recidiva** – návrat nemoci
- Splenomegalie** – zvětšení sleziny
- Ultrasonografie**- neinvazivní vyšetřovací metoda
- Urobilinogen** – látka vznikající z bilirubinu
- Vena cava inferior** – dolní dutá žíla

(VOKURKA, HUGO, 2016)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma jaterní cirhózy z důvodu závislosti na alkoholu, protože počet pacientů se závislostí na alkoholu stále přibývá, především nátlakem okolí na člověka a to jak po psychické stránce tak i po fyzické. Nejčastěji trpí touto závislostí lidé v produktivním věku. Konzumace alkoholu byla většinou doménou mužů, v dnešní době narůstá tato závislost u žen (SCHMIDTOVÁ, 2011). Alkoholici si velmi často neuvědomují, jaké fatální následky může mít závislost na jejich zdravotní stav, a to nejen nenávratné poškození orgánů ale i těžké duševní poruchy.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na 4 kapitoly. V první kapitole je cílem poukázat na problematiku závislosti na alkoholu a škodlivé vlivy alkoholu na organismus. Druhá kapitola se zaměří na anatomii a funkci jater. Třetí část tvoří charakteristika onemocnění jaterní cirhózy a popisuje příčiny, projevy, příznaky, komplikace, léčbu a prognózu. Čtvrtá kapitola se zaměří na specifickou ošetrovatelskou péči.

V praktické části bude popsán návrh a realizace individuálního plánu ošetrovatelské péče. V použitém modelu dle Marjory Gordon je popsáno nynějšímu onemocnění, individuální potřeby pacientky, dále stanovení diagnóz dle NANDA taxonomie II, stanovení ošetrovatelských cílů, očekávaných výsledků a ošetrovatelských intervencí. Na základě výše uvedeného bakalářská práce seznamuje s vlastní realizací ošetrovatelských intervencí a na závěr s hodnocením splnění stanovených cílů a očekávaných výsledků.

Cílem teoretické části je charakterizovat onemocnění jaterní cirhózu a její příčiny, příznaky, komplikace, vyšetřovací metody a léčbu. Cílem praktické části je navrhnout a zrealizovat individuální ošetrovatelský proces u reálného pacienta.

Vstupní literatura:

1. FISCHER, Slavomil a kol. Sociální patologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
2. OREL, Miroslav a kol. Psychopatologie, Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
3. KLENER, Pavel et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-857-5.

4. HORÁK, Jiří, Jiří EHRMANN a kolektiv. Hepatologie do kapsy. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.
5. NANDA INTERNATIONAL. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-271-9009-6.

Popis rešeršní strategie

Pro tvorbu bakalářské práce byly použity odborné publikace pomocí klíčových slov. Z českých a slovenských zdrojů bylo nalezeno 44 záznamů (20 knih a 22 článků). Rešerše byla vyhotovena v Říjnu. Vyhledávání odborných publikací proběhlo v časovém období listopad 2016 až únor 2017 v Národní lékařské knihovně a v elektronické databázi MEDVIK. V této bakalářské práci bylo použito 24 titulů literatury v českém jazyce a 2 tituly literatury v slovenském jazyce. Cílem bakalářské práce je poukázat na onemocnění jaterní cirhóza, jejíž hlavní příčinou je dlouhodobé nadužívání alkoholu.

Jazykové vymezení:

Čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova:

Abusus. Alkohol. Hepatologie. Chronické onemocnění jater. Játra. Jaterní cirhóza. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Závislost na alkoholu.

Časové vymezení literatury:

Od roku 2006 do současnosti

Druhy dokumentů:

Knihy, články, abstrakta, vysokoškolské práce

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Alkohol je velmi akceptovanou, nejčastěji užívanou, nejrozšířenější a nejdostupnější psychoaktivní látkou v našem sociálním a kulturním prostředí. Vlivem abusu, neboli škodlivému opakujícímu se nadužívání psychoaktivní látky, dochází k tělesnému nebo psychickému poškození. Závislost na alkoholu se týká především dospělých ale i dospívajících. Také se s ní mohou setkat i děti a to nejčastěji prostřednictvím masivních reklam. Alkohol tak není vnímán jako problém, ale jako přirozená součást života. Přes své negativní účinky je alkohol tradiční zneužívanou látkou, popíjí se ve společnosti ale také osamoceně. Na vzniku závislosti se podílí celá řada vlivů a faktorů biologických, psychických a sociálních. Ve většině zemí pijí spíše muži než ženy. Závislost na alkoholu je především psychická a je daná potřebou navodit příjemný psychický stav, zvyšování sebevědomí, zlepšení nálady, radost nebo odstranit negativní prožitky jako jsou úzkosti, vnitřní tenze, deprese, smutek, neúspěch apod. (FISCHER, ŠKODA, 2014), (OREL a kol., 2012).

Etanol je hlavní složka alkoholických nápojů, vyrábí se kvašením rostlinných složek s obsahem sacharidů a následnou destilací. Většina látky je v játrech metabolizována na acetaldehyd, který způsobuje fyziologické účinky např. pocit tepla, rozšíření cév, nauzeu, zvracení, zrychlení srdeční činnosti aj. Změny v chování po požití etanolu se odvíjejí od požitého množství, koncentraci, pohlaví, tělesné hmotnosti a hladině alkoholu v krvi. Etanol v nižší dávce způsobí u jedince zvýšenou tělesnou aktivitu a neklid, ve vyšší dávce dojde ke zhoršení kognitivních a psychomotorických funkcí (FISCHER, ŠKODA., 2014).

Závislost je chronické a recidivující onemocnění. Bez léčby dochází k progresi a následnému umístění do psychiatrické nemocnice nebo do protialkoholické léčebny. Při úspěšné léčbě dochází k znovu navrácení zdraví (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Ke vzniku a rozvoji závislosti mohou vést faktory:

- Genetické predispozice - je prokázáno, že u jedinců z rodin, kde je jedním z rodičů alkoholik, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu 10 x vyšší. Ohroženou skupinou jsou především chlapečci. Geny ovládající vztah k alkoholu nejsou jednoznačně určeny ale pravděpodobnost je 10 x vyšší že potomci alkoholiků se stanou také pijáky (FISCHER, ŠKODA, 2014).

- Biologické predispozice jsou spojené s fyziologickými reakcemi např. průběh metabolického zpracování alkoholu – nemá bolesti hlavy, nauzeu, zvracení, proto je pravděpodobnost užívání vyššího množství látky (FISCHER, ŠKODA, 2014).
- Psychické faktory pravděpodobně vznikají a rozvíjí se osobními rysy např. vyhledávat nové zážitky, snížená citlivost k ohrožení, labilita, různé poruchy osobnosti, stavy deprese, osoby se sklony k sebepodceňování nebo naopak přeceňování, kdy po požití alkoholu mají nižší míru sebekontroly (OREL a kol., 2012).
- Mezi sociální faktory patří vliv rodiny (dysfunkce), sociální skupiny, životní prostředí, zařazení do společenské třídy, výchova, určité profese (lékaři, umělci, sportovci), socioekonomické skupiny – chudoba, v nižším věku nebo v dopívání může být faktor špatný prospěch ve škole, deprese a také experimentace s psychoaktivními látkami, které mohou působit jako kompenzace stresu. Velmi často vede k rozpadu rodiny a ztrátě zaměstnání a jistot. (FISCHER, ŠKODA, 2014).

Syndrom závislosti je charakterizován jako silná touha brát opakovaně danou látku, ztráta kontroly až nemožným zastavením jejího užívání, nárůstem tolerance se stále zvyšujícím se dávek. Jedinec začne zanedbávat dřívější zájmy i vztahy a pokračuje v užívání i přes negativní důsledky (OREL a kol, 2012).

Proces rozvoje závislosti dle Jellinka:

1. Stádium – prealkoholické, konzument si uvědomuje, že pije jinak než druzí, alkohol mu přináší euforii a úlevu od starostí a problémů. V tomto stádiu se zvyšuje množství i frekvence pití.
2. Stádium – varovná fáze, kdy se alkohol stává nutností a je narušená kontrola nad vypitým množstvím. Začínají zde výpadky paměti.
3. Stádium – rozhodující fáze je provázena ztrátou kontroly nad užíváním, tolerance stoupá, alkohol potřebuje téměř denně a vyhledává společnost lidí, kteří mu poskytují sociální oporu., dochází ke změně hodnot a vlastností člověka.
4. Stádium – terminální, alkoholik není schopen vydržet bez kapky alkoholu a konzumace začíná již ranními doušky, aby udržel potřebnou „hladinku“.

Dochází k psychickým poruchám a k poruchám sociální interakce. Dotyčný vypije vše, co obsahuje alkohol a uvědomuje si, že není schopen závislost zvládnout (OREL a kol., 2012), (FISCHER a kol., 2014), (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

1.1 VLIV ALKOHOLU NA ORGANISMUS

Dlouhodobou konzumací alkoholu dochází k dočasným změnám ve většině mozkových struktur a snížení objemu mozkové tkáně, které jsou při abstinenci částečně návratné. Změny se týkají zejména ve funkci mozečku, mezimozku, spánkového a koncového čelního laloku, ostatní struktury jsou relativně nedotčeny. Dále vede k nenávratným poruchám v centrální nervové soustavě, jedná se o poruchy paměti a snižování inteligence. Negativní účinky se týkají nejen mozku ale i jiných vnitřních orgánů – jater, trávicího systému, ledvin apod. (FISCHER, ŠKODA, 2014).

Účinky alkoholu závisí na množství vypitého alkoholického nápoje. Akutní intoxikace je přechodný stav a dělí se na prostou nekomplikovanou opilost a komplikovanou. Projevy prosté intoxikace závisí na množství požitého alkoholu, při nižších dávkách a na začátku konzumace se objevují rozmanité psychické a fyzické změny a projevují se mnohmluvností, změnou vnímání, orientací, myšlení, chování – agresivitou, emotivitou, psychomotorikou, snížení zábran – řízení auta, zvýšeným sebevědomím. Vyšší dávky nebo rychlé požití více procentního alkoholu může způsobit únavu, spánek, změnu vědomí – somnolenci, bezvědomí i smrt. Komplikovaná intoxikace znamená, že během konzumace dochází ke komplikaci nejčastěji k úrazu (OREL a kol., 2012), (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Patologická intoxikace vzniká po vypití velmi malého množství alkoholu. Při této intoxikaci se objevují poruchy vnímání - sluchové i zrakové halucinace, úzkost, strach, nepřiměřená agresivita a násilné chování, které může trvat i několik hodin a končí vyčerpáním a následným dlouhotrvajícím spánkem, u většiny se objeví částečná nebo úplná amnézie (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012), (OREL a kol., 2012).

Specifický vliv závislosti na organismus dle pohlaví:

Hodování alkoholu byla většinou doména mužů, díky rovnoprávnosti je v dnešní době tolerována konzumace alkoholu na veřejnosti i u žen (SCHMIDTOVÁ, 2011).

- Ženy většinou konzumují potají a samy, problémy skrývají za alkohol, proto nejbližší příbuzní ani přátelé nevědí, že nějaký problém žena má. Ženy mají podstatně menší játra než muži, proto alkohol na ženy působí silněji a vzniká tak podstatně rychleji závislost. Žena pod vlivem alkoholu se může stát obětí násilí včetně sexuálního a to vede k nechtěnému těhotenství. Hlavním a nezvratným důsledkem je závislost v reprodukčním věku a graviditě. Těžkém abúzus v těhotenství má fatální důsledky na plod, dítě se může narodit předčasně s těžkými vadami nebo se objevuje i úmrtí plodu před porodem. Postižení plodu se projevuje růstovou retardací, mikrocefalií, abnormality v oblasti obličeje, postižením CNS, nižším intelektem, později se projevuje poruchami chování a poruchou osobnosti (SCHMIDTOVÁ, 2011), (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012), (NEŠPOR, 2007).
- Požívání alkoholu u mužů vede ke snížené tvorbě testosteronu, což vede k sexuální dysfunkci až po impotenci (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Problematika závislosti na alkoholu u dětí a dospívajících je, že závislost se vytváří podstatně rychleji. Je zde vyšší riziko otrav, úrazů a smrti z důvodu nízké tolerance a menší zkušeností s psychotropní látkou a poměrně vysoká ochota riskovat život. Velmi často užívají i více návykových látek současně. U dětí má závislost nepříznivý účinek na psychosociální vývoj a vede k násilnému a kriminálnímu chování (NEŠPOR, 2007).

1.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI

„K rozhodnutí se léčit dospívá pouze malá část jedinců, jejichž užívání lze diagnostikovat jako škodlivé, hraniční, i těch, u kterých již můžeme hovořit o závislosti“. (FISCHER, ŠKODA, 2014, str. 108).

Klíčovou roli hrají v diagnóze a následné léčbě závislosti na alkoholu cílené dotazníky CAGE a AUDIT, které zachytí rizikovou spotřebu (SZÁNTOVÁ, 2013).

CAGE je složen ze 4 otázek, zaměřených na projevy závislosti. Dvě a více pozitivních odpovědí vykazují závislost (SZÁNTOVÁ, 2013).

Tabulka 1 Dotazník CAGE

C	Cítil jste potřebu přestat pít?
A	Obtěžovaly vás zmínky o problémech s pitím?
G	Cítil jste vinu z přílišného pití?
E	Pijete ráno po probuzení?

Autor: EHRMANN, 2006, s. 77

AUDIT se skládá z 10 otázek, víc jak 8 pozitivních u muže a více jak 4 u ženy se považuje za pozitivní výsledek, používá se zkrácená forma AUDIT-C, kde za pozitivní se bere jeden a více bodů (SZÁNTOVÁ, 2013).

Tabulka 2 AUDIT – C

Otázky	body				
	0	1	2	3	4
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje	Nikdy	1x měsíčně	2-4x měsíčně	2-3x týdně	4x a více týdně
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic)	1- 2 sklenice	3-4 sklenice	5-6 sklenic	7-9 sklenic	10 a více
3. Jak často vypijete čtyři a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než 1x měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně/ téměř denně

Autor: SZÚ dle WHO, 2001.

Podmínkou pro stanovení diagnózy závislosti je nutnost výskytu tří a více specifických příznaků najednou např. silná touha nebo nutkání pít alkoholické nápoje, ztráta kontroly nad pitím, zvyšování množství, zanedbávání běžných denních činností během posledních 12 měsíců (CSÉMY, ČAPKOVÁ, 2013).

Po stanovení diagnózy následuje individuální léčba pacienta. Podává se farmakoterapie nejčastěji Disulfiram (Antabus), který má za úkol vyvolat potíže a následnou averzi vůči požívání alkoholu. Jestliže dojde k požití alkoholického nápoje, organismus na lék reaguje kolísáním krevního tlaku, tachykardií, pocitu tepla, zčervenáním v obličeji, zhoršenému dýchání, bolestí hlavy, nauzeou a následnému

zvracení.(FISCHER, ŠKODA, 2014), (GULÁŠOVÁ, 2014). V dnešní době se používají při odvykací terapii přípravky, které potlačují silnou touhu po alkoholu - craving a zmírňují euforické pocity, které představují závažný problém při léčbě (FISCHER, ŠKODA, 2014).

Psychoterapie je velmi důležitá k navrácení zdraví člověka, který má problém se závislostí. V tomto odvětví je nutná aktivní spolupráce pacienta. Využívá se skupinová psychoterapie, která využívá metodu posilování motivace k vyléčení, vnímání sebe a okolí a sebeovlivnění. Cílem je získat náhled a uvědomování si problému, poté sám pacient je schopen realizovat změny v oblasti životního stylu a rozhodnout se pro abstinenci (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012), (NEŠPOR, 2007).

Při léčbě alkoholismu dochází k odvykacímu stav, který nastává po částečném nebo úplném odnětí dlouhodobě užívané psychoaktivní látky. Tento stav má spoustu fyzických i psychických projevů, které jsou jasným syndromem závislosti. Odvykání má různou dobu trvání od řádu hodin až dny a týdny a z hlediska závažnosti – od nízkého rizika až po ohrožení smrtí. K psychickým projevům patří – úzkost, napětí, neklid, agrese, nespavost, poruchy vnímání (halucinace, zmatenost), paranoidita aj. Mezi fyzické patří – bolesti hlavy, tachykardie, nauzea, zvracení, zvýšené pocení, třes, křeče, epileptický záchvat. Obtíže lze zmírnit farmaky. Jsou nezbytné při rozvoji psychóz a delirií (OREL a kol., 2012), (FISCHER, ŠKODA, 2014).

Delirium tremens je nehorším stádiem abstinenčního syndromu a je spojeno s epileptickými záchvaty, třesem, tenzí, dezorientací místem a časem a objevují se halucinace. Při deliriu je vysoké nebezpečí úmrtí, proto je potřeba neodkladná intenzivní léčba (OREL a kol., 2012).

Léčba může být ambulantní nebo při hospitalizaci. Vedle ústavního léčení na specializovaných psychiatrických odděleních – detoxikačních a následně AT odděleních, detoxifikace v protialkoholních léčebnách, denních stacionářích, chráněných bydlení, ambulancích, AT ordinacích lze využít i jiná zařízení např. Klub anonymních alkoholiků nebo Klub usilující o střízlivost. Při léčbě je nutné dodržovat léčebná opatření, v opačném případě je velmi častá recidiva (CSÉMY, ČAPKOVÁ, 2013).

2 JÁTRA

Játra jsou nepárový orgán uložený v dutině břišní v brániční klenbě. U zdravého člověka váží asi 1500 g a proteče jimi asi 1,5 l krve za minutu a to z 60 % portální žílou, ta přivádí krev z oblasti střev a sleziny a zbytek jaterní tepnou. Krev z jater odtéká přes jaterní žíly do vena cava inferior. Rozdělují se obvykle na pravý a levý lalok a dva malé laloky. Jaterní peritoneum je lesklý povlak obalující velkou část parenchymu. Glissonova kapsule – pevný povlak jaterní tkáně, je velmi citlivý. Uvnitř jater jsou žlučové kanálky, které se postupně spojují a vytváří ductus hepaticus dexter a sinister, ty společně vytváří ductus hepaticus communis, který končí odstupem vývodu žlučníku (HORÁK, EHRMANN, 2014),(LUKÁŠ a kol., 2007).

Játra jsou tvořena jaterními lalůčky – hepatocyty, v jejichž středu je centrální žíla a periferii jsou portální prostory. Hepatocyty tvoří asi 60 % objemu jater. Jaterní tepna a jaterní žíla se v portálním prostoru spojují, jejich krev se zde mísí a dále teče jaterními sinusoidy k centrální žíle. V jaterních sinusoidách (drobné cévy) jsou Kupfferovy buňky, jsou to makrofágy, které vylučují z portální krve částičky, antigeny, endotoxiny i bakterie (HORÁK, EHRMANN, 2014).

Jaterní acinus je funkční jednotkou parenchymu jater, uvnitř je portální prostor a na povrchu jsou centrální žíly. Jaterní acinus se dělí na tři zóny. V první zóně periportální, jsou hepatocyty, které při jaterní nekróze regenerují jaterní parenchym a zajišťují oxidační metabolismus. Druhá intermediální zóna je přechodná. V třetí zóně perivenózní probíhá syntéza glykogenu, glykolýza (HORÁK, EHRMANN, 2014).

Játra jsou centrálním orgánem v látkové výměně celého organismu. Zasahují do látkových přeměn všech endogenních a exogenních látek. Jaterní parenchym má schopnost regenerace. Přírozená obměna hepatocytů probíhá apoptózou tzv. řízenou smrtí starých buněk, které nahradí nově vzniklé buňky. Játra odstraňují bilirubin, amoniak, dusíkaté látky, detoxikují organismus od látek dodaných ze zevního prostředí např. léky, alkohol (KLENER et al., 2012), (LUKÁŠ a kol., 2007).

Metabolismus bílkovin

Játra jsou důležitým místem proteosyntézy - vytvoření proteinů plazmy. Základem bílkovin jsou aminokyseliny, které jsou játry vychytávané z oběhu pro syntézu bílkovin a glukoneogenezi, vytvářejí neesenciální aminokyseliny a uvolňují je zpět do oběhu. Esenciální aminokyseliny musí být organismu dodávány. Játra vytvářejí albumin, který ovlivňuje osmotický tlak plazmy a stálost vnitřního prostředí, také je velmi důležitý při transportu různých látek v krvi. Vytvářejí specifické přenašeče např. transferin. Mezi hlavní úlohy jater patří i tvorba hemokoagulačních faktorů (KLENER et al., 2012).

Metabolismus sacharidů

Sacharidy jsou v játrech přeměňovány a dále metabolizovány, jedna část je spotřebována jako energetický substrát, druhá část je uložena ve formě glykogenu, který se aktivuje při jeho potřebě. Probíhá zde glukoneogeneze, tzn. tvorba glukózy z necukrů (KLENER et al. 2012).

Metabolismus tuků

Tuky jsou pro organismus důležitým zdrojem energie, tvoří strukturu buněk a jejich membrány. Játra štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny a výsledným produktem jsou ketolátky, které jsou zdrojem energie pro řadu orgánů. Přebytečný tuk se v játrech hromadí a ukládá (KLENER et al. 2012).

Tvorba žluči

Tvorba žluči je aktivní děj, při kterém je spotřebována energie. Denně se vytvoří asi 650 ml žluče, největší část je zajišťována aktivní sekrecí žlučových kyselin. Žlučové kyseliny mají řadu funkcí, nejvýznamnější je úloha při tvorbě žluči a sekreci fosfolipidů a cholesterolu do žluči, také se podílejí na trávení tuků a jejich absorpci a na vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Tuky jsou žlučovými kyselinami i vylučovány a tím mají významnou eliminaci cholesterolu z těla (HORÁK, EHRMANN, 2014).

3 JATERNÍ CIRHOZA

Jaterní cirhóza je charakterizována jako difuzní proces se zánětlivými a nekrotickým změnami jaterní tkáně, tvorbou patologických uzlů a nadměrné produkci a ukládání vaziva (fibróza), které mění vnitřní a vnější strukturu jater s následnou poruchou až úplnou ztrátou funkce. Tyto změny jsou ireversibilní. Jaterní cirhóza je chronické a progredující onemocnění, které je ve většině chorob postihující játra konečným stádiem. Nepoškozená jaterní tkáň plní zbylou funkci. Jaterní cirhóza je hned po nádorovém onemocnění druhá nejčastější příčina úmrtí v gastrointestinálním traktu. (LATA a kol., 2010), (DRÁBEK a kol., 2012).

Pro určení léčby a pro stanovení závažnosti onemocnění je důležité klasifikace dle morfologie a klinického vývoje.

Do 3 stádií dle klinického vývoje:

1. Stádium (latentní)- asymptomatické, těžko stanovitelné, může trvat roky, v laboratorním nálezu se může objevit zvýšená hodnota INR
2. Stádium (manifestní) – objevují se první příznaky
3. Stádium- dekompenzovaná- příčinou jsou komplikace např. ascites (HORÁK, EHRMANN, 2014)

Dle morfologie – velikost vzniklých patologických uzlů v parenchymu:

- Mikronodulární – malé uzly do 3 mm, obklopený fibrózní tkání
- Makronodulární - velké uzly od 3 mm až po několik centimetrů, mají centrální žílu i portální prostor
- Smíšený – malé i velké uzly (EHRMANN, HŮLEK a kol., 2010)

3.1 ALKOHOLICKÁ CIRHOZA

Alkoholická jaterní cirhóza vzniká jako důsledek pravidelného a dlouhodobého nadužívání alkoholických nápojů. Alkoholici s cirhózou umírají v průměru o 10 let dříve než abstinenti. V Evropě se řadí alkoholické postižení jater na 3. místo hned po kardiovaskulárních nemocech a nádorech. Alkohol je až 50% příčina všech cirhóz na

celém světě, ve vinařských zemích může dosáhnout až 90 % (KLENER et al., 2012), (NAVRÁTIL a kol, 2008).

Různé studie uvádějí takzvanou pomyslnou hranici bezpečné konzumace. U muže je to méně jak 60 g/den, u ženy méně jak 40 g/den. Nelze s přesností stanovit, jaké množství dávky alkoholu vede k ireversibilnímu onemocnění jater. Tímto onemocněním trpí více muži až o 60 % než ženy (LUKÁŠ a kol, 2007), (DRÁBEK a kol, 2012).

Alkohol je hepatotoxin, u kterého je prokázáno přímá souvislost mezi spotřebou a výskytem jaterní cirhózy. Etanol je až v 90 % zpracováván v játrech mezi 30-60 minutami po požití je nejvyšší koncentrace v krvi. Průměrná spotřeba v Evropě na jednoho obyvatele je 10 litrů čistého alkoholu za rok (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007).

3.2 PŘÍČINY JATERNÍ CIRHOZY

Nejčastěji se jaterní cirhóza vyvine jako důsledek dlouhodobého nadužívání alkoholu (asi 45 % všech cirhóz) nebo chronickým onemocněním jater např. hepatitida B, C (30 % cirhóz). Dále jí vyvolávají různé léky, toxiny, infekce - např. brucelóza, tuberkulóza, autoimunitní hepatitidy, vrozené poruchy metabolismu - Wilsonova choroba, primární biliární obstrukce. Jaterní cirhóza může být i bez příčin poté je nazývána kryptogenní. Na přímém vzniku se také podílejí rizikové faktory (věk, pohlaví, nutriční stav, genetika), (LUKÁŠ a kol, 2007), (KLENER et al., 2012).

Mezi infekční virové původce patří Hepatitida typu B, C, D. Hepatitida B vyvolána virem DNA - HBV s inkubační dobou 60-180 dní a vyvolává v játrech destrukci hepatocytů. Až v 5 % přechází do chronické fáze. Přenáší se parenterálně. Virová hepatitida C je velmi často spojená s alkoholickou cirhózou, vyvolána virem RNA- HCV, inkubační doba je 30-180 dní. Přenáší se také parenterálně. Až 80 % přechází do chronické fáze, nejohroženější skupinou jsou uživatelé injekčních drog. Virová hepatitida D probíhá vždy současně s hepatitidou typu B (HORÁK, EHRMANN, 2014).

Toxické poškození způsobuje alkohol, drogy, průmyslová rozpouštědla, toluen, určité druhy hub a některé léky např. vysoká dávka paracetamolu, která vyvolá akutní hepatitidu, metotrexát a nadužívání vitamínu A způsobují fibrózu a přecházejí do chronického stadia (LUKÁŠ a kol., 2007), (DRÁBEK a kol., 2012).

Autoimunitní hepatitida je chronické onemocnění, ke vzniku je nutná genetická predispozice, častěji postihuje ženy. Neléčená způsobuje jaterní cirhózu, na kterou zemře až 50 % pacientek (LUKÁŠ a kol., 2007).

Mezi nejvýznamnější příčiny metabolické poruchy patří non-alkoholická steatohepatitida (NASH) se projevuje jako ztukovatění jater spolu se zánětem, Wilsonova Choroba, u které přenašeč není schopen měď vylučovat z těla, ta se hromadí a ukládá v játrech. Hemochromatóza neboli nadměrné ukládání železa v játrech (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Do autoimunitních řadíme primární sklerotizující cholangitidu, u které dochází k mnohočetným zúžení žlučových cest a fibróze žlučového stromu a primární biliární cirhózu, která je charakteristická postupným poškozením a zánikem malých žlučových kanálků (LUKÁŠ a kol., 2007).

Chronická biliární obstrukce sekundární vzniká jako dlouhodobá obstrukce žlučových cest jakékoliv příčiny, nejčastěji vzniká jako primární sklerotizující cholangitida. Biliární cirhóza je obstrukce žlučových cest se stagnací žluči a následnou tvorbou cirhózy (NAVRÁTIL a kol., 2008).

3.3 PŘÍZNAKY JATERNÍ CIRHOZY

Jaterní cirhóza je velmi proměnlivé onemocnění, může být roky asymptomatická, kompenzovaná (objevují se první příznaky) anebo dekompenzovaná (DÍTĚ et al., 2007).

Při chronickém abusu alkoholu se objevuje vždy jako první příznak jaterní steatóza až v 90 %, vzniká rychle obvykle několik týdnů. Charakteristická je hromaděním tuků v jaterní tkáni. U obézních pacientů při abstinenci alkoholu jaterní steatóza přetrvává. Nemocný subjektivně pociťuje bolestivý tlak v pravém podžebří a zažívací potíže (LUKÁŠ a kol., 2007).

Kompenzovaná cirhóza je charakteristická zvýšenou únavou, poruchou vyprazdňování, dyspepsií, poruchou menstruačního cyklu, malým krvácením z dásní a nosu, vznik pavoučkových névů, malnutrice, úbytek svalové hmoty, retence tekutin. Objevuje se hepatomegalie. Pomalu přechází do dalšího stádia (KLENER et al., 2012, (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007).

Dekompenzovaná cirhóza se vyznačuje pestrými specifickými i nespecifickými symptomy, mezi které patří ikterus, retence tekutin, otoky, ascites, jícnové varixy, nauzea, nechutenství, slabost, hubnutí až kachexie, atrofie svalstva, u žen je amenorea a pokles libida, u mužů impotence a ztráta ochlupení na hrudi, rty a jazyk mají jasně červenou barvu, zpomalené reakce, psychické změny. Objevuje se subfebrilie, palmární erytém na rukou, dušnost, vyšší krvácivost- hematomy a petechie, splenomegalie, portální hypertenze, peritonitida, hepatorenální syndrom (KLENER et al., 2012), (EHRMANN, HŮLEK a kol., 2010), (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007).

3.4 KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHOZY

S jaterní cirhózou jsou spojeny komplikace, které výrazně ovlivňují kvalitu života nemocného. Tyto komplikace mohou být tak závažné, že můžou přímo ohrozit život nemocného. Včasná léčba komplikací může prodloužit život pacienta (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

Jaterní selhání

Jaterní selhání je stav, kdy játra neplní a ztrácí svoji funkci, zejména detoxikační a následně dochází k ohrožení celého organismu. Projevy selhání lze definovat i jako jaterní insuficienci neboli nedostatečnost. Nejdůležitějším příznakem je encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma, ostatní příznaky jsou neurčité např. nevolnost, krvácivé projevy, infekce, ikterus. Příčiny jsou virové hepatitidy, steatóza, toxické a polékové poškození, ischemie (LUKÁŠ a kol., 2007), (KLENER et al., 2012).

Jaterní encefalopatie

Jaterní encefalopatie je soubor neurologických a psychických změn, které vznikly při akutním jaterním selhání či chronickým onemocněním jater. Tento stav je reversibilní, farmakologickou léčbou. Vyznačuje se zvýšenou koncentrací látek v těle (amoniak, benzodiazepiny), které jsou za normálních podmínek metabolizovány a detoxikovány játry a poruchou v nervovém přenosu s následným transportem toxinů ze střeva do CNS. Diagnostiku je se na základě klinického obrazu a krevních odběrů (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (KLENER et al., 2012), (DÍTĚ a kol., 2007).

Jaterní encefalopatii rozdělujeme do 4 stádií:

První stádium se vyznačuje zmateností, poruchou pozornosti a spánku, deprese se střídá s euforií.

Druhé stádium je specifické občasnou dezorientací, nadměrnou spavostí, změnami osobnosti.

Ve třetím stádiu začínají poruchy vědomí, ztráta orientace v místě, čase i prostoru, paranoidita.

Čtvrté stádium je komatózní stav, bez reflexů (KLENER ET AL., 2012), (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Portální hypertenze

Portální hypertenze je v 95 % spojená s jaterní cirhózou. Jedná se o trvalé zvýšení tlaku v portální oblasti, které vede k rozvoji jícnových varixů. Příčiny vzniku mohou být přeměny vnitřní struktury jater- tvorba uzlů, fibróza nebo obstrukcí vrátnicové žíly. Rozděluje se dle lokalizace na prehepatální, příčinou je vrozená vada vrátnicové žíly, intrahepatální vzniká v jaterních sinusoidech, u níž je hlavní příčina abususe alkoholu a posthepatální u které je nejčastější příčina karcinom. Portální tlak se měří přes zavedený katetr do jaterní žíly (KLENER et al., 2012), (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007), (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

Ascites a otoky

Ascites se vyznačuje volnou tekutinou (více jak 2000 ml) v dutině břišní, který vzniká jako přímý důsledek jaterní cirhózy (až 80 %). Nemocný trpí zažívacími obtížemi, říháním, dušností, nechutenstvím, tlakovou bolestí, má neustálý pocit žízně, klesá diuréza., zvětšuje se obvod břicha. Až u 30 % nemocných, kteří mají cirhotický ascites se objevuje spontánní bakteriální peritonitida, pokud není léčena má vysokou mortalitu. Otoky jsou způsobeny retencí tekutin nejčastěji na horních a dolních končetinách, ale také v okolí genitálu (LATA a kol., 2010), (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (SOUČEK a kol., 2011).

Krvácení z jícnových varixů

Jícnové varixy vnikají v 50 % jako důsledek portální hypertenze, cirhózy a vysokým užíváním antirevmatik v kombinaci s alkoholem. Nejčastěji se projeví

hematemézou čili zvracení čerstvé nebo natrávené krve, melénou neboli černou dehtovitou stolicí. Krvácení bývá obvykle prudké a masivní s následným rozvojem hemoragického šoku a rizikem úmrtnosti až 80 %. Proto je nutné po zjištění této komplikace okamžitá léčba. U tohoto krvácení se objevuje recidiva až 70 %. Po prvním krvácení zemře asi 60 % pacientů do jednoho roku (LUKÁŠ a kol., 2007), (LATA a kol., 2010), (KEIL a kol., 2012).

Ikterus

Ikterus vzniká zvýšeným obsahem bilirubinu v séru až trojnásobně. Řadí se mezi nejčastější projevy jaterních onemocnění. Bilirubin vzniká rozpadem hemoglobinu erytrocytů s následným vyloučením do žluče. Při úplné ztrátě jaterní funkce dochází k tomu, že žluč je zpětně absorbována a vyloučena močí. Jako první se projevuje žluté zabarvení sklér a poté kůže (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Hepatorenální syndrom

Hepatorenální syndrom vzniká jako porucha funkčnosti ledvin za určitých podmínek a to je přítomnost portální hypertenze a ascitu při jaterní cirhóze. Klesá průtok krve ledvinami a dochází tak k neokysličení orgánu. Prognóza je obvykle velmi špatná, funkčnost je reversibilní pouze transplantací jater. Příznakem je oligurie, kdy diuréza činí <500 ml/24 hodin, metabolická acidóza, zvýšená hladina kreatininu v séru, otoky dolních končetin (LUKÁŠ a kol., 2007), (JARČUŠKA, BEŇA, TIMKOVÁ, 2012).

Hepatocelulární karcinom

Jaterní cirhóza jakékoliv etiologie je premaligní činitel pro hepatocelulární karcinom. Častěji se vyskytuje u mužů. Prognóza není příliš příznivá, od stanovení diagnózy je doba přežití okolo půl roku. Příznaky jsou nespecifické. Pacient subjektivně pociťuje plnost břicha, bolest a úbytek na váze až anorexii (SOUČEK a kol., 2011).

Malnutrice

Mezi časté komplikace alkoholové jaterní cirhózy patří malnutrice (až 50 %) a snížená chuť k jídlu. Změny nastávají v metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. U pacientů je těžké stanovit BMI, vzhledem k tomu že je znatelná redukce svalů a tuků a zhoršený stav výživy přesto váha narůstá v důsledku retence tekutin. Vyskytuje se více u mužů. Malnutrice nepříznivě ovlivňuje léčbu a prognózu a zhoršuje pooperační průběh po transplantaci (DASTYCH, ŠENKYŘÍK, HUSOVÁ, 2008).

Těhotenství při jaterní cirhóze

Při jaterní cirhóze je velmi obtížné otěhotnět. Pokud je ale pacientka gravidní, stává se z těhotenství spíše komplikace, která ohrožuje život nejen matky, ale i dítěte. V pozdním stádiu těhotenství se kvůli zvětšující se děloze zvyšuje intraabdominální tlak a ten může mít za následek krvácení z jícnových varixů (SOUČEK a kol, 2011).

3.5 VYŠETŘOVACÍ METODY

Klíčovou roli v diagnostice jaterní cirhózy a její komplikací hraje cílená anamnéza, fyzikální a laboratorní vyšetření a zobrazovací metody (LUKÁŠ a kol., 2007).

Anamnéza se získává pomocí rozhovoru a cílených otázek zejména na symptomy. Je důležitá především k rozvoji dalších vyšetřovacích metod, ke stanovení diagnózy a následné léčbě. Při rozhovoru si všímáme nejen objektivní a subjektivních příznaků pacienta, ale i psychického stavu, mimických projevů, způsobu řeči (KLENER et al., 2012), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Anamnéza je rozdělena na části:

- Nynější onemocnění - pacient uvádí aktuální zdravotní stav, obtíže, které ho donutily vyhledat lékařskou pomoc.
- Osobní anamnéza - pacient zde uvádí chronologicky za sebou svá prodělaná nebo trvající chronická onemocnění dle věku. Také se zde ptáme na pacientovi návyky např.: zda kouří cigarety a kolik denně, jak často pije kávu nebo alkoholické nápoje atd.
- Rodinná anamnéza - ptáme se na výskyt závažných a chronických onemocnění u blízkých příbuzných, především na dědičné a infekční choroby.
- Alergická anamnéza - uvádí se všechny formy alergie např.: na léky, na potraviny
- Farmakologická anamnéza - pacient uvádí aktuální chronickou nebo jednorázovou medikaci její gramáž a dávkování
- Pracovní anamnéza - jaká zaměstnání pacient během života vykonával
- Sociální anamnéza - jaké má sociální a rodinné zázemí

- Gynekologická anamnéza - zde se zjišťuje první menstruace, pravidelnost krvácení, těhotenství, potraty, užívání hormonální antikoncepce, věk přechodu, operace (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Při fyzikálním vyšetření využíváme metodu pohledem, poklepem, pohmatem, poslechem a per rektum a je hodnocen fyzický a psychický stav pacienta. Pohledem hodnotíme dýchání, otoky, jizvy aj. Poklepem se zjišťuje velikost orgánů, ascites. Pohmatem hodnotíme otoky, bolestivost, pulzaci, pohyblivost aj. Poslech je důležitý pro hodnocení peristaltiky a šelestů apod. Per rektum posuzuje stav sliznic, konzistenci stolici a příměsi (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Laboratorní vyšetření je komplementární vyšetření tělních tekutin metodami prováděnými mimo tělo pacienta (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Pro určení jaterní cirhózy je potřeba specifické laboratorní vyšetření:

- Hematologické vyšetření krve: Krevní obraz – Leukocyty ($>10 \times 9/l$)
- Koagulační vyšetření krve: INR ($>1,2$), Quick, APTT ($> 40,0$ s)
- Biochemické vyšetření krve: minerály - Na (<132 mmol/l), K ($<3,8$ mmol/l), Cl (<97 mmol/l), jaterní testy- AST (>2 μ kat/l), ALP ($>2,3$ μ kat/l), ALT (>2 μ kat/l), GMT ($>1,10$ μ kat/l), GGT ($>0,68$ μ kat/l), celkový bilirubin (>22 μ mol/l), glykémie ($>5,6$ mmol/l), cholesterol ($>5,2$ mmol/l), alkohol v krvi
- Serologické vyšetření krve: Anti- HAV IgM, Anti HAV IgG, HBaAg, Anti HCV
- Imunologie: IgA ($>3,7$ g/l), IgM ($>2,10$ g/l), IgG (>16 g/l), ANA, AMA, SMA, SLA, ANCA
- Biochemické vyšetření moče: bilirubin (pozitivní), urobilinogen (pozit.), odpad Cu močí/24 hodin ($> 1,5$ μ mol/24 h), kreatinin ($>13,3$ mmol/l)
- Mikrobiologické a biochemické vyšetření: vzorku ascitu
- Nádorové markery (ZAVORAL, VENEROVÁ a kol., 2007), (DRÁBEK a kol., 2012), DÍTĚ a kol., 2007), (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

Dalším doplňujícím vyšetření u jaterní cirhózy je stanovení funkce jater Childovou-Pughovou klasifikací. Stupeň A součet bodů 5-6 vyznačuje kompenzované onemocnění

s dobrou prognózou, Stupeň B součet bodů 7-9 možnost indikace k transplantaci jater. Stupeň C součet bodů je 10-15 prognóza velmi špatná, vysoká mortalita až 50 % (DRÁBEK a kol., 2012).

Tabulka 3 Childova-Pughova klasifikace

Proměnná/body	1 bod	2 body	3 body
Ascites	Nepřítomen	Mírný	Refrakterní
Stupeň encefalopatie	Nepřítomen	stupeň 1-2	stupeň 3-4
Bilirubin $\mu\text{mol/l}$	< 34	34-51	>51
Albumin g/l	>35	28-35	<28
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3

Zdroj: Dítě a kol., 2007, s. 318

Mezi základní zobrazovací neinvazivní metody patří ultrasonografie břicha, dopplerovo vyšetření portální žíly, CT, MR, které se zaměřují na polohu, změnu tvaru orgánu, kompresi jaterních žil, ascites apod. ERCP a gastrokopie pro zjištění jícnových varixů (ŠPIČÁK a kol., 2008).

Do invazivních metod řadíme biopsii jater, kdy se posílá na histologické vyšetření vzorek jater odebraný punkční jehlou za pomoci CT nebo UZ vyšetření. Sleduje se stupeň fibrotizace a aktivita nebo komplikace (EHRMANN, HŮLEK a kol., 2010, (ŠPIČÁK a kol., 2008).

3.6 LÉČBA A PROGNOZA

Léčba jaterní cirhózy je velmi důležitá, i když se jedná o trvale nenávratné poškození jater. Může zpomalit i zastavit progresi onemocnění a tím výrazně prodloužit život pacienta. Důležité je zjistit příčinu onemocnění, stádium a komplikace a poté stanovit cílenou léčbu (EHRMANN, HŮLEK a kol., 2010).

Pacient by měl dodržovat určitá režimová opatření. U kompenzované cirhózy dle stádia, kdy není nutná hospitalizace, pacienti mohou vykonávat lehkou a fyzicky nenáročnou práci mohou i sportovat. U dekompenzované bývá většinou pacient hospitalizován na interním či JIP oddělení, kde dodržuje klidový a léčebný režim (EHRMANN, HŮLEK a kol., 2010).

Důležité při léčbě je dodržování dietního režimu a správné životosprávy dlouhodobě někdy i celoživotně. Pacient by měl omezit příjem soli, tuků např. tučná masa a uzeniny, smaženého, kořeněného a pálivého jídla, nasycené nápoje a kávu. Naopak zvýšit příjem vlákniny, ovoce, zeleniny, proteinů, konzumovat libová masa, rostlinné tuky, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku. Pokrmy se mohou vařit či dusit. Doplnovat vitamíny skupiny B, D. Lze využít doplňků stravy např. Nutridriky. U dekompenzované jaterní cirhózy jsou kontraindikací perorální výživy jícnové varixy a následné krvácení nebo zvýšené riziko aspirace a malnutrice, poté se volí výživa enterální nazojejunální sondou kontinuálně nebo výživa parenterální formou All in one vaků k prevenci vzniku hypoglykémie a dodržení základní dávky živin (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (SOUČEK a kol., 2011), (DASTYCH, ŠENKYŘÍK, HUSOVÁ, 2008).

U alkoholické cirhózy je základním opatřením přísná abstinence alkoholu, která může zastavit následnou progresi onemocnění a omezit komplikace. Při abstinenci více jak 6 měsíců lze řešit cirhózu transplantací. Důležitá je farmakologie při odvykání, která pomáhá pacientovi zvládnout abstinenční příznaky (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Součástí funkce jater je i regenerace ve smyslu zmnožení buněk a navrácení částečně ztracené funkce u nezasažené části jater. Pacientovi se podávají intravenózně aminokyseliny např. Aminosteril hepa 8%, které jsou energetickým zdrojem pro jaterní buňky. Záleží rozsahu poškození a části odstranění jater-hepatektomie (ŠPIČÁK a kol., 2008).

V přímé léčbě jaterní cirhózy se uplatňuje farmakologická léčba. Při léčbě je nutné sledovat potencionální vedlejší účinky, především centrálně působící analgetika, anxiolytika, která mohou způsobit jaterní encefalopatii. Kontraindikována jsou farmaka, která mají vysokou pravděpodobnost hepatotoxického působení např. erytromycin nebo paracetamol podávaný ve vysokých dávkách. Při léčbě se využívají kortikoidy, hepatoprotektiva (např. Flavobion, Essentiale Forte N.), která zvyšují funkčnost jaterních buněk a mohou se podílet na zpomalení fibrózy jaterní tkáně (HUSOVÁ, 2013), (EHRMANN, HŮLEK., 2010).

Velmi důležitá je léčba nejen přímého onemocnění, ale i příznaků a komplikací. U jaterního selhání se hledá příčina. Terapie může být specifická např.: u otavy paracetamolem do 6 hodin výplach žaludku a podání antidota nebo nspecifická, kdy jaterní selhání vede k poškození dalších orgánů a léčba je symptomatická např.

u renálního postižení je nutná hemodialýza, při poruše koagulace je nutné denně podávat vitamín K. Největším přínosem léčby JS je však transplantace (DÍTĚ a kol., 2007).

U cirhózy vyvolané hepatitidami B a C je léčba zahájena antivirotyky např. HBV-Entekavir, Telbivudin, HCV-Ribavirin a trvá obvykle 48 týdnů. Jako prevenci vzniku cirhózy vyvolané hepatitidou B je aktivní imunizace. Proti HCV neexistuje účinná vakcína, jako prevence je pouze vyvarování se rizikovým faktorům přenosu (SOUČEK a kol., 2011), (KLENER et al., 2012).

Léčba u akutního krvácení z jícnových varixů spočívá v endoskopické zástavě krvácení sklerotizací, při pokračujícím krvácení se aplikuje dvou balónková sonda. Současně se podávají neselektivní betablokátory pro snížení přítoku krve i portálního tlaku tak i tlaku ve varixech. Při selhání standartní léčby lze zavést pacientovi TIPS neboli spojku mezi portální žílou a systémovým žilním řečištěm, která zajistí snížení tlaku v portální žíle (SOUČEK a kol., 2011), (DÍTĚ a kol., 2007).

Při jaterní encefalopatii jsou terapeutické zákroky zaměřeny na dietoterapii (snížení bílkovin) a úpravu vnitřního prostředí do fyziologických norem, mezi které patří nejčastěji výskyt hypokalémie. Význam má i podávání antibiotik a syntetických disacharidů (Duphalac, Lactulosa), které zrychlují vylučování amoniaku z těla (KLENER et al., 2012).

Léčba ascitu a otoků spočívá v restrikci sodíku a podávání nitrožilně diuretika (např., Furosemid Forte). Pokud ascites nereaguje na diuretickou léčbu je nutné vypuštění (SOUČEK a kol., 2011), (KLENER et al., 2012).

U spontánní bakteriální peritonitidy se nasazují intravenózně širokospektrá antibiotika např. Cefotaxim 2 g (KLENER et al., 2012).

Jedinou léčbou hepatorenálního syndromu je transplantace, u akutního stavu za přítomnosti oligurie a hyperhydratace lze indikovat hemodialýzu. U hepatocelulárního karcinomu je především léčbou chirurgická resekce a podávání intraarteriální chemoterapie (KLENER et al., 2012), (DÍTĚ a kol., 2007), (JARČUŠKA a kol., 2012).

Transplantaci jater lze provést pouze v případě, kdy je indikováno nenávratné, chronické onemocnění jater, kde nezabírá nebo není možná léčba konzervativní či chirurgická, která by zachránila, prodloužila a zkvalitnila život pacienta. První

transplantace jater se provedla roku 1963 v Denveru, dnes je vysoce využívanou terapeutickou metodou. Indikováni jsou pacienti ve stádiu onemocnění, kdy je pravděpodobnost úmrtí do jednoho roku po stanovení diagnózy. S jaterní cirhózou jsou to pacienti dle Childovi-Pughovi klasifikace skupiny B/C. Akutně jsou zařazováni na transplantační listinu pacienti s akutním jaterním selháním nebo chronickým jaterním onemocněním, s alkoholickou cirhózou mohou být na čekací listinu zapsáni až po 6 měsících přísné abstinence. Mezi kontraindikace transplantace patří toxikomanie, AIDS, jiná onkologická onemocnění, infekce, vyšší věk (nad 65 let), kardiovaskulární a pulmonální onemocnění. U jater je nezbytná shoda krevní skupiny mezi dárcem a příjemcem, u dospělého se transplantují celá játra od zemřelého dárce po odstranění jater příjemce, u dětí lze transplantovat pouze část jater od dárce živého. Po transplantační komplikace, které mohou nastat např. multiorgánové selhání, selhání nebo neživotnost transplantovaného orgánu, infekce nebo embolie. Po transplantaci musí pacient brát doživotně imunosupresi např. Ciclosporin, která tlumí činnost imunitního systému v kombinaci s kortikoidy např. Prednison (DÍTĚ a kol., 2007), (HUSOVÁ, 2013).

Prognózu do značné míry ovlivňuje etiologie, stádium onemocnění, psychický stav a schopnost spolupráce pacienta. U cirhózy není úplně příznivá prognóza, u dekompenzované bez transplantace polovina pacientů zemře do jednoho roku, proto je důležitá prevence a léčba příznaků a komplikací, v klinické praxi jsou zavedeny léky, které mohou zpomalit vývoj onemocnění, jiné jsou ve stádiu výzkumu. U kompenzované cirhózy se pacient po diagnostice dožívá více jak 5 let, bohužel více jak 50 % do 10 let přejde do dekompenzované, poté se mortalita zvyšuje. Preventivním opatřením jsou pravidelné preventivní prohlídky u lékaře, kde se onemocnění může včas odhalit a následně léčit, vakcinace proti hepatitidě typu A, B a abstinence alkoholu (GULÁŠOVÁ GORNEROVÁ, BREZA, 2014), (DÍTĚ a kol., 2007), (LUKÁŠ a kol., 2007).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Neopomenutelná je zde role všeobecné sestry, která se snaží u takto nemocných pacientů zvýšit kvalitu jejich života. Vytvoří ošetřovatelský proces, který spočívá v posouzení pacienta a zmapování jeho individuálních potřeb, diagnostice pacientova problému, plánování ošetřovatelské péče, která vede k zmírnění či odstranění problému, realizaci intervencí a hodnocení výsledku péče (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

- V primární prevenci a primární péči všeobecná sestra zajišťuje edukaci v prevenci vzniku onemocnění metodou krátkých intervencí. Edukace je zaměřená na konkrétní riziko vzniku nemoci např. užívání návykových látek, na ochranu a podporu zdraví. Primární péče zahrnuje výchovu ke zdravému životnímu stylu. Provádí se většinou v odborných ambulancích. Cílem je zamezit vzniku nových onemocněních.
- Sekundární prevence a péče se zaměřuje na včasné rozpoznání vzniku nového onemocnění a zvyšování úspěšnosti léčby. Provádí se v ambulancích při pravidelné preventivní prohlídce nebo při hospitalizaci na lůžkovém oddělení.
- Terciální prevence je zaměřena na léčbu konkrétního onemocnění a zmírnění příznaků, udržení kvality života na co nejvyšší úrovni (LUKÁŠ a kol., 2007), (EHRMANN a kol., 2010).

U jaterní cirhózy je primární prevence zaměřená na očkování proti hepatitidě typu B, edukaci o zdravém životním stylu např. v oblasti dodržování pravidelného denního režimu (stravování, spánek), v dostatku pohybu, dodržování zásad správné osobní hygieny. V sekundární prevenci lze pomocí screeningu zjistit příčinu onemocnění např. závislost na alkoholu dotazníkem AUDIT. V terciální prevenci všeobecná sestra pečuje a ošetřuje nemocného a snaží se zlepšit kvalitu života pacienta a udržet jeho soběstačnost co nejdéle (EHRMANN, HŮLEK, 2010).

Specifika ošetřovatelské péče podle stádií jaterní cirhózy:

Všeobecná sestra zprvu posoudí fyzický stav a úroveň soběstačnosti, psychický a sociální stav a zajistí individuální potřeby (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (LUKÁŠ a kol., 2007).

- V prvním stádiu (asymptomatickém), které lze těžko stanovit ošetrovatelská péče spočívá v důkladném odběru anamnézy, edukaci, odběrem biologického materiálu při preventivní prohlídce u praktického lékaře. Odhalit se dá pouze odběrem krve. Pacient dosud nemá žádné obtíže. (EHRMANN a kol., 2010), (LUKÁŠ a kol., 2007).
- Ve druhém stádiu (kompenzovaném) hraje roli soběstačnost pacienta. U plně soběstačného pacienta spočívá péče především v edukaci v oblasti zdravého životního stylu, abstinenci alkoholu, pohybového režimu, diety, v oblasti vyprazdňování - bude pacient poučen o příjmu a výdeji tekutin a sběru moče. Všeobecná sestra poté vyhodnotí barvu, objem, zápach, případné příměsi a hustotu moči. U částečně soběstačného všeobecná sestra zajistí potřebnou pomoc. Při vyprazdňování u lůžka zajistí toaletní židli nebo podložní mísu či močovou lahev. U hygieny zajistí pomůcky, čisté pyžamo a lůžko. U nesoběstačného pacienta veškerou ošetrovatelskou péči (celkovou hygienu, pomoc při vyprazdňování, podávání stravy a tekutin, tepelný komfort) zajistí zdravotnický personál. Všeobecná sestra pečuje o zavedený žilní vstup a permanentní močový katétr. Edukuje o možnosti výskytu komplikací. Zajišťuje pacientovi psychickou podporu. Připravuje pacienta na vyšetření a plní ordinace lékaře. (HOLUBOVÁ a kol., 20013), (LUKÁŠ a kol., 2007).
- Ve třetím stádiu (dekompenzované) cirhózy a výskytu komplikací, má pacient klidový režim. Při ascitu všeobecná sestra měří objem břicha (páskovým metrem) a pravidelně sleduje váhu. Při punkci zajistí potřebné pomůcky lékaři. Pacient má zavedený permanentní močový katétr pro sledování diurézy za 24 hodin. Zajistí vhodnou polohu u nesoběstačného pacienta pravidelné polohování přes den ā 2 hodiny v noci ā 3 hodiny. Při nechutenství, úbytku váhy, kachexii a ordinované dietě nic per os se pacientovi zavádí nazojejunální sonda, do které je tekutá komplexní strava (Nutrison) podávána kontinuálně nebo do nově zavedeného žilního vstupu parenterální výživa All in one (Nutriflex lipid peri). U nazojejunální výživy mohou vzniknout komplikace např. nauzea a zvracení. Všeobecná sestra pravidelně ošetřuje periferní žilní vstupy, permanentní močový katétr, provádí prevenci dekubitů u zavedené sondy. Podává pravidelně medikaci a sleduje možné nežádoucí účinky, pravidelně monitoruje fyziologické funkce, bolest, vyprazdňování. Dbá na zvýšenou bezpečnost a prevenci pádu (DASTYCH, ŠENKYŘÍK, HUSOVÁ, 2008), (LUKÁŠ a kol., 2007).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHOZOU Z DŮVODU ABUSU ALKOHOLU

Podklady pro zpracování praktické části byly získané v rámci odborné praxe v Nemocnici Na Bulovce na interním lůžkovém oddělení v době od 4. 7. do 5. 8. 2016. Praktická část je zpracována podle koncepčního modelu Marjory Gordon a 13. diagnostických domén.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: Žena

Datum narození: XX. X. 1970

Věk: 47 let

Adresa trvalého bydliště: Praha

RČ: 70XXXXXX/Y

Číslo pojišťovny: XXX

Vzdělání: Středoškolské s maturitou

Zaměstnání: Pokladní v obchodě

Stav: Rozvedená, 1 syn

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 8. 7. 2016 10:00 hod.

Typ přijetí: Akutní, opakované

Oddělení: Interní lůžkové odd.

Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.

Kontaktní osoba k podávání informací: Matka

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Už nějakou dobu se cítím unavená, slabá, podrážděná, nic se mi nedaří. Nějak se mi zvětšilo břicho a přibrala jsem asi 8 kg, ale těhotná nejsem. Máma mi říká, že jsem nějaká žlutá, já jsem si nevšimla. Doufám, že tady nebudu dlouho, mám syna a musím se o něj postarat.

Medicínská diagnóza hlavní:

- K 703 Jaterní cirhóza etylické etiologie

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Ascites
- Hepatocelulární ikterus
- Chronický etylismus
- Hepatomegalie

Vitální hodnoty a údaje zjištěné při příjmu 8. 7. 2016:

TK: 145/80	Výška: 165 cm
P: 98/min	Váha: 74 kg
D: 16/min	BMI: 27,2
TT: 36,8 °C	Orientace: Orientovaná místem, časem a osobou
Vědomí: plné	Krevní skupina: 0 Rh +

Nynější onemocnění:

Pacientka cítí, že se její stav opět zhoršuje, přichází v doprovodu matky. Cítí velkou únavu a slabost už pár týdnů nemá chuť k jídlu, ale na váze přibírá. Pacientka komunikuje adekvátně, mírně zanedbaného vzhledu.

Informační zdroje:

Pacientka (souhlasí s odběrem dat), chorobopis, dokumentace, záznamy z předchozích hospitalizací.

Anamnéza:**Rodinná anamnéza**

- Matka: zdravá
- Otec: Zemřel v 65 letech na krvácení z jícnových varixů při jaterní cirhóze, abusus alkoholu
- Sourozenci: bratr, zdrav
- Děti: 13ti letý syn, zdrav

Osobní anamnéza**Překonaná a chronická onemocnění:**

- Běžná dětská onemocnění
- Etylická jaterní cirhóza
- Abusus alkoholu

Hospitalizace, operace:

- Opakovaně přijatá na interním lůžkovém oddělení, naposledy 1/2016 pro zhoršení stavu, zvýšenou únavu, nechutenství, motání hlavy, závratí
- Operace neudává

Úrazy: neudává žádné vážné úrazy

Transfuze: 0

Očkování: Běžná očkování dle očkovacího průkazu

Alergologická anamnéza

- Léky: neuvádí
- Potraviny: na nějaké ovoce asi jahody, ale neví přesně
- Chemické a jiné látky: neuvádí

Abúzy

- Alkohol: při příjmu pacientka razantně odmítá jakékoli požívání alkoholu. Při psychologickém konziliu se pacientka přiznala, že se občas napije.
- Kouření: nekuřačka
- Káva: nepije
- Léky a jiné návykové látky: neudává

Léková anamnéza

Tabulka 4 Chronická medikace

Název	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	Diuretikum
KCl	tbl.	500 mg	1-0-0	Kaliový přípravek
Kanavit	ggt.	20 mg/1 ml	5-0-5	Vitamin

Zdroj: Dokumentace pacientky

Gynekologická anamnéza

- Menarché: v 16 let
- Cyklus: spíše nepravidelný
- Trvání menstruace: 2-3 dny
- Intenzita menstruace: slabá, bolesti žádné
- Porody: 1
- Abortus: 0
- Hormonální antikoncepce: neužívá
- Samovyšetření prsou: neprovádí
- Gynekologická prohlídka: neví přesně, ale cca 5 let zpět

Sociální anamnéza

- Stav: Rozvedená
- Bytové podmínky: bydlí v pronajatém bytě v panelovém domě
- Vztahy, role: dobrý vztah s matkou, která jí hodně pomáhá se synem a chodem domácnosti, s bratrem pár let nekomunikuje. Nyní je bez partnera. S bývalým partnerem komunikují pouze přes soud
- Záliby a aktivity: muzika, sleduje pořady o vaření v televizi, ráda tráví čas se synem, chodí na procházky

Pracovní anamnéza

- Vzdělání: středoškolské s maturitou
- Pracovní zařazení: Pokladní v obchodním řetězci
- Vztahy na pracovišti: nejsou dobré, má pocit, že jí všichni odsuzují, proto často střídá zaměstnání
- Ekonomické podmínky: dostačující, finančně vypomáhá matka

Spirituální anamnéza

- Víra a vyznání: bez vyznání a náboženských praktik

Fyzikální vyšetření sestrou ke dni 8. 7. 2016

Tabulka 5 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	Normocefalická, bez známek deformit, poklepově bez bolesti, pohyblivá. Migrény neguje.
Oči	Bulby pohyblivé všemi směry, spojivky růžové, bez známek zánětu, zornice izokorické, reagují na světlo, skléry ikterické. Zrak v normě.
Uši, nos	Uši a nos bez deformit a výtoků. Sluch fyziologický.
Rty	Růžové bez cyanózy, hydratované, bez viditelných ragád.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice vlhké, růžové, slinění přiměřené. Dásně růžové, bez krvácení.
Jazyk	Mírně červený, vlhký, na kořenu mírně povleklý. Plazí střední čárou.
Tonzily	Nezvětšené, nebolestivé.
Chrup	Vlastní, mírně zanedbaný.
Krk	Krční páteř pohyblivá, nebolestivá, náplň krčních žil souměrná, karotidy hmatné, pulzace pravidelná. Tyreoidea nezvětšená. Polykání bez obtíží.
Hrudník	Bez deformit. Poklepově nebolestivý. Prsa bez patologických změn.
Plíce	Dýchání čisté, sklípkové, spontánní. Dýchací pohyb symetrický, 16 vdechů /min, poslechově bez přítomnosti fenoménů. Poklep jasný, plný. Saturace kyslíku 98 %. V klidové fázi bez dušnosti, bez kašle. Uvádí námahovou dušnost.
Srdce	Pravidelná srdeční akce ohraničené 2 ozvy, TK 145/80, P 98/min., Bez šelestů.
Břícho	Pohledem a pohmatem přítomen ascites, břicho zvětšené, pozitivní undulace, poklep temný. Na pohmat měkké, bez

	bolesti. Peristaltika poslechově přítomna ve všech kvadrantech. Ledviny nehmatné, nebolestivé. Hernie nepřítomné.
Játra	Pohmatově přítomná hepatomegalie. Játra mírně přesahují pravý žeberní oblouk.
Slezina	Nepřesahuje žeberní oblouk, nezvětšená. Při pohmatu nebolestivá.
Genitál	Nebolestivý, bez výtoku a známek zánětu. Řídké ochlupení. Bez zduření.
Uzliny	Lymfatické uzliny nezvětšené, nehmatné. Tělesná teplota 36,8 °C.
Páteř	Bez známek deformit, fyziologické zakřivení a držení těla, hybnost všemi směry, bez bolesti.
Klouby	Pohyblivé všemi směry, aktivní hybnost končetin. Bez bolesti.
Reflexy	Přiměřené.
Čítí	Přiměřené
Periferní pulzace	Hmatná, pravidelná.
Varixy	Nejsou přítomny.
Kůže	Mírně ikterická, na dolních končetinách šupinky a viditelné pavoukovité névy a malé modřiny, bez vyrážky. Kožní turgor přiměřený. Nehty upravené.
Otoky	Při dlouhém stání mírné otoky na dolních končetinách v oblasti kotníků. Horní končetiny bez otoků.

Utřídění informací dle domén NANDA – I taxonomie II

Tabulka 6 Posouzení ke dni 8. 7. 2016 (1. den hospitalizace)

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none">– Uvědomování si zdraví– Management zdraví	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Všimla jsem si, že se mi zvětšilo břicho, ale neřešila jsem to, až do chvíle, kdy se mě kolega zeptal: v kolikátém měsíci těhotenství jsem. Styděla jsem se, ale zároveň mě bavilo předstírat těhotenství. Jinou možnost jsem neměla. Na žlutou kůži mě upozornila matka. Jen se cítím unavená a podrážděná. U lékaře jsem dlouho nebyla, a když mě donutí matka tak mě akorát pošlou do nemocnice, ale já na to nemám čas, musím se starat o syna a chodit do práce. Vždy tady jsem dlouho a nevyлéčená. Léky jsem nějaké užívala, ale už delší dobu na ně nemám peníze. Doufám, že tentokrát mě pořádně uzdraví.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka nemá reálný náhled na své onemocnění. Chronickou medikaci nebere a ani se neléčí u praktického lékaře. Pacientka působí mírně zanedbaným vzhledem, moc o sebe nepečuje. Všimla si zvětšujícího břicha a zvýšení hmotnosti, ale příznaky a své onemocnění zanedbala.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Neefektivní péče o své zdraví.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none">– Příjem potravy– Trávení– Vstřebávání– Metabolismus	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Nemám chuť k jídlu a občas po jídle, když se přejím je mi špatně, proto jím málo a nepravidelně. Vařím občas synovi, ale ten rád jí ve fast foodech. Dietu doma nedržím, ale vím, že je asi důležitá. Tady</i></p>

<p>– Hydratace</p>	<p><i>v nemocnici nesmím nic jíst ani pít. Hodně piju i 3 až 4 litry za den, možná proto mi narostlo to břicho.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka jí nutričně nevyvážená jídla 2x denně. Nemá chuť k jídlu, občas po jídle dyspeptické obtíže (bolest žaludku, nauzea, říhání). Hmotnost se zvýšila zhruba o 7 kg za měsíc. BMI je 27,2 – nadváha, ale nelze objektivně hodnotit z důvodu ascitu, objem břicha je 110 cm. Vypije až 4 litry za den slazeného i neslazeného nápoje. Pacientka má ordinovanou dietu nic per os 1. den hospitalizace.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nedostatečná výživa, nadváha, zvýšený objem tekutin.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>– Funkce močového systému</p> <p>– Funkce GIT systému</p> <p>– Funkce kožního systému</p> <p>– Funkce dýchacího systému</p>	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Hodně piju, ale na záchod moc nechodím. Při močení mě nic nebolí ani nepálí. Na stolici chodím tak 1-2x v týdnu. Nemám průjem ani zácpu Tady v nemocnici mám zavedenou hadičku, kvůli sledování mojí moči. Hadička mě trochu tlačí, ale nebolí.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má dle ordinace lékaře zaveden permanentní močový katétr č. 18 pro sledování diurézy a ordinovanou diuretickou léčbu. Na stolici byla včera (7. 7. 2016). Kůže je ikterická, bez viditelných lézí, kožní turgor v normě. Pocení v normě. Dýchání čisté, sklípkové, bez dušnosti, 16/min.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nenalezen</p> <p>Priorita:</p>

<p>4. Aktivita/odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spánek, odpočinek – Aktivita, cvičení – Rovnováha energie – Kardiovaskulární – pulmonální reakce – Sebepéče 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Občas mám problém se spánkem, někdy spím dobře i 8 hodin v kuse, jindy se v noci často budím a mám zlé sny. Budím se brzo ráno už okolo 4. hodiny ranní. Když nemůžu usnout, dám si skleničku červeného vína, abych spánek podpořila. Ráno se cítím unavená, jako kdybych nespala. Když mám volno, spím i během dne. Aktivně necvičím, občas jdu sama na procházku. Myslím si, že o sebe pečuju, občas se zapomenu umýt, protože mám hodně starostí. Mně nezáleží tolik na vzhledu.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka působí mírně zanedbaným vzhledem. Pacientka trpí nespavostí, často se během noci budí, probouzí se časných ranních hodinách.</p> <p>Po spánku se cítí unavená. Přiznává popíjení alkoholu před spánkem. Pacientka je v základních denních činnostech soběstačná. Nutný zvýšený dohled nad sebepéčí.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nespavost, únava, snaha zlepšit sebepéči</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>5. Percepce/ kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pozornost – Orientace – Kognice – Komunikace 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Jmenuji se X. Y., je 8. července 2016, ležím na pokoji č. X v Nemocnici Na Bulovce. Ráda mluvím s lidmi, seznamování mi problém nedělá.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka orientovaná, místem, časem i osobou. Komunikuje s personálem i se spolupacientkami. Pacientka se adaptovala na oddělení dobře. Řeč je adekvátní a plynulá,</p>

	<p>neverbálními projevy přiměřené. Při rozhovoru udržuje pozornost a oční kontakt, působí klidně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nenalezen.</p> <p>Priorita:</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sebepojetí – Sebeúcta – Obraz těla 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Jsem klidný člověk, ale poslední dobou jsem více ve stresu a podrážděná. Strídají se u mě nálady. Je mi jedno, co si o mně myslí cizí lidi. Možná si na mě ukazují, protože jsem trochu žlutá, ale já se tím nezabývám, jsou důležitější věci na světě. To břicho mi trochu vadí, překáží mi při pohybu.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka se vnímá jako klidný člověk s občasnými výkyvy nálad. Vadí jí zvětšené břicho, které jí omezuje v pohybu a ve vykonávání některých běžných činností. Žluté zbarvení kůže ji nijak nevadí.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušený obraz těla.</p> <p>Priorita: Nízká.</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Role pečovatelů – Rodinné vztahy – Plnění rolí 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Jsem po rozvodu už 2 roky, pořád mě to trápí, nějak jsem ze z toho nevzpamatovala. Několikrát jsem se psychicky zhroutila. Manželství jsem neměla lehké, exmanžel mě často verbálně urážel, po čase jsem si na zvykla, tak mi to nevadilo. Mám velmi dobrý vztah s matkou, která mi ve všem pomáhá. Žiju s 13. letým synem, který je v pubertě, ale dělám všechno proto, abych byla dobrou matkou. Jsme v těžké situaci po finanční stránce, ale pracuju, abych nás uživila, čekám na alimenty. S bratrem se nebavím od rozvodu,</i></p>

	<p><i>hodně mě urážel, že jsem alkoholička a neschopná postarat se o syna. Musím se co nejdříve uzdravit, abych se mohla postarat o syna.“</i></p> <p>Objektivně: Rodinné vztahy jsou narušené, pacientku trápí dysfunkce rodiny. Žije sama se synem v pronajatém bytě. Roli matky se snaží zvládat. Pacientka se trápí kvůli špatné finanční situaci. Má dobrý vztah s matkou, která jí ve všem pomáhá. Přijde na návštěvu a přinese nějaké osobní věci a postará se o vnuka.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Dysfunkční procesy v rodině.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sexuální funkce – Reprodukce 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Nyní chci být sama a postavit se na vlastní nohy. Mám jednoho syna, takže nemám žádnou poruchu reprodukce. Další dítě neplánuji. Myslím, že teď na to není vhodná doba, až se uzdravím, budu uvažovat o novém partnerovi.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je nyní 2 roky bez partnera. Nevykazuje poruchy sexuální funkce. Pacientka má 1 syna.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nenalezen.</p> <p>Priorita:</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> – Posttraumatické reakce – Reakce na zvládání zátěže – Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Po rozvodu jsem to moc nezvládla. Byla jsem hodně ve stresu z nátlaku okolí a v práci, tak jsem se občas napila alkoholu na uklidnění a na kuráž nebo brečela.“</i></p>

	<p><i>Vydržím toho hodně ale, když je toho moc. Strach z toho, to beze mě doma nezvládnou“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka neumí zvládat psychickou ani fyzickou zátěž. Při nezvládnání zátěže pacientka začne být ve stresu, pláče nebo se napije alkoholu. Při rozhovoru pacientka působí klidně a sebejistě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Neefektivní zvládání zátěže, strach</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hodnoty – Přesvědčení – Soulad hodnot/ přesvědčení/ jednání 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Nejdůležitější je pro mne syn a pro něj udělám všechno na světě. Věřím, že se úplně vyléčím a všechno bude jako dřív i s bratrem.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je přesvědčená, že se zvládne uzdravit. Nejdůležitější hodnota je rodina. Pacientka není věřící a nevyznává žádné náboženství.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nenalezen.</p> <p>Priorita:</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infekce – Fyzické poškození – Násilí – Environmentální rizika – Obranné procesy – Termoregulace 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Vím, že proto, abych se uzdravila, musím mít kanylu v ruce, dáváte mi tam léky. Na měření kolik vyčůrám, mám cévku zavedenou v močovém měchýři. Nemám to poprvé, takže vím, že hrozí riziko infekce. Jsem alergická na jahody, když je sním osypu se všude a svědí mě to.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má zavedený periferní žilní katétr v pravé horní končetině 1. den. Permanentní močový katétr 1. den pro sledování diurézy, který</p>

	<p>odvádí moč mírně tmavé barvy, bez zápachu, bez příměsí. Kůže ikterická, bez defektů a viditelného poškození. Z důvodu onemocnění je ohrožena rizikem krvácení. Pacientka nevykazuje žádné násilné chování vůči sobě, jiným lidem nebo věcem. Pacientka má potvrzenou alergii na jahody dle předchozí hospitalizace, při pozření alergenu není přímo ohrožena na životě. Tělesná teplota 36,8 °C. Bez rizika pádu.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko alergické reakce, riziko infekce, riziko krvácení</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tělesný komfort – Komfort prostředí – Sociální komfort 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Cítím se tady bezpečně, tady na oddělení to znám byla jsem tady minule. Odpočinu si a dám si život do pořádku. Žádné bolesti teď nemám.“</i></p> <p>Objektivně: Pacientka nemá obtíže, je klidná, uvolněná má dostatek sebedůvěry. Nyní neudává nauzeu ani žádnou akutní nebo chronickou bolest.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nenalezen.</p> <p>Priorita:</p>
<p>13. Růst/ vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> – Růst – Vývoj 	<p>Subjektivně:</p> <p><i>„Já už asi nikam neporostu možná do šířky. Vývoj mám nejspíš za sebou.“</i></p> <p>Objektivně: Vývin a růst bez patologie.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nenalezen.</p> <p>Priorita:</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická

Medicínský management 8. 7. 2016

Ordinovaná vyšetření:

- USG břicha statim
- RTG srdce + plíce statim
- Odběr krve dle žadanek statim
- P/V tekutin/24 hodin
- TK, P 3x denně, EKG dnes a kdykoliv při zhoršení stavu
- Punkce ascitu do plánu
- Gastroskopie do plánu

Výsledky vyšetření ze dne 8. 7. 2016:

Uvedeny jsou pouze odchylky od normy, ostatní výsledky byly fyziologické.

Krev:

Biochemie:

- Draslík 3,1 mmol/l (3,6-5,5)
- Chloridy 116 mmol/l (97-110)
- Glykemie 7,6 mmol/l (3,30-5,6)
- ALT 1,43 ukat/l (0,15-0,73)
- AST 2,1 ukat/l (0,10-0,66)
- ALP 2,78 ukat/l (0,66-2,20)
- CRP 35 mg/l (0,00-5,00)
- Bilirubin celk. 96 umol/l (3,0-21,0)
- Urea 8,6 mmol/l (2,5-8,30)
- Albumin 28 g/l (30,0-52,0)

– GGT 5,5ukat/l (0,10-0,70)

Hematologie:

– Leukocyty 13,1 10⁹/l (4,0-10,0)

– Hemoglobin 105 g/l (120-160)

– Trombocyty 100 10⁹/l (150-400)

Koagulace:

– QUICK-INR 1,8 (0,75-1,25)

– APTT 1,23 (0,80-1,2)

EKG: Sinusový rytmus, akce klidná, pravidelná, TF 98', osa intermediální, převod v normě, negativní ischemické nebo ložiskové změny.

USG břicha závěr: Hepatomegalie o 2 cm přesahuje žeberní oblouk, jaterní přestavba, volná tekutina v dutině břišní – ascites střední velikosti.

RTG srdce+ plíce: Bez patologických změn.

Tabulka 7 Krevní tlak a puls 3x denně

	Ráno	Poledne	Večer
8. 7. 2016	TK 145/80 P 98'	TK 140/80 P 88'	TK 145/70 P 88'
9. 7. 2016	TK 140/70 P 96'	TK 135/70 P 77'	TK 150/90 P 98'
10. 7. 2016	TK 140/85 P 86'	TK 145/80 P 90'	TK 135/70 P 78'

Zdroj: Dokumentace pacientky

Tabulka 8 Příjem a výdej tekutin za 24 hodin za období

	Příjem	Výdej
8. 7. 2016	D: NPO Infuze: 2250 ml	1000 ml
9. 7. 2016	D:NPO Infuze: 2250 ml	1500 ml
10. 7. 2016	D:O p.o. 200 ml Infuze: 2000 ml	3000 ml

Zdroj: Dokumentace pacientky

Dieta: 8. 7. 2016 Nic per os

9. 7 2016 Nic per os

10. 7. 2016 0 - tekutá

Pohybový režim: CIII Klid na lůžku (na toaletu může v doprovodu personálu)

Chirurgická léčba: Neindikována

Rehabilitace: Neindikována

Medikamentózní léčba 8. 7. 2016:

Tabulka 9 Denní medikace

Název	Forma/ podání	Síla	Dávkování	Skupina
KCL	Infuzní roztok /i.v.	0,3 %	1-0-1 500 ml (8-12), (17-20)	Kaliový přípravek
Glukóza	Infuzní roztok /i.v.	10 %	0-1-0 500 ml (12-15)	Glukozový přípravek
Ceftriaxon + 100 ml NaCl	Infuzní roztok /i.v.	2 g	1-0-1 á 12 h (8/20), 20 min	Antibiotikum
NaCl	Infuzní roztok /i.v.	0,9 %	0-0-1 500 ml (20-23)	Elektrolyty
Aminosteril Hepa	Infuzní roztok /i.v.	8 %	250 ml (15-17)	Aminokyseliny
Furosemid	Infuzní přípravek/i.v.	20 mg	1-1-0	Diuretikum
Verospiron	tbl/p. o.	25 mg	1-0-1	Diuretikum šetřící draslík
Flavobion	tbl/p. o.	70 mg	1-1-1	Hepatoprotektivum
Frontin	tbl/p. o.	0,25	1-0-1	Anxiolytikum
Lactulosa	sirup/p. o.	1,32 g/1 ml	10-10-10	Laxativum

Kanavit	gtt/p. o.	20 mg	5-5-3	Vitamin
Hypnogen	tbl/p. o.	10 mg	0-0-0-1	Hypnotikum

Zdroj: Dokumentace pacientky

Ordinace infuzních přípravků a roztoků se bude během hospitalizace upravovat, dle aktuálních krevních výsledků.

Situační analýza ke dni 8. 7. 2016

Pacientka X. Y., 47 let, pracující, rozvedená. Přijata 8. 7. 2016 v dopoledních hodinách na interní lůžkové oddělení pro zhoršení celkového stavu u chronického onemocnění etylické jaterní cirhózy a vzniku ascitu. Pacientka je orientovaná časem, místem i osobou. Působí mírně zanedbaným vzhledem. První den hospitalizace udává velkou únavu, nechutenství. Pacientka má zavedený periferní žilní katétr do pravé horní končetiny 1. den průchodný, okolí vpichu klidné, bez známek zánětu. Zaveden byl také permanentní močový katétr č. 18, 1. den, pro sledování diurézy, odvádí mírně tmavší moč, bez příměsí. Na stolici chodí pravidelně, poslední 7. 7. 2016. Alergie na jahody. Kůže ikterická bez lézí. Ordinovaná dieta je nic per os, medikaci může zapít douškem čaje a klidový režim, na toaletu s doprovodem. Akutní ani chronickou bolest neudává. Klidná, spolupracuje, komunikuje adekvátně. Soběstačná, nezávislá - Barthelové test všedních činností 110 bodů, riziko pádu 1 bod dle dokumentace. Fyziologické funkce při příjmu: krevní tlak 145/80, puls 98', dech 16/ min, tělesná teplota 36,8, váha 74 kg, výška 165 cm, BMI 27,2 – nadváha. Pacientka usíná bez problémů, spí obvykle 6-8 hodin, v noci se občas budí, vzhůru je okolo 4 hodiny ranní, poté se cítí unavená. Udává strach z toho, jak to doma bude zvládat matka s vnukem a zhoršení zvládnutí zátěže v této situaci. Pacientka má první den nasazena antibiotika.

Stanovení aktuálních (13) a potencionální (1) ošetrovatelských diagnóz k 8. 7. 2016 dle Nanda I taxonomie II:

- 00004 Riziko infekce
- 00206 Riziko krvácení
- 00093 Únava
- 00233 Nadváha
- 00148 Strach

- 00069 Neefektivní zvládnání zátěže
- 00217 Riziko alergické reakce
- 00182 Snaha zlepšit sebekpěči
- 00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu
- 00098 Nespavost
- 00118 Narušený obraz těla
- 00078 Neefektivní management zdraví
- 00026 Zvýšený objem tekutin
- 00063 Dysfunkční procesy v rodině

Popis zpracování vybraných ošetrovatelských diagnóz v období 8. – 10. 7. 2016

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce

Kód: 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída1.: Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví

Určující znaky: zarudnutí pokožky okolo invazivního vstupu, bolestivost nebo otok místa vpichu, zvýšená teplota.

Rizikové faktory: zavedený periferní žilní katétr

Cíl (krátkodobý, dlouhodobý)

Krátkodobý: Pacientka je edukována o prevenci a možnosti vzniku infekce a její prevence do 1 hodiny po zavedení žilního katétru.

Dlouhodobý: U pacientky nevznikne infekce po celou dobu zavedení žilního katétru.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná příčiny vzniku infekce a její prevence do 1 hod. od zavedení vstupu.
- Pacientka zná projevy infekce do 24 hodin.

Plán intervencí:

- Informuj pacientku o příčinách vzniku infekce do 1 hodiny po zavedení - všeobecná sestra.
- Informuj pacientku o projevech infekce do 24 hodin- všeobecná sestra.
- Při vzniku informuje zdravotnický personál – všeobecná sestra.
- Pravidelně kontroluj funkčnost zavedeného invazivního vstupu 2x za den – všeobecná sestra.
- Pravidelně kontroluj okolí vstupu a pátrej po infekci každý den - všeobecná sestra.
- Dodržuj sterilní postupy vždy při intravenózní aplikaci - všeobecná sestra.
- Vyměňuj invazivní vstup max. po 3 dnech od zavedení - všeobecná sestra.
- Veškeré provedené intervence neprodleně zapiš do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace 8. – 10. 7.2016:

Pacientce byl zaveden periferní žilní katétr 8. 7. 2016 v 10:00 hod. do pravé horní končetiny v oblasti loketní jamky, okolí klidné. Pacientka byla edukována o příčinách vzniku a projevech infekce. Do žilního vstupu byly aplikovány léky dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem sledovala kůži okolo vstupu a kontrolovala funkčnost 2x denně, proplachovala fyziologickým roztokem. Pátrala jsem po vzniku infekce. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka byla edukována o příčinách a prevenci vzniku infekce. Pravidelně jsem kontrolovala místo zavedení invazivního vstupu a případné

objevení infekce. Od 8. – 10. 7. nevznikly žádné projevy infekce. Invazivní vstup se zatím nepřepichoval. Dlouhodobý cíl splněn částečně, při mém ošetřování nevznikly žádné projevy infekce. Dále se provádějí všechny intervence, intravenózní léčba stále trvá.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce

Kód: 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída1.: Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Určující znaky: Bolest v okolí zavedení PMK, řezání, pálení, příměsí v moči

Rizikové faktory: Zavedený permanentní močový katétr

Cíl (krátkodobý, dlouhodobý):

Krátkodobý: Pacientka je edukována o prevenci vzniku a projevů infekce u zavedeného močového katétru do 1 hodiny.

Dlouhodobý: Pacientka nemá žádné známky infekce po dobu zavedení PMK.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná projevy infekce do 1 hodiny.
- Pacientka dodržuje preventivní opatření po celou dobu zavedení PMK.
- Pacientka obeznámí při vzniklých potížích zdravotnický personál ihned.

Plán intervencí:

- Informuj pacientku o projevech infekce v souvislosti se zavedeným PMK do 1 hodiny od zavedení, při vzniku informuje zdravotnický personál ihned- všeobecná sestra.
- Edukuj a dbej na dostatečnou hygienu genitálu 2x denně – všeobecná sestra.

- Pravidelně kontroluj místo zavedení katétru 1x denně – všeobecná sestra.
- Kontroluj množství, barvu, zápach a příměsi odvedené moči 1x denně – všeobecná sestra.
- Vyměňuj močový katétr max. do 21 dní od zavedení – všeobecná sestra.
- Veškeré provedené intervence neprodleně zapiš do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace 8. – 10. 7. 2016:

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr číslo 18 1. den. Edukována o projevech infekce a nutnosti dodržování hygienického režimu do jedné hodiny od zavedení PMK. Pravidelně jsem sledovala množství, barvu, zápach a příměsi v moči. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka edukována o prevenci a projevech infekce do jedné hodiny. Pacientka dodržovala zvýšený hygienický režim. Dlouhodobý cíl zatím nelze hodnotit, za mého ošetřování nevznikla žádná infekce močového systému. PMK odvádí mírně tmavší čirou moč, bez zápachu, bez příměsí. Pravidelně sledována diuréza. Pokračuje se v plánu a realizaci intervencí.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko krvácení

Kód: 00206

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchýlnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Určující znaky: Hematom, krvácení

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza), nedostatečné znalosti o prevenci krvácení.

Cíl (krátkodobý, dlouhodobý):

Krátkodobý: Pacientka edukována o prevenci vzniku krvácení do 24 hodin.

Dlouhodobý: Pacientka nemá nově vzniklé hematomy ani krvácení po dobu hospitalizace.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná rizika krvácení do 24 hodin.
- Pacientka dodržuje preventivní opatření vzniku krvácení po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o prevenci a rizicích vzniku krvácení do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Informuj pacientku o sledování případných krvácivých projevů a při vzniku krvácení informuje zdravotnický personál ihned – všeobecná sestra.
- Pravidelně sleduj známky krvácení 1x denně – všeobecná sestra.
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- Kontroluj fyziologické funkce dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- Veškeré provedené intervence zapiš vždy do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace 8. – 10. 7. 2016:

Dle sdělení pacientky proběhla edukace o riziku krvácení lékařem při příjmu. Pacientce byl nabídnut prostor pro dotazy ohledně dané problematiky. Pacientka byla edukována o prevenci a nutnosti sledování nově vzniklého krvácení do 24 hodin. Pacientka ví, že kdyby začala krvácet nebo se objevil hematom, okamžitě obeznámí zdravotnický personál. Pravidelně jsem měřila fyziologické funkce a podávala medikaci dle ordinace lékaře. Vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka byla edukována v prevenci vzniku krvácení do 24 hodin. Dlouhodobý cíl nelze zatím hodnotit, za dobu mého ošetřování nedošlo u

pacientky k žádnému krvácení ani výskytu hematomu. Pokračuje se v plánu a realizaci intervencí.

Ošetrovatelská diagnóza: Únava

Kód: 00093

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

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

Určující znaky: Únava, nedostatek energie, zvýšený požadavek na odpočinek.

Rizikové faktory: Stres, fyzický stav, onemocnění.

Cíl (krátkodobý, dlouhodobý)

Krátkodobý: Pacientka edukována o dodržování denního režimu do 24 hodin. Zná příčiny únavy.

Dlouhodobý: Pacientka necítí únavu do 3 dnů.

Priorita: Nízká.

Očekávané výsledky:

- Pacientka dodržuje denní režim a aktivně se zapojuje do léčebného režimu.
- Pacientka se cítí odpočatě a má více energie během dne v době hospitalizace.

Plán intervencí:

- Edukuj o nutnosti dodržování denního režimu a aktivitách do 24 hodin – všeobecná sestra.
- Pravidelně zhodnoť psychický a fyzický stav pacientky 1x denně – všeobecná sestra.
- Zapoj pacientku aktivně do běžných denních aktivit po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra.

- Dohlížeš na denní aktivity pacientky každý den – všeobecná sestra.
- Dbej na odpočinek a pravidelný spánek pacientky během hospitalizace – všeobecná sestra.
- Veškeré provedené intervence zapiš vždy do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace 8. – 10. 7. 2016:

Pacientka byla edukována o denním režimu a o plánování a dodržování aktivit přes den do 24 hodin. Pacientka zná příčiny své únavy. Pravidelně jsem hodnotila psychický a fyzický stav pacientky. Zapojovala jsem pacientku do běžných činností např. sebeděče, volnočasové aktivity a také do léčebného režimu. Dbala jsem na pravidelný odpočinek a spánek. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka edukována o denním a léčebném režimu a volnočasových aktivitách do 24 hod. Pacientka zná příčiny únavy. Pacientka si sama hledala volnočasové aktivity. Dlouhodobý cíl splněn částečně, pacientka cítí občas únavu ráno po spánku. Pokračujeme v plánu a realizaci intervencí.

Ošetrovatelská diagnóza: Nespavost

Kód: 00095

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Nerušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

Určující znaky: Předčasné buzení, narušení spánku, zhoršený zdravotní stav.

Rizikové faktory: Konzumace alkoholu, strach, častá zdřímnutí.

Cíl (krátkodobý, dlouhodobý)

Krátkodobý: Pacientka poučena o spánkové hygieně do 24 hodin.

Dlouhodobý: Pacientka nemá problém se spánkem, probouzí se odpočatá do 5 dnů.

Priorita: Nízká.

Očekávané výsledky:

- Pacientka upozorní na rušivé elementy, které jí v noci budí.
- Pacientka chodí spát ve stejnou dobu, spí celou noc bez přerušení, ráno se cítí odpočatě do 5 dnů.

Plán intervencí:

- Edukuj o spánkové hygieně do 24 hodin – všeobecná sestra.
- Edukuj a dodržování denního režimu a zapojení do aktivit během dne do 24 hodin – všeobecná sestra.
- Informuj pacientku o možnosti léku na spaní dle ordinace lékaře každý den – všeobecná sestra.
- Pacientka vždy nahlásí rušivé elementy, které jí znemožňují kvalitní spánek – všeobecná sestra.
- Veškeré provedené intervence vždy zapiš do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace 8. – 10. 7. 2016:

Pacientka edukována o spánkové hygieně a aktivizaci během dne do 24 hodin. Pacientka chodí spát ve stejný čas. Při nespavosti pacientka nahlásí rušivé elementy. Na žádost pacientky jsem podala medikaci na spaní dle ordinaci lékaře. Vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka informována o spánkové hygieně do 24 hodin, verbalizuje pochopení. Dlouhodobý cíl zatím nesplněn. 9. 7. 2016 pacientka vzhůru od 4 hodin od rána, v noci byla asi 2x vzhůru, probudila jí spolupacientka. Během dne pocítovala únavu. 10. 7 2016 pacientka zažádala lék na spaní, podán dle ordinace lékaře. Vzhůru byla od 5 hodin ráno, spánek bez přerušení. V odpoledních hodinách cítila únavu, během dne to bylo lepší. Pokračujeme v plánu a realizaci intervencí.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry

- Berte ohled na pacientovi bio-psycho-sociální potřeby, hodnoty, postoje, návyky, životní styl.
- Edukuj pacienta o průběhu léčebného režimu během hospitalizace.
- Zajistěte pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění.
- Mluvte s pacientem srozumitelně, trpělivě, neužívejte odborné výrazy, vždy nechte dostatek prostoru pro dotazy.
- Motivujte pacienta k léčbě.
- Dodržuj profesionální přístup.
- Vzdělávejte se a prohlubujte své vědomosti v dané problematice onemocnění.

Doporučení pro pacienta

- Dodržujte správnou životosprávu (omezit konzumaci alkoholických nápojů, zdravá výživa, pitný režim, vhodná pohybová aktivita, kvalitní spánek).
- Dodržujte léčebný režim a léčebná opatření při hospitalizaci i po propuštění do domácího ošetření.
- Dbejte na preventivní opatření a docházejte na pravidelné lékařské prohlídky.
- Zajímejte se o svůj zdravotní stav a získejte co nejvíce informací o vašem onemocnění.
- V případě dotazů se vždy obraťte na zdravotnický personál.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce je poukázat na velmi vážné a progredující onemocnění jater. Teoretická část je zaměřena na nejčastější příčinu jaterní cirhózy (až 50%) a tou je závislost na alkoholu, které byla věnována první kapitola. Text se věnuje problematice závislosti na alkoholu, jeho vzniku, vlivu na organismus a léčbu. Teoretická část shrnuje poznatky o funkci jater obecně a o jaterní cirhóze její charakteristice, příčinách, příznacích, komplikacích, vyšetřovacích metodách, náročné a dlouhodobé léčbě a prognóze. Poslední kapitola teoretické části poukazuje na specifika ošetrovatelské péče u nemocného s jaterní cirhózou. Cíl teoretické části byl splněn.

V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u pacientky s etylickou jaterní cirhózou, přijatou na interní oddělení. Ošetrovatelský proces byl stanoven dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Zhodnotil se stav pacienta a stanovily se ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017, cíle a očekávané výsledky, poté byl navrhnut individuální plán intervencí a realizace plánu a na závěr zhodnocení ošetrovatelské péče. Všechny krátkodobé cíle byly splněny, dlouhodobé cíle se nedaly zhodnotit s ohledem na omezený čas konání odborné praxe, během které byl ošetrovatelský proces realizován. V plánovaných intervencích a léčebném režimu se dále pokračovalo zdravotnickým personálem daného oddělení do dosažení dlouhodobých cílů. U pacientky byla také snaha o její navrácení do běžného života. Cíl pro praktickou část bakalářské práce byl splněn.

Bakalářská práce slouží jako informační zdroj pro všeobecné sestry, studenty nelékařských zdravotnických oborů i laickou veřejnost, kteří si chtějí prohloubit znalosti v oblasti problematiky hepatologie, a ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CSÉMY, Ladislav a Eva ČAPKOVÁ. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. Cepros, 2013. ISBN 978-80-260-7070-2.
- DASTYCH, Milan, Michal ŠENKYŘÍK a Libuše HUSOVÁ. Malnutrice u jaterní cirhózy- patogeneze vzniku, klinický dopad a možnost ovlivnění. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2008, roč. **62**, s. 166-173. ISSN 1213-323X
- DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
- DRÁBEK, Jiří a kol. *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1971-2.
- EHRMANN, Jiří, Petr HŮLEK a kolektiv. *Hepatologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.
- EHRMANN, Jiří jr., Petr SCHNEIDERKA. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1048-X.
- FISCHER, Slavomír a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
- GULÁŠOVÁ, Ivica, Lenka GORNEROVÁ a Ján BREZA, 2014. Pacient s alkoholickou cirhózou jater. *Sestra*. **24**, (5), s. 41-43. ISSN 1210-0404.
- HOLUBOVÁ, Adéla a kolektiv. *Ošetřovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.
- HORÁK, Jiří, Jiří EHRMANN a kolektiv. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.
- HUSOVÁ, Libuše, 2013. Indikace k transplantaci jater a zařazování na čekací listinu. *Vnitřní lékařství*. **59**. (8), s. 658-662. ISSN 0042-773X.
- JARČUŠKA Peter, BEŇA Ľuboslav a Alena TIMKOVÁ. Hepatorenálny syndrom o pacientov s akútnou alkoholovou hepatitídou. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2012. **66** (2), s. 101-108. ISSN 1804-7874; 1804-803X.
- KEIL, Radan a kolektiv. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-1970-5.
- KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978- 80-7262-857-5.
- LATA, Jan a kol. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-692-2.
- LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2015. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Třetí vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NĚMCOVÁ, J. et al., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- RABORCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- SCHMIDTOVÁ, Jana, 2011. Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. *Lékařské listy*. **60**(9), s. 27-29. ISBN 1805-2355.
- SOUČEK, Miroslav a kolektiv. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.
- SZÁNTOVÁ, Mária. Alkoholová choroba pečene. *Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava: Obzor, 2012. **48**(1), s. 25-35. ISSN 0862-0350.
- ŠAFRÁNKOVÁ, ALENA a MARIE NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠPIČÁK, Julius a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1783-8.
- VOKURKA MARTIN, Jan HUGO. 2016. *PRAKTICKÝ SLOVNÍK MEDICÍNY. 11. aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf.. ISBN 978-80-7345-464-7.
- ZAVORAL, Miroslav, Johana VENEROVÁ a kol. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4902-3.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů I

Příloha B – Rešeršní protokol II

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

REŠERŠNÍ PROTOKOL

Jméno: Kateřina Smejkalová

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou z důvodu abusu alkoholu

Jazykové vymezení:

čeština, slovenština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

2006 - současnost

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce)

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Použité prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

Medline

K rešerši jsou přiloženy navíc složky s elektronicky dostupnými plnými texty v češtině a angličtině.

Dále je přiložen popis rešerše z BMČ s návodem, jak lze stáhnout některé plné texty z Internetu.

Vypracoval:

Mgr. Klára Koldová, OISS NLK

koldova@nlk.cz