

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S JATERNÍ CIRHÓZOU NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**HANA KUŽELOVÁ**

**Praha 2018**

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S JATERNÍ CIRHÓZOU NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

HANA KUŽELOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2018



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

KUŽELOVÁ Hana

3AVS

### Schválení tématu bakalářské práce

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

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou na standardním oddělení

*Comprehensive Nursing Care for Patients with Liver Cirrhosis at the Standard Unit*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za připomínky, poskytnutí odborných rad a ochotu během vedení této práce. Mé poděkování patří také mé rodině a blízkým, kteří mě neustále podporují ve studiu.

## ABSTRAKT

KUŽELOVÁ, Hana. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou na standardním oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2018. 76 s.

Tato bakalářská práce nese název *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou na standardním oddělení*. Bakalářská práce je rozdělena na první část teoretickou a na druhou část praktickou. V teoretické části se popisuje jaterní cirhóza, její příčiny, vyšetřovací metody, příznaky, léčba, komplikace jaterní cirhózy, standardní oddělení a role sestry. Jelikož v této uspěchané době se více vyskytuje jaterní cirhóza z důvodu abúzu alkoholu, proto je věnována této problematice větší pozornost. Praktická část bakalářské práce detailně popisuje kazuistiku pacientky s jaterním onemocněním, která je hospitalizována na standardním interním oddělení. Tato kazuistika je popsána za využití koncepčního modelu Marjory Gordon a je zpracována metodou 5 fází: zhodnocování, diagnostikou, plánováním, realizací a vyhodnocováním. Ke stanovení diagnóz jsou využity materiály z NANDA international taxonomie II. Dále je zpracováno využití pro praxi pro všeobecné sestry i pacienty.

Klíčová slova

Alkohol. Jaterní cirhóza. Ošetrovatelská péče. Pacient.

## ABSTRACT

KUŽELOVÁ, Hana. *Comprehensive Nursing Care for Patients with Liver Cirrhosis at the Standard Unit*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2018. 76 pages.

This bachelor's thesis is entitled Complex nursing care of the patient with hepatic cirrhosis at the standard unit. The paper is divided into two parts, theoretical and practical. Theoretical part is dedicated to the description of hepatic cirrhosis, its causes, examination methods, symptoms, treatment, hepatic cirrhosis complications, general ward and the role of a nurse. Since hepatic cirrhosis occurs in this busy time due to alcohol abuse more frequently, this paper focuses on this issue in more detail. Practical part provides a thorough case history of a patient with hepatic cirrhosis who is hospitalized in general internal ward. This case story is described by means of the conceptual pattern developed by Marjory Gordon and is elaborated by the method of five phases: appraisal, diagnosis, planning, realization and assessment. For the purpose of diagnosing are used materials from NANDA International Taxonomy II. Next part deals with the practical application in practice for both nurses and patients.

### Keywords

Hepatic cirrhosis. Alcohol. Nursing care. Patient.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 JATERNÍ CIRHÓZA.....	15
1.1 PŘÍČINY JATERNÍ CIRHÓZY .....	17
1.2 VYŠETŘOVACÍ METODY U JATERNÍ CIRHÓZY.....	18
1.3 PŘÍZNAKY JATERNÍ CIRHÓZY .....	19
1.4 LÉČBA JATERNÍ CIRHÓZY.....	20
1.5 KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY .....	23
2 ALKOHOL A JEHO DOPAD NA LIDSKÝ ORGANISMUS.....	28
2.1 ALKOHOLISMUS A ABÚZUS ALKOHOLU.....	30
2.2 TYPY POŠKOZENÍ JATER ALKOHOLEM.....	31
3 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U JATERNÍ CIRHÓZY, ROLE SESTRY .....	33
4 STANDARDNÍ ODDĚLENÍ .....	35
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S JATERNÍ CIRHÓZOU .....	36
5.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU DNE 9. 11. 2017.....	40



<b>5.2</b>	<b>UTŘÍDĚNÍ INFORMACE DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....</b>	<b>42</b>
<b>5.3</b>	<b>MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT .....</b>	<b>49</b>
<b>5.4</b>	<b>SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 9. 11. 2017 .....</b>	<b>51</b>
<b>5.5</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT A PRŮBĚHU PÉČE V RÁMCI HOSPITALIZACE U PACIENTKY S JATERNÍ CIRHÓZOU.....</b>	<b>52</b>
<b>5.6</b>	<b>ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>64</b>
<b>5.7</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>65</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>68</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace Childova- Pughova .....	15
Tabulka 2 Dotazník CAGE .....	30
Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou dne 9. 11. 2017 .....	40
Tabulka 4 Utřídění informací dle domén Nanda I Taxonomie II.....	42
Tabulka 5 Biochemické vyšetření krve 9. 11.....	49
Tabulka 6 Hemokoagulační vyšetření krve 9. 11.....	50
Tabulka 7 Hematologické vyšetření krve 9. 11.....	50
Tabulka 8 Medikamentózní léčba ze dne 9. 11.....	51

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ALT</b> .....	alaninaminotransferáza
<b>AST</b> .....	aspartátaminotransferáza
<b>Co2</b> .....	oxid uhličitý
<b>D</b> .....	dech
<b>EKG</b> .....	elektrokardiogram
<b>GIT</b> .....	gastrointestinální trakt
<b>ICHDK</b> .....	ischemická chodoba dolních končetin
<b>IgA</b> .....	imunoglobulin A
<b>IgG</b> .....	imunoglobulin G
<b>IgM</b> .....	imunoglobulin M
<b>JIP</b> .....	jednotka intenzivní péče
<b>MmHg</b> .....	milimetr rtuťového sloupce
<b>P</b> .....	pulz
<b>TK</b> .....	krevní tlak
<b>TT</b> .....	tělesná teplota (HUGO a kol., 2016)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Anémie**- chudokrevnost

**Ascites**- volná tekutina v břišní dutině

**Atrofie**- zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti

**Biopsie**- diagnostická metoda, odběr kousku tkáně ze živého organismu

**Caput medusae**- viditelné rozšíření podkožních žil vpupeční oblasti přední stěny břišní jako důsledek zhoršené průchodnosti hlubokých žil břišní dutiny

**Cyanóza**- zmodrání kůže a sliznic při nedostatečném okysličení krve

**Duodenum**- dvanáctník

**Dupuytrenova kontraktura**- onemocnění ruky, tvorba uzlů a kontrahujících pruhů v dlani a na prstech

**Ebrieta**- opilost

**Encefalopatie**- označení pro narušení mozkových funkcí, které je důsledkem selhávání jater

**Flatulence**- nadměrný odchod plynů

**Foetor hepaticus**- specifický zápach vydechaného vzduchu, který najdeme u jedinců se selháváním jater

**Gynekomastie**- označení pro zvětšení prsní žlázy u mužů

**Hepatitida**- žloutenka

**Hepatocyty**- jaterní buňka

**Hepatomegalie**- zvětšení jater

**Hepatopatie**- obecné označení pro jaterní chorobu

**Hypotenze**- nízký krevní tlak

**Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu

**Leukopenie**- pokles počtu leukocytů v periferní krvi pod fyziologickou mez

**Meteorismus**- nadměrné nahromadění plynu v trávicím traktu

**Mortalita**- úmrtnost

**Palmární erytém**- zarudnutí dlaní provázející některé nemoci

**Paracentéza**- propíchnutí dutého orgánu těla a vypuštění jeho obsahu

**Parenterální podání**- podání léku nitrožilně

**Pavoučkové névy**- drobné větvené cévky patrné na kůži

**Perorální podání**- podání léku ústy

**Petechie**- drobná tečkovitá krvácení do kůže tmavočervené barvy

**Retence**- zadržetí, zadržování

**Somnolence**- lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí

**Splenomegálie**- zvětšení sleziny

**Subfebrilie**- zvýšená tělesná teplota

**Symptom**- příznak

**Tachykardie**- zvýšená tepová frekvence

**Trombocytopenie**- snížené množství trombocytů (krevních destiček)

**Varixy**- křečové žíly

**Vazodilatace**- rozšíření cév (VOKURKA a HUGO, 2015), (KAŠÁKOVÁ a kol., 2015).

## ÚVOD

Téma této bakalářské práce jsme si vybrali, jelikož cirhóza jater se v České republice začíná velmi rozšiřovat a díky naší praxi, kde se vyskytovalo mnoho pacientů s tímto onemocněním. Naší snahou je upozornit své okolí na tuto negativní diagnózu. Věříme, že tato bakalářská práce bude přísunem informací pro pacienty se začínajícím stádiem jaterní cirhózy, nebo nelékařské pracovníky, kteří si chtějí prohloubit svoje znalosti.

V teoretické části se zabýváme popisem jaterní cirhózy, příčinami, příznaky, vyšetřovacími metodami, léčbou a možnými komplikacemi, standardním oddělením a rolí sestry.

V praktické části popisujeme stav pacientky s cirhózou jater, která je hospitalizována na interním oddělení. U pacientky jsme vytvořili kazuistiku za využití koncepčního modelu Marjory Gordon a zpracovali ji v 5 fázích- zhodnocování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocování.

Závěrem této práce jsme vytvořili využití pro praxi pro sestry a pacienty. Dále shrnujeme závažnost tohoto onemocnění. Především uvádíme, jak mohou pacienti vést plnohodnotný život s touto nemocí.

### **Také obsahuje:**

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1: Zmapovat problematiku jaterní cirhózy po stránce medicínské, ošetrovatelstské a psychosociální na základě rešeršní strategie**

**Cíl 2: Poukázat na škodlivé vlivy způsobené pravidelným požitím alkoholu v souvislosti s jaterní cirhózou**

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1: Detailně popsat kazuistiku u pacientky s jaterní cirhózou na standardním interním oddělení za využití koncepčního modelu Marjory Gordon a zpracovat ji v 5 fázích- zhodnocování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocování**

## **Cíl 2: Zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s jaterní cirhózou a vytvořit doporučení pro praxi**

### **Vstupní literatura**

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, 2010. *Hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací a článků, které jsme použili pro vypracování bakalářské práce s názvem *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou na standardním oddělení*, proběhlo v časovém období pro český jazyk září 2008 po současnost a anglický jazyk od roku 2013 také po současnost. Použili jsme klíčová slova: alkohol, jaterní cirhóza, ošetrovatelská péče, pacient. Materiály ke zpracování rešerše jsme zpracovali ve středisku vědeckých informací v Nemocnici Na Bulovce. Zdrojem databáze jsme měli Medvik. Tato databáze nám našla celkem 26 výsledků v českém jazyce a 48 záznamů v anglickém jazyce. Články v českém jazyce jsme využili téměř všechny. Kvalitních zdrojů v této problematice je velmi nízký počet. Použili jsme jeden článek z roku 2003, protože o této problematice je málo zdrojů a je nejlépe zpracovaný.

# 1 JATERNÍ CIRHÓZA

*Jaterní cirhóza je difuzní proces se zánětlivými a nekrotickými změnami s následnou fibrózou a tvorbou regeneračních uzlů narušujících fyziologické anatomické uspořádání jaterního parenchymu (LATA a kol., 2009, s. 774).*

Tato nemoc ohrožuje pacienta selháním jaterních funkcí i dalších různých komplikací, které máme spojené s jaterní hypertenzí (LATA a kol., 2009).

Toto onemocnění bohužel stále přibývá. Přibývá zejména u žen. Jaterní cirhóza postihuje spíše dospělé lidi v produktivním věku, proto je velkou ekonomickou zátěží. Lidé s cirhózou jater umírají asi o 10 let dříve, než je udáván celkový průměrný věk. Ženy s touto diagnózou umírají častěji. Brodanová uvádí ve své statistice, že nejvyšší úmrtnost je ve Francii, kde zemře až 35 lidí na 100 000 lidí, zatímco u nás 15 na 100 000 lidí (BRODANOVÁ, 2003).

Jaterní cirhóza se u nás nejčastěji vyskytuje alkoholová nebo vznikající u pacientů s metabolickým syndromem (NASH) (BUREŠ a kol., 2014). *Méně častá je v důsledku virových hepatid B a C, na podkladě autoimunní hepatitidy či primární biliární cirhózy (BUREŠ a kol., 2014, s. 484).*

U některých lidí nemůžeme etiologii rozpoznat, tomu říkáme kryptogenní jaterní cirhóza. Díky lepším diagnostickým metodám nám kryptogenní jaterní cirhózy ubývají (BUREŠ a kol., 2014). Klasifikace onemocnění záleží ve zjištění příčiny cirhózy, posouzení komplikací, zhodnocení funkčního stavu (BRŮHA, 2015a).

Tabulka 1 Klasifikace Childova- Pughova

Body	1	2	3
Ascites	není	lehký, reagující na diuretika	střední, velký, refrakterní
Encefalopatie	není	Stupeň I-II	Stupeň III-IV
Albumin	nad 35	27-35	pod 27
Bilirubin	pod 34	35-51	nad 51
INR	pod 1.7	1.7-2.3	nad 2.3
Pozn: Bilirubin u PBC	17-68	69-171	nad 171



Po sečtení bodů nám vyjde stupeň onemocnění jaterní cirhózy:

Child A 5-6 bodů

Child B 7-9 bodů

Child C 10-15 bodů

### **Klasifikace jaterní cirhózy dle HORÁKA a EHRMANNNA**

- a) Jaterní cirhóza latentní- pacienti jsou asymptomatictí, mají hepatomegalii a většinou normální objektivní nález. Toto stádium může trvat roky.
- b) Jaterní cirhóza manifestní- je symptomatická, ale kompenzovaná.
- c) Jaterní cirhóza dekompenzovaná- příčina dekompenzace jsou komplikace jaterní cirhózy. Játra bývají malá. Pacient má tzv. Chvostkův habitus. Znamená to, že má pacient velké břicho, z důvodu ascitu a malé končetiny z důvodu ztráty svalové hmoty (HORÁK a EHRMANN, 2014).

### **Klasifikace jaterní cirhózy dle MAREČKA**

- a) etiologická
- b) morfologická- je založena na velikosti jater, struktuře jaterní tkáně a aktivitě procesu
- c) patogenetická
- d) klinická- rozdělujeme na latentní a manifestní (MAREČEK, 2008)

- a) Latentní jaterní cirhóza- je asymptomatická, diagnostikujeme ji na základě laboratorních testů, zobrazovacích metod nebo histologického vyšetření. Tvoří asi 15- 20% všech jaterních cirhóz.
- b) Manifestní jaterní cirhóza- pacient má subjektivní obtíže s klinickým nálezem (MAREČEK, 2008).

Dále ji dělíme na kompenzovanou, dekompenzovanou fázi a také na aktivní a inaktivní onemocnění jater (MAREČEK, 2008).

### **Klasifikace jaterní cirhózy dle BRŮHY**

Tuto klasifikaci máme založenou na velikosti uzlů v jaterním parenchymu

- a) Mikronodulární cirhóza- uzly jsou menší než 3 mm, jsou obklopeny fibrózní tkání, většinou chybí centrální žíla i portální prostor

- b) Makronodulární cirhóza- uzly jsou různé velikosti od 3 mm do několika centimetrů. Většinou tyto uzly obsahují portální prostor i centrální žílu
- c) Smíšená cirhóza- velké i malé uzly (BRŮHA, 2015a)

## 1.1 PŘÍČINY JATERNÍ CIRHÓZY

Cirhózu můžeme nalézt u obyvatel všude na světě, nezáleží na rase, na věku ani na pohlaví či na náboženství. Její příčiny jsou velmi různorodé (BRŮHA, 2015b).

*Nejčastější příčinou poškození jater je alkohol a virové hepatitidy (zejména hepatitida C a B). Další, méně časté příčiny jsou toxiny, polékové poškození, vrozené metabolické choroby (hemochromatóza, Wilsonova nemoc, deficit alfa1- antitrypsinu), autoimunitní nemoci, nemoci jaterních cév a onemocnění žlučových (LATA a kol., 2009, s. 774).*

Nyní se více dostává do popředí jaterní cirhóza na základě nealkoholové jaterní choroby (NAFLD) spojená s obezitou, DM 2. typu a dalšími komponentami metabolického syndromu. Jelikož NAFLD patří v současné době mezi nejčastější chronické onemocnění jater, je možné, že v budoucnu bude tato příčina dominovat (BRŮHA, 2015a).

Chronická hepatitida B je ve střední Evropě naštěstí méně častou příčinou tohoto onemocnění díky očkování. Bohužel hepatitida B stále dominuje v nevyspělých zemích, jako je subsaharská Afrika nebo některé oblasti Asie (HEJDA, 2015).

Chronická hepatitida C je bohužel rozšířena všude ve vyspělých zemích, protože očkování nemáme dostupné. Je to celosvětově závažná nemoc. Je to virové onemocnění, které nám postihuje játra a probíhá dlouho asymptomaticky. Většina přenašečů hepatitidy C jsou lidé okolo 25 až 40 let. Nejčastější příčinou nákazy hepatitidy je intravenózní podání léčiv, drog. Uživatelé drog tvoří největší skupinu všech nakažených, je to asi 70% rizikových pacientů. Hepatitida C se přenáší krví, pohlavním stykem, přenosem z matky na novorozence. Hejda, 2015 také uvádí, že se mohli nakazit pacienti, kteří přijmuli krevní transfuze, nebo krevní deriváty před rokem 1992. Tento rok byl přelomový pro toto onemocnění, protože začali být přísnější normy ohledně odběrů krve na transfuze. Nyní máme hepatitidu C jedinou virovou infekcí, kterou můžeme vyléčit. Bohužel tato léčba je velmi drahá (HEJDA, 2015).

U nás v České republice máme nejčastější příčinu jaterní cirhózy, která je způsobena alkoholem, to je asi 50 % a virového původu asi 30 % (Brůha, 2015). LATA a kol. udávají, že je alkohol v menší dávce prospěšný, ale překročení dávky 60g etanolu denně u mužů a u žen třetina je už riziko pro vznik hepatopatie. U žen průběh nemoci nebo vůbec propuknutí nemoci jater je rychlejší než u mužů. Cirhóza jater většinou vzniká postupně. Může vznikat mnoho let i několik desetiletí (LATA a kol., 2009).

## 1.2 VYŠETŘOVACÍ METODY U JATERNÍ CIRHÓZY

Nejdůležitější vyšetřovací metodou máme anamnézu. Nejdříve musíme zjistit, zda pacient nepožívá alkohol ve větší míře. Většinou požívání alkoholu zamlčují ženy s vyšším společenským postavením, tudíž je diagnostika složitější. Alkoholické postižení jater můžeme očekávat u lidí s vyšší zátěží v rodině i v práci, dále u číšníků, pracovníků na vinicích či v pivnicích. Také se ptáme, zda se pacient nesetkává s dalšími rizikovými faktory např. s rizikovými uživateli drog, které jsou startem pro rozvinutí jaterní cirhózy (HEJDA, 2015).

Fyzikální vyšetření nám obsahuje prozkoumání jater. Játra můžeme mít tuhá, povrch nerovný, okraj zaoblený nebo ostrý. Cirhotická játra mohou být velká i malá. Všimáme si, zda si pacient neztěžuje na některé příznaky kompenzované jaterní cirhózy, jako je únava, nechutnost, porucha spánku, břišní dyskomfort, pavoučkové névy. U dekompenzované jaterní cirhózy můžeme mít ascites, otoky, ztrátu svalové hmoty, ikterus, ztrátu ochlupení, atrofie varlat atd. U pacienta, který bude mít onemocnění v pozdějším stádiu, může mít typický zápach z úst, třes rukou, drobné petechie či hematomy. Můžeme také pozorovat psychické změny (BRŮHA, 2015a), (LATA a kol., 2009).

V laboratorním vyšetření zkontrolujeme sedimentaci, která je nejčastěji středně zvýšena. V krevním obrazu můžeme nalézt trombocytopenii, leukopenii nebo anémii. U vyšetření moče mohou být známky infekce močových cest. Budeme mít vyšší hodnoty AST než u ALT, bilirubin bude zvýšený u progresu onemocnění, albumin se nám postupně snižuje, quickův test máme prodloužen. U IgG, IgA, IgM budeme mít obvykle vzestup laboratorních hodnot (BRODANOVÁ, 2003).

Z dalších vyšetření děláme nejčastěji ultrazvuk břicha, který bychom měli dělat alespoň 2x do roka a to opakovaně. Ultrazvukem můžeme zachytit ložiskové změny (karcinom) nebo známky portální hypertenze, ascites. Jako další provádíme CT

(počítačová tomografie), pokud máme podezření na karcinom, další s MRI (magnetická rezonance) zachytíme cévní rozdíly a změny okolních struktur (BRODANOVÁ, 2003).

Endoskopické vyšetření provádíme, pokud máme podezření na přítomnost jícnových varixů. Diagnózu můžeme nejlépe ověřit jaterní biopsií. Tu děláme jen, pokud máme podezření na cirhózu v latentním stádiu nebo stádiu kompenzace. Ve stádiu dekompenzace jsou nálezy typické k onemocnění, pak biopsie není nutná (BRŮHA, 2015a), (HORÁK a EHRMANN, 2014).

Pokud pacient uvede, že pije alkohol, můžeme mu dát k vyplnění dotazník CAGE (POVR) nebo AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (HEJDA, 2015).

### **1.3 PŘÍZNAKY JATERNÍ CIRHÓZY**

Toto onemocnění může probíhat dlouho bez příznaků (asymptomaticky), což máme asi 20 % případů (HAJDUŠEK a kol., 2008).

Obecně mohou mít pacienti s touto diagnózou celkovou slabost, nechutenství, hubnutí, poruchy vyprazdňování. Dále se u nich mohou vyskytnout průjmy, meteorismus, flatulence, neurčitý tlak v pravém podžebří, foetor hepaticus, subfebrilie (zvýšená teplota) až teplota. Objektivně můžeme vidět hepatální stigmata, jako je Dupuytrenova kontraktura, palmární erytém, pavoučkové névy (HAJDUŠEK a kol., 2008), (HORÁK a EHRMANN, 2014).

V pozdějším stádiu můžeme pozorovat hepatomegalie, splenomegalie, caput medusea, ascites, ikterus. Nejčastěji příchod k lékaři nemocného donutí ascites. Je to příznak, který komplikuje jeho dosavadní život. Může dojít ke ztrátě ochlupení, což je nazýváno jako Chvostkův habitus a dále se rozvíjí pavoukovitý habitus. Objevujeme krvácení z varixů jícnových, žaludečních, duodenálních, nebo rektálních. Bývají anemičtí, mohou mít trombocytopenii, leukopenii. Dále můžeme pozorovat hypogonadismus (porucha funkce pohlavních žláz) zejména u mužů, ztráta libida, atrofie varlat, impotence (potíže při dosahování nebo udržení erekce pro úplný pohlavní styk). U žen se může vyskytnout amenorea (nedostavení se menstruace), dysmenorea (bolesti při menstruaci), ztráta sekundárních pohlavních znaků až neplodnost, ztráta pubického i axilárního ochlupení, redukce svalové hmoty, pupeční kýla, osteodystrofie (onemocnění kostí). Pacienti mají změny na nehtech. Jejich rty vypadají, jako by byly

nalakované, mají vyhlazený jazyk a hyperpigmentaci. V rozvinuté fázi jaterní cirhózy můžeme sledovat jaterní encefalopatii. Při vyšetření nemocného zjistíme hypovitaminózy (nedostatek určitého vitamínu), přítomnost jícnových varixů, na které později pacienti umírají a na další krvácivé projevy (HAJDUŠEK a kol., 2008), (HORÁK a EHRMANN, 2014).

Většinu pacientů doprovází výskyt neuropsychiatrických příznaků. Při této problematice potřebujeme spolupráci s psychiatrem. Jako příznaky encefalopatie můžeme mít poruchy pozornosti, paměti, opakování slov, nesouvislá řeč, depresivní či manické chování, porucha orientace, úzkost, apatie, strach, vztek, poruchy osobnosti, poruchy spánku. Tito lidé ztrácí zájem o rodinu, přátele. Tuto nemoc máme také spojenou s nižší kvalitou života a tito lidé mají větší sklon k dopravním nehodám (KIESLICOVÁ, 2009).

#### **1.4 LÉČBA JATERNÍ CIRHÓZY**

Ve většině případech je jaterní cirhóza nevléčitelná. Avšak máme zdokumentovány případy, kdy tato nemoc byla vyléčena úplně. Bylo to v počátečním stádiu jaterní cirhózy, kde se nám podařilo eliminovat vyvolávající faktor. Přesto, že je tato nemoc tak zákeřná a spíše nevléčitelná, existuje mnoho léčebných postupů a strategií, které mohou pacientům zlepšit a prodloužit svůj život (DRÁBEK a kol., 2012).

Léčbu alkoholické jaterní cirhózy nelišíme od jiných typů jaterních cirhóz. Musíme se hlavně zaměřit na dostatečnou výživu, prevenci a léčbu komplikací, jako je krvácení z jícnových varixů, jaterní encefalopatie, ascites a prevence kostní choroby (BRŮHA a kol., 2009).

*U některých pacientů s jaterní cirhózou může správně vedená léčba vyvolávajícího onemocnění zpomalit či úplně zastavit progresi onemocnění jater, vzácně lze počáteční stádia cirhózy plně vyléčit (DRÁBEK a kol., 2012, s. 50).* Toto tvrzení nám platí hlavně u chronických hepatitid B a C, autoimunitních hepatitid. U alkoholické cirhózy to bude znamenat úplná abstinence alkoholu, což je velmi důležité. U cirhotiků musíme hlavně počítat s komplikacemi a nežádoucími účinky léčby (DRÁBEK a kol., 2012).

Při této diagnóze pacientům doporučujeme pravidelný režim dne. Pomáhá jim správné užívání medikace, zvládnání náročných životních situací a hlavně zvládnání běžných denních aktivit. Klid na lůžku u soběstačných pacientů je nevhodný, protože vede ke ztrátě svalové a kostní hmoty. Vhodné je nekouřit a nepožívat alkohol vůbec. Nedoporučujeme práci na směny, neboť pacient potřebuje pravidelný režim dne. Také by měl pacient pravidelně navštěvovat svého lékaře, který by měl pravidelně vážit hmotnost pacienta. Dle hmotnosti včas rozpoznáme rozvoj komplikací, jako je malnutrice, dehydratace, retence tekutin. Dále lékař sleduje, zda pacient nemá ascites, ikterus (žloutenka), známky encefalopatie a samozřejmě krevní laboratoř (DRÁBEK a kol., 2012).

U cirhotiků doporučujeme některá očkování proti nemocem, které by mohly navodit akutní selhání jater. Jde především o očkování proti virové hepatitidě A a B, dále očkování proti chřipce a pneumokokovým infekcím. Dále provádíme vyšetření, které odhalí infekci *Helicobacter pylori*. Pakliže se tato infekce prokáže, musíme provést léčbu. *Helicobacter pylori* u pacientů s cirhózou jater zvyšuje riziko vzniku krvácení, které by mohlo být životu ohrožující. Krvácení by mohlo být do zažívacího traktu z vředů žaludku a duodena. Pacienti by se také měli vyhnout užívání lékových skupin, které mohou být hepatotoxické nebo nefrotoxické. Jsou to nesteroidní antiflogistika, některá antibiotika a další. Nebezpečný je paracetamol, bez kterého se nyní ani jedna domácnost neobejde. U zdravých lidí doporučujeme denní dávku 4g paracetamolu, zatímco u cirhotiků jen 2g na den (DRÁBEK a kol., 2012).

Dieta u jaterní cirhózy hraje velkou roli. Malnutrice u tohoto onemocnění je velmi nepříjemný příznak, proto doporučujeme pacientovi vysoký kalorický příjem. Znamená to vysoký příjem sacharidů (BRŮHA a kol., 2009).

Dietní režim máme nedílnou součástí léčby jaterní cirhózy. Doporučení mají podpůrnou funkci, zásadní ale je vždy abstinence alkoholu. Jaterní dieta zahrnuje různé omezení a doporučení. Týkají se energetických hodnot jídla, poměru a obsahu bílkovin, sacharidů, vitamínů, tuků a dalších. Chráníme játra jídlem upravené tepelně, chemicky i mechanicky. Pacienta musíme naučit spolupracovat a naučit žít s pravidly dietního stravování. Především musí pacient sám chtít a souhlasit s dietní stravou. Nejdříve musíme zhodnotit současný stav výživy pacienta. Zjistíme BMI (body mass index), zda zhubl za poslední 3 měsíce a kolik kg, omezení příjmu stravy v posledním týdnu,

měsíci a závažnost onemocnění. Rozhodnutí o způsobu výživy vycházíme ze současného stavu pacienta a fáze jaterního onemocnění. Příjem stravy lze perorálně, a nebo parenterální výživou. U hospitalizovaných pacientů se v nemocnici podávají diety označené 4 s omezením tuků, či 4S s přísným omezením tuků. U pacientů, kteří trpí diabetem podáváme dietu 9S diabetická šetřící. Možný máme také individuální rozpis diety. Dieta u pacientů s kompenzovanou jaterní cirhózou se liší jen málo od racionální stravy. Pokud nemáme pacienta podvyživeného, tak jeho doporučený přísun energie je 25- 30 kcal/ kg/ den, proteinů 1- 1,2 g/kg/den. Parenterální nebo enterální strava je indikovaná tehdy, pokud je pacient podvyživený a ústy nic nepozře (EHRMANN a kol., 2016).

Základem diety je zabránit destrukci tělesných bílkovin, upravit metabolismus vody, minerálů a podpořit regeneraci hepatocytů. Doporučený příjem energie u pacienta s mírnou i těžkou encefalopatií je 25- 30 kcal/ kg/ den. Příjem sodíku při ascitu musíme mít omezen na 70- 90 mmol/ den. Dle bilance tekutin je někdy nutno restrikce příjmu tekutin do 1 l/ 24 hod. Nevhodné je také solení stravy. Pokud pacient hladoví více než 12 hodin, dodáváme glukózu intravenózně. Pokud hladoví více jak 72 hodin, musíme zahájit parenterální výživu (EHRMANN a kol., 2016).

Transplantace jater u jaterní cirhózy je důležité správné načasování. Onemocnění musíme mít pokročilé, kdy hrozí komplikace až úmrtí. Zároveň bychom, ale jaterní cirhózu neměli mít příliš pokročilou s již mnoha komplikacemi, protože u takového pacienta je malá šance na úspěšnou transplantaci. Podmínka pro zařazení pacienta do programu je úplná abstinence alkoholu a dalších drog v posledních 6 měsících. Pacient, který je zvažován kandidátem na transplantaci jater, prochází mnoha vyšetřeními. Pokud se nezjistí žádná kontraindikace k transplantaci, je pacient zařazen na čekací listinu. V současné době v ČR je průměrná doba čekání na transplantaci jater méně než půl roku. Po transplantaci pacienta dlouhodobě sledujeme na specializovaném pracovišti a je nutná doživotní imunosupresivní léčba. V ČR máme výsledky transplantací jater velmi dobré, jsou srovnatelné s ostatními vyspělými státy. Jeden rok po transplantaci přežívá 90 %, pět let 82 % a deset let 74 % pacientů. U nás je transplantace jater prováděna v IKEMU (Institut klinické a experimentální medicíny) v Praze a v Centru kardiiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) v Brně (DRÁBEK, 2012).

Díky transplantaci jater se mohou lidé plně uzdravit a dále žít plnohodnotný život. V praxi byla zavedena roku 1967. Jako úplně první transplantaci v ČR provedl prof. Vladimír Kořístek se spolupracovníky v CKTCH Brno v roce 1983. Avšak transplantační program byl začat v dubnu v roce 1995 v IKEMU s německými spolupracovníky. Další rozvoj transplantací jater byl díky zkušenostem kolegů z Ameriky. Nyní se transplantace u nás v ČR ustálily na počtu okolo 100 výkonů za rok a stále se nám toto číslo rozrůstá. Provádíme transplantace jater také u dětí (TRUNEČKA a kol., 2013).

## 1.5 KOMPLIKACE JATERNÍ CIRHÓZY

Jaterní cirhóza má velmi nepříznivé komplikace, na které může pacient i zemřít. Jsou to ascites, který patří mezi nejčastější, jícnové varixy, jaterní encefalopatie, spontánní bakteriální peritonitidy, ikterus a dále se může rozvinout až hepatocelulární karcinom (BRŮHA, 2015a).

### Ascites

*Ascites označujeme přítomnost volné tekutiny v dutině břišní. U pacientů s jaterní cirhózou dochází ke vzniku ascitu v důsledku portální hypertenze, ascites má typicky nízký obsah bílkoviny (DRÁBEK, 2012, s. 59).*

Ascites řadíme mezi nejčastější komplikace jaterní cirhózy. Pokud vznikne ascites, je to velmi nepříjemný ukazatel. Až 15% pacientů s ascitem zemře do 1 roku, 44% do 5 let. Hlavně díky časně úmrtnosti bychom měli zvážit transplantaci jater. Ascites řadíme mezi nejčastější příčiny hospitalizace pacienta (DVOŘÁK, 2011).

*Ascites se objeví pouze tehdy, když je přítomna portální hypertenze, primárně souvisí s neschopností vyloučit adekvátní množství sodíku do moči, což vede k pozitivní sodíkové bilanci. Existuje mnoho důkazů o tom, že retence sodíku v ledvinách u pacientů s jaterní cirhózou je sekundární a vzniká v důsledku vazodilatace ve splachnickém řečišti. Ta způsobí pokles efektivního arteriálního krevního volumu, aktivaci arteriálních a kardiopulmonálních volumových receptorů a homeostatickou aktivaci vazokonstriktorů a sodík- retenčních systémů (sympatiku, systém renin-angiotenzin- aldosteron). Retence sodíku v ledvinách vede k expanziextracelulárního objemu a vzniku ascitu a otoků (DVOŘÁK, 2011, s. 372).*



## **Vyšetření ascitu**

Podle Brůhy můžeme přítomnost ascitu zjistit fyzikálním vyšetřením. Fyzikální známka ascitu je pokleповé ztemnění měnící se při změně polohy těla. Fyzikálním vyšetřením zjistíme ascites až při množství jednoho litru. Sonografické vyšetření je citlivější a zjistíme u pacienta ascites už při 30 ml tekutiny. U každého nového cirhotika s ascitem bychom měli provést diagnostickou punkci ascitu. Získanou tekutinu odešleme ke stanovení bílkoviny, albuminu, počtu leukocytů a jejich diferenciálního rozpočtu. Toto vyšetření je důležité k vyloučení spontánní bakteriální peritonitidy (SBP), která ohrožuje pacientův život (BRŮHA, 2015a).

## **Léčba ascitu**

Pacientovi doporučujeme klidový režim a omezení příjmu tekutin na 1,5 až 2 litry za 24 hodin. Pacient by měl také omezit příjem sodíku v potravě a musí vyloučit všechny léky, které by zhoršovaly renální funkce (např. nesteroidní antirevmatika, aminoglykosidová antibiotika). Podáváme diuretickou léčbu. Efekt této léčby orientačně zjistíme poklesem tělesné váhy pacienta, měřením jeho příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin. Pokud tato léčba nevede ke zmenšování ascitu, volíme paracentézu, po které se většinou pacientům uleví a tím zlepšíme jejich fyzickou aktivitu. Ostatní léčebné procesy bychom měli provádět ve specializovaných centrech, jako je např. TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka) (BRŮHA, 2015a).

## **Jícnové varixy**

Krvácení z jícnových varixů máme jedním z nejzávažnějších komplikací. Na tuto komplikaci umírá přibližně 1/3 pacientů s jaterní cirhózou. Před 20 lety jsme měli mortalitu vyšší. Důležitá je prevence krvácení z jícnových varixů především u rizikových pacientů. Za rizikové pacienty považujeme ty, kteří již krváceli z jícnových varixů. Tyto pacienty sledujeme kvůli prevenci dalšímu rozvoji krvácení a nebo ty, kteří ještě nekrváceli, ale mají mnoho příznaků ke krvácení (BRŮHA, 2015a).

Pro vznik varixů má hlavní význam portální hypertenze. Farmakologicky můžeme snížit portální hypertenzi neselektivními betablokátory, nebo kombinovanými neselektivními betablokátory a alfa-blokátory karvedilolu. Můžeme také přidat nitráty. Tuto léčbu doporučujeme pacientům po zbytek jejich života (BRŮHA, 2015a).

Sledování a hodnocení varixů máme založeno na endoskopickém nálezu. Dříve jsme hodnotili na čtyři stupně podle Paqueta. Nyní spíše hodnotíme na malé a velké varixy. Rozlišujeme, zda se vyvyšují o více než 5 mm nad okolní sliznici. Dále rozlišujeme varixy na malé, střední a velké (F1, F2, F3 stadium). Důležitá je přítomnost příznaků či znamení hrozícího, a nebo už propuklého krvácení z varixů. Tomuto znamení přezdíváme červený pruh, třešňové skvrny či fibrinová čepička (BRŮHA, 2015a).

Krvácení z jícnových varixů poznáme hematemézou (zvracení krve), enteroragii (krvácení ze střeva), melénou (krev ve stolici) nebo klinickými příznaky ztráty krve to jsou tachykardie, bledost, hypotenze, šokový stav, porucha vědomí. Pacienti, kteří mohou být ohroženi krvácením, musí být hospitalizováni na JIP interního typu. V předhospitalizační fázi doporučuje podat lék terlipresin. Dále po přijetí pacienta zahajujeme farmakoterapii, doplňujeme endoskopické vyšetření, podáváme antibiotika a doplňujeme krevní oběh. Hodnotu hemoglobinu bychom měli mít 70- 80 g/ l. Musíme zvážit zavedení jícnového stentu, pokud pacient krvácí s varixů a nelze krvácení zastavit (BRŮHA, 2015a).

### **Jaterní encefalopatie**

Jaterní encefalopatie je jedna z nejzávažnějších a častých komplikací. Jedná se o neuropsychiatrickou komplikaci pokročilé jaterní cirhózy. U pacientů se může vyvíjet asymptomaticky a také se může objevit akutním zhoršením stavu pacienta. Je to reverzibilní stav. Brůha tvrdí, že až 75 % pacientů s jaterní cirhózou se nevyhne jaterní encefalopatii. Důležitá je diagnostika, která není náročná, většinou ji spíše pozná rodina nebo blízcí přátelé, protože znají pacientovo chování. Léčba jaterní encefalopatie není finančně nákladná. Jaterní encefalopatie řadíme k varovným signálům, které by měli pacienta vést k léčbě (BRŮHA, 2015a).

*Za klinické projevy jaterní encefalopatie je odpovědné působení neurotoxických a neuromodulačních látek, které jsou za normální situace metabolizovány játry, ale při jaterní isufienci či portosystémových zkratech se dostávají ve zvýšené míře do systémové cirkulace a ovlivňují činnost centrálního nervového systému (CNS) (BRŮHA, 2015a, s. 239).*

## **Rozlišení stádia jaterní encefalopatie podle Brůhy**

*Stadium 0: nejsou přítomny žádné abnormality*

*Stadium 1: snížená pozornost, euforie či úzkost, mírná zmatenost, porucha spánkového režimu, porušená schopnost počítat nebo odčítat*

*Stadium 2: změny osobnosti, spavost, letargie či apatie, neadekvátní chování, dezorientace časem*

*Stadium 3: výrazná dezorientace, nesrozumitelná řeč, somnolence*

*Stadium 4: kóma (BRŮHA, 2015a, s. 239).*

Mezi vyvolávající faktory jaterní encefalopatie řadíme mnoho příznaků, jako je dehydratace, krvácení do GIT, nepřiměřená diuretická léčba, zhoršení renálních funkcí, hyponatrémie (nízká hladina sodíku v krvi), infekce, zácpa, hypokalémie (nízká koncentrace draslíku v krvi), užívání hypnotik a sedativ (BRŮHA, 2015a).

K nejzákladnějším psychometrickým testům zařazujeme, zda se pacient orientuje v čase a místě, odečítá čísla 7 od 100, spojuje čísla, má schopnost namalovat pěticípou hvězdu, či se podepsat (BRŮHA, 2015a).

## **Spontánní bakteriální peritonitidy**

Spontánní bakteriální peritonitidy (SBP) jsou závažnou komplikací u pacientů s jaterní cirhózou a ascitem. *Je závažným prognostickým faktorem dalšího vývoje jaterního onemocnění- do jednoho roku po epizodě SBP umírá 50- 70% pacientů, do dvou let 70- 75% pacientů. Riziko rekurence SBP v průběhu jednoho roku je 40- 70%. Objevuje se u 10- 30% pacientů s cirhózou a ascitem. Je častou příčinou rezistence ascitu, renálního selhání a dekompenzace jaterní cirhózy (BRŮHA, 2015a, s. 237).*

SBP je závažná komplikace vyskytující se u pacientů s cirhózou a je spojena s vysokou úmrtností. Transplantace jater by měla být zvážena po první epizodě SBP (NOUSBAUM a JEAN- BAPTISTE, 2015).

Podle Brůhy můžeme definitivní diagnózu s podezřením na SBP vyslovit až po laboratorních testech. Pacienti mohou mít bolesti břicha, teplotu, snížení střevní

peristaltiky, mohou mít zhoršené jaterní funkce, které se mohou projevit zhoršením jaterní encefalopatie. Mohou být také úplně asymptomatictí, proto by měla být diagnostická punkce provedena u všech pacientů s jaterní cirhózou a ascitem. Léčbou SBP je podávání antibiotik (BRŮHA, 2015a).

### **Ikterus**

Ikterus neboli jiným slovem žloutenka je zbarvení kůže a viditelných sliznic žlučovým barvivem bilirubinem. Větší množství bilirubinu nám vzniká rozpadem hemoglobinu z erytrocytů. Nekonjugovaný bilirubin se váže na albumin a je transportován do jater, kde se konjuguje a vylučuje do žluče (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

### **Hepatocelulární karcinom**

Hepatocelulární karcinom (HCC) je tumor, který vzniká na podkladě chronického jaterního onemocnění hlavně u jaterní cirhózy. Diagnóza je bohužel většinou zjištěna v pozdním stádiu. Tumor se vyskytuje na celém světě, avšak nejvíce je v Asii. Ročně diagnostikujeme kolem 0,5 miliónu případů. K transplantaci jater je uznána jen menšina nemocných. Většinu léčíme resekci jater nebo lokálními ablačními metodami (MEJZLÍK a kol., 2013). Všichni pacienti s cirhózou jater jsou vystaveni riziku vzniku HCC (FLEMMING et al., 2014).

## 2 ALKOHOL A JEHO DOPAD NA LIDSKÝ ORGANISMUS

Brůha tvrdí, že hlavní příčinou jaterních chorob je alkohol. Úmrtnost na jaterní cirhózu máme nejvyšší ve Francii a Španělsku (více než 30 úmrtí na 100 000 obyvatel). Naopak nejnižší máme v severských zemích (do 5 úmrtí na 100 000 obyvatel). V Čechách je to asi 15- 20 úmrtí na 100 000 obyvatel. Nejvíce umírají muži a to ve věku 35- 64 let, nižší věk je u žen. V západních zemích došlo ke snížení příjmu alkoholu, ale pozorujeme nepříznivý trend ve východní Evropě a rozvojových zemích. Nesouvisí kolik destilátů vypijeme, ale záleží na obsahu čistého alkoholu v něm obsaženém (BRŮHA, 2015).

*Zvýšené riziko jaterního poškození existuje při konzumaci více než 30g čistého alkoholu za den bez ohledu na pohlaví. To by měla být také hranice, při níž lze ještě připustit příznivý účinek alkoholu na kardiovaskulární onemocnění. Při dlouhodobé a pravidelné konzumaci více než 80g alkoholu/den vznikne jaterní poškození téměř jistě (BRŮHA, 2015b, s. 459).*

Alkohol je v dnešní společnosti největší příčinou jaterního selhání. Je velmi těžké stanovit dávku alkoholu, která je neškodná na zdraví člověka. Dnes je ideální dávka alkoholu cca 6 g ethanolu/ den. Běžná dávka alkoholu obsahuje asi 10-15 g ethanolu, což může být například sklenička vína nebo 0, 5 l piva. Jsou skupiny lidí, kteří tato doporučení denní dávky alkoholu nemohou pozřít, především těhotné ženy, pacienti s onemocněním slinivky břišní, pacienti s onemocněním jater, či někteří osoby pracující (DRÁBEK a kol., 2012).

Muži alkohol tolerují více než ženy. Vůbec není jisté, jaká dávka alkoholu vede k poškození jater. Tato dávka alkoholu je zcela individuální. Za nebezpečnou dávku alkoholu víme, že je dávka nad 60g/ den. To je asi 0, 7 l vína, 4 piva nebo 0, 2 l tvrdého alkoholu za den. Menší dávky alkoholu se za příčinu jaterního selhávání nepovažují. Vyšší riziko jaterního selhávání platí i pro menší pijáky dle populačních studií (DRÁBEK a kol., 2012).

*Relativní riziko úmrtí v souvislosti s jaterní cirhózou je zvýšeno 1,2- 1,5x při konzumaci 1 drinku denně, 2,1 až 2,6x při konzumaci 2 až 3 drinků denně ve srovnání s abstinenty (DRÁBEK a kol., 2012, s 37).*

### **Kinetika a metabolismus etanolu**

*Kinetika je charakterizovaná malou eliminací, vysokým energetickým zatížením a nemožností skladovat alkohol. Difúze (absorpce) probíhá v žaludku (25%) a duodenu (75%). Distribuce je rychlá (mozek, plíce, játra, ledviny) a pomalá (tuková tkáň). Je ukončena do 90 minut. Metabolismem (oxidací) se eliminuje 90 % alkoholu, zbytek se vydýchá nebo ztrácí potem či močí. Alkohol se metabolizuje třemi cestami. Alkoholdehydrogenázovým systémem (80- 85%), mikrozomálním etanol oxidujícím systémem (10- 15%) a katalázovým systémem (2%). Konečným produktem je energie+ voda+ CO<sub>2</sub>. Schopnost metabolizovat etanol je od narození, s věkem se zhoršuje, v 80% probíhá oxidace v játrech a mlže zahrát více než 3/4 oxidačních schopností organismu (EHRMANN, 2008, s. 62).*

Ehrmann a kol. popisují, že se ethanol vstřebá do krve rychle po požití v dutině ústní, v žaludku a dále v duodenu. Rychleji se nám vstřebávají teplé nápoje a nápoje obsahující CO<sub>2</sub>, pomaleji se nám vstřebávají chladné a sladké. Absorpce etanolu záleží na množství pozřeného alkoholu, na délce pití, druhu alkoholu, ale také na druhu jídla, které jsme konzumovali spolu s alkoholem. Po resorpci snadno prostupuje do všech tělních tekutin a rychle se přenáší krví do CNS. Ethanol se nám odstraňuje z těla z 90- 98 % oxidačními procesy, dalším ho vylučujeme močí a dechem (EHRMANN a kol., 2015).

*V lidském těle se metabolizuje hlavně v játrech cestou alkoholdehydrogenázovou, dále mikrosomálního systému oxidace etanolu, a konečně pomocí katalázy z peroxisomů (EHRMANN a kol., 2015, s. 207).*

Schopnost oxidovat ethanol máme přítomnou už od narození, ale až od pěti let věku máme oxidaci účinnou. Proto nepodáváme alkohol dětem. U žen je oxidace horší a s přibývajícím věkem se zhoršuje. Nejvýznamnější cesta je alkoholdehydrogenázová, kterou se oxiduje 90 % pozřeného alkoholu. Odbourávání alkoholu máme individuální. U příležitostních pijáků se odbourává rychlostí 0, 08 až 0, 15 promile/ hod. U pijáků,

kterí alkohol pijí častěji, játra nefungují, a tak se může projevit těžká ebrieta i při malé dávce alkoholu (EHRMANN a kol., 2015).

## 2.1 ALKOHOLISMUS A ABÚZUS ALKOHOLU

Abúzus alkoholu nebo škodlivé užívání alkoholu znamená užívání alkoholu, který nám vede k poruše somatického nebo psychického stavu. Závislost na alkoholu je alkoholismus (EHRMANN a kol., 2015). *Je to psychická porucha, charakterizovaná psychopatologickými, behaviorálními a kognitivními příznaky, které se vyvíjí po opakovaném užití alkoholu* (EHRMANN a kol., 2015, s. 208).

U alkoholismu nám nedochází ke zvyšování tolerance alkoholu, naopak ke snižování, protože játra nám přestávají pracovat. Rozeznat, zda se u člověka jedná o alkoholismus nebo o abúzus alkoholu můžeme dotazníkem CAGE. Pokud má pacient více než dvě kladné odpovědi je pravděpodobnost, že trpí alkoholismem (EHRMANN a kol., 2015).

Tabulka 2 Dotazník CAGE

<b>P</b>	<b><i>Cítíte potřebu přestat pít alkohol?</i></b>
<b>O</b>	<b><i>Obtěžovaly vás zmínky o problémech s pitím?</i></b>
<b>V</b>	<b><i>Cítíte vinu z přílišného pití?</i></b>
<b>R</b>	<b><i>Pijete ráno po probuzení?</i></b>

Zdroj: EHRMANN a HŮLEK, 2010, s. 310

### **Závislost na alkoholu se postupně vyvíjí:**

- a) Počáteční fázi máme, pokud pití přináší úlevu a euforii.
- b) Prodromální či varovnou fázi máme, když nemocný cítí touhu po alkoholu a přestává hrát roli druh alkoholu. Objevují se občas tzv. okna, že si pacient něco nepamatuje. Je zachována alespoň částečně kritičnost k pití. Pacient se za své chování stydí, tudíž pije potají.
- c) Rozhodující, neboli kruciólní znamená, že pacient ztrácí kontrolu nad pitím, snaží se přestat pít alkohol, ale není toho schopen. Objevuje se ranní touha po alkoholu.

- d) Terminální fáze znamená, když pacient pije přes den, někdy více dnů v kuse bez přestání. Zapíjí nepříjemný stav dalšími doušky alkoholu. Mění se jeho osobnost v oblasti vyšších citů, tj. morálky, svědomí, spolehlivosti. V tomto stádiu máme již rozvinuty orgánové změny, většinou již dekompenzace jaterní cirhózy (EHRMANN a kol., 2015).

## 2.2 TYPY POŠKOZENÍ JATER ALKOHOLEM

Jaterní steatóza je úplně prvním stádiem selhání jater při chronickém abúzu alkoholu. Toto onemocnění se nám bohužel vyskytuje u všech alkoholiků. Většinou je asymptomatický. Někdy nemocný udává tlak v pravém podžebří, břišní dyskomfort a únavu. Jelikož je asymptomatický, většinou nalezneme diagnózu při náhodném sonografickém vyšetření. V histologickém obraze máme makrovesikulární typ steatózy, někdy bývají i mikrovesikuly. Toto onemocnění se léčí abstinencí. Do šesti až osmi týdnů nám dojde k vymizení (DRÁBEK a kol., 2012).

Jako dalším stádiem selhávání jater představujeme akutní alkoholickou hepatitidu. Mezi její příznaky řadíme horečku, ikterus, hepatomegalie a nechutenství. Může se objevit také jaterní encefalopatie i krvácení do gastrointestinálního traktu, pavoučkové névy, palmární erythém, gynekomastie, caput medusae. Závažnost akutní alkoholické hepatitidy a riziko úmrtí můžeme vypočítat podle Maddreyho skóre. (DRÁBEK a kol., 2012).

Základem léčby máme abstinenci jako u každého onemocnění jater a nutriční podporu pacienta. K hlavní části léčby řadíme zvládání abstinenčních příznaků, korekce koagulopatie (zvýšená krvácivost) u pacientů, kteří mají krvácivé projevy. U pacientů, kteří mají Maddreyho skóre nad 32, což jsou pacienti s těžkou formou alkoholické hepatitidy, můžeme u nich sledovat ikterus, jaterní encefalopatii, koagulopatii. Zde indikujeme podávání kortikosteroidů např. Prednisolon. Pokud pacient nemůže kortikoidy použít, doporučujeme pentoxyphyllin (DRÁBEK a kol., 2012).

Dalším stádiem je alkoholická fibróza a cirhóza. Fibróza je reverzibilní, ale cirhóza většinou ireverzibilní. U cirhózy máme přítomny regenerativní uzly. U pacienta s jaterní cirhózou, kterou máme kompenzovanou, se nemusí objevit příznaky. Přítomna i u dekompenzovaného pacienta může být hepatomegalie a známky chronického jaterního onemocnění, jako například pavoučkové névy, palmární erythém, caput medusae, gynekomastie, krvácivé projevy, ascites, ikterus, jaterní encefalopatie.



Léčbu u těchto pacientů nijak nelišíme od ostatních jaterních onemocnění. Základem je opět abstinence, dostatečná nutriční a úprava životosprávy (DRÁBEK a kol., 2012).

### 3 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U JATERNÍ CIRHÓZY, ROLE SESTRY

Cirhózu jater nelze úplně vyléčit, ale lze zpomalit, či zastavit. Toto tvrzení by měli slyšet všichni pacienti s cirhózou jater. Potřebují uklidnění, že to není konec života. Pacienti, ale musí chtít se uzdravit a dodržovat svůj léčebný postup, ale to bývá většinou problém (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

*Ošetrovatelská péče je v České republice poskytována v ambulantních nebo ústavních zařízeních, v komunitách či domácnostech jednotlivých pacientů. Hlavním cílem je vždy poskytování kvalitní péče vycházející z nejnovějších poznatků vědy (PLEVOVÁ a kol., 2011, s. 76).* Pacienti s jaterní cirhózou jsou většinou hospitalizováni opakovaně na interním oddělení. Péče o nemocného vyžaduje odbornost a mnoho trpělivosti od sestry. Toto onemocnění ovlivní pacientův dosavadní život a většinou ho přivádí do invalidního důchodu (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Sestra je formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, která dokončila studia a stala se všeobecnou sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské péče. Sestra pomáhá pacientům i jeho rodinám, či skupinám. Také hodnotí, plánuje, realizuje a vyhodnocuje svoji provedenou práci. Práce sestry tvoří systém společenských rolí v oblasti ošetrovatelské a pečovatelské, expresivní, edukační, poradenské, instrumentální, výchovy ke zdraví, podpory zdraví, organizace a administrativy (PLEVOVÁ, 2011).

Při příjmu pacienta s jaterní cirhózou musíme zhodnotit jeho stupeň soběstačnosti. Většinou bude chtít dopomoc, kvůli velkému ascitu, otokům a následnou dušností. Pravidelně sledujeme jeho základní fyziologické funkce (TK, P, D, TT). Také sledujeme vyprazdňování moči i stolice, protože podáváme diuretickou léčbu kvůli otokům dle ordinace lékaře. Pacient bude více močit, moč může být tmavá, může mít průjmovitou stolicí, sledujeme příjem a výdej tekutin. Pokud má nemocný ascites, sledujeme objem břicha, můžeme měřit jeho obvod a zaznamenat do dekurzu. Při ascitu se může provést evakuační punkce břicha, kdy musíme pacienta řádně připravit psychicky. Připravíme pomůcky pro punkci a nemocného pravidelně sledujeme během

punkce i po punkci. Lékař může chtít zjistit jeho váhu, zda otoky neubývají, nebo naopak nepřibývají a hodnoty zaznamenáváme do dekurzu. Pacient může mít kožní problémy a poruchy srážlivosti krve. Mohou se mu objevit různé hematomy, drobné krvácení, petechie, výskyt melény, hematurie (krev v moči), a proto pacienta musíme řádně sledovat a kontrolovat, či ho edukovat. Na tento nežádoucí jev musíme upozornit lékaře a zapsat do dokumentace. Dále sledujeme jeho psychické projevy, kdy může být zmatený, dezorientovaný nebo agresivní (HOLUBOVÁ a kol., 2013), (TRACHTOVÁ a kol., 2013).

Při hygienické péči zvolíme dopomoc dle pacienta soběstačnosti. Musíme dávat pozor na pacienty, kteří o sebe moc nechtějí pečovat, to je spíše u alkoholiků. Musíme ošetřovat jejich kůži, protože mají větší sklon k poranění kůže a vzniku opruzenin nebo dekubitům (proleženiny) (TRACHTOVÁ a kol., 2013).

Součástí jejich léčby je doporučený příjem potravy a tekutin. Převládá u nich nechutenství. Nemocnému lékař naordínuje dietu č. 5 ( bílkovinná) nebo č. 4 (s omezením tuků) a má omezení v solení. Také může mít omezený příjem tekutin za 24 hodin na 1 litr tekutin. Musíme kontrolovat nemocného, zda nepožívá tajně alkohol na oddělení. Podáváme mu pravidelně naordinované léky a pečujeme o periferní žilní katétr či o permanentní močový katétr (TRACHTOVÁ a kol., 2013).

U těchto pacientů je nutná vhodná komunikace. Snažíme se ho zapojovat a motivovat ho k léčbě. Můžeme mu poskytnout mnoho informací (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Pokud pacient je v domácí péči, musí dodržovat pravidelnou životosprávu, vhodnou dietu, aby se vyvaroval alkoholu, pravidelně chodil k lékaři na prohlídky, pravidelně užíval léky a dostatečně odpočíval (HOLUBOVÁ a kol., 2013). Pacient s ascitem by se měl naučit každý den vážit a zaznamenávat svoji hmotnost, srovnávat s ideální hmotností. Měl by také vědět, jak používat předepsané léky a hlásit neobvyklou ztrátu hmotnosti nebo naopak přebytek hmotnosti (SABERIFIROZI, 2017).

## 4 STANDARDNÍ ODDĚLENÍ

Pacienti s jaterní cirhózou máme většinou hospitalizované na interním oddělení a dle jejich stavu na standardním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče (JIP) (TRACHTOVÁ a kol., 2013).

Ambulantní část máme většinou umístěnou v přízemí budovy, aby byla nejdosažitelnější k akutním případům a mohli se nemocní pacienti co nejrychleji dostat k lékaři. Součástí ambulantního úseku máme ordinaci lékařů, čekárnu pro nemocné, kartotéku a ostatní provozní místnosti, jako je skladovací místnost, sociální zařízení, personální zázemí, místnost pro pohotovostní službu. Na ambulanci pacient přichází z důvodu doporučení praktického lékaře, nebo bez doporučení, pokud má nějaké vážné problémy. Lékař vyšetří na ambulanci pacienta a sepíše anamnézu, změří mu základní fyziologické funkce (TK, P, TT, D), provede fyzikální vyšetření (pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem) a může nařídít další vyšetření, jako jsou odběry krve, EKG, RTG, sono, CT a další. Po zhodnocení informací a výsledků, lékař zajistí okamžitou léčbu a rozhodne o tom, zda je nutné pacienta hospitalizovat, či ne. Pacient se může také dostavit další den na kontrolu (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Ve vyšetřovací části budovy můžeme mít rentgenologické, ultrazvukové i endoskopické laboratoře. To záleží na nemocnici (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Lůžková část má standardní oddělení a jednotku intenzivní péče, kde je pacient v ohrožení základních životních funkcí (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Na standardní jednotce zajišťujeme hospitalizovaným pacientům veškerou základní diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou péči. Základem standardní ošetrovací jednotky máme pokoje pro nemocné, přípravnu a pracovnu sester, sociální zařízení, místnost pro čištění pomůcek, skladové místnosti či prostory, kuchyňku a vyšetřovací místnost. Na interním oddělení pracují lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelky, sanitáři, nutriční terapeuti, rehabilitační terapeuti, kaplani a další. Sestry pracují ve třísměnném provozu skupinovým systémem, kde každá sestra má skupinu pacientů a o tu se stará a provádí veškeré léčebné ordinace. Každé oddělení má svůj specifický charakter práce (PLEVOVÁ a kol., 2011).

## **5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Podklady pro zpracování praktické části jsme získali v rámci odborné praxe v pražské nemocnici na interním lůžkovém oddělení od příjmu pacientky 9. 11. 2017. Cílem praktické části této bakalářské práce je detailní popis kazuistiky u pacientky s jaterní cirhózou na interním standardním oddělení za využití koncepčního modelu Marjory Gordon a zpracováváme ji metodou 5 fází- zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Zvažovali jsme dva možné přístupy a rozhodovali jsme se mezi Oremovou nebo Royovou koncepcí modelu. Oremova teorie je o deficitu sebepečce pacienta. Máme u ní 5 způsobů, jak sestra může pacientovi pomoci: zastoupení pacienta, vedení pacienta, fyzická či psychická pomoc, zajišťování podpůrného prostředí pro rozvoj schopností u pacienta a edukace pacienta. Royova je systémově adaptační model založený na schopnosti člověka adaptovat se na změněné životní podmínky. Tento model by se více hodil v oboru psychiatrie.

Vybrali jsme si model Marjory Gordon, protože vedení nemocnice chce, abychom vypracovali model Marjory Gordon. Zároveň si chce tuto bakalářskou práci ponechat a použít pro nově nastupující všeobecné sestry v adaptačním procesu. Také tento model využíváme na školních praxích a známe jej nejvíce. Marjory Gordon se skládá z 12 funkčních vzorců zdraví. Tento model je odvozený z interakcí osoby a prostředí. Při kontaktu sestry s pacientem, je sestra schopna identifikovat, zda vzorce zdraví jsou funkční.

Pacientka nám byla doporučena primářem interního oddělení. Pacientka souhlasila s nahlížením do zdravotnické dokumentace a s použitím jejích osobních údajů pro zpracování této bakalářské práce. Pacientka je velmi ochotná a myslíme si, že bychom mohli ovlivnit pacientky myšlení k lepšímu.

### **Identifikační údaje**

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: žena

Věk: 57 let

Vzdělání: SŠ

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 9. 11. 2017

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: Interní oddělení

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** voda v břiše a otok nohou

**Medicínská diagnóza hlavní:** K703 Alkoholická cirhóza jater

**Medicínská diagnóza při přijetí:** R18 Ascites

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

D695, Sekundární trombocytopenie

F105, Poruchy způsobené alkoholem- psychotická porucha

F102, Poruchy způsobené alkoholem- syndrom závislosti

G92, Toxická encefalopatie

N390, Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace

**Vitální funkce při přijetí 9. 11. 2017**

TK	155/71 mmHg	Výška	163 cm
P	105/min	Hmotnost	74 kg
D	18/min	BMI	28- nadváha
TT	36,7 st.C	Pohyblivost	Částečně omezená
Stav vědomí	Při vědomí, orientovaná	Krevní skupina	B+

## **Nynější onemocnění**

Dne 9.11. 2017 pacientka s alkoholickou cirhózou jater přišla na doporučení svého praktického lékaře k dovyšetření ascitu, otoku DKK (dolních končetin) po stehna a celkové slabosti. Potíže se jí postupně zhoršovaly asi 3 měsíce. Pacientka se pomalu začala zavodňovat a přibrala 14kg. Narůstaly hlavně otoky DKK, kůže byla napnutá a měla tlak v břiše. Močení udávala častější hlavně v noci. V moči pozorovala někdy krev, stolicí udávala pravidelnou. Při příjmu na ambulanci se jí dýchalo dobře, chrapotu si nebyla vědoma, udávala tupou bolest nohou, hlavně okolo kotníků díky otokům. Na ambulanci jsme provedli základní odběry a pacientku jsme přijali na standardní interní oddělení.

## **Informační zdroje:**

Pacient, lékař, dokumentace pacientky, ošetřující personál, manžel pacientky

## **Anamnéza**

### **Rodinná anamnéza**

Matka: nevýznamná, žije, je zdravá

Otec: zemřel na infarkt myokardu před 8 lety

Děti: nemá

### **Osobní anamnéza:**

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění, cirhóza jater, ICHDK

Hospitalizace a operace: 2012 hospitalizace- komplikace jaterní cirhózy, operace pupeční kýly rok 2016

Úrazy: zlomenina nohy cca 2000

Transfúze: ano v minulosti- pacientka neví kdy ani kde

Očkování: běžná povinná očkování

**Léková anamnéza:** Bez chronické medikace

**Alergologická anamnéza:**

**Abúzy:**

Léky: neguje

Alkohol: uvádí skleničku vína obden, dříve  
pila víc

Potraviny: neguje

Kouření: 15 cigaret denně, od 20ti let

Chemické látky: neguje

Káva: 1- 2 šálky denně

Jiné: pyl

Léky: neuvádí

Jiné návykové látky: neuvádí

### **Gynekologická anamnéza:**

Menarché: uvádí od 12 let

Cyklus: je po přechodu

Trvání: do roku 2007

Poslední menstruace: asi červenec 2007

Abortus: žádné, dítě nikdy nechtěla, ale nyní toho lituje, tvrdí, že by se o ní nyní alespoň postaralo

Umělé přerušování těhotenství: 1x, roku 1991

Antikoncepce: nikdy neužívala

Potíže klimakteria: měla návaly horka, nyní žádné

Samovyšetření prsu: nyní neprováděla, prováděla asi před pěti lety

Poslední gynekologická prohlídka: nevzpomíná si, asi před 3 lety, pacientka tvrdí, že má vše v pořádku

### **Sociální anamnéza:**

Stav: je vdaná po druhé a to šťastně, první manželství ztroskotalo a kvůli tomu pacientka začala pít alkohol

Bytové podmínky: dobré, bydlí s manželem v bytě, který pacientka vlastní

Vztahy, role a interakce v rodině: bez narušení, s matkou se pravidelně stýká



Vztahy, role a interakce mimo rodinu: bez narušení, ráda se baví s přáteli

Záliby: posezení s kamarádkou, sledování televize, čtení romantických knih

#### **Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: SOŠ v Praze, obor prodavačka, má výuční list

Pracovní zařazení: nyní částečný invalidní důchod, pokud je zdravá a má chuť, jde si přivydělat do hotelu, kde pracuje na částečný úvazek jako pokojská

Čas odchodu do důchodu: od roku 2011 je v částečném invalidním důchodu

Vztahy na pracovišti: dobré, na pracovišti jsou velmi rádi, když jim jde vypomoci

Ekonomické podmínky: dobré, má invalidní důchod a trochu si přivydělává jako pokojská. Její manžel vydělává dobře a pracuje na směny

#### **Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: žádné

### **5.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU DNE 9. 11. 2017**

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou dne 9. 11. 2017

<b>Hlava</b>	Lebka normocefalická, na poklep nebolestivá, držení hlavy normální
<b>Oči</b>	Skléry nažloutlé, spojivky růžové, zornice izokorické
<b>Uši, nos</b>	Bez výtoků, boltec na pohmat nebolestivý
<b>Rty</b>	Prokrvené, bez cyanózy, suché, tvar souměrný
<b>Dásně, sliznice dutiny ústní</b>	Sliznice narůžovělá, vlhká
<b>Jazyk</b>	Vlhký, růžový, plazí středem, lehce povleklý
<b>Tonzily</b>	Nezvětšené, bez povlaku
<b>Chrup</b>	Sanovaný, chrup vlastní
<b>Krk</b>	Tonzily klidné, na pohmat nezvětšené, bez povlaků, štítná žláza na pohmat i pohled nezvětšená, šije volná, krční páteř

	nebolestivá, pohyblivá, tep karotid souměrný, bez šelestů
<b>Hrudník</b>	Souměrný, atletický tvar, prsy bez hmatné rezistence
<b>Plíce</b>	Dýchání sklípkovité, bez šelestů, poklep plic jasný
<b>Srdce</b>	Akce srdce pravidelná, bez šelestů
<b>Břicho</b>	Viditelný ascites, prohmatný ascites, poklep zkrácený, nebolestivý, slyšitelná peristaltika, břicho nad niveau
<b>Játra</b>	Tuhá, nepružná, hrbolatý povrch, zvětšená, 3 prsty pod okraj žeberního oblouku
<b>Slezina</b>	Nehmatná, nezvětšená, tapotement 0
<b>Genitál</b>	Normálně vyvinutý, přiměřený k věku, bez výtoků
<b>Uzliny</b>	Nezvětšené, nebolestivé, bez konzistence, hladké
<b>Páteř</b>	Nebolestivá, pohyblivá, fyziologické zakřivení
<b>Klouby</b>	Pohyblivé ve všech směrech, nebolestivé, tvar ušlechtilý, otoky na DKK, varixy 0, Homansovo znamení negativní
<b>Reflexy</b>	Normální
<b>Čítí</b>	Normální
<b>Periferní pulzace</b>	Pulzace na perifériích hmatná, symetrické
<b>Varixy</b>	Nejsou viditelné
<b>Kůže</b>	Nažloutlé barvy, hydratovaná, hematom na pravém kolenu, jizvy 0, turgor dobrý
<b>Otoky</b>	Bolestivé otoky na nohou, tužší

## 5.2 UTŘÍDĚNÍ INFORMACE DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE: 9. 11. 2017

Tabulka 4 Utřídění informací dle domén Nanda I Taxonomie II

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uvědomování si zdraví</li><li>• Management zdraví</li></ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Dříve jsem chodila na lékařské prohlídky pravidelně a to jednou za dva roky k praktickému lékaři. Na gynekologii jsem chodila také. Zubaře moc nemusím, tam jsem šla jen, pokud mě bolel zub. Když jsem byla ještě ve škole, tak jsem chodila k doktorům ráda, protože jsem se mohla poflakovat v čekárně a nemusela se učit. V práci to už bylo horší. Jednou jsem měla zlomenou nohu v kolenu a to jsem byla hodně dlouho doma a nemohla jsem pořádně chodit. Hodně kouřím cigarety a mám na ně chuť, ale na něco se umřít musí. Nyní na pravidelné prohlídky nechodím. K lékaři jdu, jen pokud mi něco je. No, nyní jsem nemocná, tak jsem rovnou nemocnici. Začaly mi otékat nohy a narostlo mi břicho. Mám tam vodu a nemůžu se pořádně hýbat. Těžko se mi chodí. No díky mému manželovi, jsem tu, jinak bych byla furt doma. Ale štve mě tu, že nemůžu kouřit.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka dříve chodila na pravidelné prohlídky, ale nyní jen, pokud je její zdravotní stav vážný. Nyní byla hospitalizována jen díky svému manželovi, který ji přivedl k praktickému lékaři a následně do nemocnice. O své zdraví se moc nestará. Naposledy na gynekologické prohlídce byla asi před třemi lety. Pacientka doma vykouří asi 15 cigaret. Na dotaz, zda pije alkohol, se rozčílí a odmítá, že by někdy pila alkohol, ale následně říká, že pije skleničku vína obden. Pro pacientku v nemocnici je velmi důležitý</p>
--	---

	<p>přátelský vztah se sestrami a doktory.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> nechodí na pravidelné lékařské prohlídky</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem potravy</li> <li>• Trávení</li> <li>• Vstřebávání</li> <li>• Metabolizmus</li> <li>• Hydratace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Celkem mi chutná jíst, ale nemám ráda vaření. Manžel mi vždy přinese jídlo domu z práce z jejich jídelny, protože je to tam levné a taky dobré. Sním všechno a nějak diety jsem nikdy nedržela a zdravě jsem taky nikdy moc nejedla. Nejradši mám svíčkovou, tu umí udělat moje máma. Denně vypiju dvě kávy a jinak piju vodu z vodovodu. Té vody moc nevypiju. Ted' jsem přibrala 14 kilo, což je hrůza. Já byla vždy hubená a ted' jsem jak balvan. Těžko se mi s tím břichem hýbe. Přijdu si, jak těhotná. Snad se mi to břicho zmenší, takhle nemůžu jít mezi lidi. Jídlo v nemocnici mi moc nechutná, protože mám dietu. Až půjdu domů z nemocnice, tak se těším, že mi nikdo nevyžadá za nějaký řízeček.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka doma nedodrhuje pravidelnou stravu a málo pije vodu. Pacientce dieta č. 4, kterou má nyní, v nemocnici nevyhovuje, ale s nutriční sestrou našly jídla, která by pacientce chutnala. Pacientku musíme neustále nabízet k pití vody nebo čaje. Měříme ji příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Kontrolujeme odchod moči z permanentního močového katétru (PMK). Potí se přiměřeně. Kůže je hydratovaná, kožní turgor je v normě. Před hospitalizací přibrala 14 kg a její BMI je nyní 28- nadváha. Musíme, ale přihlížet k otokům dolních končetin a ascitu.</p>

	<p><b>Měřicí technika:</b> BMI- 28- nadváha</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> nadváha</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkce močového systému</li> <li>• Funkce gastrointestinálního systému</li> <li>• Funkce kožního systému</li> <li>• Funkce dýchacího systému</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Na stolici chodím pravidelně doma i v nemocnici. Nepozorovala jsem nějaké odchylky. Na průjmy ani na zácpy netrpím, což jsem moc ráda. Spoustu lidí v mém věku mají zácpu. Doma jsem někdy pozorovala krev v moči, ale při močení mě nic neřezalo ani nepálilo. Tady mám močovou cévku, aby mi mohli měřit, kolik toho přesně vymočím. Doma musím nosit vložky, protože to občas nestihnu na záchod, tak jsem ráda, že se o to tady nemusím starat. S kůží problémy nemám, pravidelně si ji mažu krémem, abych ji neměla suchou. Na problémy s dýcháním jsem nikdy netrpěla, jen se někdy zadýchám, když jdu do schodů. To se dělo jen doma poslední tři měsíce, nyní je to už dobrý.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka má stolici pravidelnou, bez příměsí. Udává, že tomu tak bylo i doma. Pacientka má zavedený PMK č. 20 a to 0. den a odvádí tmavší moč bez příměsí a bez zápachu. Okolí katétru nejsou známky infekce. Měříme jí příjem a výdej tekutin. Pokožku má hydratovanou, kožní turgor má v normě. Pacientka má otoky dolních končetin a ascites z důvodu jaterní cirhózy. Dýchání je v normě- 18 dechů za minutu. Dýchá se jí nyní dobře.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> otoky dolních končetin, ascites, riziko infekce z důvodu PMK</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Dříve jsem chodila cvičit, tak to jsem byla unavená hned a spala jsem až do rána. Naštěstí</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek, odpočinek</li> <li>• Aktivita, cvičení</li> <li>• Rovnováha energie</li> <li>• Kardiovaskulární-pulmonální reakce</li> <li>• Sebepéče</li> </ul>	<p><i>problém se spaním nemám stále, tak uvidíme, jak se mi bude spát tady v nemocnici. Možná si řeknu o prášek na spaní, to uvidím. Na dnešek jsem se vůbec nevyspala, protože jsme byli s manželem na ambulanci a seděla jsem tam na židli.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Z noční služby bylo předáváno, že pacientka byla přijmuta neorientovaná, agresivní a chtěla si vytrhnout PMK. Nadávala sprostě na personál. Nyní je orientovaná. Jednalo se o abstinenční příznaky. Dýchání je nyní bez potíží a akce srdce je pravidelná- 86/ min. Ráno se pacientka sama umyla. Barthelův test všedních činností je 85 bodů- lehká závislost. Hodnocení riziko vzniku dekubitů dle Nortonové má 28 bodů- nemá riziko vzniku dekubitů. Test pro vyhodnocení rizika pádu má 5 bodů.</p> <p><b>Měřící technika:</b> Barthelův test všedních činností- 85 bodů- lehká závislost, hodnocení riziko vzniku dekubitů dle Nortonové- 28 bodů- nemá riziko vzniku dekubitů, riziko pádu- 5 bodů- má riziko pádu</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> riziko agrese, lehká závislost při péči, riziko pádu</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pozornost</li> <li>• Orientace</li> <li>• Kognice</li> <li>• Komunikace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Vím, kde jsem a co jsem. Nosím brýle na čtení, které mám tady. Čtu často drby ze světa celebrit. Někdy si přečtu knížku, ale to málo kdy. S komunikací s lidmi problémy nemám, ale nemám ráda namyšlený lidi.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je dalekozraká a má brýle na čtení v nemocnici. Je nyní orientovaná časem a místem. Někdy to tak nebývá. V noci při příjmu</p>

	<p>pacientka byla agresivní, možná z důvodu abstinence alkoholu. Nyní se ji třesou ruce, což jsou známky abstinence. Při komunikaci se zadržává a dlouho přemýšlí, co řekne.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Abstinenci příznaky, riziko agrese</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebepojetí</li> <li>• Sebeúcta</li> <li>• Obraz těla</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Jsem veliký optimista a mám se ráda. Nenechám se nikým urážet. Co se týče mé postavy, tak mě netěší to, že jsem přibrala na váze. Hlavně miluju mého manžela a on mě také.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka se má ráda a záleží jí na své postavě. Má také nalakované nehty na rukou.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> -</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role pečovatelů</li> <li>• Rodinné vztahy</li> <li>• Plnění rolí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Miluju svého manžela a on mě také, děláme pro sebe vše, pokud to lze. Bydlíme spolu v bytě v Praze a máme výborné sousedy, se kterými se scházíme každý večer. Dokonce mi i volají do nemocnice, což jsem ráda a nestýská se mi tolik. Sestřičky mi někdy lezou na nervy, protože po mně stále něco chtějí, ale je to jejich práce.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Žije se svým manželem, který ji pravidelně navštěvuje v nemocnici. Pacientka se neustále na něho ptá. Když je zmatená a neorientovaná, chce jít za ním a je přesvědčena, že je vedlejší místnosti a neustále ho volá.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p>

	<b>Priorita: -</b>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuální funkce</li> <li>• Reprodukce</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Dřív jsem děti vůbec nechtěla, byla jsem mladá a můj bývalý manžel také nechtěl děti. Teď toho lituji. Bohužel nemáme žádné děti, tak kdo se o nás bude starat?</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka nemá problém mluvit o svém intimním životě. Ke svému gynekologovi pravidelně na kontroly nechodí, naposledy byla asi v roce 2015. Samovyšetření prsu neprovádí. Je v klimakteriu.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> neprovádí samovyšetření prsu</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatické reakce</li> <li>• Reakce na zvládání zátěže</li> <li>• Neurobehaviorální stres</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>No víte, stres moc nezvládám, vždy když se něco děje, tak mám chuť na nějakou kořalku, abych to s ní zaléčila. Před 10 lety se se mnou rozcházel můj bývalý chlap a já to vůbec nezvládala. Díky bohu, že jsem našla poté mého nynějšího manžela, který je úžasný a vždy mě podporuje.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Je vidět na pacientce, že o tomto tématu moc mluvit nechce, je nervózní. Důvod pití alkoholu u pacientky je bývalý manžel.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> škodlivé užívání alkoholu</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Přesvědčení</li> <li>• Soulad hodnot/přesvědčení/jednání</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Jsem nevěřící, ale moje hodnota je můj manžel.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Má velikou oporu ve svém manželovi.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p>



	<b>Priorita: -</b>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekce</li> <li>• Fyzické poškození</li> <li>• Násilí</li> <li>• Environmentální rizika</li> <li>• Obranné procesy</li> <li>• Termoregulace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Cítím se dobře, žádné infekce snad nemám. Mám taky zavedenou kanylu a z ní t ainfekce může vzniknout, budu ji hlídat. A taky může ta infekce být z cévky, ale tu skoro ani necítím. Je mi dobře.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu (PŽK) nyní 0. den, která se pravidelně proplachuje. Dalším zdrojem infekce může být PMK zavedený také 0. den. Všechny vstupy jsou bez známek infekce. Pacientka byla poučena o známkách infekce. Její TT je 36,6 st.C.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> riziko infekce- PŽK, PMK</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesný komfort</li> <li>• Komfort prostředí</li> <li>• Sociální komfort</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Bolí mě nohy, na bolest dostávám léky, ale snažím si je moc nebrat, abych si na ně nezvykla.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka udává akutní tupou bolest nohou VAS 4 hlavně v oblasti kotníků. Hodnotící škála VAS je od 0- žádná bolest, po největší bolest, která udává VAS 10. Podávají se jí analgetika dle ordinace lékaře.</p> <p><b>Měřicí technika:</b> test škály bolesti VAS 0- 10</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> akutní bolest nohou VAS 4</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Růst</li> <li>• Vývoj</li> </ul>	<p><b>Subjektivně:</b> <i>Celý život mám tak nějak podobnou váhu, teď jsem přibrala, a taky kvůli tomu jsem tu. Selhávají mi játra a hromadí se mi voda v břiše. Ale to se určitě vyléčí.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka si uvědomuje svůj stav. BMI</p>

	<p>má 28, což je nadváha. Během tří měsíců přibrala na váze o 14 kg, ale je to díky nahromadění vody v těle.</p> <p>Měřicí technika: BMI- 28 nadváha</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> nadváha- díky retenci tekutin v těle</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
--	---

### 5.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

#### Ordinovaná vyšetření:

9. 11.- odběry krve při příjmu- biochemie, hematologie, hemokoagulace

Naordinováno na zítřejší den 10.11.- odběry krve- biochemie, hematologie

Naordinováno na zítřejší den 10.11.- RTG srdce+ plíce, sonografie břicha

#### Výsledky:

Tabulka 5 Biochemické vyšetření krve 9. 11.

Co vyšetřujeme	Pacientky výsledek	Norma
Glukóza	5.4 mmol	13.9-5.6
Sodík	136 mmol/l	132-149
Draslík	* 3.20 mmol/l	3.80-5.50
Chloridy	101 mmol/l	97-108
Osmolalita	294 mmol/kg	275-295
Urea	* 2.40 mmol/l	3.50-7.20
Kreatinin	63 umol/l	50-98
Bilirubin celkový	* 74 umol/l	0-20
AST	* 2.73 ukat/l	<0.50
ALT	0.36 ukat/l	<0.55
ALP	* 5.86 ukat/l	0.50-2.00
GGT	! 17.58 ukat/l	<0.60
Alfa-Amyláza	0.57 ukat/l	<2.08
Lipáza	1.26 ukat/l	<1.30
CRP	* 96.6 mg/l	0.0-8.0
Celková bílkovina	75.0 g/l	65.0-80.0
Albumin	* 26.0 g/l	35.0-52.0

Zdroj: dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 6 Hemokoagulační vyšetření krve 9. 11.

Co vyšetřujeme	Pacientky výsledek
Protromb. test (Quick): as	15.0 s
Protromb. test (Quick): R	1.15 1/1 0.80-1.20
Protromb. test (Quick): INR	1.19 1/1
Protromb. test (Quick):norml	13.1 s
APTT	38.7 s
APTT R	16 1/1 0.80-1.20
APTT norml	33.3 s

Zdroj: dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 7 Hematologické vyšetření krve 9. 11.

Co vyšetřujeme	Pacientky výsledek	Norma
Leukocyty	5.0 10 <sup>9</sup> /l	4.0-10.0
Erytrocyty	* 3.27 10 <sup>12</sup> /l	3.80-5.20
Hemoglobin	134.0 g/l	120.0-160.0
Hematokrit	0.381 1/1	0.350-0.470
Střední objem erytrocytů	* 116.5 fl	82.0-98.0
Průměrné množství Hb v erytrocytu	! 41.0 pg	28.0-34.0
Průměrná konc. Hb v erytrocytu	0.352 kg/l	0.320-0.360
Distribuční velikosti erytrocytů	* 16.6 %	10.0-15.2
Trombocyty	! 67.0 10 <sup>9</sup> /l	150.0-400.0
Destičkový hematokrit	* 0.080 x10 ml/l	0.120-0.350
Střední objem trombocytů	* 12.1 fl	7.8-11.0
Distribuční velikosti trombocytů	14.4 fl	9.0-17.0

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2017

### Konzervativní léčba

**Dieta:** 4 šetřící s omezením tuků

**Pohybový režim:** RC/ WC- může chodit na toaletu

**Monitorace:** P+V tekutin za 24 hodin, TK, P, TT- 2x denně

**Medikamentózní léčba: 0. den hospitalizace 9. 11.**

Tabulka 8 Medikamentózní léčba ze dne 9. 11.

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Tiapridal	p.o.	100 mg	1-0-0-1	antipsychotikum
Verospiron	p.o.	25 mg	1-1-1	diuretikum
KCL	p.o.	500 mg	1-1-1	solí a ionty
Coryol	p.o.	3,125 mg	1-0-1	antihypertenzivum
Controloc	p.o.	40 mg	1-0-0	antacidum
Normix	p.o.	200 mg	2-2-2	antibiotikum
Thiamin	p.o.	50 mg	1-0-0	vitamin B1
Diazepam	p.o.	10 mg	d.p. max á 8 hod., při akutním neklidu či delirantních projevech	antipsychotikum
Furosemid	i.v.	20 mg	2-1-0	diuretikum
Novalgin	i.v.		d.p. při VAS nad 4 nebo při TT nad 37,0 st.C., max á 8 hod.	analgetikum
5% G500 ml+ Aminosteril N- Hepa 8%	i.v.		1-0-0 na 6 hodin	aminokyseliny
Ceftriaxon	i.v.	2 g	ve 20:00	antibiotikum

Zdroj: dokumentace pacienta, 2017

#### 5.4 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 9. 11. 2017

57letá pacientka byla přijata 9.11. 2017 na interní oddělení pro komplikace alkoholické jaterní cirhózy ascites. Nyní je hospitalizována nultý den. Nyní je při vědomí, orientována místem i časem. V noci při příjmu byla agresivní na personál.

Má toxickou encefalopatii, psychotickou poruchu, syndrom závislosti na alkoholu a infekci močového ústrojí.

Pacientka je částečně soběstačná. Dle Barthelového testu má pacientka 85 bodů, což je stupeň lehké závislosti. Špatně se jí pohybuje kvůli otokům na dolních končetinách a ascitu. Její fyziologické hodnoty jsou TK: 134/82 mmHg, P: 86/ min., TT: 36, 7 st. C., D: 18/ min. Alergii uvádí na pyl. Dietu má číslo 4- s omezením tuků. Tato dieta ji nevyhovuje, dle slov pacientky „Toto jídlo je až moc dietní“. Byla edukována o této dietě nutričním terapeutem. Udává bolest oteklých nohou VAS 4, podávají se jí analgetika dle ordinace lékaře. Má částečnou inkontinenci moči a měříme jí příjem a výdej tekutin za 24 hodin, proto má zavedený PMK č. 20 od 9. 11.- 0. den. PMK odvádí tmavší moč. Problémy se stolicí nemá, chodí pravidelně na stolicí alespoň jednou denně. Má zavedenou PŽK- 0. den v pravé horní končetině, do které jsou aplikovány léky. Nemá riziko vzniku dekubitů dle Nortonové škály, má 28 bodů. Má riziko pádu- 5 bodů.

Nejdříve pacientka popírala, že by požívala dříve i nyní alkohol. Dále si ale protirečí, protože tvrdí, že doma vypije asi skleničku vína obden. Prý začala pít alkohol kvůli svému bývalému manželovi, což nám potvrdil i její nynější manžel. Jsou u ní viditelné abstinenci příznaky, jako je třes v rukou. Pacientka je kuřačka a uvádí, že vykouří asi 15 cigaret denně. Neustále opakuje, že má chuť na cigaretu.

Pacientka má vystudovanou střední odbornou školu jako prodavačka. Je vdaná a manžel ji pravidelně navštěvuje. Manžel pracuje na směny v továrně. Pacientka je v částečném invalidním důchodu, a když jí zdraví přeje, tak uklízí jako pokojská. Žádné děti spolu nemají, ale mají spoustu dobrých přátel. Je ateistka.

## **5.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT A PRŮBĚHU PÉČE V RÁMCI HOSPITALIZACE U PACIENTKY S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Ošetřovatelské diagnózy jsme stanovili dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

## **Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne 9. 11. 2017**

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

#### **Zvýšený objem tekutin (Hyperhydratace)**

**Kód:** 00026                      **Doména:** 2. Výživa                      **Třída:** 5. Hydratace

**Definice:** Zvýšená izotonická retence tekutin.

**Určující znaky:** otoky dolních končetin po stehna, ascites

**Související faktory:** oslabený regulační mechanismus

#### **Akutní bolest**

**Kód:** 00132                      **Doména:** 12. Komfort                      **Třída:** 1. Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** výraz bolesti v obličeji, ochranné chování, vyhledávání analgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti

**Související faktory:** fyzikální původci

#### **Funkční inkontinence moči**

**Kód:** 00020 **Doména:** 3. Vylučování a výměna **Třída:** 1. Funkce močového systému

**Definice:** Neschopnost normálně kontinentní osoby dojit na toaletu včas tak, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči.

**Určující znaky:** únik moči před dosažením toalety

**Související faktory:** psychická porucha, oslabené svalové dno pánevní

### **Chování náchylné ke zdravotním rizikům**

**Kód:** 00188    **Doména:** 1. Podpora zdraví    **Třída:** 2. Management zdraví

**Definice:** Snížená schopnost uzpůsobit životní styl/ chování tak, aby došlo ke zlepšení zdravotního stavu.

**Určující znaky:** nečinnost z hlediska prevence zdravotního problému

**Související faktory:** nízká vlastní efektivita, kouření, abúzus látek

### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy**

#### **Riziko akutní zmatenosti**

**Kód:** 00173                      **Doména:** 5. Percepce/ kognice                      **Třída:** 4. Kognice

**Definice:** Náchylnost k reverzibilním poruchám vědomí, pozornosti, kognice a percepce vyvíjejících se v krátkém čase, která může vést k oslabení zdraví.

**Rizikové faktory:** narušení fungování metabolismu, bolest, zhoršená pohyblivost, abúzus látek

#### **Riziko infekce (PMK)**

**Kód:** 00004                      **Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana                      **Třída:** 1. Infekce

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

**Rizikové faktory:** invazivní vstup- zavedený permanentní močový katétr

#### **Riziko infekce (PŽK)**

**Kód:** 00004                      **Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana                      **Třída:** 1. Infekce

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

**Rizikové faktory:** invazivní vstup- perifilní žilní kanyla

### **Riziko pádu**

**Kód:** 00155 **Doména:** 11. Bezpečnost/ ochrana **Třída:** 2. Tělesné poškození

**Definice:** Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

**Rizikové faktory:** neznámé prostředí, konzumace alkoholu, oslabení dolních končetin

### **Riziko krvácení**

**Kód:** 00206 **Doména:** 11. Bezpečnost/ ochrana **Třída:** 2. Tělesné poškození

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

**Rizikové faktory:** zhoršená funkce jater

Na základě rozhovoru s pacientkou jsme se dohodli, že se zaměříme na její nejvíce aktuální ošetrovatelské problémy, jako je její zvýšený objem tekutin, který se projevuje otoky dolních končetin. Otoky má až po stehna. Dalším aktuálním problémem je akutní tupá bolest v nohou, díky otokům. Další aktuální diagnóza je funkční inkontinence, tu ale nyní neřešíme, protože jsme pacientce zavedli permanentní močový katétr. Dále jsme se dohodli na jejím chování náchylné ke zdravotním rizikům. Další potenciální ošetrovatelské problémy jsou riziko akutní zmatenosti, riziko infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK. Dále máme riziko pádu a riziko krvácení z důvodu zhoršené funkce jater. Níže v textu rozpracováváme 4 ošetrovatelské diagnózy. Z toho máme 2 aktuální diagnózy: zvýšený objem tekutin 00026, akutní bolest 00132 a 2 potenciální diagnózy: riziko infekce 00004 z důvodu zavedení PMK a PŽK.

**Ošetrovatelská diagnóza:** Zvýšený objem tekutin (Hyperhydratace)

**Kód:** 00026

**Doména:** 2. Výživa

**Třída:** 5. Hydratace

**Definice:** Zvýšená izotonická retence tekutin.



**Určující znaky:** otoky dolních končetin nad kolena, ascites

**Související faktory:** oslabený regulační mechanismus

**Priorita:** Střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:** Pacientka má otoky dolních končetin zmenšené pod kolena do tří dnů.

**Dlouhodobý:** Pacientka má stabilizovaný objem tekutin (rovnováha mezi příjmem a výdejem) a fyziologické parametry má v mezích normy do konce hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka rozumí všem příznakům spojené s hyperhydratací do 1 dne.

Pacientka je plně informovaná o tom, že ji alespoň jednou denně sledujeme její otoky na dolních končetinách a vše zaznamenáváme do dokumentace.

Pacientka je informovaná o tom, že se jí sleduje příjem a výdej tekutin za 24 hodin a vše zaznamenáváme.

Pacientka ví, že by měla mít čistou moč bez příměsí, bez zápachu, sledujeme moč 1x denně, vše zaznamenáváme jednou denně.

Pacientka je informovaná o tom, že ji 2x denně měříme vitální funkce (TK, P) a vše zaznamenáváme.

Pacientka ví, že ji vážíme 1x denně nebo dle ordinace lékaře a její hodnoty zaznamenáváme do dokumentace.

Pacientka je plně informovaná, že při hygienické péči musíme kontrolovat její stav kůže, musíme promazávat kůži 1x denně a vše zaznamenat.

Pacientka ví, že pokud bude dušná (v klidu nebo při zátěži), oznámí výskyt dušnosti ihned personálu.

Pacientka je plně informována o lécích, které jí podáváme a spolupracuje při užívání léků.

### **Plán intervencí:**

1. Informuj pacienta o příznacích hyperhydratace (hyperhydratace, pleurální výpotek, změny v TK, psychické změny, neklid) do 1 dne a vše zaznamenej do edukačního listu všeobecná sestro.
2. Sleduj stav otoků alespoň jednou denně a vše zaznamenej všeobecná sestro.
3. Sleduj příjem a výdej tekutin za 24 hodin a vše zaznamenej všeobecná sestro.
4. Zhodnocuj charakter a množství moči za 24 hodin každý den a vše zaznamenej všeobecná sestro.
5. Zhodnot' vitální funkce (TK, P) 2x denně a vše zaznamenej všeobecná sestro.
6. Měř a zaznamenávej tělesnou váhu denně nebo dle ordinace lékaře všeobecná sestro.
7. Kontroluj stav kůže, pečuj o kůži jednou denně a vše zaznamenej všeobecná sestro.
8. Sleduj, zda není pacientka dušná (v klidu, při zátěži) a zaznamenávej výskyt dušnosti vždy všeobecná sestro.
9. Podávej léky (diuretika) dle ordinace lékaře, sleduj efekt léků a kontroluj, zda pacientka léky spolkla všeobecná sestro.
10. Sleduj a zhodnot' laboratorní výsledky pacientky (urea, kreatinin, sérový albumin) a v případě špatných výsledků informuj ihned lékaře všeobecná sestro.

### **Realizace 9. 11.- 11. 11. 2017**

Pacientka je edukovaná o hyperhydrataci, zná příčiny i příznaky. Každé ráno jsme měřili otoky DK ve stehni i v lýtku metrem a všechny údaje zapisovali. První dva dny se otoky DK zmenšily celkem o 8 cm, třetí den se otoky zmenšily a byly už jen pod koleny. Pacientka každý den vymočila více tekutin, než přijala. PMK odváděl první den tmavší moč, druhý a třetí den již čirou moč bez příměsí. Vitální funkce (TK, P) měla v normě. Její váha byla první den 74 kg, druhý den 72 kg, třetí den 69 kg a všechny hodnoty jsme zaznamenávali do dokumentace. Na její kůži nebyly žádné známky opruzenin ani dekubitů. Pacientka nepocítovala dušnost v klidu, ani při pohybu. Špatně se jí pohybovalo s ascitem. Spolupracovala s polykáním léků.

10. 11. 2017	Urea 2.60 mmol/l	Kreatinin 55 umol/l
11. 11. 2017	Urea 6.60 mmol/l	Kreatinin 53 umol/l

9. 11.- Pacientka vypila 1250 ml tekutin a vymočila 2800 ml

10. 11.- Pacientka vypila 1500 ml tekutin a vymočila 2200 ml

11. 11.- Pacientka vypila 1000 ml tekutin a vymočila 1600 ml

### **Hodnocení 11. 11. 2017:**

Krátkodobý cíl jsme splnili, otoky DK se zmenšily a zůstaly otoky jen po kolena.

Dlouhodobý cíl nám pokračuje, jelikož pacientka stále není propuštěna do domácí péče, intervence č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 dále pokračují. Očekávané výsledky jsou splněné.

### **Ošetrovatelská diagnóza:** Akutní bolest

**Kód:** 00132

**Doména:** 12. Komfort

**Třída:** 1. Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsaný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** výraz bolesti v obličeji, ochranné chování, vyhledávání analgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti

**Související faktory:** fyzikální původci

**Priorita-** střední

**Cíl:**

**Dlouhodobý-** Pacientka je bez bolesti nohou do konce hospitalizace.

**Krátkodobý-** Pacientka má bolest dle numerické škály bolesti 0-10 z VAS 5 na 2 do tří dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka je schopna mluvit o bolesti a o jejich projevech do 1. dne hospitalizace.

Pacientka je plně informována o možnosti monitoraci bolesti dle numerické škály bolesti VAS od 0-10 a umí škálu bolesti používat do 3. dne hospitalizace.

Pacientka má založený záznam o monitoraci bolesti ihned po příjmu a pravidelně bolest zapisujeme.

Pacientka umí používat úlevovou polohu do 24 hodin.

Pacientka ví, že jí měříme FF (TK, P, D, TT) a zhodnocujeme 2x denně, zapisujeme je.

Pacientka ví, proč a na co ji podáváme léky do 3 dnů.

Pacientka spí klidně do 3 dnů od začátku hospitalizace.

### **Plán intervencí:**

1. Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti pacientky průběžně nebo dle zvyklosti oddělení všeobecná sestro.
2. Seznam pacientku o možnosti sledování bolesti dle numerické škály bolesti do 3 dnů a dále o používání této techniky měření bolesti po celou dobu hospitalizace všeobecná sestro.
3. Založ záznam o monitoraci bolesti ihned po příjmu a pravidelně bolest zaznamenávej všeobecná sestro.
4. Plně informuj pacientku o úlevové poloze do 24 hodin všeobecná sestro.
5. Sleduj FF (TK, P, D, TT) a zapisuj jejich změny všeobecná sestro dle ordinace lékaře.
6. Vysvětli pacientce, k čemu jsou analgetika do 3 dnů a podávej je pravidelně (Novalgin) všeobecná sestro dle ordinace lékaře.
7. Sleduj účinek analgetik po půl hodině od podání a zapisuj do záznamu o monitoraci bolesti všeobecná sestro.
8. Zajisti klidné prostředí pro pacientku všeobecná sestro, sanitáři, ošetřovatelko do 3 dnů.

### **Realizace dne 9. 11.- 11. 11. 2017**

Pacientka je plně informována o monitoraci bolesti a chápe ji, umí tuto techniku monitorace bolesti používat. Sledujeme zároveň její neverbální projevy. Edukujeme o úlevové poloze do 24 hodin od plánování intervencí. Podáváme ji antidekubitní pomůcky pod nohy, aby měla pacientka své nohy ve vzduchu, tímto se jí vždy ulevilo. Pacientky fyziologické funkce jsou přiměřené a nemá žádné odchylky. Podáváme analgetika- Novalgin i.v. dle ordinace lékaře při VAS nad 4. Pacientka si vždy řekne při

potřebě užití analgetika. Sledujeme účinek tohoto analgetika a pravidelně zapisujeme účinek do záznamu o monitoraci bolesti. Pacientka se cítí lépe než při příjmu a udává menší bolest nohou VAS 2. Pacientka v noci spala dobře.

### **Hodnocení 11. 11. 2017**

Cíl krátkodobý splněn, pacientka udává bolest dle numerické škály VAS 2, cítí se lépe.

Cíl dlouhodobý pokračuje do konce hospitalizace. Realizace intervencí č. 1, 3, 5, 6, 7 pokračuje za pomoci ošetřovatelského personálu. Očekávané výsledky jsou splněny.

**Ošetřovatelská diagnóza:** Riziko infekce (PMK)

**Kód:** 00004

**Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana

**Třída:** 1. Infekce

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

**Rizikové faktory:** invazivní vstup- zavedený permanentní močový katétr

**Cíl:**

**Krátkodobý:** Pacientka je plně informována o prevenci vzniku a projevů infekce u zavedeného močového katétru do 3 dnů po zavedení.

**Dlouhodobý:** Pacientka nemá žádné známky infekce po dobu zavedení PMK nebo do konce hospitalizace.

**Priorita:** Nízká

**Očekávané výsledky:**

Pacientka zná projevy infekce do 24 hodin od zavedení PMK.

Pacientka oznámí personálu vzniklé potíže ihned.

Pacientka dodržuje preventivní opatření po celou dobu zavedení PMK.

Pacientka dbá na hygienu genitálu a okolí katétru 2x denně.

Pacientka oznámí personálu vzniklé potíže ihned.

Pacientka je seznámena s tím, že pravidelně kontrolujeme místo zavedení PMK alespoň 1x denně.

Pacientka je plně informována o tom, že ji sledujeme množství, barvu, zápach nebo příměsi odvedené moči každý den.

Pacientka je seznámena s tím, že močový katétr musíme po 21 dnech vyměnit nebo dle ordinace lékaře.

Pacientka ví, že musíme měnit sběrný sáček každé 3 dny nebo dle zvyklostí oddělení.

Pacientka je plně informovaná, že všechny provedené intervence u pacientky zapisujeme neprodleně do její dokumentace.

### **Plán intervencí:**

1. Informuj pacientku o projevech infekce (pálení, řezání v okolí katétru, horečka, třesavka, pocení) v souvislosti se zavedeným PMK do 3 dnů všeobecná sestra.
2. Informuj pacientku, aby při známkách infekce informovala zdravotnický personál ihned všeobecná sestra.
3. Vysvětli pacientce, aby dbala na dostatečnou hygienu genitálu alespoň 2x denně všeobecná sestra.
4. Pravidelně kontroluj místo zavedení katétru alespoň 1x denně všeobecná sestra.
5. Sleduj množství, barvu, zápach nebo příměsi odvedené moči 1x denně všeobecná sestra.
6. Vyměňuj močový katétr max. do 21 dní od zavedení nebo dle ordinace lékaře všeobecná sestra.
7. Vyměňuj sběrný močový sáček každé 3 dny nebo dle zvyklostí oddělení všeobecná sestra.
8. Veškeré provedené intervence neprodleně zapiš do dokumentace všeobecná sestra.

### **Realizace 9. 11.– 11. 11. 2017:**

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr číslo 20 od 9.11. Pacientku jsme informovali o projevech infekce (bolest, pálení, řezání v okolí katétru, příměsi v moči, teplota, třesavka) a nutnosti dodržování hygienického režimu. Pravidelně jsme sledovali množství, barvu, zápach a příměsi v moči. První den PMK odváděl tmavší moč, další

dva dny už čistou moč bez příměsí. Za naší péče pacientce infekce nevznikla. Zatím jsme sběrný sáček nevyměňovali, ten budeme vyměňovat dnes o půlnoci. Pacientku jsme nepřecévkovali. Vše jsme zapisovali do dokumentace.

**Hodnocení 11. 11. 2017:**

Krátkodobý cíl jsme splnili, pacientka je edukována o prevenci a projevech infekce do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl zatím nelze hodnotit a cíl pokračuje dále. Realizace intervencí č. 4, 5, 6, 7, 8 pokračují. Očekávané výsledky jsou splněny.

**Ošetrovatelská diagnóza:** Riziko infekce (PŽK)

**Kód:** 00004

**Doména:** 11 Bezpečnost/ochrana

**Třída:** 1. Infekce

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

**Rizikové faktory:** zavedený periferní žilní katétr (PŽK)

**Cíl:**

**Krátkodobý:** Pacientka je plně informována o prevenci a možnosti vzniku infekce a její prevence do 3 dnů po zavedení žilního katétru.

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

**Priorita:** Nízká

**Očekávané výsledky:**

Pacientka zná příčiny vzniku infekce a její prevence do 3 dnů od zavedení vstupu.

Pacientka zná projevy infekce do 24 hodin.

Pacientka je informovaná, že ihned ohlásí personálu projev infekce.

Pacientka je informována, že musíme dodržovat sterilní postupy vždy při intravenózní aplikaci.

Pacientka je plně informována o kontrole okolí vstupu periferní žilní kanyly alespoň 2x denně.

Pacientka ví, že jí po 3 dnech od zavedení budeme periferní žilní kanylu měnit.

Pacientka je plně informována, že všechny intervence u ní provedené, musíme neprodleně zapsat do její dokumentace.

#### **Plán intervencí:**

1. Plně informuj pacientku o příčinách vzniku infekce do 3 dnů po zavedení periferní žilní kanyly všeobecná sestro.
2. Informuj pacientku o projevech infekce do 24 hodin všeobecná sestro.
3. Informuj pacientku, aby při vzniku známky infekce informovala ihned zdravotnický personál všeobecná sestro.
4. Dodržuj sterilní postupy vždy při intravenózní aplikaci všeobecná sestro.
5. Pravidelně kontroluj funkčnost zavedeného invazivního vstupu alespoň 2x denně všeobecná sestro.
6. Pravidelně kontroluj okolí vstupu a pátrej po infekci alespoň 2x denně všeobecná sestro.
7. Vyměňuj invazivní vstup max. po 3 dnech od zavedení všeobecná sestro.
8. Veškeré provedené intervence neprodleně zapiš do dokumentace všeobecná sestro.

#### **Realizace 9. 11.- 11. 11. 2017:**

Pacientce jsme zavedli periferní žilní katétr 9. 11. 2017 ve 2 hod ráno na ambulanci do pravé horní končetiny v oblasti loketní jamky, okolí je klidné po celou dobu zavedení. Pacientka byla plně informovaná o příčinách vzniku a projevech infekce. Do žilního vstupu byly aplikovány léky dle ordinace lékaře. Pravidelně jsme sledovali kůži okolo vstupu a kontrolovali funkčnost nejméně 2x denně, proplachovali fyziologickým roztokem. Pátrali jsme po vzniku infekce. Po celou dobu našeho ošetřování se kanyla nepřepichovala. Vše jsme zapisovali do dokumentace pacientky.



## **Hodnocení 11. 11. 2017:**

Krátkodobý cíl jsme splnili.

Dlouhodobý cíl pokračuje. Dále provádí intervence č. 4, 5, 6, 7, 8 ošetřující personál, intravenózní léčba stále trvá.

### **5.6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacientku jsme ošetřovali od 9. 11.- 11. 11. 2017. Během našeho ošetřování nedošlo ke zhoršení stavu, ba ke zlepšení. U ošetřovatelské diagnózy zvýšený objem tekutin jsme krátkodobý cíl splnili. Otoky dolních končetin se zmenšily. Od otoků nad kolena pacientka měla po třech dnech otoky pod kolena. U diagnózy akutní bolest jsme krátkodobý cíl splnili. U pacientky se tupá bolest nohou zmenšila z VAS 5 na VAS 2 a cítí se po třech dnech lépe. Bolest ustoupila díky zmenšení otoků. Diagnóze funkční inkontinence moči se nyní nevěnujeme, protože pacientka má zavedený permanentní močový katétr. Pacientce jsme doporučili cvičení pánevního dna, ze kterého je nadšená a až bude doma, bude toto cvičení praktikovat. Dalším ošetřovatelským problémem chování náchylné ke zdravotním rizikům se také nezabýváme. Pacientka musí mít nad sebou pevnou ruku, která ji bude vést. Navrhli jsme jejímu manželovi, aby pacientku kontroloval, aby nepila alkohol a chodila na pravidelné lékařské prohlídky. Je u ní riziko akutní zmatenosti. Akutní zmatenost se u ní projevila jen první noc a to při příjmu na oddělení, kde byla velmi agresivní.

Další jsou potenciální diagnózy rizika infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK. Žádná infekce za dobu naší ošetřovatelské péče nevznikla. Pacientka se infekce velmi bála, a proto proti ní dělala všechna opatření. U PMK dělala zvýšenou hygienu a kontrolovala se. U PŽK jsme kontrolovali místo vpichu a jeho okolí společně s pacientkou. Má také riziko pádu. Naštěstí žádný pád za našeho ošetřování nevznikl. Vysvětlili jsme pacientce, že má riziko krvácení, díky cirhóze jater. Plně jsme ji informovali o tom, že by se měla pozorovat, zda někde nekrvácí, nemá hematomy. U této diagnózy se domníváme, že pacientka tento problém zlehčovala, a tak jsme informovali i jejího manžela.

U všech diagnóz dlouhodobé cíle pokračují nadále do konce hospitalizace pacientky. Po naší ošetřovatelské péči pokračovali v intervencích sestry z oddělení. Doufáme, že po propuštění pacientky domů, bude vše pro pacientku bez obtíží. Věříme,

že se o ni postará její manžel, ve kterém má pacientka velkou oporu. Pacientce bychom doporučili zkusit pravidelně navštěvovat protialkoholní léčebny, krizová centra nebo stacionáře, protože pacientka nemá silnou vůli s přestáním pití alkoholu dle jejího manžela. Myslíme si, že by ji mohli pomoci.

## **5.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Jelikož se o jaterní cirhóze moc nemluví, měli bychom i veřejnost seznámit s tímto onemocněním. Důležitá u toho onemocnění je prevence a edukace zdravé populace.

### **Doporučení pro všeobecné sestry**

- Individuálně dbejte na pacientovo bio-psycho-sociální potřeby, hodnoty, postoje, návyky, životní styl
- Edukujte pacienta s jaterní cirhózou i jeho rodinu o průběhu léčebného režimu během hospitalizace
- Zajistěte pacientovi s jaterní cirhózou dostatek informací o jeho onemocnění
- Mluvte s pacientem s jaterní cirhózou srozumitelně, trpělivě, neužívejte odborné výrazy, vždy nechte dostatek prostoru pro dotazy
- Motivujte pacienta s cirhózou jater k léčbě
- Dbejte na prevenci bolesti u pacienta s jaterní cirhózou
- Respektujte pacientovo soukromí a práva
- Poskytněte pacientovi dostatek času se smíření se s novou skutečností
- Dodržujte profesionální přístup u pacientů s jaterní cirhózou
- Vzdělávejte se a prohlubujte své vědomosti v dané problematice onemocnění

### **Doporučení pro pacienta**

- Dodržujte správnou životosprávu (pravidelný režim dne, dodržujte dietu, nepijte alkohol, nekuřte, neužívejte jiné návykové látky)
- Dodržujte léčebný režim a léčebná opatření při hospitalizaci i po propuštění do domácího ošetření a věřte lékařům
- Dbejte na preventivní opatření a docházejte na pravidelné lékařské prohlídky
- Projevujte svůj zájem o zdravotní stav a získejte co nejvíce informací o vašem onemocnění

- V případě dotazů se vždy obraťte na zdravotnický personál
- Pozorujte se, zda více nekrvácíte, nemáte mnoho modřin, nemáte otoky, větší břicho než obvykle a zda nejste nažloutlí
- Pravidelně užívejte medikaci navrženou od Vašeho lékaře
- Nevzdávejte to!

## ZÁVĚR

V teoretické části se zaměřujeme na příčinu vzniku jaterní cirhózy. Jelikož v dnešní populaci je největší příčinou jaterní cirhózy alkoholová etiologie, popisujeme škodlivost alkoholu na játra. Dále se zajímáme o vyšetřovací metody, příznaky, léčbu, komplikace jaterní cirhózy, popisujeme standardní oddělení a role sestry. Cíle teoretické části byly splněny.

V praktické části této bakalářské práce jsme vypracovali ošetrovatelský proces u pacientky s jaterní cirhózou z důvodu abúzu alkoholu. Ošetrovatelský proces jsme stanovili dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Spolu s pacientkou jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy podle jejího nejzávažnějšího problému dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Stanovili jsme cíle stavu pacientky a očekávané výsledky. Poté jsme navrhli individuální plán intervencí, realizaci plánů a na závěr jsme zhodnotili ošetrovatelskou péči. Všechny krátkodobé cíle jsme splnili. Dlouhodobé cíle jsme nemohli zhodnotit, díky omezenému času konání odborné praxe, během které byl ošetrovatelský proces realizován. Dlouhodobé cíle u ošetrovatelských diagnóz stále trvají. V plánovaných intervencích a léčebném režimu dále pokračoval zdravotnickým personál interního oddělení do dosažení dlouhodobých cílů, či do ukončení hospitalizace pacientky. Pacientka byla velmi skeptická ohledně léčby za naší praxe.

Díky personálu po absolvování naší praxe jsme se dozvěděli, že se pacientky stav poté zlepšil, a byla propuštěna do domácí péče. Tuto péči jí poskytl její manžel. Díky manželovi se pacientka nadále drží našich doporučení a zásad léčby s touto diagnózou. Cíle pro praktickou část bakalářské práce jsme splnili.

Výstupem této práce je doporučení pro všeobecné sestry a pacienta. Pokud tuto bakalářskou práci obhájíme, bude na oddělení sloužit jako zdroj informací pro nově nastupující sestry v adaptačním procesu, které si chtějí prohloubit své znalosti v oblasti jaterní cirhózy. Bude zpřístupněna i pro studenty nelékařských zdravotnických oborů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRODANOVÁ, Marie, 2003. Jaterní cirhóza a její komplikace. *Interní medicína pro praxi*. **5**(3), 142-149. ISSN 1212-7299.

BRŮHA, Radan, 2015a. Jaterní cirhóza a její komplikace. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie*. **1**(3), 231-242. ISSN 2336-4998.

BRŮHA, Radan, 2015b. Přístup k pacientům s jaterními chorobami. *Vnitřní lékařství*. **61**(4), 456-4512. ISSN 0042-773X.

BRŮHA, Radan, K. DVOŘÁK, Jaromír PETRTÝL a Tomislav ŠVESTKA, 2009. Alkoholové poškození jater. *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů*. **6**(3), 144-146. ISSN 1214-8687.

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ, 2014. *Vnitřní lékařství*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

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

DVOŘÁK, Karel, 2011. Antimikrobiální látky v léčbě komplikací jaterních onemocnění. *Remedia: farmakoterapeutický dvouměsíčník pro lékaře a farmaceuty*. **21**(5), 372-375. ISSN 0862-8947.

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

EHRMANN, Jiří, 2008. Poškození jater alkoholem. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. **62**(2), 98-99. ISSN 1213-323X.

EHRMANN, Jiří, Květoslava AIGLOVÁ, Michal KONEČNÝ, Vlastimil PROCHÁZKA a Drahomíra VRZALOVÁ, 2016. Aktuální možnosti léčby jaterní cirhózy v ambulanci internisty. *Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství*. **62**(7-8), 553-563. ISSN 0042-773X.

EHRMANN, Jiří, Květoslava AIGLOVÁ, Vlastimil PROCHÁZKA, Pavel SYCHRA a Renata AIGLOVÁ, 2015. Alkoholové jaterní poškození. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie*. **1**(3), 206-217. ISSN 2336-4998.

FLEMMING, Jennifer, Ju DONG YANG a Eric VITTINGHOFF, 2014. Risk prediction of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Cancer*. **120**(22), 3485- 3493. ISSN 0008-543X.

HAJDUŠEK, Pavel, Jaroslav KOTEN, Zdeněk BENEŠ a Alena CHLUMSKÁ, 2008. Akutní exacerbace etylické cirhózy jater z méně obvyklých příčin. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. **88**(7), 419-421. ISSN 0032-6739.

HEJDA, Václav, 2015. Jaterní cirhóza a HCV. *Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství*. **61**(4), 413-423. ISSN 0042-773X.

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

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

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ, 2016. *Slovník lékařských zkratek*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KIESLICHOVÁ, Eva, 2009. Anestezie a pooperační péče u pacienta s jaterní cirhózou. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. **63**(3), 133-134. ISSN 1213-323X.

LATA, Jan, Tomáš VAŇÁSEK a Oldřich STIBŮREK, 2009. Jaterní cirhóza a její léčba. *Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství*. **55**(9), 774-778. ISSN 0042-773X.

MAREČEK, Zdeněk, 2008. Jaterní cirhóza- přirozený vývoj a prognóza onemocnění. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. **62**(2), 104-106. ISSN 1213-323X.

MEJZLÍK, Vladimír, Libuše HUSOVÁ, Milan KUMAN, Soňa ŠTĚPÁNKOVÁ, Jiří ONDRÁŠEK a Petr NĚMEC, 2013. Transplantace jater u tumorů a alkoholických cirhóz. *Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství*. **59**(8), 698-704. ISSN 0042-773X.

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

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-00-9

NOUSBAUM, Martha a Armengaud JEAN-BAPTISTE, 2015. Spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis. *Presse médicale*. **44**(12), 1235. ISSN 0755-4982.

PLEVOVÁ, Ilona, Radka BUŽGOVÁ, Eva JANÍKOVÁ, a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3557-3.

SABERIFIROZI, Mehdi, 2017. Middle East Journal of Digestive Diseases. *Hospital Premium Collection*. **9**(4), 189- 200. ISSN 2008-5230.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRUNEČKA, Pavel, Jiří FRONĚK, Libor JANOUŠEK a a kol., 2013. Prvních 1 000 transplantací jater v IKEM. *Gastroenterologie a hepatologie*. **67**(5), 399-406. ISSN 1804-7874.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.



# PŘÍLOHY

Příloha A- Skóre ke zjištění rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.....	I
Příloha B- Skóre je zjištění rizika pádu.....	II
Příloha C- Rešeršní protokol.....	III
Příloha D- Čestné prohlášení studenta .....	IV

Příloha A- Skóre ke zjištění rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																	
Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita		
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	3	do 30	3	alergie	3		3	horší	3	apatie	3	částečně omezená	3	občas	3	s doprovodem	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2		2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedáčka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1		1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moče	1	ležící	1
Dne		(součet bodů)															

Zdroj: KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. Ošetrovatelské dokumentace. [online]. [cit. 2018-11-3],

Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%20ovatel%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncept%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

Příloha B- Skóre je zjištění rizika pádu

<b>Zjištění rizika pádu</b>					
skóre vyšší než 3, riziko pádu					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	1	
	používá pomůcky	1	Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropních léků, benzodiazepinů	1
	neschopnost přesunu	1			
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Věk	18-75	0			
	75 a více	1			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1			
<b>Celkové skóre</b>					

Zdroj: KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. Ošetrovatelské dokumentace. [online]. [cit. 2018-11-3],

Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%20ovatel%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncep%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

## Příloha C- Rešeršní protokol

### **Téma rešerše:**

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou na standardním oddělení

### **Žadatel:**

Hana Kuželová

### **Jazykové vymezení:**

Čeština, angličtina

### **Klíčová slova:**

Alkohol, jaterní cirhóza, ošetrovatelská péče, pacient

### **Časové vymezení:**

Čeština- 2008 - současnost, angličtina 2013- současnost

### **Druhy dokumentů:**

Knihy, kapitoly z knih, články

### **Počet záznamů:**

48 záznamů v anglickém jazyce (knihy: 4, kapitoly v knize: 16, články: 28)

26 záznamů v českém jazyce (knihy: 0, kapitoly v knize: 9, články: 17)

### **Zdroje:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

### **Zpracoval:**

Martin Flohr, vedoucí SVI

Nemocnice Na Bulovce

T: 266083358

E: [knihovna@bulovka.cz](mailto:knihovna@bulovka.cz)

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta