

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA JAHODOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

KATEŘINA JAHODOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH

Praha 2018



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

JAHODOVÁ Kateřina
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

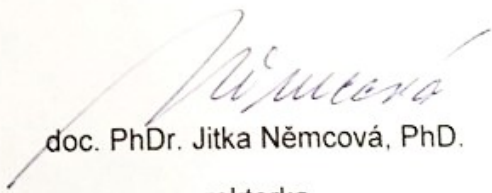
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou

Process of Nursing Care of the Patient with Liver Cirrhosis

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2018

.....

Kateřina Jahodová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD., MPH za odborné vedení, podnětné připomínky, cenné rady a vstřícný přístup při konzultacích této bakalářské práce.

ABSTRAKT

JAHODOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Praha. 2018. 102 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část seznamuje s problematikou daného onemocnění a shrnuje základní informace o ní získané. Je popsána definice jaterní cirhózy, patogeneze, etiologie, klinický obraz, diagnostické metody, terapie, interní i chirurgické komplikace a prognóza tohoto závažného a progredujícího onemocnění. Zdůrazněná je prevence. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s chorobami jater. Praktická část bakalářské práce je věnována ošetrovatelskému procesu u konkrétního pacienta s dekompenzovanou cirhózou jater, vzniklou na podkladě dlouhodobé konzumace alkoholu. Údaje a informace jsou získány na základě rozhovoru s pacientem a ze zdravotnické dokumentace. Definovány jsou subjektivní a objektivní problémy, na jejichž podkladě jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II International 2015–2017. Je vytvořen individuální plán ošetrovatelské péče, jehož součástí je stanovení dosažitelných cílů a plán ošetrovatelských intervencí. Popsána je též realizace ošetrovatelské péče. Následuje zhodnocení efektu poskytnuté péče.

Klíčová slova

Cirhóza jater. Encefalopatie. Játra a alkohol. Jícnové varixy. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

JAHODOVÁ, Kateřina. *Process of Nursing Care of the Patient with Liver Cirrhosis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Prague. 2018. 102 pages.

This bachelor thesis deals with nursing care of a patient with liver cirrhosis. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part introduces an issue of given disease and summarises basic information about it. A definition of liver cirrhosis is described as well as pathogenesis, etiology, clinical picture, diagnostic methods, therapy, internal and surgical complications and prognosis of this serious and rapidly progressive disease with emphasis on prevention. The last chapter of the theoretical part is aimed at a specific nursing care of a patient with liver cirrhosis. The practical part of the bachelor thesis deals with nursing care of a particular patient with advanced liver cirrhosis caused by a long lasting consuming of alcohol. The data and information were obtained from an interview with the patient and from medical documents. Both the subjective and objective problems are defined and are a base of the nursing diagnoses according to NANDA I Taxonomy II International 2015-2017. An individual plan of nursing care was created and its part which I reaching obtainable goals as well as a plan of nursing interventions. Also the implementation of nursing care is described. Evaluation of provided care effects follows.

Key words

Encephalopathy. Esophageal varices. Liver and alcohol. Liver cirrhosis. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	12
ÚVOD.....	13
1 JATERNÍ CIRHÓZA	16
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	17
1.2 PATOGENEZE.....	18
1.3 ETIOLOGIE.....	19
1.4 KLINICKÝ OBRAZ.....	22
1.5 SYMPTOMATOLOGIE.....	23
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	25
2.1 ANAMNÉZA	25
2.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	27
2.3 LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	28
2.4 DIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ A LÉČEBNÉ METODY	29
3 KOMPLIKACE	31
3.1 PORTÁLNÍ HYPERTENZE	31
3.2 KRVÁCENÍ Z VÝZNAMNÝCH JÍCNOVÝCH VARIXŮ.....	31
3.3 JATERNÍ ENCEFALOPATIE	32
3.4 ASCITES.....	33
3.5 HEPATORENÁLNÍ SELHÁNÍ	33
3.6 HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM.....	34
3.7 JATERNÍ CHRONICKÉ SELHÁNÍ.....	34
4 LÉČBA JATERNÍ CIRHÓZY	35
4.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	36
4.2 DIETNÍ REŽIM	36
4.3 TRANSPLANTACE JATER.....	37
4.4 PROGNÓZA	38
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	40
5.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U BŘIŠNÍ PUNKCE	45
5.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KRVÁCENÍ Z JÍCNOVÝCH VARIXŮ	45

5.3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U JATERNÍ BIOPSIE	46
6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU.....	48
6.1	ANAMNÉZA	50
6.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ 10. 1. 2018	53
6.3	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA INTERNATIONAL 2015– 2017 ZE DNE 10. 1. 2018.....	56
6.4	AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	64
6.5	PSYCHICKÝ A SOCIÁLNÍ STAV PACIENTA	65
6.6	MEDICÍNSKÝ MANAGMENT	66
6.7	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 1. 2018.....	70
6.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II (2015–2017) A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 10. 1. 2018.....	71
6.9	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DNE 16. 1. 2018 (7. DEN HOSPITALIZACE).....	87
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	89
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta.....	48
Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu	49
Tabulka 3 Léková chronická medikace	50
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou provedené při přijetí 10. 1. 2018	53
Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 10. 1. 2018	56
Tabulka 6 Aktivity denního života	64
Tabulka 7 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2018	66
Tabulka 8 Výsledky hematologického vyšetření ze dne 10. 1. 2018	67
Tabulka 9 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 10. 1. 2018	67
Tabulka 10 Posouzení psychického a sociálního stavu	87

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
BMI	Index tělesné hmotnosti
CRP	C reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
DF	Dechová frekvence
DKK	Dolní končetiny
EEG	Elektroencefalograf
EKG	Elektrokardiograf
FR	Fyziologický roztok
GGT	Gamaglutamyltransferáza
gtt.	Kapky
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HKK	Horní končetiny
i. v.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
P	Puls
PMK	Permanentní močový katetr
p. o.	Perorální
PŽK	Periferní žilní katétr
RTG	Rentgen
SpO₂	Saturace krve kyslíkem
tbl.	Tableta
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abusus – nadužívání

Adenokarcinom – zhoubný nádor ze žláзовého epitelu

Acholická stolice – stolice světlošedé barvy, signalizuje uzávěr žlučových cest

Antianemikum – léky používané k léčbě anemie

Antiulceróza – léky užívané k léčbě žaludečního vředu

Anxiolytikum – léky zmírňující strach, úzkost

Apendectomie – chirurgické odstranění červovitého přívěsku slepého střeva

Biopsie – mikroskopické vyšetření vzorku tkáně ze živého organismu

Bradypsychický – zpomalené psychomotorické tempo

Bronchodilatancium – léky rozšiřující průdušky

Dekompenzace – selhání kompenzačních mechanismů udržujících určitou chorobu v přijatelných mezích

Disacharid – sacharid tvořený dvěma jednoduchými cukry

Diuretikum – léky zvyšující tvorbu moči

Echogenní – schopnost tkání a orgánů vytvářet při sonografickém vyšetření znatelný obraz

Endotracheální intubace – zavedení endotracheální rourky ústy nebo nosem do průdušnice

Enteroragie – krvácení z trávicího traktu, krev není natrávená

Expektorace – vykašlávání

Extracelulární – mimobuněčný

Fibróza – zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně parenchymu

Ferritin – bílkovina sloužící k uložení železa v buňce

Fluidotorax – přítomnost tekutiny v pohrudniční dutině

Hematemeza – zvracení krve

Hemosiderin – zásobní tvorba železa

Hepatocyt – jaterní buňka

Hepatotoxický – poškozující játra

Hypogastrium – podbříšek

Hypochondrium – podžebří

Idiopatický – bez známé příčiny

Imunosupresiva – léky, které slouží k tlumení imunitního systému

Ireverzebilní – nezvratný, nevratný

Izokorie – stejná velikost zornic

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

Kolagen – vláknitá bílkovina, tvořící základ pojivových tkání vaziva, kloubů, chrupavek

Kolaterály – vedlejší větvení, například cévy

Konstruktivní perikarditida – specifický zánět osrdečníku

Laxativum – projímadlo

Lucidní – při jasném vědomí

Malnutrice – podvýživa

Morfologie – věda studující stavbu a tvar lidského těla a jeho částí na úrovni makroskopické anatomie a mikroskopické histologie

Mukolytika – léčiva usnadňující vykašlávání hlenu a exudátu z dýchacích cest

Myofibroblasty – buňky pojivové tkáně

Neuroleptikum – léčiva, která způsobují mohutné zklidnění, k léčbě psychóz

Normocefalie – normální velikost hlavy

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem

Reverzibilní – vratný

Saturace – sycení krve kyslíkem

Toxonutrivní etiologie – vlivem nadměrné konzumace a alkoholu

Triacylglycerol – neutrální tuk tvořenými třemi mastnými kyselinami a glycerolem

Trombocytopenie – nedostatek krevních destiček

(VOKURKA, HUGO, 2016)

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s alkoholovou cirhózou jater. Nadměrná spotřeba alkoholu je nadále jedním z hlavních problémů veřejného zdraví. Alkohol je po kouření a hypertenzi třetí nejčastější příčinou smrti a nemocí ve státech Evropské unie. V České republice se ročně spotřebuje přes jedenáct litrů alkoholu na osobu a to řadí naši republiku mezi největší konzumenty alkoholu na světě (EHRMANN, HŮLEK, 2014). Jedním z důvodů může být tradiční, vysoce tolerantní postoj ke konzumaci alkoholu, včetně pití u mladých jedinců a poměrně všeobecná dostupnost levných alkoholických nápojů.

Nejdůležitějším bodem v problematice cirhózy jater vzniklé na podkladě nadměrného požívání alkoholu je účinná primární prevence, zejména preventivní programy zaměřené na děti a dospívající, které by měly eliminovat brzký nástup konzumace návykové látky. U mladistvých se závislost na alkoholu vytváří poměrně rychle. Neméně významná je všeobecná, selektivní či indikovaná prevence u dospělých jedinců. Pokud onemocnění jater přejde do fáze cirhózy, jedinou efektivní léčbu představuje transplantace jater.

Práce obsahuje dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá obecnou charakteristikou jaterní cirhózy, jejími druhy, příčinami, příznaky, diagnostikou, klinickým obrazem, konzervativní i chirurgickou léčbou a nejčastějšími komplikacemi. V praktické části je popisován ošetrovatelský proces u 60letého pacienta s alkoholovou cirhózou jater. Pacient byl hospitalizován na interním oddělení městské nemocnice pro náhlé zhoršení stavu při základním onemocnění. Na podkladě fyzikálního vyšetření sestrou, pečlivě odebrané ošetrovatelské anamnézy dle koncepčního modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon a stanovených problémů jsou formulovány ošetrovatelské diagnózy vypracované podle NANDA I taxonomie II. 2015–2017. Jsou vytýčené ošetrovatelské cíle, stanovené ošetrovatelské intervence, popsána realizace zvolených ošetrovatelských intervencí. Následuje zhodnocení splnění krátkodobých a dlouhodobých cílů. Na závěr je uveden přehled použité literatury a zdrojů.

Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací pro studenty zdravotnického oboru, zdravotnický personál, ale i laickou veřejnost, která projeví zájem o problematiku cirhotického onemocnění jater.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Předložit dohledané publikované poznatky o jaterní cirhóze, příčinách, příznacích, diagnostických metodách, komplikacích, léčbě a prevenci.

Cíl 2: Seznámit se specifikami ošetrovatelské péče u cirhózy jater.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat komplexní ošetrovatelský proces.

Cíl 2: Stanovit ošetrovatelské diagnózy, cíle, popsat jejich realizaci, vyhodnotit krátkodobé a dlouhodobé cíle.

Cíl 3: Shrnout doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK, 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5510-6.

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

HOLUBOVÁ, Adéla a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou, se uskutečnilo v časovém rozmezí říjen 2017 až leden 2018.

Pro vyhledávání záznamů bylo využito zdrojů z Národní lékařské knihovny Medvik, databáze kvalifikačních prací, Jednotné informační brány, Souborného katalogu ČR a Discovery systému Summon. Vyhledávání proběhlo v českém a anglickém jazyce. Klíčová slova zvolená v českém jazyce: cirhóza jater, encefalopatie,

játra a alkohol, jícnové varixy, ošetrovatelský proces. Klíčová slova zvolená v anglickém jazyce: encephalopathy, esophageal varices, liver and alcohol, liver cirrhosis, nursing process. Časové vymezení bylo stanoveno od roku 2008 až po rok 2018.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 33 informačních zdrojů, z toho 30 knih, 1 článek v časopise, 2 články v časopisech přístupných on line. V anglickém jazyce byly využity 2 zdroje z období 2008–2018. Jsme si vědomi, že některé zdroje přesáhly doporučenou hranici stáří 10 let, ale přesto jsme je využili, neboť informace v nich obsažené jsou stále platné a shledali jsme je jako přínosné pro tuto práci.

1 JATERNÍ CIRHÓZA

Jaterní cirhózu definujeme jako difuzní, obvykle progredující onemocnění jater vedoucí k poruše základní lalůčkové struktury ve smyslu tvorby uzlů ohraničených vazivem. Název cirhóza je odvozen od řeckého slova kirrós, které znamená žlutý (HORÁK, EHRMANN, 2014, s. 127–128). Toto označení poprvé použil již v roce 1819 francouzský lékař René Laennec. Popisoval tím játra scvrklá, žlutá a tvrdá (ŠPIČÁK, 2008).

Při tomto chronickém onemocnění dochází k nekrotizaci jaterních buněk, jež jsou provázeny zánětlivou reakcí, zmnožením vaziva, uzlovitou regenerací, změnami v lalůčkové struktuře hepatocytů a mikrocirkulačními poruchami v jaterní buňce. Uzlovitá přestavba jaterní architektury je spojena s rizikem zhoubného nádorového bujení. V zregenerovaných uzlech mohou vznikat maligní buňky. Mezi velmi závažná onemocnění komplikující cirhózu patří hepatocelulární karcinom (HORÁK, EHRMANN, 2014), (EHRMANN, HŮLEK 2014).

Jaterní cirhózu lze také definovat jako konečné stadium důsledku difuzní fibrotizace jaterní tkáně směřující k uzlovité přestavbě jater, s následnou poruchou jaterních funkcí, portální hypertenzí vedoucí až ke konečnému jaternímu selhání. Přejít od chronických zánětlivých změn a zmnožení vaziva do fáze cirhózy je pozvolný a lze ho jen obtížně předem odhadnout. Jaterní tkáň má velkou schopnost obnovy, avšak jen do té doby, dokud není zásadně porušena původní struktura jater a je zachováno dostatek jaterních buněk k udržení normální funkce jaterní tkáně. Cirhóza je stav konečný a již nezvratný, zatímco fibróza může být ještě stavem reverzibilním (EHRMANN, HŮLEK 2014), (LATA, 2010).

Jako předstádium jaterní alkoholové cirhózy vzniká onemocnění nazývané jaterní steatóza. Steatóza patří mezi nejčastější chorobné nálezy, které souvisejí s chronickou konzumací alkoholu, a to až u 90 % osob. Jaterní steatóza, nazývaná také jako ztukovatění jater, je definována zvýšeným ukládáním triacylglycerolů, fosfolipidů a cholesterolu v cytoplasmě jaterních buněk ve formě tukových kapének. V patologii je toto onemocnění zařazeno mezi reverzibilní. Při 4–8týdenní abstinenci alkoholu dochází k plnému uzdravení pacienta (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Jaterní fibróza představuje důsledek v podstatě hojivého děje a reakci na dlouhodobý chronický proces v jaterní tkáni. Je definovaná pozvolným hromaděním vazivové tkáně, zejména kolagenu a ostatních součástí mezibuněčné hmoty v játrech, způsobeným nerovnováhou mezi její tvorbou a odbouráváním. Pokud dojde k odstranění příčiny fibrózy, je možná reverzibilita onemocnění (BURT, FERRELL, HÜBSCHER, 2018).

K nejčastějším příčinám cirhotického postižení jater v České republice se řadí chronická konzumace alkoholu, virová hepatitida typu B, B+D a C či kombinace obou faktorů (LUKÁŠ, 2005).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

V naší zemi umírá na cirhózu jater ročně 15 ze 100 000 obyvatel. Celkově u nás žije přibližně 30 000–40 000 jedinců s tímto onemocněním. Celosvětově se odhaduje, že alkohol je v 50 % příčinou všech jaterních cirhóz s přihlédnutím ke geografickým rozdílům, vlivu náboženství a jinými činiteli. V České republice představuje alkohol asi jednu třetinu jaterních cirhóz, a to s větším podílem na jižní Moravě. Značným varováním je i vysoký nárůst této choroby u žen. Jaterní cirhóza se vyskytuje především u osob v produktivním věku, proto má značný zdravotní, sociální a ekonomický důsledek nejen pro jednotlivce, ale i celou společnost (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006), (KLENER, 2012).

Počet jedinců s jaterní cirhózou je ale jen obtížně stanovitelný, neboť až 40 % cirhózy probíhá bezpříznakově. V naší zemi patří cirhotické postižení jater k nejčastějším nenádorovým onemocněním v oblasti trávicího traktu, jež končí smrtí (LATA, 2010).

Opakovaně je prokázáno, že vznik jaterní alkoholové cirhózy velmi úzce souvisí s četností a délkou konzumace alkoholu. V průměru vzniká jistá alkoholová cirhóza u mužů při pití alkoholu v množství 180 gramů denně po dobu 25 let. Podle Lebacha vznikne cirhóza u 80 % konzumentů 210 gramů alkoholu denně po dobu 33 let. U žen jsou tyto hodnoty nižší až o 1/3 (HORÁK, EHRMANN, 2014, s. 129).

V České republice se spotřebuje přes 11 litrů alkoholu na jednotlivce ročně, včetně novorozenců, a to řadí naši zemi mezi státy s největší konzumací alkoholu

na světě. Podle údajů WHO z roku 2011 se u nás vypije v přepočtu 14,97 litrů čistého alkoholu na osobu starší 15 let, čímž se zařazujeme na první místo celosvětového žebříčku ve spotřebě alkoholu (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

1.2 PATOGENEZE

Základním předpokladem pro vznik jaterní cirhózy je chronické onemocnění jater, které vede ke vzniku fibrózy. Při dlouhodobém působení škodlivých a nežádoucích vlivů dochází k odumření a rozpadu jaterních buněk. Vzniká zánětlivá odpověď, která vede k hojivým procesům. Dochází k vazivové přestavbě a současně probíhá regenerace zbylých jaterních buněk (ARIAS, ALTER, 2009).

Fibrogenese – tvorba vaziva vzniká při chronických jaterních onemocněních, které jsou vyvolané různými činiteli. Dochází k aktivaci a množení hvězdicovitých buněk a ty se mění na myofibroblasty. Myofibroblasty vytváří kolagen a další součásti mezibuněčné hmoty. Výsledným efektem je pak zvýšená vazivová přestavba v jaterní tkáni. Typicky se nejprve vazivo tvoří a ukládá kolem buněk a kolem cévního řečiště, později se vytvářejí vazivové přepážky, které mohou spojovat portální pole s centrálními žilami nebo jejími oblastmi. Konečným stadiem jaterní fibrózy je jaterní cirhóza. I pouhých 20 % celého orgánu je schopné plnit základní funkce jater (HORÁK, 2014), (BOUČKOVÁ, 2012).

Aktivitu cirhózy a stupeň přestavby lze spolehlivě určit na základě provedené jaterní biopsie s následným histologickým vyšetřením (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

Morfologická klasifikace jaterní cirhózy je založena na zhodnocení velikosti jaterních uzlů v jaterní tkáni. Mikronodulární cirhóza je definována zrnitým vzhledem a uzly velikosti do 3 milimetrů. Nejčastěji se objevuje u alkoholové jaterní cirhózy. Makronodulární cirhóza je vymezena uzly o velikosti více než 3 milimetry až do několika centimetrů. Nachází se u stavů, kde proběhla masivní nekróza. Typicky je popisována u virových chronických a autoimunitních hepatitid. Smíšená cirhóza je charakterizovaná uzly různých velikostí (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (KLENER, 2012).

Histologická klasifikace jaterní cirhózy na podkladě biopsie jater potvrzuje diagnózu, podílí se na určení správné etiologie choroby a typu jaterní cirhózy. Podle

vazivové přeměny je stanovena její pokročilost. Na podkladě nekrotických zánětlivých změn a tvorby sept je odhadovaná progrese nemoci (KLENER, 2012).

Alkohol a játra

Účinek alkoholu na játra je známý již ze starověku. V roce 1793 popsal lékař Matthew Baillie souvislost alkoholu s cirhotickým postižením jater. Makroskopický popis jaterní steatózy je z roku 1810 (HORÁK, EHRMANN, 2014).

Alkohol je rychle vstřebáván z trávicího ústrojí. Maximální koncentrace v krvi je za 30–60 minut po požití. U zdravého jedince lze počítat s eliminací 7–15 gramů za hodinu. Koncentrace alkoholu v krvi klesá o 0,1 promile za hodinu. U chronických alkoholiků je eliminace rychlejší, 20–30 gramů za hodinu (KLENER, 2012, s. 693).

Alkohol má podobné účinky jako ostatní návykové látky. Bezprostředně po požití vyvolává pocity vzrušení, euforie, dobré nálady, odstraňuje psychické zábrany a pocit úzkosti. Alkohol je v organismu odbouráván z 90–98 % v játrech enzymem alkoholdehydrogenázou na sloučeninu acetylaldehyd. Tato sloučenina působí toxicky především na CNS a vyvolává příznaky nevolnosti, zvracení, bolesti hlavy, tachykardii, dušnost, zarudnutí v obličeji. Je zodpovědná za poškozování hepatocytů. Acetylaldehyd je dále metabolizován na acetát a acetylkoenzym A. Vlivem působení alkoholu nastává v játrech řada metabolických změn. Jsou to poruchy látkové výměny cukrů, tuků a kyseliny močové. Postupně dochází ke zvýšenému ukládání tuků v játrech a poškozování jaterních buněk (KLENER, 2012).

Chronický alkoholismus je často spouštěčem řady neurologických onemocnění. Mezi nejčastější patří epilepsie. Z psychiatrických onemocnění se vyskytuje deprese, panická úzkostná porucha, obsese a mentální anorexie.

1.3 ETIOLOGIE

Existuje velké množství různých příčin, které vedou k jaternímu cirhotickému postižení. Tyto příčiny se mohou vzájemně kombinovat a pozměňovat se zevními, sociálními a civilizačními vlivy. Následuje působení nezdravého prostředí, způsobu života a úrovně hygieny (KLENER, 2012).

Chronické záněty jater jsou definovány jako onemocnění, u kterých přetrvávají klinické a laboratorní příznaky choroby déle než 6 měsíců. V histologickém obraze jsou zřetelné chronické zánětlivě nekrotické změny v jaterní architektuře. Tyto záněty se často komplikují vznikem cirhózy jater (NAVRÁTIL, 2008), (BRYCHTOVÁ, HLOBILKOVÁ, 2008).

Virová hepatitida typu B patří v celosvětovém měřítku k nejzávažnějším zdravotním problémům dnešní doby. K přenosu dochází krevní cestou, pohlavním stykem. Předpokládá se, že během života se tímto nebezpečným HBV virem nakazí kolem dvou miliard osob. Ročně umírá na přímé následky virového zánětu jater, tedy jaterní cirhózu a hepatocelulární karcinom přibližně 1–2 milióny postižených lidí (NAVRÁTIL, 2008).

Virová hepatitida typu C se přenáší především krevní cestou a tělními tekutinami. Je způsobena tzv. HCV virem. Mezi nejohroženější skupiny patří injekční uživatelé drog. Tento virový zánět jater probíhá mnohdy dlouhou dobu bezpříznakově, někdy může trvat i desítky let, než se objeví akutní začátek choroby. Neléčená nemoc přechází velmi často do chronického stadia a končí jaterní cirhózou, hepatocelulárním karcinomem a jaterním selháním. (NAVRÁTIL, 2008).

Autoimunitní hepatitidy jsou definovány produkcí protilátek proti vlastním jaterním buňkám, které poškozují. Tím podnítlí vznik chronického zánětu jater. Pokud se autoimunitní záněty jater neléčí, mají velmi nepříznivou prognózu. Bez cílené terapie umírá 50 % postižených lidí do dvou let od začátku vzniku choroby (NAVRÁTIL, 2008).

Alkoholové hepatitidy probíhají jako akutní zánět jater, mají většinou lehký průběh, ale často přecházejí do chronické formy nemoci. Někdy mohou probíhat pod obrazem jaterního selhání (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Alkohol představuje jednu z nejčastějších látek vedoucích k poškození struktury a funkce jaterního parenchymu. Jaterní cirhóza vzniká u alkoholiků až 7krát častěji (EHRMANN, HŮLEK, 2014). Alkoholického postižení jater se naopak nemusí obávat konzumenti malého a středního množství vína. Střídmé každodenní pití může být i pro játra prospěšné. Za nebezpečnou dávku se u muže považuje 60 gramů čistého

alkoholu denně. To odpovídá přibližně 2 litrům piva, 0,7 litru vína a 0,2 litru tvrdého alkoholu. U žen je hraniční dávka 20 gramů denně (KLENER, 2012).

Wilsonova choroba je definovaná jako dědičné metabolické onemocnění, při kterém dochází k nadměrnému hromadění mědi v organismu v důsledku sníženého vylučování. Toxický účinek kumulace kovu má za následek postižení jater, bazálních ganglií, erytrocytů, ledvin a kloubních chrupavek. Typicky se diagnostikuje u dětí, mladých jedinců do 15 let. Nemoc může vést k cirhotickému postižení jater již v dětském věku (HORÁK, EHRMANN, 2014), (NAVRÁTIL, 2008).

Primární hemochromatóza náleží mezi dědičná metabolická onemocnění. Choroba je charakterizována nadměrným ukládáním železa ve formě feritinu a hemosiderinu do tkání s následným toxickým postižením orgánů. Příčinou je patologická vysoká absorpce železa sliznicí tenkého střeva. Poškození jater železem se může projevit příznaky podobnými cirhóze a vznikem karcinomu jater (HORÁK, EHRMANN, 2014), (BRYCHTOVÁ, HLOBILKOVÁ, 2008).

Porfyrie je definovaná vrozenou nebo získanou enzymatickou poruchou syntézy hemu. Manifestace choroby je ve středním věku, příznaky onemocnění bývají ve formě kožních, neurologických, psychiatrických nebo břišních problémů. Postižení jater je dlouho bezpříznakové. Z důvodu k ukládání krystalů v jaterních buňkách se vyvíjí jaterní cirhóza s významnou tendencí ke vzniku hepatocelulárního karcinomu (HORÁK, EHRMANN, 2014), (NAVRÁTIL, 2008).

Cholestáza je vymezena poruchou tvorby žluči a jejího vylučování nebo neschopností organismu transportovat dostatečné množství žluči do dvanáctníku. Nemoc vede ke kumulaci složek žluči v játrech s následným hromaděním v krevním séru. Objevuje se malnutrice, silné svědění, ikterus, stolice světlá až acholická, moč tmavá z důvodu přítomnosti bilirubinu. Při cholestáze dochází k neuspokojivému trávení tuků, poruše ve vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích, je narušena resorpce vápníku. Při dlouhodobém trvání nemoci dochází k progresi, rozpadu hepatocytů až jaternímu selhání (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (LATA, 2011).

Primární biliární cirhóza patří mezi autoimunitní onemocnění. Jde o chorobu neznámé příčiny, postihující především ženy. Biliární cirhóza vzniká jako důsledek chronického měštnání žluči (KLENER, 2012).

Kardiální příčiny podílející se na vzniku cirhózy se vyskytují u nemocných s chronickým srdečním selháváním, zejména pak u nedostatečnosti trojčipé chlopně a konstruktivní perikarditidy. V dnešní době její výskyt není častý z důvodu správné kardiální terapie (KLENER, 2012).

Léky. Udává se, že existuje kolem 1100 druhů léčiv, u kterých je prokázán toxický účinek na jaterní parenchym. Vliv toxického působení těchto preparátů může vést ke vzniku hepatitidy, chronického poškození jater, cirhózy a zhoubných a nezhoubných jaterních nádorů. Do této skupiny látek patří zejména paracetamol, kyselina acetylsalicylová, tetracykliny, podávání vysokých dávek vitamínu A, anabolické steroidy, hormony estrogeny, androgeny, methotrexát, vinylchlorid a další (HORÁK, EHRMANN, 2014), (NAVRÁTIL, 2008).

Na vzniku jaterní cirhózy se mohou podílet nedostatečná výživa, střevní nespecifické záněty, kontaminace stravy toxiny, parazitární záněty jater (KLENER, 2012).

V některých případech se důvod vzniku jaterní cirhózy nepodaří objasnit. Předpokládá se vliv a kombinace zevních faktorů.

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Jaterní cirhóza může probíhat velmi různorodě, někdy jako úplně bezpříznaková nebo pod obrazem nespecifických dyspeptických obtíží až po jaterní selhání (NAVRÁTIL, 2008).

Bezpříznaková skrytá jaterní cirhóza – Odhaduje se, že zcela bezpříznakově se vyskytuje kolem 20 % onemocnění. Výskyt je vyšší v sociálně slabších skupinách obyvatelstva. Pouze 60 % jedinců navštíví lékaře z důvodu vzniku obtíží provázejících tuto chorobu (KLENER, 2012).

Kompenzovaná symptomatická jaterní cirhóza – Objevují se nespecifické obtíže připomínající chronickou hepatitidu. V tomto stadiu dochází k postupnému zvětšení jater, sleziny, mohou se objevit pavoučkové névy v oblasti hrudníku, ikterus, poruchy krevní srážlivosti, retence tekutin. Přežití pacientů s kompenzovanou cirhózou je více než 5 let. (KLENER, 2012), (LUKÁŠ, 2005).

Dekompenzovaná pokročilá jaterní cirhóza – Vyskytuje se často u jedinců alkoholiků, kteří nadále konzumují alkohol a nedodržují léčebný režim. V klinickém obraze se objevuje ikterus, poruchy krevní srážlivosti, retence tekutin, nízká hladina bílkovin v krevním séru, portální hypertenze, krvácení do gastrointestinálního traktu z jícnových varixů, encefalopatie, hepatocelulární karcinom, hepatorenální selhání. Přežití je u pacientů možné v průměru 1–2 roky (KLENER, 2012), (LUKÁŠ, 2005).

1.5 SYMPTOMATOLOGIE

Subjektivní příznaky nemůžeme na nemocném ani pozorovat, ani vyšetřit, musíme je nemocnému věřit. Záleží na nemocném, jak sám zhodnotí jejich intenzitu. Subjektivní příznaky mají své nepřímé objektivní projevy – na intenzitu bolesti můžeme soudit z výrazu obličeje nebo polohy, kterou nemocný zaujímá, ze zrychleného tepu, studeného potu nebo dušnosti (NEJEDLÁ, 2015, s. 58).

Jako nejčastější nespecifický subjektivní příznak bývá popisována únava. Tento symptom udává až 2/3 jedinců s alkoholickým jaterním onemocněním. Z dalších častých projevů se vyskytuje malátnost, změny nálad, svalová slabost, nevykonnost, rychlá unavitelnost, dyspeptické potíže, nechutenství, nauzea, pocit plnosti, břišní diskomfort, bolesti nebo tlak v pravém podžebří, poruchy chuti a čichu, svědění, dušnost, poruchy spánku, sklon k závratím a bolesti malých kloubů. Ze sexuálních poruch u mužů se vyskytuje snížená potence až impotence, a to téměř u ¾ pacientů s alkoholovou jaterní cirhózou (KLENER, 2012), (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

Objektivní příznaky vyšetřujeme prostřednictvím svých smyslů, tedy je pozorujeme, hmatáme, slyšíme, lze je popsat a hodnotit nezávisle na sdělení pacienta, k jejich zjištění používáme fyzikální vyšetření – pohled, poklep, pohmat, poslech, vyšetření per rectum, laboratorní a přístrojové metody (NEJEDLÁ, 2015, s. 58).

V pokročilém stadiu jaterní cirhózy je patrná celková sešlost nemocného, únava, vyhubnutí, nápadně vyklenuté břicho, zpomalené psychomotorické tempo až poruchy orientace (KLENER, 2012).

Na horních očních víčkách se vyskytují nažloutlé plošné kožní útvary, nazývané xantelazma, vznikající zvýšenou koncentrací tuků v kůži. Objevuje se žluté zbarvení

na sklérách – ikterus, který je patrný pouze při denním světle. Z úst nemocného je cítit zápach po syrových játrech, nazývaný foetor hepaticus, který provází jaterní selhání. Jazyk bývá červený, malinový, vyhlazený. Jako příznak poruchy krevní srážlivosti se vyskytuje krvácení z nosu a dásní (KLENER, 2012).

Kůže bývá bledá, často ikterická až subikterická s výskytem pavoučkových névů. Žluté zbarvení kůže a sliznic je patrné při hladině bilirubinu nad 35 mmol/l v plazmě. Pokud je žluté zbarvení viditelné pouze na očních sklérách a sliznicích, je označováno jako subikterus. Pavoučkové névy jsou červené hvězdicovité útvary, velikosti do průměru dvou centimetrů, příčina výskytu není zcela známa. Nachází se na hrudníku, obličeji, krku a horních končetinách. Na kůži je možné pozorovat projevy škrábání z důvodu silného svědění, nejčastěji u biliární formy cirhózy. Vzácné bývá u alkoholického postižení jater. Hojný je výskyt petechií – tečkovitých výronů do kůže či větších hematomů při poruše krevní srážlivosti. Hyperpigmentace kůže je způsobena zvýšeným ukládáním melaninu v kůži, často bývá vidět biliární cirhózy a cholestázy (KLENER, 2012), (ŠPINAR, LUDKA, 2013).

U mužů dochází ke snížení až ztrátě ochlupení. Objevuje se gynekomastie zejména u nemocných s alkoholovou jaterní cirhózou. Zduření mléčné žlázy je většinou jednostranné, spojené s palpační bolestí (KLENER, 2012).

Břicho bývá vzedmuté vlivem plynatosti nebo vytvořením ascitu. Z důvodu oslabení břišní stěny se vyskytuje pupeční kýla. U pokročilé jaterní cirhózy je často patrný kolaterální oběh, který se nachází po stranách břišní stěny. Příznak caput medusae se vyskytuje jako komplikace portální hypertenze. V oblasti pupku jsou viditelné rozšířené namodralé žilní pleteně, připomínající hlavu medúzy (KLENER, 2012).

Nehty u pacienta bývají mléčně zbarvené, prsty paličkové. Na dlaních a ploskách nohou se může vyskytovat palmární erytém, který se projevuje červeným zbarvením dlaní a bříšek prstů. Na dolních končetinách vznikají otoky různě velkého rozsahu. Otoky jsou způsobeny zadržením extracelulární tekutiny v podkoží. Při jaterní encefalopatii je u nemocných pozorován mávavý třes rukou v zápěstích, nazývaný flapping tremor (KLENER, 2012), (ŠPINAR, LUDKA, 2013).

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

Vyšetřovací metody u jaterní cirhózy zahrnují anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní, endoskopické, rentgenové, ultrazvukové, radionuklidové, tomografické, elektrografické, funkční a bioptické vyšetřovací techniky. Fyzikální vyšetření společně se získanými anamnestickými daty tvoří hlavní zdroj údajů o nemocném.

Rozsáhlá škála vyšetřovacích technik doplňuje celkové vyšetření pacienta. Využití metod má především diagnostický význam, ale některé je možné aplikovat i k léčbě (endoskopie).

2.1 ANAMNÉZA

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současnosti. Dobře zpracovaná anamnéza může výrazně napomoci ke stanovení diagnózy (NEJEDLÁ, 2015, s. 17).

Původ slova pochází z řeckého slova „anamnesis“ a znamená rozpomínání, vzpomínání, připomínání.

Význam dobře provedené anamnézy je mimořádný. Udává se, že až v 80 % je možno z anamnestických údajů přibližně stanovit diagnózu (KLENER, 2009, s. 29).

Aby byla anamnéza dobře odebraná, je nutné zajistit pro rozhovor lékaře a pacienta dostatek soukromí, času a vhodné klidné prostředí. Velmi důležité je vytvoření přátelské atmosféry, získání respektu a důvěry nejen mezi pacientem a lékařem, ale i ostatním zdravotnickým personálem. Je žádoucí, aby lékař a zdravotničtí pracovníci nemocnému naslouchali, projeví empatii, zájem, takt, aby docházelo ke vzájemnému porozumění. Neméně významné jsou vhodně a srozumitelně formulované otázky směřující ke stanovení přesné diagnózy.

Správná anamnéza musí obsahovat následující kroky:

Osobní data nemocného: jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště, zaměstnání, aktuální zdravotní pojišťovna a adresa praktického lékaře.

Rodinná anamnéza: informace o zdravotním stavu a závažných i chronických onemocněních prarodičů, rodičů, sourozenců a dětí. Velmi důležité jsou informace o výskytu dědičných, metabolických onemocnění a alkoholismu v rodině.

Nynější onemocnění: podrobný popis nynějšího onemocnění, kdy se objevily první subjektivní i objektivní příznaky, doba trvání, jejich charakter a intenzita.

Osobní anamnéza: součástí osobní anamnézy je souhrn všech prodělaných dřívějších onemocnění. Lékař aktivně pátrá po dřívějších chorobách jater, žlučníku a žlučových cest.

Abúzus alkohol, kouření, drogy: zjištění věrohodných informací o konzumaci alkoholu, jeho druhu, pravidelnosti a množství. Tyto údaje z hlediska diagnózy jaterních nemocí patří mezi vůbec nejdůležitější. U pacientů alkoholiků je ale nutné počítat s velkou nepřesností údajů, protože mají tendenci je zlehčovat nebo tajit, což platí především u žen s vyšším společenským postavením. Nadměrná konzumace alkoholu se častěji vyskytuje v povoláních, jako jsou číšník či pracovník vinařských a pivovarnických společností (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

Operace, úrazy: shrnutí dostupných údajů o prodělaných úrazech, operacích. Záznam obsahuje informace o proběhlých očkováních.

Farmakologická anamnéza: informace o veškerých lécích, včetně potravinových, vitaminových doplňků, které nemocný užívá.

Gynekologická anamnéza: údaje u žen o začátku, délce trvání menstruace, počet porodů, potratů, užívání antikoncepce, nástup menopauzy. U mužů lékař zjišťuje informace o poruchách sexuálních funkcí.

Alergologická anamnéza: informace o všech alergických reakcích pacienta na léčiva, potraviny, prachy, pyly a další alergeny.

Fyziologické funkce: aktuální hodnoty krevního tlaku, pulsu, dechu, tělesné teploty. Informace o vyměšování stolice, močení. Kvalita spánku.

Pracovní a sociální anamnéza: souhrn údajů o veškerých zaměstnáních nemocného, jejich typech, délce trvání a charakteru pracovního prostředí (fyzicky

či duševně náročná práce, uzavřený prostor, venkovní prostředí, prašnost, vlhkost, hluk). Pozornost je věnována práci, kde dochází ke styku se škodlivými a hepatotoxickými látkami. Sociální anamnéza obsahuje a zjišťuje informace o životním stylu, dodržování životosprávy, úrovni bydlení, rodinném stavu a zázemí nemocného (KLENER, 2009).

2.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Moderní diagnostické metody, opírající se o stále dokonalejší zobrazovací techniky, neustále rozšiřující se spektrum laboratorních vyšetření, poněkud oslabilo význam fyzikálních vyšetření. Přesto jsou považovány i dnes za nepostradatelnou součást diagnostického procesu (KLENER, 2009, s. 39).

Aspekce – vyšetření zrakem. Lékař, sestra si všimají celkového vzhledu nemocného, typu chůze, držení těla, stavu nutrice, výrazu obličeje, barvy kůže. Následně prohlíží pozorně jednotlivé části těla. Pohledem nejsou fyziologická játra vidět. Pouze u kachektických nemocných je vidět patrné vyklenutí v nadbřišku a pod pravým obloukem žeberním (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Palpace – metoda, která využívá schopnosti hmatu lékaře rozeznat pod povrchem kůže chorobné změny v organismu. Pohmatem lékař, sestra zjišťují teplotu, vlhkost nebo suchost kůže, její turgor, otoky. Při vyšetření jater leží nemocný vleže na zádech s lehce pokrčenými končetinami. Pohmatem lékař zjišťuje velikost jater, charakter okraje, konzistenci a bolestivost. Konzistence patologického jaterního orgánu bývá tužší až tuhá. Při jaterních onemocněních dochází k postupnému zvětšování jater a sleziny (ŠPINAR, LUDKA, 2013).

Perkuse – metoda využívaná pro stanovení velikosti jater. Čím více vzduchu tkáň obsahuje, tím je poklepem vyvolaný hlubší a zvučnější tón (KLENER, 2009).

Auskultace – posuzuje zvukové vjemy, nejčastěji pomocí fonendoskopu. U jaterních chorob je slyšet třecí šelest u zánětu jaterního pouzdra a cévní šelest u cévního jaterního nádoru (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

2.3 LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Patří mezi základní vyšetřovací postupy. Obsahují biochemické, hematologické, serologické, imunologické a molekulárně genetické analýzy.

V biochemickém vyšetření krve je důležité stanovení hladiny žlučového barviva bilirubinu. Vzestup hodnoty informuje o zhoršené transportní schopnosti jaterní tkáně. Vyšetření jaterních enzymů ALT a AST poukazuje na rozsah poškození integrity hepatocytů. Hladiny bývají zvýšené. Enzymy ALP a GGT informují o exkreční činnosti jaterních buněk. Zvyšují se především u alkoholické formy. Při dekompenzované jaterní cirhóze dochází ke snížení nejvýznamnější sérové bílkoviny, albuminu. Pokles albuminu poukazuje na sníženou syntetickou činnost jater. Při jaterní cirhóze se zvyšují hladiny jednotlivých skupin imunoglobulinů IgG, IgA, IgM. Imunoglobulin A se zvyšuje typicky u alkoholové formy. Pokles draslíku je zaznamenán u pokročilého onemocnění. Vzestup kreatininu může poukazovat na ledvinné komplikace (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (KLENER, 2012).

V biochemickém vyšetření moči bývají přítomna žlučová barviva, urobilinogen a urobilin. Nález bilirubinu v moči je známkou dekompenzace cirhózy. Bílkovina v moči se objevuje u hepatorenálního syndromu. Hematurie vzniká při poruchách krevní srážlivosti (HORÁK, EHRMANN, 2014).

V krevním obraze se objevuje anemie z důvodu krvácení. U alkoholiků je často způsobena vlivem nedostatku vitamínu B₁₂. Zvýšené množství leukocytů v krevním obraze je známkou pokročilého stadia jaterní cirhózy nebo poukazuje na zánětlivý proces v organismu (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Stanovení hladiny amoniaku upozorňuje na schopnost a kapacitu jater metabolizovat cizorodé umělé sloučeniny a endogenní látky (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Hemokoagulační vyšetření. Při onemocnění jaterní cirhózou dochází k poklesu koagulačních faktorů. Stanovení protrombinového času (Quickův test) informuje o syntetické aktivitě jaterní tkáně. Výsledek je udáván jako INR (international normalized ratio). Vyšetření může sloužit i jako prognostický ukazatel funkční zdatnosti jater (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Sérologické vyšetření je indikované při podezření na virové hepatitidy.

Imunologická vyšetření se provádí u všech nemocí, u nichž se předpokládá podíl imunity. Mezi nejvýznamnější patří autoimunitní hepatitidy a primární biliární cirhóza.

Vyšetření alfa-fetoproteinu v séru nemocných je velmi významná metoda používaná při podezření na diagnózu hepatocelulárního karcinomu (HORÁK, EHRMANN, 2014).

2.4 DIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ A LÉČEBNÉ METODY

Ultrasonografie patří mezi základní a nejčastější vyšetřovací metody. Podává informace o velikosti jater, jejich povrchu a cévní architektuře. Časná stadia jaterní cirhózy nemusí být při ultrazvukovém vyšetření zcela patrná. V pozdějších stádiích se touto metodou zobrazuje nerovný povrch a zvýšená echogenita. Metoda velmi dobře zobrazuje ložiskové změny (KLENER, 2009).

Dopplerovská sonografie je zobrazovací technika, která znázorňuje směr a tok krve cévním řečištěm. Metoda je schopná odhalit neprůchodnosti portální systém (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Rentgenové vyšetření břišní oblasti bez kontrastu zobrazuje kalcifikace, kontrastní cizí tělesa, abscesy a kameny ve žlučových cestách.

Splenoportografie je rentgenová kontrastní metoda, která umožňuje přesné zhodnocení portální hypertenze. Přehledně zobrazuje cévní kolaterály před plánovaným operačním řešením (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Výpočetní tomografie je v hodnocení cirhotického postižení jater oproti ultrazvukovému vyšetření přesnější. Radiologická neinvazivní metoda podává informace o velikosti jater, jejich povrchu a vztahu k ostatním okolním strukturám. Zobrazuje ložiskové i celkové změny v architektuře jaterní tkáně. Vyšetření zobrazuje cirhotickou přestavbu jaterní tkáně a změny při portální hypertenzi (KLENER, 2009), (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Nukleární magnetická rezonance je zobrazovací technika, která ve srovnání s tomografickým vyšetřením disponuje vyšší přesností, citlivostí pro hodnocení

cirhotického postižení. Vyšetření dobře charakterizuje přestavbu uzlů jaterního parenchymu (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Ezofagogastroduodenoskopie je diagnostická a léčebná metoda. Lékaře informuje o stupni portální hypertenze, a to průkazem jícnových, žaludečních varixů a změnách na sliznici (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Endosonografie patří mezi techniky využívané ke zhodnocení charakteru jícnových varixů. Spojuje endoskopické a ultrazvukové vyšetření. Uplatňuje se k posouzení výsledků endoskopické léčby jícnových varixů. Velmi významná a nenahraditelná je při pátrání po výskytu varixů v oblasti duodena (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie. Jedná se o invazivní diagnostickou a terapeutickou metodu u obstrukce žlučových cest a slinivky břišní. Vyšetření je také používáno k odběru materiálu na histologické vyšetření.

Jaterní biopsie poskytuje správnou diagnózu přibližně v 90 % případů. Jde o invazivní, nejpřesnější morfologickou a diagnostickou metodu. Je indikována ve sporných a etiologicky nejasných případech. Pomocí jaterní biopsie lze odlišit pokročilou fibrózu od počínající cirhózy. Biopsie se provádí punkční jehlou v mezižeberní oblasti, při které se aspiruje tenký váleček jaterní tkáně (HOLUBOVÁ, 2013), (DRÁBEK, 2012).

3 KOMPLIKACE

Mezi velmi závažné, časté a v podstatě nevratné komplikace provázející jaterní cirhózu patří portální hypertenze, ascites, jaterní encefalopatie, jícnové varixy, hepatorenální selhání a hepatocelulární karcinom. Jde o známky chronického selhávání jater. Tyto komplikace značně zkracují život a mohou zapříčinit i náhlou smrt. Problém spočívá v tom, že cirhotické postižení nemusí dlouhou dobu činit žádné potíže. Typické příznaky se objevují až u pokročilých forem cirhózy.

3.1 PORTÁLNÍ HYPERTENZE

Je definovaná zvýšením žilního tlaku v cévním řečišti vrátnicové žíly. Příčinou je překážka, která brání normálnímu toku krve jaterní tkání. K nejčastějším příčinám vzniklého problému patří cirhotická přestavba jaterní tkáně. V důsledku této poruchy se krev hromadí pod tlakem v portální žíle, následně dochází k její filtraci v podobě volné tekutiny do dutiny břišní. Při nemožnosti průtoku krve jaterní tkání se vytváří cévní kolaterály, boční žilní spojky mezi portálním a cévním systémem. Kolaterály se nejčastěji nachází v dolní třetině jícnu, v oblasti kardie a řitního otvoru. Při masivním průtoku těmito žilami dochází k jejich rozšiřování a postupnému vyklenutí. Vznikají varixy, které jsou velmi nebezpečné z důvodu možné ruptury s následným masivním krvácením. Nebezpečné je také slizniční krvácení do gastrointestinálního traktu. V konzervativní léčbě portální hypertenze se používají léky ke snížení krevního tlaku, tzv. beta-blokátory. Syndrom portální hypertenze vede k dalším velmi závažným komplikacím, jako jsou jaterní encefalopatie, poruchy funkce střeva, sleziny, poruchy objemu, koncentrace tělesných tekutin, fluidothorax a jiné (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

3.2 KRVÁCENÍ Z VÝZNAMNÝCH JÍCNOVÝCH VARIXŮ

Vyskytuje se zhruba v 10–15 %. Tato komplikace je u portální hypertenze nejčastější příčinou smrti. V akutním stadiu krvácení je nutné nejdříve pacienta oběhově stabilizovat a zabránit možné aspiraci zvracené krve. Lékař ordinuje vazoaktivní léky (Vasopresin, Terlipresin, Somatostatin). Po stabilizaci nemocného následuje endoskopické ošetření krvácejících varixů. Základní nejčastější metodou ošetření je ligace jícnových varixů. Při této metodě dochází k nasátí varixu do nástavce

na endoskopu a jeho zaškrvení ligačním kroužkem. V případě, že tuto metodu nelze použít, je použita sklerotizace krvácejících varixů. Tento postup se používá až jako metoda druhé volby. Ke sklerotizaci používá lékař speciální jehlu s cílem zničení cévy a následně aplikuje sklerotizující roztok. U žaludečních varixů je používána metoda tkáňového lepidla (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

K dalším metodám patří balónková tamponáda, kdy je nejčastěji zavedena trojcestná dvoubalónková sonda (Sengstakenova-Blakemorova). Doba zavedení je maximálně 12–24 hodin. Z dalších možných metod jsou využívány jícnové stenty k zástavě krvácení a následně kompresi varixů. Zavádí se na dobu 9–14 dní. V případě neúspěšné farmakologické a endoskopické léčby je možné použít léčebnou metodu nazývanou TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka). Jde o zavedení stentu dolní dutou žílou do jater a následně do vrátnicové žíly (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

3.3 JATERNÍ ENCEFALOPATIE

Jedná se o soubor neuropsychiatrických příznaků, které se vyskytují jako následek těžkého poškození jaterní buňky. Touto komplikací může být postiženo 30–80 % jedinců s jaterní cirhózou. Vznik jaterní encefalopatie není zcela objasněn. V lidském organismu se na základě poruchy jaterních funkcí hromadí zplodiny látkové výměny. Jde především o dusíkaté zplodiny, které vznikají z přijímaných bílkovin. Na jejich tvorbě se podílí i střevní mikroflóra. Velmi významný je amoniak, který při jaterní cirhóze není zcela metabolizován na močovinu, jeho koncentrace se postupně zvyšuje v plazmě a centrálním nervovém systému. Amoniak působí toxicky na lidský organismus. Příznaky encefalopatie se objevují postupně tak, jak postupuje cirhóza. Je pozorována zmatenost, poruchy nálady, paměti, spánku, flepping tremor, letargie. V pozdějších stádiích nastávají poruchy vědomí, jaterní koma a smrt. Jeden ze specifických příznaků jaterní encefalopatie je konstrukční apraxie. Jde o stav, kdy pacient není schopný složit ze záplek jednoduchý vzorec podle šablony (HORÁK, EHRMANN, 2014), (CHUPKOVÁ, 2011).

V léčbě jaterní encefalopatie je důležité zejména zabránit zácpě. Stolice přítomná v trávicím traktu je živnou půdou pro bakterie střevní flóry, z těchto bílkovin pak vytváří dusíkaté zplodiny. Podává se projímadlo, které obsahuje účinnou látku

syntetický disacharid laktulózy. Z farmakoterapie ordinuje lékař antibiotika rifaximin (Normix), který eliminuje střevní bakterie. U jaterní encefalopatie je nutné omezit živočišné bílkoviny, které nemocný přijímá per orálně (HORÁK, EHRMANN, 2014), (KASPER, 2015), (NAVRÁTIL, 2008).

3.4 ASCITES

Je definovaný zvýšenou přítomností volné tekutiny v dutině břišní. Původ slova ascites pochází z řeckého názvu „askos“, které označuje ovčí kůži či kožený vak na skladování vody. Příčinou vzniku volné tekutiny v dutině břišní je v 80 % jaterní cirhóza. Současně s ascitem se můžou objevit otoky končetin, scrota a tekutina v dutině hrudní. Ascites lékař fyzikálně zjišťuje při množství nad 2 000 ml. Menší množství přítomné volné tekutiny je vidět na ultrazvukovém tomografickém vyšetření při laparoskopii. Fyziologické množství je 150 ml. Při rozměrných ascitech dochází ke zhoršenému dýchání a dušnosti nemocného. Léčba je závislá na příčině. Je doporučovaný klid na lůžku, léčba diuretiky. Ve stravě nemocného je důležité omezit množství sodíku, podává se dieta s omezením soli, zvyšuje se množství bílkovin. Bílkoviny se ztrácí do ascitu. Pokud ascites nereaguje na léčbu, je indikovaná invazivní metoda břišní punkce (KLENER, 2009), (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Břišní punkce (abdominální paracentéza) je výkon, při kterém je nemocnému odebráno určité množství tekutiny. Množství této tekutiny bývá nejčastěji do 5 litrů. Při evakuaci do 10 litrů je nutné podat nitrožilně albumin jako prevence hypovolemie (HOLUBOVÁ, 2013).

3.5 HEPATORENÁLNÍ SELHÁNÍ

Vzniká na podkladě funkčních změn v ledvinách. Příčinou jejich selhání je portální hypertenze při jaterní cirhóze. Léčba je problematická, prognóza nemoci je nepříznivá. Postupně dochází k rozvratu vnitřního prostředí. Pacient vyžaduje komplexní léčbu na interních odděleních intenzivní péče, v těžkých případech je nutná dialýza. Jediná možnost, jak zvrátit tuto komplikaci, je transplantace jater (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

3.6 HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM

Jedná se o primární zhoubný nádor jaterního parenchymu. Vzniká v terénu cirhózy. Častěji je diagnostikován u mužů. Pravděpodobný výskyt karcinomu je u nemocných s jaterní cirhózou během 5 let až 20 %. Patří k nejčastějším příčinám úmrtí. Velmi důležité je především včasné zachycení vzniku nádorového bujení. Nemocný je zván na pravidelné screeningové lékařské kontroly, jejichž součástí je ultrazvukové vyšetření a odběr krve na onkologické markery v rozmezí 4–6 měsíců. V léčebné terapii je možné radikální chirurgické řešení, někdy je zvažovaná transplantace jater. Ve velké většině případů je ale léčba již pouze symptomatická (BRYCHTOVÁ, HLOBILKOVÁ, 2008), (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

3.7 JATERNÍ CHRONICKÉ SELHÁNÍ

Jde o postupné selhávání jaterních funkcí na podkladě jaterní cirhózy, metastatického postižení nebo karcinomu. Chronické selhávání je definované více jak šesti měsíci trvání od začátku nemoci. Objevují se příznaky jaterní cirhózy a s ní související portální hypertenze. Nemoc končí jaterním kómatem, edémem mozku a metabolickým rozvratem. V kauzální léčbě je možná pouze transplantace jater (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

4 LÉČBA JATERNÍ CIRHÓZY

Léčba jaterní cirhózy se odlišuje v závislosti na etiologii, stupni funkčního postižení, přítomnosti komplikací a spolupráci nemocného. Před samotným započítím léčby je třeba zvážit veškeré možnosti, které přicházejí v úvahu. První možnost představuje odstranění příčiny, nebo alespoň minimalizaci základního onemocnění (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

V léčbě alkoholové jaterní cirhózy je nejdůležitější absolutní zákaz alkoholu. Následuje dlouhodobá jaterní dieta, vhodně sestavený jídelníček a dodržování správné životosprávy (GULÁŠOVÁ, GORNEROVÁ, BREZA, 2014).

Aby tato léčba byla úspěšná, je nutná aktivní spolupráce pacienta nejen s lékařem, psychiatrem, psychologem, ale i s rodinou. Psychoterapie nemocného patří k základům léčby. Je potřeba získat nadhled nad konzumací alkoholu a především musí nemocný sám chtít se zbavit závislosti. Musí být motivace a silná vůle s tímto velmi závažným problémem bojovat. Celková změna myšlení a životních hodnot.

Pro udržení abstinence je doporučovaná dlouhodobá farmakologická léčba. Mezi nejznámější přípravky používané k dodržování abstinence patří Antabus, který obsahuje účinnou látku disulfiram. Jde o takzvaný senzitivující lék, který zhoršuje snášenlivost alkoholu. Po jeho požití dochází ke zvýšení hladiny acetylaldehydu, objevuje se nevolnost, nauzea a zvracení, bolesti hlavy, zarudnutí v obličeji, tachykardie, dušnost. Při dlouhodobém užívání těchto přípravků však mohou vzniknout závažné nežádoucí účinky, mezi něž patří neuropatie, poškození jater a srdce. Anticravingová terapie je založena na snížení touhy po alkoholu. Tato speciální odvykávací léčba by měla trvat jeden rok. Z účinných látek je používán akomprosát, naltrexon, topiramát, baklofen a jiné (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Pokud již nastala cirhotická přestavba jaterní architektury, je možná pouze terapie symptomatická. Pro zlepšení kvality a prodloužení života nemocných je velmi žádoucí zvládnutí komplikací jaterní cirhózy. Pětileté přežívání u alkoholické jaterní cirhózy závisí na její kompenzaci. Pohybuje se v rozmezí 30–40 %. Významná je také včasná diagnostika hepatocelulárního karcinomu (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (EHRMANN, SCHNEIDERKA, 2006).

4.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Farmakologická léčba je zaměřená na zpomalení procesu fibrotizace a cirhotické přeměny jaterní tkáně.

Hepatoprotektiva. Tato skupina léků se používá relativně dlouho, přesto jejich účinnost nebyla spolehlivě prokázána. K nejčastěji ordinovaným patří esenciální fosfolipidy (Essentiale forte N). Působí na zlepšení metabolismu buněk a jejich membrán. Následně dochází ke zvýšení jejich odolnosti. Podávají se perorálně, u akutních stavů intravenózně. Silymarin patří mezi druhé nejvýznamnější nejpoužívanější hepatoprotektivum. Jde o výtažek z ostropestřce mariánského. Tato látka ochraňuje jaterní buňku před vstupem toxických látek a naopak zabráňuje výstupu významných látek z jaterní buňky. Mezi známé přípravky patří Flavobion, Lagosa a jiné (EHRMANN, HŮLEK, 2014), (KLENER, 2012).

Významná je substituce vitamínů rozpustných v tucích A, D, E, K a stopových prvků – zinek, kalcium, magnesium (DRÁBEK, 2012).

4.2 DIETNÍ REŽIM

Cílem dietní léčby je zabránit nedostatečné výživě a v rámci možností zlepšit funkční schopnosti jater, minimalizovat škodlivé látky, které působí na játra (alkohol). Je důležité zabránit rozvoji encefalopatie, a pokud již vznikla, léčit ji, bránit vzniku ascitu a otokům. U jaterní alkoholové se vyskytuje malnutrice až u 70–100 % nemocných. Pacientovi je doporučovaný celoživotní dietní režim. U kompenzované jaterní cirhózy je podávána dieta šetřící s redukcí živočišných tuků, která obsahuje dostatek kvalitních bílkovin. Množství tuků nemá přesáhnout 60 gramů na den. Je vhodné jíst 5krát denně v menších porcích. Samozřejmostí je přísný zákaz alkoholu. Z potravy je potřeba vyloučit čerstvé pečivo, kynutá těsta, doporučovaný je zákaz tučných, smažených, přesolených, uzených pokrmů. Vhodné je minimalizovat uzeniny, konzervy, překořeněná jídla, dráždivá koření, tučné sýry, plnotučné mléko, nadýmavé druhy poživatin. Pokrmy je třeba vařit, dusit, péct na malém množství tuku, přijatelná může být i příprava v mikrovlnné troubě. V potravě je žádoucí zvýšit konzumaci ovoce, zeleniny a luštěnin. Významná je vláknina, která napomáhá rychlejšímu pohybu střev a urychluje vyprazdňování. Nesmí se zapomínat na dostatečný přísun tekutin, nejlépe

přírodní pramenité nebo minerální vody, ovocné šťávy a vitamínů rozpustných v tucích A, D, E, K. Z masa je doporučován pouze libový druh bez tuku a kůže (HOLUBOVÁ, 2013), (KASPER, 2015), (GULÁŠOVÁ, GORNEROVÁ, BREZA, 2014).

Parenterální nebo enterální výživa je doporučovaná lékařem pouze u podvyživených nemocných. Dle ordinace je zavedena nasojejunální, nasogastrická sonda. Do sond se aplikují nutričně kompletní speciální přípravky určené pro enterální výživu (preparát Nutrison). Při nitrožilní aplikaci je podáván například roztok pro komplexní parenterální výživu (Nutriflex Lipid peri, Nutriflex Lipid plus a jiné), (DASTYCH, ŠENKYŘÍK, HUSOVÁ, 2008).

U nemocných s jaterní encefalopatií se snižuje množství přijímaných bílkovin na 25 gramů na den. Již v 60. letech 20. století se prokázalo zlepšení této komplikace, pokud pacient přijímal bílkoviny z mléka či sýra místo masa. Rostlinné bílkoviny lidský organismus toleruje lépe. Parenterální podávání aminokyselin s rozvětveným řetězcem přispívá ke zlepšení encefalopatie (HORÁK, EHRMANN, 2014), (KASPER, 2015).

Proteinová kalorická malnutrice stav encefalopatie zhoršuje. Je potřeba se spíše snažit o vyrovnaní malnutrice při dostatečném přívodu bílkovin. Restrikcí bílkovin u nemocného lékař ordinuje až tehdy, když se objeví příznaky jejich intolerance. Pokud se u nemocného vyskytnou otoky a ascites, je vhodná dieta s omezením sodíku. Zlepšení nastává však pouze u 10–20 % pacientů. Množství kuchyňské soli by nemělo přesáhnout 3 gramy na den. U ambulantních pacientů je redukce na 6 gramů denně. Podle bilance tekutin a hladiny sodíku v séru nemocného lékař omezuje tekutiny na 1000 ml denně. Dekompenzovaná jaterní cirhóza vede velmi často k malnutrici. Zde je nutná enterální nebo parenterální nutriční podpora (HORÁK, EHRMANN, 2014), (KASPER, 2015).

4.3 TRANSPLANTACE JATER

První transplantace jater byla ve světě provedena v roce 1963, v České republice to bylo v roce 1995 v Praze v Institutu klinické a experimentální medicíny (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013, s. 203).

V současné době je jedinou definitivní léčbou jaterního cirhotického postižení transplantace jater. V České republice se soustřeďuje do dvou specializovaných center.

Jedná se o IKEM v Praze a Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Množství prováděných transplantací se stále zvyšuje. Naše republika náleží mezi přední evropské země s počtem 19 transplantací na milion obyvatel, uskutečněných v roce 2015. Čekací doba na transplantaci jater je přibližně šest měsíců. Co se týká přežití pacientů – je 90 % přežívá první rok po transplantaci, 60–80 % osob přežívá 10 let. Velmi důležitým faktorem je věk nemocného a indikace k výkonu. Transplantace se provádí přenosem štěpu od zemřelého dárce. Přenáší se celá játra, nebo jejich část. Je také možný přenos od živého dárce, avšak pouze u dětských pacientů. Mezi nejčastějšími dárci jater jsou osoby, u kterých byla diagnostikovaná smrt mozku. K transplantaci jsou indikováni nemocní, u kterých se předpokládá doba přežití vyšší než při konzervativní léčbě. Po transplantaci je nutná doživotní imunosupresivní léčba a dispenzarizace pacienta (ŠPIČÁK, 2017), (DRÁBEK, 2012).

Nejčastější indikace k transplantaci jater v IKEMu v letech 1998–2015 (ŠPIČÁK, 2017):

- Akutní selhání jater;
- Nádory;
- Cholestatická onemocnění;
- Cirhóza jater;
- Metabolické vady;
- Ostatní příčiny.

Indikace k transplantaci u nemocných s alkoholovým postižením jater je nadále velmi problematická a individuální. K žádosti o zařazení do programu je potřeba vyjádření specialistů z různých oborů – interní lékařství, hepatologie, chirurgie, psychologie, psychiatrie, neurologie a další. Vždy je nutné provést u každého nemocného psychologické a sociální testy, které poukazují na dodržování abstinence, kvalitní rodinné zázemí, vztahy a stabilní práci. K transplantačnímu výkonu nejsou indikováni nemocní, kteří opakovaně nedodržují absolutní zdrženlivost v alkoholu a trpí dalšími závažnými neurologickými a psychiatrickými komplikacemi (ŠPIČÁK, 2017).

4.4 PROGNÓZA

Prognóza alkoholické cirhózy je příznivější než u cirhózy jiného původu. Pětileté přežití abstinujících pacientů s kompenzovanou alkoholovou cirhózou je 90 %.

V případě, že nedodrží abstinenci, je to 70 %. Z nemocných s dekompenzovanou cirhózou, kteří nadále konzumují alkohol, přežívá pouze 30 % (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Prognózu nemoci ovlivňují komplikace, které souvisí s jaterní cirhózou. Pouze 20 % nemocných přežívá čtyři roky. U jaterní encefalopatie či krvácení z jícnových varixů je to dokonce pouhých 10 % (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Nejužívanější klasifikací, která je používána v prognóze jaterního cirhotického onemocnění, ve sledování konzervativní a invazivní léčby se nazývá Childova-Pughova klasifikace (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Nemocný s diagnózou jaterní cirhózy je přijímán dle aktuálního stavu na interní standardní oddělení, v případě hrozících nebo již vzniklých akutních komplikací na chirurgické oddělení, jednotku intenzivní péče (metabolická, chirurgická JIP, ARO).

Ošetrovatelská péče závisí na zdravotním a psychickém stavu pacienta, na jeho aktuálním stupni soběstačnosti. Sestra aktivně vyhledává a uspokojuje potřeby nemocného, které z důvodu nemoci nejsou saturovány. Následně volí vhodnou ošetrovatelskou péči zahrnující pomoc, dopomoc či dohled u nemocného (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Základní ošetrovatelská péče zahrnuje toaletu nemocného, hygienu dutiny ústní, péči o vlasy, nehty, celkovou koupel, hygienu při vyprazdňování, péči o kůži, polohování, prevenci proleženin a opruzenin. Nedílnou součástí je péče o osobní a ložní prádlo nemocného.

Při hygienické péči o nemocného si sestra všímá změny barvy pokožky, která může být subikterická až ikterická, pozornost věnuje výskytu hematomů. Sleduje velikost obvodu břicha (vznik ascitu, jeho zvětšení, zmenšení), může zaznamenat výskyt pavoučkových névů. Palpací rozpoznává tvrdost břicha. Na dolních končetinách si všímá výskytu otoků, jejich velikosti a rozšíření. Veškeré změny zaznamená do zdravotnické dokumentace a hlásí neprodleně lékaři.

Sestra denně nebo dle ordinace lékaře zaznamenává váhu pacienta do zdravotnické dokumentace. Dle ordinace měří obvod břicha kolem pupku, obvod případných otoků dolních končetin. Vždy měří na stejných místech, které jsou řádně označeny, používá nejčastěji voděodolný fix.

Z důvodu občasného úporného svědění kůže může dojít k porušení celistvosti kůže a následnému riziku vzniku infekce. Sestra sleduje pravidelně celistvost kůže, při známkách rozškrábání informuje lékaře a dle jeho ordinace následně podává nemocnému léky proti svědění. Samozřejmostí je sledování účinnosti naordinovaných léků. Sestra se aktivně nemocného dotazuje a objektivně sleduje vzhled kůže. Pokud je kůže již porušena, ošetřuje defekty dle pokynů lékaře. Vede převazový list, kde zaznamenává každý převaz, stav rány a způsob ošetření.

V oblasti péče o vyprazdňování sleduje sestra u nemocného barvu moči (bývá tmavší z důvodu přítomnosti urobilinogenu). Může se vyskytnout hematurie. U pacienta s otoky či ascitem je vedena denní diuréza. Pacient buď močí do sběrné nádoby, kterou sestra za určitý časový úsek (většinou jednou za 24 hodin) změří v graduované nádobě, množství zaznamená do dokumentace. Je nutné pacienta poučit o nutnosti močit pouze do sběrné nádoby. Někdy je nutný dohled sestry. U pacientů částečně soběstačných nebo nesoběstačných v oblasti vyprazdňování je zaveden dle ordinace lékaře permanentní močový katetr.

Sestra je povinna pečovat o permanentní katetr z důvodu potenciálního rizika močové infekce. Nejčastěji se jedná o zánět močové trubice, močového měchýře. Tyto záněty patří k nejčastěji se vyskytujícím nozokomiálním nákazám. V 60–90 % se vyskytují právě v souvislosti se zavedením močového katetru. Sestra dbá na přísnou hygienu genitálu, močový katetr zbytečně nerozpojuje, pouze v případě pravidelné výměny sběrného sáčku. Při manipulaci s močovým katétre pracuje přísně sterilně. Sleduje průchodnost, dbá na prevenci zalomení cévky, umístění sběrného sáčku pod úroveň močového měchýře. Pravidelná výměna katetru probíhá dle standardů příslušného oddělení, dále vždy při vzestupu tělesné teploty, při výskytu subjektivních i objektivních projevů počínající infekce. U nemocných, kteří užívají diuretika, sestra upozorňuje na možnost ortostatického kolapsu a rizika pádu. Dle ordinace lékaře pravidelně měří krevní tlak, puls. (VYTEJČKOVÁ, 2013).

U pacientů si sestra všímá počtu, barvy stolice (bývá světlejší), konzistence (bývá průjmovitá). Při krvácení z jícnových či žaludečních varixů bývá nález černé, průjmovité, zapáchající stolice nazývané melena. V případě zjištění meleny sestra okamžitě informuje lékaře, kontroluje fyziologické funkce.

Pacienty, kteří bývají upoutáni na lůžko, často trápí zácpa. Jako prevence možného problému je podáváno projímadlo. U pacientů s jaterní cirhózou jde o přípravek, který zvyšuje kyselost střevního obsahu, snižuje tvorbu amoniaku a dusičnanů. Způsobuje změknutí stolice (NEJEDLÁ, 2015).

V životosprávě je nezbytná především opakovaná edukace pacientů alkoholiků o nutnosti zákazu alkoholu. Sestra u nemocného pravidelně kontroluje abstinenci a sleduje u nově hospitalizovaných možné známky abstinenčního syndromu. Může

se objevit neklid, úzkost, nevolnost, zvracení, tachykardie, třes, pocení, poruchy spánku, zmatenost. V těžkých případech vznikají poruchy vědomí a halucinace, které se zhoršují v noci. Pokud sestra zaznamená znepokojující příznaky, hlásí je ihned lékaři.

V oblasti výživy je u nemocných s cirhotickým postižením jater podávána dieta s omezením tuků. Tato strava je energeticky i nutričně plnohodnotná, s nižším množstvím tuku, s vyloučením přepalovaných tuků a nízkým obsahem cholesterolu. Obsahuje 80 g bílkovin, 55 g tuků, 360 g sacharidů. V pozdním stádiu jaterní cirhózy se může vyskytnout diabetes mellitus. Nemocný může mít sklony k hypoglykémii. Sestra edukuje nemocného o dietě, příznacích hypoglykemie. Sleduje možné projevy nízké hladiny cukru, kontroluje množství snědené stravy. Dieta se podává diabetická, s omezením cukrů (MIKŠOVÁ, 2006).

Pokud nemocný netrpí jaterní encefalopatií, je doporučováno zvýšit ve stravě kvalitní bílkoviny. U pacientů trpícími otoky, ascitem či anasarkou je podávána dieta neslaná šetřící. V této stravě je omezeno množství sodíku. Pokud pacient trpí zvýšeným objemem tělesných tekutin, sestra dle ordinace lékaře vede jejich bilanci, tedy příjem i výdej. Množství přijímaných tekutin je omezené přibližně na 1 litr na 24 hodin. Do příjmu tekutin sestra zapisuje všechny perorálně přijaté tekutiny, včetně například polévek, omáček. Dále zaznamenává veškeré tekutiny přijaté parenterálně. Obvykle jednou za 24 hodin tekutiny sečte a provede záznam do zdravotnické dokumentace (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Malnutrice se velmi často vyskytuje u nemocných s dekompenzovanou jaterní cirhózou. U alkoholické etiologie se objevuje proteinová podvýživa u 70–100 % nemocných. U těžké podvýživy na základě objektivního a subjektivního nálezu indikuje lékař enterální nebo parenterální nutriční podporu. Přednost má enterální podpora (HORÁK, EHRMANN, 2014).

U cirhózy jater je jedním ze základních příznaků nechutenství. Sestra vede dle ordinace lékaře či nutričního terapeuta monitoraci stravy. Zaznamenává množství přijaté stravy. Povinností sestry je sledovat, kolik pacient sní podané stravy, jak tuto stravu toleruje, zdali mu chutná nebo se neobjevuje po požití jídla nauzea, zvracení. Sestra se aktivně zajímá, zda nemocný nechce jinou konzistenci stravy, například kašovitou, mletou, mixovanou a podobně. Informuje nemocného, aby jedl spíše častěji,

po menších dávkách. Sestra je nápomocná při stravování nemocného, snaží se, aby se u jídla cítil dobře, zajistí jeho vhodnou polohu, klidné prostředí, nespěchá na něj. Dodržuje hygienické návyky. V pokročilém stadiu onemocnění je nutná dopomoc při jídle nebo nakrmení nemocného. Pokud u nemocného nadále přetrvává nechutenství, je nutná další konzultace u nutričního terapeuta, který v případě potřeby provede nutriční intervenci.

Na základě doporučení lékaře či nutričního terapeuta se podávají perorální nutriční doplňky. Může být zvolen sipping, tzn. popíjení, usrkávání tekutých přípravků enterální výživy. Podávají se jako doplněk stravy nebo jako jediný zdroj výživy. Jde o kompletní energeticky i nutričně vyvážené přípravky. Jsou zde zastoupeny rovnoměrně bílkoviny, cukry, tuky, vitamíny, minerály, stopové prvky, voda. Existují různé druhy – hyperkalorické, izokalorické, s vyšším obsahem bílkovin, pro diabetiky a jiné. Umožňují snadné vstřebávání živin. Sestra edukuje, aby nemocný popíjel sám mezi jídly a před použitím přípravků řádně protřepal. V případě, že nemocný již není schopen se sám obsloužit, sama aktivně doplněk nabízí. Nemocným chutná lépe většinou vychlazený (VYTEJČKOVÁ, 2013), (GROFOVÁ, 2007).

Odpočinek a spánek. Všichni pacienti by měli dodržovat relativní klidový režim. U pacientů s ascitem a dušností doporučí sestra polohu na lůžku v polosedě (Fowlerova poloha). V této poloze se nemocným lépe dýchá, je zajištěna jejich optimální ventilace plic. Sestra sleduje stupeň dušnosti, objektivní i subjektivní projevy. Měří dle ordinace lékaře saturaci kyslíkem saturačním čidlem, aplikuje oxygenoterapii. Veškeré údaje zaznamenává, hlásí lékaři.

U pacientů s pokročilým stadiem jaterní cirhózy se často vyskytuje spánková inverze. Jde o příznak jaterní encefalopatie. Pacient přes den spí, v noci je vzhůru, nemůže usnout, objevuje se u něj zmatenost, neklid, podrážděnost, může rušit ostatní pacienty. Sestra zaznamenává průběh spánkové aktivity během celého dne, sleduje délku spánku přes den i v noci, jeho kvalitu, všímá se neklidu pacienta, známek zmatenosti. Aktivně pátrá po okolnostech, které výrazně zhoršují nespavost. Změny zaznamenává do dokumentace a hlásí lékaři. Snaží se u nemocného v rámci jeho možností o denní aktivizační činnosti. Nápomocná může být také psychoterapie a relaxační metody. Sestra sleduje účinnost režimových opatření a naordinovaných léků. U nemocných dezorientovaných či neklidných minimalizuje sestra riziko pádu.

Vyhodnotí stupeň rizika, zajišťuje bezpečnost nemocného. Aktivně edukuje o možnosti přivolání sestry signalizačním zařízením, upravuje lůžko a pomůcky tak, aby nemocný měl vše na dosah (LUKAŠ, ŽÁK, 2011).

Podpora zdraví. Sestra nemocného edukuje o vhodné životosprávě při jaterním onemocnění. U pacientů alkoholiků, kde ještě nedošlo k rozvoji jaterní cirhózy, je doporučováno protialkoholní ústavní léčení. Nesmírně důležitá je podpora rodinných příslušníků, přátel, která však u alkoholiků často není saturována. Je doporučovaná různá forma psychoterapie i s rodinnými příslušníky, pravidelné návštěvy komunity anonymních alkoholiků a jiné. Sestra může využít edukační brožurky, materiály, doporučit odborné webové stránky a podobně.

Kognitivní funkce. U pacienta s jaterní encefalopatií dochází k postupnému zhoršování mentálních funkcí. Rozvíjí se velká únava, pasivita. Objevují se kvantitativní i kvalitativní poruchy vědomí, které končí až jaterním kómatem. Sestra pravidelně sleduje a vyhodnocuje orientaci, pozornost, spolupráci, náladu, paměť nemocného pomocí kognitivních testů. Snaží se o aktivizaci, podporu, motivaci, komunikaci a psychologický přístup k nemocnému. Dbá na bezpečnost, prevenci pádu, sebepoškození. Důležitá je opora a pravidelné návštěvy rodinných příslušníků a pomoc s přijetím nových životních podmínek (CHUPKOVÁ, 2011).

Bezpečnost – ochrana. Pokud má pacient zavedený periferní žilní katétr, sestra ho denně ošetřuje, zaznamenává a hodnotí místo vpichu. Aktivně pátrá po subjektivních příznacích možného zánětu. Cílem je zajistit funkčnost, bezpečnost katétru a předejít vzniku infekčních komplikací.

U pacienta se zavedenou nasogastrickou či nasojejunální sondou je kromě základní ošetrovatelské péče o sondu nutné myslet na možné komplikace. Mezi časté patří neprůchodnost, zalomení, zavedení do dýchacích cest, aspirace žaludečního obsahu, posunutí sondy, vznik píštělí a dekubitu jícnu (HOLUBOVÁ, 2013).

Komfort. U cirhotického postižení se může vyskytovat chronická tupá bolest v pravém podžebří. Sestra pravidelně hodnotí intenzitu bolesti. Nejčastěji je využívána vizuální analogová škála (VAS) nebo numerická škála od 0–10. Hodnocení bolesti je problematické u nemocných, kde je verbální komunikace ztížena nebo nemožná. Zde je nutné celkové hodnocení bolesti doplnit o pozorování projevů bolestivého chování.

Při ošetřování nemocného může sestra využít i nefarmakologické způsoby, psychologický přístup k nemocnému, relaxační a zvládací techniky k odpoutání od bolesti. Důležitým faktorem v lepším snášení bolesti je dostatečný a kvalitní spánek pacienta (ROKYTA, 2009).

5.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U BŘIŠNÍ PUNKCE

U cirhotických pacientů s ascitem, který omezuje dechové funkce, se provádí břišní punkce především za účelem odlehčovacím, evakuačním. Poloha nemocného je v polosedě na lůžku, vsedě na židli nebo je zvolena poloha vleže. Místo vpichu bývá většinou vlevo na spojnici pupku a horního předního trnu kyčelního. Sestra i lékař před výkonem nemocného řádně edukuje o průběhu břišní punkce. Pacient podepisuje souhlas se zákrokem. Výkon se provádí v lokální anestezii, nebývá tedy bolestivý. Evakuační punce trvá kolem 30 minut. Před výkonem sestra nemocného zváží a změří obvod jeho břicha. Změří fyziologické funkce, uloží nemocného do požadované polohy. Potřebné pomůcky má nachystané u lůžka. Během výkonu asistuje lékaři, všímá si reakcí pacienta, zajistí odtékání punktátu do sběrné nádoby. Množství vypuštěného ascitu změří, provede záznam. Odešle vzorky punktátu do laboratoře. Po vytažení punkční jehly provede kompresi místa vpichu. Kontroluje stav nemocného, změří fyziologické funkce. Sleduje bolestivost místa vpichu či vytékání ascitu punktovaným místem. Edukuje nemocného o dodržení klidového režimu po výkonu, minimalizuje riziko pádu většinou z důvodu celkové slabosti. Informuje lékaře o jakýchkoliv nezvyklých potížích (HOLUBOVÁ, 2013).

5.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KRVÁCENÍ Z JÍCNOVÝCH VARIXŮ

V důsledku portální hypertenze dochází k život ohrožujícímu stavu, a to ke krvácení z jícnových varixů. Mortalita bývá až 10 %. K akutnímu stavu dochází spontánně, nelze předpovědět blížící se hrozbu krvácení. Pouze při endoskopickém vyšetření může lékař pozorovat třesňové skvrny na varixech. Mezi příznaky krvácení se řadí melena v 63 %, objevuje se za 12–40 hodin od začátku krvácení. Hematemeza se vyskytuje v 15 %, někdy bývá kombinace obou příznaků. Enteroragie je vzácná, vyskytuje se při masivním krvácení nad 1 litr. (HORÁK, EHRMANN, 2014), (HOLUBOVÁ, 2013).

Při akutním stavu na standardním oddělení sestra okamžitě uvědomí lékaře, snaží se uklidnit nemocného, zajistí Fowlerovu polohu jako prevenci aspirace krve. U pacientů s poruchou vědomí je nutné zajistit průchodné dýchací cesty. Sestra nachystá potřebné pomůcky a asistuje lékaři při endotracheální intubaci. Dle ordinace zajistí žilní vstup a odebere krev na biochemické vyšetření, krevní obraz, jaterní soubor, koagulační vyšetření, krevní skupinu. Při masivním krvácení objedná dle ordinace lékaře krevní deriváty, plazmu. Sleduje stav vědomí, kontroluje fyziologické funkce, natočí EKG. Podává dle ordinace léky a infuzní roztoky jako náhradu tekutin. Připraví nemocného na endoskopické vyšetření a ošetření jícnových varixů. Akutní ošetření varixů zahrnuje ligaci a sklerotizaci. Pokud se ošetření endoskopicky nezdařilo, je zavedena na 24 hodin balónková sonda. Po výkonu je nemocný přeložen k monitoraci celkového stavu a fyziologických funkcí na jednotku intenzivní péče. U nemocného nadále hrozí recidiva krvácení, rozvoj jaterní encefalopatie, infekčních komplikací (HORÁK, EHRMANN, 2014), (HOLUBOVÁ, 2013).

5.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U JATERNÍ BIOPSIE

Postup je uveden u necílené biopsie jater za hospitalizace. Před výkonem se u nemocného musí vysadit léky, které zvyšují krvácení. Pacient má s sebou aktuální výsledky krevních odběrů (KO, kompletní koagulační vyšetření). Je řádně seznámen s výkonem, podepisuje souhlas s jaterní biopsií. Lékař a sestra edukují nemocného o nutnosti být 4 hodiny před zákrokem lačný, o celkovém průběhu a délce výkonu. Délka vyšetření je 20–30 minut.

Sestra uloží pacienta na záda, změří fyziologické funkce, zajistí žilní vstup. Samotný vpich se provádí v lokální anestezii nebo v analgosedaci mezi dvěma dolními žebry na pravé straně hrudníku. Místo vpichu je řádně oholeno, odmaštěno, dezinfikováno. Sestra asistuje lékaři při biopsii a je v neustálém kontaktu s nemocným. Po výkonu provede kompresi místa, zkontroluje fyziologické funkce, celkový stav nemocného. Ze závažných komplikací se může vyskytnout pneumotorax, peritonitida. Sestra zajistí správné uložení materiálu a jeho odeslání do laboratoře. Pacient musí 2 hodiny po vyšetření ležet na pravém boku, 4 hodiny na zádech.

Sestra zajistí převoz nemocného na oddělení. Pacient je povinen dodržovat 24hodinový klidový režim, sestra pravidelně kontroluje celkový stav nemocného, vědomí, bolestivost v místě vpichu, případné krvácení, měří fyziologické funkce, vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace, změny hlásí ihned lékaři (HOLUBOVÁ, 2013), (NEJEDLÁ, 2015).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S JATERNÍ CIRHÓZOU

Ošetrovatelský proces se může chápat jako způsob organizace ošetrovatelské péče. Je to děj cyklický a dynamický. Nemocní jsou chápáni jako jeho aktivní účastníci, nejen jako objekty péče. Ošetrovatelský proces lze definovat jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb nemocného (KELNAROVÁ, 2009, s. 32).

Ošetrovatelský proces je vypracován u pacienta s jaterní cirhózou. Realizace ošetrovatelského plánu je provedena v období od 10. 1. do 12. 1. 2018 na interním oddělení městské nemocnice.

Pacient byl přijat dne 10. 1. 2018 v 5:30 hodin na interní oddělení městské nemocnice. Přivezen byl sanitou rychlé záchranné služby pro náhlé celkové zhoršení stavu při jaterní cirhóze, a to dušnost, kašel s expektorací, zvýrazňující se dezorientace, neklid, agrese, progresce ascitu, otoky DKK. Manželka již nebyla schopna o pacienta dále pečovat. Realizace ošetrovatelské péče a sběr dat od pacienta a jeho manželky pro vypracování ošetrovatelského procesu proběhl na interním standardním oddělení.

Identifikační údaje pacienta

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: X. X.	Věk: 60
Datum narození: X. X. 1958	Pohlaví: muž
Rodné číslo: XX	Státní příslušnost: česká
Bydliště: XX	Stav: ženatý
Zaměstnání: invalidní důchodce	Vzdělání: základní
Datum příjmu: 10. 1. 2018	Čas příjmu: 5:30 hodin
Typ přijetí: akutní	Účel příjmu: léčebný
Oddělení: interní	Přijal: MUDr. X. X.
Ošetřující lékař: MUDr. X. X.	Obvodní lékař: X. X.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Pacient byl poučen o léčebném řádu: ano

Informovaný souhlas s hospitalizací: pacient podepsal

Medicínská diagnóza při příjmu:

- K 70.3 Cirhóza jater toxonutrivní etiologie, neindikováno zařazení do transplantačního programu;
- Akutní bronchitida.

Vedlejší medicínské diagnózy:

- Jaterní encefalopatie, stupeň II.;
- Anemie, koagulopatie, trombocytopenie při základním onemocnění;
- Proteinová malnutrice při základním onemocnění;
- Portální hypertenze;
- Ascites;
- Jícnové varixy stupeň I. podle Paqueta.

Důvod příjmu udávaný pacientem:

Pacient: „*Kašlu a hůře se mi dýchá. Nevím, jak dlouho... asi několik dní. Vůbec mi nechutná jíst, snad jen masové vývary, které mi vaří manželka. Jsem pořád unavený, ale v noci nemůžu spát. Taky mi vadí to rostoucí břicho. V noci se bojím. Bolí mě záda. Ted' jsem? Nevím.*“

Vitální funkce při příjmu 10. 1. 2018

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu

TK: 105/60 torr	Výška: 179 cm
P: 88/min., pravidelný	Váha: 115 kg
TT: 36,7 °C	Stav vědomí: při vědomí, dezorientovaný časem, místem, neklidný
D: 22/min.	Pohyblivost: stoj, chůze s oporou
SpO ₂ : 89 %	BMI: 34

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Informační zdroje:

Jako zdroj informací byl využit rozhovor s pacientem a jeho manželkou. Sekundární zdroje byly lékařská, ambulantní, příjmová a ošetrovatelská dokumentace, vlastní pozorování a účast v péči o pacienta.

6.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 85 letech na adenokarcinom tlustého střeva.

Otec: 87 let, diabetes mellitus 2. typu na dietě.

Sourozenci: sestra 54 let, karcinom děložního čípku. Bratr 58 let, zdravý.

Děti: syn 31 let, zdravý, pracující, dělník.

Osobní anamnéza:

Hospitalizace: opakované, poslední září 2017.

Úrazy: 0

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství prodělal běžné dětské nemoci. Diabetes mellitus 2. typu na dietě, zjištěn v roce 2016. Zbytnělá levá nadledvina dle CT vyšetření, leden 2017.

Transfuze: 0

Očkování: absolvoval základní povinná očkování dle očkovacího kalendáře, očkování proti tetanu proběhlo v roce 2015.

Operace: stav po apendectomii v roce 1974, stav po operaci pupeční kýly v roce 2008.

Léková anamnéza:

Tabulka 3 Léková chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Normix	tablety	200 mg	1-1-1	antibiotikum
Furon	tablety	40 mg	1-1-0	diuretikum
Verospiron	tablety	25 mg	0-1-0	diuretikum

Kalnormin	tablety	1 g	1-0-0	minerální doplněk
Tiapridal	tablety	100 mg	0-0-1	neuroleptikum
Kanavit	kapky	20 mg/1ml	5-5-5 gtt	vitamin K
Lactuloza	sirup	66,7 g/100 ml	10-0-10 ml	laxativum
Sorbifer Durules	dražé	320 mg/60 mg	1-0-0	antianemikum
Oxazepam	tablety	10 mg	0-0-0-1	anxiolytikum
Nolpaza	tablety	40 mg	1-0-1	antiulcerózní látka

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Alergická anamnéza:

Léky: neguje.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

Abusus:

Alkohol: nyní asi 1 rok nepije, dříve 1–2 litry vína denně, 4krát týdně destiláty, chronické pití od 21 let.

Kouření: kuřák, 20 cigaret denně, kouří od 19 let.

Káva: 1 denně, turecká káva.

Léky: neguje.

Drogy: neguje.

Jiné: 0

Urologická anamnéza:

Urologická onemocnění: zbytnělá levá nadledvina dle CT vyšetření – leden 2017.

Samovyšetření varlat: neprovádí.

Poslední návštěva na urologii: červen 2017.

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý 35 let.

Bytové podmínky: žije v panelovém domě ve 2. patře s výtahem, plynové vytápění, byt prostorný, světlý, slunný, bez vlhkosti, plísní, dům se nachází ve středu města.

Vztahy, role a interakce: ženatý, žije s manželkou, která o něj nyní pečuje, vztah problematický, se sestrou se stýká, vztah dobrý. S bratrem není v kontaktu. Syn bydlí ve stejném městě, navštěvují se, vztah bez konfliktů, ale spíše odměřenější, chladný.

Záliby: dříve zahrada, auta, zvířata, nyní bez hlubšího zájmu o cokoliv.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní, vyučen strojní zámečnick.

Pracovní zařazení: dříve pracoval jako svářeč, nyní invalidní důchod. Na práci vzpomíná rád, bavila ho, měl tam své přátele.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacient je v invalidním důchodu.

Ekonomické podmínky: uspokojující, manželka pracující.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: nevyznává žádné náboženství, věří v sebe sama, osud, co je mně souzeno, to se stane.

6.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ 10. 1. 2018

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou provedené při přijetí 10. 1. 2018

Vyšetření systému	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	<p>„Někdy mě rozbolí hlava, když nemůžu usnout.“</p> <p>„Mám taky trochu rýmu, jsem nachladl, asi.“</p>	<p>Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, bez zjevných deformit a defektů. Kůže ikterická. Prořídle vlasy.</p> <p>Bulby ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky bledé, skléry ikterické, rohovka průhledná.</p> <p>Dutina ústní klidná, hrdlo klidné, jazyk vlhký, bez povlaku. Jazyk plazí ve střední čáře. Zápach z úst nepřítomný. Rty bez cyanózy. Chrup sanován, vlastní, nebolestivý.</p> <p>Dutina nosní mírná sekrece, epistaxe nepřítomna. Dutiny ušní bez výpotku, nebolestivé.</p> <p>Náplň krčních žil přiměřená, pohyb krku volný, nebolestivý. Štítná žláza nezvětšena, mízní uzliny oboustranně nehmatné, nebolestivé. Karotidy tepou symetricky, bez šelestu.</p>
Hrudník a dýchací systém	<p>„Dýchá se mi špatně.“</p>	<p>Hrudník symetrický, bez deformit. Gynekomastie.</p> <p>Dýchání sklípkové s bronchitickými fenomény,</p>

		<p>oboustranně. Mírná klidová dušnost. Dechová frekvence 22/minutu.</p> <p>Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu, frekvence 88/minutu.</p>
Srdeční a cévní systém	„Na hrudníku mě zabolí, když kašlu.“	Krevní tlak 105/60 torrů. Puls pravidelný, dobře hmatný.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě bolí pořád, je to taková tupá bolest vpravo, jíst mi nechutná vůbec, dělá se mi špatně.“	<p>Břicho nad úrovní hrudníku, palpačně měkké, objemný ascites, špatně prohmatné, citlivé v pravém horním hypochondriu, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence.</p> <p>Játra, slezina pro ascites nelze vyšetřit.</p> <p>Peristaltika poslechově hůře slyšitelná. Pohledově ikterus, pavoučkové névy, vyhlazený pupek.</p> <p>Pacient udává nechutenství, nauzeu. Zvětšující se objem břicha. Váhu neví, neváží se. Aktuální váha při příjmu 115 kg. Poslední stolice dnes, řídká. Bez příměsí krve.</p>
Močový a pohlavní systém	„S močením nemám potíže, jen chodím často. To kvůli práškům na odvodnění. Přes den dojdu na WC, na noc mám plíny, když usnu, necítím, že se mi chce.“	Genitál mužský, močová trubice bez výtoku, otok genitálu. Mírné opruzeniny.

<p>Kosterní a svalový systém</p>	<p>„Chození je špatné, pořád horší, pomáhá mi manželka, chodím jen doma, ven už to moc nejde.“</p>	<p>Poloha aktivní. Stoj a chůze s pomocí druhé osoby. HKK bez otoků, bez omezení hybnosti. Mírný třes. Bílé nehty. DKK otoky po kolena, měkké, defekt na pravém lýtku, povrchový, čistý, velikost 2 x 2 cm. Normální hybnost. Pulzace na periférii špatně hmatatelná pro otoky. Končetiny teplé, bez cyanózy. Taktilní citlivost v normě. Páteř pohyblivá. Mírně bolestivá. Zakřivení fyziologické.</p>
<p>Nervový a smyslový systém</p>	<p>„Teď jsem? Nevím, v nemocnici? Nechte mě na pokoji.“</p>	<p>Při příjmu při vědomí, neklidný, dezorientovaný místem, časem. Mírná agrese, nespolupráce, negativismus. Třes HKK. Po uložení na lůžko se zklidňuje. Pacient je neurologicky bez známek lateralizace, meningeálních příznaků. Reflexy výbavné. Zrak: používá brýle na čtení, slyší dobře. Čich, chuť v normě.</p>
<p>Endokrinní systém</p>	<p>„Mám cukrovku, nesmím sladké, ale to je jedno, stejně nemám na nic chuť.“</p>	<p>Z anamnézy diabetes mellitus 2. typu na dietě, zjištěn v roce 2016. Při příjmu glykemie 7,1 mmol/l. Gynekomastie.</p>
<p>Imunologický systém</p>	<p>„Nemám žádné alergie.“</p>	<p>Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních cest dýchacích nebývají časté. Alergie neudává.</p>

		TT: 36,7 °C.
Kůže a její adnexa	„V noci mě často svědí celé tělo.“	Kůže ikterická, prokrvená, kožní turgor v normě, hydratace v normě, nezpocen. Na břicho výskyt pavoučkových névů. Ascites, otoky DKK po kolena. Defekt na pravém lýtku, povrchový 2 x 2 cm. Nehty bílé, čisté. Vlasy krátké, prořídle, čisté.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

6.3 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA INTERNATIONAL 2015–2017 ZE DNE 10. 1. 2018

Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 10. 1. 2018

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: „Žádný alkohol ani pivo jsem si už dlouho nedal. Víím, že už je pozdě. Cítím to. Měl jsem si to vše uvědomit mnohem dříve. Ale nebyl nikdo, kdo by mně s problémy pomohl. A pití bylo jediné, co mi pomáhalo.“</p> <p>Objektivně: Pacient s dekompenzovanou cirhózou jater. Opakované hospitalizace z důvodu rozvoje komplikací jaterní encefalopatie, ascitu, portální hypertenze. Pacient alkoholik, chronická konzumace alkoholu od 21 let, zpočátku pro problémy v práci, později problémy v manželství.</p> <p>Opakovaně protialkoholní ústavní léčba, bez většího efektu, vydržel nepít maximálně 6 měsíců. I přes časté edukace ze strany rodinných příslušníků, lékařských odborníků nadále konzumoval alkohol. Chodil na skupinovou i individuální psychoterapii. Bez účinku. Nyní udává asi rok abstinenci.</p>
--	---

	<p>Již pít nemůže, po požití alkoholu je mu zle, ale rád by se napil. Pacient apatický, uvědomuje se svůj zdravotní stav. Nemá zájem cokoliiv zlepšit ohledně zdravotního stavu. Na dodržování léčebného režimu, podávání léků, diety musí dohlížet v domácí péči manželka. V nemocnici je nutný dohled ošetřujícího personálu.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Neefektivní udržování zdraví. Chování náchylné ke zdravotním rizikům.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Subjektivně: „Doma jím, co mi připraví manželka. Moc toho nesním, nemám vůbec chuť na jídlo. Je mi špatně. Doma mě pořád nutí do jídla. Mám rád jediné polévky, vývary. Ovoce, zeleninu si občas vezmu, ale málo, nemám chuť. Ještě mám navíc cukrovku, tak mi zakázali sladké, ale to je jedno, cukroví jsem nikdy stejně nejedl. Piju často, mám žízeň. Chutná mi ovocný čaj, studená voda. Piji také 2krát denně kávu, mám rád minerálky.“</p> <p>Objektivně: Na přípravu, požití, toleranci stravy a hydrataci v domácím prostředí dohlíží manželka. Snaží se manželovi vyhovět, připravuje jídlo, co mu chutná, s ohledem na dietní omezení. Dbá na přísný zákaz alkoholu.</p> <p>V nemocnici má pacient předepsanou dietu diabetickou, s omezením tuků, neslanou. Konzistence mletá, 5krát denně po malých dávkách, dle tolerance. Mírné potíže s polykáním. Chuť k jídlu nemá, pocit žízně ano, nevolnost, nauzea udává občasné. Pálení žáhy neudává. Alergie na potraviny neguje.</p> <p>Váha 115 kg, výška 179 cm, BMI 34. Přítomný ascites, otoky DKK.</p> <p>Kůže hydratovaná, vlhká. Sliznice vlhké.</p> <p>Tekutiny přijímá kolem 1 200 ml/24 hodin.</p> <p>Je nezbytný dohled, dopomoc nad příjmem stravy, tekutiny</p>

	<p>aktivně nabízet.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu. Zvýšený objem tekutin.</p> <p>Měřicí technika: Body mass index, hodnocení rizika malnutrice.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: „S močením je to teď horší, беру prášky na odvodnění, tak chodím pořád na WC. Přes den to většinou stihnu, v noci mám plínky. Jinak nemám žádné potíže. Stolicí mívám pravidelně, беру projímadlo, spíš je průjmovitá, barva je černá, беру železo.“</p> <p>„Kůži mám asi normální, svědí mě, ale teď je to lepší. Taky mě svědí oblast genitálu, to mám z těch plínek. Mažu si to mastí, tu mi koupila manželka v lékárně.“</p> <p>„Dýchá se mi špatně, v klidu je to lepší, ale jak vstanu a chodím, tak je to horší. Už spím kvůli tomu zvětšujícímu břichu vsedě.“</p> <p>Objektivně: Močení bez potíží, bolesti neudává. Částečná inkontinence, na noc nemocný používá pleny. Při příjmu zaveden PMK. Katetr odvádí hnědou moč, přítomnost bilirubinu. Stolice poslední dnes 10. 1. 2018. Pravidelná, průjmovité konzistence, černé barvy (pacient bere Sorbifer).</p> <p>Kůže čistá, ikterická, vlhká, kožní turgor v normě. Otoky DKK, ascites. Obvod břicha 141 cm. Obvod pravého lýtka 43 cm, obvod levého lýtka 46 cm. Defekt na pravém lýtku 2 x 2 cm, povrchový, čistý. Opruzeniny v tříslech, genitálu. Dýchání pravidelné, frekvence 22/min., SpO₂ 89 %. Mírná klidová dušnost. Kašel s expektorací.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Reflexní inkontinence moči.</p> <p>Měřicí technika: Váha, krejčovský metr</p> <p>Priorita: Nízká.</p>

<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek – odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární/ pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: „V noci nemůžu spát, pořád se budím. Vadí mně to velké břicho, špatně se mi dýchá. Prášky na spaní mám, ale nějak mi to nepomáhá. Přes den se dívám na televizi nebo koukám z okna na lidi. Občas se staví za mnou sestra nebo kamarádi z práce. To je fajn, vzpomínáme na staré časy. Já už sám nikam nedojdu, tak mi bývá smutno. Manželka se mnou moc nemluví, nějak si nemáme co říct.“</p> <p>„S koupáním a oblékáním mi pomáhá manželka, sám to nějak nezvládám.“</p> <p>Objektivně: Pacient soběstačný s dopomocí ve všech oblastech sebepéče. Přítomná jaterní encefalopatie stupeň II. Spánková inverze, v noci neklidný, dezorientovaný, bojí se. Volá manželku. K ránu usíná, pospává celé dopoledne. Je apatický, unavený. Odpoledne bývá aktivnější, spolupracuje, zlepšuje se nálada. Ve večerních a nočních hodinách dochází ke zhoršení psychického stavu. Pacient nyní dezorientovaný, neklidný, někdy agresivní. Vyžaduje neustálou přítomnost osoby.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nedostatek spánku, zhoršená chůze, únava, intolerance aktivity, deficit sebepéče při koupání, deficit sebepéče při oblékání, deficit sebepéče při vyprazdňování, deficit sebepéče při stravování.</p> <p>Měřicí technika: Barthelové test všedních činností, stupnice dle Nortonové, test instrumentálních všedních činností.</p> <p>Priorita: Nedostatek spánku – střední, zhoršená chůze – nízká, únava – střední, intolerance aktivity – nízká, deficit sebepéče při oblékání, koupání, stravování, vyprazdňování – střední.</p>
---	---

<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Pociťování/vnímání • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: „Teď jsem? Nevím...“</p> <p>Objektivně: Pacient při příjmu při vědomí, neklidný, dezorientovaný časem, místem. Spolupráce částečná, agresivní. Bojí se. Po uložení na lůžko se zklidňuje. Je u něj manželka. Mluví na něj. Uklidňuje ho. Pacient postupně začíná komunikovat, odpovídá na otázky. Rozumí, na co je ptán. Musíme se ptát ale opakovaně. Paměť bezprostřední porušená. Vzdálená zachovaná. Řeč plynulá, obsahově chudá, mluví v krátkých větách. Bez bludů. Dezorientace místem, časem. Převládá melancholická nálada. Občasné stavy zlosti, agrese, pokud se pacientovi nevyhoví okamžitě podle jeho přání.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Akutní zmatenost. Labilní ovládnání emocí.</p> <p>Priorita: Akutní zmatenost – střední, labilní ovládnání emocí – nízká.</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Subjektivně: „Teď už je pozdě, už s tím nic neudělám, nemá cenu se snažit.“</p> <p>Objektivně: Pacient apatický, uvědomuje si vážnost svého onemocnění. S onemocněním není smířený, spíše rezignoval. Dominuje beznaděj, nezájem o vše, smutek. Dle manželky působí doma odevzdaně, objevují se občasné stavy zlosti i sebelítosti. Výkyvy nálad. Pacient je uzavřený, nechce hovořit o svém strachu, úzkostech, frustraci a dalších problémech. Psychicky labilní osobnost, která řešila problémy alkoholem.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Beznaděj.</p> <p>Priorita: Střední.</p>

<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatелů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: „Manželka se o mě stará, pomáhá mně, vaří mně. Je hodná, ale vždycky to tak nebylo...“</p> <p>Objektivně: Pacient ženatý, manželství spíše chladné, problémové. Chybí komunikace. Dlouhodobé neřešené problémy. Manželka se nyní o nemocného stará celodenně. Do nemocnice chodí na návštěvy každý den. Bývá tu celou dobu návštěv. Z ostatních rodinných příslušníků chodí podpořit nemocného hlavně sestra. Nyní už péči začíná nezvládat.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Dysfunkční procesy v rodině.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální identita • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně: „Mám syna, je mu 31 let. Je fajn, ale moc se nevidáme, má už svoji rodinu, děti, v práci má problémy, tak toho má taky dost.“</p> <p>Objektivně: Pacient uzavřený, nechce hovořit o intimním životě. Na urologické kontroly chodí pravidelně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatická reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: „Nechci tu být sám!“</p> <p>Objektivně: Chronicky nízká sebeúcta, sebehodnocení, která vedla k závislosti na alkoholu. Pacient utíkal od problémů k alkoholu. Svou nemoc nepřijal, nepochopil, nesmířil se s ní. Pouze rezignoval. Objevují se projevy zlosti, sebelítosti, hněvu, viny, prohry, strachu. Jediná opora je nyní jeho manželka. Ta s postupem nemoci přestává péči zvládat.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Oslabené zvládání zátěže, strach, bezmocnost.</p> <p>Priorita: Oslabené zvládání zátěže – priorita nízká, strach – priorita střední, bezmocnost – priorita střední.</p>

<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/přesvědčení/jednání 	<p>Subjektivně: „Nejsem věřící, nechodím do kostela. Věřím jen tomu, co vidím a slyším. Věřím, že co se má stát, tak se stane. V životě byla pro mě nejdůležitější láska.“</p> <p>Objektivně: Pacient a celá jeho rodina jsou nevěřící. Do kostela nikdy nechodili.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost - ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Subjektivně: „S chozením je to špatné. Sám daleko nedojdu, musím pořád volat manželku, aby mně pomohla. A já nechci, přeji si to zvládnout sám. Vezmu si berle. Motá se mi ještě hlava, a jak chodím, špatně se mi dýchá.“</p> <p>Objektivně: Pacient má problémy s vertikací. Stoj a chůzi zvládá s dopomocí druhé osoby nebo s oporou. Používá 2 francouzské berle. Chůze nestabilní, pouze po pokoji, na WC křeslo. Doma opakované pády. Nyní akutní zmatenost. Nutný dohled, pacient nemá náhled nad možností pádu. Vyhodnoceno riziko pádu (5 bodů).</p> <p>Při příjmu zaveden PŽK, PMK.</p> <p>U pacienta povrchový defekt na pravém lýtku. Opruzeniny v tříslech. Kůže bez dekubitů. Dle stupnice Nortonové bylo pacientovi vyhodnoceno riziko dekubitu (21 bodů).</p> <p>Tělesná teplota 36,7 °C.</p> <p>U pacienta z důvodu základního onemocnění, vznikla porucha krevní srážlivosti. Je zde riziko krvácení. Z důvodu nálezu jícnových varixů stupeň I. vzniká riziko krvácení.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko pádů. Riziko infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK. Riziko krvácení z důvodu poruchy krevní srážlivosti. Riziko krvácení</p>

	<p>z důvodu přítomnosti jícnových varixů. Narušená integrita kůže. Riziko dekubitů.</p> <p>Použitá měřicí technika: Škála pro měření rizika pádů. Škála Nortonové.</p> <p>Priorita: Riziko pádů – střední, riziko infekce – střední, riziko krvácení – střední, narušená integrita kůže – riziko střední, riziko dekubitů – střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: „Trochu mě bolí záda, asi jak víc spím a ležím. A co mám dělat? Doma s ženou moc nemluvíme, rodina má svoje, chodí stále méně. Taky mě v noci často svědí celé tělo, teď je to lepší. Někdy mám bolesti, takovou tupou vpravo pod žebry.“</p> <p>Objektivně: Mírné bolesti zad dle numerické hodnoticí škály stupeň 2/10. Chronická bolest vpravo jaterní krajiny, pacient udává stupeň 2/10. Pocit svědění kůže v noci. Pacient nemá podnětné domácí prostředí. Sám by rád více uvítal návštěvy rodinných příslušníků, ti nemají údajně čas.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Chronická bolest. Sociální izolace.</p> <p>Použitá měřicí technika: Numerická hodnoticí škála 0–10.</p> <p>Priorita: Chronická bolest – nízká, sociální izolace – střední.</p>
<p>13. Růst a vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	<p>Subjektivně: Nevím.“</p> <p>Objektivně: Pacient má ukončený růst.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika: Fyzikální vyšetření.</p> <p>Priorita: 0</p>

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

6.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 6 Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	„Mám dietu na játra a cukrovku. Jím sám, co mi nachystá manželka. Sním málo, nemám chuť. Kolik vypiji nevím, asi litr tekutin.“	Dietu diabetickou, s mezením tuků a zákaz alkoholu pacient dodržuje, ale za aktivního dohledu a kontroly. Doma jí, pije samostatně. Strava častěji, po malých porcích z důvodu nechutenství. Jídlo vaří a chystá manželka. Nyní soběstačný s dopomocí.
Vylučování moči a stolice	„Doma problémy s močením a vyprazdňováním jsou. Chodím často a někdy to nestihnu. V noci mám plínku. Na velkou chodím pravidelně, spíš mívám průjem.“	V domácím prostředí částečně inkontinentní. Nosí pleny na noc, plenkové kalhotky na den. Doma chodí na WC s dopomocí druhé osoby. Nyní zaveden PMK, nutná plena. Částečně inkontinentní.
Spánek a bdění	„V noci nemůžu spát.“	Spánková inverze dlouhodobá. Pacient v noci nespí, je dezorientovaný, neklidný. Usíná k ránu. Nyní potíže přetrvávají. Nasazena nová hypnotika.
Aktivita a odpočinek	„Jsem pořád unavený, nemám chuť nic dělat.“	Převládá únava. Přes den pospává. Odpoledne bývá aktivnější. Občas má zájem o aktivizační činnosti.
Hygiena	„Zvládám se umýt většinou sám, ale někdy mi pomáhá manželka.“	V oblasti hygienické péče v domácím prostředí soběstačný s dopomocí. Pomáhá manželka. Nyní soběstačný s dopomocí

		druhé osoby.
Samostatnost	„Něco zvládnou sám, ale jsou věci, kde potřebuji pomoc.“	Barthelové test základních všedních činností ADL je 55 bodů. Vyhodnocen střední stupeň závislosti.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

6.5 PSYCHICKÝ A SOCIÁLNÍ STAV PACIENTA

Tabulka 7 Posouzení psychického a sociálního stavu

Vědomí	Lucidní.
Orientace	Dezorientovaný, místem, časem.
Nálada	Depresivní.
Paměť	Staropaměť bez poruch, novopaměť je porušena.
Myšlení	Bradypsychické, bez bludů.
Temperament	Melancholik.
Sebehodnocení	„Nevím.“
Vnímání vlastního zdraví	„Je to s mým zdravím špatné, vím to, už se ale nedá nic dělat.“
Komunikace	Komunikuje za pomoci verbální i neverbální komunikace.
Sociální role primární	60letý muž.
Sekundární	Manžel, bratr, dědeček.
Terciální	Je si vědom závažnosti svého zdravotního stavu, s nemocí se nesmířil, pouze rezignoval.
Sociální interakce	Uzavřený do sebe, o svých problémech nechce hovořit, v rodině jsou komunikační problémy, chybí pocit důvěry, chladné vztahy, pocit samoty.
Dopad hospitalizace na ekonomickou situaci	Pacient je v důchodu. Hospitalizace neovlivní ekonomickou situaci.

Kdo se bude starat o nemocného po propuštění	O pacienta se bude starat manželka.
Popis spirituálního stavu	Pacient je nevěřící.
Informovanost pacienta o nemoci, diagnostice, léčbě	Pacient je plně informován.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

6.6 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření 10. 1. 2018 při příjmu na oddělení

Laboratorní vyšetření krve 10. 1. 2018

- Biochemické vyšetření – sodík, draslík, chloridy, močovina, kreatinin, kyselina močová, bilirubin celkový, glukóza, cholesterol, ALT, AST, GGT, bílkoviny celkové, albumin, CRP, železo;
- Hematologické vyšetření – KO;
- Koagulační vyšetření – Quick, INR;
- Vyšetření moči biochemicky – moč + sediment.

Další ordinace

- Natočit EKG;
- Objednat neurologické vyšetření – 10. 1. 2018, psychiatrické vyšetření – 14. 1. 2018, sonografii břicha – 11. 1. 2018, RTG srdce a plic – 10. 1. 2018, konzultace nutričního terapeuta – 11. 1. 2018;
- Zavést PMK, PŽK.

Výsledky vyšetření krve ze dne 10. 1. 2018

Tabulka 7 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2018

Biochemické vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Sodík	138	mmol/l	137–146
Draslík	3,8	mmol/l	3,8–5,0
Chloridy	109	mmol/l	95–115

Močovina	12,6	mmol/l	2,4–7,2
Kreatinin enzymaticky	123	μmol/l	46–90,0
Kyselina močová	499	μmol/l	154–357
Bilirubin celkový	125,6	μmol/l	5,0–21,0
ALT	1,15	μkat/l	0, 10–0,57
AST	2,91	μkat/l	0,10–0,52
GGT	2,19	μkat/l	0,10–0,70
ALP	2,02	μkat/l	0,10–2,20
Glukóza	7,1	mmol/l	4,2–5,6
CRP	25	mg/l	Méně než 5,0
Cholesterol	4,1	mmol/l	3,9–5,2
Bílkoviny celkové	50,3	g/l	64–83
Albumin	27,3	g/l	39,7–47,4
Železo	9,0	μmol/l	7,2–29,0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 8 Výsledky hematologického vyšetření ze dne 10. 1. 2018

Hematologické vyšetření – KO	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Erytrocyty	2,98	10 ¹² /l	4,19–5,75
Leukocyty	10,2	10 ⁹ /l	4,00–10,70
Trombocyty	101	10 ⁹ /l	142–327
Hemoglobin	98	g/l	135–174
Hematokrit	0,29	l	0,39–0,51

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 9 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 10. 1. 2018

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
APTT	54,2	s.	25,9–40,0
INR	1,58	l/l	0,80–1,22
Fibrinogen	1,1	g/l	1,5–3,0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

EKG vyšetření ze dne 10. 1. 2018

Sinusový rytmus, frekvence 57/min, sklon osy srdeční doleva, PQ do 0,20, QRS 0,10, ST bez vychýlení od normy, T pozitivní.

RTG srdce a plic ze dne 10. 1. 2018

Srdce je velikosti na horní hranici normy. Hily nezvětšené, cévní kresba přiměřená. Znamky selhávání levé srdeční komory nejsou patrné. Plicní parenchym je bez prokazatelných ložiskových či infiltrativních změn, levá plicní báze má sumačně sníženou transparentci. Bránice je hladká, úhly volné.

Neurologické vyšetření ze dne 10. 1. 2018

Progrese jaterní encefalopatie toxicko – metabolické. Recidivující poruchy kvality vědomí a projevy psychomotorického neklidu. Nyní bazálně orientován, bez zřetelné neurolateralizace. Třes horních končetin charakteru flapping. Bez akutní centrální symptomatiky, bez psychotických projevů.

Konzervativní léčba ordinovaná 10. 1. 2018

Dieta: diabetická, s omezením tuků, neslaná, mletá. Tekutiny omezit na 1000 ml/24 hodin.

Pohybový režim: klid na lůžku.

Rehabilitace: stoj, chůze s oporou při zlepšení psychického stavu a spolupráci pacienta.

Výživa: perorální, parenterální.

Medikamentózní perorální léčba

Furon 40 mg 0-1-0 tbl, Verospiron 25mg 1-1-0 tbl, Flavobion 70 mg 1-1-1 tbl, Essentiale Forte N 600 mg 1-1-1 tbl, Thiamin 50 mg 1-1-1 tbl, Pyridoxin 20mg 1-1-1 tbl, B-komplex forte 1-0-0 tbl, Kalnormin 1g 1-0-1- tbl, Milurit 100 mg 0-1-0 tbl, Sorbifer durules 100 mg 1-0-0 tbl, Helicid 20 mg 1-0-0 tbl, Kanavit gtt 10-10-10 kapek, Lactuloza sirup 1-1-1 polévková lžice, Acidum folicum 10 mg 1-0-0 tbl, Tiapridal 100 mg 1-1-1 tbl, Buronil 25 mg 0-0-1-1tbl, Normix 200mg 2-2-2 tbl, Ambrobene 15mg/5ml 4-4-4 ml, Dithiaden 2mg 0-0-0-1 tbl.

Intravenózní léčba

Plasmalyte 500 ml/4 hod., Nutramin VLI 500 ml/6 hod., Furosemid 40 mg aplikovat i. v. v 6:25 hod., Syntophylin 1 ampule ve 100 ml FR aplikovat v 6:20 hod., 18:00 hod i. v.

Oxygenoterapie

Aplikovat kyslík kyslíkovými brýlemi kontinuálně rychlostí 4 l/min při saturaci pod 93 %.

Monitorace

- TK, P - 6-14-22 hod.;
- DF – 6-14-22 hod.;
- SpO₂ – 6-14-22 hod.;
- TT – 6–17 hod.;
- Monitorace stravy;
- Bilance tekutin;
- Glykemický profil – R, P, V, 22 hod.;
- Váha pacienta – denně;
- Obvod břicha – denně;
- Obvod lýtek – denně;
- Přeazy defektu na pravém lýtku – denně.

Sonografické vyšetření ze dne 11. 1. 2018

Játra jsou mírně zvětšena, levý lalok sahá doleva. Parenchym je přiměřeně echogenní, bez prokazatelných ložiskových změn, struktura poněkud setřelá. Žlučové cesty bez dilatace. Normálně velký žlučník s jemnými stěnami bez konkrementů. Porta nyní nehodnotitelná, slezina zvětšena na 16 × 8 centimetrů. Difuzně značné množství ascitu – lemy kolem jater a sleziny do 2,5 centimetru, mezikličkově do 1 centimetru. Vlevo označena oblast vhodná k punkci. Mezi vyznačenými body je šířka ascitu pod stěnou břišní 8–9 centimetrů. Malá pánev je plná volné tekutiny. V pravém hypogastriu je kolekce tekutiny do šířky i do hloubky 12 centimetrů. Pankreas nepřehledný. Nález na ledvinách v mezích normy. Močový měchýř se ztrácí v ascitu.

6.7 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 1. 2018

Šedesátiletý pacient byl hospitalizován 10. 1. 2018 v 5:30 hodin na interním oddělení městské nemocnice. Přivezen byl rychlou záchrannou službou pro celkové zhoršení stavu při jaterním onemocnění. Sanitu volala manželka, která už nezvládla péči o manžela. Při příjmu pacient neklidný, dezorientovaný místem, časem. Mírně agresivní, křičí, nespolupracuje, volá manželku. Diabetik na dietě. Patrný ikterus, výrazný ascites, otoky obou dolních končetin po kolena. Pohledově, poslechově mírná klidová dušnost, vlhký kašel, cyanotický není. Udává slabou bolest zad. Na numerické hodnotící škále označuje stupněm 2/10. Chůzi, stoj po příjmové ambulanci interního oddělení zvládl s pomocí druhé osoby. Sedí bez opory. Viditelný třes horních končetin. Je inkontinentní, močí do pleny. Na pravém lýtku defekt 2 × 2 centimetry. Rána je čistá, povrchová, granuluje. U nemocného zaznamenáváme mírné opruzeniny v tříselech. Kůže čistá, vlhká, bez jiných defektů.

Dle slov pacienta se mu již několik dní hůře dýchá a kašle, má rýmu. Roste mu břicho a nemůže se pořádně hýbat. Má oteklé nohy. Nechutná mu jíst, má nevolnosti. V noci nemůže spát. Také ho svědí kůže.

Po uložení na lůžko a po příchodu manželky se začíná zklidňovat. Pacienta ukládáme do Fowlerovy polohy. Vzhledem k psychomotorickému neklidu, dezorientaci je nutný dohled nad pacientem, hrozí riziko pádu. V příjmu tekutin a stravy je pacient soběstačný. Při oblékání, hygieně, chůzi je nutná dopomoc ošetřujícího personálu. Barthelové test základních všedních činností je 55 bodů, což odpovídá střednímu stupni závislosti. Na otázky odpovídá v jednoduchých větách. Bradypsychický. Depresivní.

Při příjmu natočeno EKG, změřeny fyziologické funkce. Krevní tlak 105/60 torrů, puls pravidelný, hmatný 88/min. Dýchání ztížené, s bronchitickými fenomény. Dech 22/min., přítomná klidová dušnost, kašel s expektorací. Saturace kyslíkem je 89 %. Změřena tělesná teplota, pacient afebrilní hodnota 36,7 °C. Odebrány vzorky krve a moče na biochemické a hematologické vyšetření. Změřena hladina glykemie 7,1 mmol/l. Dle ordinace lékaře zaveden permanentní katetr Tieman číslo 20. Katetr odvádí moč hnědé barvy. Zaveden periferní žilní katetr. Podána infuze

s bronchodilatanciem. Aplikována intravenózně diuretika. Podán kyslík kyslíkovými brýlemi rychlostí 4 l/ min.

V oblasti výživy dominuje nechutenství, nevolnosti, občasné zvracení. Váha 115 kg, výška 179 cm, BMI 34. Obvod levé, nedominantní paže 26 centimetrů. BMI je 20,5. Zvýšení váhy je vzhledem k otokům a ascitu. Doma se nevážil. Z výsledku aktuální laboratoře je významná proteinová malnutrice. Dieta je ordinovaná s omezením tuků, diabetická, neslaná. Vzhledem k nechutenství, otokům zavedena monitorace stravy, bilance tekutin. Objednána konzultace s nutričním terapeutem ohledně jídelníčku.

Z aktuální laboratoře je podstatná informace ohledně poruchy srážlivosti krve. U nemocného jsou přítomny jícnové varixy. Je nutné myslet na potenciální riziko krvácení.

Pacient bydlí s manželkou, která o něj pečuje. Nyní s postupem choroby přestává péči zvládat. Dle jejích slov se cítí vyčerpaná, sama má zdravotní problémy. Zatím zvažuje, jak to bude s péčí po propuštění.

6.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II (2015–2017) A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 10. 1. 2018

Zde jsou stanoveny a zaznamenány všechny ošetřovatelské diagnózy v den příjmu 10. 1. 2018.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Neefektivní vzorec dýchání (00032);
2. Akutní zmatenost (00128);
3. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002);
4. Zvýšený objem tělesných tekutin (00026);
5. Nechutenství (00134);
6. Nedostatek spánku (00096);
7. Únava (00093);
8. Beznaděj (00124);

9. Strach (00148);
10. Dysfunkční procesy v rodině (00063);
11. Intolerance aktivity (00092);
12. Narušená integrita kůže (00046);
13. Zhoršená chůze (00088);
14. Deficit sebekpěče při vyprazdňování, při koupání, oblékání, stravování (00110, 00108, 00109, 00102);
15. Neefektivní udržování zdraví (00099);
16. Chronická bolest (00133);
17. Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00108);
18. Neefektivní zvládnání zátěže (00069);
19. Reflexní inkontinence moči (00018);
20. Labilní ovládnání emocí (00251).

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko krvácení (00206);
2. Riziko pádu (00155);
3. Riziko infekce (0004);
4. Riziko dekubitů (00249).

V rámci zpracování praktické části bakalářské práce byly podrobně rozpracovány ošetřovatelské diagnózy: neefektivní vzorec dýchání, nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu, akutní zmatenost, riziko krvácení. Tyto diagnózy byly vybrány z důvodu, že byly z hlediska ošetřovatelské péče v den příjmu pacienta nejaktuálnější.

NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ (00032)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Inspirace (vdech) a/nebo expirace (výdech), které neumožňují dostatečnou ventilaci (NANDA, 2015, s. 199).

Určující znaky:

- Abnormální vzorec dýchání (rychlost, hloubka, rytmus);
- Dyspnoe;

- Tachypnoe;
- Ortopnoe.

Související faktory:

- Úzkost;
- Únava.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má účinné dýchání bez přítomnosti bronchitických fenoménů do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient má zlepšené dýchání do 1 dne.

Očekávané výsledky:

Pacient nepocítuje klidovou dušnost do 7 dnů.

Pacient udává obnovení efektivního dýchání do 7 dnů.

Pacient má saturaci kyslíkem vyšší než 93 % do 1 dne.

Pacient zná příčinu vzniku zhoršeného dýchání do 1 dne.

Pacient zná metody usnadňující dýchání do 1 dne.

Pacient dodržuje léčebný režim do 7 dnů.

Pacient zná důsledky kouření do 14 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' typ dýchání pacienta, sestra u lůžka – 3krát denně.
2. Monitoruj základní fyziologické funkce (TK, P, TT, DF) po 8 hod., proved' záznam do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka.
3. Monitoruj saturaci kyslíkem po 4 hod., proved' záznam do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka.
4. Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, sestra u lůžka – denně.
5. Aplikuj dle ordinace lékaře oxygenoterapii, sleduj účinnost, sestra u lůžka – denně.

6. Edukuj pacienta o metodách usnadňujících dýchání (zvýšená poloha záhlaví lůžka, adekvátní vlhkost vzduchu na pokoji, krátké a časté větrání, dechová cvičení), zaznamenej do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka – do 2 hodin.
7. Pečuj o psychiku nemocného, sestra u lůžka – denně.
8. Sleduj subjektivní příznaky dušnosti, všímej si reakcí pacienta, proved' záznam do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka – denně.
9. Sleduj bilanci tekutin, diurézu po 24 hod., proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
10. Edukuj pacienta, rodinu o restrikci tekutin na 1 000 ml/24 hod z důvodu zadržování tekutin v organismu, sestra u lůžka do 8 hodin.
11. Edukuj pacienta o možnosti přivolat sestru pomocí signalizačního zařízení, sestra u lůžka – do 20 minut.

Realizace: 10. 1. 2018

- 5:30 – pacient byl přijat na interní oddělení.
- 5:40 – změřeny fyziologické funkce (TK 105/60 torr, P 88/min., TT 36,7 °C, DF 22/min.), SpO₂ 89 % – sestra u lůžka.
- 5:48 – natočeno vstupní EKG – sestra u lůžka.
- 5:58 – odebrány vzorky krve na biochemické a hematologické vyšetření – sestra u lůžka.
- 6:05 – zaveden periferní žilní katetr, bez komplikací – všeobecná sestra.
- 6:10 – pacient uložen na lůžko do Fowlerovy polohy – sestra u lůžka.
- 6:15 – podán kyslík kyslíkovými brýlemi kontinuálně 4 l/min. dle ordinace lékaře – sestra u lůžka.
- 6:20 – aplikována infuze fyziologického roztoku 100 ml s 1 ampulí Syntophylinu dle ordinace lékaře. Infuze kapala 30 minut. Bez nežádoucích reakcí. Nutný dohled nad pacientem – riziko vytržení kanyly – všeobecná sestra.
- 6:25 – aplikován Furosemid 40 mg i.v. dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- 6:30 – zaveden PMK, č. 20. Katetr odvádí moč hnědé barvy, proveden záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra.

- 6:40 – zavedena bilance tekutin, diuréza/24 hodin – sestra u lůžka.
- 6:50 – pacient udává pocitově zlepšení dušnosti, nadále psychomotorický neklid – sestra u lůžka.
- 7:30 – podána diuretika, mukolytika per os dle ordinace lékaře, pacient spolupracuje, léky spolkl – sestra u lůžka.
- 9:00 – kontrola pacienta, kontrola účinnosti diuretické léčby, pacient vymočil 800 ml od podání diuretik, lékař informován, přetrvává klidová dušnost – sestra u lůžka.
- 10:00 – kontrola saturace, nyní hodnota 93 %, hodnota zapsána do zdravotnické dokumentace. Pacient pospává ve Fowlerově poloze – sestra u lůžka.
- 10:10 – oxygenoterapie snížena dle ordinace lékaře na rychlost 2 l/min., sestra u lůžka.
- 11:05 – pacient odvezen na RTG vyšetření srdce a plic. Při návratu neklidný, vykřikuje. Volá manželku. Dezorientovaný místem. Pacient uložen zpátky na lůžko, po 10 minutách se zklidňuje, lékař informován – sestra u lůžka.
- 12:30 – podána diuretika, mukolytika perorálně dle ordinace lékaře. Pacient neklidný, léky spolkl, cítí se unavený, kašel přetrvává, vykašlává serózní hlen – sestra u lůžka.
- 14:00 – kontrola fyziologických funkcí (TK 115/70 torr, P 91/min., DF 20/min., TT 36,9 °C), hodnoty zaznamenány do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 14:00 – kontrola saturace, hodnota 94 %, zapsána do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 15:00 - návštěva manželky. Manželka, pacient edukování o restrikci tekutin, manželka rozumí, u pacienta je nutné opakovat edukaci – sestra u lůžka.
- 16:30 – pacient nyní klidný, spolupracuje, pouze dezorientovaný časem. Edukován spolu s manželkou o metodách usnadňujících dýchání. Manželka rozumí, u pacienta nutné opakovat – sestra u lůžka.
- 17:30 – podány večerní léky, mukolytikum. Pacient spolkl lék, udává zlepšené vykašlávání, nadále serózní hlen – sestra u lůžka.

- 17:45 – pacient spí, dýchání s bronchitickými fenomény, vlhký kašel přetrvává – sestra u lůžka.
- 18:00 – podána infuze fyziologického roztoku 100 ml s 1 ampulí Syntophylinu. Infuze kape 30 minut. Bez nežádoucí reakce – všeobecná sestra.
- 18:00 – kontrola saturace, hodnota 92 %, záznam proveden do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.

Realizace 11. 1. – 12. 1. 2018

- 18:15 – kontrola pacienta po převzetí služby. Pacient ve Fowlerově poloze, bradypsychický, apatický, odpovídá na otázky jednoslovně, dezorientovaný časem. Objektivně klidová dušnost, subjektivně se dýchá lépe. Kašel přetrvává, vlhký. Bolesti neudává – sestra u lůžka.
- 20:10 – příprava pacienta na noční spánek. Pokoj vyvětrán, provedena večerní hygiena s dopomocí sestry. Pacient chce spát vsedě – sestra u lůžka.
- 22:00 – kontrola fyziologických funkcí (TK 120/75 torr., P 88/min., DF 19/min., TT 36,8 °C, SpO₂ 96 %). Hodnoty zaznamenány do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka. Dle ordinace lékaře pacient již bez kyslíkové podpory.
- 24:00 – pacient nespí, neklidný, vykřikuje. Nechce být na pokoji sám. Volá manželku. Zklidňuje se v přítomnosti sestry. Pokoj opět vyvětrán, ponecháno noční světlo. Opětovná edukace o možnosti přivolání sestry kdykoliv signalizačním zařízením. Pacient rozumí. Nechány otevřené dveře od pokoje na přání pacienta. Proveden záznam do zdravotnické dokumentace, lékař informován – sestra u lůžka.
- 3:00 – kontrola pacienta, nyní usíná, bez objektivní dušnosti – sestra u lůžka.
- 6:00 – provedena bilance tekutin (příjem 1 000 ml, výdej 3 450 ml), kontrola fyziologických funkcí (TK 105/70 torr., P 92/min., DF 20/min., TT 36,4 °C), kontrola SpO₂ 96 %, objektivně klidný, bez dušnosti, kašel, mírná rýma. Subjektivně – jak se cítí, nechce odpovídat, chce spát. Proveden záznam hodnot do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 6:00 – předány informace o pacientovi denní službě – sestra u lůžka.

Hodnocení 16. 1. 2018 (7. den hospitalizace)

Pacient přijat s dekompenzovanou jaterní cirhózou, zhoršující se dušností z důvodu nárůstu volné tekutiny v dutině břišní, otoky obou DKK. K dekompenzaci se nyní přidal akutní zánět průdušek, vlhký kašel. Dle ordinace lékaře nasazeny bronchodilatancia, mukolytika, diuretická léčba, oxygenoterapie. Pacient uložen do Fowlerovy polohy. Edukován o metodách usnadňujících dýchání. Částečně porozuměl. Pravidelně monitorovány fyziologické funkce, včetně saturace kyslíkem. Po aplikované léčbě se pacientovi subjektivně dýchá lépe již na konci 1. dne. Objektivně přetrvává mírná klidová dušnost. Po 7 dnech léčby je pacient již bez kašle, dušnost ustoupila. Saturace je nyní 96 %.

Cíl krátkodobý byl splněn.

Cíl dlouhodobý byl splněn.

AKUTNÍ ZMATENOST (00128)

Doména 5: Percepce/Kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období (NANDA, 2015, s. 225).

Určující znaky:

- Agitovanost;
- Alterace kognitivních funkcí;
- Alterace psychomotorických funkcí;
- Neschopnost iniciovat cílené chování;
- Neschopnost iniciovat účelové chování;
- Neklid.

Související faktory:

- Věk 60 a více;
- Alterace cyklu spánku/bdění.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: obnovení a udržení obvyklé orientace v realitě a úrovně vědomí do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: zachování zdraví a bezpečnosti – do 1 dne.

Očekávané výsledky:

Pacient má zajištěnou bezpečnost a ochranu zdraví – od 1. dne.

Pacient má poskytnutou maximální nezávislost při zachování jeho bezpečnosti – od 1. dne.

Pacient je klidný, spolupracuje. Zapojuje se do denních aktivit – do 3 dnů.

Pacient spí v noci nepřetržitě 6 hodin. Po spánku se cítí odpočatý – do 7 dnů.

Pacient chápe příčiny, které vedou ke zhoršování základního onemocnění – do 3 dnů.

Pacient zná a chápe prognózu své nemoci – do 7 dnů.

Pacient umí signalizací přivolat sestru – do 1 hodiny.

Pacient zná a chápe možné rizika pádu – do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' stav vědomí, orientaci místem, časem, osobou, spoluprací. Proved' záznam do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka – ihned a dále denně.
2. Vyhodnot' riziko pádu, edukuj pacienta a seznam ho se všemi bezpečnostními opatřeními, proved' záznam do zdravotnické dokumentace sestra u lůžka – do 1 hodiny.
3. Zajisti bezpečnost pacienta při všech léčebných a ošetrovatelských výkonech. Uprav prostředí kolem lůžka, dbej na suchou podlahu, dostatek osvětlení, dej zábrany kolem lůžka, zajisti klidný pokoj bez hluku, edukuj pacienta o možnosti přivolání sestry signalizačním zařízením, sestra u lůžka – do 1 hodiny.
4. Sleduj spánek, posud' jeho průměrnou délku, kvalitu. Zjisti rizikové faktory způsobující poruchy spánku. Proved' záznam do zdravotnické dokumentace, sestra u lůžka – denně.
5. Zabezpeč zvýšený dohled nad pacientem, sestra, ošetrovatelka – ihned.
6. Monitoruj stav vědomí, orientaci, spoluprací pacienta, sestra u lůžka – denně.

7. Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj efektivnost, sestra u lůžka – denně.
8. Sleduj laboratorní výsledky pacienta, sestra u lůžka – průběžně.
9. Zapoj rodinné příslušníky do péče o pacienta, sestra u lůžka – do 1 dne.

Realizace 10. 1. 2018

- 6:00 – předání pacienta sestrou z noční služby.
- 6:10 – kontrola pacienta. Pacient neklidný, dezorientovaný místem, časem. Spolupráce částečná. Negativistický. Vykřikuje. Chce domů. Zajištěna prevence pádu. Zvýšeny postranice. Edukace o možnosti přivolání sestry signalizačním zařízením. Pacient porozuměl. Edukace o riziku pádu, nutné opakovat – sestra u lůžka.
- 6:50 – příchod manželky. Pacient se zklidňuje. Manželka zůstává na pokoji. Vysvětluje manželovi, kde je. Mluví na něj.
- 7:30 – podány ranní léky, pacient léky spolkl – sestra u lůžka.
- 9:20 – aplikována infuze Nutramin VLI 500 ml i. v. Infuze kapala 6 hodin. Infuze vykapala bez nežádoucích reakcí – všeobecná sestra.
- 12:30 – podány polední léky, pacient léky spolkl – sestra u lůžka.
- 13:00 – oběd, pacient nyní klidnější, částečná spolupráce. Soběstačnost při jídle s dopomocí. Zavedena monitorace stravy – sestra u lůžka.
- 14:00 – kontrola pacienta, při vědomí, bradypsychický, dezorientovaný místem, časem, odpovídá jednoslovně, řeč chudá obsahově, dožaduje se stálé pozornosti – sestra u lůžka.
- 15:00 – přichází manželka, nese mu polévku. Nyní je klidný.
- 17:30 – podány večerní léky, pacient spolupracuje, léky spolkl – sestra u lůžka.
- 18:00 – předání pacienta sestře na noční službě – sestra u lůžka.

Realizace 11. 1. – 12. 1. 2018

- 18:00 – předány informace sestrou z denní služby – sestra u lůžka.
- 18:05 – kontrola pacienta sestrou, pacient na lůžku, klidný, apatický, dezorientovaný místem a časem. Odpovídá na otázky. Nyní nic nechce, bude jen tak ležet.

- 20:10 – příprava na noční spánek. Provedena večerní toaleta s dopomocí sestry, namasírovaná záda, lůžko ustláno, pacient převlečen do čistého pyžama. Pokoj vyvětrán, veškeré pomůcky a signalizační zařízení v dosahu pacienta. Pacient edukován opakovaně o použití signalizace a riziku pádu, nevstávat sám bez pomoci. Pacient porozuměl – sestra u lůžka.
- 21:00 – podány noční léky. Pacient léky spolkl – sestra u lůžka.
- 22:00 – kontrola pacienta. Pacient neklidný, nespí. Vylil konvici s čajem do lůžka. Lůžko převlečeno. Pacient uložen do suchého lůžka – sestra u lůžka.
- 24:00 – pacient neklidný, dezorientovaný, křičí. Na pokoji je sám, nebudí tedy ostatní pacienty. Sděluje, že se bojí. Po domluvě s pacientem po jeho uklidnění je ponecháno světlo na pokoji a otevřené dveře na chodbu oddělení. Signalizační zařízení má nemocný u sebe, v lůžku. Potichu má puštěné rádio s relaxační hudbou. Poloha lůžka je upravena dle přání pacienta. Žáda pacienta namasírovány olejem na zklidnění. Proveden záznam do dokumentace, lékař informován – sestra u lůžka.
- 3:00 – pacient nyní usíná – sestra u lůžka.
- 6:00 – kontrola pacienta, klidný, chce spát. Na otázky neodpovídá. Předání pacienta denní službě – sestra u lůžka.

Hodnocení 16. 1. 2018 (7. den hospitalizace)

Pacient má zajištěnou bezpečnost a ochranu zdraví.

Pacient bez pádu.

Cíl krátkodobý byl splněn.

Pacient má zlepšenou orientaci v místě, čase. Přetrvávají stavy zmatenosti především v nočních hodinách.

Pacient spolupracuje pouze částečně, dle aktuálního psychického stavu.

Pacient nespí 6 hodin nepřetržitě.

Pacient ví, jak přivolat sestru signalizačním zařízením.

Pacient zná možná rizika pádu.

Pacient zná prognózu své nemoci. Zná důvody, které vedou ke zhoršování nemoci.

Dlouhodobý cíl splněn částečně.

Pokračující intervence: 1., 2., 4., 5., 6., 7., 8., 9.

U pacienta nadále pokračovat v zavedené medikaci, infuzní nutriční podpoře, sledovat a vyhodnocovat stav vědomí, orientaci. Kontrolovat laboratorní výsledky – hladinu amoniaku v séru. Sledovat účinnost zavedené terapie. Opakovaně edukovat o rizicích pádu. Zlepšovat kvalitu a délku spánku. Zkusit nefarmakologické metody na zlepšení spánku. Vytvořit pocit bezpečí. Spolupráce s rodinou. Podpora a povzbuzení pacienta.

RIZIKO KRVÁCENÍ (00206)

Doména 11: Bezpečnost a ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchyllost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví (NANDA, 2015, s. 348).

Rizikové faktory:

- Gastrointestinální poruchy – jícnové varixy;
- Zhoršená funkce jater – jaterní cirhóza;
- Koagulopatie, trombocytopenie.

Cíl dlouhodobý: Pacient zná příčinu poruchy krevní srážlivosti, zná příznaky, ví, jak se zachovat při příznacích krvácení – do propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: U pacienta nedošlo k projevům zvýšeného krvácení do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient má optimální rovnováhu tekutin od 1. dne.

Pacient má stabilní fyziologické funkce do 4 dnů.

Pacient má fyziologický turgor kůže od 1. dne.

Pacient má zlepšené laboratorní výsledky srážlivosti krve do 14 dnů.

Pacient zná možné objektivní i subjektivní příznaky poruchy krevní srážlivosti do 4 dnů.

Pacient dodržuje léčebný režim, užívá pravidelně léky do 7 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Sleduj subjektivní a objektivní příznaky poruchy krevní srážlivosti, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, denně.
2. Sleduj fyziologické funkce pacienta, turgor kůže, barvu kůže, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, denně.
3. Sleduj laboratorní výsledky koagulačních vyšetření, krevního obrazu – sestra u lůžka, průběžně.
4. Dbej a kontroluj užívání léků, sleduj efektivnost, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, denně.
5. Sleduj výsledky zobrazovacích vyšetření – ultrazvukové, endoskopické, CT vyšetření – sestra u lůžka, průběžně.
6. Edukuj pacienta, manželku o příznacích provázejících poruchu krevní srážlivosti – sestra u lůžka, do 4 dnů, opakovaně.
7. Edukuj pacienta, manželku, jak se zachovat při výskytu krvácení – sestra u lůžka do 4 dnů, opakovaně.
8. Edukuj pacienta, manželku o nutnosti pravidelně užívat léky – sestra u lůžka do 4 dnů, opakovaně.

Realizace 10. 1. 2018

- 6:00 – převzetí pacienta sestrou z noční služby – sestra u lůžka.
- 6:15 – kontrola pacienta. Kůže objektivně bez hematomů. Černá stolice dle slov pacienta nebyla. Nezvracel krev. Moč bez přítomnosti krve – sestra u lůžka.
- 7:00 – kontrola laboratorních výsledků. Dle ordinace lékaře navýšen Kanavit kapky – 10 kapek třikrát denně.
- 7:30 – podán Kanavit kapky 10 kapek. Pacient spolupracuje, lék spolkl – sestra u lůžka.
- 10:00 – kontrola pacienta, PMK odvádí moč bez přítomnosti krve – sestra u lůžka.
- 12:30 – podány Kanavit kapky, pacient léky spolkl – sestra u lůžka.
- 16:00 – edukace pacienta a manželky o známkách provázejících poruchu krevní srážlivosti. Pacient rozumí částečně. Nutné edukaci opakovat.

Manželka rozumí, ví co dělat při známkách akutního krvácení z jícnových varixů. Proveden záznam – sestra u lůžka.

- 17:30 – podány večerní léky, pacient spolupracuje, léky spolkl – sestra u lůžka.
- 17:40 – kontrola pacienta. Moč bez hematurie, stolice dnes nebyla, kůže bez hematomů, hematéméza nebyla, proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 18:00 – předány informace o pacientovi sestře na noční službě – sestra u lůžka.

Realizace 11. 1. – 12. 1. 2018

- 18:00 – převzetí pacienta sestrou z denní služby – sestra u lůžka.
- 18:10 – kontrola pacienta. Bez objektivních i subjektivních příznaků krvácení – sestra u lůžka.
- 22:00 – kontrola fyziologických funkcí, proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 5:30 – kontrola pacienta. Bez subjektivních a objektivních známek krvácení – sestra u lůžka.
- 6:00 – předání pacienta sestře na denní službě – sestra u lůžka.

Hodnocení 16. 1. 2018 (7. den hospitalizace)

Krátkodobý cíl splněn. U pacienta nedošlo ke zvýšenému krvácení.

Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. Pacient edukován o příznacích krvácení. Vzhledem k psychickým stavům zmatenosti je edukaci nutné opakovat. Manželka zná projevy a ví, jak postupovat při krvácení.

Pokračující intervence: 6., 7., 8.

Nadále opakovaně pokračovat v edukaci pacienta o projevech krvácení, dodržování léčebného režimu, co dělat při známkách akutního krvácení. Sledovat objektivní i subjektivní příznaky krvácení.

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu (NANDA, 2015, s. 140).

Určující znaky:

- Bolesti břicha;
- Změněná chuť;
- Průjem;
- Odpor k jídlu;
- Příjem potravy je menší, než je doporučená denní dávka;
- Nezájem o jídlo;
- Dezorientace.

Související faktory:

Neschopnost vstřebat živiny

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Zlepšení dyspeptických obtíží u pacienta do 10 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient sní alespoň ½ porce každého jídla do 4 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient udává zlepšení chuti k jídlu, nemá nevolnosti, nezvrací do 10 dnů.

Pacient nemá bolesti břicha do 7 dnů.

Pacient má zlepšené laboratorní výsledky – celková bílkovina, albumin, železo, jaterní testy do 14 dnů.

Pacient má zmenšené otoky DKK do 7 dnů.

Pacient má zmenšený obvod břicha z důvodu ascitu do 10 dnů.

Pacient zná a používá speciální nutriční přípravky, které nahrazují stravu při nechutenství do 7 dnů.

Pacient ví o nutnosti jíst častěji po malých porcích. Ví, kterým potravinám je nutné se vyhnout do 7 dnů.

Pacient dodržuje léčebný dietní a pitný režim do 7 dnů.

Pacient zná a chápe důvod dyspeptických obtíží 7 dnů.

Intervence:

1. Zhodnot' stav výživy, proved' záznam do zdravotnické dokumentace, oznam výsledky lékaři – sestra u lůžka, do 2 hodin.
2. Zaved' bilanci tekutin, monitoraci stravy, denně zaznamenávej množství přijaté stravy, tekutin, diurézu – sestra u lůžka, do 1 hodiny.
3. Sleduj laboratorní výsledky, které ukazují na stav výživy – celková bílkovina, albumin, KO – sestra u lůžka, průběžně.
4. Zajisti konzultaci nutričním terapeutem – sestra u lůžka, do 3 dnů.
5. Sleduj objektivní a subjektivní projevy dyspeptických potíží, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, denně.
6. Denně měř obvod břicha, lýtek DKK, denně važ pacienta, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, denně.
7. Aplikuj parenterální výživu dle ordinace lékaře, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, denně.
8. Zajisti pacientovi klidné prostředí k jídlu. Dbej na kulturu stolování – sestra u lůžka, ošetřovatelka, denně.
9. Edukuj pacienta, manželku o přípravcích enterální výživy. Vyzkoušej, které pacientovi chutnají, jak je toleruje, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka do 3 dnů.
10. Edukuj pacienta o jaterní dietě, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka, do 7 dnů.
11. Edukuj pacienta o příčině dyspeptických obtíží, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka do 3 dnů.

Realizace dne 10. 1. 2018

- 7:00 – vyhodnocení nutričního screeningu, pacient zvážen, změřen, obvod paže, břicha, lýtek DKK, hodnoty zapsány do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.

- 7:30 – zavedena monitorace stravy, bilance tekutin, diuréza. Pacient má předepsanou dietu diabetickou s omezením tuků a soli, formy – mletá. Omezené tekutiny na 1 000 ml denně. Snídani pacient odmítl jíst, udává nevolnost, nechutenství. Vypil pouze 250 ml čaje, proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 9:20 – podaná parenterální výživa – Nutramin VLI dle ordinace lékaře. Infuze kapala 6 hodin, bez nežádoucích reakcí. Kontrola pacienta a edukace o nutnosti dávat pozor na žilní vstup, možnost vytržení. Pacient rozumí částečně. Nutný zvýšený dohled sestrou, denně.
- 13:00 – oběd. Pacient je na pokoji sám, posazen pouze na lůžku, jídlo přichystáno na noční stolek. Pacient jí samostatně, snědl ¼ porce, vypil 200 ml čaje. Udává nevolnosti, pocit na zvracení. Po jídle pocit těžkosti. Je klidově dušný. Tlačí ho břicho. Proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 15:00 – přichází manželka, nese polévku. Pacient snědl 200 ml polévky. Proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 15:20 – manželka, pacient edukování o přípravcích speciální výživy – Nutridrink. Pacient, manželka rozumí, proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.
- 17:00 – večeře, pacient nechce jíst, zkusil tedy popíjet vychlazený Nutridrink brčkem. Chutná mu, popíjí si samostatně.
- 17:45 – pacient klidný, nezvracel, vypil 800 ml/12 hod. tekutin, snědl pouze ¼ obědu, večer vypil 200 ml Nutridrinku. Vymočil 1 900 ml/12 hod., proveden záznam do zdravotnické dokumentace – sestra u lůžka.

Realizace 11. 1. – 12. 1. 2018

- 18:00 kontrola pacienta. Pacient lehce neklidný, klidová dušnost, nezvracel, nauzeu neudává – sestra u lůžka.
- 19:00 – tekutiny popíjí pacient samostatně.

- 5:30 – provedena bilance tekutin, tekutiny – 1 000 ml/24 hodin, diuréza 2 700 ml/24 hodin, monitorace stravy – snídaně ½ porce, oběd ½ porce, Nutridrink 200 ml, večeře ½ porce, proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Ráno pacient klidný, spí, nevolnost, nauzea v noci nebyla – sestra u lůžka.

Hodnocení 16. 1. 2018 (7. den hospitalizace)

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient sní ½ porce každého jídla.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient udává zlepšení dyspeptických obtíží, zlepšenou chuť k jídlu.

6.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DNE 16. 1. 2018 (7. DEN HOSPITALIZACE)

Pacient X. Y. byl přijat na interní oddělení dne 10. 1. 2018 pro náhlé celkové zhoršení stavu při jaterním onemocnění, dušnost, kašel s expektorací, progredující dezorientaci, neklid, agresí, zhoršující se otoky DKK, narůstající ascites. Pacient je v domácí péči manželky, která se o něj stará celodenně, nyní již péči nezvládá. Při příjmu pacient při vědomí, neklidný, dezorientovaný časem, místem. Spolupráce částečná. Udává pocit dušnosti, je nachlazený, kašle, pozoruje narůstající břicho. Soběstačný s dopomocí. Chůze s dopomocí po pokoji. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů bylo v den příjmu stanoveno 24 ošetrovatelských diagnóz, které byly seřazeny dle závažnosti podle potřeb pacienta. Z ošetrovatelských diagnóz byly vybrány čtyři, které jsou detailně rozpracované. U vybraných diagnóz byly stanoveny dlouhodobé a krátkodobé cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Podle ošetrovatelských intervencí byla realizovaná individuální ošetrovatelská péče. Zhodnocení ošetrovatelské péče proběhlo 7. den po stanovení ošetrovatelských cílů.

Pacient udával pocit zhoršeného dýchání. Dušnost byla způsobena zánětem průdušek a narůstajícím ascitem. Po zavedení diuretické, inhalační, farmakologické a rehabilitační léčby se stav upravuje. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient již na konci 1. dne udával zlepšené dýchání. Po 7 dnech léčby je již pacient bez kašle, bez dušnosti. Dlouhodobý cíl byl splněn.

U pacienta byla stanovená v den příjmu ošetřovatelská diagnóza akutní zmatenost. Pacient dezorientovaný místem a časem, neklidný, nespolupracující. Tyto projevy jsou způsobené jaterním onemocněním. Pacientovi bylo zajištěné bezpečné prostředí a zvýšený dohled personálem. Nedošlo k ohrožení zdraví ani k pádu pacienta. Krátkodobý cíl byl splněn. Po uplynutí 7 dnů se stav pacienta zlepšil. Přes den pacient klidný, orientovaný. Nadále však přetrvávají stavy dezorientace, neklidu v noci. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. Nutné pokračovat ve stanovených intervencích.

Z důvodu onemocnění jater má pacient poruchu krevní srážlivosti. Také jsou u nemocného přítomné jícnové varixy. Během hospitalizace nedošlo k projevům zvýšeného krvácení. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient a manželka byli edukováni o projevech, které mohou provázet poruchu krevní srážlivosti. Byli řádně edukováni, jak se zachovat, při příznacích krvácení. Manželka plně rozumí, pacienta je nutné edukovat opakovaně. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. Je potřeba pokračovat ve stanovených intervencích.

Pacienta trápilo nechutenství, nevolnosti, potíže s trávením. Tyto projevy jsou způsobené základním onemocněním. Po zavedené farmakologické, diuretické léčbě, nutriční podpoře, úpravě jídelníčku sní pacient alespoň ½ porce každého jídla. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient po 7 dnech udává zlepšenou chuť k jídlu, mírní se nevolnosti. Dlouhodobý cíl byl splněn.

Mobilita se u pacienta za 7 dní zlepšila, chodí samostatně stabilně po pokoji s francouzskými berlemi. Kontinentní přes den, na noc používá pleny. Drobný defekt na pravém lýtku téměř zhojen. Manželka zvažuje možnost následné dlouhodobé péče. Prognóza onemocnění je nepříznivá, pacient i manželka jsou o závažnosti plně informováni.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vliv alkoholu na játra byl známý již ve starém Řecku a Indii. Udává se, že jaterní cirhotické poškození vznikne u jedinců, kteří konzumují 180–200 gramů alkoholu denně po dobu 25 let. U žen jsou tyto hodnoty až o ½ nižší (EHRMANN, HŮLEK, 2014).

Mezi nejvýznamnější faktory v otázce alkoholové jaterní cirhózy je její prevence. Měla by začít již v období dětství a dospívání. Je potřebné vhodně edukovat dnešní dospívající generaci o škodlivosti alkoholu a jeho následcích, a to nejlépe v podobě osobního setkání s osobou vyléčenou ze závislosti na alkoholu či krátkého výstižného filmu apod. Forma a obsah musí zaujmout a být výstrahou. Problém s alkoholem může často vznikat v dysfunkčních rodinách, u dětí, jejichž rodiče sami nadměrně konzumují alkohol, u dětí, které mají problémy se školou, s chováním nebo mají emoční a psychosomatické potíže. Pokud takový jedinec nemá vhodnou podporu a nenajde pomoc u rodičů, přátel, pokud v rodině chybí komunikace a neřeší se společně problémy, často volí jako nejjednodušší řešení svých starostí útěk k alkoholu. V počáteční fázi mu návyková látka přináší iluzi štěstí a spokojenosti. Později začne převládat nutkání konzumovat alkohol nadměrně a za všech okolností. Zdánlivá svoboda se mění v naprostou závislost.

Fungující rodina představuje významnou prevenci v boji proti alkoholismu, a to nejen u dětí a dospívajících.

U jedince, kde již závislost na alkoholu vznikla, je nejdůležitější si problém uvědomit a přiznat, zjistit příčinu útěku k alkoholu, změnit myšlení, postoj a mít vůli s touto nemocí bojovat. Většinou je potřeba ústavní protialkoholní léčba, která by měla trvat minimálně 3 měsíce. Následovat by měla dlouhodobá ambulantní léčba. Prospěšné jsou pravidelné návštěvy ve sdružení Anonymních alkoholiků a podobné, rodinná a skupinová terapie, terapeutické komunity. Zde si jedinci můžou sdělovat své zkušenosti z boje za uzdravení z alkoholismu. Nabízejí cenné rady a pomoc, povzbuzení či prostě naslouchání druhým. Ve sdruženích jsou lidé, kteří nad alkoholem vyhráli. A právě osobní příběhy těchto lidí jsou velmi významnou motivací. Neméně důležitá je funkční rodina, která jedince podporuje a motivuje při jeho léčbě ze závislosti na alkoholu, společně řeší problémy a otevřeně spolu komunikuje.

Doporučení pro sestry

- Edukace nemocného o vlivu alkoholu na zdraví ve formě brožurek, letáků, rozhovoru.
- Edukace nemocného o možnostech návštěvy v různých neprofesionálních neziskových sdruženích zaměřujících se na podporu léčby alkoholismu (Anonymní alkoholici).
- Informace o možnostech ústavního, ambulantního protialkoholního léčení.
- Informace o možnostech rodinné a skupinové, individuální psychoterapie.
- Motivovat pacienta k léčbě.
- Zapojit rodinu, přátele do řešení problému alkoholové závislosti.
- Informace o možnosti návštěvy psychologa, psychiatra.
- Edukace pacienta s cirhotickým postižením o důležitosti dietních a režimových opatřeních.
- Vzdělávat se v dané problematice onemocnění.

Doporučení pro rodinu

- Snažit se být funkční rodina.
- Hovořit o vzniklých problémech, společně je v rodině řešit.
- V rodině se snažit navodit pocit důvěry, bezpečí, lásky a jistoty.
- V případě problémů u dospívajících i dospělých vyhledat pomoc psychologa, psychiatra, rodinného terapeuta.
- Všímat si u dospívajících odlišného chování, uzavírání se do sebe, výběru přátel a podobně.
- Vhodně poučit dospívající o škodlivosti alkoholu (beseda, film).
- V případě náhle vzniklého problému se obrátit na anonymní linku důvěry pro alkoholiky a jejich rodiny.

Doporučení pro pacienty

- Přiznat si problém s alkoholem.
- Mít vůli a motivaci řešit problém.
- Přečíst si knihu od Karla Nešpora – Jak překonat problémy s alkoholem.
- Navštívit webové stránky – alkoholik.cz.
- Řešit primární problémy (vedoucí k závislosti), pokusit se o nich mluvit. Vyhledat odbornou pomoc psychologa, psychiatra.
- Zkusit návštěvu neprofesionálního sdružení bojujícího proti alkoholu.
- Navštívit profesionální společnosti prevence a léčby závislosti (A Kluby Brno).
- Dodržovat dietní a režimová opatření.
- Chodit na pravidelné kontroly.
- Aktivně prohlubovat své znalosti o nemoci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována komplexní ošetrovatelské péči o pacienta s dekompenzovanou alkoholovou jaterní cirhózou.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část srozumitelně a souhrnně definuje jaterní cirhózu. Pozornost je věnována epidemiologii, příčinám, klasifikaci, vyšetřovacím metodám, klinickému obrazu, možnostem konzervativní, chirurgické léčby a komplikacím, které často provází danou chorobu. Zdůrazněna je prevence u jaterní cirhózy na podkladě konzumace alkoholu. Každá závislost je unikem z reality. Útěkem od problémů, které není jedinec schopen sám vyřešit. Pokud včas nezačne problémy řešit, stane se závislým. Dlouhodobá konzumace návykové látky pak může být příčinou vzniku jaterní cirhózy, která se vyvine až 7krát častěji.

V závěru teoretické části jsou uceleně shrnuta specifika ošetrovatelské péče u cirhotického onemocnění.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta trpícího jaterní cirhózou, která vznikla dlouhodobou konzumací alkoholu. Na podkladě uceleného sběru informací o nemocném byly vytýčené aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy uspořádané dle priorit. Byl vypracován individuální ošetrovatelský plán intervencí, krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky. Následuje popis realizace stanovených ošetrovatelských intervencí a konečné zhodnocení určených cílů. Krátkodobé cíle byly splněny všechny, 2 cíle dlouhodobé pouze částečně. Zde je nutné pokračovat v určených intervencích. V závěru práce je uvedeno celkové zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení pro praxi.

Cíle bakalářské práce stanovené v úvodu byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARIAS, Irwin M. a Harvey J ALTER, 2009. *The liver: biology and pathobiology*. 5th ed. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley. ISBN 978-0-470-72313-5.
- BOUČKOVÁ, Zuzana, 2012. *Cirhóza jater* [online]. Chomutov: Medixa s. r. o. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/cirhoza-jater>
- BRYCHTOVÁ, Světlana a Alice HLOBILKOVÁ, 2008. *Histopatologický atlas*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1650-3.
- BURT, Alastair D., Linda D. FERRELL and Stefan HÜBSCHER, 2018. *MacSween's pathology of the liver*. Seventh edition. Philadelphia, PA: Elsevier. ISBN 978-0-7020-6697-9.
- DASTYCH, Milan, Michal ŠENKYŘÍK a Libuše HUSOVÁ, 2008. Malnutrice u jaterní cirhózy-patogeneze vzniku, klinický dopad a možnost ovlivnění. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, **62**(3), 166–173. ISSN 1213-323X.
- DRÁBEK, Jiří, Michal PROČKE a Jan ŠTOVÍČEK, 2012. *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1971-2.
- EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK, 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5510-6.
- EHRMANN, Jiří jr. a Petr SCHNEIDERKA, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1048-X.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.
- HOLUBOVÁ, Adéla a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN, 2014. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3299-5.
- CHÚPKOVÁ, Lenka, 2011. Komplexní péče o pacienta s jaterní encefalopatií. In: *Zdraví.euro.cz – zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komplexni-pece-o-pacienta-s-jaterni-encefalopatii-459785>
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

- KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.
- KLENER, Pavel a kolektiv, 2012. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262857-5.
- KLENER, Pavel a kolektiv, 2009. 3. přeprac. vyd. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-643-4.
- LATA, Jan a kolektiv, 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3728-7.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
- LUKÁŠ, Karel, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.
- NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5.
- ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠPIČÁK, Julius, 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0318-8.
- ŠPIČÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.
- ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
- VOKURKA MARTIN a Jan HUGO, 2016. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Funkční hodnocení jaterní cirhózy podle Childa a Puga.....	I
Příloha B Vývoj spotřeby alkoholu v České republice (údaje v litrech)	II
Příloha C Klasifikace konzumace alkoholu	III
Příloha D Rešeršní protokol.....	IV
Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V

PŘÍLOHY

Příloha A Funkční hodnocení jaterní cirhózy podle Childa a Puga

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

Funkční třídy: třída A: 5–6 bodů, třída B: 7–9 bodů, třída C: 10–15 bodů.

Zdroj: EHRMANN, HŮLEK, 2014, s. 538

Příloha B Vývoj spotřeby alkoholu v České republice (údaje v litrech)

Rok	Alkoholické nápoje celkem	V hodnotě čistého lihu	Lihoviny	V hodnotě čistého lihu	Víno	V hodnotě čistého lihu	Pivo	V hodnotě čistého lihu
1989	218,2	10,5	8,1	3,2	17,3	2,0	192,9	5,2
1990	224,8	11,3	9,1	3,7	18,8	2,2	196,9	5,5
1995	220,7	11,5	9,7	3,9	18,9	2,2	192,1	5,4
2000	220,0	11,8	9,9	3,9	19,2	2,4	190,8	5,5
2005	220,4	12,0	9,1	3,6	19,7	2,2	191,6	6,1
2006	215,3	11,9	9,3	3,7	20,1	2,3	185,8	5,8
2007	216,6	12,1	9,6	3,8	21,6	2,4	185,5	5,8
2008	213,4	12,1	9,4	3,8	21,5	2,5	182,4	6,0
2009	207,0	12,1	9,5	3,8	21,8	2,5	175,7	5,8
2010	199,7	11,5	8,2	3,3	22,7	2,6	168,8	5,6

Zdroj: EHRMANN, HŮLEK, 2014, s. 317

Příloha C Klasifikace konzumace alkoholu

abstinent	nepije alkohol
lehký konzument alkoholu	méně než dva drinky – 40 g etanolu denně (žena jeden drink – 20 g etanolu denně) 5 dní až 2 dny bez alkoholu v týdnu
rizikové pití – umírněné pití	dva drinky – 40 g etanolu denně (žena jeden drink – 20 g etanolu denně)
vysoce rizikové pití	více než 14 drinků týdně – 40–60 g etanolu denně (žena sedm drinků – 20 g etanolu týdně)

Zdroj: EHRMANN, HŮLEK, 2014, s. 318



Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou

Klíčová slova:

cirhóza jater, játra a alkohol, encefalopatie, jícnové varixy, ošetrovatelský proces
liver cirrhosis, liver, alcohol, encephalopathy, esophageal varices, nursing process

Rešerše č. 1/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 42 záznamů (kvalifikační práce – 5, monografie – 19, ostatní – 18)
Časové omezení:	2008 – současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	8. 1. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze kvalifikačních prací (www.thesis.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Discovery systém Summon (www.nlk.cz)

Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Kateřina Jahodová