

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Andrea Neuwirthová

**Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou jaterní
cirhóza**

*Nursing Care about a Patient with Diagnosis Liver
Cirrhosis*

Bakalářská práce

Praha, duben 2024

Autor práce: Andrea Neuwirthová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Tomáš Drobil**

Pracoviště odborného konzultanta: **Ústřední vojenská nemocnice –
Vojenská fakultní nemocnice Praha – oddělení gastroenterologie,
hepatologie a poruch metabolismu**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 20. dubna 2024

Andrea Neuwirthová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové za cenné rady, ochotu a vstřícnost při vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat paní náměstkyni Mgr. Lence Gutové, MBA, LL.M. za umožnění čerpat data do praktické části bakalářské práce v Ústřední Vojenské nemocnici v Praze. Dále děkuji mé pacientce za skvělou spolupráci a umožnění vypracovat praktickou část své bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala panu MUDr. Tomáši Drobilovi za odbornou lékařskou konzultaci.

Obsah

Úvod	6
1 Teoretická část.....	7
1.1 Anatomie jater	7
1.2 Fyziologie jater	9
1.3 Definice jaterní cirhózy.....	11
1.4 Epidemiologie.....	11
1.5 Klasifikace	12
1.6 Etiologie	13
1.6.1. Alkoholická cirhóza	13
1.6.2. Nealkoholové tukové onemocnění jater	13
1.6.3. Chronické virové hepatitidy	14
1.6.4. Biliární cirhóza	14
1.7 Klinický obraz	14
1.7.1 Portální hypertenze	15
1.8 Komplikace.....	16
1.8.1 Ikterus.....	16
1.8.2 Ascites	17
1.8.3 Jaterní encefalopatie	17
1.8.4 Jícnové varixy.....	18
1.8.5 Infekce a spontánní bakteriální peritonitida	18
1.8.6 Hepatorenální syndrom.....	18
1.8.7 Akutní jaterní selhání nasedající na chronické	19
1.8.8 Hepatocelulární karcinom	19
1.9 Vyšetřovací metody.....	19
1.9.1 Anamnéza	19
1.9.2 Vyšetření celkového stavu.....	20
1.9.3 Fyzikální vyšetření jater	20
1.9.4 Fyzikální vyšetření ascitu	21
1.9.5 Krevní testy.....	22
1.9.6 Zobrazovací metody	23
1.10 Léčba	24
1.10.1 Dietní opatření.....	24
1.10.2 Farmakologická léčba	25
1.10.3 Punkce ascitu (paracentéza)	27
1.10.4 Endoskopická léčba	27
1.10.5 Zavedení TIPS.....	28
1.10.6 Transplantace jater	29
1.11 Prognóza	29

2	Praktická část	32
2.1	<i>Lékařská anamnéza</i>	32
2.2	<i>Ošetrovatelské vyšetření a anamnéza (podle SOP UVN):</i>	35
2.3	<i>Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové</i>	37
2.4	<i>Ošetrovatelský souhrn</i>	45
2.5	<i>Průběh hospitalizace</i>	46
2.6	<i>Vybrané ošetrovatelské problémy</i>	51
2.6.1	Riziko pádu z důvodů snížené pohyblivosti a pádů v anamnéze	51
2.6.2	Bolest a dyskomfort z důvodů neuropatie a následků opakovaných pádů	54
2.6.3	Omezená schopnost dodržování pokynů při měření bilance tekutin	58
2.7	<i>Propuštění</i>	61
2.8	<i>Ošetrovatelská prognóza</i>	62
	Závěr	64
	Seznam použité literatury	65
	Seznam tabulek	68
	Seznam obrázků	69
	Seznam zkratk	70
	Seznam příloh	72
	Přílohy	73

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila ošetrovatelskou péči o pacienta s diagnózou jaterní cirhóza. Jedná se o případovou studii rozdělenou na klinickou a ošetrovatelskou část. Cílem mé práce je popsat jaterní cirhózu a specifikovat ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním.

Aktuálně pracuji jako sestra na gastroenterologickém oddělení, kde se často setkávám s pacienty s touto diagnózou, jejíž prevalence stoupá a prognóza nebývá stejně tak pozitivní. Osobně to vnímám jako velký problém a mé pracovní zkušenosti mě utvrdily v myšlence, že by se tato choroba měla dostat více do povědomí laické veřejnosti. Ráda bych v mé práci přiblížila problematiku jaterní cirhózy a výše zmíněnou ošetrovatelskou péči. V rámci kazuistiky jsem oslovila pacientku s diagnostikovanou jaterní cirhózou biliárního typu, která souhlasila s anonymním zpracováním do praktické části mé bakalářské práce. Spolupráce s ní byla velice příjemná, pacientka se po celou dobu chovala mile a vstřícně.

V klinické části se zabývám anatomii a fyziologií jater, obecnou definicí jaterní cirhózy, epidemiologií, klasifikací, etiologií, klinickým obrazem, komplikacemi, vyšetřovacími metodami, léčbou a prognózou.

V ošetrovatelské části se věnuji lékařské anamnéze odebrané lékařem, ošetrovatelské anamnéze odebrané mnou a příjmovou sestrou, ošetrovatelské anamnéze zpracované podle modelu Marjory Gordonové, ošetrovatelskému souhrnu, průběhu hospitalizace, vybranými ošetrovatelskými problémy, následným lékařským plánem při propuštění a ošetrovatelskou prognózou. Následně se zabývám diskuzí, kde posuzuji mou kazuistiku s kazuistikou jiné bakalářské práce.

V závěru práce je uveden seznam použité literatury, obrázků a příloh.

1 Teoretická část

1.1 Anatomie jater

Játra jsou největší a zároveň nejtěžší žláza našeho těla. Váží zhruba okolo 1,5 kg. Jsou křehká a mají hnědočervenou barvu (2). Plní exokrinní i endokrinní funkci (1).

Jsou uložena v oblasti pravé brániční klenby dutiny břišní, ale zasahují přes střední čáru až do levé brániční klenby. Horní plocha (*facies diaphragmatica*) je vyklenutá proti bránici. Dolní plocha (*facies visceralis*) je obrácená proti břišním orgánům, což znamená k ohbí pravého tračníku a dvanáctníku, vpravo k pravé ledvině a nadledvině a vlevo k jícnu a žaludku. Tato plocha je rozdělena zářezy (*fisura sagittalis dextra et sinistra*), jež se vyskytují na předozadní části a svým tvarem připomínají písmeno H. Mezi nimi prochází příčná vkleslina (*porta hepatis*), přes kterou vstupují do jater cévy a nervy a vystupují žlučovody. Vpředu na pravé straně vyústí u společný jaterní vývod (*ductus hepaticus communis*) a na levé straně ústí do jater jaterní tepna (*arteria hepatica propria*). Vzadu prochází vrátnicová žíla (*vena portae*). Játra se člení na 4 laloky, a to na pravý jaterní lalok (*lobus dexter*), levý jaterní lalok (*lobus sinister*), lalok pod *porta hepatis* (*lobus quadratus*) a lalok při dolní duté žíle (*lobus caudatus*) (2). Laloky se dále dělí na 8 segmentů. Rozdělení segmentů se odvíjí podle cévního a žlučového větvení (1).

Povrch jater je krytý peritoneem, v zadní části horní plocha jater přiléhá přímo na bránici (*area nuda*) (2). Játra jsou fixována takzvanými peritoneálními závěsy. Vepředu mezi pravým a levým lalokem se nachází *ligamentum falciforme hepatis* a od pupku směrem k játrům se vyskytuje *ligamentum teres hepatis*. V oblasti přechodu peritonea a serózního povlaku jater je uloženo *ligamentum coronarium hepatis*. Mezi jícnem, žaludkem, dvanáctníkem a játry leží *omentum minus* (1).

Játra tvoří tkáň složená z jaterních buněk neboli hepatocytů, které jsou seřazeny do řad a vytváří tak jaterní trámce. Mezi jednotlivými trámcí prochází krevní cévy a žlučové kapiláry (2). Základní morfologickou jednotkou je lalůček centrální žíly (*lobulus venae centralis*). Má tvar šestiúhelníku a skládá se z trámců hepatocytů a jaterních sinusoid (drobné krevní cévy) kolem *vena centralis*.

Základní cirkulační jednotkou jater je portální lalůček (lobulus portalis). Vzhledově připomíná trojúhelník, kdy vrcholy obsahují 3 centrální žíly (venae centrales) a v jeho středu se nachází portobiliární prostor. Jedná se o místo spojení 3 centrálních lalůčků. Primární jaterní acinus (acinus hepaticus) tvoří základní funkční jednotku jater a má tvar čtyřúhelníku. Na vrcholech jsou 2 centrální žíly a 2 portobiliární prostory. Acinus je složen z trámčů (1).

V játrech máme uloženy intrahepatální žlučové cesty. Začátek je ve žlučových kapilárách (canaliculi biliferi). Ohraničují je hepatocyty, které do nich vylučují žluč, která dále proudí do intralobulárních žlučovodů. Jejich periferní okraje se nazývají Heringerovy kanálky (canales biliferi). Na ně navazují interlobulární žlučovody (ductus biliferi interlobulares), jež prochází portobiliárními prostory. Spojují se do segmentových vývodů vytvářející lobární žlučovody. Na konci v oblasti porta hepatis vystupují jaterní vývody (ductus hepaticus dexter et sinister) (1).

Játra mají 2 krevní oběhy, a to funkční a nutritivní. Funkční oběh zahajuje vena portae, která přivádí do jater krev s látkami z nepárových břišních orgánů (žaludek, slinivka břišní, slezina a střeva) (2). Vena portae vzniká soutokem vena splenica a vena mesenterica superior. Ta následně pokračuje do venae interlobulares, z nichž odstupují venae circumlobulares, jež se větví až k jaterním lalůčků. Přes venae precapillares krev proudí do jaterních sinusoid. Z nich jsou poskytnuty hepatocytům živiny, kyslík i cizorodé látky. Sinusoidy vyústí do vena centralis a krev dále odtéká do venae sublobulares a venae hepaticae a poté do dolní duté žíly (vena cava inferior) (1). Nutritivní oběh začíná u arteria hepatica propria, jež přivádí do jater okysličenou krev (2). Vychází z arteria hepatica communis, která vystupuje z truncus coeliacus (větve břišní aorty). Z ní vystupují arteriae interlobulares a následně arteriae circumlobulares. Arterioly ústí do konečných úseků funkčního oběhu. Jaterní tepny okysličují hlavně stěnu žlučovodů, žil, vmezeřené vazivo a částečně hepatocyty, jenž jsou zásobeny spíše z portální žilní krve (1). Z lalůčků odvádí neokysličenou krev jaterní žíly (venae hepaticae), jež vyústí do vena cava inferior (2). Játra prochází také lymfatické cévy, a to nodi lymphoidei hepatici et coeliaci. Další prostupují skrz bránici (1). Oba krevní oběhy se spojí před vstupem do jaterního lalůčku (2).

Játra jsou inervována sympatikem a parasympatikem. Sympatikus obsahuje nervi splachnici thoracici. Parasympatikus tvoří nervus vagus. Autonomní vlákna přechází přes ganglia coeliaca (1).

1.2 Fyziologie jater

Játra jsou žlázou, která je nezbytná pro náš život. Vykonává mnoho funkcí. Klíčový je funkční neboli vrátnicový (portální) oběh, kdy do jater přichází vrátnicovou žilou látky vstřebané z tenkého střeva (3).

Metabolická funkce jater se rozlišuje v jaterních lalůčcích ve 3 zónách. Vnitřní zóna je bohatě zásobená kyslíkem a probíhají zde převážně oxidativní děje jako je například glukoneogeneze či proteosyntéza. Vnější zóna má nízké zásobení kyslíku a převažují zde redukční procesy jako detoxikace. Poslední je střední zóna, která obsahuje prvky vnitřní i vnější zóny. Co se týče metabolismu sacharidů, primárním cílem je udržení hladiny glykémie. Pokud je v játrech dostatek glukózy, může se z ní vytvářet glykogen, jenž vzniká v anabolické fázi metabolismu a v katabolické naopak glukózu uvolňuje. Jakmile se glykogen vyčerpá, zahájí se proces glukoneogeneze, kdy je glukóza získávána z glycerolu (uvolňuje se při štěpení tuků), kyseliny mléčné (tvoří se při svalové činnosti) a také z některých aminokyselin (4). Játra jsou jediné místo v organismu, kde se vytváří ketolátky (3). Hlavní zdroj energie pro játra představuje oxidace mastných kyselin. Mastné kyseliny se využívají k syntéze fosfolipidů a triacylglycerolů (4). Probíhá zde proces lipogeneze, kdy se sacharidy mění na tuky. Transport fosfolipidů, neutrálních tuků a cholesterolu v plazmě zajišťují lipoproteiny VLDL (nízká hustota) a HDL (vysoká hustota). Játra zajišťují tvorbu plazmatických bílkovin, dále produkují i bílkoviny podílející se na srážení krve (koagulační faktory). Mezi ně patří například fibrinogen, protrombin, proakcelerin (3). Dalším procesem v játrech je deaminace aminokyselin a jejich přeměna na sacharidy nebo lipidy. Je zároveň začátkem cyklu tvorby močoviny, jež představuje nejdůležitější odpadní látku metabolismu bílkovin. Do močovinového cyklu nám zasahuje také amoniak, jenž vychází z činnosti střevních mikroorganismů (4).

Sekreční funkce spočívá ve tvorbě a vylučování žluči, která je následně odváděna do duodena. Jedná se o směs organických a anorganických látek obsahující vodu, soli žlučových kyselin, cholesterol, bilirubin (žlučové barvivo),

elektrolyty, lecitin (fosfolipid), steroidní hormony, vitamíny rozpustné v tucích, těžké kovy atd. Denně se jí vyprodukuje okolo 0,7 – 1,2 l. Do duodena je žluč vyloučena žlučovým vývodem, který ústí spolu s pankreatickým vývodem na Vaterské papile. Polovina žluči odchází pryč a polovina je zahušťována a uchovávána ve žlučníku. Hlavní funkcí žluči je emulgace tuků a díky ní jsou pak lipidy připraveny na trávení a vstřebávání v tenkém střevě. Největší význam v emulgaci mají žlučové kyseliny. Zásadními zástupci kyselin jsou kyselina cholová a chenodeoxycholová (4).

V rámci vylučovací funkce se odbourává hemoglobin z rozpadlých erytrocytů a z něj hepatocyty vychytávají bilirubin, který se naváže na albumin, jenž je součástí krevní plazmy. Posléze je vyloučen do žluči (3).

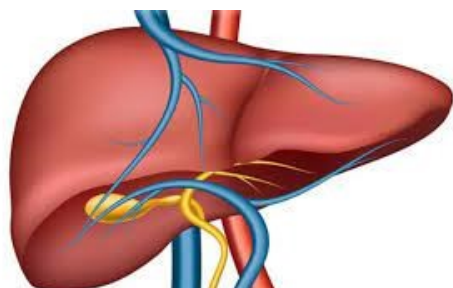
Obrannou a detoxikační funkci jater zajišťují enzymatické systémy jaterních acinů a Kupfferovy buňky, které bojují proti patogenům. Do jater se totiž přes portální žílu kromě živin dostávají i toxické látky, které prošly slizniční bariérou. Kupfferovy buňky toxiny fagocytují, tím pádem brání jejich proniknutí dále do systémového oběhu. Kromě běžných toxinů vytvořených mikroorganismy enzymatické systémy odbourávají některé podané léky nebo jiné exogenní látky, které se mohou dostat do organismu například potravou (4). Zároveň probíhá konjugace toxinů s kyselinou sírovou nebo glukuronovou, která je nezbytná pro vyprchání toxicity látek a ty následně mohou být vyloučeny do žluči (3).

V játrech dochází ke skladování určitých látek. Primárně je zde uložena glukóza ve formě glykogenu. Dále se zde uchovávají některé vstřebané vitamíny (A, D, B12) a kovy (měď, kobalt, železo) (4). Díky uložení železa a vitamínu B12 je podpořena tvorba erytrocytů. Játra slouží i jako krevní rezervoár, to znamená, že jaterní sinusy a žíly pojmu 0,5 – 1 l krve. Pokud je potřeba, uvolní ji do oběhu (3).

Z důvodu intenzivní metabolické činnosti v játrech se vyprodukuje velké množství tepla. Dalo by se říct, že játra fungují jako takzvané tepelné jádro, tím pádem v organismu zajišťují termoregulační funkci (3).

Játra se významně podílí také v hormonální činnosti. Jsou schopná inaktivovat určité hormony, hlavně tyroxin a všechny steroidní hormony. Vytváří

bílkovinu angiotenzinogen, která je podstatná pro vznik hormonu angiotenzin I. Jsou zodpovědná za destrukci mineralokortikoidů (3).



Obr. č. 1 Fyziologická játra (zdroj: <http://www.taiji-ak.cz/organy-behem-roku-jatra-nas-vrchni-velitel/>)

1.3 Definice jaterní cirhózy

Jaterní cirhóza je známa jako chronické onemocnění, kdy pomalu dochází ke ztrátě funkce parenchymu jater (7). Aktuálně je považována za nejčastější příčinu úmrtí u pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu (9). Bývá výsledkem vývoje různých chronických jaterních chorob (6).

Cirhóza je charakteristická difúzním procesem, kdy dochází k produkci vaziva, nekrotizaci hepatocytů a k uzlovité regeneraci jejich zbytků. Zánětlivé jaterní změny postupně přechází do stavu fibrózy a posléze do cirhotického stadia. Součástí procesu je jaterní přestavba na cirhotické uzly (5). Následně vzniká porucha jaterních funkcí a portální hypertenze, zároveň zde hrozí přechod do malignity (6).

Klinický obraz je zde velmi individuální, odvíjí se od stadia onemocnění. Projevuje se od bezpříznakového období až po stav ohrožující nemocného na životě. Tento proces trvá spoustu let. Je dynamický a může být i vratný (6).

1.4 Epidemiologie

Vyskytuje se po celém světě, u všech věkových a rasových skupin a u obou pohlaví. Představuje hlavní indikaci k transplantaci jater nejenom v Evropě, ale i například ve Spojených státech amerických (6).

Prevalence jaterní cirhózy se pohybuje celosvětově okolo 100 pacientů na 100 000 osob (6). Epidemiologie je zde dost proměnlivá. Na jednu stranu neustále stoupá konzumace alkoholu a obezita v populaci, tím pádem přibývá i počet cirhotických pacientů. Na druhé straně je čím dál více kvalitnější léčba hepatitidy B a C, tudíž počet nemocných zase mírně klesá. Hlavním důvodem vzniku cirhózy na světě je stále virová hepatitida, ale je pravdou, že v některých státech se zvyšuje výskyt alkoholické cirhózy a nealkoholického ztukovatění jater (NAFLD) (15). V České republice se nachází aktuálně přes 50 % alkoholových cirhóz a 30 % tvoří cirhózy virového původu (6).

V dnešní době je ve vyspělých státech úmrtnost přímo úměrná spotřebě čistého alkoholu na jednoho obyvatele. Momentálně byla zjištěna nejvyšší úmrtnost na Slovensku, v Maďarsku a Litvě, nejnižší naopak v severských zemích. U nás se počty úmrtí pohybují okolo 16-17 na 100 000 obyvatel za rok. V naší zemi nemáme přesnou epidemiologickou statistiku ohledně prevalence tohoto onemocnění. Předpokládáme, že v Česku se nachází zhruba 40 000 nemocných s cirhózou jater (6).

1.5 Klasifikace

Jaterní cirhózu můžeme klasifikovat na základě více faktorů. V dřívější době se často využívala klasifikace morfologická, která posuzuje velikost uzlů v jaterním parenchymu. Rozlišuje cirhózu na mikronodulární, makronodulární a smíšenou (6).

Mikronodulární cirhóza se vyznačuje uzly, jež jsou velikostně menší než 3 milimetry. Kolem uzlů je přítomna fibrózní tkáň. Nejčastěji se vyskytuje u cirhózy biliárního či alkoholového charakteru. Makronodulární cirhóza je charakteristická uzly s rozměry od 3 milimetrů do několika centimetrů. Najdeme ji u virových nebo autoimunitních hepatitid, zároveň může jít i o mikronodulární cirhózu, která se změnila do makronodulárního typu. Smíšená cirhóza obsahuje jak malé, tak velké uzly (6).

Nyní se již tato klasifikace aplikuje méně, jelikož nám nepřináší důležité informace z hlediska prognózy a péče o cirhotického pacienta. Aktuálně cirhózu rozdělujeme podle klinických projevů (přítomnost komplikací a stav portální hypertenze) na kompenzovanou a dekompenzovanou formu (6).

Kompenzovaná cirhóza je typická pro svou nepřítomnost jaterních varixů anebo přítomnost varixů bez krvácivých projevů. Dekompenzovaný typ poznáme na základě rozvoje ascitu, krvácení z jícnových varixů či jaterní encefalopatie.

V rámci klasifikace se nejvíce využívá Child-Pughovo skóre, které nám pomůže zhodnotit funkci jater a míru jaterní insuficience (6).

Na podkladě výše uvedených klasifikací jsme schopni lépe určit léčbu a prognózu onemocnění (6).

1.6 Etiologie

Etiologie jaterní cirhózy má dost široké spektrum, jelikož veškerá chronická onemocnění jater mohou zapříčinit propuknutí nemoci. Mezi nejčastější příčiny v západních zemích řadíme konzumaci alkoholu, chronické virové hepatitidy či nealkoholovou tukovou chorobu jater. Naopak méně častými etiologickými faktory jsou autoimunitní (například autoimunitní hepatitida), biliární (například primární biliární cholangitida) a metabolická (hemochromatóza či Wilsonova choroba) onemocnění. Podíl na vzniku cirhózy můžou mít také léky či jiné toxické látky. V některých případech může nastat situace, kdy příčina nebude objasněna. V tomto případě hovoříme o kryptogenní cirhóze (6).

1.6.1. Alkoholická cirhóza

Poslední dobou se za nejčastější příčinu považuje dlouhodobá a chronická konzumace alkoholu. Alkoholická cirhóza se zpravidla projeví až po mnoha letech pravidelného abúzu (14). Je rozlišena ve 3 histologických kategoriích. První fází je jaterní steatóza, kdy dochází k ukládání tuku do jaterních tkání. V případě přetrvávající konzumace může následovat alkoholická hepatitida, která je charakterizována zánětlivým procesem jaterních buněk. Následně může dojít až k alkoholové cirhóze, kde už se jedná o ireverzibilní stav. Rozvíjí se portální hypertenze a dochází k dalším komplikacím (19).

1.6.2. Nealkoholové tukové onemocnění jater

Poslední dobou se do popředí etiologie dostává nealkoholové tukové onemocnění jater (NAFLD), které je považováno za nejčastější hepatologickou chorobu, zvláště v západních zemích. Projevuje se kumulací tuku v jaterní tkáni a často inzulinovou rezistencí a metabolickým syndromem. Následkem

akumulace tuku vzniká steatóza nacházející se zhruba ve více než 5 % jaterních buněk. Postihuje v mnoha případech pacienty s diabetem mellitem 2. typu a osoby s nadváhou či obezitou. Onemocnění se skládá ze tří stádií (jaterní steatóza, nealkoholová steatohepatitida a jaterní cirhóza). Průběh je většinou pomalejší, málokdy progredující. Léčba se orientuje na snížení hmotnosti pacienta a dostatečnou tělesnou aktivitu. Následně je potřebné kontrolovat stav hyperlipidemie a glykémie. V posledních letech je očekáván průlom v terapeutické oblasti tohoto onemocnění (13).

1.6.3. Chronické virové hepatitidy

Další velkou skupinu tvoří chronické virové hepatitidy (B, C), jež taktéž mohou přejít do cirhotického stavu. Jedná se o zánětlivá jaterní onemocnění, která přetrvávají déle jak 6 měsíců. Důvodem zánětlivého procesu bývá napadení jater viry. Průběh může být postupný nebo náhlý. Díky možnosti očkování můžeme velmi dobře předcházet vzniku některých hepatitid. Aktuálně je možné nabídnout vakcínu u hepatitidy typu B (9). Virová hepatitida typu B pomalu ustupuje zásluhou vakcinace (5). U virové hepatitidy typu C vakcína zatím není dostupná. (9) Na druhou stranu je u ní aplikován efektivnější způsob léčby (5).

1.6.4. Biliární cirhóza

Primární biliární cirhóza (primární biliární cholangitida) je specifikována jako chronické onemocnění vedoucí k poškození žlučových cest (21). Jedná se o jaterní chorobu na imunologickém podkladě, která v dlouhodobém horizontu má za následek destrukci žlučovodů, cholestázu, jaterní fibrózu až cirhotický stav spojený s jaterním selháním. Rizikovou skupinou jsou ženy středního věku (16). Průběh bývá zpravidla asymptomatický, klinické projevy se objevují až při rozsáhlejší jaterní poškození (21). Mezi nejčastější příznaky řadíme únavu a pruritus (v tomto případě mluvíme o pozdním projevu, který může mít negativní prognózu). Portální hypertenze se zde vyskytuje v menší míře. Choroba je charakteristická dlouhodobým průběhem (16).

1.7 Klinický obraz

Klinický obraz je zde dost pestrý. U pacienta se mohou projevovat manifestní symptomy charakteristické pro jaterní cirhózu anebo může být úplně

bez symptomů. Přítomnost klinických projevů se odvíjí podle toho, zda se jedná o kompenzovanou či dekompenzovanou jaterní cirhózu (18).

Při kompenzované formě bývá pacient skoro bezpříznakový. Může udávat nespecifické projevy jako je únava, nechutenství, poruchy spánku, poruchy menstruačního cyklu, ztráta libida a břišní dyskomfort v pravém podžebří (9). U pacienta je typická přítomnost palmárního erytému či pavoučkových névů (centrální arterioly jsou obklopené menšími cévami, jež mají pavoučí vzhled), které jsou důsledkem sekundární hyperestrogenemie. Díky jaterní dysfunkci zde dochází k nerovnováze pohlavních hormonů, což má za následek zvýšený poměr estrogeneru a volného testosteronu a z toho důvodu nastává u mužů hypogonadismus a gynekomastie, ke snížení libida, k impotenci a u žen k neplodnosti či nepravidelné menstruaci (18).

Při dekompenzovaném typu naopak můžeme pozorovat široké spektrum manifestních příznaků, jež jsou důsledkem portální hypertenze a poruchy funkce jater (18). Mezi hlavní symptomy řadíme ascites, ikterus či jaterní encefalopatii. Svaly začínají atrofovat, nechutenství přechází do stavu malnutrice. V důsledku poruchy koagulace a trombocytopenie můžeme vidět na kůži krvácivé projevy (6). Vzhledem k pokročilosti jaterní cirhózy není výjimkou minerálová dysbalance. Nejvíce se snižuje natrium v séru (hyponatremie), kdy pacient může být ohrožen právě vznikem jaterní encefalopatie a zároveň tento stav může výrazně ovlivnit budoucí prognózu (7).

Toto období výrazně snižuje kvalitu života pacienta, který je nucen být častěji hospitalizován. Dekompensace může vyústit v akutní fázi, kdy se příznaky vedoucí ke zhoršení funkce jater projeví během několika hodin či dnů. Akutní fáze bývá vyvolána rizikovým faktorem, nejčastěji bakteriální infekcí (6).

1.7.1 Portální hypertenze

Portální hypertenze je definována jako navýšení žilního tlaku v řečišti vena portae (do této žíly teče krev z vena lienalis a vena mesenterica superior - trpí poruchou odtoku krve). Může zapříčinit například vznik ascitu a jaterní encefalopatie (8).

Hypertenzi můžeme rozlišit na 3 typy, a to na prehepatální, hepatální a posthepatální. Prehepatální hypertenze je typická blokací portální žíly před

vstupem do jater. Hepatální forma se u jaterní cirhózy vyskytuje nejčastěji. U posthepatálního typu jsou zablokovány jaterní žíly (8).

Hlavním projevem portální hypertenze je kolaterální oběh rozvinutý mezi systémovým a portálním žilním řečištěm, kde nastává velký tlakový gradient. Kolaterály se tvoří na hranici portálního a kaválního řečiště (oblast dolní třetiny jícnu, kardie, řitního otvoru) a dále například v místech podkožních břišních žil. Nejvíce nás zajímají jícnové varixy, jež mohou být pro pacienta velkou komplikací z důvodu rizika závažného krvácení. Ve splachnické oblasti dochází k venostáze (městnání krve), která může vyvolat dyspeptické potíže (8).

1.8 Komplikace

1.8.1 Ikterus

Pojem ikterus znamená v překladu žluté zbarvení kůže a sliznic, které vzniká hromaděním žlučového barviva (bilirubinu) ve tkáni. Přítomnost ikteru nemusí nutně znamenat, že jde o akutní či chronické jaterní onemocnění. Příčiny ikteru jsou rozděleny do 3 typů. Rozlišujeme ikterus prehepatální, hepatocelulární a posthepatální (7).

Prehepatální ikterus je charakteristický zvýšením nekonjugovaného bilirubinu v séru. Díky jeho zvýšenému vylučování je stolice tmavě zbarvená (hypercholická). V moči se nekonjugovaný bilirubin nevyskytuje (7).

Hepatocelulární typ je kombinací poruchy konjugace a transportu bilirubinu (7). Játra jej nezvládají dostatečně konjugovat a vylučovat, tím pádem vstupuje do krve v konjugované i nekonjugované podobě. V moči již bilirubin nalezneme. Stolice začíná být z důvodu nedostatečného přívodu žluči světlejší (hypochoická) (9).

U posthepatálního (cholestatického) typu se rapidně zvyšuje konjugovaný bilirubin v séru, jelikož je porušený jeho transport do žluči. Začne se zvýšeně vylučovat močí, jež má tmavší zbarvení. Stolice je specifická svou šedavě bělavou barvou (acholická stolice) z důvodu velmi nízké koncentrace bilirubinu (7). Tato forma bývá doprovázena svěděním kůže (pruritus) (9).

1.8.2 Ascites

Ascites znamená výskyt volné, neohrazené tekutiny v dutině břišní (7). Vzniká v pokročilejší fázi nemoci (8). Její objem se může pohybovat od pár mililitrů až po několik litrů. V extrémním případě může mít pacient až 40-50 litrů volné tekutiny (7).

Hlavní známkou ascitu je vyklenutí břicha do značné velikosti a zároveň zvětšení obvodu břicha na úroveň pasu. Další výraznou změnou je hmotnost, která je na vzestupu, ale ne vždy tomu tak je, jelikož pacient zároveň ztrácí svalovou a tukovou tkáň (7). Často u pacientů můžeme zaznamenat kontrast mezi velkým břichem a kachektickým vzhledem s viditelným kolaterálním oběhem. Mohou vzniknout také strie kvůli napnuté pokožce břicha (9). Pacient si stěžuje na tupou či tlakovou bolest v břišní oblasti, vnímá pocit plnosti a nechutenství. Může se vyskytnout i dušnost díky vyššímu postavení bránice. V případě velmi objemného ascitu se může rozvinout pupeční kýla s rizikem následné perforace. Ascites hodnotíme pomocí fyzikálního vyšetření, které nám potvrdí přítomnost tekutiny a určí její kvantitu (7).

1.8.3 Jaterní encefalopatie

Jedná se o složení neuropsychických jevů, které přichází na podkladě jaterní insuficience a přítomnosti portosystémových kolaterál. Přestávají se dobře detoxikovat dusíkaté látky vstřebané ve střevě (8). Následkem těchto jevů toxické látky zahájí kumulaci v systémovém řečišti. Za hlavní toxickou látku považujeme amoniak (7).

Pacient často udává poruchy spánku a místy může být dezorientovaný (8). Můžeme si všimnout poruch jemné motoriky, která se vyznačuje konstruktivní apraxií. Jde o stav, kdy například pacient nezvládne složit ze zápalek obrazce podle vzoru nebo nakreslit jednoduchý obrazec (například dům). Na začátku je prodloužena také doba reakce, kterou můžeme ověřit například pomocí testu spojování čísel (7).

Mezi další projevy patří takzvaný mávavý třes (flapping tremor), který poznáme v okamžiku, kdy pacienta vyzveme, aby předpažil a roztáhl prsty. V nepravidelných časových intervalech můžeme pozorovat jasný třes. Jaterní encefalopatie je také charakteristická pro svůj nasládlý zápach z úst (foetor

hepaticus) (8). V těžkém stadiu choroby pacient trpí poruchou řeči, dezorientací, apatií, změnou stavu vědomí (somnia až koma) (7).

1.8.4 Jícnové varixy

Vznik jícnových varixů je zapříčiněn portální hypertenzí. Běžně jsou lokalizovány v distální části jícnu (6). Aktuálně se jícnové varixy vyskytují u 40 % všech nemocných a v 60 % u pacientů s rozvinutým ascitem. U nemocných bez nálezu se rozvinou zhruba do 10 let. Je zde prokázána vysoká mortalita (7).

Nejvíce se obáváme možného rozvoje krvácení, jehož riziko roste s pokročilostí cirhózy (6). Krvácení je způsobeno portální hypertenzí a je považováno za velmi vážnou komplikaci (7). Zde je zapotřebí provést screeningovou endoskopii horního trávicího traktu z důvodu přesného popisu lokalizace a stanovení rizik u pacienta. Měla by se opakovat po určitém časovém intervalu. Při výkonu můžeme nalézt červené, vyvýšené skvrny nebo proužky, které nám ukazují, že cévní stěna je oslabená, tudíž je ohrožena krvácením a rupturou. Dále můžeme někdy zaregistrovat přítomnost bílé fibrinové čepičky, která značí, že již nějaké krvácení proběhlo (6).

1.8.5 Infekce a spontánní bakteriální peritonitida

Obecně platí, že u pacienta s jaterní cirhózou je riziko vzniku infekce. Pacient je často ohrožen rozvojem spontánní bakteriální peritonitidy (SBP) (7). Jedná se o typ bakteriální infekce tekutiny ascitu bez konkrétní příčiny. Podstata vzniku spočívá v translokaci bakterií ze střevního lumen (6). Mívá průběh bez přítomnosti jakýchkoliv symptomů (7).

1.8.6 Hepatorenální syndrom

Těžkou komplikací u části pacientů může být hepatorenální syndrom. Z důvodu produkce celé řady vazoaktivních látek dochází k dysregulaci cirkulace v systémovém a splachnickém řečišti, k aktivaci kompenzačních mechanismů (např. RAAS) a selhání ledvin (6).

V laboratoři sledujeme vzestup kreatininu a monitorujeme diurézu. Léčba je zde komplexní. Obdobnou komplikací v plicní cirkulaci může být hepatopulmonální syndrom (7).

1.8.7 Akutní jaterní selhání nasedající na chronické

Akutní jaterní selhání postihuje zhruba třetinu pacientů. Je provázeno selháváním jednoho nebo více ostatních orgánů. Zde už mluvíme o syndromu multiorgánového selhání (MODS), kdy nejčastěji bývají zasaženy ledviny. Konkrétní typ léčby u tohoto stavu není stanoven (7).

1.8.8 Hepatocelulární karcinom

Jaterní cirhóza představuje velké riziko vzniku maligního nádoru. Nejčastěji se vyskytujícím nádorem jater je hepatocelulární karcinom. Poslední dobou o tomto karcinomu mluvíme jako o primárním důvodu smrti u cirhózy jater. Vzhledem k progresi onemocnění probíhají v játrech určité epigenetické změny, jež mohou zapříčinit vznik nádorového bujení (přesný mechanismus není znám) (17).

Z důvodu rizika malignity je v rámci terapie jaterní cirhózy nezbytné, aby pacienti podstoupili screeningovou sonografii jater vždy po 6 měsících (5). Při podezření na karcinom se dále provádí CT vyšetření a magnetická rezonance jater. Je snahou zachytit nádor v brzkém stadiu (6).

1.9 Vyšetřovací metody

1.9.1 Anamnéza

V první řadě je nutné posoudit míru únavy, která je pacienty popisována jako nejčastější projev onemocnění. Poté se nemocného dotazujeme na trávicí obtíže, které jaterní cirhózu většinou doprovázejí. Zjišťujeme, zda pacient cítí nauzeu či plnost břicha a jestli v poslední době vnímá snížení chuti k jídlu (8). Ptáme se na vyprazdňování stolice a případné související potíže. Je podstatné zjistit, jestli pacient netrpí průjmy či zácpami. Nesmíme opomenout také vyprazdňování moči. V některých případech se může objevit nykturie z důvodu portální hypertenze. Důležitým ukazatelem je výskyt bolesti. Pacient může udávat bolest v pravém podžebří, která bývá neurčitá nebo naopak prudká. Je nutné odlišit bolest spontánní od palpační. Pacienti si dále mohou stěžovat na poruchy spánku, pruritus, snížené libido a poruchy menstruačního cyklu (7).

1.9.2 Vyšetření celkového stavu

Na těle zaznamenáváme pavoučkovité névy, které jsou známkou poruchy metabolismu estrogenů. Současně se u abnormálního metabolismu vyskytuje i gynekomastie. Podstatným projevem je palmární erytém, který značí stav hyperdynamické cirkulace, která je součástí pokročilejšího stadia. Dilatované žíly ve stěně břišní mohou na povrchu vytvořit obraz podobný hlavě Medúzy (caput Medusae) (7).

U pokročilé fáze můžeme u pacienta zřetelně pozorovat celkové chátrání, ascites, ikterus, mávavý třes horních končetin (flapping tremor), jaterní encefalopatii, svalovou atrofii, otoky dolních končetin a příznaky malnutrice. Dalším značným ukazatelem jsou krvácivé projevy do kůže. Výjimkou není ani krvácení z nosu (epistaxe) nebo přímo z trávicího traktu (hlavně z jícnových nebo žaludečních varixů) (8).

1.9.3 Fyzikální vyšetření jater

Fyzikálně játra můžeme vyhodnotit pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem (7).

Pohledem lze stav jater posoudit pouze při jejich zvětšení. Zvětšená játra jsou výrazně viditelná u osob, jež mají kachektickou nebo astenickou konstituci. Projevují se celkovým nebo ohraničeným vyklenutím břišní stěny v nadbříšku a pod pravým žeberním obloukem. U obézních pacientů většinou vyklenutí neregistrujeme (7).

Palpace nám poskytuje nejvíce poznatků o stavu jater. Při pohmatu posuzujeme velikost, charakter povrchu a okraje, citlivost či konzistenci. Nejčastěji se doporučuje pohmat pomocí špiček natažených prstů jedné nebo obou rukou, které se přiloží na břišní stěnu (9). Lékař zahajuje palpaci vždy na povrchu a poté postupuje do hloubky. Důvod je, abychom zjistili, kde se zhruba nachází dolní okraj jater a také, aby si pacient zvykl na hlubší a hlubší palpaci. V případě obráceného postupu by pacient vnímal bolest v dané oblasti, břišní stěna by nebyla v relaxaci a tím pádem bychom nemohli určit velikost a rozsah jater. U velikosti jater rozlišujeme vzdálenost mezi horním a dolním okrajem. Vždy je nutné obě hranice vyhodnotit při nádechu. Charakter okraje jater by měl být pružný a ostrý. V případě patologických jater bývá okraj tuhý či hrbolatý. Zdravá

játra by měla být také měkká a pružná, u jaterní cirhózy játra postupně tvrdnou a u nádorově infiltrovaných jater jsou velmi tvrdá. Povrch jater se zjišťuje hůře z důvodu výskytu uzlíků podkožního tuku a svalových snopců. Zde posuzujeme, zda jde například o makronodulární cirhózu či tumor (7). Citlivost jater poznáme podle bolestivé reakce pacienta nebo se jej můžeme dotázat. Projevuje se hlavně u rychle vzniklého městnání v játrech (9). Pohmatem také sledujeme výskyt hepatojugulárního reflexu. Princip spočívá v provedení tlaku na zvětšená játra a následným zvýšením náplně krčních žil. Pozitivní výsledek nám ukazuje probíhající městnání krve v játrech (7).

Poklep je důležitý pro zhodnocení velikosti jater, tím myslíme vzdálenost mezi horním a dolním okrajem. Horní hranice se vyšetřuje pouze poklepem. Lékař klepe v pravé medioclaviculární čáře od 2. žebra, a to kaudálním směrem. Poklep by měl být více důrazný, aby došlo k rozechvění tkání a my mohli zachytit změnu ve formě ztemnění. Poklep dolní hranice by měl být naopak slabší z důvodu tenké jaterní tkáně, pod jejíž vrstvou se nachází duté orgány. U rozlišení dolního okraje preferujeme spíše pohmat (7).

Poslechem jater můžeme získat dvě informace. Je možné slyšet třecí šelest, který je v souladu s dýcháním a charakterově je totožný s pleurálním šelestem. Dále můžeme registrovat cévní šelest, která je v souladu s pulzem (7).

1.9.4 Fyzikální vyšetření ascitu

U fyzikálního vyšetření ascitu chceme prokázat přítomnost volné tekutiny a orientačně charakterizovat její množství. Nejdůležitějším ukazatelem je poklep (7). V místech přítomné tekutiny se nám poklep jeví jako ztemnělý až temný. Tekutinu v dutině břišní můžeme charakterizovat minimálně při množství 1 litru, pokud se zde nachází více tekutiny, je možné si všimnout undulace (přenesená vlna), kterou vyvoláme pomocí speciálního manévru, kdy jednu ruku pokládáme na oblast hypogastria či mezogastria a druhou rukou v krátkosti udeříme na opačnou stranu v oblasti pupku. Posléze budeme vnímat v dlani přenesenou vlnu (8).

1.9.5 Krevní testy

Při podezření na jaterní cirhózu využíváme laboratorní testy, jež zahrnují specifické markery, které nám poskytují informace o stavu jater a výskytu patologických jevů (7).

Jaterní soubor rozlišujeme v několika kategoriích, a to na testy odrážející poškození hepatocytu, testy odrážející poruchu na úrovni žlučvodů a kanikulárního pólu jaterní buňky, testy měřící syntetickou činnost jater (albumin, prealbumin, cholinesteráza, koagulační faktory), analyty měřící transportní a exkreční kapacitu jater (bilirubin, žlučové kyseliny), testy měřící schopnost a kapacitu jater při metabolizaci endogenních a xenogenních látek (hlavně amoniak) (20).

Alaninaminotransferáza (ALT) je považován za přesnější marker hepatocelulárního poškození. Vysoká hladina aspartátaminotransferázy (AST) taktéž značí poruchu jater. Zvýšená alkalická fosfatáza (ALP) nám ukazuje převážně na městnání žluči v játrech nebo žlučových cestách (15). Vyšší hodnota gama-glutamyltransferázy (GGT) nám rovněž ukazuje na cholestatickou chorobu (18). Zvýšená hladina ale zároveň může poukázat na chronický abúzus alkoholu (7).

Albumin je důležitý sérový protein produkovaný játry. Jeho hladina v séru bývá snižena často u dekompenzované formy cirhózy s ascitem (albumin proniká do peritoneální oblasti) (8). Důležitými ukazateli pro poruchu jaterní činnosti jsou koagulační faktory, obzvláště protrombinový čas, jehož hodnota je zvýšená (15).

Zpravidla se u pacienta vyskytuje anémie a sekundárně leukopenie a trombocytopenie. Co se týče iontového screeningu, objevuje se převážně hyponatremie a hypochloremie (5).

Dále se provádí také serologické vyšetření, kde zkoumáme přítomnost virových hepatitid, autoimunitní protilátek, sérových imunoglobulinů na autoimunitní hepatitidu anebo metabolitů železa apod. Při podezření na hepatocelulární karcinom provádíme odběr na sérový alfa – fetoprotein (18).

1.9.6 Zobrazovací metody

V rámci diagnostiky jaterní cirhózy využíváme mnoho typů zobrazovacích metod, a to sonografické vyšetření, CT, magnetickou rezonanci, endoskopické vyšetření, přechodnou elastografii neboli fibroscan a jaterní biopsii (18).

Za levnou a velmi dostupnou metodu považujeme abdominální ultrasonografii, která je neinvazivní a díky ní můžeme onemocnění zhodnotit. Lékař často odhalí vyšší echogenitu jater, která je u cirhózy běžná, ale jedná se o nespecifický ukazatel, jelikož tento nález může být i u ztukovatělých jater (18). Echogenita znamená vlastnost tkáně odrazet ultrazvukové vlny, které se následně přístrojem vyhodnotí (20). Ultrazvuk nám může také ukázat hepatomegalii a splenomegalii, uzlovitý jaterní parenchym, nerovnosti na okrajích jater, ascites či výskyt portální hypertenze (6). Dále můžeme na nálezu rozeznat, zda v játrech není přítomno nádorové ložisko. Aplikuje se také metoda duplexní dopplerovské ultrasonografie, kde posuzujeme průchodnost jaterních, mezenterických a portálních žil (18).

Nezbytnou součástí neinvazivního vyšetření pokročilosti jaterní fibrózy je tranziční neboli sonografická elastografie (Fibroscan) (9). Probíhá podobně jako klasické ultrazvukové vyšetření. Při tomto výkonu posuzujeme 2 skóre (první skóre nám ukazuje tuhost jater a druhé míru jaterního tuku). Podle výsledků obou skóre může lékař zhodnotit celkový stav jater (22). Vyšetření může být kontraindikováno z důvodu obezity, velmi úzkého mezižebří či přítomností ascitu (6).

CT vyšetření nám rovněž může ukázat uzlovitou přestavbu jater či dilataci portální žíly, ale zároveň zde může lékař poznat případný výskyt hepatocelulárního karcinomu. Magnetická rezonance taktéž potvrzuje nebo vylučuje přítomnost karcinomu jater a dále nám dobře zobrazuje žlučové cesty (5). Rezonance nám může odhalit i míru ukládání železa a tuku v játrech (18).

Standardem pro vyhodnocení stadia fibrózy je rozhodně jaterní biopsie (18). Princip biopsie spočívá v odběru vzorku tkáně, které se odesílá na histologicko-mikroskopické vyšetření. Jedná se o nejpřesnější metodu v rámci diagnostiky v hepatologii. Biopsie se může provádět dvěma způsoby. První možností je cílená biopsie, kdy se odebere vzorek ze zvolené části jater, většinou

z ložiskových lézí. Provádí se pod kontrolou ultrazvuku. Druhou variantou je necílená biopsie, kdy není podstatné, z jaké části jater vzorek získáme (23). Faktem ale zůstává, že v dekompenzovaném stadiu již pro nás není biopsie efektivní, jelikož diagnóza je zřejmá. Jaterní biopsii bychom měli zpravidla provádět, pokud máme jakékoliv nejasnosti a potřebujeme si diagnózu potvrdit anebo nás zajímá rozsah poškození zánětem, podle něhož může dojít i k úpravě léčby (5).

Dále je potřebné provést i endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu (ezofagogastroduodenoskopie), které nám pomůže odhalit případný nález jícnových či žaludečních varixů nebo portální hypertenzní gastropatie (6).

1.10 Léčba

Terapie jaterní cirhózy může být dost širokospektrá. Zde velice záleží na celkovém klinickém stavu pacienta, stadiu choroby a zda je onemocnění kompenzované nebo dekompenzované. V případě kompenzované formy se zaměřujeme zejména na léčbu etiologického faktoru, který zapříčinil vznik cirhózy. Dále dbáme u pacienta na dostatečnou výživu a snažíme se o prevenci krvácení z varixů. Oproti tomu ve fázi dekompenzace léčíme vzniklé komplikace a v některých případech lékaři uvažují o transplantaci jater. Léčba zahrnuje také obecná režimová opatření (6).

1.10.1 Dietní opatření

Dietní opatření v léčbě cirhózy zaujímají důležitou pozici, i když účinnost diet zatím nebyla prokázána, proto se v dnešní době již upouští od přísných dietních omezení a je snaha o individuální dietu podle tolerance (10). V seznamu diet nenalezneme žádnou jaterní dietu. Vzhledem k tomu, že velké množství pacientů trpí v pokročilém stadiu malnutricí, tak při plnohodnotné stravě může dojít k výraznému zlepšení prognózy. U některých pacientů můžeme přistoupit také k možnosti enterální výživy (5).

Mezi nejdůležitější opatření je zařazen zákaz konzumace alkoholu, hlavně u cirhózy etylické etiologie. Obecně užívání alkoholu vede ke zhoršení jaterních funkcí a k horší prognóze, tudíž abstinence je doporučena i u cirhóz z jiných příčin (10).

U pacientů s výskytem ascitu je doporučováno snížení denního příjmu soli na 4,6-6,9 g NaCl, což se rovná půlce kávové lžičky. Ideální je také se vyvarovat slaným potravinám a minerálním vodám. Hlavním cílem je dosáhnout negativní bilance sodíku a vody. Konkrétně se jedná o to, aby příjem sodíku nebyl vyšší jak výdej (můžeme sledovat díky 24 hodin sběru moči). Občas je nutné omezit i příjem tekutin, který se ale týká převážně pacientů s diluční hyponatremií. Neslaný typ diety často snižuje u pacientů chuť k jídlu, proto je vhodné ji zvyšovat různými doplňky (ovocné šťávy či jiná koření) (10).

U pacientů s jaterní cirhózou je podstatné, aby nehladověli. Měli by být edukováni o dodržení intervalu 4-6 h mezi jednotlivými jídly, a to platí i večer, kdy by si měli dopřát pozdní večeři. V pokročilém stadiu cirhózy jsou pacientům nabízeny perorální doplňky stravy (například ve formě sippingu), jelikož je složité, aby se jim podařilo splnit adekvátní příjem stravy (5).

1.10.2 Farmakologická léčba

Důležitou skupinou léčiv jsou diuretika, která ovlivňují činnost ledvin. Zajišťují zvýšené vylučování vody a sodíku, tudíž dochází ke zvýšenému toku moči. Zároveň způsobují i vazodilataci (11). U cirhotických pacientů diuretika uplatníme zejména při portální hypertenzi, otocích a terapii ascitu. V léčbě je rozlišujeme na 3 skupiny. První skupinou jsou antagonisté aldosteronu, kdy hlavním zástupcem je spironolacton (12). Jedná se o slabší diuretikum, jejichž účinek spočívá v blokaci resorpce sodíku (11). Je zapotřebí si uvědomit riziko hyperkalémie při podávání vyšších dávek (12). Do druhé skupiny řadíme kličková diuretika, kdy nejvýznamnějším zástupcem je furosemid. Jejich hlavní činností je inhibice transportu sodíku z tubulů do intersticiální tkáně. Následkem toho se zvyšuje jeho vylučování, kdy na sebe váže vodu, tím pádem pacient více močí (11). Nezbytnou součástí je důsledná kontrola celkového klinického stavu, dle kterého by měl lékař zvolit vhodnou dávku (12).

Albuminová terapie se uplatňuje převážně u výskytu ascitu (5). Pomáhá zlepšit koncentraci bílkovin a albuminu v séru a zvyšuje tak onkotický tlak (12). Tento typ léčby je ale finančně zatěžující, proto je v dnešní době využívána zejména metoda kombinace intravenózního podávání albuminového přípravku a punkce ascitu (kombinace i s diuretiky). Při punkci ascitu je velice

doporučováno podávat albumin z důvodu sníženého rizika nástupu hypovolémie (5).

Vzhledem k přítomnosti bolesti u tohoto onemocnění volíme k terapii běžné spektrum analgetik, ať už v mírnější či silnější variantě. Občas se pacientovi podávají i silné opiáty (12).

Jaterní cirhóza je často provázena systémovou infekcí (např. infekce močových cest, pneumonie či bakteriální peritonitida), jež může způsobit krvácení a celkové selhání léčby. Antibiotická terapie by měla být okamžitě zahájena při vyšších hodnotách leukocytů v tekutině ascitu. V případě výskytu spontánní bakteriální peritonitidy podáváme cefalosporiny III. generace. V rámci prevence by měla být antibiotika podávána před endoskopickým výkonem a u pacientů s výskytem krvácení (5).

Při průkazu krvácení z důvodu portální hypertenze jsou ordinovány léky, které ovlivňují splachnickou perfuzi. Cílem je, aby proběhla vazokonstrikce, díky které se sníží průtok splachníkem. Významným zástupcem se stal terlipresin, jež funguje jako syntetický analog vazopresinu. Dokáže vyvolat vazokonstrikci, která razantně níží portální tlak i průtok v kolaterálách. Výsledkem je zástava krvácení, ale také i nižší riziko vzniku hepatorenálního syndromu (5).

Pacient s jaterní cirhózou je často ohrožen rozvojem jaterní encefalopatie. Prevence či již samotná léčba encefalopatie spočívá v podávání laktulózy (5). Je zařazena do skupiny osmotických projímadel, které napomáhají snížení pH střevního obsahu a taktéž provádí změnu v bakteriální sféře, kdy ve výsledku dojde k nižší produkci amoniaku (11). U pacienta chceme docílit, aby se v průběhu dne alespoň dvakrát nebo třikrát vyprázdnil. Občas bývá určena i kombinace s rifaximinem, který funguje jako sterilizátor střevního obsahu. Je řazen mezi antibiotika (5).

U jaterní cirhózy neprobíhá dostatečné zpracování určitých látek, obzvláště vitamínů. Nedostatek vitamínů rozpustné v tucích pozorujeme u pacientů s cholestázou (10). Pacienti s chronickou cholestázou dále mohou mít naordinovaný vitamin D a kalcium z důvodu prevence kostní choroby (5). Občas se v léčbě preferuje krátkodobé podávání vitamínu K (pouze kvůli zlepšení koagulace), na druhou stranu zde není úplně zřejmý pozitivní vliv na prognózu

(6). Příjem vitamínů není již tolik efektivní, pokud pacient konzumuje pestrou stravu (5).

Specifickou skupinou léčiv jsou hepatoprotektiva, u nichž nebyl prokázán přímý pozitivní účinek (5).

1.10.3 Punkce ascitu (paracentéza)

Principem punkce je hlavně evakuace ascitu, díky které se pacientovi výrazně uleví. Může na ni docházet ambulantně nebo bývá krátkodobě hospitalizován. Indikuje se u tenzního ascitu, kdy pacienta trápí bolesti a celkové napětí v břišní stěně nebo i při dušnosti z důvodu vyššího postavení bránice a zvýšeného tlaku na bránici (12).

Lékař punktuje spíše v oblasti pokleповého ztemnění na hranici první a druhé třetiny spojnice (mezi spina iliaca superior a pupkem na pravé nebo spíše levé straně) (7). Výkon je prováděn vleže na zádech, v lokálním znecitlivění a v aseptických podmínkách, u některých pacientů pod sonografickou kontrolou (např. při srůstech peritonea). Před zahájením punkce by pacient měl být vyprázdněn a měl by mít změřen krevní tlak a puls. Průběh výkonu spočívá v nabodnutí zvoleného místa vpichu transkutánní jehlou či intravenózní kanylou napojenou na infuzní set (12).

Punkce ascitu je realizována buď jednorázově nebo opakovaně. V obou případech by po výkonu měl pacient dostávat diuretika. Pokud lékař plánuje vypustit přes 6 l tekutiny, je na místě pozastavit přechodně podávání diuretik. Tento zákrok sebou nese určitá rizika, kdy se bojíme zejména hypovolémie. Paracentéza se nesmí aplikovat u pacientů s infekcí či krvácivými stavy. Při renálním selhávání se smí punktovat maximálně do 2 l (12). Při evakuaci vyššího množství ascitu se preventivně podává intravenózní albuminový přípravek. Druhou možností je podávání terlipresinu (5).

1.10.4 Endoskopická léčba

Endoskopická terapie je úzce spojena s léčbou vazoaktivními látkami. Při endoskopickém výkonu hledáme přítomnost jícnových varixů, popřípadě jiné zdroje krvácení. Akutní krvácení z varixů je tekoucí nebo stříkající. Endoskopie by měla být zahájena co nejdříve po stabilizaci pacienta (5). Měla by se vždy

provádět při výskytu dekompenzované cirhózy. Zároveň nám slouží jako výborný ukazatel ke stanovení prognózy (6).

Nejčastější léčebná metoda, která je pokládána za akutní volbu, je ligace jícnových varixů (5). Dojde k zaškrcení v oblasti postižené varixy, která se posléze fibrotizuje (25). Druhou možností je skleroterapie, která se ale spíše využívá při nemožnosti provedení ligace (5). Principem je aplikace sklerotizující látky do varikózní žíly. Oproti ligaci se zde mohou vyskytnout určité komplikace, nejčastěji dochází ke vzniku slizničních vředů (25).

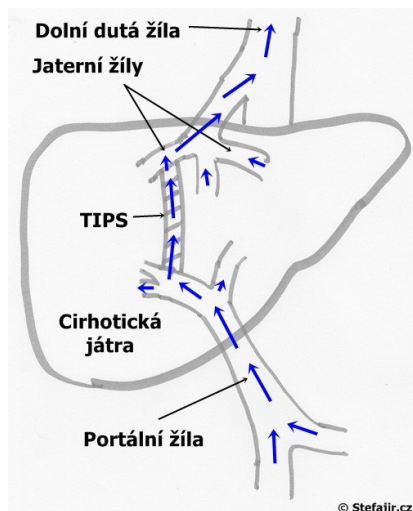
1.10.5 Zavedení TIPS

Zkratka TIPS je definována jako transjugulární intrahepatální portosystémová spojka. Jde o minimálně invazivní výkon, který je indikován u pacientů s portální hypertenzí. Může se provádět akutně například při rezistentním ascitu nebo při krvácení do trávicího traktu. Vytvořená spojka pacientovi zajistí pokles portálního tlaku (6). Díky vytvořené spojce dojde k dekompresi portálního řečiště. Následkem toho se sníží portosystémový gradient, tudíž aktivita osy RAAS (renin-angiotenzin-aldosteron) klesá. Zvyšuje se průtok krve v ledvinách, tím pádem ascitická tekutina se může lépe mobilizovat (14).

Výkon se provádí v celkové anestezii. Lékař se přes jugulární žílu dostane až do místa jaterní žíly. Od tohoto místa provede punkci portální žíly, kterou propojí s jaterními žilami pomocí stentu, díky kterému bude mít pacient vytvořený umělý zkrat. Po výkonu by měla trvat určitou dobu komprese místa vpichu. Nejčastější komplikací může být krvácení z jaterní tkáně, ve výjimečných případech se může objevit krátkodobá zmatenost po výkonu. Do druhého dne by měl pacient setrvávat v pozici vleže (28).

Zavedení TIPS může být někdy kontraindikováno. Jde především o pacienty s velkou pokročilostí jaterní cirhózy (Child-Pugh skóre 12 a výše), plicní hypertenzí či s pokročilým srdečním selháním (14).

Zavedení TIPS může nemocnému způsobit i obtíže, a to stenózy ve zkratu nebo vznik jaterní encefalopatie. Z těchto důvodů by se mělo u pacienta s TIPS provádět po určité době klinické vyšetření a dopplerovská sonografie (6).



Obr. č. 2 Zavedení TIPS (zdroj: <https://www.stefajir.cz/tips>)

1.10.6 Transplantace jater

Transplantace jater funguje jako chirurgický výkon, kdy operátor z těla příjemce vyjme nemocná játra a namísto nich dosadí nová zdravá játra od dárce. Nová játra jsou uložena přesně na místo původních jater. Je důležité je spojit s cévami, které přivádí krev do jater a které odvádí krev z jater. Žlučovod patřící dárce je připojen buď ke stávajícímu žlučovodu příjemce nebo ke střevu. Orgán převzatý od dárce se musí nejprve upravit, než se vloží do těla příjemce. Během zákroku nebo těsně po něm je nezbytné zahájit imunosupresivní terapii, která se stává pro pacienta doživotní (26).

Cílem celého procesu je prodloužit a zvýšit kvalitu života u pacientů s progredujícími jaterními chorobami, mezi něž řadíme i jaterní cirhózu. Na rozhodnutí transplantace má největší vliv ošetřující lékař, následně odborníci z transplantačního programu. Po indikaci k tomuto zákroku je pacient přiřazen na čekací listinu, kdy převážně čeká několik měsíců, pokud není u něj prokázáno akutní jaterní selhání. Pacient nacházející se již v terminálním stadiu se nemusí transplantace dožít z důvodu nenalezení vhodného dárce (27).

1.11 Prognóza

Prognóza onemocnění se odvíjí podle jejího stadia a míry komplikací. Jaterní cirhóza se stává pokročilou v případě průkazu portální hypertenze či dokonce postižení orgánů. Stanovení prognózy závisí také na etiologickém

faktoru, jenž cirhózu zapříčinil. Dále mají vliv určité přidružená onemocnění, věk a samozřejmě typ zvolené léčby (6).

U jaterní cirhózy se předpokládá, že pravděpodobně dojde ke zhoršení kvality života, která je výraznější u dekompenzované formy. Pro cirhotické pacienty je mnohem rizikovější dekompenzovaná fáze, kde byla navíc zjištěna vyšší úmrtnost než u kompenzované formy. Pokud se podaří vyřešit příčinu choroby, může dojít k přežití (skoro 90 %) a velkému zlepšení kvality života. Pacient, který již přejde z kompenzované podoby do dekompenzované, má výrazně zkrácenou délku přežití, obzvláště při selhávání dalších orgánů. Mnohdy se pacienti nedožijí ani 2 let po propuknutí dekompenzace (6).

Pro přesnější stanovení prognózy využíváme různá prognostická skóre. Nejžádanějším a nejpoužívanějším se stalo Child-Pughovo skóre. Hodnocení je trochu zaměřené subjektivním směrem, ale i tak je velice spolehlivé. Skóre posuzuje stupeň portální hypertenze a jaterní insuficience celkem v 5 kritériích, z nichž každá je ohodnocena 1-3 body. Dle celkového součtu je pacient zařazen do jedné ze 3 skupin (Child-Pugh A, Child-Pugh B, Child-Pugh C) (6). Nejvíce viditelnou známkou dekompenzace jsou jícnové varixy (20 % u kompenzované cirhózy, 60 % zároveň při přítomnosti ascitu). Většinou do 4 let se objevuje krvácení z varixů. V dlouhodobém měřítku jsou cirhotičtí pacienti pravidelně sledováni ve specializovaných ambulancích, kde je možné včas podchytit příznaky selhávání jaterních funkcí nebo přítomnost hepatocelulárního karcinomu. Dále se vyhodnocuje, zda se zahájí preventivní léčba proti krvácení z jícnových varixů nebo například zda je správný čas pro podstoupení transplantace (6).

Clinical and Lab Criteria	Points*		
	1	2	3
Encephalopathy	None	Mild to moderate (grade 1 or 2)	Severe (grade 3 or 4)
Ascites	None	Mild to moderate (diuretic responsive)	Severe (diuretic refractory)
Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time			
Seconds prolonged	<4	4-6	>6
International normalized ratio	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Child-Turcotte-Pugh Class obtained by adding score for each parameter (total points) Class A = 5 to 6 points (least severe liver disease) Class B = 7 to 9 points (moderately severe liver disease) Class C = 10 to 15 points (most severe liver disease)			

Obr. č. 3 Child-Pughovo skóre

(zdroj: <https://digestivedashboard.nl/2020/06/06/child-pugh-score/>)

2 Praktická část

2.1 Lékařská anamnéza

Lékařská anamnéza byla odebrána lékařem 28. 6. 2023 v 11:00 h.

Jméno: P.N.

Věk: 79

Důvod hospitalizace: Pacientka zde byla přijata na základě doporučení jejího ošetřujícího lékaře z gastroenterologické ambulance, kde pravidelně dochází. Důvodem přijetí je dekompenzace jaterní cirhózy s rozvojem otoků na DKK a jaterní encefalopatie.

Osobní anamnéza: V dětství prodělala běžné dětské choroby. V 15 letech musela absolvovat operaci konečníku pro anální fissuru. Ve 40 letech začala trpět častými akutními cholangitidami, které se jí opakovaně vracely. Z tohoto důvodu podstoupila roku 1983 operaci žlučníku, kde jí byla provedena cholecystektomie. Později se u pacientky začaly projevovat komplikace po zákroku a zjistilo se, že jsou poraněné žlučové cesty. Na základě této informace lékaři pacientce provedli hepaticojejunální anastomózu. V roce 2021 byla pacientce zjištěna hepatokolitiáza. Bylo nutné provést balónkovou dilataci anastomózy. V roce 2022 si pacientka stěžovala na zhoršení obtíží, byla přijata na sledování do gastroenterologické ambulance. Vyšetření ukázala výskyt portální hypertenze a také rozvoj ascitu. Po absolvování dalších vyšetření byla pacientce diagnostikována sekundární biliární jaterní cirhóza. Dále pacientka trpí ulcerózní kolitidou, která je aktuálně v remisi. Poslední exacerbace proběhla roku 1981. Následně v roce 2018 absolvovala rectosigmoideoskopii. Ve stejném roce pacientka podstoupila odstranění uskřínuté kýly s resekci tenkého střeva. Pacientka se již několik let léčí v psychiatrické ambulanci pro depresivní syndrom. Psychofarmaka pravidelně užívá. Má také diagnostikovanou neuropatii DKK a refluxní ezofagitidu. V roce 2019 prodělala otevřenou

zlomeninu loketní kosti. Roku 2022 byla pacientce provedena thorakotomie, pleurektomie a dekortikace pro septický empyém vpravo.

Alergologická anamnéza: Pacientka je alergická na Ampicillin (po podání se objevil exantém) a Ursosan (po něm trpěla průjmy).

Rodinná anamnéza: Bezvýznamná.

Pracovní anamnéza: Dříve pracovala jako redaktorka, nyní pobírá starobní důchod.

Gynekologická anamnéza: Začátek menstruace udává pacientka v 19 letech, rok ukončení menstruace si nevybavuje. Porodila 2 děti, syna a dceru. Za život prodělala 1 gynekologický zákrok, a to potrat z důvodu mimoděložního těhotenství a krvácení. Pohlavně přenosné choroby nemá. Na gynekologické prohlídky chodila pravidelně, nyní nebyla 3 roky.

Sociální anamnéza: Nyní žije s přítelem v rodinném domě. S dcerou i se synem se stýká pravidelně.

Farmakologická anamnéza:

Venlafaxin Mylan 150 mg cps	1-0-0	antidepressivum SNRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)
Lyrica 150 mg cps	0-0-1	Antiepileptikum, antikonvulzivum
Verospiron 50 mg cps	2-1-0	diuretikum K šetřící
Helicid 20 mg cps	1-0-0	inhibitor protonové pumpy
Lactulosa při zácpě	1-1-1	digestivum, laxativum

Abúzus: Kouření nejuje. Alkohol nekonsumuje z důvodu užívání psychofarmak a také kvůli zhoršení potíží.

Nynější onemocnění: Pacientka přichází na plánovanou kontrolu do gastroenterologické ambulance, kde jí ošetřující lékař doporučil hospitalizaci z důvodu progresu obtíží a zhoršení celkového stavu. Pacientce byla diagnostikována dekompenzace jaterní cirhózy. V poslední době 2x doma upadla, má symetrické otoky na DKK, drobné oděrky na PDK, afebrilní, břicho větší není,

zhoršená paměť a koncentrace, horší spánek. Moč je tmavší, stolice normální a pravidelná. Zimnice ani třesavky neměla. Nezežloutla.

Fyzikální vyšetření:

Váha: 66 kg

Výška: 162 cm

BMI: 25,1

TK: 112/69 mmHg

Tep: 96/min.

Počet dechů: 16/min.

Teplota: 36,5°C

Celkový stav: Pacientka má zpomalené psychomotorické tempo, je orientovaná, klidná, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy. Klidová eupnoe, hydratace v normě, výživa v normě. Kůže bez patologických eflorescencí. Mírná sarkopenie.

Hlava: Mezofalická, poklep nebolestivý, MN intaktní, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, uši a nos bez výtoku. Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem. Hrdlo klidné.

Krk: Šíje volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil nezvýšena, uzliny a štítnice nehmatné.

Hrudník: Dýchání čisté, sklípkové, bez fenoménů, ozvy 2, bez šelestů.

Břicho: Ascites, nad niveau, dýchá volně, poklep difuzně bubínkový, břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika živá. Klidná jizva v pravém podžebří. Tapotement negativní.

Končetiny: DKK oteklé symetricky do půle lýtek, oděrka na PDK, hematom na palci LDK.

Per rectum: Vstupně neprovedeno.

Vyšetření vstupně: EKG: sinusový rytmus, vlna QS ve svodu V1, slabý postup R vlny, vstupní laboratoř

Závěr: 79letá pacientka se sekundární biliární cirhózou byla přijata pro jaterní dekompenzaci s rozvojem encefalopatie a otoky DKK. Na oddělení HD stabilní, vstupní laboratoř odebrána, zahájena terapie jaterní encefalopatie.

Plán léčby: ATB terapie, USG břicha.

Následující část obsahuje 2 ošetrovatelské anamnézy, a to podle SOP UVN a podle modelu Marjory Gordonové. Obě anamnézy se v některých částech překrývají. V seznamu příloh také uvádím zpracovanou ošetrovatelskou anamnézu z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Pro část věnovanou ošetrovatelským problémům jsou důležitá rizika a ošetrovatelský souhrn.

2.2 Ošetrovatelské vyšetření a anamnéza (podle SOP UVN):

Odebrána 28. 6. 2023 v 11:00 h autorkou práce a příjmovou sestrou.

Jméno a příjmení: P.N.

Věk: 79 let

Příjem: 28.6. 2023 v 10:00 h

Důvod přijetí: dekompenzace jaterní cirhózy, otoky na DKK, ascites, jaterní encefalopatie

Fyziologické funkce: hodnoty stejné jako u lékařské anamnézy, změřeny příjmovou sestrou

TK: 112/69 mmHg

Tep: 96/min.

Počet dechů: 16/min.

Teplota: 36,5°C

Váha: 66 kg

Výška: 162 cm

BMI: 25,1

Psychický stav: klidná, orientovaná, spolupracuje

Dýchání: námahová dušnost

Spánek: narušený, v noci se budí na časté močení, ráno se cítí unaveně, přes den spavější kvůli Venlafaxinu

Alergie: Ampicillin (exantém), Ursosan (průjmy)

Bolest: akutní, lokalizace – břicho, záda (kostrč), PDK, PHK, charakter – ostrá, VAS 3

Významný handicap: není

Kompenzační pomůcky: brýle na dálku a na blízko, horní zubní protéza

Vyprazdňování: Problémy s močením – lehká inkontinence, zvýšená frekvence močení z důvodu diuretik. Problémy se stolicí – občas trpí na zácpy, nyní nemá, poslední stolice byla dnes

Kůže: dekubity nejsou, hematom na palci, drobné oděrky na PDK, symetrické otoky na DK

Diabetes mellitus: nemá

Invazivní vstupy: PŽK na PHK, G22

EWS – skóre včasného varování:

Tělesná teplota: 36 až 37 (0 bodů)

TK: systola 120 až 199 (0 bodů)

Puls: 60 až 99 (0 bodů)

Vědomí: bdělý (0 bodů)

Výživa: BMI 25,1

Informovaný souhlas – práva pacientů, identifikace, domácí řád a vnitřní řád, signalizace

Rizika:

Barthel – test základních všedních činností = 85 bodů lehká závislost

Norton – test hodnocení rizika vzniku dekubitu = 26 bodů bez rizika vzniku

Morse – test stupnice rizika pádu = 70 bodů vysoké riziko pádu

Kontaktní osoby: partner, dcera

Výše jsem popsala základní ošetrovatelskou anamnézu dle standardu UVN. Nyní budu pokračovat podrobnější anamnézou dle modelu Marjory Gordonové.

2.3 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví

a) Subjektivně

Pacientka si za svůj život prošla mnoha hospitalizacemi a chirurgickými zákroky. V osmdesátých letech minulého století si začala postupně všimnout zdravotních obtíží týkajících se zažívacího traktu. Po absolvování nejrůznějších vyšetření jí nakonec lékaři zjistili ulcerózní kolitidu. Zpočátku pacientka trpěla častými průjmy, které se střídaly i se zácpami. Naštěstí se tento stav po určité době stabilizoval a onemocnění zůstalo v remisi. Před několika lety se u pacientky znovu projevil průjem a zažívací potíže, které ale po krátké době odezněly. Dle jejího názoru se jí obtíže vrátily z důvodu psychické nestability. V jejích 40 letech jí lékaři diagnostikovali opakovaně akutní cholangitidy, proto došli k závěru, že by bylo nejlepší žlučník odstranit. Po odstranění ale bohužel došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacientky, protože se záhy ukázalo, že žlučové cesty jsou poraněné. Lékaři byli nuceni přistoupit k provedení hepatikojejunální anastomózy. Posléze se pacientce dost ulevilo a mohla pak již běžně fungovat tak, jak byla zvyklá. Obtíže se vrátily zhruba před dvěma lety, kdy se jí do anastomózy dostaly konkrementy a pacientka musela opětovně podstoupit operační výkon kvůli odstranění konkrementů. Situace došla tak daleko, že se její obtíže přesunuly i do jater. Pacientka byla docela zdrcená, když jí její ošetrojící lékař oznámil, že podle výsledků z vyšetření má sekundární biliární cirhózu. Během života se pacientka

trápila, že jí postihlo více chorob a zdravotních komplikací, přesto se snažila si zachovat optimistický přístup. Je pravdou, že starosti ohledně rodiny jí také moc nepřidaly. Z důvodu hojného počtu somatických zdravotních obtíží se spoustu let léčí s depresivním syndromem. Užívá psychofarmaka a pravidelně navštěvuje psychiatrickou ambulanci. Udává, že jí medikace pomáhá a díky ní se jí o dost spravil psychický stav.

Sama sebe označuje jako osobu, která už nestojí za nic, jelikož její zhoršený zdravotní stav ji omezuje v běžných denních aktivitách. Stěžuje si na zhoršenou fyzickou výkonnost a únavu přes den. Cítí, že je čím dál častěji apatická a pocítuje nechuť k jakékoli činnosti. Pacientka projevila i obavy z budoucnosti, neví, co jí všechno čeká ohledně zdravotní a rodinné stránky. Bojí se, že ztratí svého nynějšího partnera a že se její stav už bude jenom zhoršovat.

Pacientka je alergická na Ampicillin, po kterém se jí objeví exantém. Také netoleruje Ursosan, po němž trpí průjmami. Za poslední rok neprodělala výraznější nachlazení. Covidem se nakazila dvakrát, a to před 2 lety. Onemocnění se projevovalo bolestmi hlavy a kloubů, horečkou a ztrátou čichu a chuti. Na druhou stranu si pacientka myslí, že se její potíže mohly zhoršit i z důvodu prodělání Covidu, ale jistá si tím není.

Donedávna se pacientka snažila být aktivní, ráda se pohybovala na zahradě, kde pěstovala zeleninu a květiny. Věnovala se péči o domácnost a také se starala o své tři kočky. Momentálně toho není úplně schopná, vyjádřila se, že má doma i na zahradě nepořádek. Považuje se za člověka, který má tendenci často něco dělat, jenomže nyní ztratila veškerou motivaci z důvodu zdravotních problémů a konfliktů se svým partnerem. V minulosti užívala přírodní výživové doplňky ve formě tablet, které jí časem přestaly účinkovat, tak je vysadila. Alkohol nepije vůbec z důvodu užívání psychofarmak. Nekouří.

Před 4 lety měla nehodu na elektrokoře, kde utrpěla úraz hlavy a páteře. O dva roky později upadla na chalupě ze schodů, ale nic vážného se jí nestalo, jednalo se pouze o pár odřenin a hematomů. Poslední pád měla před 2 měsíci v koupelně, z čehož vyšla s poraněným palcem na LDK, oděrkou na PDK a naraženou PHK.

Během jejího života se vždy snažila dodržovat lékařská a sesterská doporučení, personálu věřila, že jí pomůžou od jejích problémů.

Zde na oddělení je zatím spokojená, i když původně s hospitalizací nesouhlasila. Líbí se jí, že se k ní personál chová slušně a vstřícně.

b) Objektivně

Pacientka komunikuje a spolupracuje bez problémů. Z jejího povídání je ale patrné, že má zpomalené psychomotorické tempo. Její soběstačnost je aktuálně zhoršená, může chodit nyní pouze s doprovodem. Je orientovaná a klidná, je si vědoma toho, proč se zde nachází.

Výživa, metabolismus

a) Subjektivně

Pacientka se stravuje třikrát denně a vaří si doma. V poslední době jí dost málo kvůli snížené chuti k jídlu. Z důvodu předchozích zažívacích obtíží si nasadila dietu, jejíž obsah se skládal převážně z kašovitě stravy. Měla období, kdy také popíjela nutridrinky. K snídani si obvykle dává housky s marmeládou anebo jogurt. K obědu sní buď jenom polévku, nebo hlavní chod. Často si jako hlavní chod dělá bramborovou kaši s plátkem kuřecího masa. Preferuje studenou večeři, to znamená chleba se šunkou nebo sýrem a nějakou zeleninou. K svačinám miluje ovoce. Vitamíny ani doplňky stravy nevyhledávala. Neudává, že by pociťovala problémy s polykáním nebo s příjmem stravy.

Již delší dobu má naordinovanou restrikci tekutin 1,5 l. Snaží se ji dodržovat, ale trápí ji často žízeň, takže se jí někdy stane, že hranici přesáhne a příjem má vyšší. Pije převážně bublinkovou vodu, džus nebo minerálku. Čaj si dává ráno a večer, kávu si dopřává zpravidla dvakrát denně, dodává jí energii. Večer už tekutiny omezuje, aby nechodila přes noc tolik na WC.

Za poslední 3 měsíce její váha stoupla o 6 kg, jelikož se jí rozvíjí ascites. Nárůst hmotnosti vnímá negativně, necítí se komfortně, obtěžuje ji to. Chuť k jídlu je snížena, jak jsem již zmínila.

Rány a oděrky se jí hojí dobře, bez komplikací. O svůj chrup pacientka pečuje. Nosí horní zubní protézu, bohužel jí nevyhovuje, bojí se, že jí protéza bude vypadávat, přála by si implantaci pevných zubů. Svého zubaře navštěvuje, poslední kontrola proběhla před půlrokem.

b) Objektivně

Kůže: suchá, barva je fyziologická, hematom na palci LDK, oděrka na PDK, symetrické otoky na DKK

Stav dutiny ústní: zubní protéza horní, vlastní chrup bez kazu, jazyk červený, nepovleklý, sliznice růžové, hydratované, bez povlaků

Aktuální výška, hmotnost: 162 cm, 66 kg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Intravenózní vstupy: PŽK na PHK, G22, funkční, průchozí

Vylučování

a) Subjektivně

Na stolici chodí převážně dvakrát denně. Stolici má občas tužší. Laxancia užívá jen při zácpě.

Pacientka se již delší dobu potýká s lehkou inkontinencí moči. Svěřila se, že každý den si pro jistotu nasazuje inkontinenční vložky. Vyjádřila se, že močí často i v noci kvůli diuretikům, což jí narušuje spánkový režim. Za noc chodí čtyřikrát na močení.

b) Objektivně

Stolice je aktuálně řidšího charakteru a hnědé barvy, bez příměsí. Moč je čirá, světle žlutá, bez příměsí.

Aktivita, cvičení

a) Subjektivně

Pacientka se cítí hodně unaveně a vyčerpaně, z čehož je frustrovaná. Nemá energii, aby se starala o domácnost a zahradu. Čas od času na sobě pocítuje slabost a malátnost.

Momentálně se nevěnuje žádným fyzickým aktivitám, maximálně občasné práci na zahradě. V dětství závodně plavala a lyžovala. V pozdějším věku se stala její velkou vášní cyklistika, jenomže od doby nehody na kolo zanevřela. Také chodívala na procházky do lesa a přes léto a podzim houbařila. Nyní už na všechno pohlíží spíše apaticky.

Ve volném čase ráda čte naučné knihy z oblasti esoteriky a sleduje televizní pořady. Láká ji cestování po Česku, ale nedává tomu naději, protože si už nedokáže představit dovolenou s přítelem.

Její úroveň sebepéče se zhoršila těsně před hospitalizací. Na druhou stranu, skoro všechny běžné náležitosti si zvládá obstarat. Vaří pro sebe a partnera, nakupuje, snaží se pečovat o kočky a zahradu. Úklid už nezvládá tak dobře jako dřív, proto si najala paní na úklid.

b) Objektivně

Pacientka se dokáže o sebe postarat v běžných denních činnostech. Provede si celkovou hygienu, nají se, obleče se. Má zhoršenou chůzi. Jemná motorika je bez obtíží. Celkově vypadá upraveně.

TK: 112/69 mmHg

Puls: 96/min

Počet dechů: 16/min

Spánek, odpočinek

a) Subjektivně

Večer usíná okolo 22-23 hodiny. Doma se jí často stává, že usne u televize. V noci chodí zhruba čtyřikrát na močení. Ráno vstává většinou okolo 6-7 hodiny. Spí dohromady zhruba 8 hodin, ale její spánek je přerušovaný kvůli močení a také přemýšlením o partnerských problémech. Po probuzení se necítí odpočatě, ba naopak dost vyčerpaně. Dříve, když začala s užíváním psychofarmak, tak určitou dobu byla ospalá prakticky celý den. Naštěstí si později na léky zvykla a nyní jí už nenarušují denní režim. Pacientka mi sdělila, že před spaním nepraktikuje nějaké zvláštní rituály, k usnutí jí pomáhá sledování televize.

b) Objektivně

Pacientka spí přes noc klidně, budí se během noci akorát na močení.

Vnímání, poznávání

a) Subjektivně

Se sluchem potíže neudává, jenom se zrakem. Vidí špatně na dálku i na blízko, takže musí používat brýle. Poslední oční kontrola u ní proběhla před půlrokem.

Pacientka už několik měsíců vnímá zhoršení paměti. Při komunikaci hledá slova, nedokáže si je některá hned vybavit. Poměrně často také zapomíná, z čehož má mindráky, protože její partner si pamatuje víc jak ona, a to ji zlobí. Rozhoduje se obtížněji, záleží na dané situaci, někdy se cítí sebejistě, někdy naopak úplně nejistě. Těžko si zapamatovává nové informace a hůře se učí nové věci.

Bolest vnímá nyní jako svou přirozenou součást života. Za spoustu let se na bolest adaptovala. Aktuálně si stěžuje na bolesti kostrče, PHK a PDK. Bolest snáší dle svých možností, občas lépe, občas hůře. Analgetikum si vezme jen v nejvyšší nutnosti. Během pobytu v nemocnici může dostat analgetika dle potřeby. Bolest popisuje jako ostrou. Dle stupnice VAS ji označila číslem 3.

O svém stavu je poučena od ošetřující lékařky a sestry. Nemá pocit, že by byla nedostatečně informována.

b) Objektivně

Je orientovaná místem, časem, osobou. Slyší šepot, s brýlemi přečte novinové písmo. Rozumí otázkám a myšlenkám. Komunikuje pomaleji, trvá jí delší čas, než sdělí svou myšlenku. Čas od času si nemůže vzpomenout na nějaká slova. Úroveň slovní zásoby je průměrná. Pozornost zvládá udržet, ale má tendence odbočovat od tématu.

Sebepojetí, sebeúcta

a) Subjektivně

Celkové emocionální ladění je pozitivnější, v nynějším okamžiku si pacientka není vědoma, že by pociťovala smutek nebo beznaděj. Naproti tomu, co se týče pohledu na sebe sama, tak na sebe pohlíží dost negativně. Myslí si, že je blázen. V některých chvílích ji přepadnou pocity melancholie a zbytečnosti, podle jejího názoru je k ničemu. Má pocit, že nic nestíhá. Její sebeúcta se rapidně zhoršila při zjištění, že ji partner chce opustit. Po této informaci se přestala věnovat činnostem, které jí dříve přinášely potěšení. Navíc omezila i fyzické aktivity, takže se její výkonnost snížila.

Pacientku rozčilují bolesti, pokud se vyskytnou ve vyšší míře, než je schopna snést. Udává, že se doma zvyšují konflikty s partnerem, jenž těžce nese, protože v ní vyvolávají úzkosti.

b) Objektivně

Pacientka udrží oční kontakt, je schopna určitou dobu udržet pozornost. Komunikuje spíše tišším hlasem. Nevykazovala známky nervozity.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

a) Subjektivně

Pacientka žije s dosavadním partnerem v rodinném domě. Z předchozího vztahu má 2 dospělé děti, syna a dceru. S výchovou nikdy problém neměla, obě děti s předchozím mužem vychovala, jak nejlépe dovedla. Dcera s ní udržuje kontakt pravidelně, má již také svou vlastní rodinu. Dříve vlastnila chalupu, kterou někdy navštíví, ale už ji přepsala na dceru. Se synem má složitější vztah. Ve 20 letech experimentoval s drogami z důvodu výskytu psychických obtíží. Ze závislosti se sice zvládl vyléčit, ale psychické problémy přetrvávají, léčí se v centru duševního zdraví. Žije sám. Pacientku telefonicky denně kontaktuje, kdy jí popisuje své úzkosti a depresivní stavy, ale snaží se svou situaci řešit. Dříve trávil čas i se svým mladším bratrem, momentálně spolu ne vychází dobře, chová se k ní sprostě.

Za svůj život vystřídala 3 partnery. S nynějším přítelem je ve vztahu 14 let. Jejich vztah vnímá jako komplikovanější. Před půlrokem pacientce přiznal nevěru a chtěl se od ní odstěhovat. Později si to rozmyslel a vyjádřil se, že s ní dožije. V posledních letech vztahu přibyly konflikty a spory. Její přítel je povahově cholerik, proto se snadno dokáže rozčílit. Ona se popisuje jako klidnější člověk a projevuje se jako melancholik. Jejich konflikty považuje za obrovskou stresovou zátěž. Dle jejího názoru zvýšená míra stresu má za výsledek zhoršení somatických obtíží.

V zaměstnání se cítila spokojeně, vykonávala práci, která ji bavila a naplňovala, se svými kolegy vždy dobře vycházela. Aktuálně pobírá starobní důchod, na nedostatek financí si nestěžuje.

Rodina je o její nemoci informovaná, mají o ni starost. Partner chodí na návštěvu, dcera a syn jí denně volají.

b) Objektivně

V dokumentaci jsou uvedené kontaktní osoby její partner a dcera. Partner chodí na návštěvu obden.

Sexualita, reprodukční schopnost

a) Subjektivně

Pacientka uvádí, že první menstruace přišla až v 19 letech. Datum poslední menstruace si nevybaví. Nikdy netrpěla pohlavně přenosnými chorobami. Porodila 2 zdravé děti. Jednou absolvovala nucený potrat z důvodu mimoděložního těhotenství a velkého krvácení. Na preventivní prohlídky ke gynekologovi chodila, poslední 3 roky nebyla vůbec. Stejně formulace pacientka uvedla i v lékařské anamnéze.

Stres a jeho zvládnání

a) Subjektivně

Jak jsem již výše zmínila, za poslední 2 roky se u pacientky událo dost změn, ať už v podobě nemoci či partnerské krize. Při stresové situaci jí pomáhají kamarádky, kterým se může vypovídat. Uklidnění jí přináší také televizní pořady. Ke zmírnění stresu jí napomáhá také změna myšlení pozitivním směrem, chronicky zavedená medikace psychofarmak a četba esoterických knih. Její zvolené strategie vnímá jako efektivní.

Víra, životní hodnoty

a) Subjektivně

Pacientka neuznává žádný náboženský směr, svoji víru vkládá do esoteriky. Čeká, že v jejím nastane změna k lepšímu. Plány do budoucna nemá. Její hlavními životními prioritami je zdraví a rodina.

2.4 Ošetřovatelský souhrn

Pacientka je orientovaná, komunikuje adekvátně. Spolupracuje dle svých možností. Má zpomalené psychomotorické tempo, často si nedokáže vybavit určitá slova. Z našeho rozhovoru jsem vyvodila, že ji trápí její zhoršený zdravotní stav a partnerská krize. Neví, co vše jí v nejbližší době čeká, ale snaží se věřit, že se vše brzo obrátí k lepšímu.

Co se týče soběstačnosti, tak si pacientka zvládá obstarávat běžné denní činnosti. Její chůze je slabší kvůli opakovaným pádům v minulosti, proto trpí zhoršenou mobilitou. Následkem toho u ní vzniká vysoké riziko pádu.

Pacientka má dlouhodobě naordinovanou restrikcí tekutin na 1,5 l. Má snahu ji dodržovat, ale často pociťuje větší žízeň, takže příjem tekutin bývá vyšší, než by měl být.

Stravu toleruje dobře, nemá žádná dietní omezení. S vyprazdňováním pacientka neudává potíže, akorát ji trápí časté močení, obzvlášť během noci. Díky této skutečnosti je její spánek mírně narušený.

Z důvodu několika pádů v minulosti se u pacientky objevily chronické bolesti kostrče, pravé horní a dolní končetiny. Střídají se u ní ve vlnách, někdy jí přepadnou větší bolesti, někdy žádné. Umí si vyhledat úlevovou polohu, která jí usnadní bolest snést. Také jí pomáhají lokální nesteroidní antirevmatika.

Pacientka je o léčebném režimu poučena od lékaře a sestry. Režim chce dodržovat, přeje si se uzdravit.

Anamnéza odebrána dne 28. 6. 2023 v 16:00 h.

2.5 Průběh hospitalizace

28. 6. 2023

Při příjmu bylo pacientce provedeno EKG a odebrána vstupně laboratoř. Zavedl se jí periferní žilní katetr na pravé horní končetině, G22, průchodný, VIP 0. Pacientka má naordinovanou racionální dietu číslo 3. Je orientovaná, klidná, spolupracuje a komunikuje dobře. Soběstačnost je mírně zhoršená z důvodu slabší chůze. Je zařazena do kategorie 2, ošetrovatelská péče standardní.

Farmakoterapie vstupně:

Venlafaxin Mylan 150 mg cps	1-0-0	antidepresivum SNRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)
Pregabalin Sandoz 150 mg cps	0-0-1	antiepileptikum, antikonvulzivum
Magnesii Lactici 0,5 mg	2 tbl	při křečích hořčák, soli a ionty
Verospiron 50 mg cps	2-1-0	diuretikum K šetřící
Helicid 20 mg cps	1-0-0	inhibitor protonové pumpy
Duphalac 667 mg/ml při zácpě	1-1-1	Laxancium
Normix 200 mg tbl	2-2-2	Antibiotikum
Thiamin 50 mg tbl	1-1-1	vitamín B1
Unasyn 1,5 g i.v.	2-2-2-2	Antibiotikum
Plasmalyte 1000 ml i.v.	150 ml/h	Elektrolyty

Zahájena ATB terapie, dostala předepsaný Unasyn 1,5 g 2 ampule i.v. do 100 ml FR po 6 h. Pacientce se po vykonání fyzické aktivity hůře dýchá a musí si odpočinout. Udává tupou a vystřelující bolest kostrče, PDK a PHK – číslo 3 dle numerické škály. Z důvodu lehké inkontinence používá své inkontinenční vložky. Po dohodě s ošetřující sestrou může chodit na WC pouze s doprovodem personálu. Od 18 hodiny se zahájilo sledování bilance tekutin. Restrikce tekutin je stále ponechána na 1,5 l. Během času 18-6 h byl u pacientky příjem 400 ml a výdej 300 ml. Pacientka byla edukována o močení do močového džbánu kvůli sběru moči. Močení je aktuálně bez obtíží, stolice pravidelná. Ošetřující lékař dále naordinoval rehabilitační program s cílem zvýšit soběstačnost a mobilitu pacientky. Rehabilitace proběhla formou chůze po pokoji a chodbě s fyzioterapeutkou. Pacientka trpí ponámahovou dušností, jež se vyskytuje po větší fyzické aktivitě, např. při chůzi s fyzioterapeutkou. Pacientka je poučena a seznámena s režimem, s postupem a léčbou souhlasí, klidový režim dodržuje. Signalizace je umístěna v dosahu. Léky vneseny nemá. V plánu USG břicha.

29. 6. 2023

Pacientka absolvovala USG břicha. Proběhla primářská vizita, kde bylo řečeno, že pacientka bude propuštěna nejspíše v pondělí 3.7. 2023. Pacientka si stěžuje na pálení při močení, byla odebrána moč + sediment. Byl podán Plasmalyte 1000 ml rychlostí 120 ml/h. ATB medikace byla změněna z důvodu

nově zjištěného infektu močových cest (v moči bakteriální nález a zvýšení leukocytů). Místo Unasynu i.v. se začal podávat Medoxin 500 mg perorálně dvakrát denně. FF měřeny jednou denně (TK 118/65 mmHg, P 85/min). Sledována bilance tekutin, od 6-18 h příjem 1600 ml a výdej 400 ml, od 18-6 příjem 300 ml a výdej 300 ml. Pacientka chodí na WC s doprovodem personálu, který jí připomíná močení do džbánu. Restrikci tekutin pacientka bohužel přesáhla. Cítí se dobře, otoky na DKK přetrvávají, stěžuje si stále na horší paměť. PŽK zaveden 2.den, funkční, průchozí, bez známek zánětu, VIP 0. Péče o oděrky na DKK – promazáno. Udává tupou bolest kostrče, PHK a PDK, intenzita číslo 2 dle numerické škály. Rehabilitace s fyzioterapeutkou splněna.

USG břicha:

Příprava: Pacientka od půlnoci lačnila, nepila žádné tekutiny, pouze ráno si zapila léky malým douškem vody.

Popis nálezu (text z lékařské zprávy): Limitované vyšetření pro střevní artefakty a neschopnost dechové spolupráce. Játra mají parenchym mapovitě nehomogenní, přiměřené echogenity, nerovných okrajů, bez jasných ložiskových změn zobrazeného parenchymu. Jaterní žíly nedilatovány, v DUS zobrazení průchodné. Vena portae má 11 mm, ductus hepatocholedochus štíhlý. Intrahepatální žlučovody nedilatovány. Žlučník nezobrazen z důvodu vyjmutí. Pancreas nepřehledný. Wirsung nezobrazen. Ledviny normálního uložení, tvaru a velikosti, bez dilatace KPS, bez ložiskových změn, vlevo šíře korové vrstvy pod 1 cm. Slezina zvětšená (140 x 61 mm), homogenní struktury. Volná tekutina perihepatálně až 6 cm, perisplenický srpek a mezikličkově v levém hypogastriu.

Závěr (text z lékařské zprávy):

Limitované vyšetření

USG obraz jaterní přestavby

Splenomegalie

Ascites perihepatálně, perisplenicky a mezikličkově

Známky nefropatie vlevo

Po cholecystektomii

30. 6. 2023

Pacientka má od včera nově diagnostikovaný infekt močových cest, tudíž je na ATB terapii (Medoxin p.o. dvakrát denně). Stále udává tupé a vystřelující bolesti kostrče, PDK a PHK. Intenzita se pohybuje okolo č. 3-4 dle numerické škály. Po konzultaci s lékařem jí bylo naordinováno analgetikum, a to Metamizol 500 mg 1-1-1-1 při bolesti intenzity 3 a výše dle numerické škály. Lék byl podán pouze v poledne, a to s efektem, účinek se dostavil do půlhodiny. V dalším plánu léčby je také hydratace, proto je stále podáván jednou denně Plasmalyte 1000 ml rychlostí 120 ml/h. Na WC chodí stále s doprovodem. Sledována bilance tekutin, od 6-18 h příjem 1600 ml a výdej 300 ml, a od 18-6 h příjem 850 ml a výdej 300 ml. Restrikce tekutin se pacientce nedaří dodržet. FF měřeny 1x denně (TK 115/70, P 90/min). Zaveden nový PŽK na PHK, G22, funkční, průchodný, VIP 0. Oděrky a defekty na DKK promazány. Pacientka se cítí dobře, je orientovaná a klidná, spolupracuje dle svých možností. Je afebrilní, bez nauzei a zvracení, bez dušnosti. Stravu toleruje, obvykle sní více jak půlku porce. Ranní hygienu si provádí v koupelně na pokoji, sebeděči zvládá sama. Na stolici byla jedenkrát. Rehabilitace splněna. V plánu také odběry následující den.

1. 7. 2023

Ráno byla pacientce odebrána žilní krev na biochemii a krevní obraz dle ordinace lékaře. ATB léčba zůstává stejná. Analgetika má naordinované dle potřeby, na bolest si nestěžovala, takže lék nebyl aplikován. Rehabilitační program splněn. Díky zlepšení jistoty při chůzi má pacientka dovoleno chodit samostatně na WC bez doprovodu. Sledována bilance tekutin, od 6-18 h příjem 1700 ml a výdej 500 ml, a od 18-6 h příjem 500 ml a výdej 300 ml, močí do džbánu, ale i přes poučení zapomíná a močí i klasicky do WC. Restrikce tekutin se jí nedaří plnit. Na základě rozhovoru lékaře s pacientkou byla restrikce zrušena. Měření zůstalo ponecháno, ale na orientační rovině. PŽK funkční, průchozí, bez známek zánětu, VIP 0. Oděrky a defekty na DKK promazány. Stravu přijímá bez obtíží. Na stolici nebyla. Hygienu si provádí sama v koupelně. Plasmalyte se již nepodává. FF měřeny jednou denně (TK 130/85 mmHg, P 87/min). Dnes pacientka hodnotí bolest intenzity 2 dle numerické škály, analgetikum odmítla. Dušná není. Je orientovaná, spolupracuje a komunikuje dobře. PM tempo

zpomalené. Další odběry krve jsou naplánovány na pondělí 3. 7. Podle výsledků je v plánu případná dimise.

2. 7. 2023

Stav pacientky je beze změn. Medikace stejná, pacientka ji toleruje dobře. Zůstává péče o oděrky na DKK – promazáno. FF měřeny jednou denně (TK 125/73 mmHg, P 90/min). PŽK funkční, průchozí, bez známek zánětu, VIP 0. Pacientka byla 2x na stolici, jež byla mírně řidší a průjmovitá. Sledována bilance tekutin, od 6-18 h příjem 1700 ml a výdej 600 ml, a od 18-6 h příjem 300 ml a výdej 300 ml, močí do džbánu a někdy do WC. Na toaletu chodí bez doprovodu. Zítra ráno v plánu odběry. Na bolesti si nestěžuje, je bez dušnosti. Je orientovaná, spolupracuje dle svých možností.

3. 7. 2023

Dnes dimise do domácího prostředí. Pacientka je soběstačná a chodící. Je edukována o riziku pádu, nyní již chodí sama bez doprovodu. Je orientovaná a klidná, zpomalené PM tempo. Ranní hygiena proběhla v koupelně. Dietu číslo 3 toleruje. Je afebrilní, bez nauzei a zvracení, bez dušnosti. Bolesti aktuálně nekuje, od lékaře informována o zvládnutí bolesti v domácím prostředí. PŽK EX. Restrikce tekutin zrušena. Propouštěcí lékařská zpráva byla pacientce předána. Pacientka je o všem seznámena a poučena. Odvoz sanitou domů je zajištěn.

2.6 Vybrané ošetrovatelské problémy

2.6.1 Riziko pádu z důvodů snížené pohyblivosti a pádů v anamnéze

Při přijetí pacientky byla provedena ošetrovatelská anamnéza, kde bylo zjištěno vysoké riziko pádu dle stupnice Morse. Vyšlo jí 70 bodů, což znamená vysoké riziko pádu.

Pacientka udávala opakované pády v minulosti a omezenou fyzickou aktivitu. Aktuálně se cítí slabší při chůzi a vyžaduje doprovod.

Ošetrovatelský cíl:

Během hospitalizace pacientky chceme předejít vzniku pádu. Zároveň bychom u ní chtěli dosáhnout větší jistoty při chůzi a vyšší míry soběstačnosti.

Intervence:

Při příjmu je důležité vyhodnotit u pacientky riziko pádu dle stupnice Morse a informovat ji o riziku pádu. Samozřejmě by se měla zhodnotit situace na zdejším oddělení a odhadnout rizika zevního prostředí. Pacientka by měla být seznámena s uspořádáním na oddělení a upozorněna na riziková místa. Je potřebné, aby pacientka byla označena identifikačním náramkem informujícím o riziku pádu.

Dále navazuje edukace pacientky o signalizačním zařízení, o jejím umístění a zacházení. Je podstatné, aby měla lůžkovou signalizaci v dosahu. Pacientka by měla být zabezpečena, že si v případě nutnosti může kdykoliv zdravotnický personál přivolat a nemusí cítit obavu z obtěžování. Součástí edukace je také popis ovládání lůžka, o jeho pomocných zařízeních (hrazdička, postranice) a o pomalém vstávání z lůžka. Sestra by měla zkontrolovat, zda je lůžko a noční stolek zabrzděný a jestli má pacientka vhodně nastavenou výšku lůžka.

Je nutné, aby pacientka nosila protiskluzovou obuv. Po dohodě s fyzioterapeutem by měla mít zajištěny kompenzační pomůcky k chůzi (berle či chodítko) nebo doprovod. Bez konzultace nesmí sama využívat kompenzační pomůcky. Je nezbytný zvýšený dohled nad pacientkou.

Sestra by si měla ověřit, zda pacientka všem opatřením rozumí a jestli se vším souhlasí. Všichni členové ošetřovatelského týmu by měli být informováni o riziku pádu u pacientky. Každý den by měl být proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace o stavu chůze, míře soběstačnosti, zajištění bezpečnosti a zda pacientka dodržuje bezpečnostní pokyny.

Sestra je povinna zapisovat každý den ošetřovatelský záznam, kde by měl být uveden stav chůze pacientky, jak vysoká je míra její soběstačnosti, zda dodržuje bezpečnostní pokyny a jestli proběhla rehabilitace s fyzioterapeutem. Lékař by měl být informován v případě změny stavu pacientky.

Realizace:

Příjmová sestra zpracovala ošetřovatelskou anamnézu dle SOP UVN, ze které vyhodnotila vysoké riziko pádu dle stupnice Morse (70 bodů). Označila pacientku červeným identifikačním náramkem. Červená barva zde na oddělení znamená vysoké riziko pádu. Na lůžko byla umístěna cedule se jménem pacientky, kde byl také přilepen červený puntík, který byl dodán i k jejímu jménu na seznamu pacientů na sesterně. Provádí se to z toho důvodu, aby veškerý zdravotnický personál o riziku věděl. Příjmová i ošetřující sestra obeznámily zbytek personálu o riziku pádu, a tudíž i o nutnosti zvýšeného dohledu pacientky. Příjmová sestra informovala pacientku o tomto riziku a o všech preventivních opatřeních, které se musí provést pro její bezpečnost. Zároveň se ujistila, jestli je pacientce všechno jasné. Pacientka se vyjádřila, že všemu rozumí. S danými opatřeními souhlasila.

Po uložení na pokoj ji sestra seznámila s chodem oddělení a popsala jí, kde nalezne toaletu, koupelnu, denní místnost a sesternu. Ukázala jí, že ve sprchovém koutě jsou umístěna sprchová madla a sedátko. U umyvadla je taktéž bezpečnostní madlo. Vysvětlila jí, kde všude je uloženo signalizační zařízení. Nachází se u lůžka, v koupelně u umyvadla, ve sprchovém koutě a na WC. Řádně pacientku edukovala, jak signalizaci používat. Informovala ji, že si v případě potřeby může kdykoliv zazvonit. Nemusí se obávat, že by tím někoho obtěžovala. Lůžkovou signalizaci umístila tak, aby ji měla v nejbližším dosahu. Poučila ji také, že včasné užití signalizace je jedno z nejdůležitějších preventivních opatření.

Dále sestra pacientce popsala manipulaci s ovladačem na polohování lůžka. Upozornila ji, že je nutné, aby měla vhodně nastavenou výšku lůžka, což znamená, že při sedu se pacientka musí chodidly dotýkat podlahy. Zkontrolovala, zda je lůžko i noční stolek zabrzděný. Edukovala ji také o možnosti užívání pomocných lůžkových zařízení, jako je například hrazdička či postranice. Po domluvě s pacientkou jí sestra ponechala jednu postranici dole, aby se mohla kdykoliv na lůžku posadit. Druhá zůstala zvednutá.

Chůze pacientky byla dost slabá. Ošetřující sestra se s ní dohodla, že pokud bude potřebovat na toaletu, zazvoní si a na WC bude chodit pouze s doprovodem pro zvýšení bezpečnosti. Edukovala ji o nutnosti nošení vhodné protiskluzové obuvi s pevnou patou. Návštěva jí přinesla z domova kvalitní protiskluzové pantofle. Následně ji sestra poučila, že na oddělení je protiskluzová podlaha. Pokud je po vytření mokrá, paní uklízečka vždy umístí na danou oblast výstražný kužel.

Ošetřující lékař naordinoval pacientce rehabilitaci s fyzioterapeutem, kdy hlavním cílem byl nácvik samostatné chůze. Fyzioterapeutka docházela na oddělení každý všední den. S pacientkou trénovala chůzi po pokoji a chodbě. Následně psala rehabilitační záznam, jenž se zakládal do zdravotnické dokumentace. O víkendu na oddělení nedochází, tudíž rehabilitační program přebírala sestra. Rehabilitace se sestrou proběhla v podobném stylu, jednalo se hlavně o chůzi po chodbě.

Co se týkalo běžných denních činností, pacientka se je snažila zajistit sama. Celkovou hygienu si prováděla sama ve sprše, od sestry byla poučena o použití signalizace. Zvládla se sama obléknout, najíst se a posadit na lůžku. Po celou dobu hospitalizace měla pacientka zvýšený dohled od sestry i od ostatních členů ošetřovatelského týmu.

Sestry psaly denní a noční ošetřovatelský záznam do elektronické dokumentace. Zde zhodnotily, jestli pacientka dodržuje bezpečnostní opatření, zda má zabrzděné lůžko a noční stolek a také jestli má v dosahu lůžkovou signalizaci. Dále popisovaly proběhlou rehabilitaci a aktuální stav chůze. Samozřejmě upozornily, že je potřeba doprovod pacientky na WC.

Poslední 3 dny hospitalizace se u pacientky zvýšila jistota v chůzi, tudíž ošetřující sestra přehodnotila riziko pádu dle stupnice Morse na 60 bodů. Zásadní změnou bylo, že pacientka již nepotřebovala doprovod na WC a zvládala si samostatně dojít na toaletu. Znovu byla od sestry poučena o riziku pádu a o nutnosti dodržování bezpečnostních opatření.

Ošetřovatelské zhodnocení:

V den dimise ošetřující sestra znovu vyhodnotila riziko pádu dle stupnice Morse na 60 bodů. Pacientka nyní ovládá samostatnou chůzi po pokoji a chodbě bez dopomoci. Na toaletu je schopna si sama dojít. Běžné denní činnosti si obstarává sama.

Po celou dobu hospitalizace se pacientka řídila bezpečnostními pokyny. K pádu během jejího pobytu nedošlo. Ošetřovatelský cíl byl splněn.

2.6.2 Bolest a dyskomfort z důvodů neuropatie a následků opakovaných pádů

Při přijetí pacientka uvedla, že ji delší dobu provází chronické bolesti kostrče, pravé horní končetiny a pravé dolní končetiny. Svou bolest ohodnotila číslem 3 dle numerické škály. Bolesti se začaly projevovat po opakovaných pádech. Pacientka také trpí dlouhodobě neuropatií dolních končetin, která její prožívání bolesti zhoršuje. Z důvodu přetrvávající bolesti vnímá velký dyskomfort, není schopna vykonávat náročnější fyzickou aktivitu.

Ošetřovatelský cíl:

V průběhu hospitalizace bychom si přáli bolest zmírnit tak, aby pacientka nebyla omezována v obstarávání běžných denních činností. Dále bychom chtěli, aby došlo ke zmírnění jejího dyskomfortu.

Intervence:

Přítomnost bolesti se hodnotí při vstupní lékařské a ošetřovatelské anamnéze a dále v průběhu hospitalizace. Je nezbytné komplexně posoudit aktuální stav bolesti, zda je akutní či chronická, jaká je její charakteristika, lokalizace, frekvence, intenzita a délka trvání. Nedílnou součástí k určení intenzity bolesti je desetistupňová numerická škála bolesti (1-2 mírná bolest, 3-5 střední

bolest, 6-9 silná bolest, 10 nesnesitelná bolest). Sestra by si měla všimnout verbálních i nonverbálních projevů bolesti. Měla by posoudit, jakou úlevovou polohu pacientka využívá. Dále je zapotřebí zjistit, jaké má pacientka dosavadní znalosti a zkušenosti s bolestí a jakým způsobem je omezena její kvalita života (v oblasti fyzické aktivity, spánku, výživy či psychické pohody). Sestra by měla s pacientkou prozkoumat faktory, které její bolest zmírňují nebo naopak zhoršují. Ke zvýšení efektivní léčby je zapotřebí znát účinnost minulých opatření na zmírnění bolesti.

Navazuje edukace pacientky o právu na léčbu bolesti, o farmakologických a nefarmakologických postupech léčby a zároveň o informování zdravotnického personálu při nástupu bolesti. Pacientka by měla být poučena od lékaře a sestry. Lékař by měl zhodnotit stav bolesti ve spolupráci s nelékařským zdravotnickým personálem. Lůžková signalizace by měla být vždy v dosahu. Povinností lékaře je si ověřit, zda pacientka rozuměla všem informacím.

Je důležité, aby sestra prováděla případnou analgetickou péči dle ordinace lékaře. Pacientka by si měla sama určit míru své bolesti, pokud je to možné. Před podáním daného analgetika by se měla sestra zeptat pacientky na lokalizaci, charakter, frekvenci a intenzitu dle numerické škály a následně může aplikovat příslušné analgetikum. Po 30 až 60 minutách je nezbytné ověřit efektivitu podaného léku.

Je vhodné zachování individuálního přístupu. Je důležité pacientku povzbuzovat, aby se nebála o bolesti mluvit. Doporučuje se eliminovat faktory, které by mohly zvyšovat prožívání bolesti (únava, psychická nepohoda, nadměrný hluk, nevhodná teplota v místnosti, špatné osvětlení). Je dobré aplikovat i nefarmakologické techniky ke zmírnění dyskomfortu (aplikace tepla a chladu, obklady, odvedení pozornosti či relaxace).

Nesmí chybět pravidelná a průběžná monitorace bolesti. Samozřejmostí je informovanost ostatních členů ošetrovatelského týmu o přítomnosti bolesti u pacientky. Dále je podstatné provést záznam bolesti do ošetrovatelské dokumentace (čas nástupu bolesti, délka trvání, lokalita, charakter, frekvence, intenzita dle numerické škály, zda bylo podáno analgetikum a s jakým efektem, zhodnocení by mělo být po 30-60 minutách).

Sestra by měla jakoukoliv změnu hlásit lékaři.

Realizace:

V rámci ošetřovatelské anamnézy dle SOP UVN zjišťovala příjmová sestra přítomnost bolesti u pacientky. Pacientka uvedla, že ano. Sestra se vyptala, v jaké oblasti ji vnímá, jak by svou bolest popsala a jak by číselně ohodnotila její intenzitu. Vnímala tupou a vystřelující bolest kostrče, pravé horní a dolní končetiny. Dle numerické škály ji pacientka zhodnotila číslem 3. Při rozhovoru se sestrou zaujímala úlevovou polohu vsedě. Spoustu let trpí chronickými bolestmi, tudíž je na ně zvyklá a ví, co jí pomáhá. Pacientka se vyjádřila, že ji bolest trápí a velmi omezuje v každodenním vykonávání činností. Nevládá fyzicky náročnější aktivity jako dříve. Její bolest se projeví při zvýšené fyzické námaze (delší chůze či domácí práce). Zhoršuje se také večer po ulehnutí. Sestra se snažila zjistit, jaká analgetika užívala v domácím prostředí. Pacientka využívala jednou denně lokální nesteroidní antirevmatikum (Ibalgin gel), který jí pokaždé účinkoval rychle a efektivně.

Příjmová a ošetřující sestra informovaly ostatní členy ošetřovatelského týmu o výskytu chronické bolesti u pacientky. Příjmová sestra vypsala do vstupního ošetřovatelského záznamu typ bolesti, lokalizaci, charakter a intenzitu dle numerické škály. Dále bolest zaznamenala do záznamu fyziologických funkcí, kde uvedla čas nástupu bolesti, charakter, intenzitu a lokalitu.

Sestra pacientku poučila, že pokud začne vnímat jakoukoli bolest, musí ji ihned nahlásit. Zároveň ji ubezpečila, že se nemusí stydět a může si kdykoliv personál přivolat. Vysvětlila jí, jakým způsobem se zachází se signalizací a kde všude ji nalezne. Lůžkovou signalizaci jí zanechala v co nejbližším dosahu.

Ošetřující lékař při příjmu nepředepsal žádná analgetika, jelikož mu intenzita bolesti u pacientky nepřipadala tak vysoká a závažná. V průběhu hospitalizace se však ukázalo, že je nutná analgetická terapie. Po konzultaci s pacientkou lékař naordinoval perorální analgetikum, a to Metamizol 500 mg čtyřikrát denně po 6 hodinách při výskytu bolesti, která bude hodnocena pacientkou číslem 3 a výše dle numerické škály. Toto analgetikum by se mělo zapíjet vcelku a s větším množstvím tekutiny (ideální je sklenice vody). Ošetřující sestra byla lékařem informována o farmakologickém postupu léčby bolesti.

Pacientka byla řádně edukována od lékaře o zavedení analgetické léčby a souhlasila s ní.

Sestry na denní směně se dotazovaly třikrát denně pacientky, zda pociťuje bolest a dyskomfort. Na noční službě se sestry ptaly večer a ráno. Pacientka pouze jednou cítila bolest vyšší intenzity, zhodnotila ji číslem 5 dle numerické škály. Měla ji v poledne a popisovala ji jako vystřelující. Ošetřující sestra jí následně podala analgetikum dle ordinace lékaře, které pacientka zapila u jídla sklenicí čaje. Bolest sestra poznamenala do záznamu fyziologických funkcí a do denního ošetrovatelského záznamu. Posléze si ověřovala efekt podaného léku, který rovněž musela zapsat do záznamu. Pacientce lék účinkoval po 30 minutách s efektem. Veškeré informace o bolesti byly zapsané v ošetrovatelském záznamu a v záznamu fyziologických funkcí.

Ošetřující sestra dbala na to, aby v místnosti nebyl nadměrný hluk a aby teplota v prostoru odpovídala potřebám pacientky. Také si s ní popovídala o nutnosti dostatečné délky spánku. Jednu postranici měla pacientka ponechanou dole, aby se mohla kdykoliv posadit do úlevové polohy.

Po zbytek hospitalizace pacientka nevyžadovala analgetikum, intenzita bolesti se pohybovala v číslech 1-2 dle numerické škály. Vlivem mírnější bolesti se u pacientky zlepšil stav chůze natolik, že při ní cítila mnohem větší jistotu.

Sestra pečovala i o psychickou stránku pacientky, která se vyjádřila, že jí nejvíce pomohlo se vypovídat ze svých obtíží. Pozitivní vliv na ni měla také návštěva rodiny, která se snažila ji podporovat.

Ošetrovatelské zhodnocení:

Aktuálně pacientka bolesti neguje. Díky velkému zmírnění bolesti a zlepšení komfortu vnímá jistotu v chůzi. Také se cítí lépe po psychické stránce. Je schopna samostatně vykonávat běžné denní činnosti.

Byla poučena od ošetřujícího lékaře o užívání perorálních a lokálních nesteroidních antirevmaticích v domácím prostředí. S postupem a léčbou souhlasí. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

2.6.3 Omezená schopnost dodržování pokynů při měření bilance tekutin

Od počátku hospitalizace ošetřující lékař pacientce naordinoval měření bilance tekutin z důvodu její diagnózy. Pacientka měla dlouhodobě danou restrikcí příjmu na 1,5 l kvůli výskytu ascitu. Musela se vyprazdňovat do močového džbánu, ze kterého sestra vyhodnocovala výdej moči v mililitrech.

Pacientka se každý den potýká s velkou žízní, tudíž se jí vždy nepodaří restrikcí splnit a vypije okolo 2 l tekutin. I přes opakované poučení sestry někdy močila klasicky do WC místo do močového džbánu, jelikož si to neuvědomila.

Hlavním důvodem pro omezenou schopnost dodržet pokyny je jaterní encefalopatie, kvůli které si pacientka hůře zapamatovává nové informace. Zároveň hraje roli faktor, že pacientka má špatné zkušenosti se zdravotníky a bojuje s mírnou nedůvěrou k personálu.

Ošetrovatelský cíl:

Chceme se zaměřit na pravidelnou edukaci pacientky ohledně bilance tekutin. Páli bychom si, aby se pacientka vždy správně řídila pokyny od lékaře a sestry. Dále bychom chtěli obnovit důvěru pacientky ve zdravotnický personál.

Intervence:

Je potřeba se zaměřit na podrobnější edukaci ohledně průběhu měření bilance tekutin. Pacientka by měla být poučena od lékaře i sestry o postupu měření. Lékař by měl pacientku obeznámit, z jakého důvodu se měření provádí. Měl by se pacientky zeptat, zda s měřením souhlasí. Dále by si měl ověřit, zda pacientka všemu rozuměla. Je vhodné, aby jí nechal prostor na dotazy a popřípadě jí ujasnil nejasnosti ohledně měření.

Celý ošetrovatelský tým by měl být informován o měření bilance tekutin u pacientky. Personál by měl brát ohled na její zhoršenou paměť. Je nutné, aby jí sestra opakovaně připomínala, že se musí vždy vymočit do močového džbánu, například při doprovodu na WC. Je třeba, aby si sestra hlídala příjem tekutin u pacientky, aby dostala přesné množství, které může vypít.

Sestra by měla každý den zapisovat výsledky bilance tekutin do ošetrovatelského záznamu a do denního dekurzu. O případných změnách je nutné okamžitě informovat lékaře.

Realizace:

Ošetřující lékař pacientku seznámil s důvodem měření bilance tekutin. Vysvětlil jí, že výsledky by měly být co nejpřesnější. Popsal jí, jak bude probíhat celý postup měření. Pacientka s postupem souhlasila. Byla edukována lékařem o močení močového džbánu a dodržování restrikce tekutin 1,5 l. Dotazoval se jí, zda je všechno srozumitelné a jestli má k tomu nějaké otázky. Pacientka uvedla, že všemu rozumí.

Ošetřující sestra pacientce ukázala její močový džbánek a označila jej identifikačním štítkem. Džbánek ponechala na toaletě pod umyvadlem. Sestry každý den dbaly na to, aby pacientka dostala konvici s čajem, kde bude odměřeno přesně 1,5 l. Z důvodu vysokého rizika pádu mohla pacientka chodit na WC pouze s doprovodem. Pokaždé si zazvonila, když potřebovala na toaletu a doprovázela ji sestra nebo ošetřovatelka. Při doprovodu na WC bylo pacientce vždy připomenuto, aby močila do džbánu, jelikož měla tendenci na to zapomínat.

Na denní vizitě jí lékař pokaždé připomenul důležitost měření. Sestry se taktéž snažily pacientku každý den edukovat o nutnosti močení do močového džbánu a o dodržení restrikce tekutin. Na denní i noční směně sestry zapisovaly příjem a výdej tekutin do elektronického záznamu bilance tekutin, do ošetřovatelského záznamu a do denního dekurzu.

První 3 dny hospitalizace pacientka chodila na toaletu s doprovodem a vždy se správně vymočila do džbánu, tudíž výdej moči byl přesný. Hodnoty výdeje se pohybovaly okolo 300-600 ml přes den (6-18h) a okolo 300 ml přes noc (18-6h). Příjem tekutin byl bohužel vyšší, jelikož pacientce se nepovedlo dodržet restrikci. Hodnoty příjmu se vyšplhaly zhruba na 1600 ml za den (6-18h) a na 300 ml během noci (18-6h). Jednu noc pacientka vypila dokonce 850 ml. Je pravdou, že každý den dostávala pacientka odměřené tekutiny, ale ukázalo se, že další vodu jí přinesla rodina, takže i z toho důvodu byla restrikce porušena.

Následující dny pacientka získala větší jistotu při chůzi a bylo jí dovoleno navštěvovat WC bez doprovodu. I přes opakovanou a pravidelnou edukaci pacientka dost zapomínala a několikrát během dne se vymočila do toalety místo do džbánu, tudíž měření se stalo nepřesným. Potíže s příjmem tekutin stále přetrvávaly, tudíž sestra informovala ošetřujícího lékaře o těchto skutečnostech

a vše zaznamenala do ošetrovatelského záznamu. Pacientka si přála přijímat více než 1,5 l, protože bojovala se silnou žízní.

Lékař po rozhovoru s pacientkou nakonec rozhodl, že bilance tekutin bude nadále ponechána s tím, že měření bude spíše orientační a zrušil i restrikcii tekutin. Kládl důraz, aby pacientka měla zachovanou svou autonomii, tudíž ji nechtěl do ničeho nutit. Dále si uvědomoval, že součástí její diagnózy je právě zhoršení kognitivních funkcí a že je potřebné k tomu přihlídnout. Přál si, aby se zde pacientka cítila co nejvíc komfortně. Zbytek personálu byl o všem důkladně informován.

Zbývajících 2 dny hospitalizace před dimisí měla pacientka hodnoty příjmu tekutin zhruba 1700 ml za den a 300-500 ml za noc. Hodnoty výdeje se pohybovaly okolo 500-600 ml přes den a 300 ml přes noc. Pacientka již nedostávala přesně odměřené tekutiny. Na WC chodila sama, snažila se myslet na močení do džbánu, občas se jí to podařilo, občas ne. Sestry pravidelně zapisovaly výsledky do záznamu bilance tekutin, ošetrovatelského záznamu a do denního dekurzu.

Ošetrovatelské zhodnocení:

Při dimisi lékař zrušil restrikcii tekutin, jelikož se ukázalo, že není potřeba nutně za každou cenu restrikcii dodržet. Bylo zjevné, že se pacientce ulevilo, že nemusí měření striktně dodržovat. Pacientka respektovala jak lékaře, tak sestry a snažila se řídit pokyny v rámci jejích možností. Bohužel ne vždy to bylo možné.

Je pravdou, že se nám úplně nepodařilo splnit ošetrovatelský cíl, ale na druhou stranu jsme pacientce zachovali určitou svobodu a autonomii, což je také nezbytné pro její psychickou stránku.

Navazuje popis propuštění pacientky a následný lékařský plán péče. Informace jsem čerpala z lékařské propouštěcí zprávy. Dále zde popisuji ošetrovatelskou prognózu a doporučený ošetrovatelský plán péče.

2.7 Propuštění

Propuštění (text z propouštěcí zprávy):

79letá pacientka se sekundární biliární cirhózou byla přijata pro její dekompenzaci s rozvojem encefalopatie a otoky DKK. Na oddělení HD stabilní, byla odebrána laboratoř a zahájena terapie encefalopatie. V laboratorních odběrech stacionární nález, pro zánětlivý močový sediment byla nasazena empiricky ATB terapie pro rizikovost pacientky. Terapie encefalopatie s dobrým efektem, na domácí ošetřování pacientce necháváme v medikaci i nadále Medoxin. Během hospitalizace bez obtíží, dimise v uspokojivém stavu, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaná. Odvoz sanitou vsedě.

Doporučení:

Režim: šetřící bez větší fyzické zátěže

Dieta: racionální, dostatek tekutin – ideálně 2 l, restriktce zrušena

Kontrola u praktického lékaře do 3 dnů od dimise s touto propouštěcí zprávou

Kontrola v gastroenterologické ambulanci, jak je zavedeno

Doporučená medikace:

Venlafaxin Mylan 150 mg	PO 1-0-0 CPS	antidepressivum SNRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)
Pregabalin Sandoz 150 mg	PO 0-0-1 CPS	antiepileptikum, antikonvulzivum
Verospiron 50 mg CPS	PO 2-1-0 CPS	diuretikum K šetřící
Helicid 20 mg CPS	PO 1-0-0 CPS	inhibitor protonové pumpy
Normix 200 mg TBL	PO 1-1-1 TBL Rp.	antibiotikum
Furorese 40 mg TBL	PO ½-0-0 TBL	diuretikum K nešetřící
Medoxin 500 mg TBL	PO 1-0-1 TBL	na 3 dny antibiotikum

Pacientka byla průběžně edukována o charakteru a léčbě onemocnění a následné farmakoterapii.

2.8 Ošetrovatelská prognóza

Při propuštění byla provedena konzultace pacientky s lékařem i sestrou o jejím domácím režimu. Už při příjmu byly prozkoumány její domácí podmínky a každodenní fungování. Pro zvýšení účinnosti léčby a zlepšení kvality života je zapotřebí, aby pacientka v určitých oblastech upravila svůj denní režim. Týká se to oblasti mobility a s ní spojené riziko pádu, dále oblasti bolesti a kognitivních funkcí.

Z hlediska udržení mobility je nezbytné, aby pacientka denně vykonávala mírnou fyzickou aktivitu, ať už ve formě chůze (například procházky v kratší vzdálenosti) nebo v rámci obstarávání běžných denních činností (sebepečce, práce na zahradě, vaření apod). Do budoucna by bylo ideální, aby pacientka používala k chůzi kompenzační pomůcky jako francouzské hole nebo hůlku z důvodu přetrvávajícího nízkého rizika pádu. Ke kompenzačním pomůckám se řadí i kvalitní pevná a protiskluzová obuv. Pacientka žije s partnerem v rodinném domě, který je zajištěn bezbariérovým přístupem. V koupelně má sprchový kout s bezpečnostními madly, tudíž je pro ni zajišťování hygieny mnohem bezpečnější a komfortnější. Výhodou je, že pacientka má již dlouhodobě zajištěnou péči o úklid domácnosti, tudíž se nemusí fyzicky přetěžovat. Její partner je ochoten jí pomáhat v případě zhoršení její mobility a fyzické výkonnosti.

Navazuje problematika chronické bolesti kostrče, pravé horní a dolní končetiny. Pacientka uvedla, že již několik let bojuje s opakovanou bolestí a je na ni zvyklá. Při dimisi byla edukována lékařem o užívání lokálních a perorálních nesteroidních antirevmatik. Konkrétně to znamená, že při nástupu bolesti si může vzít Ibalgin buď v perorální podobě anebo ve formě masti. Určitě je důležité myslet i na nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti, jako je například vyhledání úlevové polohy či aplikace chladu. Pacientka převážně zaujímá úlevovou polohu vsedě. Pokud hůře snáší bolest, tak si na postiženou oblast přikládá chladivý obklad.

Poslední důležitou oblastí je snížení kognitivních schopností u pacientky z důvodu její diagnózy. Je nezbytné se zaměřit na specifické opatření, která pacientce usnadní její každodenní fungování. Je nutností, aby si pacientka důležité informace zapisovala, ideálně do nějakého poznámkového deníčku. Poznámky tak

bude mít vždy po ruce. Pokud se jí nějaká informace nevybaví, tak může do deníku kdykoliv nahlédnout. Zároveň je užitečná metoda malých papírků s poznámkami, které si může vyvěsit na ledničku. Co se týká zavedené medikace, bylo by dobré, aby si pacientka pořídila týdenní lékovou krabičku, kde by měla nachystané léky dopředu na daný týden. Hodí se i domácí kalendář, kde si může zapisovat dny kontrolních prohlídek v ambulanci. Její partner je taktéž o všem informován a je ochoten pacientce připomenout nějaké události nebo informace.

Pacientka je s doporučeným režimem obeznámena a se vším souhlasí.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacientku s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Práci jsem rozdělila na klinickou a ošetrovatelskou část. Cílem mé práce bylo charakterizovat a popsat jaterní cirhózu a ošetrovatelskou péči spojenou s tímto onemocněním.

V klinické části jsem se věnovala anatomii a fyziologii jater, obecné definici jaterní cirhózy, epidemiologii, klasifikaci, etiologii, klinickému obrazu, komplikacím, vyšetřovacím metodám, léčbě a prognóze.

V ošetrovatelské části jsem popsala lékařskou anamnézu odebranou lékařem, ošetrovatelskou anamnézu odebranou mnou a příjmovou sestrou, ošetrovatelskou anamnézu zpracovanou podle modelu Marjory Gordonové, ošetrovatelský souhrn, průběh hospitalizace, vybrané ošetrovatelské problémy a ošetrovatelskou prognózu.

V případové studii jsem si zvolila pacientku trpící jaterní cirhózou biliární etiologie. Pacientka se mnou spolupracovala velmi dobře, chovala se ke mně mile a ochotně. S pacientkou jsme se hodně zabývaly problematikou její snížené mobility a soběstačnosti v některých běžných denních činnostech a poklesu kognitivních funkcí. Bylo nezbytné u pacientky upravit režim v domácím prostředí a také zajistit spolupráci rodiny, která může velmi pozitivně ovlivnit psychiku pacientky a následné zvládnání každodenních činností.

Z práce vyplývá, že prognóza jaterní cirhózy je individuální a ve velké míře rozhoduje stadium onemocnění a míra komplikací. V případě vyřešení příčiny nemoci může dojít u pacientů k mnohem lepší kvalitě života. Na druhou stranu, pokud dojde k přechodu do dekompenzované formy onemocnění, délka života se výrazně zkracuje. V konkrétním případě pacientky došlo k hospitalizaci právě z důvodu dekompenzace jaterní cirhózy s rozvojem jaterní encefalopatie a otoků dolních končetin. V průběhu hospitalizace pacientka spolupracovala v rámci svých možností. Největším problémem jí činily chronické bolesti, kterými dlouhodobě trpí. Dále byla pacientka po dobu hospitalizace ohrožena rizikem pádu a nedařilo se jí dodržet stanovenou restrikcí tekutin. Dimise do domácího prostředí sanitou proběhla v uspokojivém stavu. Pacientka byla podrobně edukována o následném režimu a se vším souhlasila.

Seznam použité literatury

- 1) HUDÁK, Radovan a KACHLÍK, David. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Ilustroval Jan BALKO, ilustroval Šárka ZAVÁZALOVÁ. Praha: Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-420-0.
- 2) NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-450-7.
- 3) PETŘEK, Josef. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2208-0.
- 4) KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.
- 5) HŮLEK, Petr a URBÁNEK, Petr. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0394-2.
- 6) URBÁNEK, Petr a BRŮHA, Radan (ed.). *Hepatologie*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-1693-5.
- 7) LUKÁŠ, Karel; HOCH, Jiří; URBÁNEK, Petr a NEVORAL, Jiří. *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Postgraduální gastroenterologie a hepatologie. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3405-2.
- 8) MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka. *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-724-9.
- 9) SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Petr. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.
- 10) VRABLÍK, Michal, MAREK, Josef (ed.). *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5078-1.
- 11) MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.
- 12) SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022]. ISBN 978-80-7492-627-3.
- 13) ŠTOVÍČEK, Jan. Nealkoholová steatóza jater a nealkoholová steatohepatitida-včasná diagnostika a možnosti léčby. *Farmakoterapeutická revue*. 2018, 2018(2), s. 213-217. ISSN 2533-6878.
- 14) Doporučené postupy ČNS a ČHS JEP pro diagnostiku a léčbu akutního poškození ledvin u jaterní cirhózy. *Gastroenterologie a hepatologie Gastroenterology and Hepatology*. 2021, 75(2), s.111. ISSN 1804-787.
- 15) ŠMÍD, Václav. Jaterní testy. *Časopis lékařů českých*. 2022, 161(2), s.53. ISSN 0008-7335.
- 16) FRAŇKOVÁ, Soňa. Primární biliární cholangitida. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie, odborný časopis pro lékaře, Cholestáza*. 2018, 4(3), s.124-127. ISSN 2336-4998.

- 17) URBÁNEK, Petr. Prevence hepatocelulárního karcinomu. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie, odborný časopis pro lékaře*. 2019, 5(4). s.170,177. ISSN 2336-4998.
- 18) BASHAR SHARMA, SAVIO JOHN, *Hepatic Cirrhosis*. National Library of Medicine [online] © 2022, Last Update October 2022 [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482419/>
- 19) ROSHAN PATEL, MATTHEW MUELLER, *Alcoholic Liver disease*. National Library of Medicine [online] © 2023, Last Update July 2023 [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546632/>
- 20) DOUDA, Ladislav. Interní propedeutika. *Indikační soubor laboratorních vyšetření v hepatologii* [online] © 2014 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://new.propedeutika.cz/>
- 21) Columbia Surgery. *Primary Biliary Cirrhosis*. Center for Liver Disease and Transplantation. Columbia Surgery [online] ©2023 [cit. 2024-02-22] Dostupné z: <https://columbiasurgery.org/conditions-and-treatments/primary-biliary-cirrhosis>
- 22) Fatty Liver Foundation. *Fibroscan*. [online]. ©2023 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: https://www.fattyliverfoundation.org/fibroscan_info#gsc.tab=0
- 23) IKEM. *Necílené a cílené biopsie jater*. Transplantcentrum. [online]. [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-hepatogastroenterologie/o-nas/jaka-vysetreni-poskytuujeme/necilene-a-cilene-biopsie-jater/a-1585/>
- 24) SEIFERT, Bohumil. Hepatoprotektiva a jejich využití ve všeobecné praxi. *Medicína pro praxi* [online]. 2019, 16(1), s.20-22 [cit. 2024-02-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/01/04.pdf>
- 25) Aktuální možnosti terapie akutního krvácení z jícnových varixů. *ProLékaře.cz* [online]. 2019, 18.9. 2019 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/jaterni-cirhoza/detail/aktualni-moznosti-terapie-akutniho-krvaceni-z-jicnovych-varixu-114054>
- 26) IKEM. *Co je třeba vědět o transplantaci jater*. [online]. [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-hepatogastroenterologie/pro-lekare/transplantace-jater/co-je-treba-vedet-o-transplantaci-jater/a-1594/>
- 27) IKEM. *Indikace k transplantaci jater – doporučený postup* [online]. ©2021.[cit.2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-hepatogastroenterologie/pro-lekare/transplantace-jater/co-je-treba-vedet-o-transplantaci-jater/a-1594/>

- 28) IKEM. *Souhlas pacienta s provedením transjugulárního portosystémového zkratu (TIPS)* [online] ©2024 [cit.2024-02-02]. Dostupné z:
<https://www.ikem.cz/cs/f09-zrir-souhlas-s-provedenim-tipsu/a-1738/>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Farmakologická anamnéza do 28. 6. 2023	33
Tabulka č. 2 Farmakoterapie vstupně	47
Tabulka č. 3 Doporučená medikace	61

Seznam obrázků

Obr. č. 1 Fyziologická játra	11
Obr. č. 2 Věkové rozložení	29
Obr. č. 3 Child-Pughovo skóre	31

Seznam zkratek

AKI	Acute Kidney Injury
ATB	antibiotikum
apod.	a podobně
BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
cps	kapsle
č.	číslo
CT	počítačová tomografie
DKK	dolní končetiny
DUS	dopplerovská ultrasonografie
EKG	elektrokardiografie
EX	odstranění
FR	fyziologický roztok
G	gram
GIT	gastrointestinální trakt
h	hodina
HD	hemodynamicky
HDL	High Density Lipoprotein
i.v.	intravenózně
K	kalium
kg	kilogram
l	litr
LDK	levá dolní končetina
LF	lékařská fakulta
min	minuta
mg	miligram
mg/ml	miligram na mililitr
ml	mililitr
ml/h	mililitr za hodinu
mm	milimetr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MN	mozkové nervy
MODS	Multiple Organ Dysfunction Syndrome
NaCl	chlorid sodný
NAFLD	Non-alcoholic Fatty Liver Disease
např.	například
Obr.	obrázek
P	puls
PDK	pravá dolní končetina
PHK	pravá horní končetina
PM	psychomotorické tempo
p.o.	perorálně
PŽK	periferní žilní katetr
tbl	tableta
RAAS	renin-angiotenzin-aldosteron
Rp.	baktericidní

SOP UVN	standardní operační postup Ústřední Vojenské nemocnice
TK	krevní tlak
UK	Univerzita Karlova
USG	ultrasonografie
UVN	Ústřední Vojenská nemocnice
VAS	vizuální analogová škála
VIP	Visual Infusion Phlebitis
VLDL	Very Low Density Lipoprotein
WC	toaleta
%	procento
°C	stupeň Celsia

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

Příloha č. 2: Duphalac Connect the Numbers Test

Přílohy

Příloha č 1 Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

Ošetřovatelská anamnéza
(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

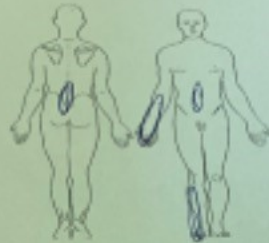
Oddělení : ... OGHM
Datum a čas odběru anamnézy : 28.6. 26:00h
Jméno (iniciály) : ... P.N. Pohlaví: ŽENA Věk: 71
Datum přijetí : 28.6. 2023
Stav: SICHOVNĚ Povolání: myšička SD
Rodina informována o hospitalizaci : ano ne
Diagnóza při přijetí (základní): DEKOMPENZACE ZÁLEHLÉ LICHŮTY, RIZIKO OTOKŮ PRA A ENLEFALOPATIE
Chronická onemocnění: SEKUNDÁRNÍ BILIÁRNÍ CIRÓZA, UCCE NOSU, RAKovina PRŮŽEŽNÍ, KREVŮŽNÁ ETOFAGITIDA, REVMAATICKÉ PRA, REKADIVA STŘEVA
Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření: KLIDOVĚ, KESKA
Léčba: ATB terapie, satyry, křídla encefalopatie
Operační výkon: Pooperační den:
Farmakoterapie:
Jiné léčebné metody:
Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně
Alergie : ano ne jaké: AMPICILIN, URASOLAN
Fyziologické funkce : P : TK : D : SpO2 : TT :
I) Vědomí
stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Deorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

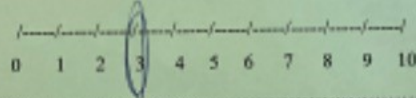
2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne OSTA-M

lokalizace :



Intenzita :



3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kašlák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů - Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....

5) Všeobecná zdravotní

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba) *Udržování fyzického stavu, další dříve*
pacientka se cítí zdravě a vyžijavě, není žádná
je dostatek pro usnadnění, používá se k tomu křeslo a k tomu

Úrazy: ano ne jaké: *padla z postele, padla z křesla*

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *2* Nutriční skóre:

Hmotnost: *68 kg* Výška: *168 cm* BMI: *25,1*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: *1,5-2 l* Druh tekutin: *voda, minerální, káva, čaj*

Obtěk nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *2 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní *- kvůli ASCITU*

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence *LEHÁ*
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne
datum poslední stolice: *28.6.2023*

Způsob vyprazdňování: podložní misa/močová láhev
Inkontinenční pomůcky -> INKONTINENČNÍ VLOŽKA
Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

VC S PODROVNEM Z PŮROBU SLABŠÍ CHŮZE

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *NIJN KLIDOVĚ*

Barthel test:

Riziko pádu: ANO skóre: NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké: batle NA BLÍZKO
A NA PÁČKU

9) Spánek, ednočinná

počet hodin spánku: hodina usnutí:
poruchy spánku: ano ne jaké: BRÁDÍ ŽE BĚHEM NOCI
hypnotika: ano ne NA MOČENÍ
návyky související se spánkem: PŘEČ SPÁNKEM SLEVADE TV

10) Vnímání poznávání

potíže se znaky: ano ne jaké: VIDÍ ŠPATNĚ MOŽI ŽMO NA PÁČKU
potíže se sluchem: ano ne jaké:
porucha řeči: ano ne jaké:
kompenzační pomůcky: ano ne jaké: BATLE NA PÁČKU A NA BLÍZKO

orientace: orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený
Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne
Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění: PARTNER, POKÁČKARĚ, ŽENA
kontakt s rodinou: ano ne

12) Invasivní vstupy

Drény: ano ne jaké: Datum zavedení:
Permanentní močový katétr: ano ne
i.v. vstupy: ano periferní datum zavedení: 28.6. kód: PHK
STAV: POKÁČKARĚ, ŽENA, ŽENA
 centrální datum zavedení: kód:
stav:

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKO

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy :

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

I. Barthelové test základních vědních činností (ADL - activities of daily living)

Číslo	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napítí	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontrolovat moč	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontrolovat stolice	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. převaz hlava- šíje	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	nezávisle bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staškova, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno, EDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

85 b. - LEHĀĀ ZĀVĀSĀLĀST

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Průběžná onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Alita	Mobilita	Inkontinence
Úplně 4	10-4	Normální 4	Žádná 4	Dobry 4	Bude 4	Čistá 4	Úplně 4	Není 4
Částečně omezená 3	10-3	Alergie 3	Důl, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Příšterně 3	Společný 3	5 defekace 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	60-2	Vředy 2	Tromboza, otok 2	Sporný 2	Známý 2	Setřívka 2	Velmi omezená 2	Pravidelně 2
Žádná 1	80-1	Žádná 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Decubit 1	Luž 1	Žádná 1	Možná 1

Zdroj: Staňková M.: Číslo ošetřovatelské - Hodnotit a měřit techniky v ošetrovatelské praxi. 1. vydání IDVPPZ 2001. ISBN 80-7013-323-4

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

26b. - BEZ RIZIKA

NRS - Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za posledních 3 měsíců?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient zřetelně nemocen (např. špatná pitva)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení za týden.

Je-li jedna odpověď ANO, nechte nutričního specialistu.

Zdroj: Graňová, Z., Nutriční podpora - praktický risko pro sestry, Grada 2007

ANO

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 - doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu

Anamnéza:

- DDD (disorientace, demence, deprese)
- věk 65 let a více
- pád v anamnéze
- pokyt povrchů 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkovou oš.
- průběžný/kuchavý problém
- Křivostní léky (anticholinergika, paracetol, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, transquilizery, antidepresiva, kofeiny)

Vyšetření:

- Substancia
 - špatná 30
 - střední 35
 - neobtěžovaná 35
- Schopnost spolupráce
 - spolupracující 15
 - částečně 15
 - nespolupracující 25

Příjímá dotazů pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu):

- Můžete někdy spáskt?
- Máte v noci naceni na močen?
- Další se v noci a nesnídíte snacet?

Body:

- 0-4 body: Bez rizika
- 5-13 bodů: Střední riziko
- 14-19 bodů: Vysoké riziko


8b. - STŘEDNÍ RIZIKO

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UKO

Příloha č. 2 Duphalac Connect the Numbers Test

Connect-the-Numbers Test 1

Duphalac[®]



Patient family name, first name _____ Date of birth _____
Date _____ Time of day _____ Initials of the tester _____
Testing period (seconds) _____
Signature of patient, first and family names _____

FINISH

START

25 10 6 4
23 9 7 5
11 1 8 14 3
24 8 2 13
12 17 16 15
22 21 18 19
20