



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Blanka Lhotská

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s alkoholickou cirhózou jater**

*Nursing care of patient with alcoholic liver
cirrhosis*

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: Blanka Lhotská

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF

Univerzity Karlovy

Datum a rok obhajoby: 19. června 2014

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 26. května 2014

Blanka Lhotská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Janě Holubové a odborné konzultantce MUDr. Anně Žlabové za jejich cenné rady, připomínky a čas.

Obsah	
Obsah.....	5
Úvod	7
1. Klinická část	8
1.1 Anatomicko fyziologický úvod	8
1.1.1 Uložení a makroskopický popis jater.....	8
1.1.2 Stavba jaterní tkáně.....	8
1.1.3 Krevní zásobení jater.....	9
1.1.4 Funkce jater.....	9
1.2 Jaterní cirhóza	11
1.2.1 Definice.....	11
1.2.2 Klinický obraz.....	11
1.2.3 Klasifikace jaterní cirhozy.....	11
1.2.4 Komplikace jaterní cirhozy.....	12
1.3 Vyšetřovací metody	14
1.3.1 Fyzikální vyšetření.....	14
1.3.2 Laboratorní vyšetření.....	15
1.3.3 Zobrazovací a ostatní metody.....	15
1.4 Terapie jaterní cirhozy	16
1.5. Etylismus	16
1.5.1 Diagnostika alkoholismu.....	17
1.5.2 Léčba alkoholismu.....	17
1.5.3 Komplikace alkoholismu.....	18
1.6 Základní informace o pacientovi	20
1.6.1 Anamnéza.....	20
1.6.2 Osobní anamnéza.....	20
1.6.3 Rodinná anamnéza.....	20
1.6.4 Alergologická anamnéza.....	21
1.6.5 Sociální anamnéza.....	21
1.6.6 Farmakologická anamnéza.....	21
1.6.7 Abusus.....	22
1.7 Nynější onemocnění	22

1.7.1	Objektivní nález.....	23
1.7.2	Diagnozy.....	23
1.7.3	Vývoj onemocnění.....	23
1.7.4	Výsledky provedených vyšetření z této hospitalizace.....	24
1.8	Prognóza.....	27
2.	Ošetrovatelská část.....	28
2.1	Ošetrovatelský proces.....	29
2.1.1	Fáze ošetrovatelského procesu.....	28
2.2	Modely ošetrovatelské péče.....	29
2.2.1	Model Virginie Henderson.....	29
2.2.3	Ošetrovatelská péče podle modelu Virginie Henderson.....	30
2.3	Ošetrovatelské diagnózy.....	35
2.3.1	Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	35
2.4	Dlouhodobý plán péče.....	47
2.5	Hodnocení psychického stavu.....	50
2.5.1	Alkohol a psychika.....	50
2.5.2	Psychický stav pacienta.....	50
2.6	Edukace nemocného a rodiny.....	52
2.6.1	Edukace v ošetrovatelství.....	52
2.6.2	Edukace pana J. K.....	52
Závěr.....		54
	Použitá literatura.....	55
	Seznam zkratk.....	57
	Seznam příloh.....	59
	Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza.....	60
	Příloha č. 2: Plán ošetrovatelské péče.....	65
	Příloha č. 3: Barthel test základních všedních dovedností.....	67
	Příloha č. 4: Zhodnocení rizika pádu u pacienta.....	69
	Příloha č. 5: Hodnocení rizika dekubitů podle Norton.....	70
	Příloha č. 6: Hodnocení nutričního stavu.....	71
	Příloha č. 7: Léky.....	72
	Příloha č. 8 Souhlas hlavní sestry.....	74

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě své dlouholeté práce na interním oddělení, kde o pacienty s chorobami jater na etylickém podkladě pečují často. Zvolila jsem pacienta, který dlouhé roky pravidelně konzumuje alkoholické nápoje. Jeho stav se vyvinul do jaterní etylické cirhozy s komplikacemi interními i chirurgickými.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou základních částí. V první, klinické části, se zabývám anatomíí a fyziologií jater, vyšetřovacími metodami, popisují zde charakteristiky jaterního selhání a možné komplikace, dále se zde snažím nastínit hlavní příčinu etylické jaterní cirhozy, kterou je alkohol a alkoholismus.

Ve druhé ošetrovatelské části jsem si vybrala druhý den hospitalizace na JIP. K vypracování plánu ošetrovatelské péče o tohoto pacienta jsem použila model ošetrovatelské péče podle Virginie Henderson, dále se zde snažím nastínit psychický stav pan J. K. a možnosti edukace.

V závěru se věnuji prognóze tohoto onemocnění a samotného pacienta.

Pacient pan J. K. mi dal písemný souhlas se zpracováním jeho osobních údajů pro tuto bakalářskou práci.

1. Klinická část

1. 1 Anatomicko – fyziologický úvod

1. 1. 1 Uložení a makroskopický popis jater

Játra (lat. *hepar*) jsou uložena pod bránicí v dutině břišní. Jsou tvořena dvěma laloky, které vyplňují brániční klenbu vpravo a zasahují i do levé brániční klenby. Jsou největší žlázou v těle. Normální játra váží kolem 1500g. Jsou kryta vazivovým pouzdem, povrch je hladký, barva na řezu hnědá až červenohnědá.

(4)

1. 1. 2 Stavba jaterní tkáně

Játra jsou kryta vazivovým obalem zvaným *capsula Glissoni*. Jaterní buňky – hepatocyty jsou uspořádány v trámčitý epitel, mezi buňkami probíhají jaterní sinusoidy. Tyto cévy jsou od hepatocytů odděleny Disseho prostorem. Do Disseho prostoru může pronikat krevní plasma, vychlipují se do něj mikroklky hepatocytů a je zde začátek lymfatických cest jater. Jsou zde Itovy buňky, které v cytoplasmě kumulují tuk a vitamin A. Při jaterní cirhóze dochází k nadměrné aktivitě těchto buněk.

Mezi jaterními buňkami probíhají žlučové kapiláry, do kterých jaterní buňky vyměšují žluč. Žlučové kapiláry přecházejí ve žlučovody. Žluč se shromažďuje ve žlučníku (*vesica biliaris*), uloženém na spodní straně jater. Vývod ze žlučníku – žlučovod vyúsťuje do dvanáctníku společným vývodem ze slinivky břišní. (1)

1. 1. 3 Krevní zásobenění jater

Krevní zásobenění jater sestává z funkčního a živného oběhu. Krev, přitékající portální žilou, činí skoro 90% celkové krve protékající játry, jedná se o funkční oběh. Výživa jater je zabezpečována ze živného oběhu krve větvemi hepatické tepny. Za minutu proteče játry až 20% veškeré krve v organismu. (1)

1. 1. 4 Funkce jater

Metabolismus živin

Játra zpracovávají živiny, které se vstřebávají trávicím ústrojím a jsou přiváděny do jater především vrátnicovou žilou.

V játrech probíhá glykogeneze a glykogenolýza, to znamená, že se zde přeměňují jednoduché cukry na glykogen a naopak glykogen se štěpí na glukozu, podle potřeby organismu. V játrech se tvoří, odbourávají a přeměňují aminokyseliny a proteiny. Významným produktem degradace proteinů v játrech je močovina. V neposlední řadě v játrech probíhají důležité pochody metabolismu tuků a cholesterolu.

Zásobárna živin

Cukry se zadržují v játrech až do 20% hmotnosti jater, tuky do 4%. Játra vytvářejí i rezervu bílkovin.

Přeměna vitamínů a hormonů

V játrech se metabolizují některé vitamíny v aktivní formy, například vitamin K podílející se na antikoagulaci a vitamin D důležitý pro metabolismus vápníku. Z hormonů lze zmínit např. produkci angiotenzinogenu, zapojeného do regulace vodního a solného hospodářství organismu a udržování krevního tlaku. Anebo tvorbu somatomedinu a to pod vlivem hypofyzárního růstového hormonu. Somatomedin ovlivňuje metabolismus v periferních tkáních. Vitamíny a hormony jsou v játrech i odbourávány.

Tvorba tepla

Tepllo v játrech vzniká při chemických reakcích. Krev odtékající z jater je nejteplejší v celém organismu a má asi 39 °C.

Detoxikační činnost

V játrech se zneškodňují některé potencionálně škodlivé produkty metabolismu (např. amoniak), požité jedy včetně alkoholu a odbourávají se mnohé léky. A to buď jejich chemickou přeměnou na neškodné látky, nebo jsou nadbytečné látky vylučovány žlučí (bilirubin, cholesterol).

Tvorba žluče

Jaterní buňky vyměšují žluč. Denně játra vyprodukují 700 – 1200 ml žluči. Žluč se skladuje ve žlučníku, kde se koncentruje až 12x. Žluč významně ovlivňuje vstřebávání tuků a vitamínů rozpustných v tucích.

Podíl na krvetvorbě a hemokoagulaci

V játrech se mimo jiné tvoří srážecí faktory, fibrinogen, protrombin, heparin, některé složky molekuly hemoglobinu, jsou zde zásoby železa a vitamínu B12.

Krevní nádrž

Játra mohou zadržet až 1000 ml krve, jsou tedy významnou součástí krevního oběhu.

(4)

1. 2 Jaterní cirhoza

1. 2. 1 Definice

Cirhoza je vážnou a nevratnou formou poškození jater. Jaterní cirhoza je chronický proces, při kterém postupně dochází k uzlovité přestavbě jaterní tkáně a jaterního řečiště, čímž se významně narušuje funkce jater. Počet nemocných s touto diagnózou neustále stoupá. Z příčin, které se na tomto onemocnění nejvíce podílejí, jsou na prvním místě, nadměrná konzumace alkoholu a virová hepatitida B, C, D, v malé míře i autoimunitní hepatitida.

Funkčními následky jaterní cirhozy jsou poruchy metabolických procesů, portální hypertenze, tvorba intrahepatálních a portosystémových shuntů se sníženou perfuzí jater a jaterní selhání. (8)

1. 2. 2 Klinický obraz

Ve vývoji jaterní cirhozy je různě dlouhé preklinické stádium, po kterém následuje fáze kompenzované jaterní cirhozy a pak rozvoj komplikací. Při dekompenzaci klinickými známkami může být ikterus, ascites, otoky, umbilikální kolaterály (caput medusae), petechie či krvácení ze zažívacího traktu. (3)

1. 2. 3 Klasifikace jaterní cirhozy

K posouzení pokročilosti jaterní cirhózy a tím i funkčního stavu jater se používá Child - Pughova klasifikace. Hodnotí se pět kritérií - hladina albuminu, bilirubinu, hodnota INR, přítomnost ascitu a jaterní encefalopatie. Každé se oboduje jedním až třemi body. Celkový součet udává zařazení pacienta do skupiny podle závažnosti nemoci, z nichž Child A je nejmírnější, Child C nejpokročilejší a tedy nejzávažnější a s nejhorší prognózou, přesněji to definuje tabulka.

Child A: 5 - 6 bodů

Child B: 7 – 9 bodů

Child C: 10 – 15 bodů

Kritérium	1 bod	2 body	3body
Bilirubin($\mu\text{mol/l}$)	< 34	34 – 51	> 51
Albumin (g/l)	> 35	30 - 35	< 30
Ascites	0	Dobře léčitelný	Obtížně léčitelný
Encefalopatie	0	Malá	Pokročilá
Quick (INR)	< 1,6	1,6 – 2,0	> 2,0

Smyslem existence této klasifikace je kromě posouzení pokročilosti onemocnění také posouzení vývoje stavu pacienta v čase při jeho sledování, odhad prognózy a vhodnost zařazení na transplantační listinu. (3)

1. 2. 4 Komplikace jaterní cirhozy

Portální hypertenze je zvýšený tlak v portální žíle, který je při cirhoze důsledkem ztíženého průtoku krve cirhotickými játry. Lze ho změřit katetrizačně. Při portální hypertenzi se mohou tvořit kolaterální spojky mezi portálním a systémovým oběhem. Přímými příznaky portální hypertenze mohou být jícnové varixy, umbilikální kolaterály, hemoroidy, hepatosplenomegálie, ascites.

Jícnové varixy jsou porto – gastro - esophageální kolaterály ve stěně jícnu. Nejčastěji vznikají ve střední a dolní části jícnu. Diagnostikují, kontrolují, případně intervenují se gastrokopicky. Klinicky se jícnové varixy mohou projevit hematemézou či melenou. Hrozící či menší krvácení lze řešit sklerotizací varixů, nestačí-li, je zde možnost provedení TIPS - transjugulární intrahepatální portosystémové spojky, což je portokavální anastomoza. Některým pacientům může pomoci překlenout období komplikací, než se dočkají transplantace jater.

Nicméně zcela optimálním řešením není, hlavní nevýhodou je vzestup rizika vývoje CMP nebo zhoršení jaterní encefalopatie.

Ascites je nahromadění volné tekutiny v dutině břišní. Vzniká v důsledku vystupňované portální hypertenze a dále se na jeho vzniku podílí nízký onkotický tlak bílkovin při hypoalbuminémii uzavřením jaterních mízních cév, zvýšenou retencí natria a vody ledvinami, zvýšenou koncentrací aldosteronu v krvi, která je způsobena jeho nadprodukcí a sníženým rozkladem. Při ascitu je břicho zvětšené, mohou se objevit dyspeptické potíže, meteorismus, dušnost, pupeční kýla, otoky dolních končetin, dehydratace, únava. Léčbou je restrikce sodíku, podávání antagonistů aldosteronu – spironolaktonů a dalších diuretik. Dále pak punkce ascitu při bolestivě napnutém břichu, zažívacích obtížích, při významné dušnosti. Je nutné brát v úvahu fakt, že s punkcí je tělo ochuzováno o bílkoviny v punktátu obsažené, což může podporovat urychlení další tvorby ascitu. Diagnostický význam může mít vyšetření punktátu – hematologické, biochemické, mikrobiologické a cytologické.

Jaterní encefalopatie je soubor psychických a neurologických příznaků. Příčinou rozvoje jaterní encefalopatie je nedostatečná detoxifikační schopnost jater. Toxické látky, které vnikají ve střevech se dostávají do systémového oběhu a působí neurotoxicky na CNS. Jaterní encefalopatie má svůj klinický obraz, do nějž patří zmatenost, poruchy spánku, řeči, dezorientace, apraxie, flapping tremor a osobnostní změny. Progrese může vyústit k soporoznímu a komatoznímu stavu anebo až k smrti. Spíše v patologii se používá pojem Wernickeho encefalopatie, charakterizovaná typickými histologickými změnami v mozku.

Cholestáza je porucha vyprazdňování žluči do střeva. Důsledkem je zvýšené množství bilirubinu v krvi. U cirhotiků se jedná většinou o intrahepatální příčinu. Příznakem je ikterus, pruritus z nahromadění žlučových kyselin v kůži, hypercholesterolemie, světlá (acholická) stolice a tmavá moč.

Hepatorenální syndrom je jednotka charakterizovaná selháním ledvin při primárně morfologicky intaktních ledvinách v důsledku pokročilého selhání jater. Patofyziologicky se na něm podílí změny v cévní rezistenci, jejichž důsledkem je pokles průtoku krve ledvinami.

Jaterní selhání je životu nebezpečný stav, při kterém selhávají některé nebo všechny funkce jater. Rozlišujeme chronické a akutní. V případě alkoholické cirhozy jater se jedná o chronické selhání jater, které se vyvíjí postupně, řádově roky s postupným rozvojem příznaků – hubnutí, tvorba ascitu, krvácivých projevů, jaterní encefalopatie.

Hepatoceulární karcinom jater na podkladě jaterní cirhozy – jaterní cirhoza jakékoliv etiologie je považována za prekancerozu. Hepatoceulární karcinom se diagnostikuje sonograficky, případně pomocí CT či MR, poměrně specifické a významné je zvýšení AFP v krvi. (1a)

1. 3 Vyšetřovací metody

Funkci a stav jater lze vyšetřovat fyzikálními, laboratorními a zobrazovacími metodami.

1. 3. 1 Fyzikální vyšetření

Tímto vyšetřením lze hodnotit:

Velikost jater – u zdravého člověka nepřesahují pravý žeberní oblouk.

Konzistenci jater

I. stupeň – měkká játra a pružná, fyziologický nález

II. stupeň – tužší játra, patologický nález, při městnání krve a žluči

III. stupeň – tuhá játra, u cirhózy

IV. stupeň – tvrdá, kamenná játra, u hepatokarcinomu

Povrch jater – normální játra mají povrch hladký.

Citlivost jater – bolestivost při městnání a zánětech.

Hepatojugulární reflux – zvýšená náplň krčních žil při tlaku na játra.

Ikterus – žlutavěhnědá, šedohnědá kůže, skléry a sliznice u chronických jaterních chorob. Iktery rozdělujeme na prehepatální (hemolytický) – ze zvýšené hemolýzy, játra nejsou postižena. Hepatální (hepatoceulární) – při poškození

jaterních buněk, játra nevyučují bilirubin z krve do žluče. Posthepatální (obstrukční) – blokace žlučových, moč je tmavá, stolice je acholická, játra nejsou postižena.

Ascites – volná tekutina v dutině břišní.

Jaterní encefalopatie – vzniká působením amoniaku na CNS, patří sem spavost, náladovost, zmatenost, apraxie, foeter hepaticus. (12)

1. 3. 2 Laboratorní vyšetření

Z krve – při porušení jaterní funkce se může zvýšit hladina jaterních enzymů, bilirubinu a amoniaku, prodloužit INR a naopak se může snížit hladina prealbuminu. Pro cholestázu jsou typické zvýšené hladiny bilirubinu, ALP, GMT, pro poškození hepatocytů zvýšené hodnoty AST a ALT. Zvýšené GMT a normální ALP svědčí po toxonutritivní (alkoholovou) etiologii. Dále můžeme v krvi vyšetřit markery virových hepatitid, tumorový marker alfa-fetoprotein typicky výrazně zvýšený při hepatocelulárním karcinomu, při metabolické poruše jater celkovou bílkovinu a hladinu železa.

Z moče – vyšetření na bilirubin a urobilinogen, jejichž přítomnost v moči poukazuje na poruchu vylučování bilirubinu obvyklým způsobem. (19)

1. 3. 3 Zobrazovací a ostatní metody

Mezi zobrazovací metody patří sono, CT, MR, ERCP.

Jaterní biopsie histologicky určí z mikroskopického vzorku jater stupeň jejich vazivové přeměny nebo odliší ložisko karcinomu jater od metastatického procesu z jiné části organismu.

Gastroskopie odhalí přítomnost jícnových varixů. (8)

1. 4 Terapie jaterní cirhozy

Konzervativní:

- Dietní režim.
- Infuzní terapie – krystaloidy, vitaminy B, C, K, lidský albumin, Nutramin VLI / Oliclinomel / Aminosteril N-hepa
- Antibiotika k potlačení střevních bakterií
- Hepatoprotektiva – Flavobion (Sylimarinum)
- Diuretika – Furosemid, Verospiron
- Prevence krvácení – Kanavit
- Punkce ascitu – při dušnosti anebo zažívacích obtížích

Chirurgická:

- Transplantace jater
- TIPS

(8)

1. 5 Etylismus (alkoholismus)

Slovo alkohol pochází z arabského - *al* – *kahal* a znamená jemnou substanci. Je to droga s rozporuplným přínosem pro člověka. Alkohol může být považován za silně návykovou drogu, zvláště v psychicky těžkých obdobích života a u predisponovaných jedinců. Nebezpečnost alkoholu se násobí tím, že je legální, je běžně k dostání a neodmyslitelně patří k některým příležitostem, jako jsou například oslavy.

Termín alkoholismus poprvé užil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849, a jako medicínská diagnóza byl uznán v roce 1951 WHO. Nyní je zařazen v MKN jako F102 Poruchy působené alkoholem – syndrom závislosti.

Projevem alkoholismu je návykové chování a změna osobnosti. Biologický podklad účinku alkoholu spočívá v ovlivnění metabolismu neurotransmiterů (dopaminu, serotoninu, taurinu, gamma aminomáselné kyseliny). (10)

1. 5. 1 Diagnostika alkoholismu

Alkoholismus se diagnostikuje jednoduchým Cage testem:

C – Cut down – Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?

A – Annoyed – Vadí Vám kritika Vašeho pití?

G – Guilty – Máte kvůli pití pocity viny?

E – Eye-opener – Pijete ráno, abyste se probral?

Jedna kladná odpověď může být podkladem pro lékařské vyšetření. Dvě kladné odpovědi znamenají, že by se mohlo o závislost jednat. U tří až čtyř kladných odpovědí je vysoká pravděpodobnost závislosti na alkoholu. (12)

Jellinkova typologie

Rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

- Alfa: požívání alkoholu u špatné nálady, úzkosti či depresi, lidé většinou pijí o samotě
- Beta: příležitostní požívání alkoholu, časté pití ve společnosti
- Gamma: anglosaský typ, uživatel preferuje pivo a destiláty, postupně roste tolerance k vypitému množství
- Delta: románský typ, uživatel dává přednost vínu, trvale udržuje hladiny alkoholu v krvi, bez výraznějších projevů opilosti či ztráty kontroly
- Epsilon: střídání období nadměrné konzumace alkoholu a abstinence. Tento typ není příliš častý. (13)

2. 5. 2 Léčba alkoholismu

Při léčbě alkoholismu se používá psychoterapie, pracovní terapie a arteterapie k odvedení pozornosti. Další možností je antabusová či averzní terapie,

minoritní postavení má farmakoterapie. Základem a zároveň nejobtížnější částí léčby alkoholismu je jednoznačně spolupráce pacienta.

Antabusová terapie je použití látek, které v kombinaci s alkoholem vyvolají pacientovi kolísání krevního laku, zrudnutí obličeje, nauzeu až zvracení. Disulfiram, který je hlavní složkou Antabusu, vyvolá blok enzymu alkoholdehydrogenázy, takže acetaldehyd (metabolit etanolu) zaplaví organismus a způsobí popsany nepříjemný stav.

Od dříve užívané averzní terapie, při níž byl po požití alkoholu pacientovi podán apomorfín, který vyvolal silné zvracení, bylo upuštěno pro nežádoucí komplikace. Cílem obou popsaných postupů je navození asociace užití alkoholu s nepříjemným stavem.

V rámci farmakoterapie se užívají látky k omezení touhy po alkoholu (craving) se používají látky akamprosát a naltrexon.

Léčba alkoholismu může být ambulantní nebo formou hospitalizace. Léčebné hospitalizační programy trvají přibližně tři měsíce. Léčba si klade za cíl dosáhnout doživotní abstinence, a tak snížení zdravotních a sociálních komplikací. Pouhé snížení konzumace alkoholu je spojeno s vysokou pravděpodobností recidivy alkoholismu. Jen přibližně třetina pacientů může být považována po terapii za vyléčenou, třetina sníží částečně konzumaci alkoholu a poslední třetině terapie nepomůže. (11)

1. 5. 3 Komplikace alkoholismu

Psychické komplikace

Prostá opilost (ebrietas simplex) – následek jednorázového nadměrného požití alkoholu, je to kvantitativní porucha vědomí, která je závislá na dávce resp. koncentraci alkoholu v krvi.

Komplikovaná opilost (ebrietas complicata) – opilost s kvantitativní poruchou vědomí, výrazná neschopnost sebeovládání, dlouhá doba změny psychického vědomí, porucha motoriky, reflexů, bludy i halucinace, následná amnézie.

Patická opilost (ebrietas pathica) – alkoholová psychoza, kvalitativní porucha vnímání i vědomí, je důsledkem dlouhodobého nadměrného pití, mráкотný, amentně – delirantní stav s úzkostnými nebo paranoidními stavy.

Delirium tremens – alkoholová psychoza, úzkostné stavy, nespavost, neklid, podrážděnost, děsivé sny, třes, noční pocení, nechutenství, nauzea, zrakové halucinace, stavy zmatenosti a dezorientace, tachykardie, hypertenze, febrilie, ataxie. Delirium tremens se rozvíjí při nucené abstinenci, nejčastěji trvá 3-5 dní.

Alkoholická halucinoza – sluchové halucinace, pocity pronásledování

Alkoholická paranoidní psychoza – bludy s pronásledováním, vztahovačností, nevěry a žárlivosti, často u mužů.

Korsakovova psychoza – porucha krátkodobé paměti a dezorientace, narušená vštipivost, mezery v paměti jsou vyplněny konfabulacemi, kterým pacient sám věří, častěji u žen.

Alkoholová demence – důsledek kombinace přímého vlivu etanolu na neurony a nepřímého vlivu, který je důsledkem jaterního poškození. Dochází k atrofii mozku, postižena je bílá než šedá hmota. Atrofie neuronů u chronických alkoholiků je více v čelním laloku, v motorické části se neprojevuje.

Somatické komplikace

Alkoholická polyneuropatie – nejčastěji periferních nervů, projevuje se paresteziemi, svalovou slabostí, křečemi.

Alkoholická encefalopatie – v organismu se hromadí škodliviny, nejvíce dusíkaté sloučeniny (amoniak) z bílkovin. Ty pronikají s krví do mozku, který začnou poškozovat.

Alkoholické onemocnění jater – alkoholická steatoza, alkoholická hepatitida, alkoholická cirhoza, hepatocelulární karcinom.

Kardiovaskulární nemoci - kardiomyopatie, hypertenze, cévní mozková příhoda, arytmie.

Hematologické komplikace - makrocytární anemie, leukopenie, trombocytopenie, koagulopatie.

GIT komplikace – gastritis, esophagitis, jícnové varixy, vředová choroba gastru a duodena, průjem, malabsorpce, pankreatitis, zanedbávaný chrup.

Alkoholická myopatie – bolest a otok svalů dolních končetin spolu s krampy, akutní rabdomyolýza a myoglobinurie.

Endokrinní změny – amenorrhoea, hypogonadismus, virilizace, maskulinizace. (16)

1. 6 Základní informace o pacientovi

1. 6. 1 Anamnéza

Pan J. K., narozený 27. listopadu 1967, 46 let.

Datum přijetí: 14. června 2013

Datum propuštění: 27. června 2013

Délka hospitalizace: 13 dní

1. 6. 2 Osobní anamnéza

Běžné dětské choroby, úraz elektrickým proudem v patnácti letech - bez následků, hypertenze od mládí, diabetes mellitus II. typu na diabetické dietě od roku 2010, chronická žilní insuficience, excize umbilikální hernie s omphalitis, jaterní cirhoza etylické etiologie.

1. 6. 3 Rodinná anamnéza

Otec – diabetes mellitus II. typu na PAD, léčí se pro karcinom plic.

Matka – ischemická choroba srdeční.

Sourozence a děti nemá.

1. 6. 4 Alergologická anamnéza

Alergie nekuje.

1. 6. 5 Sociální anamnéza

Žije s matkou a pracuje jako skladník. Rozvedený.

1. 6. 6 Farmakologická anamnéza

- Furon 40 mg 1 – 0 – 0

Diuretikum.

- Hydrochlorotiazid ½ tbl 1- 0- 0

Diuretikum.

- Kalium chloratum tbl 2 – 2 – 2

Kaliový přípavek.

- Kanavit gtt 20 – 20 – 20

Vitamin K

- Lactulosa sirup ml 30 – 30 – 30

Laxativum.

- Omeprazol tbl. 1 – 0 – 0

Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.

- Trimepranol tbl 1 – 1 – 1

Antiarytmikum, antihypertenzivum.

1. 6. 7 Abusus

Nekouří od roku 2001, dříve kouřil 10 cigaret denně. Dále udává 3 – 4 piva denně a k tomu ještě alkohol typu rum a vodka.

1. 7 Nynější onemocnění

45 - letý pacient s alkoholickou cirhózou jater Child C, s portální hypertenzí a s progredujícím ascitem, jícnovými varixy a umbilikální kýlou přijat pro celkové zhoršení stavu, laboratorně dominuje iontová dysbalance, renální selhání, elevace zánětlivých parametrů.

1. 7. 1 Objektivní nález

- Výška 187 cm
- Váha 67 kg
- Tlak krve 100/65 mmHg
- Puls 47'
- Tělesná teplota 36,6 °C
- Saturace O₂ 90%

Orientovaný časem, místem, situací. Bradypsychický, spolupracuje. Ikterický, bez cyanozy, hraniční hydratace, afebrilní, námahově dušný.

Hlava - skléry nažloutlé, spojivky růžové, zornice izokorické. Uši i nos bez sekrece. Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem. Inervace obličeje souměrná.

Krk - klidný, lymfatické uzliny nehmatné, šije volná, náplň krčních žil přiměřená. Karotidy tepou symetricky.

Hrudník - dýchání alveolární, čisté, sklípkové akce srdeční pravidelná, klidná, bradykardie 47/min.

Břicho - nad niveau, poklep zkrácený, břicho undulující – ascitické, nebolestivé, peristaltika slyšitelná, palpačně nebolestivé. Pupeční kýla. Tapotament bilaterálně negativní.

Končetiny - otoky dolních končetin po kolena, bez známek akutního zánětu, pulzace oboustranně hmatné do periferie.

Páteř - bez patologických zakřivení, nebolestivá.

Kůže - petechie na hrudníku a na zádech, palmární erytém.

1. 7. 2 Diagnózy

- Alkoholická cirhoza jater CHILD C
- Arteriální hypertenze (jícnové varixy I. stupně, splenomegalie, progresivní ascites, otoky dolních končetin)
- Diabetes mellitus II. typu na PAD
- Chronická žilní insuficience
- Etylismus

(2b)

1. 7. 3 Vývoj onemocnění

Pan J. K. byl poprvé přijat na doporučení praktického lékaře na interní oddělení naší nemocnice 21. října 2011 pro ikterus, otoky dolních končetin a ascites. Při příjmu udával dlouhodobou pravidelnou konzumaci alkoholu, nárůst hmotnosti za 14 dní o 15 kilogramů a pocit nafouknutého břicha. V laboratorním vyšetření krve byla elevace jaterních enzymů AST, ALT a celkového bilirubinu, porucha koagulace – zvýšené INR a hyperalbuminémie. Při sonografickém vyšetření se ukázala hepatomegalie, ascites, známky portální hypertenze a cholecystolithiaza. Fibroskopicky se prokázal nález jícnových varixů I. stupně,

esophagitida a hemorrhagická gastropatie. Vzhledem k etylické etiologii bylo doplněno ještě psychiatrické konzilium, kde byla doporučena další ambulantní dispenzarizace. Punktát ascitu byl cytologicky vyšetřen. Neprokázaly se maligní buňky. Dále byla nasazena diuretická léčba. Ascites již neprogredoval. Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování 28. října 2011. Bylo doporučeno sledování v ambulanci psychiatra pro léčbu závislosti na alkoholu a úplná abstinence alkoholu. Dále pak strava s kvalitními bílkovinami a minimalizace fyzického a psychického stresu. Nemocný byl objednan na kontrolu do gastroenterologické a interní ambulance. Opakovaně byl hospitalizovaný od 23. března 2012 do 29. března 2012, od 25. listopadu 2012 do 5. prosince 2012. Vždy byly provedeny odlehčovací punkce ascitu, byl podán albumin a nasazeny diuretika. Moje případová studie pochází z jeho další hospitalizace z období od 14. června 2013 do 27. června 2013. Tato hospitalizace byla zároveň poslední. Pan J. K. pravidelně navštěvuje interní a gastroenterologickou ambulanci. Dispenzarizaci na psychiatrii však považuje za zbytečnou a k psychiatrovi nedochází. Ascites již dále neprogreduje, podle sonografického vyšetření v lednu 2014, je nepatrný. Portální hypertenze se nezvyšuje. Psychicky se zdá být vyrovnaný.

1. 7. 4 Výsledky provedených vyšetření z poslední hospitalizace

Gastrofibroskopie

Jícnové varixy I. stupně, esofagitis, hemoragická gastropatie a bulbutis.

Doporučení: dietní režim, eradikace dle CLO (to znamená dát kombinaci antibiotik, pokud vychází podle CLO testu pozitivní *Helicobacter pylori*), omeprazol tbl. (2b)

Laboratorní vyšetření:

Krevní obraz	Vstupní hodnota	Hodnota při propuštění	Referenční hodnoty
Ery	3,19	4,24	4,5 – 5,9 x10 ¹² /l
HB	101,0	132,0	140 – 180 g/l
HTK	30,10	39,60	42 – 52%
MCV	94	93	81 – 100 µm ³
MCH	31,7	31,1	26 – 34 pg
Thr	165	85	140 – 350 x 10 ⁹ /l
Leuko	16,5	8,1	4 – 9 x 10 ⁹ /l

(2b)

Biochemie	Vstupní hodnota	Hodnota při propuštění	Jednotky a reference
Glukoza	4,8	4,46	3,9 – 6 mmol/l
Ast	0,54	0,85	0,16- 0,57 µkat/l
Alt	0,26	0,44	0,15-0,72 µkat/l
GMT	0,60	0,93	0,18-0,83 µkat/l
Alp	1,25	1,64	0,58-1,83 µkat/l
Tbil	33,7	26,2	3-25,7 µkat/l
Alb	29,2	26,8	34-50 g/l
CB	60,0	53	66-83 g/l
Urea	22,6	2,9	1,7- 8,35 mmol/l
Krea	365,0	80,0	70-133 mmol/l
Na	121,0	136,0	135-145 mmol/l
K	7,0	4,10	3,8-5,4 mmol/l
Cl	77,2	90,4	97-109 mmol/l
CRP	122,0	5,0	0-5 mmol/l

(2b)

Koagulace	Vstupní hodnota	Hodnota při propuštění	Jednotky a reference
APTT	57,4	37,5	28 – 45 s
Q – INR	2,58	1,56	0,8 – 1,3
Quick	28,1	18,4	s
Q – tnor	12,6	12,6	s

(2b)

Moč	Hodnota při příjmu	Jednotky a reference
SG	1,020	1,015-1,03 kg/m ³
Bilirubin	negativní	
Glukoza	negativní	
Ketolátky	negativní	
Krev	negativní	
Leuko	negativní	
pH reakce	5,0	5-6,5
Protein	negativní	
Urobilinogen	stopa	

(2b)

1. 8 Prognoza

Jaterní cirhoza je trvalé a nevratné poškození jater. Velmi výrazně zkracuje život. V případě pana J. K. způsobil jaterní cirhozu alkohol. Prognoza dalšího života se odvíjela od jeho schopnosti dodržet dietní režim a hlavně nepožívat žádné alkoholické nápoje.

Od poslední hospitalizace v červnu 2013 se panu J. K. daří trvale abstinovat. Alkoholické nápoje nahradil nealkoholickým pivem. Trvalo mu přes tři roky, než přestal být závislým na alkoholu a tím pozastavit zhoršování své nemoci. Podle poslední sonografie břicha, v lednu 2014, má jen malé množství volné tekutiny v břiše a portální hypertenze se již nezvyšuje. V současné době je jeho stav kompenzovaný. S kompenzovanou jaterní cirhózou je možné žít i několik let. Pokud nemocný vydrží abstinovat.

Pan J. K. je stále ohrožen komplikacemi jaterní cirhozy. Má jícnové varixy I. stupně, které mohou kdykoliv začít krváčet. Každé tři měsíce dochází do gastroenterologické ambulance na pravidelné kontroly. Bohužel nenavštěvuje ambulanci pro léčbu závislostí ani žádného jiného psychiatra, vyvstává zde tedy obava, zda vydrží abstinovat doživotně.

2. Ošetrovatelská část

2. 1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systém poskytování péče pacientům. Je založený na některém z modelů ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je sled ošetrovatelských postupů, které vedou k uspokojení fyzických, psychických a sociálních potřeb pacientů. Vychází z podrobného poznání nemocného a aktivního vyhledávání jeho potřeb nebo problémů. (14)

2. 1. 1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se skládá z několika fází, a to ošetrovatelské anamnézy, ošetrovatelské diagnózy, plánu ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelské péče a hodnocení celého ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelská anamnéza – sběr informací od pacienta, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných a z vlastního pozorování.

Ošetrovatelská diagnóza – je to definovaný problém pacienta s určením jeho příčiny, pokud je známa, mění se podle potřeb nemocného.

Ošetrovatelský plán – plán toho, čeho chceme s pacientem dosáhnout do určité doby a stanovení ošetrovatelských intervencí. Plán určuje co, se bude u pacienta dělat, kdo se na této činnosti bude podílet, respektive který člen zdravotnického týmu, kdy a jakým způsobem.

Realizace ošetrovatelské péče - provedení ošetrovatelských intervencí a splnění ordinací a další i neplánovaná péče o pacienta.

Hodnocení ošetrovatelské péče – zjišťujeme, zda intervence byly efektivní, a když ano, do jaké míry. Pokud naše stanovené cíle byly splněny, tak se tento proces ukončí. Jestliže intervence nebyly dostatečně efektivní, stanovíme nové ošetrovatelské diagnózy a cíle. (14)

2. 2 Modely ošetrovatelské péče

Modely ošetrovatelské péče pomáhají zvýšit kvalitu a efektivitu práce sester. Pomáhají plánovat a realizovat péči o pacienta a dosahovat jednoty v této péči. K péči o pacienta, kterého jsem si vybrala pro tuto bakalářskou práci, jsem zvolila model Virginie Henderson. (14)

2. 2. 1 Model Virginie Henderson

Tento model patří mezi humanistické modely ošetrovatelské péče. Virginia Henderson vychází z názoru, že člověk je nezávislá celistvá bytost, tvořená biologickou, psychickou, sociální a spirituální složkou. Tyto složky zahrnují čtrnáct elementárních potřeb, které si každý uspokojuje individuálním způsobem. V některých životních obdobích mohou nastat problémy s uspokojováním těchto potřeb a tento jedinec potřebuje pomoc druhé osoby. Zde se otevírá místo pro ošetrovatelství. Podle Virginie Henderson je cílem ošetrovatelství co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta. (14)

Čtrnáct komponentů základní ošetrovatelské péče podle Virginie Henderson

1. Pomoc nemocnému normálně dýchat
2. Pomoc nemocnému při příjmu potravy a tekutin
3. Pomoc nemocnému při vylučování
4. Pomoc nemocnému při udržování optimální polohy
5. Pomoc nemocnému při spánku a odpočinku
6. Pomoc nemocnému při oblékání a svlékání
7. Pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty v optimálním rozmezí
8. Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty
9. Pomoc nemocnému se vyvarovat nebezpečí z okolí, sebepoškození a poškození druhých
10. Pomoc nemocnému při komunikaci s druhými
11. Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry

12. Pomoc nemocnému při práci
13. Pomoc nemocnému při odpočinku
14. Pomoc nemocnému při učení

(14)

2. 2. 3 Ošetrovatelská péče podle modelu Virginie Henderson

Ke své práci jsem si vybrala 2. den hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče. Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebírala formou rozhovoru s pacientem v 7 hodin ráno. Dále jsem si o panu J. K. vyhledala informace ve zdravotnické dokumentaci a v nemocničním informačním systému. Další informace mi poskytl ošetřující lékař.

1. Pomoc nemocnému normálně dýchat

Pan J. K. v posledním týdnu pociťoval postupné zhoršování dušnosti. Musel často odpočívat i při běžných pracích, které dříve vykonával bez problémů. Pacient je bývalý kuřák, do roku 2001 kouřil 10 cigaret denně.

Při přijetí na oddělení, předešlý den, pan J. K. udával dušnost. Po uložení na lůžko a připojení na kontinuální sledování SpO₂, mu byla naměřena SpO₂ 90% bez podpory O₂. Lékařem mu byla naordinována aplikace zvlhčeného O₂ do dosažení SpO₂ 96%. Pacientovi byly dány kyslíkové brýle a průtok zvlhčeného O₂ byl nastaven na 1,5 l/min. Při této rychlosti průtoku O₂ byla SpO₂ trvale nad 96%, avšak pan J. K. si kyslíkové brýle, v různých intervalech, bez vědomí sestry, snímal. To mělo za následek krátkodobý pokles SpO₂ v rozmezí 88% - 90%, do znovuzavedení aplikace zvlhčeného O₂.

Druhý den hospitalizace byla SpO₂ 88% bez podpory O₂. Nasadila jsem mu kyslíkové brýle, které toleroval. Průtok zvlhčeného kyslíku jsem nastavila podle ordinace lékaře na 1,5 l/min. Společně jsme zvolili Fowlerovu polohu,

kteřou jsem mu doporučila vzhledem k ascitu a k dušnosti. Po aplikaci zvlhčeného O₂ a ulehnutí do Fowlerovy polohy se SpO₂ zvýšila na 94%.

2. Pomoc při příjmu potravy a tekutin

Pan J. K. si není vědom výrazných výkyvů své hmotnosti v posledních třech měsících. Na otázku stavu chrupu odpovídá, že zuby ho nebolí. K zubnímu lékaři pravidelně nedochází. Naposledy měl chrup vyšetřený v první polovině roku 2012. Zubní protézu nepoužíval. Pan J. K. si myslel, že jedl a pil dostatečně, protože neměl pocit hladu ani žízně. Chuť k jídlu měl stále stejnou. Neměl potíže s polykáním. Nezvracel.

První den hospitalizace neměl chuť k jídlu, pil jen tekutiny.

Stav pacientovi výživy jsem zhodnotila při odběru ošetrovatelské anamnézy podle Hodnocení nutričního stavu. Výsledek stanovil riziko malnutrice a stav podvýživy. Lékař, na základě Hodnocení nutričního stavu a laboratorních výsledků, pacientovi ordinoval sipping ve formě Nutridrinků nebo Nutridrink - crème, dále dietu číslo 9 šetřící, s restrikcí tekutin do 1000 ml za 24 hodin.

Panu J. K. jsem vysvětlila, že sipping si má pomalu popíjet mezi jídly po celý den. Pacienta jsem poučila o potřebě snížení příjmu tekutin. K pití měl k dispozici čaj nebo čistou vodu. Při pocitu sucha v ústech používal glycerinové štětíčky s citronovou příchutí.

3. Pomoc při vylučování

Pan J. K. doma potíže s močením neměl. Močil bez obtíží. Inkontinenci moči nikdy nezaznamenal.

Při přijetí na JIP mu byl zaveden Folleyův močový katétr číslo Fr 18. Pacient zavedení toleroval. Množství moče ve sběrném sáčku bylo v rozmezí od 250 do 300 ml za jednu hodinu.

Od první hospitalizace měl ošetřujícím lékařem předepsaný Lactulosa sirup 20 ml, 3x denně. Stolica se po této medikaci stala pravidelnou, v intervalech 2x – 3x denně. Pacient ji popisoval jako spíše řidší konzistence a světlé barvy.

Minulý den, první den hospitalizace, měl stolicí pouze jednou ráno.

Dnešní den se pravidelnost stolice vrátila do mezí před hospitalizací. V čase odběru anamnézy si stěžoval na pálení v oblasti konečníku. Na základě ordinace lékaře jsem použila na tuto oblast po každé stolici Pytiol mast.

4. Pomoc při udržování optimální polohy

V posledním týdnu před hospitalizací se pan J. K. cítil unavený. Polehával. Na běžné činnosti mu nezbyvaly síly a i při malé námaze se zadýchával.

Předchozí den, po příjmu na oddělení byl uložený na polohovatelné lůžko. Tento den u něho probíhaly terapeutické výkony, jako zavedení CŽK a PMK, takže bylo žádoucí, aby zaujímal polohu vhodnou k těmto výkonům. Po ukončení těchto úkonů si sám našel pohodlnou polohu pro odpočinek.

Dle Barthelova testu, který jsem mu provedla při odběru ošetřovatelské anamnézy, byl středně závislý na pomoci v denních činnostech. Potřeboval doprovod na wc a do koupelny. V lůžku se pohyboval sám. Při posouzení vzniku dekubitů podle stupnice Norton nevzešlo zvýšené riziko. Riziko pádu jsem určila podle Zhodnocení rizika pádu u pacienta (dle Conleyové, upravené Juráskovou 2006). Výsledek byl, že pan J. K. je rizikový pro pád.

5. Pomoc při spánku a odpočinku

Pacienta jsem se ptala, jaké má návyky v souvislosti se spaním. Odpověděl, že chodí spát kolem půlnoci a léky na spaní nikdy neužíval. V nemocničním prostředí měl předešlou hospitalizaci problém s usínáním, proto mu nyní ošetřující lékař naordinoval Diazepam 5 mg tabletu per os ve 22 hodin. Ráno, udával, že spal přerušovaně, několikrát se probudil ze spánku a trvalo mu dlouho, než znovu usnul. Lékař mu ráno při vizitě změnil medikaci na Stilnox 10 mg tabletu per os ve 21 hodin.

6. Pomoc nemocnému při oblékání a svlékání

V domácím prostředí se pan J. K. oblékal sám. Podle jeho slov často chodil neupravený a se zanedbaným zevnějškem, tak mu s výběrem a údržbou oděvů začala pomáhat matka.

Na JIP byl napojen na kontinuální sledování EKG, SpO₂ a TK. Z prvního dne hospitalizace měl na sobě oblečeného nemocničního anděla.

I když, monitorace životních funkcí nadále trvala, umožnila jsem mu, aby měl své vlastní oblečení. Ráno po hygieně si sám oblékl triko s dlouhým rukávem a spodní prádlo. Manžetu od kontinuálního měření tlaku krve jsem mu přiložila přes tenký rukáv trika, abych zmírnila pocení paže. EKG svody jsem vyvedla spodní částí trika. Pacientovi to vyhovovalo a byl spokojený, protože v nemocniční otevřené košili, se necítil dobře, nebyla pružná, a tak ho omezovala v pohybu.

7. Pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty v optimálním rozmezí

Pan J. K. si doma tělesnou teplotu neměřil. Nepocíťoval, že by měl zvýšenou teplotu. I včera v den příjmu na oddělení mu naměřili normální teplotu 36,6 °C.

Druhý den, při odběru ošetrovatelské anamnézy ráno v 7 hodin, jsem mu naměřila tělesnou teplotu 36,8°C. Subjektivně bylo panu J. K. spíše teplo. Uvítal změnu deky na tenčí.

8. Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty

Pan J. K. v domácím prostředí preferoval místo sprchy koupele ve vaně. Koupal se každý druhý den. V poslední týdně měl problémy s vylézáním z vany. Požádal o pomoc svou matku.

První den hospitalizace večer dostal k lůžku přenosné umyvadlo a hygienu dutiny ústní vykonal sám na lůžku.

Dnes 2. den hospitalizace jsem vypracovala Barthel test s výsledkem 45 bodů, střední stupeň závislosti. Pacienta jsem doprovodila ráno na celkovou hygienu těla do koupelny, kde se sám vsedě na židli umyl a osprchoval. Potřeboval pomoc jen s umytím zad a také nohou, protože mu toto znemožňoval objemný ascites. Na vyčištění dutiny ústní jsem mu poskytla nový zubní kartáček, vlastní neměl. Později na lůžku jsem mu namazala záda kafrovou mastí. Pro další osvěžení úst jsem mu na stolek připravila Borax-glycerínové tyčinky s citronovou příchutí.

9. Pomoc nemocnému se vyvarovat nebezpečí z okolí, sebepoškození a poškození druhých

Doma okolní prostředí důvěrně znal. Nebezpečí pro něj znamenala pouze koupelna, kde hrozilo riziko pádu na kluzké podlaze. Do koupelny chodil v doprovodu matky.

První den hospitalizace byl uložený na monitorované lůžko na JIP. Byl seznámen s režimem oddělení. A hlavně s tím, že je neustále pod dohledem sestry a jsou mu sledovány a hodnoceny jeho vitální funkce, že v případě zhoršení jeho životních funkcí monitor začne alarmovat a sestra okamžitě bude příslušně reagovat. Pro přivolání sestry k lůžku mu bylo předvedeno signalizační zařízení.

Druhý den hospitalizace jsem pana J. K. znova upozornila na napojení ke kontinuální monitoraci EKG, k čidlu na sledování SpO₂, manžety na pravidelné sledování TK a ke kontinuální infusní terapii. Dále jsem ho poučila, že se může pohybovat jen v rámci lůžka. Na lůžku se mohl i posadit. Seznámila jsem ho s tím, že by v žádném případě neměl opouštět lůžko bez vědomí sestry. Pokud by chtěl na wc nebo do sprchy, bude s vědomím lékaře, odpojený od monitorace, infuze zastavena a dostane doprovod sestry. Byla mu nabídnuta možnost dát k lůžku přenosné wc a na hygienu umyvadlo, ale toto pan J. K. odmítl. Agresivně se pan J. K. neprojevoval slovně ani fyzicky. Sklony k sebepoškození se u něj žádné neobjevily.

10. Pomoc nemocnému při komunikaci s druhými

Pan J. K. udává, že doma hovořil spíše jen s matkou, přátelé ho v poslední době příliš nenavštěvovali, ani nevyhledával kontakt s nimi po telefonu nebo internetu. Nazval se samotářským typem.

Při příjmu na oddělení se pan J. K. do rozhovoru sám nepouštěl, odpovídal jen na dotazy sester a lékaře. Tento den se cítil velmi unavený.

Komunikace se mnou probíhala bez problémů. Nebyly patrné žádné vady řeči, na otázky se snažil odpovědět, co nejrychleji. Potíže se sluchem nikdy neměl. Všechny ošetrovatelské a léčebné postupy mu byly pečlivě vysvětlovány. Zajímalo ho složení Oliclinomelu, který měl kontinuálně naordinovaný do CŽK. Poskytla jsem mu příbalový leták, který si se zájmem přečetl.

Pacient mohl být v kontaktu s rodinou po telefonu, kdykoliv pocítil potřebu. Bylo mu umožněno používat notebook s připojením na internet. Návštěvy jeho nejbližších jsme společně plánovali mimo časy vyšetření. Někteří členové jeho rodiny neměli čas pacienta navštívit v návštěvních hodinách mezi 13 – 18 hodinou, domluvili jsme tedy individuální čas, aby to vyhovovalo jak pacientovi, chodu oddělení, tak jim. V rozhovoru s ním si mi stěžoval, že má doma nedořešené věci, které neví, jak bez jeho přítomnosti dopadnou.

11. Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry

Pan J. K. nebyl věřící. Nebyl nikdy členem žádné církve ani jiného uskupení tohoto rázu. Nepožadoval žádné spirituální potřeby.

12. Pomoc nemocnému při práci

Před onemocněním pracoval 5 let jako skladník ve velkoskladě drogerie ve městě, kde bydlí. Práce ho moc nebavila, ale jinou nenašel. Po rozvodu s manželkou před dvanácti lety začal bydlet u své matky. Nyní je již v invalidním důchodu. Volný čas si vyplňoval hraním kulečnicku v místní restauraci. Zde, si myslí, patrně došlo k nadměrnému požívání alkoholu s následným návykem. V posledních přibližně šest měsíců restaurace již nenavštěvoval, zdržoval se spíše doma.

13. Pomoc nemocnému při odpočinku

V mládí hodně sportoval, jeho oblíbeným sportem byla jízda na kole. V současné době se necítí dobře, na sport mu nezůstávají síly a ani nemá chuť do sportování. Uvědomuje si, že je velmi omezen otoky a narůstajícím ascitem. První den hospitalizace se cítil unavený, proto mezi jednotlivými terapeutickými výkony jen odpočíval. Večer potom, zde v nemocnici na notebooku, sledoval

filmy, na které si doma nenašel čas. Ráno druhý den a i další dny hospitalizace mu ošetřovatelka kupovala sportovní noviny, které si se zájmem vždy přečetl.

2. Pomoc nemocnému při učení

Pacientovi byly poskytnuty všechny možné dostupné informace o jeho nemoci lékařem i sestrou. Zajímaly ho léky, které dostává. Opatřila jsem mu od nich příbalové letáky nebo mu pomohla najít na internetu dostupné informace. Naučila jsem ho manipulaci s polohovacím lůžkem. Tím si sám určoval polohu pro spaní a pro čtení nebo sledování televize.

2. 3. Ošetřovatelské diagnózy

Pro svoji práci jsem zvolila 2. den hospitalizace na JIP. Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila v 7 hodin ráno, pět základních a dvě potencionální.

2. 3. 1 Přehled ošetřovatelských diagnóz

1. Dušnost související s přítomností ascitu
2. Porucha soběstačnosti v důsledku základního onemocnění
3. Nedostatečný příjem potravy z důvodu nechutenství a pocitu plnosti
4. Pocit sucha v ústech z důvodu restrikce tekutin
5. Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a změny prostředí
6. Riziko pádu v souvislosti s hypotenzí, vertigem a únavou
7. Riziko infekce z důvodu zavedení CŽK a PMK

1. Dušnost související s přítomností ascitu

Cíl:

- Zmírnění dušnosti
- Dosažení saturace O₂ 96%

Plán:

- Uložení do Fowlerovy polohy
- Kontinuální monitorace SpO₂
- Podle ordinace lékaře podávat zvlhčený kyslík při poklesu SpO₂ pod 96%
- Asistence při plánované punkci dutiny břišní

Realizace:

Lůžko jsem pacientovi napolohovala tak, aby mohl zaujmout Fowlerovu polohu. Připojila jsem ho na kontinuální monitoraci SpO₂, pro její nízkou hodnotu 88%, jsem panu J. K., nasadila kyslíkové brýle a zvolila průtok zvlhčeného kyslíku na 1,5 l/min.

Připravila jsem pomůcky na evakuační punkci ascitu. Odtok čiré nažloutlé tekutiny trval 50 minut, naměřila jsem množství 4500 ml. Odebrala jsem vzorek punktátu na hematologické, biochemické, mikrobiologické a cytologické vyšetření dle ordinace lékaře. Místo vpichu jsem dezinfikovala roztokem Jodisol, překryla sterilním textilním čtvercem a celé přelepila Curapor krytím. Zároveň jsem provedla i ordinovaný odběr krve na z CŽK. V dalších hodinách jsem sledovala, zda nedochází k prosakování tekutiny.

SpO₂ se zvýšila na 99% s podporou zvlhčeného kyslíku. Pro tyto hodnoty jsem, s vědomím lékaře, pacientovi snížila průtok zvlhčeného kyslíku na 0,5 l/min.

Hodnocení:

Fowlerova poloha pacientovi vyhovuje, lépe se mu dýchá. Po punkci je SpO₂ trvale nad 96% s podporou kyslíku sniženou z 1,5 l/min na 0,5 l/min. Cíl byl splněn.

2. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny v důsledku základního onemocnění

Cíl:

- Pacient bude čistý, upravený
- Udržet míru soběstačnosti nebo zlepšit

Plán:

- Zhodnotit míru soběstačnosti pacienta podle Barthel testu
- Umístit mycí potřeby do dosahu pacienta
- Poskytnout dostatek času a soukromí
- Zapojit pacienta do péče o sebe

Realizace:

Soběstačnost pana J. K. jsem zhodnotila pomocí Barthel testu s výsledkem středního stupně závislosti. V oblasti hygienické péče bude v souvislosti se svým onemocněním potřeba mu pomoci.

Pacienta jsem doprovodila do koupelny. Dala jsem mu do sprchy židli a poučila ho, aby nevstával, protože by mohlo dojít k pádu na mokré a kluzké podlaze. Mycí potřeby jsem mu umístila na poličku, kam dobře dosáhl rukou. Pro zachování jeho soukromí jsem zatáhla závěs. Informovala jsem pacienta, že jsem v dosahu na zavolání. Pan J. K. si umyl sám horní polovinu těla, pomohla jsem mu umýt dolní končetiny a záda. Ručníkem se osušil také sám, jen dolní části těla

a záda jsem mu osušila já. Bez problémů si obléknul si své vlastní oblečení a obul pantofle. Poté jsem ho doprovodila k umyvadlu vedle sprchového koutu, kde sám provedl hygienu dutiny ústní a učesal se.

Hodnocení:

Pacient je čistý a upravený. Cítí se spokojeně. Sám se zapojil do hygienické péče o sebe v mezích jeho možností. Míra soběstačnosti se nezhoršila. Cíle byly splněny.

3. Nedostatečný příjem potravy z důvodu nechutenství a pocitu plnosti

Cíl:

- Pacient sní alespoň poloviční porci
- Mezi jídly si bude popíjet sipping

Plán:

- Vypracovat Hodnocení nutričního stavu
- Podle ordinace lékaře podávat antiemetika a prokinetika
- Podávat třetinu obvyklé porce jídla v ordinované dietě 9S v častějších intervalech
- Podávat sipping dle ordinace lékaře

Realizace:

Stav výživy pana J. K. jsem stanovila pomocí Hodnocení nutričního stavu. Na základě toho jsem zjistila, že je nutné informovat lékaře a nutričního terapeuta. Nemocnému jsem, podle ordinace lékaře, podávala každých 12 hodin Cerucal 1 ampuli i.v. S pacientem a lékařem jsem se dohodla, že mu bude podáváno jídlo v třetinových porcích každé dvě hodiny. Předepsaná diabetická šetřící dieta panu

J. K. vyhovovala. Mezi jídly měl lékařem ordinován Nutridrink, ten odmítl, že je příliš sladký. Po dohodě s lékařem jsem mu okamžitě, jako adekvátní náhradu, nabídla Nutridrink - crème.

Hodnocení:

Tento den pan J. K. snědl maximálně polovinu z každé třetiny obvyklé porce diety 9S. Mezi jídly si dával po lžičkách Nutridrink-crème. Za celý den snědl celý kelímek. Lékař pacientovi přiordinoval parenterální výživu Oliclinomel N7 – 1000E. Cíle v tomto případě byly splněné jen částečně.

4. Pocit sucha v ústech z důvodu restrikce tekutin

Cíl:

- Zmírnění pocitu sucha v ústech
- Rty a sliznice v dutině ústní bude zvlhčená a bez povlaků

Plán:

- Rozdělit tekutiny do malých dávek na celý den
- Sledovat bilanci tekutin
- Poskytnout pacientovi borax – glycerinové tyčinky s citronovou příchutí
- Na ordinaci lékaře aplikovat Infadolan mast

Realizace:

Na stolek jsem pacientovi umístila skleničku o objemu 100 ml, kterou jsem v hodinových nebo dvouhodinových intervalech doplňovala, podle rychlosti, jak pan J. K. odměřenou vodu vypil. Množství spotřebované vody jsem zaznamenávala do dekurzu. Každé tři hodiny jsem spočítala celkovou bilanci

tekutin. V mezidobí si pacient sám zvlhčoval rty glycerínovými tyčinkami. Rty jsem mu ošetřila Infadolan mastí.

Hodnocení:

Pacient vypije jen určené množství vody na den, pomalu a v malých dávkách. Nedochozí tím k vysychání sliznice dutiny ústní, tvorbě povlaků a osychání rtů. Nepocítuje sucho v ústech. Cíl byl splněný.

5. Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a změny prostředí

Cíl:

- Nemocný spí nepřerušovaně 6 – 8 hodin v noci
- Nemocný bude ráno cítit odpočínutý
- Nemocný konstatuje zlepšení spánku

Plán:

- Zjistit rituály před spaním
- Upravit a napolohovat lůžko
- Vyvětrat pokoj
- Zajistit klidné prostředí
- Podat naordinovaný Stilnox tbl.

Realizace:

Panu J. K. jsem před spaním umožnila, aby si nechal puštěný notebook s jeho oblíbeným filmem s tím, že až bude spát, tak mu ho sestra vypne.

Pacientovi jsem večer přestlala lůžko. Společně jsme vybrali vhodnou polohu lůžka. Na pokoji jsem nechala pootevřené okno. Pacienti na pokoji byli

upozornění na to, že po 22. hodině začíná noční klid a zhasnou se světla, kromě modrého nočního. Panu J. K. podala noční sestra lékařem naordinovanou Stilnox tbl. na spaní.

Hodnocení:

Pacient spal od 21:30 do 5 hodin ráno nepřerušovaně. Usnul do 30 minut po podání Stilnox 1 tbl. Ráno se cítil odpočínutý. Cíl byl splněn.

6. Riziko pádu v souvislosti s hypotenzí, vertigem a únavou

Cíl:

- Zmírnit riziko pádu

Plán:

- Zhodnotit riziko pádu u pacienta
- Zajistit opatření, aby k pádu nedošlo
- Upozornit pacienta na použití signalizačního zařízení
- Pomoc při přesunu mimo lůžko
- Doprovod sestry
- Sledovat pacienta při pohybu

Realizace:

Zhodnotila jsem riziko pádu podle Conleyové s výsledkem – střední riziko. Riziko pádu bylo hlavně při vertigu při hypotenzii. Zkontrolovala jsem, zda umí správně používat signalizační zařízení. Vysvětlila jsem pacientovi, že při posazování a přesunu z lůžka mu pomůžu. Doporučila jsem mu používat obuv proti uklouznutí na podlaze. Nabídla jsem mu možnost kompenzační pomůcky,

v tomto případě chodítka. Toto odmítl. Protože pan J. K. byl hospitalizován na JIP, byl neustále pod dohledem sestry.

Hodnocení:

Pan J. K. používal signalizační zařízení, když se chtěl přesunout z lůžka a vyčkal na pomoc sestry. Na hygienu jsem ho doprovodila do koupelny. Během tohoto dne nedošlo k pádu. Cíl byl splněn.

7. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katétru a permanentního močového katétru

Cíl:

- Včas odhalit možné známky infekce
- Snížit riziko infekce

CŽK

Plán:

- Kontrolovat místo vpichu
- Infúzní set odpojovat jen minimálně a na dobu nezbytně nutnou
- Převezky provádět asepticky
- Sledovat známky místní infekce v okolí vpichu
- Sledovat známky celkové infekce
- Zachovat CŽK průchodný
- Zaznamenat stav CŽK, okolí a délku zavedení do dekurzu

PMK

Plán:

- Sledovat známky infekce v okolí vstupu PMK
- Udržovat PMK v čistotě
- Kontrolovat barvu moče
- Měřit příjem a výdej tekutin pravidelně každou hodinu
- Zachovat PMK průchodný
- Zaznamenat stav PMK, okolí a délku zavedení do dekurzu

CŽK

Realizace:

Dnes byl 2. den od zavedení CŽK panu J. K. Použila jsem nesterilní rukavice na odstranění předešlého textilního krytí Curapor. Po pečlivé dezinfekci rukou jsem si nasadila sterilní rukavice a místo vpichu a okolí jsem dezinfikovala za použití sterilních čtverců a Septoderm roztoku. Počkala jsem do zaschnutí dezinfekce a místo překryla novou transparentní folií Tegaderm. Nalepila jsem štítek s daty zavedení a převazu. Zkontrolovala jsem stav biokonektorů a infuzních setů a datum jejich výměny. Sledovala jsem místo vpichu každé tři hodiny, nejevilo známky infekce. Pacient si nestěžoval na bolest ani jiné obtíže v souvislosti se zavedením CŽK. Tělesnou teplotu jsem měřila 3x denně. Pacient byl afebrilní. Z CŽK jsem ráno odebrala krev na biochemické a hematologické vyšetření. Po odběru jsem katétr propláchla 10 ml fyziologického roztoku. Každých šest hodin jsem pacientovi měřila CVP. CVP se pohyboval v rozmezí 10 – 12 cm vodního sloupce. Zjištěné informace jsem ihned zaznamenávala do dekurzu.

Infúzní roztoky aplikované do CŽK dle ordinace lékaře:

- Oliclinomel N 7 – 1000 E, 2000ml, kontinuálně rychlostí 80 ml/h
- Plasmalyte 1000 ml, kontinuálně rychlostí 50 ml
- Human Albumin Grifols 20% 100 ml
- Furosemid 60 mg ve 20 ml fyziologického roztoku, kontinuálně rychlostí 0,9 ml/h
- Augmentin 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku v 6⁰⁰, 14⁰⁰, 22⁰⁰
- Metronidazol 500 mg ve 100 ml fyziologického roztoku v 8⁰⁰, 20⁰⁰

PMK

Realizace:

V rámci hygienické péče ve sprše jsem místo vstupu PMK omyla tekoucí vodou. Poté jsem ještě provedla dezinfekci okolí močové trubice přípravkem na dezinfekci sliznic Skinsept Mucosa. Kontrolovala jsem barvu moče a průchodnost PMK průběžně celý den. Moč byla tmavší barvy. Množství moče jsem zapisovala každou hodinu. Za jednu hodinu pan J. K. vymočil 250- 300 ml moče. Každé tři hodiny jsem spočítala celkovou bilanci tekutin.

CŽK

Hodnocení:

Během mé péče o pacienta nedošlo k projevům známek infekce v souvislosti se zavedením CŽK. Místo zavedení bylo klidné a CŽK průchodný. Pacient nevykazoval známky celkové infekce. Cíl byl splněný.

PMK

Hodnocení:

Při mé dvanáctihodinové službě nedošlo k žádným komplikacím z důvodu zavedení PMK. Cíl byl splněný.

3. 4. Dlouhodobý plán péče

Třetí den hospitalizace proběhla další odlehčovací punkce ascitu. Vypunktovalo se 3800 ml punktátu. Dále se monitorovala SpO₂, která postupně, po diuretické léčbě, nabyla 96% bez podpory kyslíku a námahová dušnost se zlepšila natolik, že pacient byl schopný běžných denních činností bez zadýchání.

Z hlediska dlouhodobé péče se dále bylo nutné zaměřit na znovunabytí úplné soběstačnosti. Od třetího dne hospitalizace mu byla lékařem předepsána dechová rehabilitace a kondiční cvičení. Postupně se nemocný více zapojoval do sebeobsluhy, míra jeho zapojení se zvyšovala s ustupující dušností a zmenšováním ascitu. Pro přetrvávající hypotenzi a vertigo hrozilo po celou dobu hospitalizace riziko pádu. Od 6. dne se do péče o pana J. K. zapojila matka. Doprovázela ho do koupelny, pomáhala a dohlížela na dostatečnou hygienickou sebek péči svého syna.

Množství snědené potravy bohužel nenarůstalo. Po celou dobu hospitalizace měl ordinovanou dietu č. 9 šetřící. Od druhého dne mu byl lékařem přiordinován sipping. Nutridrinky odmítl. Nutridrink - crème zpočátku toleroval, ale od pátého dne hospitalizace ho již také nechtěl. Nechutnaly mu ani po změně příchutě. Napomáhala jsem mu zvykat si na nový dietní režim tím, že jsme společně hledali možné alternativy. Zdůrazňovala jsem mu nutnost úplného vynechání alkoholu a přijímání stravy s kvalitními bílkovinami i po ukončení hospitalizace.

V dalších dnech hospitalizace se dařilo dodržovat restrikcii tekutin do 1000 ml za 24 hodin. Určené množství vody dostával každé ráno na stolek a pan J. K., si sám rozdělával určené množství vody. Osmý den hospitalizace mu byl zvýšen celkový objem vody na den na 1500 ml. Tato dávka pro něho byla dostačující, byla to dávka, která ho již neomezovala.

PMK měl pan J. K. zavedený po celou dobu léčby na JIP až do překlady na standardní interní oddělení. Celou dobu byl průchodný. Pacient ho dobře toleroval. Okolí zavedení PMK nevykazovalo žádné známky infekce. PMK byl

zrušen 7. den hospitalizace. Pacient dále močil do močové lahve spontánně. K inkontinenci nedocházelo.

Převazy CŽK a výměny biokonektorů a infuzních linek a setů byly prováděny každý třetí den podle standardu nemocnice.

Infuzní roztoky aplikované do CŽK dle ordinace lékaře:

- Oliclinomel N 7 – 1000 E, 2000ml, kontinuálně rychlostí 80 ml/h
- Plasmalyte 1000 ml rychlostí 50 ml/h kontinuálně Human Albumin Grifols 20% 100 ml
- Furosemid 60 mg ve 20 ml fyziologického roztoku kontinuálně rychlostí 0,9 ml/h
- Augmentin 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku v 6⁰⁰, 14⁰⁰, 22⁰⁰
- Metronidazol 500 mg ve 100 ml fyziologického roztoku v 8⁰⁰, 20⁰⁰

Ordinace infuzních roztoků aplikovaných do CŽK byla do konce hospitalizace na JIP neměnná.

Z CŽK se každé ráno odebírala krev na laboratorní vyšetření. Dále se každých šest hodin měřil centrální žilní tlak, který se pohyboval v rozmezí 10 – 12 mm vodního sloupce. Místo vstupu CŽK bylo po celou dobu hospitalizace na JIP bez známek infekce. S CŽK byl pacient přeložen 8. den na standardní interní oddělení. CŽK byl zrušený 13. den hospitalizace dvě hodiny před propuštěním pana J. K. do domácího ošetřování.

Od svého přijetí do propuštění domů pan J. K., podle ordinace lékaře, pokračoval v chronické medikaci léků per os.

- Furon 40 mg 1 – 0 – 0
- Hydrochlorotiazid ½ tbl 1- 0- 0
- Kalium chloratum tbl 2 – 2 – 2
- Kanavit gtt 20 – 20 – 20
- Lactulosa sirup ml 30 – 30 – 30

- Omeprazol tbl. 1 – 0 – 0
- Trimepranol tbl 1 – 1 – 1

Pozornost bylo třeba věnovat komunikaci. Pan J. K. byl často unavený a hovořit se mu nechtělo. Bylo třeba vystihnout vhodnou chvíli. Nejlépe komunikoval po návštěvách rodiny, kdy mi vyprávěl, co se doma děje.

Z JIP byl přeložen na standardní interní oddělení 8. den hospitalizace. Propuštěný do ambulantní péče byl 13. den hospitalizace. Byl objednan na kontroly do interní a gastroenterologické ambulance a byla doporučena návštěva psychiatra.

2. 5. Hodnocení psychického stavu

2. 5. 1 Alkohol a psychika

Psychika člověka se pitím alkoholu velmi mění. Alkohol působí na psychiku krátkodobě i dlouhodobě. Krátkodobě ji ovlivňuje ihned po požití alkoholického nápoje. Projevem může být lítost nebo naopak agresivita.

Dlouhodobé požívání alkoholických nápojů vede k poruchám v oblasti emocí a citů. Alkoholici jsou citově oploštělí, nedávají najevo své emoce, nebo je ztratili pitím alkoholu, umět vyjádřit. Tím že alkohol ničí nervové buňky, dochází k zhoršení mentálních schopností. Závislý na alkoholu mají velký problém se něco nového naučit. Osobnost závislého na alkoholu postupně degraduje, přestává být společenská, vyhledává samotu. Alkoholik bývá depresivní, mívá úzkostné stavy, je nespolehlivý a citově labilní, myslí především na sebe.

Alkoholici často popírají, že požívají alkoholické nápoje. Omlouvají své pití sami před sebou nebo před okolím potížemi v životě. Nechtějí si přiznat, že tyto potíže způsobuje právě nadměrné požívání alkoholických nápojů.

Závislý na alkoholu se většinou za svou závislost stydí, proto když se dostaví viditelné somatické komplikace alkoholismu, jako je třes rukou, nutí to alkoholika pít znovu, protože požitím alkoholu tento třes na určitou dobu mizí.

V terminálním stadiu alkoholismu se dostávají patologické stavy, jako jsou výpadky paměti, halucinace, psychozy a deliria. (16)

2. 5. 2 Psychický stav pacienta

Z rozhovoru s pacientem a s jeho matkou jsem se dověděla, že intenzivněji začal pít alkoholické nápoje po rozvodu s manželkou před dvanácti lety. Přestěhoval se ke své matce do domku, v jehož blízkosti byla restaurace, kterou začal navštěvovat. Pan J. K. říká, že vlastně najednou neměl co na práci, kromě

zaměstnání a údržby domácnosti, s kterou mu vydatně pomáhala matka. Restaurace byla pro něj vítanou každodenní zábavou. Toto se možná stalo, dle jeho mínění, prvotním spouštěčem jeho závislosti na alkoholických nápojích a příčinou jeho těžkého onemocnění. Matka si také uvědomuje částečně svůj podíl na synově závislosti. Od roku 2011, kdy se pan J. K. začal poprvé léčit s cirhózou jater a nebyl již schopen si dojít do restaurace, mu pravidelně zajišťovala nákup alkoholických nápojů. Matka pana J. K. popisuje jako dříve sebevědomého a vstřícného muže, který se rozchodem s manželkou změnil. Nyní by ho označila jako často nervozního a nespokojeného člověka. Byla jsem přítomna několika telefonických rozhovorů s matkou. Pan J. K. v nich vystupoval direktivně, na svou matku často zvyšoval hlas.

Při příjmu, k této hospitalizaci, byl pan J. K. bradypsychický. Jeho odpovědi přicházely opožděně. Odpovídal na dotazy pomalou řečí. Jeho reakce byly zpomalené. Nad každým úkonem dlouze přemýšlel. Rozhovor s ním probíhal jen velmi zvolna.

Pocíval únavu, zvláště pak v odpoledních hodinách. Předchozí noc spal přerušovaně a špatně se mu usínalo. Posazoval se na lůžku a po chvíli znovu uléhal, to ho vyčerpávalo. Ráno se cítil neodpočatý a unavený. Od druhé noci po změně medikace spal dobře. Měl pocit omezení připojením na monitoraci a infuzní sety.

Od pátého dne hospitalizace pan J. K. udává, že mu vadí alarmy monitorů a hluk od ostatních pacientů. Chtěl být přeložený na standardní oddělení nebo odejít domů. Tento stav byl lékařem označen jako abstinenční příznak. Na JIP byl pod neustálým dozorem, bylo skoro nemožné se napít nějakého alkoholického nápoje. Po rozhovoru pacienta s lékařem a vysvětlení jeho monitorace jako, pro tuto chvíli, životně nezbytnou a dokonalém nastínění dopadů jeho diagnózy na budoucí život, se pan J. K., rozhodl na JIP zůstat.

Návštěvy toleroval jen chvíli. Poté se slovy, že je unavený, je posílal pryč. Navštěvovala ho hlavně matka a kamarádi. S matkou řešil nejčastěji chod domácnosti.

Před překladem na standardní oddělení si pan J. K. uvědomoval, co způsobilo jeho hospitalizaci. Vyjadřoval lítost nad tím, že pil alkohol v takové míře, že onemocněl jaterní cirhózou. Intenzivně se zajímal o možnosti léčby.

2. 6 Edukace nemocného a rodiny

2. 6. 1 Edukace v ošetrovatelství

Edukace pochází z latinského *educare*, *educare* – vychovávat, pěstovat. Edukace v ošetrovatelství je učení nemocného k samostatné péči o své zdraví. Edukací se zvyšuje spolupráce nemocného se zdravotnickým týmem. V edukačním procesu by měl pacient dostat nové informace, pochopit je a umět je správně použít. Úspěšnost edukace závisí na tělesném a psychickém stavu edukovaného člověka, na postoji k učení a motivaci, také na prostředí, ve kterém edukace probíhá a v neposlední řadě na edukátorovi, jeho odbornosti a schopnosti zaujmout edukanta.

Edukace ve zdravotnictví zasahuje do primární, sekundární a terciální prevence. V primární prevenci se edukují zdraví jedinci, aby se udrželo jejich dosavadní zdraví. V sekundární prevenci se edukace zaměřuje především na dodržování léčby. A v terciální prevenci se zaměřujeme na zlepšení kvality života u jedinců, kteří již mají trvalé změny na zdraví. (5)

2. 6. 2 Edukace pana J. K.

Při příjmu na JIP byl pacient seznámen s chodem oddělení. Bylo mu vysvětleno, kdy probíhá vizita lékařem. Dále byl informován, že s lékařem může svůj stav probírat kdykoliv bude potřeba. Byl seznámen, kdy probíhá hygiena, podávání jídla a kdy jsou doporučené návštěvní hodiny. Lékařem mu byla vysvětlena jeho diagnóza a postup léčby. Další informací byl lékařem stanovený pohybový režim. Měl naordinovaný klidový režim na lůžku s možností dojít si do

koupelny. Byl poučený o manipulaci s lůžkem. Naučili jsme ho lůžko upravit do polohy tak, aby se cítil komfortně.

Edukace probíhala v rámci rehabilitace fyzioterapeutkou. Od třetího dne hospitalizace měl ordinované lékařem dechová a rehabilitační cvičení. Fyzioterapeutka mu předvedla, jak správně vstávat z lůžka otočením na bok. Postupně se pacient naučil jednoduché kondiční cvičení na lůžku a tím začal posilovat své svalstvo, jako přípravu k nácviku samostatné chůze. Fyzioterapeutka ho dále naučila dechová cvičení, které mohl provádět v průběhu celého dne.

Já jsem věnovala čas edukaci o správné životosprávě. Panu J. K. jsem vysvětlila, že nezávisí na druhu vypitého alkoholu, ale na jeho množství. Popsala jsem mu zhoubný účinek alkoholu na jaterní tkáň.

Vývoj a prognoza tohoto onemocnění bude záviset především na jeho spolupráci a dodržování správného dietního režimu. Nemocný ode mě dostal všechny dostupné informace o své nemoci.

Společně s matkou pana J. K. a lékařem jsme probrali dietní režim. Vysvětlili jsme jí, že by její syn měl mít ve stravě dostatek kvalitních bílkovin, hlavně mléčných, neměl by chybět dostatek ovoce a zeleniny, při vaření by měl dávat přednost dušeným pokrmům. Nejdůležitější je úplný zákaz alkoholických nápojů. Doporučila jsem jí, aby tuto dietu dodržovala celá rodina. Pro pana J. K. bude tak přechod na jiný životní styl snadnější.

Edukace u nemocného s jaterní cirhózou je naprosto zásadní. Cirhotik si musí uvědomit, že jeho nemoc je doživotní a že délka života a jeho kvalita bude záviset především na dodržování doporučené životosprávy.

Edukace pana J. K. byla náročná z důvodu jeho únavy. Všechny informace jsem mu tedy navíc vytiskla z internetu anebo podala ve formě letáků. Ve chvílích, kdy byl bdělý, jsem mu je předkládala a probírala je s ním. Při návštěvách je pak mohl konzultovat s rodinou. Rodina se, v případě dotazů, obracela potom na mě nebo na ošetřujícího lékaře.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala nemocným, který trpí pokročilou formou jaterní cirhozy. Protože pan J. K. pravidelně dochází do interní a gastroenterologické ambulance v nemocnici, kde pracuji, mám možnost jeho stav sledovat nadále. I když se mi to zdálo nemožné, pan J. K. začal dodržovat doporučenou životosprávu a hlavně zanechal požívání alkoholických nápojů. Z rozhovoru s ním pije jen jedno nealkoholické pivo denně k obědu. Jeho klinický stav se upravil. Ascites, má podle posledního sonografického vyšetření, nyní v lednu 2014, jen nepatrný, hepatosplenomegálie a portální hypertenze se, od minulé kontroly v listopadu 2013, nezvýšila. Psychiatra navštívil pouze jednou a do poradny pro odvykání od alkoholu nedochází.

Při své práci sestry na interním oddělení často pečují o závislé na alkoholu. Většinou nespolupracují a neuvědomují si zhoubné účinky alkoholu na organismus. Pan J. K. se snaží změnit svůj životní styl, pozastavit vývoj jaterní cirhozy, tím si výrazně prodloužit život i jeho kvalitu.

Použitá literatura

1. **Dylevský, Ivan.** *Základy anatomie a fyziologie člověka.* Olomouc: Epava, 1995, 429 s. ISBN 80-901-6670-9.
2. **Ehrmann, Jiří a Petr Scheiderka.** *Alkohol a játra.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 166 s., [16] s. barev. Obr. Příl. Malá monografie (Grada). ISBN 80-247-1048-X.
3. **Chopra, Sanjiv a Sharon Cloud Hogan.** *Játra: diagnóza, terapie, rekonvalescence.* Hodkovičky [Praha]: Pragma, 2006?, 291 s. ISBN 80-720-5221-7.
4. **Jelínek, Jan.** *Biologie a fyziologie člověka a úvod do studia obecné genetiky.* 1. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2003, 223 s. ISBN 80-718-2138-1.
5. **Juřeníková, Petra.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
6. **Kapounová, Andrea.** *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
7. **Karges, Wolfram J a Sascha al Dahouk.** *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium.* 1. vyd. Překlad Jana Bernardová. Praha: Grada, 2011, 426 s. ISBN 978-802-4731-087
8. **Lukáš, Karel.** *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
9. **Martínková, Jiřina.** *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 379 s. ISBN 978-802-4713-564.
10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009.* 2.vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

11. **Miller, Geraldine A.** *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Překlad Jiří Bareš. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-807-2627-653.
12. **Nejedlá, Marie.** *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 248 s. ISBN 978-80-247-1150-8.
13. **Nešpor, Karel.** *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, 111 s. Folia practica, sv. 8. ISBN 80-726-2002-9.
14. **Pavlíková, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
15. *Pharmaindex Breviř 2013/14*. 4. vyd. Praha: Medical Tribune, 2013. ISBN 978-80-87135-47-1
16. **Skála, Jaroslav.** *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1987. ISBN 08-077-87.
17. **Staňková, Marta.** *České ošetrovatelství 6*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3323-6.
18. **Svobodová, Dita.** *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 44 s. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.
19. **Štern, Petr.** *Obecná a klinická biochemie: pro bakalářské obory studia*. Praha: Karolinum, 2005, 219 s. ISBN 80-246-1025-6.
20. **Vokurka, Martin a Jan Hugo.** *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1160 s., Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

Další zdroje:

1a. **Česká hepatologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.** In: *Doporučený postup ČHS pro diagnostiku a léčbu hepatorenálního syndromu* [online]. 2005. vyd. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.ces-hep.cz/file/213/Hepatoren%C3%A1ln%C3%AD%20syndrom.pdf>

2b. Dekurz pacienta

Seznam zkratek

AFP.....	alfa - fetoprotein
Alb.....	albumin
ALP.....	alkalická fosfatáza
ALT.....	alaninaminotransferáza
APPT	aktivovaný částečný tromboplastinový čas
AST.....	aspartátaminotransferáza
CB.....	celková bílkovina
Cl.....	chloridy
CLO.....	rychlý ureázový test
CMP.....	centrální mozková příhoda
CNS.....	centrální nervový systém
CRP.....	C – reaktivní protein
CT.....	počítačová tomografie
CVP.....	centrální žilní tlak
CŽK.....	centrální žilní katetr
ERCP.....	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
ery	erytrocyty
EKG.....	elektrokardiograf
Fr.....	francouzské číslování velikosti lumenu močových cévek
G 10%.....	glukoza 10%
GIT.....	gastrointestinální trakt
GMT.....	γ - glutamyltransferáza
gtt.....	gutta, kapka
HB.....	hemoglobin
HTK.....	hematokrit
INR.....	mezinárodní normalizovaný poměr
JIP.....	jednotka intenzivní péče
K.....	kalium
Krea.....	kreatinin
l/min.....	litrů za minutu

Leukoleukocyty
MCHprůměrné množství hemoglobinu v buňce
MCV.....střední objem erytrocytů
MNK..... Mezinárodní klasifikace nemocí
MR.....magnetická rezonance
Na.....natrium
O₂.....kyslík
PAD.....perorální antidiabetika
PMK.....permanentní močový katetr
Q – tnor.....quick - čas normálu
QUICK.....Quickův test
SpO₂.....saturace kyslíkem
Tbil.....celkový bilirubin
tbl.....tableta
TK.....tlak krve
Thrtrombocyty
TIPS.....transjugulární intrahepatální portosystémová spojka
U – SGspecifická hmotnost moče
WHO.....Mezinárodní světová organizace

Seznam příloh:

1. **Ošetřovatelská anamnéza ke 2. dni hospitalizace** - 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
2. **Plán ošetřovatelské péče ke 2. dni hospitalizace** – 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
3. **Barthel test základních všedních dovedností** - Staňková, Marta. *České ošetřovatelství* 6. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3323-6.
4. **Zhodnocení rizika pádu u pacienta (dle Conleyové, upravené Juráskovou 2006)** - Svobodová, Dita. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 44 s. ISBN 978-80-7262-585-7.)
5. **Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Norton** - Staňková, Marta. *České ošetřovatelství* 6. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3323-6.
6. **Nutriční screening** - Lukáš, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0
7. **Léky** - *Pharmaindex Breviř 2013/14*. 4. vyd. Praha: Medical Tribune, 2013. ISBN 978-80-87135-47-1
8. **Souhlas hlavní sestry nemocnice**

Ošetřovatelská anamnéza ke 2. dni hospitalizace

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : JIP - INTERNÍ
 Datum a čas odběru anamnézy : 16.6.2013 7⁰⁰

Jméno (iniciály) : J.K. Pohlaví: MUŽ Věk : 45 LET

Datum přijetí : 14.6.2013 Datum propuštění : 27.6.2013

Stav: ROZVEDENÝ Povolání: INVALIDNÍ DĚLNÍK (DĚTĚ VLADNĚ)

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): ALKOHOLICKÁ CIRHÓZA JATEK CHLD C

Chronická onemocnění: PORTÁLNÍ HYPERTENZE (NÍZKOVÉ VÁŽKY I STUPĚ, NENOMEGALIE, ASKITEZ, VÝDEJ DOLNÍH JATEK)
DIABETES MELLITUS II. TYPU NA PAD.
CHRONICKÁ VĚTNÍ NĚMOC, ETYLIZMUS

Infekční onemocnění: NE ANO.....
 Režimová opatření: NE

Léčba:
 Operační výkon: - Pooperační den: -
 Farmakoterapie: KALIJUM CHLORIDUM 1 TAB 2-2-2
OMEPRAZOL 1 TAB 1-0-0
KONIAVIT 20 gtt 10-2-2
TRIMEPRANOL 1 TAB 1-1-1
FURDIN 40 mg 1-0-0
HYDROCHLOROTIAZID 1 TAB 1-0-0

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: -

Fyziologické funkce : P : 47' TK : 100/65 D : 80/MIN SpO2 : 99% TT : 36,6 °C

1) Vědomí
 stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Dezorientovaný
PLNĚ ORIENTOVANÝ MÍSTEM, ČASEM, SITUACÍ NA VÝZKUM VÝCHOVÍ

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

NA PODVÍM A V ŽILNÉ NACHRUZENÍ

Úrazy: ano ne jaké:.....

Prodělaná dětská onemocnění : ..NESTOVIČE

Infekční onemocnění : ano ne jaká :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 9. PETRČI Nutriční skóre: INFORMOVAT LÉKAŘE A NUTRIČNÍHO

Váha: 79 kg Výška: 187 cm BMI: 22,5 TĚLĚPĚVTA

Chut' k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:.....

Jakým druhům potravin dává přednost : NEH PŘEDNOSTI VUJE ŽADNE

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :.....

Enterální výživa Parenterální výživa: OLICLINOTEL N7

Denní množství tekutin : 1000 ML Druh tekutin : VODA

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik :.....

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : 15.6.2013

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

→ Močový katétr počet dní zavedení: 2

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : KLID NA LŮŽKU, S MOŽNOSTÍ MI DOJÍT NA WC, KOUPELNU

Barthel test: 45 BODŮ, STŘEDNÍ PŮPENÍ ZAVINLOATI

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Riziko pádu: ANO skóre... 10 - STŘEDNÍ NE
Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 7 hodina usnutí : 22
poruchy spánku : ano ne jaké : SPATNÉ UJINA, PŘEDUPOVANÝ SPÁNEK
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : PŘEDUPOVÁNÍ TELEVIKÉ

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : KRAJTOUZZRAKOST
potíže se sluchem : ano ne jaké :
porucha řeči : ano ne jaká :
kompenzační pomůcky : ano ne jaké : BOVÍE NA STENI

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepečení, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : SNAŽÍ SE O JEBE PÉČET
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho :
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : PŘEVANTNĚ KOMUNIKOVAT
emocionální stav : KLIDNÝ
Úroveň komunikace a spolupráce : ODPOVÍDÁ NA OTÁZKY, SNAŽÍ SE SPOLUPRACOVAT

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : KLADNÝ
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : MATEK
kontakt s rodinou : ano ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :
počet potratů :
antikoncepce : ano ne jaká :
pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne
problémy s prostatou : ano ne jaké :
pohlavní onemocnění : ano ne jaké :
zvláštnosti v sexuálním chování : *NECHDÁVA*

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach
prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho :
způsob odreagování : *SLEDOVÁNÍ TELEVIKÉ*
kouření : ano ne kolik :
alkohol : ano ne kolik : *4 PIVIA/DEN + TUDY ALKOHOL*
drogy : ano ne jaké :

15) Vira

Vira ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :
Permanentní močový katétr : ano ne
i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :
 centrální datum zavedení : *14.6.13* kde : *VENA*
stav : *OKLÍ, BEZ ŽÁDNÉ INFEKCE*
 ne
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 :

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

(3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)

Příloha č. 2

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
<p>nutná touha vyjádřit a přítomnost agitace</p>	<p>- zhlédnutí dušnosti - dosažení saturace O₂ nad 96%</p>	<p>uložení do forcedruhu zruhy kontinuitní monitorace SpO₂ die ordinace lékace rodat zruheny O₂ při poklesu SpO₂ pod 96% řadat ordinovaně léky asistované při závažných stavcích</p>	<p>PACIENT ULOŽEN DO FORCEDRUHU RODHY JAKO MONITOROVANÁ KONTINUITNĚ MĚŘENÍ O₂ SPULE, ŽADČOK O₂ MĚŘENÍ PŘIPRAVENY RUKOČY NA RUKOU AGITACE, ASISTENCE U PŘÍPADOV PACIENT ZHODNOEN DIE BAZTEHA, MŮJ POTŘEBY UMIŘENY V DO PAMĚTI, ŽALY POKRYTIT DOSTATEL ČÁKOU, ABY SE SAM MOHL UMĚT, PŘÍPADOV, ŽEJA UMĚT ŽEJA</p>	<p>PO PUKOU AKCIOU JE PACIENTU LEPŠE DĚCHAT, SATURACE O₂ JE 92% BEZ POTŘEBY O₂, ŽADČOK BŮLE SPLNĚNY.</p> <p>MŮJKA ŽE DEPEČE BŮLA VDRŽENA PACIENT SŮLČITŮ A UPRAVEN BŮLE BYLY SPLNĚNY</p>
<p>potřeba bezpečnosti v oblasti hygieny v důsledku závažného onemocnění</p>	<p>UVDŽET MÍRU ŽEBEPČE NEBO ŽLEPST - PACIENT BŮDE ŽITŮ, UPRAVEN</p>	<p>ZHODNŮT MÍRU ŽEBEPČE DIE BAZTEHA TESTŮ, UMĚT MŮJ POTŘEBY DO ŽOŽAH POKRYTIT DOSTATEL ČÁKOU A ŽOŽAHMÍ, ŽAPŮČIT PACIENTA DO ŽEČE O ŽEČE</p>	<p>PACIENT ZHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>	<p>DIE HODNOENÍ MŮJČENÍHO ŽITŮ JE ŽABŮČU, KONKŮŽTĚ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ A ŽEČAHETŮ, PACIENT ŽNEČ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ</p>
<p>nedostatečný příjem potraviny z důvodu nechutenství a pocitů plnosti</p>	<p>PACIENT ŽNÍ ALEŽPOŽ POLOŽENÍ ŽOČU - ŽEZI ŽITŮ ŽI, BŮDE POŽIŽET ŽITĚHŽEHET</p>	<p>PACIENTA ŽHODNŮT ŽE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>	<p>PACIENT ŽHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>	<p>DIE HODNOENÍ MŮJČENÍHO ŽITŮ JE ŽABŮČU, KONKŮŽTĚ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ A ŽEČAHETŮ, PACIENT ŽNEČ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ MŮJČENÍHO ŽEČAHETŮ ŽEČAHETŮ</p>
<p>potřeba žuchy v ústech z důvodu beztlakové teluriny</p>	<p>- ŽHĚNĚNÍ ŽOČU ŽUCHA V ÚSTĚH - ŽTU A ŽUCHANICE V ŽUCHANICE V ÚSTĚH BŮDE ŽUCHANICE V ÚSTĚH BŮDE ŽUCHANICE V ÚSTĚH BŮDE</p>	<p>ŽO ŽEČAHETŮ ŽITŮ ŽO ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ</p>	<p>PACIENT ŽHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>	<p>PACIENT ŽHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>
<p>potřeba žánulu z přívodů zářivního onemocnění a ženy přístředí</p>	<p>- ŽEČAHETŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽEČAHETŮ ŽITŮ ŽITŮ - ŽAHŮ ŽE ŽAHŮ ŽE ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ</p>	<p>ŽO ŽEČAHETŮ ŽITŮ ŽO ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ ŽITŮ</p>	<p>PACIENT ŽHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>	<p>PACIENT ŽHODNOEN DIE HODNOEN MŮJČENÍHO ŽITŮ POŽAH MŮJČENÍHO ŽITŮ DIE ORDINACE ŽOŽAHMĚHETŮ A ŽOŽAHMĚHETŮ DIE ŽEČE ŽOŽAH ŽITŮ ŽOŽAHMĚHETŮ ŽITŮ V ŽITĚHŽOH ŽITĚHŽEHET</p>

Datum a čas stanovení plánu péče: 15. 6. 13 7⁰⁰

Datum a čas hodnocení poskytnuté péče: 16. 6. 13 7⁰⁰

Barthel test základních všedních dovedností

Barthel test				
Činnost	Provedení	Body	Hodnocení	
			Při odběru oš. anamnézy	Při překlada na standardní oddělení
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10		10
	s pomocí	5	5	
	neprovede	0		
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5	5	5
	neprovede	0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5	5
	neprovede	0		
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10		10
	s pomocí	5		
	neprovede	0	0	
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5	5	5
	neprovede	0		

8. přesun na lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí	10		10
	vydrží sedět	5	5	
	neprovede	0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15		
	s pomocí 50 m	10		
	na vozíku 50 m	5		
	neprovede	0	0	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0	0	0
Celkové hodnocení			45	65

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

41 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

61 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

96 – 100 bodů = nezávislý

(17)

Příloha č. 4

Zhodnocení rizika pádu u pacienta (dle Conleyové, upravené Juráskovou 2006)

Rizikové faktory pro vznik pádu		Hodnocení	Hodnocení pacient a při odběru oš. anamnézy	Hodnocení při překladu na standardní oddělení
Anamnéza				
dezorientace, deprese, demence		3	-	-
Věk 65let a více		2	-	-
Pád v anamnéze		1	-	-
Pobyt v prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1	1	-
Zrakový/sluchový problém		1	1	1
Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, trankvilizéry, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)		1	1	1
Soběstačnost	Úplná	0	-	-
	Částečná	2	2	2
	Nesoběstačný	3	-	-
Spolupráce	Spolupracující	0	0	0
	Částečně spolupracující	1	-	-
	Nespolupracující	2	-	-
Dotazem na pacienta	Míváte někdy závratě?	3	3	3
	Máte v noci nucení na močení?	1	-	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1	1	-
	Celkem	22	10	8

0-4 body.....bez rizika

5-13 bodů.....střední riziko

14-19 bodů...vysoké riziko

(18)

Příloha č. 5

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Norton

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav
Úplná 4	Do 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4
Částečně omezená 3	Do 30 3	Alergie 3	Diabetes, vysoká teplota, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3
Velmi omezená 2	Do 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2
Žádná 1	Nad 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1
4	2	1	3	3

Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
Dobrý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Apatický 3	Doprovod 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč i stolice 1
4	3	3	4

Hodnoceno 2. den hospitalizace při odběru ošetřovatelské anamnézy.

Celkový počet bodů je 27, nebezpečí vzniku dekubitů je významné u 25 bodů a méně. (17)

Hodnocení nutričního stavu

Hodnocení nutričního stavu	
Body mass index méně než 20,5?	ano
Nechtěný úbytek tělesné váhy v posledních 3 měsících?	ne
Snížení příjmu potravy v posledním týdnu?	ano
Závažné onemocnění?	ano

Jedna odpověď kladná...provést podrobný nutriční screening nutričním terapeutem ve spolupráci s lékařem.

Všechny odpovědi záporné...hodnotit znova za 7 dní.

BMI

BMI = hmotnost v kg : (výška v metrech na druhou)

BMI = $67 : (1,87 \times 1,87) = 19,5$ – **normální váha**

Méně než 18,5.....podváha

18,5 – 24,9.....normální váha

25 – 29,9.....nadváha

30 a více.....obezita

BMI u pana J. K. bylo velmi zkreslené váhou tekutiny v ascitu. (10)

Léky

Augmentin 1,2 g - Antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu

Nežádoucí účinky: kožní vyrážka, vaskulitida, projevující se jako červené nebo purpurové vystupující skvrny na kůži, může se však vyskytnout i na jiné části těla, horečka, bolest kloubů, zduření uzlin na krku, v podpaží nebo v třísle, otoky, vyskytující se někdy na obličeji nebo v ústní dutině a způsobující obtíže s dýcháním, mdloba

Furon - diuretikum.

Nežádoucí účinky: Nevolnost, zvracení, průjem, oběhové poruchy, poruchy zraku, závratě, zhoršení diabetes mellitus, poruchy krvetvorby, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství.

Human Albumin Grifols 20% 100 ml

Nežádoucí účinky: Zarudnutí, kopřivka, teplota a nauzea.

Hydrochlorotiazid tbl - diuretikum.

Nežádoucí účinky: Snížení hladiny draslíku, sodíku nebo hořčíku v krvi, zvýšení hladiny kyseliny močové v krvi, přítomnost glukózy v moči, manifestace skryté cukrovky, porucha rovnováhy kyselin a zásad v organismu (zvýšení hladiny zásad).

Kalium chloratum tbl - kaliový přípravek.

Nežádoucí účinky: Nauzea, acidóza, zvýšení koncentrace chloridů v krvi.

Kanavit gtt - vitamin K

Nežádoucí účinky: Přípravek je obvykle dobře snášen, ale vzácně se mohou vyskytnout kožní vyrážky, petechie.

Lactulosa sirup - laxativum.

Nežádoucí účinky: poruchy metabolismu a výživy, poruchy trávicího traktu, bolest břicha, plynatost.

Metronidazol 500 mg - Chemoterapeutikum, derivát nitroimidazolu.

Nežádoucí účinky: kovová chuť, říhání s pocitem hořkosti, povlak jazyka, glositida a stomatitida, tlak v epigastriu, nevolnost, pocit na zvracení, ztráta chuti k jídlu, průjem, svědění, kopřivka a léková horečka, bolesti hlavy, závrať, ospalost nebo nespavost, stavy zmatenosti, podrážděnosti, deprese, ataxie, temnější moč (zabarvení způsobeno metronidazolovým metabolitem).

Oliclinomel N 7 – 1000 E, 2000ml – infuzní emulze

Nežádoucí účinky: Symptomy alergické reakce (přecitlivělost na vaječné nebo sojové proteiny), zvýšená tělesná teplota, třes, kožní vyrážka nebo potíže při dýchání, nadměrné pocení, nevolnost a bolesti hlavy.

Omeprazol tbl. - antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, průjem, bolest břicha, zácpa, plynatost, nauzea, zvracení .

Plasmalyte 1000 ml – elektrolytový roztok

Nežádoucí účinky: Alergické reakce, křeče a kopřivka.

Trimepranol tbl - antiarytmikum, antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: únava, slabost, malátnost, halucinace, křeče, nevolnost, zvracení, průjem, nespavost, bolesti hlavy, závratě, pruritus, kožní vyrážky.

Příloha č. 8

Souhlas hlavní sestry nemocnice

Hlavní sestra nemocnice, ve které jsem zpracovala tuto bakalářskou práci, mi dala ústní souhlas ke zpracování údajů ze zdravotnické dokumentace a nemocničního informačního systému.