

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství 3. lékařské fakulty UK*



**Pavla Čermáková**

### **Ošetrovatelská péče o pacienta s alkoholickou cirhózou jater**

*Nursing care of a patient  
with alcoholic liver cirrhosis*

*Bakalářská práce*

Praha, září 2016

Autor práce: Pavla Čermáková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

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

Odborný konzultant: **MUDr. Miluše Vejvodová, Ph.D.**

Pracoviště odborného konzultanta: **FNKV, I. Interní klinika**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2016

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 1. června 2016

Pavla Čermáková

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za trpělivost a věcné připomínky.

Taktéž děkuji paní MUDr. Miluši Vejvodové PhD., odborné konzultantce teoretické části této práce. Poděkování patří i panu J.M., který mi svým souhlasem umožnil sepsání práce a poskytl mi mnoho potřebných informací. A v neposlední řadě také personálu oddělení INT JIMP.

# Obsah

Úvod.....	5
1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	6
1.1. Epidemiologie onemocnění.....	6
1.2. Popis onemocnění .....	6
1.2.1 Anatomie .....	6
1.2.2 Patofyziologie onemocnění.....	8
1.2.3 Etiologie .....	9
1.2.4 Faktory vzniku .....	10
1.2.5 Symptomatologie .....	10
1.2.6 Diagnostika .....	11
1.2.7 Klasifikace.....	13
1.2.8 Terapie.....	14
1.2.9 Komplikace .....	15
1.2.10 Prognóza.....	17
2. KAZUISTIKA .....	18
2.1. Lékařská anamnéza .....	19
2.2. Ošetrovatelská anamnéza .....	22
2.3 Průběh hospitalizace.....	26
2.4 Ošetrovatelské problémy.....	39
2.5 Dlouhodobá péče - po propuštění .....	43
3. DISKUSE.....	44
4. Závěr .....	47
Seznam použité literatury.....	48
Seznam zkratk .....	50
Seznam příloh.....	54
Příloha č. 1. – ošetrovatelská anamnéza.....	54
Příloha č. 2 – laboratorní vyšetření .....	61
Příloha č. 3 – výsledky vyšetření .....	63
Příloha č. 4 – farmakoterapie .....	64

## Úvod

Téma své bakalářské práce Péče o pacienta s alkoholickou cirhózou jater jsem si vybrala na základě aktuálnosti a závažnosti problému. Problém užívání alkoholu je především psychosociální a ve svých důsledcích má také široký dopad na zdravotní péči. Výsledky a úspěšnost terapie samozřejmě závisí na odhodlání pacienta, eventuálně jeho vztahu, respektive navázáním důvěry s ošetřujícím lékařem.

Během praxe jsem se s pacienty s touto diagnózou setkala. Mým cílem bylo seznámit se s touto problematikou podrobněji a písemně zpracovat průběh péče o pacienta s touto diagnózou.

V teoretické části se zabývám epidemiologií, anatomií, patofyziologií, popisem nemoci a její prognózou, léčbou.

Klinická část obsahuje lékařskou a ošetrovatelskou anamnézu dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon, průběh hospitalizace, ošetrovatelské problémy, které se prolínají s edukací.

Předposlední částí mé bakalářské práce je diskuze, kde se zabývám otázkou transplantace jater. Poslední částí je závěr, kde jsem se pokusila shrnout teoretickou část a kazuistiku.

# 1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1. *Epidemiologie onemocnění*

Cirhóza jater je v současné době jedna z hojně sledovaných, častějších a obávaných chorob gastrointestinálního traktu. Jaterní cirhóza etylického původu postihuje v současné době miliony osob na celém světě. Odhaduje se, že alkohol je příčinou 50% všech jaterních cirhóz, na celém světě. Samozřejmě s jasnými geografickými rozdíly, náboženstvím. V zemích, kde se pěstuje víno, jako je například Francie, se alkoholová cirhóza vyskytuje až v 90%, naopak v islámských státech je výskyt jen asi desetiprocentní. U nás, v České republice, je se alkoholická cirhóza vyskytuje asi u 1/3 obyvatel, s větším podílem na jižní Moravě, která je charakteristická pro pěstování vinné révy a výrobu vín.

Světová mortalita je různá, závisí mimo jiné také na úrovni zdravotnické péče. (Ehrmann et al., 2006)

## 1.2. *Popis onemocnění*

### 1.2.1 Anatomie

Játra jsou největší a nejtěžší exokrinní žlázou trávicího systému a našeho těla vůbec. Jsou složeny z hepatocytů – jaterních buněk. Ty jsou uspořádány do řad a tvoří trámce. Mezi nimi probíhají krevní cévy a žlučové kapiláry.

Játra váží přibližně 1,5 kg (hmotnost se liší u mužů a žen), jsou křehká, hnědočervené barvy. Nalezneme je v pravé brániční klenbě a zasahují do levé klenby brániční. Horní plocha se dotýká bránice, dolní zasahuje k orgánům břišní dutiny (vpravo k pravé nadledvině a ledvině, k ohbí pravého tračníku a dvanáctníku, vlevo k jícnu a žaludku).

Jsou kryta peritoneem, s výjimkou zadní části-facies diaphragmatica, přirůstají přímo na bránici. Peritoneálním závěsem jsou spojena s pupkem a přední stěnou břišní. (Naňka et al., 2009)

Játra mají 4 laloky – lobus dexter, lobus sinister, lobus quadratus a lobus caudatus. Laloky jsou odděleny rýhami, uspořádanými do tvaru písmene H a mezi sebou svírají porta hepatis.

Na spodní ploše jater rozpoznáváme zářezy-pravou a levou sagitální vkleslinu a mezi příčnou vkleslinu – porta hepatis.

Příčná vkleslina – porta hepatica- v níž vstupují do jater a. hepatica propria a v. portae a z jater vystupuje pravý a levý žlučový vývod, který se spojuje ve vývod společný – ductus hepaticus communis. Vzadu vstupuje do jater v. portae.

Levá rýha – v tomto místě je uložen vazivový pruh - ligamentum teres hepatis, a zde přibližně dochází k rozdělení jater na větší pravý a menší levý lalok jaterní.

Pravá rýha – vpředu je uložen žlučník a vzadu dolní dutá žíla. (Čihák, 1988)

U jater rozlišujeme 2 typy cévního zásobení - krevní oběh funkční a nutritivní. Funkční, neboli portální oběhový systém, přivádí krev z nepárových orgánů dutiny břišní (střevo, žaludek, slezina, slinivka břišní), tato krev přichází do jater pomocí v. portae.

Nutritivní, neboli výživný oběh, přivádí do jater krev, která je bohatá na kyslík, a to prostřednictvím jaterní tepny - arteria hepatica.

Krevní oběhy se před vchodem do hepatocytu spojují, veškerá krev z jater je odváděna až do jaterních žil, které ústí do dolní duté žíly. (Čihák, 1988)

Játra produkují žluč, s čímž souvisí žlučník a žlučové cesty. Ductus hepaticus dx. et sin. se spojují ve společný ductus hepaticus communis. Spojením s ductus cysticus (vývod žlučníku), vzniká d. choledochus, což je hlavní žlučovod – ten prochází za duodenem. Za hlavou slinivky se spojuje s ductus pancreaticus major, kdy společně tvoří rozšíření (ampulu), která vyúsťuje do dvanáctníku na papilla duodeni major. Žlučník je přirostlý k játrům a slouží jako rezervoár žluče. (Naňka et al. 2009)



Mimo produkci žluči (cca 600 ml/den), mají játra mnoho dalších funkcí, mezi něž patří:

- metabolismus sacharidů – játra udržují glykémii, při hyperglykémii se glukóza přeměňuje na glykogen, při hypoglykémii se začne glykogen odbourávat a uvolní glukózu do krve
- metabolismus lipidů – probíhá v celém organismu, ovšem v játrech mnohem významněji. Probíhá zde  $\beta$ -oxidace MK, vzniká zde většina fosfolipidů. Navíc jsou játra místem pro biosyntézu cholesterolu
- metabolismus bílkovin – jinde než v játrech neprobíhá, vznikají zde bílkoviny nutné pro srážení krve, plazmatické bílkoviny (mimo imunoglobulinů) a mohou zde vznikat aminokyseliny. Při hladovění se proteiny přeměňují na glukózu, při nadbytku na tuk.
- metabolismus steroidů – v játrech vzniká většina cholesterolu (ten je důležitý pro tvorbu steroidních hormonů)
- detoxikační funkce – játra přeměňují látky cizí, které vznikly v organismu, ale už nejsou potřebné, nebo jsou pro organismus jedovaté (amoniak)
- rezervoár krve – při hypotenzi se krev z jater vyplaví do krevního řečiště
- termoregulace – játra jsou nejteplejším orgánem v těle, mají teplotu okolo 40°C, teplo v nich vznikající se uvolňuje a krví se rozváděno do dalších orgánů
- tvorba erythropoetinu – asi 10% erythropoetinu (hormon řídící erythropoézu) se tvoří v játrech
- imunitní – Kupfferovy buňky, uložené v jaterních sinusoidách, fungují jako tkáňové makrofágy
- krvetvorba – během nitroděložního života jsou játra sídlem krvetvorby, po narození játra tuto funkci ztrácí (Rokyta, 2000)

### 1.2.2 Patofyziologie onemocnění

Cirhóza jater může vzniknout na podkladě chronických virových hepatitid, metabolických poruch. V současné době, v našich podmínkách je nejčastější příčinou abusus alkoholu, nyní nověji používaný termín toxonutritivní poškození.

Při alkoholické cirhóze dochází k přeměně jaterní tkáně a k rozvoji portální hypertenze, jejímž důsledkem vznikají například jícnové varixy. (Nohejlová et al., 2013)

*„Jaterní cirhóza je uzlovitá přestavba jaterní architektiky. Hepatocyty již nejsou uspořádány v pravidelných trámčích a skupinách, které tvoří hyperplastické uzly.“ (Stříteský, 2001, s.249)*

Mezi uzly je fibróza, což jsou vazivové pruhy. Styk jaterních buněk s krví a propojení s vývodným biliárním systémem, je přerušeno. Dochází k rozvoji jaterního selhání. (Stříteský, 2001)

Poškození jater etylického původu se většinou projeví jako steatóza, fibróza, ty mohou vést k zánětlivé reakci a tím k alkoholické hepatitidě. Při ní bývá steatóza těžší, s četnějšími nekrózami a zánětlivými infiltracemi. Steatóza i hepatitida se mohou vyléčit (i bez následků), ale častěji se vyvíjejí do etylické cirhózy jater. (Lukáš et al., 2005)

### **1.2.3 Etiologie**

Příčinou alkoholového jaterního poškození je dlouhodobé užívání alkoholických nápojů.

Denní dávka 60g alkoholu pro muže a 30g pro ženy, vede po 10-15 letech ke vzniku jaterní cirhózy. Množství a doba, kdy se mohou objevit problémy, je individuální u každého pacienta.

Další častou příčinou nemoci jater jsou virové hepatitidy. Méně častěji se můžeme setkat s cirhózou, která vznikla v důsledku působení léků a jiných hepatotoxických látek. (Ehrmann et al., 2006)

Dále se vyskytuje cirhóza v důsledku primární biliární cirhózy, metabolické poruchy jako Wilsonova choroba, hemochromatóza, porfyrie, u perikarditidy, při chronickém selhávání srdce, při poruchách výživy-chronické nespecifické záněty střevní, malnutrice (střevní by-pass). (Ehrmann et al., 2010)

#### 1.2.4 Faktory vzniku

*„Alkoholická nemoc jater (alcoholic liver disease, ALD) vzniká jako jedna z nejčastějších orgánových komplikací konzumace alkoholu v důsledku interakcí behaviorálních, environmentálních a genetických činitelů.“*

(Špičák et al., 2008, s.87)

Tradičně se uvádělo, že míra poškození jater je přímo úměrná délce a míře nadměrného užívání alkoholických nápojů. Toto však není jednoznačné, protože k rozvoji závažných forem alkoholické nemoci jater, mezi něž patří například steatohepatitida, fibróza a cirhóza, dochází jen u menšiny, a to těch, kteří pijí alkohol ve vyšším množství, než je společensky přípustné.

Výskyt onemocnění jater alkoholové etiologie je proto mnohem nižší, než skutečný počet alkoholiků.

K výskytu přispívají také další vlivy – pohlaví, výživa, charakter abúzu, genetická výbava, přítomnost dalších onemocnění jater s jinou etiologií (např. virové hepatitidy).

#### 1.2.5 Symptomatologie

Klinický obraz u pacientů s jaterní cirhózou je pestrý. Téměř polovina pacientů je bezpříznakových (i několik let). Onemocnění se většinou prokáže až na základě komplikací, kam můžeme zařadit portální hypertenzi, hepatocelulární selhání. Od nich se odvíjí symptomy. (Ehrmann et al., 2006)

Klinické příznaky, které nás mohou na jaterní cirhózu upozornit jsou – slabost, únava, nechutenství, hubnutí, průjmy, teploty, ikterus, hyperpigmentace kůže, petechie, změny na rtech, jazyku, nehtech, zápach z úst.

Při gastrofibroskopii můžeme pozorovat jícnové varixy, hypertenzní portální gastropatii, peptické vředy. Klinicky nalézáme hepatosplenomegalii (zvětšená játra a slezina), ascites, caput medusae,...

Laboratorním korelátem je anemie, leukopenie, trombocytopenie, DIC, hemosideróza, koagulopatie.

Dochází k poruše metabolismu sacharidů, zvýšení estrogenů (ztráta ochlupení gynekomastie), muži ztrácí libido, bývají impotentní, atrofují jim varlata; u žen se může vyskytnout neplodnost, ztráta sekundárních pohlavních znaků, bolest při menstruaci. Příznakem může být také dušnost (mj. v důsledku ascitu), primární plicní hypertenze, hypoxemie a neurologické nebo psychiatrické nálezy. (Ehrmann et al., 2010)

Každý pacient je individuální, proto může mít každý jiné množství a rozsah příznaků.

### **1.2.6 Diagnostika**

Následující přehled vyšetření může odhalit jaterní onemocnění. Na prvním místě nutno vyzdvihnout důležitost anamnézy. Anamnéza je předchorobí, souhrn informací o přešlém životě nemocného. Věcně se dělí na několik samostatných částí – nynější onemocnění, anamnéza osobní, rodinná, gynekologická (u žen), farmakologická, alergologická, pracovní, sociální a v neposlední řadě je důležitou součástí dotaz na abúzus, neboli toxikologickou anamnézu, kde se dotazujeme na informace týkající se konzumace alkoholu. Většina pacientů popíjení zastírá.

#### *Fyzikální vyšetření*

Základem je fyzikální vyšetření, při němž lze u pacientů shledat změny, jako hepatomegalii, splenomegalii, ikterus, otoky, ascites, krvácivé projevy na kůži, ztrátu svalové hmoty, ochlupení a mohou se vyskytovat pavoučkovité névy na kůži, apod. (Nejedlá, 2006)

Více z klinického obrazu je pospáno v samostatné kapitole.

### *Laboratorní diagnostika*

Pro zajištění příčiny jaterních onemocnění se používá laboratorních vyšetření – sérologie hepatitid, GGT, autoprotilátky, triglyceridy, cholesterol, parametry metabolismu železa, mědi, porfyriny apod.

Při nekróze a rozpadu hepatocytů se vyskytuje zvýšené ALT, AST (což jsou parametry, které se nazývají „jaterními“ testy), eventuálně bilirubin.

Při cholestáze je zvýšen bilirubin, ALP, GGT. Jestliže má pacient poškozenou funkci jater, pak v laboratorních výsledcích můžeme nalézt hyperbilirubinémii, nízkou hladinu albuminu a prealbuminu, prodloužené INR (Quick) a amoniak. U portální hypertenze se vyskytuje trombocytopenie, anemie, leukopenie. (Nejedlá, 2006)

<b>Nekróza a rozpad hepatocytů</b>	↑ ALT, AST, bilirubin
<b>Cholestáza</b>	↑ bilirubin, ALP, GGT
<b>Porušení funkce jater</b>	↑ bilirubin, ↓ albumin, prealbumin, ↑ INR, amoniak

### *Zobrazovací metody*

#### Ultrasonografie (USG)

Základní, nejběžnější vyšetření používané k vyšetření jater, zejména k hodnocení jaterního parenchymu a stavu portálního řečiště. Vyšetření je bezpečné, neinvazivní. Na specializovaných pracovištích se k diagnostice ještě používá kontrastní látka, která se podává intravenózně, ke zvýšení senzitivity a specifity pro zjištění jaterních lézí. (Seidl et al., 2012)

U cirhózy jater z důvodu dlouhodobého užívání alkoholu, můžeme pozorovat světlá játra s difúzně zvýšenou echogenitou, při těžším poškození nerovný povrch, známky portální hypertenze (ascites, rozšíření v. portae, zesílení stěny žaludku a žlučníku,...) (Ehrmann et al., 2006)

#### Počítačová tomografie (CT)

Poskytuje nám přehlednější obraz jater než ultrazvuk, kontrastní látky jsou téměř nutností, používá se také dynamické vyšetření, ložiska různé etiologie se různě chováním v jednotlivých fázích – to napomáhá diagnostice.

Pod CT kontrolou se také provádí bioptické vyšetření, pomocí něhož můžeme zjistit mikroskopické změny. (Seidl et al., 2012)

#### Magnetická rezonance (MR)

Má ještě vyšší senzitivitu a specifitu než CT, nativní vyšetření se opět doplňuje s vyšetřením dynamickým, s kontrastní látkou. (Seidl et al., 2012)

#### Angiografie (AG)

Aplikace kontrastní látky do a. hepatica communis nebo a. coeliaca

#### Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)

Užívá se, pokud chceme současně vyšetřit žlučovody.

Dotazník sloužící ke zjištění míry podezření na abúzus alkoholu – POVR, v angličtině CAGE.

P	Cítil jste potřebu přestat pít alkohol?
O	Obtěžovaly vás zmínky o problémech s pitím?
V	Cítil jste vinu z přílišného pití?
R	Pijete ráno po probuzení?

Za kladnou odpověď se přiděluje 1 bod. Pokud jsou výsledkem 2 body a více, pak to svědčí na problémy s alkoholem. (Ehrmann et al., 2010)

### **1.2.7 Klasifikace**

Pro posouzení pokročilosti onemocnění jaterní cirhózy, jakožto i funkčního stavu jater, je používána Child – Pughova klasifikace. V ní se hodnotí 5 kritérií, a to - hladina albuminu a bilirubinu, hodnota INR, ne/přítomnost ascitu a jaterní encefalopatie. Každé kritérium se hodnotí 1-3 body. Součtem získáme skóre, dle kterého zařadíme pacienta do skupiny nemocných dle závažnosti onemocnění. Child A - mírné, Child B - středně pokročilé, Child- 3 vysoce pokročilé, nejzávažnější, s negativní prognózou.

Bodové ohodnocení je následující: Child A: 5 – 6 bodů

Child B 7 – 9 bodů

Child C 10 – 15 bodů

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

Tato klasifikace má smysl v tom, že mimo posouzení pokročilosti onemocnění také posuzuje vývoj nemoci v čase. Lze takto odhadnout prognózu a s tím související vhodnost zařazení pacienta na transplantační listinu.

(Chopra et al., 2006)

### **1.2.8 Terapie**

Základem léčby jaterní cirhózy etylického původu je absolutní odstranění alkoholu ze života pacienta. Udává se, že i těžké patofyziologické změny mohou při plné abstinenci, alespoň z části ustoupit. Medikamenty, které se pacientům podávají, mají jen podpůrný význam (hepatoprotektiva, vitamíny, minerály). Důležitá je také správná výživa. Cirhóza tohoto typu se zásadně neliší od léčby cirhóz jiného původu

U pacientů, kteří mají těžké poškození jater a je u nich prokázána abstinence, lze zvážit transplantaci jater. Poté je známé až pětileté přežití asi v 85%.

(Lukáš et al., 2007)

Obecně, transplantace je přenesení tkáně nebo celého orgánu. Podstatou transplantace jater je chirurgické odstranění nemocných, poškozených jater. Ty jsou nahrazena játry novými a zpět napojena do krevního oběhu. Játra jsou většinou od zemřelého dárce. Pacient – příjemce, by měl být obdobné konstituce, jako dárce. Po operaci se musí podávat doživotně imunosupresiva, která brání odhojení jaterního štěpu.

Cílem léčby je prodloužit a zkvalitnit pacientovi život. Nemocní jsou posuzováni dle různých kritérií, například Child-Pugh skóre by mělo být B, a jsou zapisováni na čekací listinu. Podmínkou bývá prokázaná abstinence. Očekává se, že po transplantaci bude pacient doživotně abinent. To bohužel není pravidlem. Podle posledních údajů z transplantačních center, cirhóza jater vzniklá na podkladě alkoholového poškození je nyní nejčastější indikací k transplantaci následované cirhózami na podkladě virových hepatitid, dále kryptogenní etiologie eventuálně nealkoholické steatohepatitidy apod.

### **1.2.9 Komplikace**

Krvácení z jícnových varixů – patří mezi nejzávažnější komplikace, které se vyskytují u pacientů s jaterní cirhózou a portální hypertenzí. Je zde poměrně vysoká mortalita, zejména u opakovaného krvácení. Akutní krvácení se ošetřuje endoskopicky, poté se podává medikace. (Lukáš et al., 2005)

#### Jaterní encefalopatie

Soubor neuropsychických příznaků, které vznikají při cirhóze jater, důsledkem portosystémových zkratů a působením některých toxických produktů metabolismu (jako např. amoniak, GABA, endogenní benzodiazepiny apod.), které jsou normálně játry odbourávány a k CNS se nedostanou.

Vyvolávajícím faktorem je krvácení do GIT, infekce, léčba diuretiky, hypnotiky a sedativy, minerálové změny.

Na počátku se mohou vyskytovat jen změny nálad, poruchy spánku, zmatenost, euforie nebo deprese, později zmatenost, přechodná dezorientace, změny osobnosti, spavost. V dalším stádiu dochází k dezorientaci úplné, nesrozumitelné řeči, somnolenci. Posledním stádiem je kóma.



Stav bývá při vhodné léčbě vratný, doporučuje se řešit základní onemocnění pomocí transplantace jater, Konzervativně se odstraňují vyvolávající faktory, podávají se aminokyseliny, nestrávené disacharidy (Lactulosa), ATB, omezuje se příjem bílkovin. (Lukáš et al., 2007)

### Ascites

*„Zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní, přesahující fyziologickou hodnotu, tj. 150 ml.“ (Ehrmann et al., 2006, s. 95)*

Na vzniku ascitu se podílí několik faktorů – zvýšený tlak v portálním řečišti, snížený odtok lymfy, snížená produkce bílkovin (hypoalbuminie při jaterní dysfunkci) a v neposlední řadě důsledky sekundárního hyperaldosteronismu a aktivaci renin-angiotenzin-aldosteronový systému s retencí tekutin

Množství tekutiny může dosáhnout až 20 litrů. Množství do 3 litrů většinou nezpůsobuje problémy a ani při fyzikálním vyšetření, jej nedetekujeme. (Ehrmann et al., 2006)

K léčbě se užívají diuretika a dieta s omezením soli. Pokud léčba nezabírá, provádí se punkce.

### Hepatoceulární karcinom

Primární rakovina jater je další komplikací u pacientů s cirhózou jater, která se po 5 letech se vyskytuje až u 20% nemocných. V současnosti představuje jednu z nejčastějších příčin mortality. Výskyt HCC by se měl průběžně kontrolovat, aby se zachytil dříve, než se objeví klinické příznaky. Proto se screeningově provádí ultrazvukové vyšetření a vyšetřuje se hladina AFP, po 4-6 měsících, při pravidelných kontrolách. Léčba se odvíjí od případné velikosti, pokročilosti nádoru. Časně lze nádor odstranit chirurgicky, později, v pokročilém stádiu probíhá pouze symptomatologická léčba. (Lukáš et al., 2007)

## 1.2.10 Prognóza

Prognóza pacientů s cirhózou etylického původu bývá lepší, než u pacientů s cirhózou jiné etiologie.

*„Podle klinických studií je pětileté přežívání u abstinujících osob s kompenzovanou alkoholickou cirhózou 90%, pokud však v pití pokračují, je to jen 70%; u nemocných s dekompenzovanou alkoholickou cirhózou, kteří v pití pokračují, je pětileté přežívání méně než 30%.“ (Ehrmann et al., 2010, s.313)*

Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu délky života a přežívání je úroveň prevence a léčby komplikací. Uvádí se čtyřleté přežití jen u 20% nemocných s ascitem, a jen 10% u pacientů, kteří měli krvácení z jícnových varixů nebo jaterní encefalopatii. Dalším faktorem je současný infekce HBV, nejde o vzácnou kombinaci. Na prognózu dále nepříznivě působí vznik a rozvoj hepatocelulárního karcinomu a dalších komplikací, která nesouvisí přímo s játry, například chronická pankreatitis, VCHGD. (Ehrmann et al., 2010)

## **2. KAZUISTIKA**

Pacient byl hospitalizován od 6. 7. 2014 – 11. 7. 2014. Byla jsem v kontaktu s ním a jeho rodinou od druhého dne do propuštění. Poté jsem se na pacienta informovala v hepatologické poradně.

## **2.1. Lékařská anamnéza**

6. 7. 2014 20:45

### Základní údaje o nemocném:

Iniciály: J.M. (nar. 1967)

Pohlaví: muž

### Diagnóza při přijetí:

Susp. dekompenzace jaterní cirhózy

### Nynější onemocnění:

Pacient s cirhózou jater etylické etiologie Child-Pugh B, s VCHGD.

Nyní přiveden rodinou pro progresi únavy, nechutenství, ikteru.

Chuť k jídlu malá, krvácivé projevy neguje, stolice nepravidelná, normální barvy.

V posledních měsících užíval 2-3 Ibalginů denně pro bolesti kyčle, kolene

(v plánu TEP kolene)

### Rodinná anamnéza:

matka zdráva, otec zemřel náhle na IM v 60 letech

bratr se léčí s hypertenzí, děti zdravý

### Alergie: neguje

### Osobní anamnéza:

-asthma bronchiale, kuřácká bronchitis (od cca 1990)

-stp. pneumonii vpravo (2004)

-VAS po pádu na záda (12/2009)

-stp. renální kolice (2000)

-stp. erozivní gastritis (5/2010) s mikrocytární sideropenickou anémií

-jaterní etylická cirhóza, Child-Pugh B, stp. dekompenzaci s výrazným ikterem, ascitem a encephalopatií (3/2011)

-difuzní změny jater, zvětšená játra a slezina, ascites

-jaterní biopsie (2/2011) – závěr:

/Dominuje obraz těžké smíšené, velko i drobnokapénkové steatózy, mírná chronická neaktivní hepatitida, mírná periportální a portoportální fibroza.

Etiologický původ v toxické lézi je pravděpodobný/

-anemie mikrocytová sideropenická, při vředové chorobě GD, stp. aplikaci TRF erymasy

-vřed kardiie a žaludku (11/2012)

-hiátová hernie

-stp. APPE a operaci kolene

-stp. nehojících se furunklech na LDK

-hluboká hypokalémie na substituci

Pracovní anamnéza:

SOŠ-truhlář, řidič z povolání, nyní invalidní důchodce, taxikář

Sociální anamnéza:

rozvedený, 2 děti (zdrávy), rodiče žijí, přítelkyně

Farmakologická anamnéza: Verospiron cps p.o. 50 mg 1-1-1

Simepar cps p.o. 70 mg 1-1-1

Atram tbl p.o. 6,25 mg 1-0-1

Helicid cps p.o. 20 mg 1-0-0

Recoxa tbl p.o. 15 mg 1-0-0

Normix tbl p.o. 20 mg 1-0-1

Ibalgin tbl p.o. 400 mg p.p.

Abusus:

kuřák (20 cigaret denně), abstinuje údajně od roku 2011, 3 kávy denně

Objektivní nález:

TK 125/70, váha 110 kg, výška 188 cm, TT 36,4 °C

pacient při vědomí, orientován, klidný, spolupracující, chodící, eupnoe, přiměřené hydratace, normální výživy, kůže bledá, ikterus, bez cyanózy

*hlava:* bez traumatických změn, oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce ++, skléry ikterické, spojivky bledší, inervace n. VII intaktní, uši a nos bez sekrece, jazyk vlhký, nepovleklý, plazi středem, akrální třes, bukalní sliznice vlhké

*krk:* náplň krčních žil přiměřená, karotidy tepou symetricky bez šelestu, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza symetrická, nezvětšená, šíje volná

*hrudník:* symetrický, bez deformit, poklep plný jasný, v hranicích, dýchání sklípkovité, expirium zostřené, více vpravo, akce srdeční pravidelná, fr. 100/min, bez šelestů

*břicho:* nad úrovní hrudníku, klidné, měkké, palpačně nebolestivé, rezistence v oblasti pupku – pravděpodobně slezina, játra +5 cm, tapotment negativní oboustranně, ledviny nehmatné, peristaltika poslechově +

*končetiny:* HK bez patologie, na LDK stp. nehojících furunklech, otoky DK, pulzace v tříslech a na nohou hmatná, akra teplá, hyperpigmentace na holeni bilaterálně

*neurologický orientační nález:* bez patologie, třes aker

## **2.2. Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem u pacienta J.M. odebrala dne 7.7.2014, tedy 2. hospitalizační den. Informace jsem získala pomocí rozhovoru s pacientem, pozorováním a ze zdravotnické dokumentace, s ústním souhlasem pacienta a vychází z modelu fungujícího zdraví od Marjory Gordon.

### **Model fungujícího zdraví – Marjory Gordon**

#### 1) Vnímání zdravotního stavu a udržení zdraví

Pacient byl lékařem informován o aktuálním zdravotním stavu. Hospitalizaci vnímal velice intenzivně, byl v psychické tísní, k lékaři by sám nešel, kdyby ho nepřivedla rodina.

Ze strany zdravotníků cítil křivdu ohledně nedůvěry s abstinencí. Abstinuje údajně 3 roky. Je si vědom, že měl problémy s játry a proto přestal alkohol konzumovat. Udává, že nynější problémy má z užívání 3 tbl Ibalginů denně v posledních min. 6 měsících z důvodu bolestí kloubů. Je v péči ortopeda, výhledově je v plánu TEP kolene.

Na preventivní prohlídky nechodil, většinou ho k lékaři přivedl jen akutní zdravotní problém, do poraden s chronickými obtížemi chodil téměř pravidelně. Chronickou medikaci se snaží užívat pravidelně, ale přiznává, že občas zapomene.

#### 2) Výživa a metabolismus

V příjmu potravin a tekutin je pacient soběstačný. Při výšce 188 cm váží 110 kg, což odpovídá BMI 31,12. Nutriční skóre při příjmu bylo 2 a to v položkách hubnutí v posledních měsících a příjem stravy v poslední době zlomem obvyklého množství.

Pacient uvedl, že v posledních 2 měsících zhubl 6 kg, trpí nechutenstvím a jí menší porce. Dietu nikdy nedržel, stravoval se převážně nezdravě, nepravidelně.

Denně vypije asi 1,5 l tekutin, převážně sladké limonády a udává 3 turecké kávy. Alkohol prý nepije již 3 roky.

### 3) Vylučování

Již několik dní pacienta trápí zácpa. Stolice prý mívá normální barvu. Na stolici nebyl asi 4 dny, nepamatuje si přesně. Poslední měsíce je to časté, nebo se obtížně vyprazdňuje. Dává tomu za příčinu nechutenství a s ním snížený příjem potravy. Laxativa neužívá. Potíže s močením neguje.

### 4) Aktivity a cvičení

Pacient je chodící, soběstačný. Udává, že není sportovně založený, nikdy se sportu aktivně nevěnoval, v mládí jen rekreačně. V pohybu spíše pasivní. Obvykle toho ani moc nenachodí, je v ID, pracuje přesto jako taxikář, takže většinu dne sedí v autě. Ani na nákupy nechodí pěšky.

Pacient je nezávislý v běžných denních činnostech:

Barthel test – 100 bodů. Riziko pádu – 0 bodů.

### 5) Spánek a odpočinek

V posledních dnech pociťuje J.M. silnou únavu, spí i přes den. Za normálních okolností trpí spíše nespavostí, trápí ho bolesti kloubů. Nespavosti také dává za vinu nepravdivý režim. Během víkendů pracuje hlavně v nočních hodinách. Běžně se snaží usnout kolem 23. hodiny, ale to se nedaří.

Usíná většinou cca ve 2 hodiny, během noci jde většinou jednou na toaletu. Budí se i bez budíku o půl 6 a dále spát již nemůže.



#### 6) Vnímání a poznávání

Pacient je při vědomí, orientován místem i časem, klidný. Udává, že spolupráce s ním je obtížnější a že je cholerik. Pacient nepoužívá žádné kompenzační pomůcky, nemá obtíže se zrakem, sluchem, netrpí poruchou řeči.

#### 7) Sebepojetí a sebeúcta

J.M si o sobě myslí, že je spíše uzavřený, žije v domácnosti sám, občas se stýká s dospělými dětmi a vnoučaty. Přátel mnoho nemá. S přítelkyní se stýká zatím pár měsíců, občasně. Udává, že jej ale podporuje v nemoci a to mu pomáhá.

Je odtažitý, nemá chuť komunikovat s cizími lidmi, nadšen není také z pacientů sdílejících stejný pokoj.

#### 8) Plnění rolí a mezilidské vztahy

Pacient je 8 let rozvedený, s bývalou ženou se stýká jen při rodinných oslavách. Má dospělou dceru a syna. Dcera je vdaná, studuje VŠ. Ze synovy strany je již prarodičem.

Nyní má krátkodobou známost, zatím se jen schází, bydlí odděleně.

Vystudoval SOŠ v oboru truhlář, od 22 let ČID (asthma), pracoval jako řidič z povolání, nyní 3 roky v ID, i přesto přiznává, že pracuje jako taxikář, protože z důchodu by nemohl důstojně žít a šetřit peníze pro své děti.

#### 9) Sexualita a reprodukční schopnost

Pan J.M. má 2 děti (dceru a syna). Potíže s prostatou neudává.

10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Pacient udává, je odolný vůči stresu. V práci potká spoustu lidí, se kterými je obtížná domluva, zejména v nočních hodinách, kdy rozváží zákazníky z večírků pod vlivem alkoholu. Ovšem jako další zátěžovou situaci považuje nynější onemocnění...

11) Víra a životní hodnoty

Pan J.M. je ateista a v průběhu hospitalizace nevyžaduje žádné religiózní služby. Za největší životní hodnotu považuje zdraví a kladný vztah s potomky.

12) Jiné

Pacient další informace neudává.

## **2.3 Průběh hospitalizace**

### **1. hospitalizační den - 6. 7. 2014**

Pacient byl přijat dne 6. 7. 2014 ve 21:00 na interní oddělení z důvodu dekompenzované jaterní cirhózy a dyspeptickým obtížím. Sestra jej uložila na lůžko a seznámila pacienta s vnitřním řádem nemocnice, chodem oddělení, právy pacienta. Pacient podepsal souhlas s hospitalizací a byl mu nasazen identifikační náramek na zápěstí pravé horní končetiny. Pán byl klidný, orientovaný, afebrilní.

Sestra zavedla periferní žilní katétr (růžový, o velikosti G20) do kubity pravé horní končetiny, podala infúzi s Aminosteril N Hepa 8% o objemu 500 ml a nastavila rychlost infuze na 100 ml/hod. Infúze byla indikována z důvodu zavodnění a přívodu aminokyselin. Dále byly provedeny odběry krve na biochemii (Na, K, Cl, Mg, Ca, P, urea, kreatinin, kyselina močová, bilirubin, amyláza a bílkovina v séru, albumin, cholesterol, TAG, glukóza, CRP, TSH, AFP, onkologické markery jaterní testy – ALT, GGT, ALP, AST), krevní srážlivost, krevní obraz a základní vyšetření moči.

Ve 22:00 si pacient stěžoval na bolest hlavy, ohodnotil ji číslem 3 na stupnici VAS. Byla podána bolusově analgetika - 1 amp. Novalginu i.v.. Po 30 minutách byla bolest přehodnocena, pacient udával snížení, na VAS 1. V noci se pacient často budil, udával nevyhovující postel, stres, neklid na oddělení. Několikrát byl odpojován od infúze z důvodu návštěvy toalety a při té příležitosti se procházel po chodbě. Infúze proto dokapala až před 5 hodinou ráno.

Během noci již bolest neudával.

## **2. hospitalizační den - 7. 7. 2014 / 1. hospitalizační den na JIMP**

### Medikace – dekurz 7. 7. 2014

1. Aminosteril N Hepa 8% 500ml i.v. – 100ml/hod (8)

2. G10% 500ml + 20ml 7,5% KCl – 100ml/hod (14)

Verospiron cps p.o. 50 mg 1-0-0

Simepar cps p.o. 70 mg 1-1-1

Atram tbl p.o. 6,25 mg 1-0-1

Helicid cps p.o. 20 mg 1-0-1

Lactulosa biomedica 50% sir p.o. 15-0-15 ml

Kalnormin tbl p.o. 1g 1-1-1

Novalgin i.v. 2 ml p.p.

Diazepam tbl p.o. 5 mg NN

### *S běžným užíváním léků se medikace lišila následovně:*

Verospiron (diuretikum, užívané při hypertenzi, edémech, ascitu, při hypokalémii) byl podáván jen v jedné ranní dávce, odpolední a večerní byla vynechána.

Naopak kapsle Helicidu, dříve užívaná jen ráno (antacidum, užívající se při vředech a zánětech na jícnu, žaludku a dyspeptických obtížích), byla z důvodu dyspeptických obtíží, indikována i na večer. Přidán byl také Kalnormin 3x denně (minerál, užívaný při hypokalémii) a Lactulosa ráno a večer (z důvodu nepravidelného vyprazdňování).

Užívání Recoxy (nesteroidní protizánětlivý lék tišící bolest a potlačující zánět), Normixu (používající se k léčbě nervových a psychických projevů, které jsou následkem jaterní encefalopatie), bylo zrušeno.

Při bolesti byl pacientovi namísto Ibalginu, indikován Novalgin i.v.. Dávkování Simeparu (hepatikum, užívající se u pacientů se zánětem jater, cirhózou) a Atramu (způsobuje vazodilataci, používá se k léčbě hypertenze) zůstalo stejné.

Z infuzní terapie byl indikován Aminosteril N Hepa 8% 500ml i.v. (používá se u pacientů s jaterní insuficiencí, jako přívod aminokyselin);

10% glukóza 500ml (zdroj karbohydrátů, na ředění léčivých přípravků) + 20ml 7,5% Kalium chloratum i.v. (minerální látka, užívaná k prevenci a léčbě hypokalémie, při ztrátách draslíku)

Ráno byly naměřeny pacientovi fyziologické funkce – TK 150/90, P 85', TT 36,7 °C. Pacient provedl ranní hygienu u umývadla, do sprchy nechtěl. Pacientovi byla podána ranní perorální medikace – 1 cps Verospironu 50 mg (diuretikum), 1 cps Simeparu 70 mg (hepatikum), 1 tbl Atramu 6,25 mg (sympatolytikum, hypertenzivum), 1 cps Helicidu 20 mg (antacidum), 1 tbl Kalnorminu 1g (minerální látka) a 15 ml Lactulosity biomedica 50% sir (digestivum, laxativum).

K snídani snědl asi polovinu suché housky a vypil „nemocniční kávu“. Poté byl doprovázen na sonografické vyšetření břicha. Závěrem byla hepatosplenomegalie, sludge ve žlučníku, cholecystolithiasis. Z laboratorních výsledků vyplynulo jako nejpodstatnější, že má pacient sníženou hladinu fosforu, několikanásobně zvýšený bilirubin, zvýšené hodnoty jaterních testů, TAG, CRP, Ferritin. Z krevního obrazu pak deficit hemoglobinu, hematokritu, trombocyty, lymfocyty. Zvýšené MCV, MCH, MCHC, RDW, leukocyty. V moči byly přítomny leukocyty a bylo detekováno zvýšené množství bilirubinu, urobilinogenu.

Vzhledem k laboratorním výsledkům, dekompenzované jaterní cirhóze, dyspeptickým obtížím, otokům dolních končetin, ranní hypertenzi a riziku non compliance, indikovali lékaři přesun pacienta na jednotku intenzivní a metabolické péče, ke sledování. Se zpožděním, v 9:30, byl napojen k infúzi Aminosteril N Hepa 8%.

Při příjmu na JIMP v 11:00 byl pacient uložen na lůžko a napojen k monitoru. Byl seznámen s chodem oddělení. Vysvětlila jsem mu, co jej bude čekat – poučila jsem pacienta o klidovém režimu (pohyb v rámci lůžka), který mu byl indikován z důvodu hospitalizace na JIMP a aktuálnímu zdravotnímu stavu, že nesmí sám

vstávat, a to i proto, že bude napojen k monitoru sledujícímu jeho fyziologické funkce (TT, P, SPO<sub>2</sub>) a 2 hodiny, kontinuálnímu měření EKG a k infúzím.

Ty byly na JIMP podávány přes infúzomat. Ať tedy v případě potřeby použije signalizační zařízení. Dále byla zahájena kyslíková terapie pomocí kyslíkových brýlí, s průtokem kyslíku 2,5 l/minutu.

Vzhledem k nutnosti sledovat výdej moči, dostal pacient močovou lahev, do které měl močit. Dále dostal papír a tužku, aby mohl zapisovat počet vypitých sklenic tekutin. Tyto informace poté předával sestře.

Pacientovi byla naordinována dieta číslo 4 – s omezením tuků. Vzhledem k hodnotě nutričního skóre 2, byla kontaktována nutriční terapeutka. Objednala jsem gastrokopii na následující ráno a provedla kontrolní odběry-minerály-Na, K, Cl, CRP, bilirubin, jaterní testy-ALT, AST, ALP, GGT. Výsledkem byl opět mnohonásobně zvýšený bilirubin, zvýšená hladina CRP, GGT, AST.

V poledne byl podán Simepar cps 70 mg (hepatikum) a Kalnormin tbl 1 g (minerální látka). Pacient k obědu snědl asi ½ porce zeleninového vývaru a pár lžic bramborové kaše.

Po obědě jsem s pacientem sepsala ošetřovatelskou anamnézu dle nemocničního formuláře. A protože mě jeho diagnóza zaujala, zeptala jsem se pacienta, zda-li by byl ochotný poskytnout mi informace k sepsání bakalářské práce a spolupracoval se mnou. Pacient udělil ústní souhlas. Dále mi tak ještě odpovídal na otázky dle modelu Marjory Gordon.

Ve 14:00 dostal pacient druhou infúzi, a to 500 ml 10% glukózy + 20ml 7,5% KCl. Byla nastavena na infuzomatu rychlost 100 ml/ hod. Při té příležitosti jsem převázala PŽK. Místo vpichu bylo klidné, bez známek infekce.

Odpoledne měl pacient návštěvu, přišel syn. Dotazoval se lékaře na stav pacienta a lékař se ptal diskrétně jeho, zda-li pacient opravdu abstínuje. Přiznal, že o víkendu si sklenku piva k obědu občas dá, ale jinak prý nepije. Pacientovi přinesl kus bábovky, tu odmítl, neměl na ni chuť.

V 16:00 udával bolest břicha a kloubů VAS 2, podala jsem mu bolusově 1 amp Novalginu i.v. (analgetikum). Po 45 minutách bolest přehodnotil na VAS 1. Cítil se unaveně, pospával.

V 17:00 dostal večerní perorální léky – 1 cps Simeparu 70 mg (hepatikum), 1 tbl Atramu 6,25 mg (sympatolytikum), 1 cps Helicidu 20 mg (antacidum), 1 tbl Kalnorminu 1g (minerální látka), 15 ml sir Lactulosity (digestivum, laxativum). K večeři snědl trochu polévky. Byl mu nabízen chléb, ovoce, na to neměl chuť. Po 19 hodině byl odpojen od infúze, která dokapala.

Během dne a v noci byly měřeny fyziologické funkce, které byly v normě. Krevní tlak se pohyboval v rozmezí 110-140/70-85 mmHg, tepová frekvence kolem 100 tepů za minutu. Saturace kyslíkem byla okolo 94 – 98%.

Pacient byl afebrilní, bolest udával jen v 16:00, po podání analgetik ustoupila. Jindy byl bez bolesti. Pacient dlouho nemohl usnout, poté se často budil, hodnotil spánek jako velmi nekvalitní.

Příjem: 1 000 ml infúze + 1 000 ml tekutin = 2 000 ml

Výdej: 350 ml + mimo (na standardním oddělení, před indikací sběru moči)

### ***3. hospitalizační den - 8. 7. 2014***

Po příchodu na směnu v 6:00 jsem provedla kontrolní odběry - jaterní testy, bilirubin, CRP, minerály, urea, kreatinin.

Poté jsem pacienta doprovodila do koupelny, kde jsem dohlédla na jeho ranní hygienu. Pacient sice neměl riziko pádu, ale režim JIMP vyžadoval soustavné monitorování pacienta, tedy i v koupelně. Ani pacient z toho nebyl nadšený, ostýchal se. Přiznávám, že i mě to vůči pacientovi nebylo příjemné, a proto jsme se domluvili, že mu vše potřebné do koupelny donesu, přistavím mu do sprchového koutu židli, na které bude sedět, že nesmí sám vstávat. Pacient souhlasil. Kontrolovala jsem ho jen sporadicky. Na zem jsem položila protiskluzovou podložku a celou dobu jsem stála za pootevřenými dveřmi koupelny. V průběhu koupele jsem pacienta slovně kontrolovala, zda-li je vše v pořádku. Nedošlo k žádné nežádoucí události, pacient se cítil dobře. Byl rád, že jsme se takto dohodli.

Ráno byl nalačno, vzhledem k nechutenství mu byla indikována gastrokopie. Vyšetření proběhlo bez komplikací. Pacientovi byla zjištěna oteklá sliznice žaludku a závěrem byla portální hypertenzní gastropatie. Z laboratorních výsledků odebrané krve bylo zřejmé, že hodnoty minerálů, urey, kreatininu zůstaly v normě, CRP bylo stále zvýšené, hodnota GGT oproti prvnímu dni klesla, ovšem stále nebyla v referenčních mezích, hodnoty AST a bilirubinu byly mimo referenční meze, stále zvýšené. Některé hodnoty krevního obrazu byly též elevovány, výsledky byly podobné, jako při příjmu.

V 8:00, při napojování infúze, byla zjištěna nefunkčnost PŽK, prosakovalo krytí. Kanylu jsem tedy odstranila, místo vpichu ošetřila sterilním tampónem s desinfekcí. Nejevilo známky infekce. Zavedla jsem nový PŽK do kubity levé horní končetiny, stejné velikosti, jako u předchozí kanylace (G20, růžová) a následně jsem infúzi podala.



Dvě hodiny po vyšetření se mohl pacient nasnídat. Snědl bílou housku s marmeládou a vypil trochu kávy.

Při vizitě byly zjištěny rozsáhlejší otoky lýtek obou dolních končetin, než při příjmu. Pacient byl uveden do polohy se zvýšenými končetinami a bylo mu povoleno občas projít se s doprovodem po oddělení, do koupelny, na WC. To několikrát využil.

Při poledním kontrolním zapisování P+V bylo zjištěno, že pán močí málo, z močové lahve naměřeno jen 200 ml. Následně bylo zjištěno, že pacient odmítá močit do močové lahve a chodí na WC. Bylo to řešeno domluvou.

K obědu pacient snědl ½ porci polévky a 1 knedlík s omáčkou.

Po poledni pacienta navštívila přítelkyně, kterou jsem spolu s pacientem edukovala v oblasti výživy (edukace popsána v samostatné kapitole).

Pacient byl k infuzím připojen většinu dne, což se mu také nelíbilo. Čas trávil v křesle u lůžka, nebo v lůžku samotném. Většinou četl časopis, poslouchal hudbu se sluchátky. Rád by se díval na televizi, ale nebylo to mnohdy možné, protože sousedícímu pacientovi to vadilo. Chápu, že byl pán často mrzutý, byl hospitalizován na JIMP, kde měl být monitorován, připoután většinu dne k lůžku, byl omezen v pohybu, v běžných denních činnostech, kontaktu s okolím. Snažila jsem se ho chápat, často jsem si s ním o jeho nemoci povídala.

Odpoledne byl pán po 6 dnech stolici, v malém množství. Pacient pocítil úlevu. K večeři snědl poloviční porci krupicové kaše a kompot.

Pan J.M. během dne odmítal kyslíkovou terapii, stejně tak jako kontinuální napojení na monitor, proto jsem mu manžetu, svody a čidlo nasadila vždy jen před měřením, po 3 hodinách. Fyziologické funkce byly v normě, průměrně TK 130/70, P 82', SPO<sub>2</sub> 97%, TT 36,6 °C.

Během dne byla podávána medikace, která nebyla od předchozího dne změněna. Večer se cítil vyčerpán, zároveň nemohl usnout, byl úzkostný, nelíbila se mu přítomnost dalších pacientů na boxu. Ve 23:30 vyžadoval lék na spaní. Sestra podala Diazepam 5 mg (anxiolytikum), poté spal lépe. V noci byl 2x na WC, s nutkáním na stolicí, bezúspěšně. Již nemočil.

Pacient byl během dne několikrát dotazován na bolest, žádnou neudával, byl afebrilní. Během noci nedošlo k žádné změně stavu pacienta.

Příjem: 1000 ml infúze + 1300 ml tekutin = 2 300 ml

Výdej: 900 ml + mimo

#### ***4. hospitalizační den – 9. 7. 2014***

Pan J.M. se ráno cítil lépe. Udával, že se po delší době lépe vyspal. Byly provedeny opět kontrolní odběry – vyšetřovaly se parametry biochemie stejné jako předchozí den (jen bez GGT, CRP). Tentokrát, byla hladina bilirubinu 409  $\mu\text{mol/l}$ , norma je 17  $\mu\text{mol/l}$ , od předchozích dní opět stoupala, dále byla zvýšena hodnota AST. Ostatní výsledky byly podobné jako předchozí den, v mezích.

Pacient byl doprovázen do sprchy. K snídani snědl jogurt. Před podáním infúze jsem provedla převaz PŽK, místo vpichu bylo klidné, bez známek infekce.

Pan J.M. si při vizitě stěžoval na bolest v podbřišku (o intenzitě VAS 2) a pocitu, že se nemůže zcela vymočít. Medikaci nevyžadoval. Lékař se rozhodl pro cévkování močového měchýře. Pán zprvu nesouhlasil, ale lékař se mu vysvětlil, že se mu jednak uleví a zároveň to bude výhodnější pro přesné sledování výdeje moči. Nakonec souhlas udělil. Po zavedení PMK, cévka ihned odvedla 300 ml moči a pacientovi se ulevilo. Edukovala jsem pacienta o tom, jak s cévkou bezpečně manipulovat.

K obědu snědl téměř celou polévku a dušený kuřecí plátek se zeleninou, vynechal jen brambory. Po obědě přijal opět návštěvu, přítelkyně se aktivně zajímala o pacientův zdravotní stav, prognózu a možnost transplantace. K svačině měl ovocný salát. Udával celkové zlepšení stavu, cítil se méně unaven, během dne snědl větší porci podaných jídel. Prvně se začal více zajímat o svůj zdravotní stav, ptal se na prognózu. Spolu s ním a jeho rodinou jsem měla čas, povídat si.

K večeři snědl 2 toustové chleby, tavený sýr. Přiznal, že po dlouhé době toho snědl za den tolik.

Medikace byla stejná, jako předchozí dny, navíc pacient dostal ve 20:00 3. infuzní roztok o objemu 500 ml, a to 0,9% NaCl (fyziologický roztok), opět rychlostí 100 ml/ hod, čili infúze dokapala okolo 1 hodiny ranní. Důvodem podání bylo zvýšit ještě příjem tekutin.

Během dne a noci se sledovaly a zapisovaly FF (po 4 hodinách) a celkový stav pacienta, dotazovaly jsme se na bolest. V průběhu dne, mimo ranní, žádnou neudával. Nevyžadoval ani léky na spaní, i když nespal opět úplně ideálně, je prý zvyklý a nechtěl zbytečně další léky.

Tlak krve byl v rozmezí 110-145/70-90 mmHg, tepová frekvence kolem 69 tepů za minutu, SPO<sub>2</sub> v rozmezí 94-99%, pacient byl afebrilní, teplota nepřesáhla 36,8 °C.

Příjem: 1500 ml infúze + 1 200 ml tekutin = 2 700 ml

Výdej: 1 800 ml

## **5. hospitalizační den - 10. 7. 2014**

Ráno byl pacient klidný, orientovaný, afebrilní, spolupracoval. Odebrala jsem krev na laboratorní vyšetření (biochemie - Na, K, Cl, urea, kreatinin, bilirubin, jaterní parametry, CRP a koagulace, krevní obraz). Pana J.M. jsem doprovodila do sprchy. Po 2 dnech byl opět na stolici, což považoval za úspěch.

Zkontrolovala jsem funkčnost PMK a převázala PŽK. Dostal medikaci. Ke snídani snědl 1 kus bábovky, kterou mu přinesla přítelkyně předchozí den a vypil kávu. Nemocniční stravu nechtěl.

Pacient se cítil fyzicky dobře. Po psychické stránce o něco hůře, než jindy. Začal si uvědomovat, že se mu lékaři snaží pomoci v boji s jeho nemocí. Přiznal mi, že se na oddělení necítí dobře, je zde v konfliktu s několika sestrami, které se k němu nechovají zrovna profesionálně, jako kdyby tam nepatřil. Ano, myslel si to pacient, mohly si to myslet sestry, ale to bylo tak vše, co s tím mohly dělat. O hospitalizaci na oddělení rozhodl lékař. Dokonce slyšel i sestry z vedlejšího boxu, jak o něm diskutují, nazývají ho alkoholikem a říkaly, že jeho léčba je zbytečná, stejně alkohol pije a jsou to vyhozené peníze za léčbu.

Zároveň se ale omlouval za své negativní postoje a předchozí bojkotování léčby. Zajímal se o další možnosti. Prosil lékaře, zda-li by mohl být přeložen zpět na standartní oddělení, protože mu pobyt na JIMP na psychice moc nepřidává, když kolem vidí ventilované, ležící pacienty, kteří jsou vážně nemocní a péči sester potřebují více než on samotný, když je soběstačný, bez bolesti. Bylo mu sděleno, že se rozhodne v následujících dnech dle výsledků.

Z laboratorních výsledků dnešního dne vyšlo najevo, že hladina bilirubinu v krvi stále stoupá -501, oproti předchozímu dni 409  $\mu\text{mol/l}$ . GGT bylo ikterické, z důvodu abnormální přítomnosti žlučového barviva, bilirubinu. Hladiny AST, CRP byly také stále elevovány oproti normálu. Výsledky krevního obrazu a koagulace byly téměř identické s předchozími dny.

K obědu měl zeleninové rizoto s mletým masem a salát z červené řepy, snědl celou porci. Na polévku chuť neměl. Ale ze snědené porce měl radost, navíc udával, že mu po dlouhé době opět chutnalo.

Po obědě přišla dcera, syn i přítelkyně. Pacient se cítil dobře, seděl v křesle u postele, povídal si s nimi. Snědl kus domácího koláče s tvarohem a jahodami.

Odpoledne volal ošetřující lékař do IKEMu a konzultoval s lékařem možnost transplantace jater u pacienta. Ze závěru vyplynulo, že pacient musí mít potvrzenou abstinenci, nízké GGT a normocytózu.

Pacientovi i rodině byla možnost transplantace sdělena, byli nadšeni. Pan J.M. udával, že by to pro něj byl nový začátek života a každý by měl dostat druhou šanci.

Odpoledne byli na oddělení JIMP přijati dva akutní pacienti, a tak vzhledem ke kapacitě lůžek, byl pacient indikován k přeložení na standardní oddělení interny, kde byl původně hospitalizován. K večeři snědl pár lžic těstovinového salátu, cítil se sytý.

K přeložení na standardní oddělení došlo v 19:15. Pacient během dne dostal medikaci, stejnou jako v předchozích dnech hospitalizace. Fyziologické funkce byly měřeny po 4 hodinách, do doby překlada, na standardním oddělení již ne. Krevní tlak byl průměrně 130/90 mmHg, puls 88', saturace kyslíku neklesla pod 94%. Pacient byl afebrilní, klidný, orientovaný, neudával během dne žádnou bolest.

Z překlada měl radost, udával, že se konečně cítí svobodně, byl rád, že se mohl projít po chodbě, kde si mohl povídat s ostatními pacienty. Na pokoji potkal i svého kamaráda. Usnul pozdě, ale nestěžoval si. Ani se příliš nebudil.

Příjem: 1500 ml infúze + 1 300 ml tekutin = 2 800 ml

Výdej: 2050 ml

## **6. hospitalizační den - 11. 7. 2014**

Pacient byl ráno bez bolesti, cítil se dobře. Byly naměřeny následující hodnoty fyziologických funkcí: TK 130/70, P 85', TT 36,6 °C. S lékařem se domluvil na dimisi. Slíbil, že bude pravidelně docházet na kontroly, dodržovat léčebný režim. Rodina přislíbila, že na pána dohlédne.

Byly provedeny odběry, stejné jako předchozí den, navíc byly indikovány minerály Mg, Ca, P. Výsledky byly podobné jako předchozí den, z těchto indikovaných navíc byla hladina Mg a Ca v mezích, fosfor byl ikterický.

Sestry podaly léky dle ordinace lékaře, odstranily periferní žilní katétr, místo vpichu nejevilo známky infekce. Dále vyjmuly permanentní močový katétr, po jehož odstranění došlo ke spontánnímu vymočení do 2 hodin, bez obtíží. Pacient byl opět na stolici, měl radost, že se opět pravidelně vyprazdňuje. Ráno snědl 2 rohlíky s margarínem a šunkou.

Lékař indikoval ještě USG vyšetření – se stejným závěrem jako 7. 7. 2014.

Výsledky laboratorních vyšetření se během hospitalizace příliš nezlepšily, ovšem to není záležitost několika málo dní. Pacient měl dodržoval léčebný režim a pravidelně docházet na odběry krve a do hepatologické poradny.

„Svého“ pacienta jsem ještě byla v dopoledních hodinách navštívit na standartním oddělení, kde jsem se rozloučila, popřála pevné zdraví, úspěšnou brzkou transplantaci a poděkovala za spolupráci.

V 11:30 byl z oddělení propuštěn do domácí péče.

## 2.4 Ošetrovatelské problémy

- **Riziko non compliance z důvodu nedostatku informací**

Compliance je termín, který v překladu z anglického jazyka, znamená poddajnost a ochotu spolupráce.

*„...míra, s jakou subjekty účastníci se farmakoterapie dodržují doporučení, ustanovení a příslušná pravidla, která se k farmakoterapii vztahují.“*  
(Práznovcová, 2013)

Pacient by v ideálním případě dále měl rozumět příbalovým informacím léků, případně se poradit s lékařem, lékárníkem; užívat pravidelně předepsané léky, účastnit se pravidelných kontrol, navštívit doporučená vyšetření.

Vše také záleží na schopnosti, ochotě a motivaci každého pacienta jako individua a jeho vztahu se zdravotníkem.

Non-compliance je nedodržování léčebného režimu, ať už z jasného odmítnutí léčby, samovolného snižování nebo zvyšování dávek léků, vysazení léčby, opomenutí užití dávky léku, nedodržení časových intervalů nebo když pacient užívá léky jen před lékařskou prohlídkou.

Mezi rizikové faktory patří například: věk pacienta, handicap, sociální prostředí, psychické onemocnění, neschopnost uvědomit si stav onemocnění.

Důsledkem může být neefektivní farmakologická léčba, což často vede k prodlužování doby léčby, vyšší náklady na léčbu, zvýšené riziko nežádoucích účinků a s tím související nedůvěra v léčebný systém. (Práznovcová, 2013)

Pacient byl hospitalizován na JIMP zejména z důvodu rizika non compliance, aby byl sledován, měl individuálnější přístup. Režim na JIMP byl pro pacienta frustrující, necítil se tam dobře, byl nevrlý, neurvalý, až vulgární. Na sestry svým jednáním a chováním nepůsobil důvěryhodně, protože nerespektoval léčebný režim, byl tvrdohlavý. Pro sestry také nebyla situace úplně standardní. Většinou pečují o pacienty, kteří jsou trvale monitorováni, selhávají jim funkce některých orgánů, a za péči zdravotníků jsou vděční.



Nicméně je třeba mít na vědomí, že „i když v nás někteří pacienti vyvolávají různé negativní pocity, musíme se snažit přistupovat k nim jako k pacientům, kteří momentálně potřebují naše profesionální vědomosti a dovednosti, stejně jako lidský přístup.“ (Heřmanová et al., 2012, s.150)

Vzhledem k pacientově psychice, jeho obavám a nedůvěřivosti v personál, bylo žádoucí, aby pacient byl plně informován o svém zdravotním stavu, věděl, co se s ním bude dít, proč a aby získal více informací ohledně problematiky transplantace. Na základě mé komunikace s pacientem, si troufnu říci, že jsem pacientovi byla blízká, sympatická. Komunikovala jsem s ním otevřeně, nezastírala jsem, a proto neměl problém naslouchat, svěřit se, dotazovat se.

Ke každému pacientovi bychom měli přistupovat holisticky, čili nesoustředit se jen na fyzično, nebo nazývat pacienta diagnózou, ale zaměřit se na celek, takže vnímat také na jeho biologické, psychické a sociální potřeby. Do biologických potřeb patří například spánek, výživa, vyprazdňování, pohyb. Většina z výše zmíněných potřeb, nebyly zcela satureovány. Ze sociálních potřeb stojí za zmínku fakt, že pacient byl odtržen od běžného režimu, na standardním oddělení by měl možnost kontaktu s dalšími pacienty, chůzi po areálu nemocnice. Takto měl vedle sebe za zástěnou vážně nemocné, nekomunikující pacienty. Což bylo pro pacienta také frustrující. Dále je třeba si uvědomit, že pacient byl silný kuřák, kouřil krabičku cigaret denně a v průběhu hospitalizace neměl tu možnost. Proto se také necítil dobře. To vše se odrazí na psychice pacienta.

Prvořadým cílem bylo, aby se pacient cítil lépe, důvěřoval personálu. Poté jsme se v klidu mohly domluvit na úpravě režimu, spočívajícím v možnosti jít do sprchy, navštěvovat toaletu – čím jsme chránily pacientovu intimitu. Vzhledem k tomu, že pacientův stav nebyl natolik závažný, aby byl kontinuálně monitorován, snažila jsem se vyhovět mu a senzory k monitoraci jsem napojovala až těsně před zahájení měření. Dále měl možnost projít se několikrát denně s doprovodem sestry kolem lůžka. Podpořily jsme tedy pacienta v oblasti volnějšího pohybu, aby se cítil lépe.

Na základě rozhovoru s pacientem o jeho obavách, jsem požádala ošetřujícího lékaře, aby s ním promluvil, vysvětlil mu ještě jednou důvod hospitalizace na JIMP, aktuální zdravotní stav a možnost transplantace. Lékař si s pacientem promluvil k jeho spokojenosti. Z nabídnuté možnosti transplantace byl pacient nadšen.

Tyto intervence vedly ke zlepšení psychického stavu pacienta, což se projevilo i na lepší komunikaci, ochotě spolupracovat. V průběhu hospitalizace se pacient začal také vyprazdňovat a pravidelně stravovat. Což mimo jiné souvisí i s další, níže uvedenou diagnózou.

- **Riziko vzniku malnutrice související s dyspeptickými obtížemi**

Pacient měl dyspeptické obtíže, trpěl nevolnostmi, nauzeou, zácpou, nechutenstvím. S těmito problémy byl mimo jiné přijat. Trvaly několik dní, nechutenství pacient uváděl asi 2 měsíce. V důsledku toho přijímal malé množství potravin, jedl velmi nepravidelně a zhubl 6 kilogramů. Již dříve mu byly diagnostikovány žaludeční vředy. – režim doma?

Vzhledem k riziku malnutrici, bylo vhodné edukovat pacienta mimo jiné i v oblasti výživy.

Výživa, jakožto příjem potravy a tekutin, patří k základním potřebám každého člověka. Dostává se nám dostatku živin, stavebního materiálu i zdrojů energie, které jsou třeba pro fungování našeho organismu. Většinou ve stravování děláme spoustu zlovyků. Abychom se jich mohli zbavit, je třeba znát základy zdravé výživy. (Kapounová, 2007)

Mezi základní znalosti, které by měl znát každý, patří zejména dodržování pitného režimu, který by měl být přes 2 litry tekutin denně (ideálně neslazené vody). Co se týká kávy, silných čajů, doporučují se jen v malém množství.

Alkoholu by neměl být konzumován vůbec, a pokud ano, pak v malém množství, příležitostně. U mého pacienta je nutné alkohol vypustit zcela. Je to jedna z podmínek pro úspěšné zapsání na transplantační listinu. Pacient si toho je vědom, tuto informaci akceptuje.

Pokud bych měla shrnout stravování, největším problémem u klienta je zejména nepravidelnost stravování. Měl by se naučit jíst pravidelně, až 5x denně, v menších porcích. Poslední dobou trpí nechutenstvím, takže nejen že jí nepravidelně, ale i hodně málo. Udává, že mu nemocniční strava nechutná, ale poslední dobou nejedl příliš ani doma. Doporučila jsem mu, ať si prozatím vybere nějaká jídla, na která má opravdu chuť, tudíž by se na jídlo těšil a alespoň část porce by snědl. Navrhla jsem i rodině, aby pacientovi donesli nějakou domácí stravu – samozřejmě s ohledem na dietní omezení pacienta – dieta č. 4, s omezením tuků. Z této idey byli nadšeni.

Pacient je ve stádiu střední obezity, dle BMI. Vůči jeho výšce mě hmotnost nepřekvapovala a nezdál se mi obézní, spíš jen mohutný, dobře živený. Ale vzhledem k této hodnotě by mu jistě prospělo, kdyby nějaký kilogram shodil.

Vhodné by bylo, spolu s dostatečným pitným režimem, pravidelným stravováním, jíst vyvážené potraviny na cukry, tuky, bílkoviny, začít jíst ovoce a zeleninu, která se v pacientově jídelníčku téměř nevyskytuje a více se hýbat. Pokud pacient bude tyto zásady dodržovat a zlepší se jeho psychika, věřím, že problémy s nechutenstvím a zácpou ustoupí, a dokonce zdravě shodí nějaké přebytečné kilogramy.

## **2.5 Dlouhodobá péče - po propuštění**

Pacient byl hospitalizován od 6. 7. - 11. 7. 2014. Z propuštění měl radost. Domů se těšil. Při našem posledním setkání na oddělení říkal, že chce začít nový, lepší život. V rodině a nové přítelkyni měl velkou oporu a důvod ke zlepšení zdravotního stavu, uzdravení se. Po propuštění jej čekaly zprvu kontroly každých 14 dní v hepatologické poradně. Bylo mu řečeno, ať se v případě obtíží dostaví dříve, nebo navštíví interní příjem nemocnice. Pacient slíbil, že bude léky užívat pravidelně a co se stravování týká, začne si svůj příjem psát, aby to bylo motivační. K tomuto nápadu jsem jej nasměřovala já a jsem ráda, že ho zaujal.

Také jsem mu napsala odkazy na internetové stránky, kde se mohl on a jeho rodina o transplantaci jater dozvědět více.

### *Současnost – jaro 2016*

Je mi známo, že pacient od doby proběhlé hospitalizace, kterou jsem výše popisovala, chodí pravidelně na kontroly. Několikrát od doby hospitalizace jsem jej zahlédla, jednou jsem hovořila s ním přímo a nedávno s jeho synem. Udával, že se má dobře. Vypadal lépe, nebyl ikterický, shodil několik kilogramů – ovšem zdravě, ne hladověním a nechutenstvím. Žije již nějakou dobou s přítelkyní, která dbá na svou štíhlou linii a tak prý vaří i jemu, zdravě. Jídlo mu chutná.

Pár měsíců od propuštění se rozhodl, že omezí kouření na 10 cigaret denně. Od června 2015 nekouří. V současné době je zařazen v čekací listině na transplantaci jater.

### 3. DISKUSE

Tuto část bych ráda věnovala transplantaci jater. V České republice se játra transplantují v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) a v Brně, v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie. Dle informací z Koordinačního střediska transplantací, bylo například v loňském roce (2015), provedeno v ČR 188 transplantací jater. (Koordinační středisko transplantací, 2015)

V této části se zabývám otázkou návratnosti požívání alkoholických látek po transplantaci a čekací lhůtou.

Ač je výběr nemocných přísný a musí být dokázána abstinence minimálně půl roku, potvrzená psychiatrem, návratnost abúzu alkoholu po transplantaci je 10-50%. Na tento fakt přišli lékaři z pražského IKEM, kdy provedli výzkum u pacientů, kterým transplantovali játra. Od října 1995 do února 2002 provedli 246 transplantací jater, z toho 42 pro jaterní cirhózu alkoholické etiologie. Dalších 30 transplantací provedli u nemocných s cirhózou kombinované etiologie s přiznaným užíváním alkoholu. Ti nebyli do výzkumu zařazeni.

Po transplantaci byla u pacientů pravidelně po letech prováděna jaterní biopsie. Za nedodržení abstinence se považovala jakákoliv kladně zodpovězená otázka týkající se konzumace alkoholu v dotazníku, který jim byl předložen.

#### Otázky v dotazníku:

Máte chuť na alkoholické nápoje?

Navštívil jste po transplantaci psychologa, psychiatra nebo alkoholicko-toxickou poradnu?

Pil jste po transplantaci alkoholický nápoj?

Jak často se napijete alkoholického nápoje?

Pijete denně nebo bylo období po transplantaci, kdy jste pil?

Co pijete a kolik sklenic?

Výsledky byly porovnány s laboratorními testy, biopsií a dalšími sociologickými údaji.

Šetření se zúčastnilo 38 pacientů ze 42 (4 dotazník nevyplnili a 3 zemřeli s prokázaným abúzem alkoholu). Do šetření byli zapojeni i 3 pacienti, kteří v souvislosti s požíváním alkoholu zemřeli. U 4 se stal štěp z důvodu abúzu alkoholu dysfunkční, 2 zemřeli na jaterní selhání, další zemřel kvůli odmítnuté dialýze na selhání ledvin. 12 pacientů se vrátilo k alkoholismu bez detekce jaterního štěpu.

Z celkových výsledků vyplynulo, že 16 pacientů po transplantaci požívalo alkohol, recidivu užívání alkoholu přiznalo jen 13 z nich.

Z šetření vyplývá, že pacienti, kteří se k užívání alkoholu po transplantaci vrátili, mají vyšší úmrtnost, než příjemci jater – abstinenti. (Wohl et al., 2004)

V zahraničním zdroji se uvádí, že v Evropě se provádí asi 6000 transplantací jater ročně, což je stejně jako ve Spojených státech amerických.

Cirhóza je celkově nejčastější indikací k transplantaci, tvoří více než jejich polovinu. Z toho asi 20% tvoří jaterní cirhóza etylického původu a hepatitida C. Celkově se zlepšuje míra přežití po transplantaci 1 rok – 85%. Důvodem je dobrá chirurgická odbornost, lepší výběr pacientů, zlepšení ochrany po transplantačních komplikací a užívání imunosupresiv. (Adam et al., 2012)

Požívání alkoholu po transplantaci vede často k odmítnutí štěpu. V Britské Kolumbii, Kanadě, bylo od roku 1992 do roku 2006 provedeno 80 transplantací u pacientů s jaterní cirhózou etylické etiologie, z toho 28 pacientů zemřelo během studie, příčinou byla recidiva hepatitidy C, sepse po transplantaci, rakovina. Recidiva alkoholismu byla 10-ti procentní. Častěji se relaps vyskytl u mladších pacientů, u žen a pacientů, kteří abstinovali méně než 6 měsíců a důvodem byly další psychické faktory.

Celkové výsledky ukazují, že minimální abstinenční lhůta 6 měsíců je nutná. Riziko relapsu je opravdu vysoké. Mnoho studií ale ukázalo, že i tito pacienti mají podobnou míru přežití, jako pacienti po transplantaci s jinou diagnózou, s nealkoholickou formou. (Karim et al., 2010)

Obecně, čekací doba na transplantaci jater je v řádu několika dní až měsíců. Ovšem pražský IKEM uvádí, že mají tito pacienti přibližně poloviční šanci k zařazení na čekací listinu transplantací oproti nemocným s jinou etiologií. Ne že by měli relativní přednost pacienti s jinými diagnózami, ale protože ne každý pacient má prokázanou abstinenci. Dle mého názoru je toto opatření správné. Pokud by se výběr nijak nekorigoval, a játra by se transplantovala každému, asi by ani neměli pacienti potřebu před transplantací abstinovat, poté by si pitím poškozovali i nově přijatá játra, a to by byl nekonečný koloběh. Tedy v případě, že by pacient dříve nezemřel na jiné komplikace spojené s tímto, nebo jiným, přidruženým onemocněním.

## 4. Závěr

Předkládám bakalářskou práci, kde jsem se věnovala pacientovi s etylickou cirhózou jater. Během praxe a prázdninových brigád na interním oddělení, jsem se s touto diagnózou setkala třikrát, včetně tohoto případu. Spolupráce s těmito pacienty je individuální a mnohdy velmi náročná. Předchozí případy měly bohužel fatální následky. Asi i proto, že se do nemocnice dostaly pozdě, vždy v akutním stadiu.

Nyní, i s odstupem času, mohu říci, že můj pacient měl štěstí. Pochopil přímou souvislost mezi svým onemocněním a abúzem alkoholu. Svou chutí do života a snahou zbavit se alkoholové závislosti se vymyká z řad většiny těchto nemocných. Svou zásluhu na tom má také jeho rodina a blízcí, kteří mu jsou velkou oporou.

Bohužel, ne všichni pacienti tuto podporu a zázemí mají. Pan J.M. přestal pít, kouřit, změnil svůj životní styl, zhubnul – což se také příznivě projevilo na pohybovém aparátu, bolesti kloubů a zad, a proto omezil i analgetika, která dříve používal ve velké míře. V každém případě si pozastavil vývoj jaterní cirhózy, a tím si prodloužil život i jeho kvalitu. Cítí se dobře a doufá, že se brzy dočká transplantace. Ovšem i z ní má respekt. Je to pochopitelné, obavy jsou na místě, není to zákrok bez rizika, ale pevně věřím, že pokud se pacient k transplantaci dostane, vše dobře dopadne. Troufnu si říci, že věřím, že se k užívání alkoholu zpět nevrátí.

Jsem ráda, že jsem mohla být součástí příběhu pacienta s touto diagnózou, která je v dnešní době velkým strašákem naší společnosti a mnou publikovaný pacient svůj boj s nemocí ustává.



## Seznam použité literatury

3.LF UK. Ústav ošetrovatelství. Praha. *Ošetrovatelská anamnéza*. [online]. [cit. 20.1.2016]. Dostupná z:  
[http://www2.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNS001P2/studijni-materialy/Oxetxovatelstvx\\_anamnxza\\_3.\\_LF\\_UK.pdf](http://www2.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNS001P2/studijni-materialy/Oxetxovatelstvx_anamnxza_3._LF_UK.pdf)

ADAM, René et al. Evolution of indication and results of liver transplantation in Europe. A report from the European Liver Transplant Registry. *Journal of hepatology*. 2012, 57(3), 675-688. ISSN 1527-6473

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2.*, upr. a dopl. vyd. Editor Rastislav Druga, Miloš Grim. Praha: Avicenum. Zdravotnické nakladatelství, 1988, ISBN 80-247-1132-x

EHRMANN, Jiří et al. *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.

EHRMANN, Jiří et al. *Hepatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 616 s. ISBN 978-80-247-3118-6

HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, a.s., 2012, 200s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9

CHOPRA, Sanjiv a Sharon Cloud Hogan. *Játra: diagnóza, terapie, rekonvalescence*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, 2006?, 291 s. ISBN 80-720-5221

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KARIM Z., Intaraprasong P., Scudamore CH., et al. Predictors of relapse to significant alcohol drinking after liver transplantation. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2010;24(4): 245-250 [cit. 15.6.2016].  
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864620/>

Koordinační středisko transplantací. *Statistiky* [online]. Koordinační středisko transplantací: 2005 [cit. 8.5.2016]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2015/04/Transplantace-organu-v-CR-2015-1.vydani.pdf>

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

NAŇKA, Ondřej et al. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s., [16] s. barev. obr. příl. *Sestra (Grada)*. ISBN 80-247-1150-8

NOHEJLOVÁ, Kateryna. *Úvod do preklinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013, 185 s. ISBN 978-80-87878-04-0.

PRÁZNOVCOVÁ, L. *Compliance pacienta* [online]. Praha: Pace, o.p.s., 2015 [cit. 1.6.2016]. Dostupné z: [http://www.pace.cz/wp-content/uploads/2013/03/5\\_compliance\\_pacienta.pdf](http://www.pace.cz/wp-content/uploads/2013/03/5_compliance_pacienta.pdf)

ROKYTA, Richard et al. *Fyziologie*. Praha: SV nakladatelství 2000. s. 144-148. ISBN 80-85866-45-5

SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. SÚKL: © 2010 [cit. 15. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>

ŠPIČÁK, Julius et al. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 420 s., [20] s. barev. Obr. Příl. ISBN 978-80-247-1783-8

WOHL, Petr et al. *Rekurence abúzu alkoholu u pacientů s alkoholickou jaterní cirhózou po transplantaci jater v IKEM. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2004, 58(1), 6-10. ISSN: 1213-323X

## Seznam zkratek

%	procento
'	minuta
°C	stupně Celsia
a.	arterie
AFP	alfa-fetoprotein
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
amp.	ampule
apod.	a podobně
APPE	apendektomie
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
Ca	vápník
Cl	chlor
CNS	centální nervová soustava
cm	centimetr
cps	kapsle
CRP	C-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
ČID	částečný invalidní důchod
ČR	Česká republika
D	dech
d.	ductus
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DK	dolní končetina
dx.	dexter, vpravo

FF fyziologické funkce  
GABA kyselina gama-aminomáselná  
GIT gastrointestinální trakt  
EKG elektrokardiogram  
ERCP endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie  
et a  
g gram  
G Gauge-velikost kanyly, glukóza  
GD gastroduodenum  
GGT gamaglutamyltransferáza  
HBV hepatitida B  
HCC hepatocelulární karcinom  
HK horní končetina  
hod hodin  
i.v. intravenózně  
ID invalidní důchod  
IKEM Institut klinické a experimentální medicíny  
IM infarkt myokardu  
INR protrombinový čas  
INT interna  
JIMP jednotka intenzivní a metabolické péče  
K draslík  
KCl chlorid draselný  
kg kilogram  
l litr  
LDK levá dolní končetina  
MCV objem erytrocytů  
mg miligram

Mg hořčík  
MCH obsah hemoglobinu  
MCHC koncentrace hemoglobinu v buňce  
MK mastné kyseliny  
ml mililitr  
mmHg milimetr rtuťového sloupce - Torr  
MR magnetická rezonance  
n. nerv  
Na sodík  
nar. narozen  
NaCl chlorid sodný  
NN na noc  
O<sub>2</sub> kyslík  
P puls, fosfor  
p.o. perorálně  
p.p. podle potřeby  
P+V příjem a výdej (bilance tekutin)  
PMK permanentní močový katetr  
PŽK periferní žilní katetr  
RDW distribuční šíře erytrocytů  
sin. sinister, vlevo  
sir sirup  
SOŠ střední odborná škola  
SpO<sub>2</sub> saturace krve kyslíkem  
stp. stav po  
susp. suspektní  
TAG triacylglycerol  
tbl tableta

TEP totální endoprotéza  
TK tlak krve  
TRF transfuze  
TSH thyreotropní hormon  
TT tělesná teplota  
USG ultrasonografie  
v. žíla  
V/V výška/váha  
VAS vizuální analogová škála, vertebrogenní algický syndrom  
VCHGD vředová choroba gastroduodena  
VŠ vysoká škola  
WC toaleta  
μmol mikromol

# Seznam příloh

## Příloha č. 1 – ošetřovatelská anamnéza

### Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení : *INT. NIMP*  
Datum a čas odběru anamnézy : *7.7.2014 13<sup>00</sup>*

Jméno (iniciály) : *J. M.* Pohlaví : *M.* Věk : *47*

Datum přijetí : *6.7.14*

Stav : *rozvedený* Povolání : *ID (tatařka)*

Rodina informována o hospitalizaci : ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní) : *Susp. dekom. paderm. exkhezy*

Chronická onemocnění : *Astma bronchiální, gastroduodenální, exkheza paderm.,  
srdcověcirkulární onemocnění, diabetes mellitus, hypertenze,  
hypotenzie*

Infekční onemocnění :  NE  ANO

Režimová opatření : .....

Léčba:

Operační výkon : ..... Pooperační den : .....

Farmakoterapie : *2x 0,5% koca 50mg 1-1-1; Simvast 40mg 1-1-1;  
Atriam 635mg 1-0-1; Helicid 20mg 1-0-0;  
Reaxa 15mg 1-0-0; Normax 20mg 1-0-1;  
Ibalg. 2 400mg P.P.*

Jiné léčebné metody : .....

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně

Alergie :  ano  ne jaké : .....

Fyziologické funkce : P : *35'* TK : *140/80* D : *18* SpO2 : *98%* TT : *36,8°C*

#### 1) Vědomí

stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : *15*

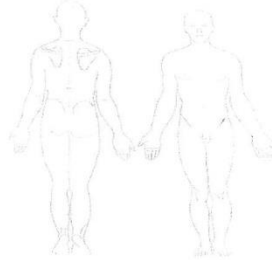
Orientovaný  Dezorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

**2) Bolest**

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná

ne  
lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**3) Dýchání**

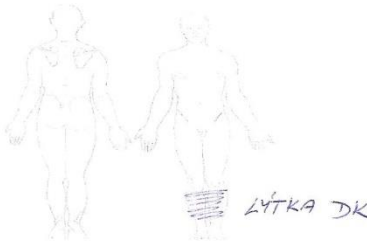
potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne

Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

**4) Stav kůže**

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné - *st.p. nehojících se furunkulóz-LDZ*  
 ne Riziko vzniku dekubitů - Nortonové skóre: 33.....

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....



**5) Vnímání zdraví**

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *polymorbidní pacient; vč. úžasn. onemocnění; kůže; úkladný absces 3 roky; výhledově TET kolone*

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: *4* Nutriční skóre: *2*

Hmotnost: *110 kg* Výška: *188 cm* BMI: *31,12*

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: *nechutenství!*

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

Enterální výživa: ..... Parenterální výživa: *ANO - infuze*

Denní množství tekutin: *1,5 litru* Druh tekutin: *dimenakty, kašva*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: *-6kg / 2 měs.*

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne *parodontóza*

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: *3. 7. 19*

Způsob vyprazdňování: *podložní mísa/močová láhev WC*

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: .....

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim: *bez omezení; podle RIF - o depresi*

Barthel test: *100 - nezávislý*

Riziko pádu: ANO skóre: .....

Pohyblivost:  chodící samostatně  chodící s pomocí **(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:.....

### Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

#### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 ✓ 5 0

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

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý  
 45-60 bodů: závislost středního stupně  
 65-95 bodů: lehce závislý  
 100 bodů: nezávislý ✓

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4 <input checked="" type="checkbox"/>	< 10 4	Normální 4 <input checked="" type="checkbox"/>	Žádné 4	Dobrá 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE <input checked="" type="checkbox"/>
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO <input checked="" type="checkbox"/>	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO <input checked="" type="checkbox"/>	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE <input checked="" type="checkbox"/>

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b <input checked="" type="checkbox"/>	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b <input checked="" type="checkbox"/>	
- částečně	1b	
- nespupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrať?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO	1 bod
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	25
5-13 bodů	Střední riziko	
14-19 bodů	Vysoké riziko	

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©



## Příloha č. 2 – laboratorní vyšetření

	6/7	7/7	8/7	9/7	10/7	11/7	Referenční meze
<b>SÉRUM/PLAZMA</b>							
<i>Sodík</i>	136	135	133	133	133	130	135-145 mmol/l
<i>Draslík</i>	4,1	3,5	3,5	3,8	4,3	4,4	3,8-5,3 mmol/l
<i>Chloridy</i>	100	102	101	101	102	99	96-106 mmol/l
<i>Hořčík</i>	0,95					1,10	0,80-0,95 mmol/l
<i>Vápník</i>	2,48					2,16	2,15-2,60 mol/l
<i>Fosfor</i>	0,54					ikterické	0,85-1,60 mmol/l
<i>Urea</i>	4,3		8,7	7,8	8,3	10,1	2,8-11,9 mmol/l
<i>Kreatinin</i>	77		78	72	73	75	62-115 µmol/l
<i>Kyselina močová</i>	352						200-420 µmol/l
<i>Bilirubin</i>	238	208	271	409	501	620	0-17 µmol/l
<i>ALT</i>	1,35	0,94	0,92	0,97	1,04	1,18	0,10-1,10 µkat/l
<i>GGT</i>	14,43	8,81	5,84		ikterické	ikterické	<0,85 µkat/l
<i>ALP</i>	2,28	1,74	2,05	1,77	1,96	2,22	0,80-2,60 µkat/l
<i>AST</i>	1,91	1,41	1,48	1,70	1,91	2,24	<0,70 µkat/l
<i>AMS v séru</i>	0,67						0,47-1,7 µkat/l
<i>Bílkovina v séru</i>	65,0						65-85 g/l
<i>Albumin</i>	37,0						38-58 g/l
<i>Cholesterol</i>	3,0						2,9-5 mmol/l
<i>Triacylglyceroly</i>	2,33						0,45-1,7 mmol/l
<i>Glukoza</i>	8,6						3,3-5,6 mmol/l
<i>CRP</i>	36,9	32,1	33,3		35,4	42,4	<5 mg/l
<i>TSH</i>	2,83						0,27-4,2 mU/l
<i>CEA</i>	4,32						<3,4 µg/l
<i>AFP</i>	4,4						0,5-5,8 µg/l
<i>CA 19-9</i>	11,4						<34 kU/l
<i>CA 15-3</i>	50						<25 kU/l
<i>CA 125</i>	98,5						<35 kU/l
<i>PSA</i>	0,76						<2 µg/l
<i>Ferritin</i>	607						30-400 µg/l

	6/7	8/7	10/7	11/7	Referenční meze
<b>KO</b>					
<i>Erythrocyty</i>	2,8	2,3	2,3	2,3	4-5,8 10 <sup>9</sup> /l
<i>Hemoglobin</i>	133	112	111	114	135-170 g/l
<i>Hematokrit</i>	0,387	0,331	0,320	0,325	0,4-0,5 g/l
<i>MCV</i>	140	143	141	140	83-98 fl
<i>MCH</i>	48	48	49	49	28-34 pg
<i>MCHC</i>	344	338	346	352	320-360 g/l
<i>RDW</i>	20,5	22,1	21,2	20,7	10-16 %
<i>Trombocyty</i>	102	97	135	152	150-400 10 <sup>9</sup> /l
<i>MPV</i>	7	7	7,6	8,1	7,8-11 fl
<i>Leukocyty</i>	8,6	6,1	6	6,8	4-10 10 <sup>9</sup> /l
<i>Segmenty</i>	88				55-70 %
<i>Lymfocyty</i>	14,9				20-45 %
<i>Eosinofily</i>	1,6				1-5 %
<i>Monocyty</i>	3,5				2-12 %
<i>Bazofily</i>	0				0-2 %
<i>Quick (INR)</i>	1,25		1,30	1,36	0,80-1,20
<i>APTT</i>	26				26-35 s
<b>MOČ + SEDIMENT</b>					
<i>Bílkovina</i>	Neg.				<15 g/l
<i>Glukóza</i>	Norm.				Norm.
<i>Aceton</i>	Neg.				Neg.
<i>Urobilinogen</i>	2 arb.j.				Norm.
<i>Bilirubin</i>	3 arb.j.				Neg.
<i>pH</i>	7 arb.j.				Neg.
<i>Erythrocyty</i>	1arb.j				Neg.
<i>Leukocyty</i>	1/μl				<25 buněk/μl
<i>Nitrity</i>	Neg.				arb. j.

### ***Příloha č. 3 – výsledky vyšetření***

#### **Abdominální ultrasonografie 7. 7. 2014**

Játra jsou zvětšena, difuzně vyšší echogenity, intrahepatální žlučové cesty a hepatocholedochus se nezdají být rozšířeny, šíře v. portae v mezích, žlučník je normálně velký, s částečně echogenním obsahem a drobnými hyperchogenními útvary s akustickým stínem do průměru 5 mm. Pankreas je nepřehledný.

Slezina je zvětšená 15x7 cm. Ledviny jsou normální velikosti a uložení, poměr parenchymu a centrálního sinu je přiměřený. Močový měchýř je bez nálezu.

Volnou tekutinu v břišní dutině neprokazujeme.

Závěr: Hepatosplenomegalie. Sludge ve žlučníku, cholecystolithiasis.

#### **Gastroskopie 8. 7. 2014**

Přístroj zaveden do jícnu, varixy nevidíme, kardie těsní. V žaludku je sliznice oteklá, políčkováná. V bulbu, DI a DII otok.

Závěr: Portální hypertenzní gastropatie.

#### **Konzultace IKEM 10. 7. 2014**

Pacient t.č. není k akutnímu řešení (Tx, Prometheus). Dop. vyloučit příčiny akutní exacerbace jaterního selhání (hepatitidy, tox. etiologie), dop. také prev. ATB pro časté krypto oligosymptomatologie.

Zařazení na event. Tx až po „přežití“, této epizody.

Abstinence-nutno potvrzení psychologem, nízké GGT, normocytóza.

#### **Abdominální ultrasonografie 11. 7. 2014**

Závěr: Hepatosplenomegalie. Sludge ve žlučníku. Cholecystolithiasis.



## **Příloha č. 4 – farmakoterapie**

Farmakoterapii jsem popsala ke dni 7. 7. 2014. Informace o medikamentech jsem získala z příbalových informací od léků na oddělení a z internetové databáze léků na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv. (SÚKL) Zde je možné stáhnout informace a příbalové letáky léků, které jsou v ČR registrovány.

Protože se u většiny léků může vyskytovat řada nežádoucích účinků, vybrala jsem ty nejčastější. Způsob podání a dávkování vychází ze zdravotnické dokumentace pacienta.

### **Aminosteril N Hepa 8% 500ml**

*indikační skupina:* infundabilia

*indikace:* přívod aminokyselin u těžkých jaterních insuficiencí s postižením nebo bez postižení mozku (encefalopatie)

*nežádoucí účinky:* při správném užívání nejsou známy

*dávkování, způsob podání:* infuzní roztok, i.v. podání, rychlost 100 ml/ hod, v 8:00

### **Glukóza 10% 500ml**

*indikační skupina:* infundabilia

*indikace:* zdroj karbohydrátů, prevence a léčba hypoglykémie, rehydratace v případě ztráty vody a stavů hydratace u pacientů s vysokou spotřebou sacharidů, ředění kompatibilních léčivých přípravků

*nežádoucí účinky:* hyperglykémie, hypervolémie, poruchy elektrolytů

*dávkování, způsob podání:* infuzní roztok, i.v. podání, rychlost 100 ml/hod, v 14:00

### **Kalium chloratum 7,5% 20 ml**

*indikační skupina:* varia- minerální látky, chlorid draselný

*indikace:* prevence a léčba hypokalémie, ztráty draslíku způsobené zvracením, na podkladě nefrotického syndromu, při podávání diuretik s kaliuretickým účinkem, při dlouhodobé léčbě vysokými dávkami kortikosteroidů, při ileu, hyperaldosteronismu

*nežádoucí účinky:* při dodržení doporučeného dávkování k nežádoucím účinkům nedochází, nadměrný přívod kalium může vést k hyperkalémii

*dávkování a podání:* injekční roztok 20 ml (2 amp) i.v. podání, podáno spolu s 10% Glukózou 500 ml (viz výše), rychlost 100 ml/ hod, v 14:00

### **Verospiron 50 mg**

*indikační skupina:* diuretikum

*indikace:* hypertenze, srdeční selhání, léčba edému a ascitu, diagnostika a léčba primárního hyperaldosteronismu, hypokalémie

*nežádoucí účinky:* vyrážka, otok obličeje, rtů, jazyka nebo hrdla, obtížné dýchání nebo polykání

*dávkování, způsob podání:* 1cps p.o. ráno

### **Simepar 75 mg**

*indikace:* hepatikum

*indikační skupina:* *indikace:* zánět jater, jaterní cirhóza, ztukovatění jater, poškození vlivem alkoholu, jedovatých látek či některých léků nebo při otravách houbami

*nežádoucí účinky:* mírný projímavý účinek, trávicí obtíže, kožní alergické projevy  
*dávkování, způsob podání:* 1 cps p.o. 3x denně

### **Atram 6,25 mg**

*indikační skupina:* sympatolytika

*indikace:* vazodilatace, léčba hypertenze, dlouhotrvající stabilní angina pectoris, léčba stabilního dlouhotrvajícího selhání srdce

*nežádoucí účinky:* závrať, bolest hlavy, srdeční problémy, které mohou způsobit dušnost nebo otok kotníků), hypotenze, pocit únavy

*dávkování, způsob podání:* 1 tbl p.o. ráno a večer

**Helicid cps p.o. 20 mg**

*indikační skupina:* antacida

*indikace:* vředy dvanáctníku, žaludku, záněty jícnu, refluxy, pyrózy, dyspepsie

*nežádoucí účinky:* bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, zvracení, plynatost

*dávkování, způsob podání:* 1 cps p.o. ráno nalačno a večer před večeří.

**Lactulosa biomedica 50%**

*indikační skupina:* digestivum, laxativum

*indikace:* zácpa, při hemorhoidech, po zákroku na tlustém střevě nebo konečníku, jaterní encefalopatie (léčba a prevence jaterního kómatu nebo prekómatu)

*nežádoucí účinky:* plynatost, průjem, bolesti břicha, nauzea, zvracení

*dávkování, způsob podání:* 1 polévková lžice (15 ml) sirupu p.o. ráno a večer

**Kalnormin 1g**

*indikační skupina:* minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem

*indikace:* hypokalémie

*nežádoucí účinky:* zvracení, průjem, plynatost, krev ve stolici

*dávkování, způsob podání:* 1 tbl p.o. 3x denně

**Novalgin 2 ml**

*indikační skupina:* analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum

*indikace:* tlumí bolest, snižuje teplotu, tlumí křeče

*nežádoucí účinky:*

*dávkování, způsob podání:* 1 amp i.v. při bolesti

**Diazepam Slovakofarma 5 mg**

*indikační skupina:* anxiolytikum

*indikace:* úzkost, napětí, strach, neklid, křeče, epileptické křeče, léčba abstinenčního syndromu u alkoholiků, předoperační příprava

*nežádoucí účinky:* zažívací potíže, zvýšená hladina některých enzymů v krvi, zánětlivé onemocnění kůže způsobující zarudnutí a šupinatění povrchu kůže

*dávkování, způsob podání:* 1 tbl p.o. v případě potřeby na noc