



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetřovatelství

**Jiřina Kurandová**

**Ošetřovatelská péče pacienta  
s diagnózou jaterní cirhóza**

*Nursing care of the patient with cirrhosis of  
the liver*

*Bakalářská práce*

*Případová studie*

Praha, březen 2010

**Autor práce: Jiřina Kurandová**

**Studijní program: Ošetřovatelství**

**Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy**

**Odborný konzultant: MUDr. Martin Laclav**

**Pracoviště odborného konzultanta: II. Interní klinika FNKV**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová**

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

**Praha**

**Datum a rok obhajoby: 15. dubna, 2010**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 8. března 2010

Jiřina Kurandová

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Martinu Laclavovi za odbornou radu při zpracování klinické části mé bakalářské práce. Ráda bych též poděkovala vedoucí práce, Mgr. Janě Holubové za odbornou pomoc při zpracování ošetrovatelské části mé práce.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Anatomická stavba jater</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 Fyziologická funkce jater</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2.1 Metabolismus</b> .....	<b>11</b>
<i>1.2.1.1 Syntéza</i> .....	<b>11</b>
<i>1.2.1.2 Detoxikace</i> .....	<b>12</b>
<b>1.2.2 Cévní zásobení jater</b> .....	<b>13</b>
<i>1.2.2.1 Nutritivní</i> .....	<b>13</b>
<i>1.2.2.2 Funkční</i> .....	<b>13</b>
<b>1.2.3 Tvorba a exkrece žluči</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2.5 Produkce hormonů</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2.4 Zásobárna krve, minerálů a vitamínů</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2.5 Produkce hormonů</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.6 Tepelné jádro</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3 Charakteristika onemocnění</b> .....	<b>15</b>
<b>Jaterní cirhóza</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3.1. Morfologické dělení</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3.2 Etiologie</b> .....	<b>16</b>
<i>1.3.2.1 Virová hepatitida</i> .....	<b>17</b>
<i>1.3.2.2 Alkoholická jaterní cirhóza</i> .....	<b>17</b>
<i>1.3.2.3 Metabolická jaterní cirhóza</i> .....	<b>17</b>
<i>1.3.2.4 Autoimunitní hepatitida</i> .....	<b>19</b>
<i>1.3.2.5 Cholestatická jaterní onemocnění</i> .....	<b>19</b>
<i>1.3.2.6 Poléková a toxická jaterní cirhóza</i> .....	<b>19</b>
<i>1.3.2.7 Venostáza - kardiální cirhóza</i> .....	<b>19</b>
<i>1.3.2.8 Poruchy výživy a zevní vlivy</i> .....	<b>19</b>
<i>1.3.2.9 Chronická obstrukce jaterních žil - Buddův Chiariho syndrom</i> .....	<b>19</b>
<b>1.3.3 Klinický obraz</b> .....	<b>20</b>

1.4	Vyšetřovací metody.....	21
1.4.1	Anamnéza.....	21
1.4.2	Objektivní nález.....	22
1.4.2.1	<i>Ikterus</i> .....	22
1.4.2.2	<i>Portální hypertenze</i> .....	23
	Krvácení z jícnových varixů.....	23
	Ascites a s ním spojený přírůstek váhy.....	24
	Spontánní bakteriální peritonitida.....	24
	Jaterní encefalopatie.....	24
	Hepatorenální syndrom .....	24
1.4.2.3	<i>Pavoučkovité névy</i> .....	24
1.4.2.4	<i>Dilatované žíly ve stěně břišní</i> .....	24
1.4.2.5	<i>Palmární erytém</i> .....	25
1.4.2.6	<i>Dupuytrenova kontraktura</i> .....	25
1.4.2.7	<i>Hematomy</i> .....	25
1.4.2.8	<i>Caput medusae</i> .....	25
1.4.2.9	<i>Hepatocelulární karcinom</i> .....	25
	Klasifikace pacientů s jaterní cirhózou.....	26
1.4.3	Laboratorní vyšetření.....	27
1.4.3.1	<i>Vyšetření moči a sedimentace krve</i> .....	27
1.4.3.2	<i>Hematologická vyšetření</i> .....	27
1.4.3.3	<i>Biochemická vyšetření</i> .....	27
1.4.3.4	<i>Imunologická vyšetření</i> .....	29
1.4.3.5	<i>Nádorové markery</i> .....	29
1.4.3.6	<i>Virologická vyšetření</i> .....	29
1.4.4	Zobrazovací diagnostické metody.....	30
1.4.4.1	<i>Abdominální ultrasonografie</i> .....	30
1.4.4.2	<i>Endoskopické vyšetření</i> .....	30
1.4.4.3	<i>Počítačová tomografie</i> .....	30
1.4.4.4	<i>Magnetická rezonance</i> .....	30
1.4.4.5	<i>Pozitronová emisní tomografie</i> .....	30

<b>1.5</b>	<b>Terapie.....</b>	<b>31</b>
<b>1.5.1</b>	<b>Terapie konzervativní.....</b>	<b>31</b>
<b>1.5.2</b>	<b>Indikační skupiny léků.....</b>	<b>31</b>
	<i>1.5.2.1 Vazoaktivní léky.....</i>	<i>32</i>
	<i>1.5.2.2 Neselektivní beta-blokátory.....</i>	<i>32</i>
	<i>1.5.2.3 Nitráty .....</i>	<i>32</i>
	<i>1.5.2.4 Kalium šetřící diuretika - spironolakton.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.5 Alfa- adrenergní blokátory.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.6 Hepatoprotektiva.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.7 Kortikoidy.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.8 Antibiotika.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.9 Antiulceróza.....</i>	<i>33</i>
	<i>1.5.2.10 Laxantiva.....</i>	<i>34</i>
	<i>1.5.2.11 Vitamin K.....</i>	<i>34</i>
<b>1.5.3</b>	<b>Terapie operační.....</b>	<b>34</b>
	<i>1.5.3.1. TIPS.....</i>	<i>34</i>
	<i>1.5.3.2. Transplantace jater.....</i>	<i>34</i>
<b>1.6</b>	<b>Stav nemocného při příjmu do nemocnice.....</b>	<b>35</b>
<b>1.6.1.</b>	<b>Údaje z lékařské anamnézy.....</b>	<b>36</b>
<b>1.6.2</b>	<b>Průběh nemoci.....</b>	<b>37</b>
<b>1.7</b>	<b>Průběh hospitalizace.....</b>	<b>39</b>
<b>1.8</b>	<b>Prognóza.....</b>	<b>41</b>
<b>2.</b>	<b>Ošetřovatelská část.....</b>	<b>43</b>
<b>2.1</b>	<b>Význam ošetřovatelského procesu.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2</b>	<b>Ošetřovatelský model podle Majory Gordonové.....</b>	<b>44</b>
<b>2.3</b>	<b>Ošetřovatelská anamnéza.....</b>	<b>45</b>
<b>2.4</b>	<b>Přehled ošetřovatelských diagnóz k druhému dni hospitalizace.....</b>	<b>49</b>
<b>2.5</b>	<b>Krátkodobý plán péče včetně cílů - druhý den hospitalizace.....</b>	<b>50</b>

### Aktuální diagnózy

Psychické poruchy v důsledku narušené činnosti mozku - agresivita z důvodu jaterní cirhózy.....	50
Zmatenost z důvodu hepatopatie.....	51
Porucha smyslového vnímání – sluchu z důvodu převodní poruchy.....	52
Snížený příjem tekutin v důsledku nedostatečné schopnosti sebezpečí z důvodu základního onemocnění.....	53
Deficit sebezpečí při hygieně, oblékání a jídle vlivem narušení psychických funkcí z důvodů chronické hepatopatie.....	54
Dyspeptické potíže jako následek poruchy trávení z důvodu jaterní cirhózy.....	56
Inkontinence z důvodu základního onemocnění.....	57

### Potencionální diagnózy:

Únava z důvodu základního onemocnění.....	58
Uroinfekce v důsledku zavedeného permanentního močového katetru.....	58

2.6 Dlouhodobý plán .....	59
3. Hodnocení psychického stavu nemocného.....	61
4. Edukace nemocného a rodiny.....	62
5. Závěr.....	64
Seznam použitých zkratk.....	65
Seznam příloh.....	67
Přílohy č.1 Barthelové test základních všedních činností.....	68
Příloha č.2 Seznam užívaných léků.....	69
Příloha č.3 Ošetřovatelský záznam	

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
---------------------------	----



## Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče pacienta s diagnózou jaterní cirhóza jsem si vybrala na základě své dlouholeté práce v péči o seniory, kteří jsou hospitalizováni na lůžkách dlouhodobě nemocných. Incidence jaterní cirhózy je poměrně častá. Znalost postupu při ošetrovatelské péči v souvislosti s touto diagnózou, která vzniká nejčastěji v důsledku abúzu alkoholu, vyžaduje pro zdravotnický tým speciální vědomosti a dovednosti, ale především trpělivosti. Nejedná se pouze o kurativní, ošetrovatelské a edukační postupy, ale při ošetrování nikdy nezapomínáme na dodržování etických zásad.

Cílem mé bakalářské práce je komplexní zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta X.Y.

V klinické části bakalářské práce se věnuji anatomii a fyziologii jater, charakteristikou onemocnění, příčinám, klinickému obrazu, léčbě a prognóze jaterní cirhózy.

V ošetrovatelské části se zabývám ošetrovatelskou anamnézou, která zahrnuje informace získané pozorováním, od pacienta, rodiny a z lékařské dokumentace. Sestavila jsem ošetrovatelské diagnózy, stanovila plán péče, realizaci a hodnocení. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny ke druhému dni hospitalizace. Na podkladě ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila individuální ošetrovatelský plán. Dále jsem se věnovala dlouhodobému plánu. Závěr práce tvoří psychologická část a edukace nemocného.

K vyhotovení ošetrovatelského procesu jsem použila model Majory Gordonové.

# 1. Klinická část

## 1.1 Anatomická stavba jater

Játra patří k největší žláze v lidském organismu. Jejich hmotnost se pohybuje od 1300 g do 1700 g. Játra mají červenohnědou barvu, na pohmat jsou měkká a poddajná. Vyplňují celou pravou brániční dutinu, horním okrajem jsou játra k pravé brániční dutině fixována vazivovým pouzdem. Do levé dutiny brániční zasahují částečně. Dolní oblast jater volně naléhá na orgány nacházející se v pobřišnicové dutině.

Přední strana jater je tvořena pravým a levým lalokem.

Spodní strana je členěna také na pravý a levý lalok. Pravý lalok na spodní straně jater je rozdělen rýhami do menších částí na lalok čtvercový a lalok dolní duté žíly. Tyto rýhy rozdělující laloky připomínají tvar písmene H. U příčné rýhy písmene H se nachází hilus, porta hepatis, kterým do jater vstupuje vena portae, arteria hepatis propria a vystupují žlučovody. V oblasti spodní strany jater je umístěn žlučový měchýř, jehož dolní část převážně přesahuje okraj jater.

Na zadní straně jater se nachází zářez, kterým prochází dolní dutá žíla a do níž se napojují žlučové žíly.

Základní stavební jednotkou jaterního parenchymu je jaterní lalůček. Lalůček je tvořen dvěma řadami metabolicky aktivních hepatocytů umístěných nejčastěji do šestibokého útvaru. Mezi vnitřními póly hepatocytů se vytváří intrahepatální žlučové cesty. Vnější póly jsou omývány krví, jednak přinášené arteria hepatis, jejíž úkol je okysličovat buňky lalůčeků a také krví přiváděnou venou portae. Rozsáhlé větvení portální žíly otvírající se do splavů, sinusoidů, přivádí mezi hepatocyty, trámce a lalůčky krev ze splanchnické oblasti. Portální oběh tak zajišťuje jednu z nejdůležitějších funkcí jater – metabolickou cirkulaci jater. Uprostřed lalůčku se větve lalůčkovité žíly, spojí do centrální jaterní žíly. Krev procházející centrální žílou odtéká do jaterních žil, které se na zářezu zadní stěny jater spojují s dolní dutou žílou.

Žluč se začíná tvořit v prostorách vnitřních pólů membrán hepatocytů. Žluč odtéká do mezilalúčkových žlučvodů, ze kterých se postupně vytváří pravý a levý jaterní žlučvod, ductus hepaticus dexter et sinister. Spojením obou žlučvodů dochází k vytvoření společného jaterního vývodu, ductus hepaticus communis. (3)

Ke společnému jaternímu vývodu se přiřazuje žlučníkový vývod, ductus cysticus. Spojením těchto extrahepatálních cest se vytváří společný žlučvod, ductus choledochus. Společný vývod potom ústí, spolu s pankreatickým vývodem, na Vaterské papile duodena. (2)

## **1.2 Fyziologická funkce jater**

Játra bývají mnohdy nazývaná „chemickou“ laboratoří lidského organismu.

Funkční játra vykonávají řadu činností:

- Metabolismus – syntéza a detoxikace
- Funkční a nutritivní
- Tvorba a exkrece žluči
- Zásobárna glykogenu, vitamínů a minerálů
- Tvorba faktorů pro hemokoagulaci
- Produkce hormonů
- Tepelné jádro

### **1.2.1 Metabolismus**

Při metabolismu zastávají játra klíčovou úlohu. Mají dvě základní funkce - syntézu - tvorbu nových látek potřebných pro organismus a detoxikaci škodlivin.

#### **1.2.1.1 Syntéza**

**Proteosyntéza** – „V játrech se syntetizují plazmatické bílkoviny albuminy, alfa a beta-globuliny, srážlivé faktory – fibrinogen. Denní produkce je asi kolem 50 g. To má rozhodující význam např. pro existenci onkotického tlaku (a tedy tvorbu tkáňového moku) a pro transportní funkce.“ (4) str. 67

**Zpracování lipidů** - syntéza cholesterolu, lipoproteinů, fosfolipidů, lipoproteinů nosičů lipidových částic. Lipoproteiny transportují neutrální tuky, ale i cholesterol. Vyšší koncentrace HDL (High density lipoproteins) snižuje nebezpečí vzniku aterosklerózy a infarktu, protože transportuje cholesterol z tkání do jater. Lipoproteiny s nízkou denzitou LDL ( Low density lipoproteins) naopak cholesterol do cévní stěny ukládají a tím se zvyšuje nebezpečí vzniku aterosklerózy. (4)

**Glukostatická funkce** - játra se podílejí na vytváření glycidových zásob a glycidového metabolismu. Z jednoduchých glycidů fruktózy, glukózy a galaktózy se v játrech vytváří zásobní cukr glykogen, který je podle potřeby organismu uvolňován nebo deponován.(4)

### ***1.2.1.2 Detoxikace***

Vyjma ledvin jsou játra významným místem detoxikace všech zplodin metabolismu a toxických látek přijímaných zevní cestou.

„Játra mají významnou detoxikační funkci, tj. toxické látky, které buď mohou vznikat v organismu, nebo se dostávají do potravy, mohou být konjugovány s kyselinou sírovou nebo glukuronovou a tak ztrácejí svoji toxicitu. Tato schopnost jater je však limitována. Patří sem i schopnost inaktivovat některé hormony.“ (4) str. 66

#### **Detoxikace:**

- endogenní
- exogenní

#### **Detoxikace endogenní :**

**Detoxikace bilirubinu** Barviva vznikající z hemoglobinu zaniklých erytrocytů

**Detoxikace amoniaku** Pro lidské tělo toxický amoniak se v játrech metabolizuje na ureu, která je vylučována močí.

**Detoxikace exogenní** : Játra jsou klíčovým orgánem pro řadu léků a jedů.

## 1.2.2 Cévní zásobení jater

### 1.2.2.1 *Nutritivní*

Arteria hepatica zásobuje hepatocyty kyslíkem.

### 1.2.2.2 *Funkční*

Vena portae přivádí živiny ze splachnické oblasti tj. oblasti nepárových orgánů dutiny břišní – žaludku, tenkého a tlustého střeva a sleziny. Vrátnicová žíla vstupuje do jaterního lalůčku, kde se větví na drobné vlásečnice. Součástí stěny vlásečnic jsou Kupfferovy buňky, které mají úlohu tkáňových makrofágů. Dále prochází krev vlásečnicemi veny portae mezi sinusoidy a jaterními buňkami oblastí Disseho prostorů. V oblasti Disseho prostorů v jaterních lalůčkách dochází k výměně živin mezi krví a jaterní buňkou. V Disseho prostoru se nacházejí buňky Itovy. (2)

## 1.2.3 Tvorba a exkrece žluči

Uvnitř trámců jako mezibuněčné štěrby jaterních buněk začínají jaterní žlučovody. Žlučovod jsou nejdříve tvořeny samotnými membránami hepatocytů, až v prostoru mezi jaterními lalůčky jsou stěny žlučovodů tvořeny epitelem. „Žlučovody sledující větvení portální žíly se spojují do stále větších vývodů, které pak vytvářejí pravý a levý jaterní žlučovod. Jaterní buňky pracují jako žlázné, zevně sekretorické buňky produkující sekret – žluč do žlučovodů.“(3) str. 227

„Žluč (soli žlučových kyselin) tvořená v játrech umožňuje emulgaci a tím i trávení tuku. Vstřebané tuky se mizou dostávají do žilní krve a jsou zpracovány hlavně tukovou tkání. V játrech mohou být jednotlivé složky lipidů použity na tvorbu fosfolipidů, cholesterolu, a lipoproteinů. Na tvorbu tuku může být použita i glukóza a aminokyseliny.“(2) str.43

#### **1.2.4 Zásobárna krve, minerálů a vitamínů**

Spolu s glykogenem je v jaterní tkáni zadržováno jisté množství krve, což je umožněno strukturou cévního řečiště jater. Při hypovolémii je z jater uvolněno určité množství krve do organismu.

**Ferritin** - Zásoby Fe v lidském organismu jsou zprostředkovány tímto proteinem syntetizovaným v játrech.

**Hemosiderin** – V játrech se vyskytuje v podobě velkých granul. Jedná se o nemetabolizující, odpadovou formu železa. (5)

#### **Vitamíny hydrofilního charakteru**

Určité skupiny vitamínu B mají vliv na erytropoézu.

#### **Lipofilní vitamíny**

V tucích rozpustné vitamíny A,D,E,K se dostávají do organismu při emulgaci tuků. Při cholestáze nastávají příznaky z deficitu těchto vitamínů.

Vitamin K se podílí při syntéze faktorů pro hemokoagulaci. „Je to protikrvácivý vitamin, který ovlivňuje úpravu protrombinu a dalších K-dependentních koagulačních faktorů (VII, IX a X). Hypovitaminóza se projevuje patologickou krvácivostí s prodlouženou dobou srážení krve.“(5) str. 542

### **1.2.5 Produkce hormonů**

**Somatomediny** - exprimované v játrech zprostředkují působení somatotropního hormonu, který je produkován adenohipofýzou, při proteosyntéze a na stimulaci růstu. (5)

### **1.2.6 Tepelné jádro**

Při vysokém stupni metabolismu vzniká a uvolňuje se velké množství tepla. Krev vytékající z jater má teplotu asi 39 C stupňů. (2)

## **1.3 Charakteristika onemocnění**

### **Jaterní cirhóza**

„Incidence jaterní cirhózy je geograficky velmi rozdílná. Rozdíly jsou v incidenci virových infekcí jater a alkoholické jaterní cirhóze.“(11) str. 109

Jaterní cirhóza je difuzní onemocnění. Jaterní tkáň se vyznačuje velkou schopností regenerace.. Při přetrvávající zátěži jaterního parenchymu se vyčerpává schopnost správného plnění funkcí hepatocytů a dochází k ireverzibilním změnám.

Při poškození jater alkoholem, což bývá nejčastější příčina poškození jaterního parenchymu, dochází nejprve ke steatóze. V tomto stádiu jsou hepatocyty schopny ještě reverzibilního stádia za předpokladu, že dojde k úpravě životního stylu, především abstinenci. Při přetrvávajícím abúzu dochází v jaterní tkáni již k nevratným změnám.

„Během reparativních procesů neboli pokusů o hojení nekrotizovaných oblastí vznikají v játrech fibrotické (vazivové) a nodulární (uzlovité) změny, které zničí složitou architekturu jaterních lalůček s jejich žlučovými i cévními řečišti. Tím narůstá překážka pro průtok krve játry a vzniklý stav se označuje jako portální

hypertenze... Pokud portální krev nemůže protékat přes játra kvůli zničenému řečišti, vyhledává jiné cesty, a to přes žilní spojky do horní nebo dolní duté žíly.“(6) str.245

V žilách jícnu, žaludku, podkoží a rekta dochází k přetlaku. Vlivem zvýšeného tlaku se cévní stěna vyklene a vznikají jícnové varixy, hemoroidy a kolaterální oběh v oblasti podkoží. Tvorba varixů není záležitost, která se projevuje okamžitě, jedná se o dlouhodobé přetěžování jaterní tkáně.

### **1.3.1 Morfologické dělení**

Nemá prakticky žádný klinický význam, nejsou rozdíly ani v klinickém obraze ani léčení. To vždy závisí na etiologii jaterní cirhózy.

- Mikronodulární
- Makronodulární
- Smíšená (12)

### **1.3.2 Etiologie**

- Chronická virová infekce – především hepatitida B,C
- Alkoholická jaterní cirhóza
- Metabolická jaterní cirhóza
- Autoimunitní hepatitidy
- Cholestatická jaterní onemocnění
- Poléková a toxická jaterní cirhóza
- Venostáza - kardiální cirhóza
- Poruchy výživy – malnutrice, ileojejunální bypass
- Chronická obstrukce jaterních žil - Buddův Chiariho syndrom (12)



### **1.3.2.1 Virová hepatitida**

**Hepatitida B** - přechází do stádia cirhózy v 10%

**Hepatitida C** - přechází do cirhózy jater v 50-70%, poslední dobou se počet výskytu této formy hepatitidy stále zvyšuje. (6)

### **1.3.2.2 Alkoholická jaterní cirhóza**

Při poškození jater alkoholem, což bývá nejčastější příčina poškození jaterního parenchymu, dochází nejprve ke steatóze, tedy ztukovatění. Alkohol – etanol je v hepatocytech metabolizován na acetaldehyd, který způsobuje vlastní toxické postižení hepatocytů. Ve stádiu steatózy je změna stádia možná za předpokladu, že dojde k úpravě životního stylu, především abstinenci. Postižení funkce a struktury jaterního parenchymu hepatocyty dokáží reparovat ve svých kompenzačních funkcích. Při přetrvávajícím abúzu dochází v jaterní tkáni již k nevratným změnám.

„Ve stádiu steatózy nemají pacienti většinou žádné příznaky, mohou mít lehce zvýšený jaterní testy a zvětšená játra (oboje se často zjistí náhodně při vyšetření z jiných důvodů).“ (2) str.134

### **1.3.2.3 Metabolická onemocnění jater - metabolicky podmíněné cirhózy**

- Wilsonova choroba

Při Wilsonově chorobě dochází k poškození nejen jater, ale i mozku a rohovky v důsledku nadměrné kumulace mědi. Za hlavní příčinu se považuje nedostatek nosiče mědi v séru – ceruloplazminu. Wilsonova choroba je dědičné, autozomálně recesivní onemocnění. Změny v játrech se projevují jako v případě akutní hepatitidy, fulminantně probíhající hepatitidy, chronické aktivní hepatitidy nebo cirhózy. Mnohdy dochází ke ztukovatění hepatocytů, které v sobě akumulují měď. V hepatocytech jsou přítomny glykogenová jádra a může se též objevit Malloryho hyalin.(7)

„V pokročilejších případech se objevuje na rohovce Kayserův-Fleischerův prstenec.“(7) str.254

- Hemochromatóza

U primární hemochromatózy- hemochromatóza, hereditární hemochromatóza - dochází ke kumulaci železa v játrech, v hepatocytech. Pigment železa postihuje ale i jiné orgány jako pankreas, podkoží a srdce.

Sekundární hemochromatóza - hemosideróza, sideróza- způsobuje také nahromadění pigmentu železa v hepatocytech, především v Kupfferových buňkách a v makrofágách, ale k postižení ostatních tkání nedochází. (7)

- Defekt alfa-1-antitrypsinu

„- je vrozené onemocnění , při kterém je velmi nízká hladina alfa-1-antitrypsinu (dále A1A). A1A je glykoprotein, jehož převážná část většina se tvoří v játrech. Protein inhibuje elastázu leukocytů, lidský C-reaktivní protein a antitrombotické enzymy. Ke změnám dochází v plicích, kde elastáza vyvolává destrukci elastických vláken. Vzniká emfyzém. Poměry se mohou zhoršit vlivem cigaretového kouře, který nadále snižuje hladinu A1A.

V jaterních buňkách se hromadí se A1A hromadí v podobě různě velkých globulí, které jsou PAS pozitivní. Onemocnění probíhá paobrazem chronické hepatitidy a cirhotické změny se mohou objevovat již v dětském věku nebo později v dospělosti.“ (7) str.254

- Galaktosemie

Jedná se o autozomálně recesivní onemocnění, které se projevuje enzymatickým defektem a blokem konverze galaktózy na glukózu. Galaktóza se hromadí kromě jater, také v oční čočce a mozku. Je součástí disacharidu laktózy, který je obsažen v mléce.(7)

Léčba: vyloučení galaktózy ze stravy

- Porfyrie

- porucha syntézy hemu (8)

#### **1.3.2.4 Autoimunitní hepatitidy**

Jedná se o chronické onemocnění jater, postihující převážně ženy.

Typická je zvýšená tvorba protilátek proti hladkému svaly. Pouze u tohoto typu jaterní cirhózy je možná léčba kortikoidy, jinak se kortikoidy u žádného typu jaterní cirhózy nepodávají. (2)

#### **1.3.2.5 Cholestatická jaterní onemocnění**

##### ***Primární biliární cirhóza***

Jedná se o autoimunitní onemocnění. V oblastech drobných žlučvodů dochází ke granulomatózním zánětům. V séru se objevují protilátky proti mitochondriím a hladké svalovině. Drobné žlučovody podléhají destrukci. V konci se projevují známky cirhózy. (6)

***Sekundární biliární cirhóza*** vzniká na podkladě obstrukce žlučových cest.(6)

##### **1.3.2.6 Poléková a toxická jaterní cirhóza**

Ke vzniku polékové jaterní cirhózy vede užívání léků s hepatotoxickými vlivy – methotrexát, amiodaron, paracetamol. (12)

##### **1.3.2.7 Venostáza**

Nazývá se též kardiální cirhóza. V současnosti se díky dokonalé kardiální léčbě příliš nevyskytuje, pouze u pacientů trpících insuficiencí trojčipé chlopně či konstriktivní perikarditidou. (6)

##### **1.3.2.8 Poruchy výživy a zevní vlivy**

Infekce, sociální prostředí, nutriční způsoby a životní styl jsou také faktory, které mohou vést ke vzniku jaterní cirhózy. (6)

##### **1.3.2.9 Chronická obstrukce jaterních žil**

- Buddův-Chiariho syndrom

„Jedná se o trombotický nebo netrombotický uzávěr hepatických žil.“ (8) str.91

- Venookluzivní jaterní nemoc
- „Postsinusoidální portální hypertenze.“ (8) str.92

### **1.3.3 Klinický obraz**

#### **Kompenzovaná cirhóza jaterního parenchymu**

##### **Příznaky:**

- Dyspeptický syndrom
- hypomenorhea či amenorhea
- ikterus
- epistaxe hematomy, ekchymózy,
- únava
- hepatosplenomegalie
- caput medusae (6)

#### **Dekompenzovaná cirhóza jaterního parenchymu**

##### **Příznaky:**

- portální hypertenze
- krvácení do GIT
- ascites
- jaterní encefalopatie
- hepatorenální syndrom
- koagulační poruchy
- diastáza
- subfebrilie až hypotermie
- impotence,atrofie varlat
- hypotenze
- kachexie
- hepatocelulární karcinom (6)

## 1.4 Vyšetřovací metody

### 1.4.1 Anamnéza

Odebráním anamnestických údajů získá zdravotník informace, které jsou základní pro dalšího vyšetření a ošetření pacienta.

Získáním věrohodných údajů z anamnézy nemocného dostaneme velmi cenné informace u stavu alkoholické cirhózy. Řada pacientů, kteří trpí abúzem, neudávají spotřebu alkoholu přesně, údaje zakrývají.

Pro vznik jaterní cirhózy není stanoveno definitivní množství alkoholu, přísun alkoholu pro vznik jaterní cirhózy je individuální. (15)

Různí autoři neudávají stejné množství dávky.

„Poškození nesouvisí s druhem alkoholického nápoje, záleží pouze na množství „čistého“ alkoholu v něm obsaženém. U mužů je za bezpečnou hranici považována konzumace 60 g čistého alkoholu za den, u žen, které jsou k poškození vnímavější, je tato hranice nižší (20 g denně).“ (2) str.134

„Dnes se považuje 60g alkoholu denně pro muže a 30 g ženy za dávku, která po 10-15 letech vede ke vzniku jaterní cirhózy.“ (8) str. 77

Při podezření na abúzus alkoholu lze použít dotazník CAGE (v češtině POVR). Za každou kladnou odpověď se počítá jeden bod. Pokud dotazovaný odpoví pozitivně na dvě nebo více otázek, lze usuzovat na problém se závislostí na alkoholu.

„Dotazník CAGE – POVR

1. Cítil jste potřebu pít? C(P)
2. Obtěžovaly vás zmínky o problémech s pitím? A(O)
3. Cítil jste vinu z přílišného pití? G(V)
4. Pijete ráno po probuzení? E(R)“ (8) str. 77

### **Abdominální dyskomfort**

Dyspeptické příznaky jsou u alkoholiků časté. Patří k nim nechutenství, ranní nevolnost, zvracení, zvýšená plynatost, ale především nadměrná flatulence. Také řídká páchnoucí stolice náleží k příznakům, které se u cirhotiků vyskytují.

„...zvýšená flatulence často odhaluje u nemocných s jaterní cirhózou závažnou komplikaci, venostázu při portální hypertenzi, při které dochází k poruše vstřebávání oxidu uhličitého.“ (8) str.77

### **Úbytek váhy**

Nemocní nevěnují tomuto příznaku příliš pozornost a už si váhový úbytek vůbec nedávají do spojitosti s možným poškozením jaterní tkáně, v důsledku požívání alkoholu. (8)

### **Únava**

Tento příznak je způsoben nedostačující energetickou a biologickou hodnotou stravy, deficitem v metabolismu.(8)

## **1.4.2 Objektivní nález**

### **1.4.2.1 Ikterus**

Žluté zbarvení tkání, sliznic a sklér, přítomný při hyperbilirubinémii. (8)

### **1. 4.2.2 Portální hypertenze**

Vzniká přetlakem veny portae v důsledku strukturální přestavby jaterní tkáně a poruše regulace tonu cévní stěny.

Nejzávažnější komplikace jaterní cirhózy:

- krvácení z jícnových varixů
- ascites
- jaterní encefalopatie
- hepatorenální syndrom (12)

- **Krvácení z jícnových varixů**

„V důsledku jaterní cirhózy jsou ztíženy podmínky pro průtok portální krve játry jednak z důvodů mechanických, ale také z důvodu zvýšené cévní rezistence v játrech. Toto zvýšení rezistence kompenzuje organismus vazodilací ve splachnické oblasti a následným zvýšením minutového srdečního výdeje. Všechny tři uvedené mechanismy se podílejí na zvýšení tlaku v portálním řečišti a zpočátku na zachování perfuze jater portální krví. Zvýšený portální tlak vede k rozvoji portosystémových kolaterál, z nichž klinicky nejdůležitější jsou varixy v distální polovině jícnu.

Portální hypertenze při jaterní cirhóze je intrahepatální sinusoidální.“ (12) str.115

### **Krvácení do GIT**

Nejedná se o náhlé a prudké krvácení. Krvácení do GIT vede k anémii.

- **Ascites a s ním spojený přírůstek váhy**

Ascites vzniká v důsledku hromadění volné tekutiny tekutiny v dutině břišní. V sinusoidální oblasti v důsledku hypertenze dochází ke zvýšení tlaku v sinusoidech, albumin se dostává do extravaskulárního prostoru. Zároveň dojde ke snížení onkotického tlaku. Tekutina z intravazálních prostor se dostává do

jaterního intersticia. Ascites v pokračujícím stádiu provází dyspnoe a tenzní bolesti břicha, nejzávažnější komplikací se stává spontánní infekce ascitu. (12)

#### ➤ **Spontánní bakteriální peritonitida**

Spontánní bakteriální peritonitida je bakteriální infekce. Zdroj infekce není jasný. Zdrojem je patrně střevo, původce je nejčastěji *Escherichia coli*. Diagnostika se provádí na základě vyšetření ascitu, jeho kultivačním vyšetřením a stanovením granulocytů v ascitu. (12)

#### • **Jaterní encefalopatie**

„Jedná se o soubor reverzibilních neuropsychických příznaků.“ (12) str.129 -130

Vznik:

- pokročilé chronické onemocnění jater
- akutní jaterní selhání

Etiologie není přesně objasněna, výsledný efekt je inhibice nervového přenosu v CNS. Jaterní encefalopatie se projevuje mírnou zmateností, euforií či depresí, sníženou pozorností, dále spavostí, letargií, dezorientací, somnolencí až kómatem.

#### • **Hepatorenální syndrom**

„Hepatorenální syndrom je definován jako funkční selhání ledvin při jaterním onemocnění s portální hypertenzí...“ (12) str127. Jedná se o nejzávažnější stav při systémových změnách. V důsledku změn dochází k vodní a elektrolytové dysbalanci.

#### **1.4.2.3 Pavoučkovité névy**

Cévní ektázie vyskytující se při portální hypertenzi. (8)

#### **1.4.2.4 Dilatované žíly ve stěně břišní**

Patří ke známkám portální hypertenze(8)



**1.4.2.5. Palmární erytém** – červené zbarvení dlaní podmíněné hyperdynamickou cirkulací

**1.4.2.6. Dupuytrenova kontraktura** „je způsobena zkrácením a ztluštěním palmární fascie, což vede k flekčnímu postavení čtvrtého a pátého prstu postižené ruky.“ (8) str.79

#### **1.4.2.7. Hematomy**

Hematomy mohou vznikat v podkoží, sliznicích, spojivkách. Hematomy jsou projevem nedostatečné tvorby koagulačních faktorů v játrech či trombocytopenie. (8)

#### **1.4.2.8 Neuromuskulární příznaky**

flapping tremor – asterixis

„Jedná se o mávavé pohyby rukou, jejichž frekvence od jedenkrát za 30 sekund do kontinuálního třesu dělí tento příznak do čtyř stupňů a odráží závažnost hepatální encefalopatie.“ (8) str.80

#### **1.4.2.9 Caput medusae**

Nevyskytuje se příliš často.

#### **1.4.2.10 Hepatocelulární karcinom - HCC**

Zvýšené sérové koncentrace korelují s přítomností HCC a jsou podnětem pro další vyšetření. U pacientů s jaterní cirhózou je incidence hepatocelulárního karcinomu signifikantně vyšší než u zdravé populace.

Léčba závisí na pokročilosti nádorového onemocnění.(2)

## Klasifikace pacientů s jaterní cirhózou

K určení stádia onemocnění, prognózy a další léčbě se v klinické praxi nejčastěji používá Child-Pugh klasifikace, která spočívá v hodnocení pěti kritérií (dvou klinických, tří laboratorních). Každé se hodnotí 1-3 body podle schématu uvedeného v tabulce a celkový součet udává zařazení pacienta do jedné ze tří skupin.

**Child A 5-6 bodů**

**Child B 7-9 bodů**

**Child C 10-15 bodů**

Prognóza pacienta se dramaticky liší dle zařazení do jednotlivých skupin této klasifikace.

**Tabulka 1: Child-Pughova klasifikace pacientů s jaterní cirhózou.**

Kriterium	Hodnocení – počet bodů		
	1	2	3
<b>Bilirubin (umol/l)</b>	<34	34-51	>51
<b>Albumin (g/l)</b>	>35	28-35	<28
<b>Ascites</b>	Žádný	Dobře léčitelný	Obtížně léčitelný
<b>Encefalopatie</b>	Žádná	Minimální	Pokročilá
<b>Quickův test (INR)</b>	<1.6	1.6 – 2.2	>2.2

(14)

„Nicméně zejména pro kritické stavy v hepatologii s uvažovanou léčbou TIPS nebo jaterní transplantace se ujala klasifikace MELD (The Model for End-Stage Liver Disease), zohledňující sérovou hladinu kreatininu jako důležitého prediktoru přežívání nemocných s jaterní cirhózou.“ (8) str. 87

MELD se stalo součástí kritérií jaterní transplantace. (8)

### **1.4.3 Laboratorní vyšetření**

#### ***1.4.3.1 Vyšetření moči a sedimentace krve***

Při jaterní cirhóze se v moči vyšetřuje přítomnost žlučových barviv – urobilinogenu a bilirubinu.

Urobilinogen bývá v moči přítomný již při lehké jaterní nedostatečnosti, přítomnost bilirubinu je známkou dekompenzované jaterní cirhózy.

Hodnota sedimentace krve může být vysoká, ale nemusí také překračovat rámec fyziologických hodnot. Výše sedimentace záleží na klinickém stavu, komplikacích a přidružených chorobách.

#### ***1.4.3.2 Hematologická vyšetření***

##### **Krevní obraz**

Typická pro abúzus alkoholu je makrocytóza, častá je anémie.

##### **Vyšetření koagulace**

Koagulační faktory I (fibrinogen), II (protrombin), V, VII a X jsou syntetizovány v játrech a aktivují se enzymově v závislosti na vitamínu K.

#### ***1.4.3.3 Biochemická vyšetření***

Z biochemických vyšetření v případě onemocnění alkoholickou jaterní cirhózou je třeba věnovat pozornost především hodnotám aminotransferáz.

„**Aspartátaminotransferáza (AST)** je enzym přenášející aminoskupinu z aspartátu na oxoglutarát za vzniku glutamátu a oxalacetátu.“(8) str.19 Vyskytuje se na mitochondriích a v cytoplazmě buňky.

**Alaninaminotransferáza (ALT)** „je přenos aminoskupiny z alaninu na oxoglutarát za vzniku glutamátu a pyruvátu. Nachází se pouze v cytoplazmě buněk.“(8) str.19

U alkoholické cirhózy AST je zpravidla 2x vyšší než ALT. (8) str.138

**Alkalická fosfatáza (ALP)** „Celková alkalická aktivita ALP v séru se za normálních okolností skládá převážně z aktivity kostního, jaterního a střevního izoenzymu.“ (8) str.36

**Glutamátdehydrogenáza** se nachází v játrech 10x více než v jiných orgánech. Kromě jater se vyskytuje též v buňkách srdečního svalu a ledvin. (8)

### **Gama-glutamyltransferáza (GMT)**

„GMT je membránově vázaný enzym exprimovaný v apikálních membránách epitelových buněk žlučových cest, vývodů pankreatu, hepatocytů, tubulárních buněk ledvin, enterocytů a dalších epitelů.“(8) str. 38

Etanol je schopen navodit syntézu GMT v hepatocytech de novo, a proto se hodnot GMT využívá pro screening abúzu alkoholu. Hodnota enzymu, zvláště při náhlých intoxikacích, bývá až desetkrát vyšší jak hodnota fyziologická.

### **CRP**

C-reaktivní protein je sérová bílkovina syntetizovaná v játrech.(8) str.26

Jeho zvýšená hodnota svědčí pro probíhající infekci či nádorová onemocnění.

### **Ostatní biochemická vyšetření**

- Na
- K
- Cl

- urea
- kreatinin
- kyselina močová
- albumin
- celková bílkovina

Vyšetření iontů v séru Na, K, Cl, patří k základním vyšetření .

#### ***1.4.3.4 Imunologická vyšetření***

##### **IgA**

„Častým laboratorním nálezem u alkoholického jaterního poškození je zvýšená až vysoká hladina sérového imunoglobulinu A.“(8) str.138

#### ***1.4.3.5 Nádorové markery***

##### **AFP**

Alfa-1-fetoprotein - jeho patologická hodnota svědčí o potenciálním vzniku hepatocelulárního karcinomu. (8)

#### ***1.4.3.6 Virologická vyšetření***

K základním vyšetřením patří

- a) vyšetření na prokázání virových antigenů.
  - HBsAg
- b) detekcí protilátek proti virovým antigenům
  - anti - HBs
  - anti - HAV
  - anti - HCV

#### **1.4.4. Zobrazovací diagnostické metody**

Jednoznačná metoda, která by stanovila diagnózu jaterní cirhózy, není k dispozici. Kombinací zobrazovacích diagnostických metod lze však zvýšit senzitivitu a specificitu v diagnostice jaterní cirhózy na přijatelnou úroveň.

##### **1.4.4.1 Abdominální ultrasonografie (USG)**

Obraz jaterní cirhózy znázorněný vyšetřením USG závisí na stupni postižení jaterního parenchymu. V počátečním stádiu léze nemusí být USG obraz změněn. Avšak zvětšená světlá játra s difuzně zvýšenou echogenitou vyvolávají podezření na alkoholicko-jaterní fibrózu nebo cirhózu. „Nerovný povrch jater, ascites, rozšíření portální žíly nad 1,3 cm, zúžení jaterních žil, splenomegalie nad 11cm v podélné ose, zesílení stěny žaludku a přítomnost portosystémových kolaterál, zvyšují při dostatku klinických informací senzitivitu USG diagnostiky jaterní cirhózy až na 87% (Gaiani, 1997; Oberti,1997).(8) str. 85

##### **1.4.4.2 Endoskopické vyšetření**

Význam tohoto vyšetření spočívá nejen v diagnostickém, ale i možném terapeutickém ošetření.

U pacientů s diagnózou jaterní cirhóza se této metody využívá při podezření na výskyt jícnových varixů. (2)

##### **1.4.4.3 Počítačová tomografie (CT computer tomography)**

##### **1.4.4.4 Magnetická rezonance**

##### **1.4.4.5 Pozitronová emisní tomografie**

Tyto metody jsou určeny k diagnostice ložiskových jaterních procesů, k jejich léčbě, např. perkutánní destrukci nádorů. (8)

## 1.5 Terapie

### 1.5.1 Terapie konzervativní

#### **Dietní opatření**

Abstinence alkoholu je zásadní terapií při léčbě jaterní cirhózy. Striktní nutriční opatření se nejeví tak významné. Zásadní je dodávání náhrady lipofilních vitamínů. (2)

**Úprava režimu** je nezbytným předpokladem pro zpomalení či odvrácení fatální prognózy. Vhodný je relativní klidový režim.

**Změna životního stylu** by měla být blízkými podporována. Zvláště u nemocných s jaterní cirhózou, vzniklé na podkladě abúzu alkoholu. Dříve nabyté znalosti, dovednosti a schopnosti nemocných jsou vlivem abúzu zpravidla omezeny. Bezpochyby se značně zúžily jejich sociální vazby. Pozvolná motivace k různým aktivitám nahrazuje dřívější závislost na alkoholu. Kromě psychické terapie má své místo terapie farmakologická.

### 1.5.2 Indikační skupiny léků

Farmakologická léčba má podpurný charakter, samotné onemocnění neléčí. Cílem léčby je zlepšení kvality života nemocného.

#### **Krvácení při portální hypertenzi:**

Nejvíce ohrožující život patří krvácení z jícnových varixů. Krvácení z jícnových varixů vzniká při portální hypertenzi a je zatížen vysokou mortalitou.

Cíl farmakologické léčby:

- Léčba akutního krvácení
- Prevence krvácení z jícnových varixů

Při léčbě krvácení z jícnových varixů se podávají látky s **vasokonstrikčním** působením, po jejichž intravenózním podání dochází k poklesu portálního i intravariceálního tlaku i průtoku povodím v. azygos. (12)

#### **1.5.2.1 Vazoaktivní léky:**

**Vazopresin** - používán v kombinaci s nitroglycerinem

**Terlipresin** – syntetický analog vasopresinu, pomalejší nástup, delší trvání účinku

**Somatostatin** – účinky vázány na specifické membránové receptory, vede k poklesu portosystémového gradientu, snížení intravarikózního tlaku a snížením průtoku veny azygos.

**Octreotid** - syntetický derivát somatostatinu, s delším plazmatickým poločasem (12)

#### **Dlouhodobá terapie:**

##### **1.5.2.2 Neselektivní beta-blokátory**

Účinnost:

*Primární prevence:* „pouze u cirhotiků s rizikovými varixy (velké varixy o průměru větším než 5 mm přítomností červených znamení na povrchu), léčba je spojena se signifikantním poklesem mortality v důsledku krvácení.“ (12) str. 118

*Sekundární prevence:* indikace u všech krvácejících stavů za předpokladu, že se nevyskytují kontraindikace(12)

##### **1.5.2.3 Nitráty**

„Způsobují především venózní, v menší míře i arteriální vazodilataci. Signifikantně snižují portální tlak ovlivněním portohepatální cévní rezistence.“ (12) str. 118 V současné době se ustupuje od podávání nitrátu vzhledem k vyšší



mortalitě. Nitráty se indikují pouze pacientům, kteří nemohou být léčeni beta-blokátory. (12)

#### **1.5.2.4 Kalium šetřící diuretika - spironolakton**

Podávání spironolaktonu snižuje portální tlak.(12)

#### **1.5.2.5 Alfa- adrenergní blokátory**

„Léky z této skupiny (např. prazosin) ovlivňují portální hypertenzi snížením intrahepatické rezistence, nevýhodou je signifikantní systémový hypotenzní efekt a klinicky významná retence tekutin.“ (12) str. 118

#### **1.5.2.6 Hepatoprotektiva**

Jedná se o podpůrnou léčbu. Hlavní účinnou složkou všech uvedených hepatoprotektiv je Sylimarinum. (2)

#### **1.5.2.7 Kortikoidy**

O léčbě lze uvažovat při autoimunitní hepatitidě s přechodem do jaterní cirhózy. (2)

#### **1.5.2.8 Antibiotika**

Cefalosporiny III. generace

Používají se při léčbě spontánní bakteriální peritonitidy.(12)

#### **1.5.2.9 Antiulceróza**

Podávána při léčbě peptického vředu ve všech lokalizacích.

#### **1.5.2.10 Laxantiva**

Indikují se při jaterní encefalopatii

#### **1.5.2.11 Vitamin K**

Vitamín K se indikuje při poruchách koagulace.

### **1.5.3 Terapie operační**

#### **1.5.3.1 TIPS - Transjugulární intrahepatální portokavální spojka**

„TIPS znamená vytvoření portokavální spojky uvnitř cirhoticky změněných jater, která spojuje portální žílu s jaterní žilou. V její důsledku dochází k podstatnému snížení portálního tlaku, k resp. portosystémového gradientu.“(12) str.119

Jedná se o výkon z oblasti radiační intervence.

„V důsledku TIPS neprotéká krev kolaterálami – jícnovými varixy či varixy ve fundu žaludku, nýbrž spojkou s nízkým odporem mezi portální žilou a dolní dutou žilou uvnitř jater.“ (12) str.120

TIPS se stává při léčbě komplikací portální hypertenze stále více využívanou metodou.

#### **1.5.3.2 Transplantace jater**

Transplantace jater je chirurgické řešení. Z těla příjemce jsou odstraněna játra a nahrazena játry nebo pouze částí jaterní tkáně buď mrtvého či živého dárce.

„Hlavním benefitem je prodloužení života při transplantační léčbě oproti očekávanému přežívání při konzervativní terapii.“ (12) str.138

Indikace:

- Fulminantní selhání jater
- Chronické jaterní nemoci
  - Cholestatické cirhózy
  - Necholestatické cirhózy

- Metabolická onemocnění vedoucí k selhání jater
- Nádory jater

Toto operační řešení je východiskem i pro pacienty s alkoholickou cirhózou, kteří prokazatelně abstinují. (15)

Vhodné načasování transplantace je základním předpokladem pro úspěch léčby.

## **1.6 Stav nemocného při příjmu do nemocnice**

Začátek hospitalizace 6.10.2009 – hospitalizace dosud

Pan X.Y.(79)

Pacient byl přeložen po dohodě na naše oddělení k pokračující rehabilitaci. Předtím byl hospitalizován na oddělení akutních lůžek. Na akutní oddělení byl pacient přivezen RZS. Dle rodinných příslušníků, kteří byli přítomní při přijetí pacienta na akutní lůžko, týden nepřijímal potravu, ani tekutiny.

Při přijetí na naše oddělení byl pacient dezorientovaný, téměř nevyšetřitelný. Získání informací od pacienta je nereálné. Další významnou blokádu v komunikaci tvoří fakt, že pacient trpí ztrátou sluchu. Lékař vychází při odebírání anamnézy z propouštěcí zprávy předešlé hospitalizace.

Subjektivně nelze pacienta vyšetřit

## 1.6.1 Údaje z lékařské anamnézy

### **Rodinná anamnéza:**

V době příjmu pacienta nelze údaje odebrat pro nespolupráci a zmatenost. Předcházející dokumentace neobsahuje tyto údaje.

### **Osobní anamnéza:**

recidivující záněty středouší, surditas

před lety přepaden od té doby bolesti páteře

v r. 1998 subileosní stav s normálním nálezem na GIT

ileofemorální tromboza LDK - warfarinizován do r. 2000

1998 stav po rozvratu vnitřního prostředí

chronická hepatopatie etylicko - toxická dle biopsie

od září 2009 nechutenství, zhoršení chůze, hospitalizace pro dehydrataci, minerální dysbalanci, uroinfekt

### **Alergie: 0**

**Abúzus:** před přijetím 3 dny abstinoval, do té doby týden pil půl litru vodky denně

**Farmakologická anamnéza:** Kalnormin, Simepar, Verospiron

**Pracovní anamnéza:** starobní důchodce, dříve pracovník v pohostinství

**Sociální anamnéza:** žije v dvoupokojovém bytě s manželkou

**Diagnóza: Jaterní cirhóza etylické etiologie Child-Pugh A**

### **Ostatní diagnózy:**

- Ztráta soběstačnosti, stp. dehydrataci s hypokalémií
- Stp. ileofemorální flebotrombóze LDK r. 1998
- Stp. subileosním stavu s normálním nálezem na GIT

- Surditas, stp. opakovaných zánětech středouší v dokumentaci
- VAS páteře na podkladě degenerativních změn
- Makrocytární anemie
- Zevní hemorroidy

### **1.6.2 Průběh nemoci**

#### **Stav při přijetí na oddělení LDN 6.10.2009:**

Pacient je při vědomí, pro hluchotu je kontakt omezený. Je eupnoický, bez ikteru a cyanosy, přiměřené výživy a hydratace.

Pacient slovně i brachiálně agresivní.

#### **Objektivní nález:**

**Váha:** nelze odebrat

**Výška:** nelze odebrat

**TK:** 130/60

**P:** 100/min

**TT:** 36,6

**Pohyblivost:** s dopomocí se posadí

**Inkontinence:** obojí

**Dekubity:** nemá

**Periferní žilní kanyla:** nezavedena

**Permanentní močový katétr:** 2. den

**Hlava:** poklep nebolestivý, výstupy V necitlivé, inervace VII symetrické, bulbu ve středním postavení, volně pohyblivé, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, reakce na osvit správná, jazyk plazí, nevyplázne, vlhký, bez povlaku

**Krk:** žilní náplň nezvýšená, symetrický tep karotid, bez šelestu, štítná žláza nehmatná

**Hrudník:** symetrický, mammy bpn. Axily volné

**Plíce:** poklep jasný, dýchání čisté

**Srdce:** Akce pravidelná

EKG: r.sin., frekvence 109/min, BLTR

**Břicho:** pod úrovní hrudníku, poklep dif. bubínkový, měkké, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, hepar a lien nezvětšené, tpt. bilaterálně negativní, kožní eflorescence nepřítomna, známky ascitu nejsou přítomny

**DK:** bez otoků a známek zánětu, varixy 0, aorta femoralis hmatná, bez šelestu, pulzace do periferie

**Neurologicky orientačně:** meningeální, bez lateralizace, flapping tremor není přítomen

**Svalová síla orientačně:** zachovaná na HK i DK

## **1.7 Průběh hospitalizace**

### **2. den hospitalizace – 7.10.2009**

- u pacienta jsem provedla odběr KO, INR, biochemie
- pacientův verbální projev je omezen na větu: “Dej mi vodku.“
- odpoledne po krátkém spánku se u pacienta dostavil deliriózní stav projevující se zmateností, bludy, agresivitou
- aplikace Tiapridalu 1 amp.i.m.
- moč odváděna PMK světlá

### **3.den hospitalizace – 8.10.2009**

- z laboratorního nálezu bylo zjištěno: makrocytární anémie, leukocytóza, hyperbilirubinémie, zvýšená hodnota GMT, zvýšená hodnota TSH, CRP a hypoalbuminémie
- pacient udává nauzeu, zvrací, aplikován Degan 1 amp i.m.
- ve vztahu k okolí je pacient verbálně agresivní

### **4.den hospitalizace – 9.10.2009**

- nauzea u pacienta přetrvává, cítí se unavený
- nácvik vertikalizace z důvodu únavy pacient odmítá
- nemocný udává bolesti v oblasti rekta – aplikován Spofax supp. per rectum

### **5.den hospitalizace – 10.10.2009**

- pacient klidný, bez projevů slovní agresivity

- s dopomocí se posadí
- subjektivně se cítí unaven

Výsledky odběru jsou přiloženy. V průběhu další hospitalizace se stav zlepšuje. Pacient při standardní terapii spočívající v režimovém a dietním opatření se projevovat lepší spoluprací. Bez dopomoci se posadí, nají se. Při rozhovoru pan X.Y. uvádí, že myšlenka na konzumaci alkoholu v něm vyvolává pocit odporu. Vstřícně reaguje na intervence ošetřujícího personálu, těší se z návštěvy manželky. Pacient je hospitalizovaný na našem oddělení dosud, protože manželka by péči o pana X.Y. sama nezvládla. Probíhá nácvik a zdokonalení chůze a odstranění deficitu sebepéče v oblasti hygieny.



## 1.8 Prognóza

Lepší prognózu v léčbě jaterní cirhózy mají onemocnění, u nichž je etiologie známa. Odstraněním příčiny vedoucí ke vzniku onemocnění lze snáze dosáhnout kompenzace choroby.

„U kompenzované jaterní cirózy je 10leté přežití 45-50%. Dlouhodobé kompenzace je dnes možno dosáhnout až v 50% případů. Závažné komplikace se vyvinou u 55-60% pacientů. Průměrné přežití u kompenzované jaterní cirhózy je 8,9 roku, u dekompenzované jen 1,6 roku. O přežití rozhoduje především schopnost udržet onemocnění v kompenzované fázi a možnosti předejít vzniku závažných komplikací.“ (13)

Všichni pacienti s jaterní cirhózou by měli být dispenzarizováni. Hlavním přínosem dispenzarizace je sledování příznaků při dekompenzovaném stavu monitorace jaterních funkcí a při selhávání funkcí zajištění naplánování včasné transplantace jater. Dispenzarizací je možné zajistit včasnou detekci hepatocelulárního karcinomu a léčbu jícnových varixů. (2)

S moderní rozvíjející se medicínskou technikou, s rozšiřující se profylaktickou léčbou při endoskopických intervencích a novém vývoji různých skupin farmak prognóza zkvalitnění a prodloužení délky života pacienta s diagnózou jaterní cirhóza nadějně stoupá. (13)

Metoda	Dne 7.10.2009		Referenční meze	Hodnocení
<i>KOAGUL. VYŠETŘENÍ</i>				
Prothrom.cas-INR	0.99 INR		0.8-1.2	(-* -)
Prothrom.cas-%	105.1 %		80-120	(-* -)
Prothrom.cas	10.9 sec		11-14	*(--)
Prothr.cas/norma	11.4 sec			
<i>Krevní obraz</i>				
Leukocyty	10.3 10 <sup>9</sup> /l		3.8-10	(_)*
Hemoglobin	108 g/l		136-176	*(--)
Erytrocyty	3.19 10 <sup>12</sup> /l		4.5-5.9	* ( )
Hematokrit	0.324		0.4-0.52	*(--)
Stredni obi ery	102 fl		80-100	(--)*
Hemoglobin ery	33.9 pg		26-34	(-* -)
Stredni konc.Hb	333 g/l		320-370	(-* -)
Trombocyty	284 10 <sup>9</sup> /l		140-450	(-* -)
<i>BIOCHEMIE</i>				
s-Urea	7.3 mmol/l		1.7-8.3	(-* -)
s-Kreatinin	63 umol/l		55-110	(-* -)
s-Kys.močová	320 umol/l		202-420	(-* -)
s-Natrium	134 mmol/l		135-145	* ( --)
s-Kalium	4.8 mmol/l		3.5-5.1	(-* -)
s-Chloridy	101 mmol/l		95-108	( -* -)
Bilirubin celk.	28.6 umol/l		0-21	( --)*
ALT	0.62 ukat/l		0.15-0.98	(-* -)
AST	0.54 ukat/l		0.1-0.8	(-* -)
ALP	1.85 ukat/l		0.67-2.15	(-* -)
GMT	1.66 ukat/l		0.18-1.13	(--)*
s -amyláza	0.79 ukat/l		0.1-1.67	(-* -)
s-glukoza	3.8 mmol/l		3.4-5.8	(-* -)
<i>Vyšetření lipidů</i>				
Cholestel	4.8 mmol/l		3-6.5	(-* -)
HDL -cholesterol	1.09 mmol/l		1-2.2	(-* -)
LDL cholesterol	3.5 mmol/l		1.2-4	(-* -)
Triacylglyceroly	1.17 mmol/l		0.4-1.9	(-* -)
Aterogenni index	4.4		4.1-6.2	(-* -)
<i>Štítná žláza</i>				
h-T S H	7.42 mIU/l		0.27-5	(--)*
Volný T4	12.69 pmol/l		7.5-21.1	(-* -)
CRP	79.8 mg/l		<6	(--)*
Celk. bílkovina	71.40 g/l		65-80	(-* -)
s-Albumin	34.9 g/l		35-55	*(--)

## **2. Ošetrovatelská část**

### **2.1 Význam ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces znamená individuální, holistickou, ale vzájemně logicky na sebe navazující činnost. Vykonávání ošetrovatelského procesu zdravotnickým týmem znamená pro pacienta zajištění kontinuální ošetrovatelské péče, která je vzájemně propojena s lékařskou léčbou.(18)

Ošetrovatelský proces se vyznačuje jednotlivými fázemi, které se mezi sebou prokládají a doplňují:

#### **1.fáze**

Shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech

#### **2.fáze**

Rozpoznání problému (analýza dat) – stanovení ošetrovatelské diagnózy

#### **3.fáze**

Plánování – (stanovení cílů, volba řešení)

#### **4.fáze**

Realizace - (uskutečňování cílů)

#### **5.fáze**

Hodnocení - (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby) (11)

Na základě získání informací o pacientovi, sestavením diagnóz, zhotovením plánu péče, realizací a hodnocením jednotlivých kroků se dosahuje stanovených cílů v ošetrování. (11)

Veškeré kroky sestra musí zavést do dokumentace.

## 2.2 Ošetrovatelský model podle Majory Gordonové

Pro zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem použila model Majory Gordonové. Tento typ modelu umožňuje realizaci jednotlivých částí ošetrovatelského procesu. Zdravotní stav může být rozdělen na část funkční a dysfunkční v každé z jednotlivých oblastí. (11)

Ošetrovatelský model podle Gordonové je zaměřen na interakci člověk a prostředí.

Zahrnuje pacienta v jeho bio-psycho-sociálním vnímání.

Na oddělení lůžek dlouhodobě nemocných byl přijat, po předchozí hospitalizaci na interní klinice, pacient s diagnózou cirhóza jater ethylicko-intoxikačního původu. Hodnocení dle jaterní biopsie Child - Pugh A. Pacient na akutní lůžko byl přijat pro dehydrataci, po týdenní konzumaci alkoholu. S výjimkou základní diagnózy trpí pacient hluchotou surditas.

Gordonová vytvořila model ošetrovatelské anamnézy zahrnující dvanáct oblastí.

1. **vnímání zdraví – udržování zdraví (uvědomování a zvládání rizik v souvislosti se svým zdravotním stavem)**
2. **výživa – metabolismus (příjem potravy a tekutin)**
3. **vyučování - (způsob vyprazdňování, používání projímadel)**
4. **aktivita – (cvičení základní životní aktivity, cvičení, způsob trávení volného času)**
5. **spánek – odpočinek (způsob, kvalita, kvantita spánku)**
6. **citlivost (vnímání -poznávání)**
7. **sebepojetí – sebeúcta (vnímání svého tělesného stavu, neverbální projevy pacienta)**
8. **role – vztahy ( vnímání životních rolí, odpovědnost)**
9. **reprodukce – sexualita (chování, oblékání )**
10. **stres, zátěžové situace – (zvládání, tolerance)**
11. **víra – životní hodnoty**

Jiné (11) str.96

## **2.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem prováděla, jak jsem již výše uvedla, podle modelu Majory Gordonové. Údaje o pacientovi jsem získala převážně z informací, které mi poskytla manželka, po kompenzování zdravotního stavu jsem informace doplnila z výpovědi pacienta.

Pacienta jsem sledovala od 6.10. 2009 do 10.10.2009. Pro podrobné pozorování jsem stanovila druhý den hospitalizace, ve dnech následujících jsem od pacienta získala ostatní doplňující informace. Vzhledem k charakteru oddělení, na kterém jsem pacienta ošetřovala, mám možnost sledovat jeho zdravotní stav v delším intervalu, než je při hospitalizacích pacientů na akutních lůžkách obvyklé, což je významné při stanovování dlouhodobého plánu v ošetřování.

### **1. Vnímání zdraví**

U pana X.Y. nelze posoudit, v jaké míře je schopen si závažnost svého zdravotního stavu uvědomovat, Při přijetí k hospitalizaci s pacientem nelze navázat kontakt důsledkem nespolupráce. Doma, před přijetím na akutní lůžko, pil láhev destilátu denně po dobu 14 dní. Tyto excesy se opakují u pacienta jednou za půl roku. V meziobdobí dle sdělení manželky pacient neudává žádné závažnější obtíže.

Již 40 let nekouří, předtím kouřil 20 cigaret denně.

Pacient je dezorientován místem, časem i okolím. Závažnější poruchou zdravotního stavu se jeví ztráta sluchu. V důsledku opakovaných otitis media trpí kompletní ztrátou sluchu. Dle sdělení manželky kompletní ztráta sluchu se projevila před šesti lety. S manželem se domlouvá smluvenými gesty a psaným textem.

### **2. Výživa - metabolismus**

Pacient pil alkohol 60 let, a to v množství dvě piva denně. Frekvenci abúzu destilátu, s výjimkou posledních dvou týdnů před přijetím na akutní lůžko, manželka není schopna určit.

Před onemocněním jedl pacient všechna jídla, nikdy si nevybíral. K oblíbeným jídlům patří maso, zelenina i sladká jídla. Porce jedl v přiměřeném množství, stravu 3krát denně.

Nyní pacient potravu odmítá přijímat, pro údajnou dyspepsii.

Pacient je ležící, proto váhu, výšku nelze získat, v důsledku toho ani zjistit hodnotu BMI.

Rehydratace je u pacienta přiměřená vzhledem k předcházející hospitalizaci na akutním lůžku interního oddělení. Vzhledem k deficitu schopnosti sebepéče je nutný dohled hydratace vhodnými tekutinami - vodou minerálkami, čajem, polévkou.

### **3. Vylučování**

Pacient je zatížen půl roku inkontinencí stolice, používá plenkové kalhotky. Při vyprazdňování obtíže nemá, projímadla nepoužívá.

Na podkladě překladové ošetrovatelské zprávy vyplývá, že pacient má zaveden dva dny permanentní močový katétr. Moč je světlá.

### **4. Aktivita – cvičení**

Dle sdělení manželky před onemocněním patřilo mezi pacientovy zájmy sledování televize, zajímal se o politické dění. Z fyzických činností se zabýval drobnými manuálními pracemi v domácnosti.

V posledním měsíci měl pacient nedostatek energie, a to fyzické i psychické a nechuť k jakékoliv aktivitě. Pacient celé hodiny nehybně ležel v posteli.

Při prvním rehabilitačním cvičení pacient odmítá jakoukoliv fyzickou aktivitu.

Podle testu Barthelové jsem zjistila skóre 0, vysoká závislost.

### **5. Spánek – odpočinek**

Dle sdělení rodiny pacient doma spal dobře. V nemocnici usíná pacient jen po podání psychofarmaka. V noci spí dobře, ale budí se brzy, hlasitě mluví a ruší

ostatní pacienty. Druhý den hospitalizace po krátkém poledním spánku je pacient zcela dezorientovaný. Po probuzení má pacient vyděšený, nepřítomný výraz. Dotazuje se, kde se nachází, jak se sem dostal.

## **6. Vnímání a poznávání.**

Při prvním kontaktu není možné navázat jakýchkoliv druh komunikace. Pacient nerozumí mluvenému slovu v důsledku ztráty sluchu po exacerbacích otitis media. Ztrátou sluchu trpí šest let. Dle sdělení manželky se spolu domlouvají gesty nebo psaným textem. Nosí brýle na čtení., počet dioptrií si manželka nepamatuje, pacient nosí brýle 10 let.

Pacient neví, jaké je datum, den, ani roční období. Nechápe okolní situaci.

Orientovaný je pouze osobou, ví, jak se jmenuje, ale nezná přesnou adresu svého bydliště, ví pouze, že bydlí v Praze.

Sestry tituluje "babi". Ke starším sestrám ve věku 70 let se chová agresivněji, tyká jim a pokřikuje na ně, ať mu přinesou vodku. Verbální projev je omezen na žádost o obstarání alkoholu.

## **7. Sebepojetí a sebeúcta**

Pacient uvádí, že neví kde se nachází. Především si nepamatuje převoz z jednoho zařízení do druhého. Vnímá sebe jako člověka, který se celý život pohyboval mezi lidmi v určité profesní komunitě. Pacient byl číšník. V komunikaci používáme papír a tužku. Vyrovnaný přístup sester při ošetřovatelských intervencích přináší zklidnění pacienta. Pacient při dostatku informací nejeví známky agresivity, naopak velmi dobře se zapojuje do spolupráce.

## **8. Role - vztahy**

Při odpolední návštěvě manželky se pacient stává opět agresivní se známkami dezorientace. Křičí na ženu, ať mu přinese vodku. Manželka pláče a chce předčasně odejít. Vysvětluji jí, že nenese vinu na zdravotním stavu svého manžela. Manželka zůstává u lůžka a pacient se zklidňuje.

Během odebírání ošetřovatelských anamnestických údajů od manželky nemocného, pacient nás velmi pečlivě sleduje. Náš rozhovor prokládá žena pacienta pohlazením nebo se na pacienta usmívá. Při pozorování zjišťuji, že pacientův výraz nabývá klidu a jistoty. Občas se obrací na manželku již bez návalu zlosti a prosí: „Babičko, vezmi mě domů“

## 9. **Reprodukce sexualita**

Pacient má dvě dospělé děti. Vztah k manželce po prvních dnech slovních ataků se zklidnil. Manželku vždy pacient rád vidí, těší se na ni. Také k sestřám se chová laskavě, pohladí sestře ruku, oslovuje sestry familiárními výrazy, např. brouku. Sestry akceptují tento přístup a jejich vyrovnané jednání posiluje pacientovu sebedůvěru.

## 10. **Stres, stresová zátěž, zvládání stresové situace**

Velkým stresem pro pacienta byl převoz do našeho zařízení z jiného zdravotnického zařízení. Pacient je dezorientovaný, slovně i fyzicky agresivní. Nechápe, kde se nachází. Jeho problém je zhoršen ztrátou sluchu. Podle sdělení manželky doma stresové situace řešil emotivním jednáním a abúzem alkoholu.

## 11. **Víra – životní hodnoty**

Podle sdělení manželky pacient nevyznává žádné náboženství. Jeho naděje se upírá k rodině, návratu do svého domova.



## **2.4 Přehled ošetrovatelských diagnóz k druhému dni hospitalizace**

Na základě rozhovoru s pacientem, manželkou pacienta, pozorováním nemocného, informacemi z předcházející lékařské a ošetrovatelské zprávy předcházející hospitalizace jsem stanovila tyto **aktuální diagnózy**.

- 1. Psychické poruchy v důsledku narušené činnosti mozku - agresivita z důvodu jaterní cirhózy**
- 2. Zmatenost z důvodu hepatopatie**
- 3. Porucha smyslového vnímání - sluchu z důvodu převodní poruchy**
- 4. Snížený příjem tekutin v důsledku nedostatečné schopnosti sebezpečí z důvodu základního onemocnění**
- 5. Deficit sebezpečí při hygieně, oblékání a jídle vlivem narušení psychických funkcí z důvodů chronické hepatopatie**
- 6. Dyspeptické potíže jako následek poruchy trávení z důvodu jaterní cirhózy**
- 7. Inkontinence z důvodu základního onemocnění**

Na základě získaných informací jsem stanovila jsem tyto **potenciální diagnózy**:

- 1..Únava z důvodu jaterní cirhózy**
- 2. Uroinfekce v důsledku zavedeného permanentního močového katetru**

## **2.5 Krátkodobý plán péče včetně cílů - druhý den hospitalizace**

### **Aktuální diagnózy**

#### **Psychické poruchy v důsledku narušené činnosti mozku - agresivita z důvodu jaterní cirhózy**

##### **Cíl:**

Pacient má zajištěno bezpečí

Okolí pacienta je zabezpečeno proti agresi nemocného

##### **Plán péče:**

Zajistit bezpečnost nemocného před zraněním

Zajistit nemocného proti sebepoškození

Zabezpečit okolí proti útoku pacienta

Přistupovat k pacientovi klidně

##### **Realizace:**

Z důvodu zamezení pádu ležícího nemocného jsem lůžko z obou stran zajistila zábranou.

Z dosahu nemocného jsem odstranila další předměty, které by se mohly stát zdrojem ublížení – hrazda, sklenička, příbor. Vzhledem k tomu, že lůžko nemocného bylo umístěno pod oknem, z důvodu bezpečnosti zůstalo zavřené. Dále jsem přemístila další zařízení pokoje tak, aby bylo mimo dosah pacienta.

Lůžko jsem umístila z dosahu sousední postele z důvodu zajištění bezpečnosti spolupacienta. K pacientovi jsem přistupovala s další sestrou. Pacienta jsem oslovovala jménem. Veškeré činnosti týkající se pacienta jsem prováděla v klidu, bez jakékoliv známky netrpělivosti

**Hodnocení:** Zajištěním lůžka a odstaněním předmětů, které by se mohly stát zdrojem sebepoškození, je v dostatečné míře zabezpečena ochrana pacienta. Dostatečnou bezpečnou vzdáleností lůžka je okolí chráněno před projevy agrese pacienta.

## **Zmatenost z důvodu hepatopatie**

### **Cíl:**

Pacient se orientuje v reálných situacích

Pacient si uvědomuje smysl účelného chování

### **Plán péče:**

Pozorovat výskyt neklidu, úroveň orientace

Podávat pacientovi jasné, stručné, srozumitelné informace

Plnit ordinace lékaře

### **Realizace:**

Z lékařské zprávy jsem získala informaci o abúzu alkoholu pacienta.

Po dobu zmatenosti jsem zaznamenala u pacienta psychomotorický neklid, proto jsem podávala jsem pacientovi opakovaně dostatek informací o realitě – jeho jménu, čase, místu, kde se pacient nachází. V důsledku ztráty sluchu se informace zúžily pouze na informaci o čase na pokojových hodinách. Napsala jsem pacientovi, kde se nachází.

Pacient nebyl schopen bez brýlí si vzkaz přečíst a při pokusu o nasazení brýlí se začal chovat agresivně, pokoušel se brýle hodit na zem.

**Hodnocení:** Pacienta svůj stav bezmocnosti při běžné činnosti vyjadřuje hněvem. Pro přetrvávající zmatenost, projevující se neklidem, od dalšího podávání informací ustupujeme s ohledem na jeho současný psychický stav. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala Tiapridal 1 ampuli i.m.

## **Porucha smyslového vnímání – sluchu z důvodu převodní poruchy**

### **Cíl:**

Pacient odpovídá na psaný text, týkající se potřeb pacienta

Pacient spolupracuje při nonverbálním dorozumívání s ošetrovatelským týmem

### **Plán péče:**

Zajistit pacientovi pomůcky, brýle, dále u pacienta ponechat tužku, papír

Použitím techniky nonverbální komunikace aktivovat pacienta k realizaci požadovaných úkonů

### **Realizace**

Při komunikaci s pacientem jsem zvolila takové místo, které pacientovi umožnilo dobře odezírat. Hovořila jsem obvyklým tempem řeči, v obvyklé výšce hlasu.

Z technik jsem používala nejčastěji komunikaci pomocí písemného projevu.

Na stůl jsem připravila potřeby na psaní a pacientovy brýle.

Všechny předměty jsem rozložila na stůl tak, aby pacient na ně dobře viděl a brýle mohl snadno uchopit. Vzhledem k tomu, že první neúspěšný pokus pacienta nasadit si brýle, skončil pacientovým psychomotorickým neklidem, nemocnému jsem s tímto úkonem pomohla. Sledovala jsem, zda se neprojeví opětné známky neklidu. Pacient si nechal brýle nasadit. Napsala jsem mu, zda zná své jméno. Pacient otázku nahlas přečetl a správně na ni odpovděl. Zjistila jsem, že pacient hovoří přiměřenou výškou hlasu. Pozorovala jsem, že pacient už nechce dále tímto způsobem komunikovat, sundal si brýle a položil papír.

V důsledku toho, že pacient vystupoval klidně, přinesla jsem hrazdičku a ukázala, jakým způsobem se používá. Upravila jsem pacientovi lůžko a lehkým dotekem pod rameno naznačila, aby se pacient posadil. Pacient spolupracoval bez známek neklidu, používání rehabilitační pomůcky zvládl bez obtíží.

**Hodnocení:**

Pacient chápe způsob komunikace, při psaném způsobu dorozumívání odpovídá přiměřeně. Tento způsob komunikace se osvědčil.

Na nonverbální stimuly reaguje klidně a snaží se vyhovět.

**Snížený příjem tekutin v důsledku nedostatečné schopnosti sebezpečí z důvodu základního onemocnění****Cíl:**

Pacient přijme za 24 hodin litr a půl tekutin.

**Plán péče:**

Podávat v pravidelných intervelech vhodné tekutiny - čaj, vodu, minerálky, polévku

Monitorovat příjem tekutin

Sledovat příčiny vedoucí k dehydrataci

Edukace pacienta a rodiny o dostatečném příjmu tekutin

**Realizace:**

Zjistila jsem, že jedna z možných příčin, vedoucí k dehydrataci u pacienta je zvracení, které se u nemocného v průběhu dne objevilo.

U pacienta jsem zajišťovala dostatečný přísun tekutin. Vzhledem k tomu, že pacient trpěl nauzeou a zvracel, tekutiny jsem podávala v menších dávkách, ale častěji. Množství přijatých tekutin a diurézu jsem monitorovala. Do záznamu o množství přijatých tekutin jsem nezaznamenávala pouze tekutiny, ale do celkového součtu patří i ranní množství čaje podávaný na snídani a odpolední množství čaje na svačinu. Do celkového příjmu jsem zaznamenala také množství polévky. Dbala jsem na přiměřenou pokojovou teplotu.

Denní příjem tekutin 200ml čaje –snídaně + 300ml minerálky a čaje během dopoledne, 250ml polévky, 300ml tekuti odpoledne, 200ml čaje na odpolední svačinu, 200ml večer, 100ml tekutin během noci.

### **Hodnocení:**

Pacient přijal za 24 hodin 1550 ml.

Naměřila jsem 1100ml diurézy.

### **Deficit sebepéče při hygieně, oblékání a jídle vlivem narušení psychických funkcí z důvodů chronické hepatopatie**

#### **Cíl:**

Pacient si obnoví techniky při hygieně, s dopomocí se oblékne, zvládne sám používání lžice

Pacient zvládne základní činnosti běžné denní aktivity.

#### **Plán péče:**

Zjistit úroveň sebepéče pacienta v oblasti hygienické péče, při oblékání, při stravování pomocí Bartelové testu

Edukovat k sebeobsluze, která se stává součástí rehabilitačního cvičení,

Připravit pomůcky na dosah pacienta

Motivovat k činnosti duševního charakteru

Dohled nad aktivitou pacienta

Pomoc při sebepéči

#### **Realizace:**

##### **➤ Při hygieně**

Připravila jsem si všechny potřebné pomůcky k hygieně na dosah nemocného.

Pacienta jsem motivovala k vykonávání činnosti, které zvládne sám. Pacientovi jsem podala perlan a gestikulací naznačila, aby si umyl sám obličej a ruce.

Podávala jsem jednotlivé pomůcky k hygieně a naznačovala, jaký úkon má

pacient provést. Pacient odmítá jakoukoliv aktivitu, začíná být neklidný. Hygienu sám neprovede. (9)

➤ **Při oblékání**

Zjistila jsem, že pacient nerozumí jakým způsobem si má obléknout otevřenou košili. Pacientovi jsem dopomohla při oblékání jednotlivých částí oblečení. (9)

➤ **Při jídle**

Zjistila jsem okolnosti, které vedou k neschopnosti samostatného přijímání potravy. Pacienta jsem posadila. Vzhledem k tomu, že nebyl schopen se udržet vsedě, použila jsem podpůrné pomůcky. Pacient nezvládal udržet v ruce lžici, proto jsem pacienta nakrmila. Kontrolovala jsem, aby pacient jídlo řádně polykal.

Po dokončení oběda jsem pacienta uložila na lůžko do polosedu a vzhledem k potencionálnímu fyzickému neklidu a jako prevence proti pádu jsem lůžko opatřila zábranou. (9)

Pro duševní činnost jsem zajistila prohlížením časopisů. Pacient nejeví o prohlížení zájem. (9)

**Hodnocení:**

Schopnost sebezpečí jsem zhodnotila na testu Barthelové všechny základní všední činnosti, jak je uvedeno v příloze č.2. Skóre, které jsem stanovila, bylo 0 – vysoký stupeň závislosti.

Cíl ve zvládnutí techniky při oblékání, jídle, hygieně nebyl splněn.

## **Dyspeptické potíže jako následek poruchy trávení z důvodu jaterní cirhózy**

### **Cíl:**

U pacienta dochází ke zmírnění či vymizení obtíží

### **Plán péče:**

Zajistit vhodnou dietu

Zajistit vhodnou formu podávaného jídla

Zajistit hygienický komfort při obtížích

Dle ordinace lékaře aplikovat antiemetika

Edukovat rodinu

### **Realizace:**

Vzhledem k základnímu onemocnění a neschopnosti pacienta přijímat tuhou stravu jsem kontaktovala nutriční specialistku. Pro pacienta byla předepsána dieta šetřící s omezením tuků, mletá.

Stravu jsem podávala po malých porcích, sousta pacient pravidelně zapíjí. Pacient udával nauzeou a po snídani i obědě zvracel. Zjistila jsem, že zvratky obsahují nestrávené zbytky jídla. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala Degan 1 amp. i.m. při obtížích.

Pacienta jsem převlékla, umyla. Pozorovala jsem, že při jednotlivých ošetřovatelských intervencích nejeví pacient známky neklidu a snaží se spolupracovat.

Rodinu jsem informovala o vhodných potravinách.

### **Hodnocení:**

U pacienta přetrvávají dyspeptické potíže, přestože podáváme šetřící dietu a připravená strava vyhovuje pacientovi ve způsobu přijímání potravy.



## **Inkontinence z důvodu základního onemocnění**

### **Cíl:**

Pacient zvládne vyprazdňování na míse

### **Plán péče:**

Pravidelně podkládat podložní mísu

Ošetřit pokožku v místě dotyku s podložní mísou

### **Realizace:**

Po skončení doby jídla a hygieně po znečištění zvratky jsem pod pacienta pravidelně podkládala podložní mísu. Zjistila jsem, že polohování na bok pacient lépe zvládá, proto jsem tuto techniku použila při přikládání mísy. Nonverbálním způsobem - gestikulací jsem ukázala nemocnému, jak lépe vydrží při poloze na boku, pokud se podrží postranice. Opět gestikulací jsem pacientovi naznačila, že má zaujmout pozici na zádech.

Po použití mísy jsem místa, kde se pomůcka dotýkala pacientovy pokožky, ošetřila ochranným krémem.

### **Hodnocení**

Pacient zvládá s pomocí sestry používání mísy. Během dne se nepodařilo detekovat dobu vyprazdňování pacienta. Ošetřením pokožky po použití mísy se neobjevují žádné známky porušení integrity kůže.

### **Potencionální diagnózy:**

#### **Únava z důvodu základního onemocnění**

**Cíl:** Pacient zvládá bez pocitu únavy základní činnosti sebezpečí bez obtíží

#### **Plán péče:**

Připravit pomůcky osobní potřeby v dosahu nemocného

Postupně zvyšovat náročnost úkonů sebezpečí

#### **Realizace:**

U základní diagnózy pacienta se projevuje jako jeden z příznaků anémie, jehož projevem je únava. Snažila jsem se předcházet únavě z nadměrného zatěžování pacienta, zvláště v prvních dnech hospitalizace. Osobní věci jsem ponechávala na jednom místě, aby pacient nebyl zatížen jejich hledáním, což by ho unavovalo jednak fyzicky, ale též psychicky. Z důvodu předcházení vzniku únavy v důsledku fyzické inaktivity jsem s pacientem prováděla rehabilitační cvičení, zaměřenou na procvičování jemné motoriky. Dále jsem pacienta posazovala a vertikalizovala. Za dva týdny jsem navyšovala dobu a náročnost rehabilitačního cvičení. Procvičovala jsem s pacientem gymnastiku prstů a ruky. Prodlužovala jsem u pacienta dobu sedu a při vertikalizaci jsem motivovala pacienta k chůzi na místě.

#### **Hodnocení:**

Pacient po kompenzaci svých projevů neklidu začíná s cílenou rehabilitací. Postupně zvládá zvyšování zátěže.

#### **Uroinfekce v důsledku zavedeného permanentního močového katetru**

#### **Cíl:**

Pacient netrpí při močení dysurií

Pacient je afebrilní

### **Plán péče:**

Dbát o zvýšenou hygienu genitálu

Podávat dostatečné množství tekutin

Sledovat tělesnou teplotu

### **Realizace:**

Vzhledem k tomu, že pacient má zaveden permanentní močový katetr, věnovala jsem zvýšenou pozornost hygieně genitálu. Genitál pacienta jsem pravidelně omývala vodou, čistící pěnou. Pacient si nestěžoval na bolest v podříšku. Pacienta jsem motivovala k příjmu dostatečného množství tekutin. V nabídce nápojů, které měl pacient k dispozici, mu nejvíce vyhovoval sladký čaj.

Po celou dobu hospitalizace jsem sledovala tělesnou teplotu.

### **Hodnocení:**

Pacient si nestěžoval na problémy s močením.

Hydratace pacienta byla přiměřená.

Pacient po dobu sledování měl naměřen fyziologické hodnoty tělesné teploty

## **2.6 Dlouhodobý plán**

Při dlouhodobém plánu jsem se zaměřila na činnosti, které pacienta motivují k udržení činností vedoucích k zachování sebeobsluhy. Po odeznění stavů agrese a zmatenosti se jeví jako největší překážka komunikace s pacientem pro jeho kompletní ztrátu sluchu. Neměnnými postupy na oddělení jsme u pacienta dosáhli dobré spolupráce.

V současné době (březen 2010) všechny své osobní věci si zvládne podat a sám se dokáže obsloužit. Základní hygienu provádí bez dopomoci. Hygienu provádí zatím na lůžku, ale umyje se s výjimkou zad, zcela sám. Hygienické pomůcky si uloží zpět do nočního stolku. Po každém umytí se bez připomínání učeše, hřeben vrátí na původní místo. Dopomoc sestry je nutná pouze při ošetření pokožky. Dlouhodobý plán na počátku hospitalizace byl stanoven takto .

Do pěti dnů po začátku hospitalizace si při jídle počínal naprosto samostatně. Sám se na lůžku posadí, na jídelním stolku si uklidí či srovná věci tak, aby mohl se podhodně najíst, nečeká na pomoc sestry. K jídlu používá lžici. Dodržuje sám pitný režim. K pití používá hrneček. V tomto směru všechny cíle pacient splnil. Při vyprazdňování je cílem vytvořit pravidelný defekační reflex. Při močení po odstranění permanentního močového katetru jsem opakovaně pacienta edukovala o používání močové lahve. Nepozorností či nedokonalou manipulací zpravidla pacient nedokázal pacient lahev použít. V současné době používáme hygienické plenkové kalhotky. Cíl zatím pacient není schopen splnit.

Změněný deficit se jeví při oblékání. Pacient není schopen si obléci sám otevřenou nemocniční košili, ani ponožky, proto při této potřebě pomáhá sestra.

V oblasti rehabilitace si pacient zlepšil po třech týdnech hospitalizace. Zdokonaluje dosavadní způsob chůze v chodítku, nepřechází pouze po pokoji, ale za doprovodu fyzioterapeuta projde i po chodbě oddělení. Stěžuje si, že si ale sám nikam nedojde.

U pacienta je vhodné zamezit spánku přes den, předcházet tak spánkové inverzi. Pacient uvádí, že přes den nespí, má pouze zavřené oči. Stěžuje si, že v nemocnici se brzy probudí, asi kolem třetí hodiny. Doma spal až do rána. Po týdnu hospitalizace dbáme na aktivitu pacienta, častým kontaktem, motivací k běžným činnostem sebepéče.

Komunikace s pacientem je nyní také na velmi dobré úrovni. Pacient za delší dobu pobytu chápe, co po něm zdravotnický tým požaduje. Při samotné komunikaci nejlépe vyhovuje tiskací písmo. Osvědčilo se mi, že pro získání více informací je nejlépe text napsat ve dvou výtiscích na počítači. Jeden výtisk si pacient čte, do druhého si zaznamenávám jeho odpovědi. Tímto způsobem jsem získala během prvních čtrnácti dní,, v době kdy pacient byl již psychicky

kompenzovaný, řadu informací. U pacienta jsem našla kvalitní způsob komunikace, který vyhovuje oběma stranám. Na čtení pacient potřebuje pacient brýle.

Zjistila jsem, že pacient je přesvědčen, že se dostal do nemocnice kvůli nadměrnému požívání alkoholu. V nemocnici nemá už vůbec na alkohol chuť, naopak cítí odpor k alkoholu. V rozhovoru pacient projevuje vděčnost své manželce a dceři za to, co pro něho vykonaly. Domu by se chtěl vrátit. Bydlí v Praze, udává přesnou adresu, v dvoupokojovém bytě.

Pacient si stěžuje na bolest zad. Změna polohy na lůžku pomáhá pouze částečně. Jediné, co přináší úlevu, jsou analgetika.

Pacienta je nutno pravidelně a přiměřeně edukovat.

U pacienta lékaři plánují propuštění do domácího ošetření.

### **3. Hodnocení psychického stavu nemocného**

Pacienti s diagnózou jaterní cirhóza na etylicko intoxikačním podkladě si často nepřipouštějí její závažnost a příznaky mnohdy bagatelizují. Na vině však nejsou jen oni sami, ale i okolnosti a společenské konvence.

Agresivita bývá často projevem odeznívání alkoholové intoxikace.

Jinou příčinou vyvolávající psychomotorický neklid je projev strachu a úzkosti.

Úzkost, nejistota, obavy o budoucnost se vyskytují v každém období lidského života, ale v období stáří se stupňují.

V každém případě ošetřování agresivního pacienta znamená pro zdravotníka nebezpečí. Včas rozpoznat projevy agresivního pacienta není tak obtížné.

Používání hrubých výrazů, nepřátelský postoj až fyzické napadání ostatních náleží k projevům agresivity.

#### **Rozlišení podle forem agrese:**

- ❖ Bezprostřední napadení zdravotníka. Cílem se stávají zdravotníci, se kterými pacient přichází nejdříve do styku, tedy sestry na příjmovém oddělení,

ambulancích.

- ❖ Přenesená forma agrese – dochází v okamžiku, kdy pacient má obavu vyjádřit svůj hněv vůči zdravotníkovi. Svoji agresi obrátí např. proti rodině, spolupacientům.
- ❖ Násilí jako prostředek získání moci, autority uplatňuje jedinec, který si svým násilným chováním získával respekt. (16)

Na počátku hospitalizace byl pan X. Y. po psychické stránce nestabilizovaný.

Projevoval se slovní agresí, při provádění náročnějších intervencí zaútočil na personál i fyzicky. K jeho psychické nepohodě přispívala i ztráta sluchu.

V klidném prostředí, které jako sestra jsem se snažila vytvořit, jeho nepřátelské projevy ustávaly a pacient přicházel do stavu klidu. Ošetrovatelským výkonům se nebránil, dokonce se při prováděných úkonech usmíval. Kladně přijímal návštěvy manželky a bylo zřejmé, že z každé návštěvy se těší.

Za dva týdny byl jeho psychický stav natolik stabilizovaný, že jsem s pacientem provedla rozhovor. Pacient byl orientovaný osobou a místem, komunikoval klidně.

Nemocný adekvátně odpovídal na mé otázky týkající se jeho zdravotního stavu před přijetím, ale i jeho vztahu k současnému pobytu v nemocnici a výhledu do budoucnosti.

S ohledem na svoji profesi přicházel často do styku s konzumací alkoholu, sám alkohol konzumoval a často byly u něho stavy ebriety.

Pobyt v nemocnici označuje za nezajímavý, ale hospitalizaci považuje za nutnou, protože, jak uvádí, “se díky tomu zbavil alkoholu” .

Ve svém rozhovoru uvedl, že si velmi váží pomoci manželky, protože právě jeho žena mu “zařídila tu nemocnici”.

Těší se domů a plánuje sledování televize, luštění křížovek.

Psychický stav pacienta hodnotím jako velmi dobrý.

## 4. Edukace nemocného a rodiny

Při edukaci neinformujeme pouze pacienta samotného, ale také jeho členy rodiny. Informujeme o možnosti využít pomoc psychologa, ale též psychiatra, poraden pro odvykání .

Obsahem edukace je :

- Vysvětlení, proč je nutné vyloučení konzumace alkoholu

Abstinence je pro našeho pacienta nezbytnou podmínkou pro udržení dosavadního zdravotního stavu. Rodina by měla kontrolovat, zda pacient skutečně abstínuje.

Vzhledem ke ztrátě sluchu volíme vhodné způsoby komunikace.

Tím předcházíme možnostem vzniku sociální izolace, která by mohla být spouštěcím faktorem pro vznik deprese. Rodina i manželka jsou v těchto směrech náležitě poučeny.

- Dietetická opatření

Dostatek bílého masa, spíše omezit konzumaci masa vepřového, ale především vhodná úprava s vyloučením volných tuků tvoří základ diety vhodné pro pacienty s onemocněním jaterní cirhózy. Dieta je označována č.4 šetřící s omezením tuků. Při edukaci je zdůrazněn požadavek na dostatek tekutin, ale i elektrolytů. Při vzniku otoků je nutné omezit tekutiny a vyloučit potraviny s vyšším obsahem sodíku, pacient si jídlo dosoluje na talíři.

- Přiměřená fyzická aktivita

S pacientem před skončením hospitalizace se zabývat plánem aktivních činností doma.

- Po ukončení hospitalizace návrat ke svým zálibám

- Pacient byl v našem zdravotnickém zařízení edukován postupně.

Na edukaci se podílel celý zdravotnický tým lékař, sestry, fyzioterapeut. Do edukace jsme zapojili i příbuzné pacienta. Pro pacienta je vhodné opět se zapojit do drobných domácích prací, které zvládne po svém návratu po hospitalizaci.

Pacient má zájem o edukaci. Uvádí, že veškerá jídla, která jsou vzhledem k jeho onemocnění vhodná, mu manželka bude vařit. Pochybuje, že se navrátí ke svému koníčku kutilství, plánuje sledování televize a pročitání novin. S pitím alkoholu prý definitivně skončil.

## 5. Závěr

Ve své práci jsem se zabývala diagnózu pacienta s jaterní cirhózou, kterého jsem dlouhodobě sledovala.

Ve své první části práce jsem se zaměřila na anatomii a fyziologii jater. Popsala jsem onemocnění jaterní cirhózou, etiologii směřující k tomuto onemocnění. V části zabývající se vyšetřovacími metodami jsem se zaměřila na anamnézu a objektivní nález svědčící pro onemocnění jaterní cirhózou. Komplikace provázející onemocnění jsem popsala i s možnou léčbou.

V jiné části první kapitoly jsem se zaměřila na příjem a dobu hospitalizace určitého pacienta. Pacienta jsem sledovala od 6.10.2009 do 10.10.2009. Popsala jsem jeho příjem do nemocnice a průběh hospitalizaci. Uvedla jsem výsledky biochemické a hematologické, uvedla jsem způsob léčby pacienta. V závěru klinické části jsem vyhodnotila obecnou prognózu onemocnění.

V druhé části práce jsem se zaměřila na ošetrovatelskou část týkající se ošetřování nemocného. Pro vytvoření ošetrovatelského procesu jsem zvolila ošetrovatelský model dle Majory Gordonové. Na základě získaných informací od příbuzných, z lékařské a ošetrovatelské překladové dokumentace, od pacienta, a na základě pozorování nemocného jsem stanovila aktuální i potencionální diagnózy. Vyhodnotila jsem dlouhodobý plán ošetřování nemocného. Zaměřila jsem se na hodnocení psychického stavu nemocného. V části vyhrazené na edukaci pacienta jsem popsala doporučení celého ošetrovatelského týmu týkající se pacienta, ale i jeho rodiny. V průběhu hospitalizace se pacientův stav po psychomotorické stránce upravil. Udržoval hydrataci a získal návyky, které na počátku hospitalizace byly deficitní. V současné době je pacientův stav natolik uspokojivý, že lékaři zvažují propuštění nemocného do domácího ošetření.

Ke své práci jsem připojila seznam zkratk.

Přílohy, které jsou součástí mé práce, jsou rozvrženy do tohoto sledu.

V příloze č. 1 Barthelové test základních všedních činností, příloha č. 2 obsahuje seznam použitých léčiv při léčbě pacienta. Příloha č. 3 obsahuje ošetrovatelský záznam a výčet diagnóz k druhému dni hospitalizace pacienta.

V závěru práce uvádím použitou literaturu.



**Seznam použitých zkratek:**

**AFP - alfafetoprotein**

**ALP – alkalická fosfatáza**

**ALT - alaninaminotransferáza**

**AST - aspartátaminotransferáza**

**Amp. - ampule**

**Anti - HAV - protilátky proti hepatitidě A**

**Anti-HBs - protilátky proti povrchovému antigenu hepatitidy B**

**Anti - HCV – protilátky proti hepatitidě C**

**BLTR – blok levého Tawarova raménka**

**Bpn – bez palpačního nálezu**

**CNS – centrální nervový systém**

**cps. - kapsle**

**CRP - C reaktivní protein**

**EKG - elektrokardiografie**

**GIT – gastrointestinální trakt**

**GMT - gama – glutamyltransferáza**

**HbsAg – povrchový antigen hepatitidy B**

**HDL - High density lipoproteins**

**i.m. - intramuskulárně**

**INR - (International Normalised Ratio) - protrombinový čas, test hemokoagulace**

**KO – krevní obraz**

**LDL – low density lipoproteins**

**MELD – Model for end-stage liver disease**

**P - puls**

**PMK - permanentní močový katétr**

**PET - pozitronová emisní tomografie**

**Ret. - retard**

**r. sin. - rytmus sinusový**

**RZS – rychlá záchranná služba**

**Supp. – suppositorium, čípek**

**tbl. – tablety**

**TIPS - transjugulární intrahepatální spojka**

**TK – tlak krevní**

**TSH - thyreotropin**

**TT – tělesná teplota**

**USG - ultrasonografie**

## **Přílohy :**

Příloha č.1: Barthelové test základních všedních činností (17)

Příloha č.2: Seznam užívaných léků (19)

Příloha č.3: Ošetrovatelský záznam Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1.LF UK

Praha

Příloha č. 1		Barthelové test základních všedních činností
Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci,	10
	S pomoci	5
	Neprovede	(0)
Oblékání samostatné	Bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0)
Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	(0)
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	(0)
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	G'J
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	(0)
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede - '	(0)
Přesun na lůžko - židli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	(0)
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	(0)
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	(0)
<b>'Hodnocení stupně závislosti</b>		
Vysoce závislý	(0- 40)	
Závislost středního stupně	41 - 60	
Lehká závislost	61-95	
Nezávislý	96 -100	(17)

## **Příloha číslo 2: Seznam užívaných léčiv**

*Degan tbl.,inj.*

**Účinná látka:** Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum

**Indikační skupina:** Prokinetikum, antiemetikum

**Indikace:** Jako symptomatikum při pocitech plnosti a nevolnosti v epigastriu, při nauze, zvracení a singultu různé etiologie. Neúčinný u kinetóz a zvracení psychického původu. Refluxní ezofagitis, pyróza.

**Kontraindikace:** Krvácení do trávicího traktu, perforace, mechanická obstrukce, feochromocytom, přecitlivělost, epilepsie, karcinom mammy. Str.403

*Kalnormin tbl. Ret.*

**Účinná látka:** Kalii chloridum

**Indikační skupina:** Kaliový přípravek.

**Indikace:** Prevence a léčba hypokalémie, při zvýšených ztrátách kália.

**Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku, oligo-anurická fáze akutní renální insuficience, uremické stadium chronické renální insuficience s retencí, snížená motilita GIT, hyperkalémie, podání dětem.

*Simepar cps.*

**Účinná látka:** Silymarinum, Cyanocobalaminum, Thiamini hydrochloridum, Riboflavinum, Nikotinamidum, Pyridoxini hydrochloridum, Calcii panthothenas

**Indikační skupina:** Hepatikum

**Indikace:** Chronické hepatopathie, chronická hepatitidy, alkoholická hepatitida, steatóza jater, jaterní cirhóza. Chronická zánětlivá onemocnění žlučníku a žlučových cest, biliární dyskinéze

**Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku

*Spofax supp.*

**Účinná látka:** Carboxycellulosum calcicum 300mg, Bismuthum gallicumbasicum100mg, Cinchocaini hydrochloridum 5 mg v 1 čípku

**Indikační skupina:** Antihemoroidalum

**Indikace:** Používá se k potlačení krvácení hemoroidů

**Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku

*Tiapridal tbl.,inj.*

**Účinná látka:** Tiapridi hydrochloridum

**Indikační skupina:** Psychofarmakum, neuroleptikum

**Indikace:** Choreiformní pohyby při Huntynotonově chorobě, hemibalismus, bucco-faciální dyskinezy, abnormní pohyby vyvolané L-dopy. Agitovanost a tremor ve stáří. Delirium tremens a jiné projevy chronického alkoholismu. Chronické bolesti.

**Kontraindikace:** Feochromocytom,intoxikace látkami s tlumivým účinkem na CNS

*Verospiron tbl.*

**Účinná látka:** Spironolactonum

**Indikační skupina:** Diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum

**Indikace:** Primární hyperaldosteronismus. Edematózní stavy, zvláště spojené s hypokalemií. Terapie hypertenze s kombinací s jinými antihypertenzivy.

**Kontraindikace:** Těžká porucha renálních funkcí, hyperkalemie, hyponatremie, porfyrie, gravidita. (19)

## Literatura:

- (15) Brůha,R., Dvořák,K., Petrtýl,J., Švestka, T., Alkoholové postižení jater, *Medicína pro praxi*, 6(3), str.144
- (9) Červinková, E. a kol.: *Ošetrovatelské diagnózy*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003, 57-856-02
- (10) Doenges,M.E., Moorhouse, M.F.,*Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Grada Publishing, spol. s r.o. Praha, 2001, ISBN 80-247-0242-8
- (3) Dylevský, V., *Somatologie*, Epava, 2000, Olomouc, ISBN 80-86297-05-5
- (8) Ehrmann, J.jr., Schneiderka, P., Ehrmann, J., *Alkohol a játra*, Grada Publishing, Praha, 2006, ISBN 80-247-1048-X
- (1) Fiala P., Valenta J., EberlováL., *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, Karolinum, Praha, 2004, ISBN 80-246-0804-9 .
- (5) Ledvina, M., Stoklasová, A., Cerman,J., *Biochemie pro studující medicíny II.díl*, Karolinum, Praha, 2006, ISBN 80-246-0850
- (2) Lukáš, K., et al.,*Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*, Grada Publishing a.s., 2005, ISBN 80-247-1283-0
- (7) Mačák, J.,Mačáková, J., *Patologie*, Grada Publishing a.s., Praha, 2004, ISBN 80-247-0785-3
- (13) Mareček, Z. JATERNÍ CIRHÓZA – PŘIROZENÝ VÝVOJ A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ. <http://www.ceska-hepatologie.cz/akce-chs-cz/pracovni-den-chs-cz?od=0> staženo 15.2.2010
- (11) Mastiliaková, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl*, Karolinum, Praha, 2003, ISBN 80-246-0429-9

- (4) Mourek, j., *Fyziologie*, Grada Publishing a.s., 2005, Praha, ISBN 80-247-1190-7
- (19) Pharmindex brevíf. MeediMedia Information, 2001, ISBN80-86336-01-8
- (6) Šafránková, A., Nejedlá, M., *Interní ošetrovatelství I*, Grada Publishing a.s., Praha, 2006, ISBN- 80-247-1148-6
- Nejedlá, M. – Svobodová, H. – Šafránková, A.: *Ošetrovatelství III/I*, INFORMATORIUM, spol. s r.o., Praha, 2004
- (18) Staňková, M. ,*České ošetrovatelství 3*, IDVPZ v Bně,2003, 57-860-99
- (17) Trachtová, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno, IDVPZ 1999, ISBN 80-7013-324-4
- (16) Venglářová M., Mahrová G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha, GRADA Publishing a.s., 2006
- (12) Zavoral, J., *Gastroenterologie a hepatologie*, Triton, Praha, 2007, ISBN 80-725-4902-3
- (14) [www.ceska-hepatologie.cz/getimg.php?id=142](http://www.ceska-hepatologie.cz/getimg.php?id=142) staženo 14.2.2010