

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Lucie Austová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lucie Austová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIANTA S JATERNÍ
CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, její připomínky, trpělivost a vstřícnost.

Velké díky též patří pracovníkům FN Plzeň za jejich vstřícnost při poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Austová Lucie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u klienta s jaterní cirhózou

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 47

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: Játra – cirhóza – ošetrovatelský proces – dekompenzace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u klienta s dekompenzovanou jaterní cirhózou. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie jater, dále jaterní cirhóza jako celek. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces, průběh hospitalizace. Výstupem pro praxi je edukační leták pro cílovou skupinu.

Annotation

Surname and name: Austová Lucie

Department: Department Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process of klient with a hepatic cirrhosis

Consultant: Nursing process of client with hepatic cirrhosis

Number of pages – numbered: 47

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 24

Keywords: Liver – cirrhosis – nursing process - decompensation

Summary:

This bachelor thesis deals with the nursing process, a client with decompensated cirrhosis. The theoretical part describes the anatomy and physiology of the liver, as well as cirrhosis of the liver as a whole. The practical part describes the nursing process, the course of hospitalization. The output for the practice's educational flyer for the target group.

OBSAH

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	2
1 ANATOMIE JATER	2
1.1 Popis jater	2
1.2 Krevní zásobení jater	3
1.3 Stavba jater	4
2 FYZIOLOGIE JATER.....	5
2.1 Metabolická funkce jater	5
2.1.1 Metabolismus sacharidů	5
2.1.2 Metabolismus lipidů	5
2.1.3 Metabolismus proteinů	6
2.2 Biotransformační funkce.....	6
2.3 Sekreční a exkretční funkce	6
2.4 Ostatní funkce jater	7
3 JATERNÍ CIRHÓZA	8
3.1 Příčiny.....	8
3.2 Příznaky	9
3.3 Vyšetřovací metody	10
3.4 Léčba.....	12
3.5 Komplikace a jejich řešení.....	13
3.6 Vývoj nemoci a sledování klientů s jaterní cirhózou.....	14
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	16
4.1 Model dle Marjory Gordonové	16
PRAKTICKÁ ČÁST	19
5 FORMULACE PROBLÉMU	19
6 CÍL PRÁCE	20
6.1 Dílčí cíle.....	20
7 VÝBĚR PŘÍPADU.....	21
8 METODIKA	22
9 KAZUISTIKA KLIENTA.....	23
9.1 Anamnéza	23
9.2 Nynější onemocnění	24
9.2.1 Lékařské diagnózy - aktuální.....	24
9.2.2 Lékařské diagnózy – chronické	24
9.3 Fyzikální vyšetření sestrou	25

9.4	Hodnocení škálami	26
9.5	Hospitalizace.....	27
10	INFORMACE ZÍSKANÉ ROZHOVOREM	35
11	APLIKACE MODELU MARJORY GORDONOVÉ	36
12	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	39
12.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy:	39
12.2	Potencionální ošetřovatelské diagnózy:	41
13	EDUKAČNÍ PLÁN	42
	DISKUZE	43
	ZÁVĚR.....	47
	BIBLIOGRAFIE	48
	SEZNAM ZKRATEK	50
	SEZNAM OBRÁZKŮ	51
	SEZNAM PŘÍLOH	52

ÚVOD

V této bakalářské práci se zabývám problematikou ošetrovatelského procesu u klientů s jaterní cirhózou. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Hlavním cílem této práce je objektivně zhodnotit kvalitu života u klienta s dekompenzovanou jaterní cirhózou za hospitalizace. Hodnocení probíhá na základě zpracování a rozboru kazuistiky.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je zaměřena na anatomii jater. Druhá kapitola popisuje jejich fyziologii a funkce. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na jaterní cirhózu jako celek. Popisuji zde její příčiny, příznaky, vyšetřovací metody, léčbu, komplikace a specifika sledování klienta s tímto onemocněním. Poslední kapitola teoretické části hovoří o ošetrovatelském procesu, a zejména ošetrovatelském modelu dle americké sestry Marjory Gordonové. Jsou zde popsány všechny potřeby klienta, na které bychom se měli zaměřit při realizaci ošetrovatelského procesu.

V praktické části se zaměřuji na případ klientky s dekompenzovanou formou ethylické jaterní cirhózy, která byla hospitalizována ve FN Plzeň v době mé praxe. Na úvod praktické části jsem zařadila anamnézu, do které jsem zařadila lékařské diagnózy akutní a chronické. Do této části jsem zahrнула také fyzikální vyšetření sestrou, shrnutí rozhovorů s klientkou, hodnocení škálami a edukační plán, kde se zaměřuji na správnou výživu klientky při jaterní cirhóze. Popisuji zde průběh patnácti dnů hospitalizace, kdy jsem sledovala všechny problémy klientky. Spolupracovala jsem krom jiného s lékařkou a sestrami, které mi na základě souhlasu klientky mohly poskytovat informace o jejím zdravotním stavu. Ve své práci se zaměřuji na otázku kvality života klienta s jaterní cirhózou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE JATER

Játra – hepar, jsou největší žlázou v lidském organismu, u dospělého váží cca 1500 g (žena: 1200-1500 g, muž: 1500-1800 g). Tvarem připomínají trojboký jehlan, barva je díky bohatému cévnímu zásobení hnědočervená. Vpravo pod nimi je uložen žlučník (vesica fellea). Jsou křehká, proto může dojít při nadměrném nárazu k masivnímu krvácení. Za minutu jimi proteče asi 1500 ml krve, což představuje 20% z celkového srdečního výdeje. (1, str. 14-16)

Játra jsou uložena v dutině břišní pod pravou a částečně i levou klenbou brániční. Dýchacími pohyby mění svou polohu zhruba o 3 - 4 cm. Povrch jater vytváří vazivová vrstva, která se pojí na tkáň okolo cév a ve většině povrchu je k ní připojen řídkým vazivem také list peritonea. Tato vrstva se nazývá capsula Glissoni nebo také tunica fibrosa. (2, str. 67) Peritoneum, které játra z většiny též pokrývá, tvoří na povrchu lesklý povlak (tunica serosa).

1.1 Popis jater

Játra dělíme na dvě části, facies diaphragmatica (část, která se dotýká bránice) a facies visceralis (část, která naléhá na orgány břišní dutiny). Na facies visceralis, tedy dolní ploše jater, můžeme pozorovat otisky orgánů. Je zde znatelná brána jaterní (porta hepatis), což je místo, kde do jater vstupují jaterní tepna (arteria hepatica) spolu s vrátnicovou žilou (vena portae) a vystupují žlučovody (ductus hepaticus dx. et sin.). Na facies diaphragmatica je jediným orgánovým otiskem impressio cardiaca, tedy otisk srdce v osrdečníku, který je však poměrně mělký. Přední plocha jater je dělena na pravý a levý lalok (lobus dexter et sinister). Pravý lalok je největší částí jater a na své viscerální ploše se dotýká nadledviny, ledviny, duodena a flexura coli dextra. Levý lalok je menší a plošší, na viscerální ploše se dotýká jícnu a žaludku. Mezi pravý a levý lalok se vtěsňávají lalok čtverhranný (lobus quadratus) a oválný (lobus caudatus). Lobus quadratus je znatelný zejména na viscerální ploše ventrálně, lobus caudatus leží dorzálně. Laloky se pro potřeby chirurgie dělí na segmenty. Nejpoužívanější dělení je dělení dle Couinauda, které dělí játra na osm segmentů. (2, str. 67)

Na horní ploše, v přechodu facies diaphragmatica a facies visceralis se nachází area nuda (pars affixa), která není kryta pobřišnicí, a játra jsou zde fixována k bránici pevným srůstem. Dalším fixačním aparátem jater je ligamentum falciforme, které fixuje játra k přední a horní ploše bránice a viditelně od sebe odděluje pravý a levý lalok. Fixaci jater také napomáhá ligamentum teres hepatis, které vystupuje z ligamentum falciforme. Ligamentum teres hepatis vystupuje z porta hepatis směrem k přední břišní stěně. Toto ligamentum je pozůstatkem po v. umbilicalis a obsahuje drobné venae paraumbilicales. Vede tedy od pupku. (3, str. 17-18)

Další vazy, které se na játrech nachází, již nesouvisí s jejich fixací. Jde o ligamentum venosum, které vede od levé větve vena portae po viscerální ploše až k levé jaterní žíle. Dalšími jsou ligamenta coronaria, které vytváří listy peritonea lemující pars affixa. Ligamentum hepatoduodenale fixuje játra k zadní stěně břišní a vede od porta hepatis k pars superior duodeni. Ligamentum venae cavae ohraničuje část dolní duté žíly v místě vnoření do jater. Do tohoto místa vstupuje 10 - 20 malých jaterních žilek, které vedou krev z lobus caudatus a jeho okolí přímo do dolní duté žíly. Játra jsou inervována sympatickými vlákny ganglií vycházejících z Th 7 – 10, které se pojí s vlákny n. vagus a n. phrenicus. Nervus phrenicus dx. zajišťuje senzibilitu Glissonova pouzdra a pars affixa. (3, str. 18)

1.2 Krevní zásobení jater

Krevní oběh jater se dělí na nutritivní a funkční. Nutritivní oběh zajišťuje větev z truncus coeliacus, a to sice arteria hepatica propria, která vychází z arteria hepatica communis. V úrovni porta hepatis se a. hepatica propria dělí na dvě větve – pravou a levou. Nejčastěji je pravá jaterní větev popisována jako větev arteria mesenterica a levá jako větev levé gastrické arterie. Tyto tepny přivádějí do pravého a levého jaterního laloku kyslík. Funkční oběh je zajištěný prostřednictvím vena portae. Vstupní část této žíly tvoří asi 8 cm dlouhý kmen, který začíná soutokem v. lienalis a v. mesenterica superior. Portální žíla je na hranici jaterní tkáně rozdvojena. Bifurkace porty, která tvoří tvar písmene T, se rozděluje na větve pro pravý a levý lalok. V portální žíle nejsou přítomny chlopně, takže tlak v ní je volně převáděn zpátky do přírodních cév. Hranice povodí v. portae s povodím ostatních žil tvoří predilekční místa pro rozvoj kolaterálního oběhu. Portální žílou proteče za minutu asi 900 ml krve, což představuje zhruba 60% z celkového minutového průtoku krve játry. (1, str. 14-16) Vena portae přivádí do jater vstřebané živiny

z trávicího traktu, jako jsou bílkoviny a uhlovodany. Dále vede do jater odbourané krevní barvivo ze sleziny. Přivádí tedy krev bohatou na živiny, ale chudou na kyslík.

1.3 Stavba jater

Základní stavební jednotku jater tvoří jaterní lalůček (lobulus hepaticus). Má tvar pěti až sedmi bokého hranolu. Játra zdravého jedince se skládají z 50 - 100 000 jaterních lalůčků. Každý lalůček se skládá z trámců jaterních buněk (hepatocytů). Trámce tvoří vždy dvě řady hepatocytů. Mezi nimi probíhají jaterní sinusoidy - široké kapiláry, do kterých vyúsťují větve v. portae a arteria hepatica. V místech mezi lalůčky jsou tzv. portobiliární prostory, kde probíhají větve a. hepatica, v. portae a intralobulární žlučovody. Dohromady vytváří takzvanou jaterní triádu. Větve portální žíly a jaterní tepny se zde spojují a vedou smíšenou krev do centrální žíly (vena centralis). (3, str. 20) Tato centrální žíla je ve středu jaterního lalůčku a je počátečním úsekem jaterní žíly. Pleteň je kryta vrstvou vaziva, které dosahuje až na povrch jater, tedy tunica fibrosa. Hepatocyty odebírají z krve kyslík a vstřebané žlučové barvivo. Krev tedy protéká k centru lalůčku, do v. centralis. Intralobulární žlučovody, jejichž stěnu tvoří jaterní buňky a probíhají uvnitř trámců. Jsou počátečními žlučovými cestami. Žluč odtéká k periférii lalůčků, do intralobulárních žlučovodů a dále do extrahepatálních žlučových cest. Odtéká opačným směrem než krev. V Disseho prostoru, který je mezi trámci hepatocytů a stěnou sinusoidů, začínají lymfatické cévy. (4, str. 25-27) Jejich bohatá pleteň doprovází kapilární síť do mezenterických uzlin. Menší pleteň lymfatických cév provází strom jaterní žíly k uzlinám, které se nacházejí u soutoku jaterních žil s dolní dutou žílou. Lymfa z povrchu jater, konkrétně z pars affixa a facies diaphragmatica je vedena do frenickým a předních mediastinálních uzlin.

2 FYZIOLOGIE JATER

Játra mají na starosti mnoho souvisejících funkcí. Mezi ně patří především metabolismus živin vstřebaných z trávicího traktu, jako jsou cukry, tuky a bílkoviny. Ty se do jater dostávají pomocí portálního oběhu. (5, str. 144-148) Dalšími jsou biotransformační funkce, které zajišťují metabolismus steroidních hormonů a dalších tělu nepotřebných látek, detoxikační funkce, termoregulace atd. Játra fungují také jako rezervoár krve a glykogenu. Při masivním krvácení se z jater může uvolnit určité množství krve do oběhu. Játra mají význam pro krevtvorbu, vlastnosti krve a celkový krevní oběh.

2.1 Metabolická funkce jater

2.1.1 Metabolismus sacharidů

Játra fungují jako tzv. glukózový „pufr“ (glukostat), který má za úkol udržovat hladinu glykémie v rovnováze. V případě zvýšení hladiny glykémie dojde k vyššímu vychytávání glukózy v játrech, a současně ke stimulaci syntézy a uskladňování jaterního glykogenu – tj. zásobní forma glukózy. Při snížené hodnotě glykémie se jaterní glykogen odbourává (glykogenolýza) a následně se glukóza uvolňuje do krve. (5, str. 144-148) Játra jsou schopna glukogeneze, tedy tvorby glukózy i z jiných zdrojů, jako například z aminokyselin, laktátu a glycerol-3-fosfátu. Při krátkodobém hladovění se zde uvolňuje dostatečné množství glukózy k zachování funkce neuronů CNS. Celkem se uvolní asi 7,5 g glukózy za hodinu. Tato glukóza je ze dvou třetin získána glykogenolýzou a zbylá jedna třetina glukogenezí. Při dlouhodobém hladovění dojde k úbytku glykogenu v játrech. Mozek se však na tuto situaci adaptuje během 24 hodin a část energie získává pomocí ketolátek. Potřeba glukózy v organismu se pak snižuje na 2 g za hodinu. Glukóza se tvoří v endoplazmatickém retikulu hepatocytů zejména z aminokyselin a laktátu. Do krve se glukóza dostává přes membránu hepatocytů, a to sice difuzí. (6, str. 105-106)

2.1.2 Metabolismus lipidů

Právě tento mechanismus se nejintenzivněji odehrává v játrech. Je zde vysoká aktivita β -oxidace mastných kyselin, která zajišťuje energii pro glukogenezi. Probíhá zde také tvorba cholesterolu, fosfolipidů a lipoproteinů. V játrech dochází k lipogenezi, tedy přeměně sacharidů a proteinů na tuk. (5, str. 144-148) Při nadbytku glykogenu se aminokyseliny a glukóza mohou přeměnit na tuk, který je ukládán do tkání. Játra tvoří a vychytávají plazmatické lipoproteiny, díky nimž se následně tvoří apoproteiny, které fungují jako aktivátory enzymů lipidového metabolismu. Při nadměrném množství glukózy

v játrech také dochází k přeměně na mastné kyseliny a dále k esterifikaci s glycerolem. Tyto lipidy jsou pak do krve uvolňovány jako VLDL (very low density lipoproteins), které jsou dále v játrech vychytávány LDL receptory (low density lipoproteins). Přítomnost těchto receptorů umožňuje opakovaný záchyt a zpracování cholesterolu. Dále se zde tvoří plazmatické lipoproteiny HDL (high density lipoproteins), které obsahují cholesterol, fosfolipidy a triglyceridy. V játrech se nacházejí také receptory SR-B1 (scavenger receptor class B), které zajišťují vychytávání HDL s vysokým obsahem esterů cholesterolu. (3, str. 31-33) Vychytený cholesterol se dále mění na žlučové kyseliny, které jsou vyměšovány do žluče.

2.1.3 Metabolismus proteinů

Jaterní tkáň je jediná, která je schopna metabolismu, a zvláště anabolismu proteinů. Probíhá zde syntéza plazmatických bílkovin, tzn. albuminů, α a β globulinů a fibrinogenu. Za jeden den játra vyprodukují asi 50 g těchto bílkovin, které mají význam pro onkotický tlak, tvorbu tkáňového moku a také pro transportní funkce. Zabraňují přechodu plazmy do intersticia, a tedy vzniku edému a snížení cirkulujícího objemu. (5, str. 144-148) V případě nadbytku se mohou přeměňovat na tuk, v době hladovění zas na glukózu.

2.2 Biotransformační funkce

Játra zpracovávají látky, které v těle vznikly, ale již nejsou pro organismus potřebné, například steroidní hormony. Dále mění látky, které v těle vznikly, ale jsou pro něj jedovaté, například amoniak, bilirubin aj. V neposlední řadě jsou to látky tělu cizí, jako jsou léky a jedy. Játra obsahují mnoho enzymů, které způsobují řadu chemických reakcí, jako jsou hydrolýza, hydratace, metylace, oxidace a další. (5, str. 144-148) Po těchto reakcích přichází fáze druhá a to sice konjugace. Výsledkem těchto reakcí je škodlivina snadněji vylučitelná z organismu.

2.3 Sekreční a exkreční funkce

Jako sekreční funkci jater můžeme označit tvorbu žluči a její vylučování do střeva. Žluč je významným produktem pro transport látek, které nemohou být z organismu vyloučeny ledvinami. Její pH se pohybuje od 7,1 do 7,3. Velký význam má také pro trávení a vstřebávání tuků. Je složena z bilirubinu, lecitinu, cholesterolu a žlučových kyselin. Primárně se žluč tvoří v hepatocytech, odkud se transportuje do žlučových kanálků. Dále je vedena do intrahepatálních a extrahepatálních cest, kde je ředěna vodnatou tekutinou. Žluč poté odtéká pravým a levým žlučovodem do společného

žlučovodu a následně do žlučníku. V intrahepatálních a extrahepatálních cestách protéká žluč jaterní, tedy nezahuštěná.

Této jaterní žluči se produkuje asi 900 ml za den, přičemž jen polovina tohoto objemu je vedena do žlučníku. Zde se 10 – 20x zvyšuje koncentrace žlučových složek. Dochází k tomu díky zpětné resorpci vody a vstřebávání iontů. Do duodena se denně vyplaví asi 500 ml směsi řídké jaterní žluči a zahuštěné žluči ze žlučníku. Exkreční funkci rozumíme vylučování látek do žluče, které pro organismus nemají žádný význam. Jsou to například vápenné ionty, bilirubin, těžké kovy, atd. (6, str. 105-106)

2.4 Ostatní funkce jater

V játrech probíhají exotermické reakce. Ty uvolňují teplo, které se dále dostává krví do ostatních orgánů. Krev vedená z jater má nejvyšší teplotu měřitelnou v lidském organismu, její hodnota je 39-40°C. Játra jsou tedy jakýmsi tepleným jádrem organismu a mají značný vliv na termoregulaci. V prenatálním období mají játra za úkol krvetvorbu, respektive tvorbu krevních elementů. Současně s játry se krevní buňky tvoří také ve slezině, proto je toto období popisováno jako hepatolienální. Po porodu játra novorozence ztrácí funkci krvetvorby, ale při patologiích, jako jsou těžká poškození kostní dřeně, může být tato funkce znovu obnovena. Během života si pak játra udržují funkci jako rezervoár krve. Dojde-li k výraznému snížení krevního tlaku, začne se krev z jater vyplavovat do oběhu. V játrech probíhá také tvorba důležitých faktorů pro hemokoagulaci. Velká část těchto faktorů vzniká v játrech syntézou, za přítomnosti vitamínu K. (9, str. 49-50) Tyto faktory se nazývají K-dependentní. Při snížené hladině vitamínu K může dojít ke zvýšené krvácivosti. Dalším významem jater je spojen s erythropézou (krvetvorbou), to znamená hospodaření se železem a skladování některých vitamínů třídy B, které mají vliv na krvetvorbu. Dochází zde k odbourávání hemoglobinu z rozpadlých erytrocytů na bilirubin. (6, str. 105-106) Mezi další látky, které jsou v játrech skladovány, patří vitamíny A, D a B₁₂. Vitamin A je v játrech zásoben asi na 10 měsíců, vitamin D na 3-4 měsíce a vitamin B₁₂ až na několik let. Železo je skladováno ve formě feritinu, což je nitrobuněčný protein. Játra se podílí také na hospodaření vody a minerálů. Produkují bílkovinu angiotenzinogen, který po aktivaci hormonem reninem, řídí sekreci mineralokortikoidu aldosteronu. Aldosteron je v játrech odbouráván a má význam pro zpětné vstřebávání Na⁺. Při poruchách jater tak může vznikat sekundární hyperaldosteronismus.

3 JATERNÍ CIRHÓZA

„Cirrhóza je difuzní proces jater charakterizovaný chronickým zánětem jaterního parenchymu, nekrózou hepatocytů, uzlovou regenerací jejich zbytků a zmnožením vaziva.“ (3., 2010, s. 399). Při tomto onemocnění dochází k přestavbě struktury jaterního lalůčku na cirhotické vazivové uzle. Dochází k fibrotizaci tkáně. Cirrhóza je procesem ireverzibilním a často rychle postupujícím. Bývá konečným stadiem většiny chronických jaterních onemocnění. Celosvětový výskyt tohoto onemocnění je zhruba 100 nemocných na 100 000 obyvatel. Ve světě je úmrtnost v důsledku jaterní cirhózy přímo úměrná spotřebě alkoholu. V České republice žije okolo 30-40 000 nemocných jaterní cirhózou. Úmrtnost zde činí asi 15 úmrtí na 100 000 obyvatel, což odpovídá zhruba 2000 úmrtí příčinou jaterní cirhózy ročně. (1, str. 14-16) Nejčastějšími příčinami jsou abúzus alkoholu a virová hepatitida typu B a C. Méně častými jsou některé metabolické poruchy jako porfyrie či Wilsonova nemoc. Existuje také forma cirhózy, kde nelze určit příčinu. V tomto případě je cirhóza označována jako kryptogenní, nebo idiopatická. Klinický obraz souvisí se stupněm onemocnění. Klienti mohou prožívat zcela bezpříznakové období, a naopak i život ohrožující stavy jako je například krvácení z jícnových varixů. Pro zjištění příčiny jaterní cirhózy se provádí detailní screeningové vyšetření. Aktivita choroby a její stupně se zjišťují histologicky za pomoci jaterní biopsie. Hodnocení pokročilosti cirhózy probíhá dle posouzení klinických příznaků a stupně portální hypertenze. K posouzení se používá klasifikace dle Child-Pugha, která zjišťuje stupeň jaterní nedostatečnosti a portální hypertenze. (3, str. 311) Na podkladě těchto vyšetření může lékař určit prognózu onemocnění a případně změnit postupy v léčbě.

3.1 Příčiny

Faktorů, které vedou ke vzniku jaterní cirhózy je mnoho. Nejčastěji se jedná o chronické užívání alkoholu a chronické hepatitidy typu B a C. Následkem těchto dvou onemocnění začnou hvězdicové buňky v játrech produkovat kolagen, ten je klíčovým produktem pro tvorbu vazivových uzlů. Přestože je cirhóza stavem nevratným, fibróza může být do určité míry vratná. (7, str. 134-136) Dalšími příčinami cirhózy mohou být také některé metabolické onemocnění. Například porfyrie, což je porucha funkce enzymů řídících přeměnu hemu v červených krvinkách. Mezi další příčiny patří Wilsonova nemoc, což je geneticky podmíněné onemocnění, jehož následkem je hromadění mědi v lidském organismu s nejvyšším stupněm ukládání v mozku a játrech.

Tato nemoc nemusí být zprvu doprovázena žádnými příznaky, avšak postupem času se začnou projevovat příznaky chronické hepatitidy. V pokročilé fázi této nemoci dochází k masivnímu rozvoji jaterní cirhózy. Jaterní cirhózu může způsobit i některé onemocnění žlučových cest, jako je například primární biliární cirhóza nebo dlouhodobá obstrukce žlučovodů. Jako další příčina bývá uvedena obstrukce žil. Jako zástupci obstrukce žil jsou uváděny Buddův-Chiariho syndrom a venookluzivní choroba. Buddův-Chiariho syndrom je popisován jako poškození hepatocytů vlivem ischemie v kombinaci s portální hypertenzí. Klient trpící tímto syndromem je sledován hematologem, z důvodu hromadění krve v játrech a následného zhoršení portální hypertenze. Příčinou tohoto syndromu může být trombóza vedoucí k uzávěru jaterních žil. (11, str. 176-190) Venookluzivní choroba vzniká akutním poškozením endotelu sinusoid. Poškozením dojde k odlučování endotelu a následné embolizaci centrálních žil lalůček. V neposlední řadě jaterní cirhózu způsobují toxické látky a léky (metotrexát, amiodaron). Jaterní cirhóza vzniklá z nejasných příčin je označována jako kryptogenní. Výskyt této formy se pohybuje pod deseti procenty.

3.2 Příznaky

Podle projevujících se příznaků je jaterní cirhóza dělena na dvě formy - kompenzovanou a dekompenzovanou. Kompenzovaná jaterní cirhóza navazuje na latentní (bezpříznakové) období, které může trvat až několik let. Fáze kompenzované jaterní cirhózy je charakteristická následným rozvojem klinických příznaků. Mezi příznaky kompenzované formy se zahrnuje únava, nechutenství, bolest v pravém podžebří, narušený spánek, ztráta libida a u žen poruchy menstruačního cyklu. Dále bývá uváděn palmární erytém a pavoučkové névy. Pavoučkové névy jsou kožním projevem jaterní cirhózy a chronického alkoholismu, manifestující se jako rudá vyrážka. Ve skutečnosti se jedná o dilatované podkožní cévy. Dalšími symptomy této nemoci jsou hepatomegalie, změněná struktura jater, splenomegalie a viditelné kolaterály v oblasti pupku. Kolaterály znatelné na břišní stěně mohou připomínat hlavu medúzy, proto jsou označovány jako caput medusae. (7, str. 134-136)

Mezi celkové příznaky můžeme zařadit neprospívání jedince, foetor hepaticus, což je charakteristický nasládlý zápach z úst, mávavý třes a gynekomastii. Příčinou dekompenzace jaterní cirhózy jsou především její komplikace. Projevují se ascitem, ikterem, krvácením do gastrointestinálního traktu, jaterní encefalopatií, malnutricí, svalovou atrofií a portální hypertenzí doprovázenou tachykardií a hypotenzí. Krvácivé projevy na kůži souvisí s trombocytopenií a poruchou koagulace.

Může také dojít k renálnímu selhání v důsledku hepatorenálního syndromu. Souvisejícím příznakem mohou být odchylky na laboratorním nálezu. Na výsledcích se objevují sérologické, virologické a biochemické známky jaterního onemocnění, tedy anemie, leukopenie, hypoalbuminemie, hypergamaglobulinemie, prodloužený protrombinový čas, hyperbilirubinemie, hypochloremie a hyponatremie. (9, str. 49-50) Příznaky viditelné sonograficky můžeme popisovat jako uzlovitý povrch jater, rozšíření vena portae nad 13 mm a zpomalení průtoku krve v ní.

Morfologické dělení cirhózy záleží na velikosti vazivových uzlů. Prvním typem je cirhóza mikronodulární, tedy uzle jsou menší než 3 mm. Tento typ se vyskytuje především u alkoholové cirhózy či obstrukce žlučových cest. Druhým typem je cirhóza makronodulární, kdy jsou uzle větší než 3 mm. Vyskytuje se u virových hepatitid, ale také může být dalším stadiem cirhózy mikronodulární. Pro poslední, třetí typ je charakteristická přítomnost malých i velkých uzlů. Označuje se jako smíšený typ. Stupeň morfologického stupně jaterní cirhózy je možno zjistit pouze histologicky. Pro posouzení stupně je nutná spolupráce gastroenterologa a patologa. (3, str. 315)

3.3 Vyšetřovací metody

Vyšetření nemocného začíná již při odběru anamnézy. Klienta se ptáme na dyspeptické příznaky, únavnost, bolest, poruchy vyprazdňování stolice, u žen se dotazujeme na pravidelnost cyklu. Při celkovém vyšetření si všímáme kolaterál v břišní oblasti, vymizení ochlupení na hrudníku, pavoučkových név v oblasti hrudníku, ramen, předloktí a prstů ruky. Dále je při celkovém vyšetření objektivní ascites, ikterus, foetor hepaticus a mávavý třes. Prsty ruky mají typický paličkovitý tvar a je zde také viditelná cyanóza. Mohou se objevit i otoky v oblasti kotníků. Lékař vyšetřuje játra pohmatem a poklepem, přičemž zjišťuje velikost jater, charakter okrajů, konzistenci, charakter povrchu a citlivost. Velikost jater je charakterizována jako vzdálenost mezi horním a dolním okrajem. U zdravého jedince tato vzdálenost činí 8 – 12 cm. Okraje jater u zdravého člověka jsou ostré a pružné. Lékař tedy může u nemocných hmatat okraj tuhý, zaoblený, ale také hrbolatý.

Konzistence jater se popisuje ve čtyřech stupních. Prvním stupněm jsou játra měkká. Druhý stupeň je popisován jako játra tužší, kde může docházet k městnání krve. Třetím stupněm jsou játra tuhá a nepružná. Tento stupeň je typický pro jaterní cirhózu. Poslední, čtvrtý stupeň je typický pro hepatocelulární karcinom. Játra v tomto stupni jsou tvrdá,

označována až jako kamenná. Při palpačním vyšetření se popisují na cirhotických játrech výrazné hrboly jako makronodulární cirhózy či tumory. Palpačně se zjišťuje i bolestivost. Ze zobrazovacích metod je nejčastěji indikována ultrasonografie. Zde je možné sledovat změny portální žíly ve smyslu rozšíření nad 13 mm, portosystémové kolaterály, a jiné. Další vyšetření sloužící k určení diagnózy jsou CT, PET/CT a magnetická rezonance. Ty slouží k diagnostice ložiskových změn na jaterní tkáni.

Jako „zlatý standart“ v diagnostice je označována jaterní biopsie. Toto vyšetření provádí gastroenterolog. Vzorek odebrané tkáně musí být dlouhý alespoň 2 cm. Biopsie je invazivní vyšetřovací metoda. Perkutánně se zavádí jehla pro odběr vzorku. Před vyšetřením musí být klient dostatečně edukován. Dlouhodobá příprava spočívá ve vysazení kyseliny acetylsalicylové týden předem. Nesteroidní antirevmatika by měli být vysazeny tři dny před vyšetřením. Je sem zařazeno také vyšetření Quickova testu, APTT, trombocytů a sonografie. Krátkodobá příprava spočívá v lačnění klienta den před výkonem. Při jaterní biopsii klient zaujímá polohu v lehu na zádech se zvednutou pravou horní končetinou a dolními končetinami mírně vytočenými doleva. Tato poloha napomáhá lepší přístupnosti do pravého mezižebří. Po výkonu jsou nemocnému každých 30 minut měřeny fyziologické funkce. Sledujeme také místo vpichu a jeho krytí. Jako u každého invazivního výkonu, i u jaterní biopsie se mohou objevit komplikace. Nejčastěji vyskytovanými jsou bolest, krvácení, horečka, hemobilie a biliární peritonitida. Laboratorní parametry jsou také důležitou složkou diagnostiky.

Aktivita jaterní cirhózy se stanovuje z vyšetření aminotransferázy ALT a AST, což jsou testy prostupnosti a celistvosti membrán hepatocytů. Pro alkoholový typ cirhózy je typický de Ritsův koeficient vyšší než 0,7-1,0. De Ritsův koeficient je poměr ALT:AST, pokud má stoupající charakter, jsou zde průkazem alkoholové jaterní cirhózy rostoucí buněčné nekrózy. (3, str. 42-52) Syntetické funkce jater se zjišťují na základě vyšetření albuminu, Quickova testu, cholesterolu a amoniaku, který se ovšem dá zjistit pouze odběrem arteriální krve. Z vyšetření krevního obrazu je znatelná makrocytární anemie. Z biochemického rozboru krve chceme znát hodnoty minerálů, konkrétně chloridu, sodíku, draslíku, magnesia a vápníku. Zde se jako nepříznivý ukazatel snižuje hladina sodíku a draslíku. Sérologicky se zjišťuje přítomnost virových hepatitid. Dále vyšetřujeme také acidobazickou rovnováhu dle Astrupa. Mezi další sérologické vyšetřovací metody řadíme vyšetření obsahu urey, kreatininu a kyseliny močové.

Toto vyšetření slouží k vyloučení hepatorenálního syndromu. Materiálem odebíraným k mikrobiologickému vyšetření je zejména moč, sputum, krev a punktát z ascitu. Mikrobiologické vyšetření se provádí za účelem vyloučení systémové infekce a bakteriální peritonitidy. Provádí se také vyšetření imunologické, kde je pro cirhózu typická zvýšená hladina gamaglobulinů. (3, str. 47)

3.4 Léčba

„Léčba jaterní cirhózy se liší podle etiologie, stupně funkčního postižení, přítomnosti komplikací a spolupráce pacienta.“ (J. Ehrmann a kol., str. 404, 2010). Před zahájením léčby je nutné zvážit její možnosti. První možností je odstranění příčiny, či aspoň minimalizace primárního onemocnění, čímž dojde ke zpomalení zánětlivého procesu jaterního parenchymu. U alkoholové jaterní cirhózy je základním režimovým opatřením okamžitá absolutní abstinence. K dosažení abstinence je potřeba spolupráce klienta s lékařem a psychologem či psychiatrem. Jedině abstinencí se může zabránit pokračování poškození jater a stabilizovat tak stav klienta. Zlepšení stavu klienta je zapříčiněno poklesem portální hypertenze vlivem odvykacího stavu. Při odvykání závislosti na alkoholu je možno využít také farmakologických prostředků. Mezi tyto farmakologické metody patří podávání disulfiramu (Antabus), kalciumkarbinidu (Dispam) nebo kyanamidu (Colme). Nevýhodou této léčby je množství nežádoucích účinků, mezi které patří poškození jater a srdce, a neuropatie. V případě, že je indikována tato léčba alkoholové závislosti, je nutné, aby klient docházel na pravidelné kontroly laboratorních hodnot. V případě, že je primárním onemocněním virová hepatitida se léčba určuje ve specializovaném centru. Stanovení vhodné antivirové léčby může vést k oddálení vzniku komplikací jaterní cirhózy, a stabilizaci stavu klienta. Jde-li o hepatitidu typu B, vhodnou léčbou se rozumí podávání diuretik. Jedná-li se však o hepatitidu C, léčba spočívá v podávání kombinace virostatik a interferonu. Léčba jaterní cirhózy je díky vysokému procentu kontraindikací k transplantaci, volena spíše konzervativní. Zahrnujeme sem tedy podávání hepatoprotektiv. Proces fibrotizace může být zpomalený pravidelným užíváním silymarinu (Flavobion). Společně s ním mohou být kombinovány také esenciální fosfolipidy (Essentiale forte N), které mají pozitivní vliv na regeneraci hepatocytů. V léčbě jaterní cirhózy se také doporučuje doplňovat vitaminy rozpustné v tucích, tedy A, D, E, K. Nutnou součástí konzervativní léčby jsou režimová opatření. Klientům s kompenzovanou jaterní cirhózou se nedoporučuje těžká fyzická práce. Dieta u kompenzované cirhózy se vcelku neliší od diety racionální.

Ve stravování je kladen důraz zejména na dostatečný příjem vitamínů a kvalitních bílkovin (především rostlinných). Doporučuje se úprava potravin vařením a dušením. Volba diety u dekompenzované cirhózy je závislá na výskytu komplikací. Cílem dietního omezení je upravit metabolismus vody a minerálů, zpomalit rozvoj jaterní encefalopatie, zabránit rozpadu tělesných bílkovin a podpořit regeneraci jaterních buněk. (3, str. 315) V případě ascitu se v potravě omezují denní dávky sodíku. V případě jeho vyšší laboratorní hodnoty než 120 mmol/l krve, by se měl také omezit příjem tekutin na 1000 ml. Jde-li o jaterní encefalopatii, živočišné bílkoviny jsou nahrazeny rostlinnými a jejich denní dávka je snížena. Většina nemocných s dekompenzovanou formou trpí malnutricí, proto bývají často podávány enterální a parenterální nutriční doplňky. V léčbě jaterní cirhózy nesmí být opomenuta ani výše zmíněná transplantace jater. U všech klientů by se mělo nad touto možností uvažovat. Je-li transplantace jater správně indikována, vzniká zde vysoká pravděpodobnost přežití pěti let.

3.5 Komplikace a jejich řešení

Nejčastější komplikací jaterní cirhózy je ascites (obr. 1). Bývá definován jako volná tekutina v dutině břišní. O ascitu hovoříme, přesahuje-li množství volné tekutiny fyziologickou normu, tedy 150 ml. Hlavními příčinami pro vznik ascitu je portální hypertenze a nízká hladina albuminu. Projevuje se příbytkem na váze, ale úbytkem svalové i tukové tkáně, a bolestí břicha. (8, str. 206) Nemocnému může způsobovat dušnost a zhoršenou mobilitu. Léčba ascitu spočívá v dodržování dietních omezení (omezení soli) a podávání diuretik. Diuretika se užívají zejména v případech, že ascites nepřesahuje množství 2000 ml. Nad tuto hranici se volí spíše evakuační punkce, která vede k vypuštění většího množství tekutiny. Vypuštěné množství by nemělo přesahovat 4000 ml. Pokud by bylo nutné vypustit větší množství, klientovi by měla být podána infuze hypertonického albuminu. (12, str. 25-29) Další variantou je kombinace obou způsobů léčby. Úloha sestry při evakuační punkci spočívá v přípravě pomůcek (obr. 2), sledování stavu klienta a množství punktátu. Jako nejzávažnější komplikace je označováno krvácení z jícnových varixů, které vzniká vlivem portální hypertenze. U této komplikace je vysoká mortalita během prvního měsíce (10-40%). Podobné procento úmrtnosti je také u opakovaného krvácení, ke kterému dochází v 80 % případů. V těchto případech se indikuje endoskopie, při které je provedena sklerotizace či ligace k zastavení krvácení. Využívá se zde i farmakologických prostředků jako jsou terlipresin a somatostatin, vlivem jejich užívání se snižuje portální hypertenze. Další účinnou metodou v léčbě krvácení z jícnových varixů

je TIPS. Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka snižuje výskyt dalšího krvácení do gastrointestinálního traktu. Po залечení krvácení se preventivně podávají β -blokátory. (10, str. 74)

Nemocní s jaterní cirhózou také často trpí jaterní encefalopatií. Jedná se o soubor neuropsychických příznaků, jako jsou změny nálad, poruchy spánku, zmatenost, dezorientace místem i časem. Mohou se zde objevit v těžkých případech i poruchy vědomí až koma. Podle těchto příznaků se jaterní encefalopatie dělí do čtyř stadií. Prvním stadiem je mírná zmatenost, euforie či deprese, poruchy spánku a snížení pozornosti. V druhém stadiu jsou typické změny osobnosti, dočasná dezorientace, spavost a letargie. Pro třetí stadium je charakteristická somnolence, nesrozumitelná řeč a změny osobnosti. Koma je označováno jako čtvrté stadium. Volbou vhodné léčby této komplikace může být tento stav vratný. Jaterní encefalopatií trpí až 75 % cirhotiků. Léčba spočívá v odstranění vyvolávajících faktorů, redukcí příjmu bílkovin, podáváním laktulózy, která snižuje vstřebávání amoniaku z tlustého střeva, podáváním antibiotik (Entizol). Opomíjena by neměla být ani transplantace jater. Důležitá je zde také infuzní terapie, která je důležitá pro hydrataci klienta. Mezi komplikace zařazujeme také hepatocelulární karcinom (HCC, primární rakovina jater). Jeho rozvoj je provázen zhoršením klinických příznaků cirhózy. (13, str. 44-50) Projevuje se nechutenstvím, ikterem, slabostí, úbytkem na váze, anemií a bolestmi břicha. Vyšetřuje se pomocí sonografie a CT. Léčba hepatocelulárního karcinomu spočívá v jaterní resekci či transplantaci. V případě, že nádor není možné operovat, používá se metoda přímé aplikace ethanolu do jater, chemoembolizace s použitím cytostatik, radioembolizace. Dle klasifikace pro léčbu HCC se rozděluje na pět stadií, podle nichž je zvolena samotná léčba. Možnosti léčby jsou závislé na stupni nádoru. (11, str. 176-190)

3.6 Vývoj nemoci a sledování klientů s jaterní cirhózou

V případě kompenzované jaterní cirhózy je šance na přežití deseti let až 90 %. Bohužel během deseti let se dostane do stadia dekompenzace až polovina nemocných. V případě přechodu do dekompenzované formy se přežití klientů pohybuje okolo doby dvou let. Důležitým parametrem pro vývoj onemocnění je dispenzarizace nemocného. U klientů, kteří nemají jícnové varixy, by mělo být prováděno endoskopické vyšetření každé 2-3 roky. U klientů s jícnovými varixy je nutno provádět endoskopii každý 1-2 roky.

Cílem těchto vyšetření je časně odhalení komplikací. Klient dochází k pravidelným kontrolám jeho stavu do hepatologické ambulance. Účelem této dispenzarizace je časně určení komplikací, stanovení vhodné doby pro transplantaci, je-li u klienta možná, sledování přítomnosti příznaků hepatocelulárního karcinomu a časně zahájení léčby všech komplikací jaterní cirhózy. (7, str. 134-136)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Dle věstníku 9/2004 Sb. je ošetřovatelský proces definován jako hlavní pracovní metoda, kterou využívají sestry ke zjišťování informací a hodnocení stavu klienta. Na základě těchto informací sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy, plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči, kterou v závěru hodnotí. Ošetřovatelský proces je jakýmsi souborem myšlenkových pochodů a na sebe navazujících činností, které vedou k uspokojování potřeb klienta. (15) Je to metoda k řízení a poskytování komplexní ošetřovatelské péče. Péče je zajištěna multidisciplinárním týmem. Zajišťují ho především všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti. V ošetřovatelském procesu je zapotřebí shromažďovat informace o klientovi, rozpoznat problém, navrhnout jeho řešení, určit cíle procesu, které jsou následně realizovány a zhodnoceny. O poskytování péče vedou členové týmu ošetřovatelskou dokumentaci, kde jsou zaznamenány ošetřovatelské problémy, změny stavu klienta a jeho potřeby. Péče může být poskytována formou skupinového péče, kdy o klienta pečují více zdravotníků, kteří si navzájem předávají informace o jeho stavu, řádně vedou dokumentaci a realizují ošetřovatelský proces. Druhou formu péče zajišťuje primární sestra, která řídí ošetřovatelský proces u klienta po celou dobu jeho hospitalizace. Po dobu, kdy je tato sestra mimo službu, poskytuje péči klientovi sestra, která protislужbu vykonává. Informace si sestry mezi sebou předávají a zajišťují tak odbornou péči.

4.1 Model dle Marjory Gordonové

Historie ošetřovatelského procesu se vyvíjí již od dob Florance Nightingalové. Pojem ošetřovatelský proces je používán od poloviny dvacátého století. V ošetřovatelském procesu jsou uplatňovány modely ošetřovatelství, což jsou teorie amerických sester, založeny na základě praktických zkušeností, výzkumu a hodnocení ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelský proces je poskytován vždy podle některého z modelů, vzhledem ke stavu a potřebám nemocného. Metaparadigma ošetřovatelství, ze kterého modely vycházejí, se zaměřuje na osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Osobou se rozumí příjemce péče, tedy jedinec, rodina, komunita a společnost. Prostředí je děleno na vnitřní a vnější okolí osoby. Mohou jím být také podmínky, za kterých je ošetřovatelská péče poskytována. Zdraví je definováno jako stav celkové bio-psycho-sociální pohody, ne jenom absence nemoci. Jeho poslední složkou je ošetřovatelství, což je soubor činností, které vykonává multidisciplinární tým ve spolupráci s klientem, v jeho vlastním zájmu.

V České republice je nejpoužívanějším modelem pro ošetrovatelský proces model dle Marjory Gordonové, a to sice model funkčních vzorců zdraví. Je považován za nejpřehlednější, a proto je také často využíván v praxi. Marjory Gordonová je americká sestra, která se zabývá výzkumem ošetrovatelských diagnóz a plánováním ošetrovatelské péče. Její model byl v 80. letech dvacátého století podpořen z grantu federální vlády Spojených států amerických, díky kterému mohl vzniknout. Teoretickým podkladem pro tento model jsou holistická a humanistická filozofie, a také dříve vzniklé ošetrovatelské modely dle D. Orem, D. Johnson a C. Roy. Model funkčních vzorců zdraví je řazen mezi modely interpersonálních vztahů. Obsahuje dvanáct vzorců zdraví. U každého z těchto vzorců zdraví můžeme určovat funkční nebo dysfunkční chování klienta. Zpravidla ve zdraví je popisováno funkční chování, zato v nemoci dysfunkční. Dysfunkční chování může být vnímáno jako odezva na nynější onemocnění klienta, nebo jako potenciální problém. Tento model je zaměřen zejména na vzájemné působení osoby a prostředí. Vzorce vycházejí z chování jedince v dané oblasti zdraví. Jsou popisovány subjektivně a objektivně. Cílem ošetrovatelství je zde zodpovědnost jedince za své zdraví, a také působení bio-psycho-sociálních složek. Klient je vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Je to osoba s funkčním či dysfunkčním vzorcem zdraví. Zdrojem obtíží je některá z bio-psycho-sociálních složek. V ošetrovatelském procesu se zabýváme především dysfunkčním vzorcem a zaměřujeme se na zlepšení stavu klienta. Cílem je dosáhnout, ve spolupráci s klientem, funkčního vzorce zdraví. Metaparadigma modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové říká, že: „*Všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.*“ (14, 2006, str. 100). Zdraví je dle Gordonové ovlivněno faktory, jako jsou vývoj, kultura, duchovní směr, aj., které jsou v úzké spojitosti s působením bio-psycho-sociálních složek. V případě dysfunkčního vzorce zdraví je zapotřebí stanovit ošetrovatelské diagnózy, intervence, cíle a další náležitosti ošetrovatelského procesu.

Dvanáct vzorců zdraví charakterizuje dvanáct oblastí zdraví jedince. Jako první se klienta ptáme na udržování a vnímání zdraví, tedy jak o něj pečuje. Tato oblast zahrnuje otázky pravidelných preventivních prohlídek, očkování, alternativní způsob přístupu k vlastní léčbě a podobně. Ptáme se na výživu, tedy jakým způsobem se klient stravuje

a jak přijímá tekutiny. V této oblasti se zaměřujeme především na dietní omezení, překážky v přijímání potravy, množství přijímané potravy a v neposlední řadě se ptáme na alternativy ve stravování. Ve spojitosti s předchozím, se ptáme klienta také na vylučování. Zajímá nás funkce střev, pravidelnost stolice, funkce močového měchýře, potíže při vylučování moče i stolice. V této oblasti se ptáme klienta, zda užívá projímadla či přípravky změkčující stolicí. Ve vzorci vylučování nás zajímá také vylučovací schopnost kůže, tedy se ptáme na pocení. Dále se ptáme také na aktivitu, tedy udržování tělesné kondice cvičením či jinými aktivitami. Do této oblasti zahrnujeme běžné denní aktivity, volnočasové a rekreační sporty. Klienta se ptáme, jak často se těmto aktivitám věnuje. Pátým vzorcem je spánek a odpočinek. Ptáme se na způsoby odpočinku, relaxace, zvyklosti spojené se spánkem. Dalším, šestým, vzorcem je vnímání a poznávání. Tato oblast zahrnuje schopnost klienta vnímat například bolest, a jeho kognitivní funkce jako jsou paměť, orientace, řeč, schopnost se rozhodnout a další. Sedmý vzorec je sebeúcta kde klient popisuje, jak vnímá sám sebe a jakou o sobě má představu. Osmý vzorec je zaměřen právě na interpersonální vztahy. Je to vzorec role a vztahů. Popisuje plnění životních rolí, jejich uskupení dle priorit, a úroveň mezilidských vztahů. Ptáme se na vztahy v rodině, na pracovišti, a v okolí, které obklopuje klienta. Vzorec zaměřený na sexualitu a reprodukci je pro klienty citlivým tématem. Pokud je klient ochotný odpovídat na otázky týkající se tohoto vzorce, pak se ptáme na spokojenost se sexuálním životem a změny v sexualitě, sexuální orientaci a také na reprodukční období. Desátým vzorcem zdraví dle Marjory Gordonové je zvládání stresu a zátěžových situací. Zajímá nás výskyt stresu, jeho spouštěče a způsob, jakým se klient vypořádává s takovými situacemi. U předposledního vzorce se zaměřujeme na víru a životní hodnoty. Pokud klient vyznává nějaké náboženství, je třeba, aby sestra byla informována, především z důvodu výjimek v poskytování péče. Klienta se ptáme na uspořádání jeho hodnot a životních cílů. Dvanáctý vzorec je určen pro jiné informace. Mezi ně patří například komfort a vývoj. (14, str. 99-102)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Jaterní cirhóza je onemocnění, které je ve většině případů zapříčiněno chronickým užíváním alkoholu. Ve své kompenzované formě nijak výrazně neovlivňuje kvalitu života nemocného. Dojde-li však k dekompenzaci, klientovi způsobuje nejrůznější potíže. V mé práci jsem se zaměřila především na kvalitu života nemocné s jaterní cirhózou. Zajímalo mě, jaký má pohled na svůj životní styl, zda nějak aktivně napomáhá léčbě a jestli vůbec dodržuje léčebný režim.

Jako hlavní otázku jsem si položila tuto: „Jakou kvalitu života má klient s dekompenzovanou jaterní cirhózou, který je hospitalizován?“.

6 CÍL PRÁCE

Za hlavní cíl mé práce jsem si zvolila objektivně zhodnotit kvalitu života u klienta s dekompenzovanou jaterní cirhózou zapříčiněnou užíváním alkoholu pomocí ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordonové.

6.1 Dílčí cíle

- I.** Zpracovat a rozebrat kazuistiku, sepsat ošetrovatelský plán
- II.** Zjistit prožívání a potřeby klienta během hospitalizace
- III.** Navrhnout edukační leták pro cílovou skupinu

7 VÝBĚR PŘÍPADU

Výběr případu byl záměrný. Primárním kritériem byla diagnostikovaná jaterní cirhóza. Vzhledem k vysoké četnosti zapříčinění alkoholickým abúzem, jsem volila jako další kritérium etylickou formu tohoto onemocnění.

Vybrala jsem si klientku přijatou s dekompenzací jaterní cirhózy přijatou na metabolickou JIP a následně přeloženou na oddělení IK FN Plzeň.

8 METODIKA

Pro svou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum, protože si myslím, že pro mé téma je tento typ vhodnější. Kutnohorská říká: „*V kvalitativním výzkumu se používají techniky sběru dat, jako jsou pozorování účastníků, nestrukturované nebo polostrukturované rozhovory.*“ (16, 2009, str. 25). Zaměřuji se na případ, který je individuálně rozebrán zpracováním kazuistiky dle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Informace jsem získávala pomocí nestrukturovaných rozhovorů s klientkou. Dále jsem informace získávala využitím zdravotnické dokumentace a rozhovory se členy ošetrovatelského týmu.

9 KAZUISTIKA KLIENTA

9.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Klientka 48 let, opakovaně hospitalizována. V dětství prodělala běžná onemocnění. V roce 2009 prodělala akutní pankreatitidu a resekci pseudovýdutě arteria gastroduodenalis. Tehdy projevené krvácení do GIT. Nekuřačka, v anamnéze chronické užívání alkoholu – udává abstinenci. Kávu pije asi dva šálky denně. Jiné závislosti popírá.

Rodinná anamnéza

Matka 76 let, léčí se s diabetem 2. typu na PAD, trpí hypertenzí. Otec zemřel v 64 letech při autonehodě v roce 2008, na jeho onemocnění si nepamatuje. Sourozence nemá. Klientka má dvě dcery, 26 a 20 let, které jsou obě zdravé.

Sociální anamnéza

Klientka je vdaná, žije v rodinném domě s manželem a mladší dcerou.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako kuchařka ve školní jídelně, kde působila 13 let. Nyní je nezaměstnaná, vedená na úřadu práce. Uvádí, že by chtěla projít rekvalifikačním kurzem a žít se nehtovou modeláží. K oboru se vracet nechce.

Alergologická anamnéza

Veškeré alergie neguje.

Gynekologická anamnéza

Menarché ve 14 ti letech, v průběhu života pravidelná. Poslední rok spíše nepravidelná – cca 1x za 2-3 měsíce, slabá. Těhotenství dvě, bez komplikací, porody přirozenou cestou v roce 1988 a 2004. Potrat neguje. Hormonální antikoncepci užívala před osmi lety, asi tři roky, na název si nevzpomíná.

Farmakologická anamnéza

Coryol 6,25 mg	1-0-1	beta-blokátor (17)
Verospiron 25 mg	1-0-0	diuretikum (18, str. 56)
Helicid 20 mg	1-0-1	blokátor protonové pumpy (18, str. 51)

9.2 Nynější onemocnění

Klientka přijata na M-JIP FN Plzeň pro hematemézu a melénu s hypotenzí související s krvácením do GIT. Při příjmu byla klientka dezorientovaná v souvislosti s jaterní encefalopatií. Krvácení zastaveno podáváním kontinuálních infuzí Remestypu 1,0 mg - hemostatikum (18, str. 59), které zajistily hemostázu. Po zaléčení hemodynamicky stabilní, přeložena na standardní oddělení interní kliniky. V úvodu hospitalizace také laboratorně potvrzen uroinfekt (E-coli), který byl zaléčen za hospitalizace na M-JIP.

9.2.1 Lékařské diagnózy - aktuální

Krvácení do žaludku a střev v souvislosti s portální hypertenzí

Toxická encefalopatie jaterní

Akutní posthemoragická anemie

Žilní městky jiných určených lokalizací – varixy v distálním jícnu nevýznamné, významné varixy prepyloricky směrem do duodena

Koagulopatie spontánní

9.2.2 Lékařské diagnózy – chronické

Abusus etanolu anam.

Jaterní cirhóza ethylické etiologie, Child-Pugh C

9.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový stav

Klientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i prostorem. Otázky chápe a odpovídá na ně srozumitelně. Řeč je plynulá s bohatou slovní zásobou. Její projev je spíše introvertního charakteru. Zevnějšek má klientka upravený, hygienické návyky v normě, o svůj vzhled pečuje.

Výška: 160 cm

Váha: 50 kg

Dech: 18/minutu, eupnoe

Puls: 82´

Tělesná teplota: 36,7°C

Krevní tlak: 120/60

Dieta: 5 – bezezbytková

Stav kůže: normální, bez ikteru, bledá, bez hematomů a ran, turgor v normě

Chůze: zvládá sama bez obtíží

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení, periferní žilní katétr (G22)

Konstituce: normostenická

Čítí: v normě

Poloha: aktivní

Vyšetření hlavy:

Lebka normocefalická, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, inervace nervus facialis symetrická, oční bulby ve středním postavení, zornice izokorické, pozitivní fotoreakce, skléry s lehkým ikterem, rty bez cyanózy, jazyk růžový, plazí ve střední čáře, sliznice a dásně růžové a vlhké, chrup vlastní.

Vyšetření krku:

Krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny nehmatné.

Vyšetření hrudníku:

Hrudník atletický, prsy symetrické, dechová vlna se šíří symetricky.

Vyšetření břicha:

Břicho pod úrovní hrudníku, souměrné, kůže je bledá s viditelnými světlými striemi a lehkou pigmentací v oblasti pupku. Játra přesahují pravý oblouk žeberní asi o tři centimetry, jsou tužší konzistence, jejich okraj je hrbolatý, na pohmat nebolestivé, znatelný mírný ascites.

Vyšetření dolních končetin:

Končetiny symetrické, bez otoků, barva kůže normální, mikrovarixy asi jeden centimetr pod podkolení jamkou o velikosti 5x3 cm. Pulzace a. poplitea a a. tibialis symetrická na obou končetinách. Končetiny jsou prokrvené, teplé, bez známek TEN, svalový tonus v normě, klouby volně pohyblivé.

(19, str. 144-145)

9.4 Hodnocení škálami

Barthelův test (viz příloha č. 1)

100 bodů - nezávislá

Hodnocení bolesti dle Melzacka (viz příloha č. 2)

0 bodů – žádná bolest

Glasgow Coma Scale (viz příloha č. 3)

15 bodů – normální stav

Hodnocení nutričního stavu (viz příloha č. 4)

7 bodů – riziko malnutrice

Doplňující vyšetření – 8,5 bodu - podvýživa

Body mass index

19,53 - norma

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (viz příloha č. 5)

36 bodů – není riziko vzniku dekubitů

Hodnocení rizika pádu – Get up and go test (viz příloha č. 6)

12 bodů – není riziko pádu

Klasifikace tromboflebitidy dle Maddona

0 bodů – bez bolesti a reakce v okolí

9.5 Hospitalizace

Klientka přeložena z metabolické JIP, kde byla přijata pro hematemézu a melénu s příměsí čerstvé krve. Zaveden PMK a CŽK. Měřena hodinová diuréza. Při přijetí na metabolickou JIP byla klientka dezorientovaná v důsledku jaterní encefalopatie, hypotenzní. Krvácení zaléčeno Terlipresinem, substitučně bylo podáno pět konzerv ERY-RES. Ve stabilizovaném stavu byla klientka přeložena na standardní oddělení interní kliniky.

1. den

Na standardním oddělení byl přidělen pokoj a lůžko, odebrána anamnéza, změřeny fyziologické funkce - TT: 36,8°C, TK: 120/60, P: 82', D: 19', výška: 162cm, váha: 50kg, zaznamenáno EKG. Klientka poučena o chodu oddělení, výživě, medikaci, pohybovém režimu, péči o invazivní vstupy, prevenci pádu, riziku infekce, bolesti a možnostech jejího tišení. V rámci edukace byla klientka seznámena s právy pacientů. Provedeno hodnocení dle škál viz výše. Dále byla seznámena s možností úschovy cenností do trezoru FN Plzeň, oblečení ponecháno v centrální šatně, šatní lístek přiložen v překladové zprávě z M-JIP. Klientce byl představen ošetřující lékař, seznámila se s chodem oddělení. Lékař vysvětlil klientce plán léčby a postupy. Dle ordinace byly provedeny odběry biologického materiálu, zaveden periferní žilní katétr velikosti G20 do pravé horní končetiny.

Klientka uvádí, že se cítí lépe, ale nemá chuť k jídlu. Dopoledne snědla jeden banán, po kterém si stěžuje na bolest žaludku – dle ordinace podán Helicid 40 mg i. v., asi za hodinu pociťuje úlevu. Po konzultaci s nutriční terapeutkou ordinována dieta č. 5 - bezezbytková.

Během dne se pohybuje po oddělení. Měla návštěvu – starší dceru s manželem. Po návštěvě se cítí motivována k léčbě, působí klidně a je pozitivně laděná.

Další den plánovaná CT angiografie břicha, proto byla klientka poučena o přípravě a vyšetření samotném, podepsala informovaný souhlas. Polední a večerní medikace podána dle ordinace.

2. den

Klientka se cítí odpočínutá, ranní medikace podána – Lactulosa 5 ml, Coryol 6,25 mg, Verospiron 25 mg, Helicid 20 mg, Normix 400 mg tbl (5. Den). Od půlnoci nejí a nepije. Reedukována o výkonu, šperky si odložila. Vyměněno ložní prádlo, pacientka provedla osobní hygienu. Podán Dithiaden tbl., v 10:00 hodin převezena k plánovanému vyšetření. TK 120/80, afebrilní.

Po výkonu klientka nejeví známky žádných komplikací, do oběda je v lůžku, čte časopis, TK 120/60. Výsledek CT angiografie: pseudoaneurysma arteria lienalis, prosáknutí stěny žaludku a duodena s překrvením sliznice. Lékaři zvažují radiointervenční řešení pseudoaneurysmatu. Polední medikace podána dle ordinace – Normix 400 mg, oběd podán v 13:30 hod., přijala asi půl porce. Po jídle neudává dyspepsii. Stolice s malým množstvím příměsí čerstvé krve. Klientka se cítí po obědě unavená, spí. V odpoledních hodinách navštívila klientku dcera. Večer podána medikace dle ordinace (dtto ranní). Bez známek komplikací, TK 115/60. Zítra plánovaná USG břicha, klientka poučena.

3. den

Dnes plánovaná USG břicha. Klientka snídá a po snídání již nemočí. V průběhu noci nenastaly u klientky žádné komplikace, spala celou noc. Ráno proveden odběr krve na KO, biochemii a hematologii. Klientka samostatně provedla osobní hygienu, vyměněno ložní prádlo, poté snídala celou porci. Ranní medikace podána dle ordinace lékaře (Coryol 6,25 mg 1 tbl., Verospiron 25 mg 1 tbl., Helicid 20 mg 1 tbl., Normix 400 mg 1 tbl – 5. Den), změřen TK 115/70, afebrilní, bez komplikací. K vyšetření

dopravena s dokumentací v 8:40. Po vyšetření na lůžku, odpočívá. Na USG játra nezvětšena, mapovitého vzhledu, bez ložisek. Permanentní žilní katetr odstraněn – 3. den bez známek infekce, následně zaveden nový G20 do levého předloktí. V poledne nabrána krev na glykémii – hodnota 9,8 mmol/l. Odpolední léky podány dle ordinace Normix 400 mg 1 tbl., k obědu snědla celou porci včetně polévky.

Po obědě se pohybuje po oddělení, sedí na jídelně, sleduje televizi s ostatními pacienty. Do večera klientka stabilní, k večeři snědla jen jablko, udává pocit plnosti. Večerní medikace podána dle ordinace (dtto ranní).

4. den

Ráno klientka neodpočatá, často se v noci budila vlivem hlasitého spánku spolupacientky. Provedena hygiena, výměna ložního prádla, odběry dle ordinace (KO + diff., biochemie, aPTT, INR, nádorové markery CA19-9, CEA, AFP), TK 110/70. Podány léky dle ordinace (dtto 3. den, ATB Normix 6. den). Klientka po snídani odchází do kantýny FN na kávu s manželem, který jí přišel navštívit. Po příchodu je v lůžku, čte časopis, nemá moc dobrou náladu, nudí se. V dopoledních hodinách založeny výsledky ranních náběrů do dokumentace (nízké hodnoty leukocytů: $3,40 \times 10^9/l$, erytrocytů: $3,17 \times 10^{12}/l$ a hemoglobinu: 92 g/l v krevním obraze, biochemie v normě, hemokoagulace - Protrombinový čas: 19,9 s, INR: 1,7, nádorové markery CEA, AFP - negativní, CA 19-9: 39,9 kIU/l – slabě pozitivní). Glykémie měřená glukometrem ráno hodnota 8,0 mmol/l.

Polední medikace podána dle ordinace (Normix 400 mg, Superželezo forte) k obědu snědla celou polévku a půl porce hlavního jídla. Pitný režim dodržuje, přijímá okolo 1,5 litru za den. Glykémie 8,8 mmol/l. Klientka jeví zájem o edukaci v oblasti jaterní diety, připravuji proto podklady – edukační leták, který je k dispozici na oddělení, vymezuji časovou dotaci 35 minut. S klientkou jsem si udělala prostor pro edukaci na jídelně, kde nebyl přítomen žádný další pacient. Edukační plán Klientka je po edukaci schopna sestavit vzorový jídelníček a zná vhodné potraviny. Do večera bez potíží, četla časopisy a knihu. Večer podán Stilnox 1 tbl podle potřeby, glykémie 7,2 mmol/l.

5. den

Klientka dnes spala klidně, nic jí nebudilo, uvádí, že jí hypnotikum zabralo dobře. Ranní medikace podána dle ordinace (jako předchozí dny, Normix 400 mg 7. den).

Klientka udává, že nebyla na stolicí již tři dny – podána Lactulosa 5 ml, doporučená masáž břicha. K snídani snědla jeden ovocný jogurt – více nemůže pro pocit plnosti. Odebrána krev na glykémii, hodnota 6,3 mmol/l, TK 120/70, afebrilní. Dopoledne proběhla velká vizita. Sdělen další postup – radiointervenční řešení pseudoaneurysmatu. Po vizitě klientka uzavřená, snažím se jí proto rozptýlit rozhovorem o jejím zaměstnání.

V poledne podán Normix 400 mg, Lactulosa 5 ml, Superželezo forte. Glykemie 10,7 mmol/l. K obědu snědla celou polévku a asi čtvrt porce hlavního jídla. Po obědě ji navštívila dcera s manželem. Večer glykemie 9,8 mmol/l, léky podány dle ordinace.

6. den

Klientka odpočatá, po snídani stolice, řídká s lehkou příměsí krve. Ranní glykémie 6,7 mmol/l, tlak krve 125/60, afebrilní. Podány léky dle ordinace (jako předešlé dny + Lactulosa 5 ml, Normix 400 mg 8. den). Proveden odběr krve na krevní obraz, biochemii a hematologii. PŽK 3. den bez otoku, zarudnutí a bolestivosti vyměněn, nový katétr vel. G20 zaveden do pravé horní končetiny. Odpolední glykémie 9,3 mmol/l. Výsledky ranního odběru - Leukocyty: $3,20 \times 10^9/l$, Erytrocyty: $3,18 \times 10^{12}/l$, Hemoglobin: 93 g/l. K obědu snědla celou porci. Podán Normix 400 mg, Superželezo forte. Po obědě se cítila unavená, spala. Po zbytek dne na oddělení, večer ji navštívila kamarádka. Večerní medikace podána, glykémie 8,8 mmol/l. Nemohla usnout, podán Stilnox 1 tbl.

7. den

Klientka odpočatá, ráno provedena hygiena, úprava lůžka. Hlásí stolicí normální konzistence bez příměsí. Medikace nezměněna, podána dle ordinace (Normix 400 mg 9. den). Odběr krve dle ordinace lékaře – výsledky: Leukocyty $3,40 \times 10^9/l$, Erytrocyty $3,08 \times 10^{12}/l$, Hemoglobin 90 g/l. Ranní glykémie 6,5 mmol/l. Klientka udává, že se dnes cítí lépe, je při dobré náladě. Chybí jí však domácí prostředí a rodina, doufá v brzké залéčení. Dopoledne proběhla vizita, vysvětlen postup další léčby, zítra výkon na intervenční radiologii a konziliární chirurgické vyšetření. Postup výkonu vysvětlen lékařem, klientka poučena, podepsala informovaný souhlas. K obědu snědla polévku a půl porce hlavního jídla. Medikace podána dle ordinace, glykémie 9,2 mmol/l. Odpoledne klientku navštívila dcera s manželem. Po návštěvě

zůstává v lůžku, odpočívá. Klientka po zbytek dne bez komplikací, večerní glykémie 12,4 mmol/l. Léky podány dle ordinace (Normix 400 mg – 9. den)

8. den

Dnes plánovaný výkon na intervenční radiologii. Ráno klientka nevyspalá, v noci se budila, hypnotikum nepožadovala. Ranní glykémie 6,7 mmol/l. Od půlnoci nejí, 2 hodiny před výkonem nepije. Dopoledne konzilium chirurga – chirurgické řešení odmítnuto. Klientka převezena na intervenční radiologii, kde byl výkon neúspěšný pro vinutost arteria lienalis. Objednána za 5 dní k embolizaci arteria lienalis. Po výkonu sledují fyziologické funkce, které byly v normě. Kytí místa vpichu v pravém tříse neprosakuje, lokálně aplikujeme chlad. Podán oběd, odpolední glykémie 9,2 mmol/l.

Po zbytek dne klientka dodržuje klid na lůžku. K večeři snědla celou porci, medikace podána dle ordinace (Normix 400 mg 10. den). Glykémie 12,4 mmol/l. Usíná okolo 20:00 hodin.

9. den

Ráno klientka odpočatá, provedena ranní hygiena. Proveden náběr krve na KO, biochemii a hemokoagulaci. Hodnoty – Leukocyty: $3,90 \times 10^9/l$, Erytrocyty: $2,89 \times 10^{12}/l$, Hemoglobin: 82 g/l, biochemie a hemokoagulace v normě. Glykémie 9,7 mmol/l. Snídá celou porci. Medikace podána dle ordinace (dnes Normix 400 mg 11. den). Periferní žilní katetr vyměněn, 3. den bez projevů infekce a bolestivosti. Nový zaveden do pravého hřbetu ruky, velikost G20. Stolice normální konzistence, s lehkou příměsí krve. Po snídání klientka udává dyspepsii, podána Nolpaza 40 mg i. v., do dvaceti minut pocítuje úlevu.

Dopoledne proběhla vizita, kde sdělen další postup léčby. Odpolední medikace podána dle ordinace, glykémie 14,9 mmol/l, podány 4 IU Actrapidu v 500 ml 5% Glukóze i. v. Oběd podán, snědla jen polévku. Dopoledne v lůžku, čte knihu. K večeru návštěva manžela, která klientce zlepšila náladu. Večeři snědla celou, glykémie 4,2 mmol/l. Medikace podána dle ordinace lékaře. Na žádost podán ve 23:30 hod. Stilnox 1 tbl.

10. den

Klientka si ráno stěžuje na bolest hlavy, podán Ibuprofen 400mg 1tbl. Samostatně provedena ranní hygiena, vyměněno ložní prádlo. Léky podány dle ordinace lékaře (Normix 400 mg 12. den). Ranní glykémie měřená glukometrem 5,8 mmol/l. Podána

snídaně, kdy klientka přijala půl porce. Ranní TK v normě, 120/60. Váha 50,8 kg. Klientka po snídání pobývá na jídelně, kde sleduje televizi. Dopoledne návštěva dcery. Podán oběd, snědla celou porci. Medikace dle ordinace podána. Odpolední glykémie 8,3 mmol/l. Po zbytek dne klientka na oddělení, v lůžku. Na nic si nestěžuje, bolesti nemá. Stolice řídké konzistence s mírnou příměsí čerstvé krve. Večerní glykémie 6,6 mmol/l. Usíná okolo 20 hodiny.

11. den

Klientka odpočatá, hlásí stolici s lehkou příměsí čerstvé krve normální konzistence. Proveden odběr krve na KO a biochemii. Výsledky laboratorních vyšetření založeny do dokumentace (Leukocyty: $3,00 \times 10^9/l$, Erytrocyty: $2,65 \times 10^{12}/l$, Hemoglobin: 75 g/l, biochemie v normě). Ranní TK 110/60, glykémie 4,3 mmol/l. Medikace podána dle ordinace lékaře. Dnes Normix 400 mg 13. den. Podána snídaně, klientka snědla celou porci. Po snídání proběhla velká vizita, kde byl probírán postup další léčby. Pozitíří plánovaný výkon (embolizace lienální tepny) na pracovišti intervenční radiologie. Klientka s výkonem souhlasí. Po vizitě klientka prochází oddělení, sedí na balkóně. Při rozhovoru zmiňuje strach z výkonu, snažím se jí proto uklidnit, vysvětlit postup výkonu a péči před i po něm. Klientka je klidnější. Odpolední glykémie 6,8 mmol/l. Po obědě je klientka v lůžku. K večeru jí přišla navštívit rodina. Večerní glykémie 5,2 mmol/l. Usíná bez problému.

12. den

Klientka ráno provedla samostatně hygienu, vyměněno ložní prádlo. Měření glykémie glukometrem 5,8 mmol/l, TK 125/70. PŽK 3. den bez projevů infekce odstraněn, nový napíchnut do levého předloktí. Medikace podána dle ordinace lékaře. Normix 400 mg dnes podáván 14. den. Klientka snídá celou porci snídaně. Dnes je při dobré náladě, ráno ji navštívil manžel, který ji psychicky podpořil k zítřejšímu plánovanému výkonu. Dopoledne proběhla vizita lékaře, medikace zůstává nezměněna, vysvětlena příprava k výkonu. Po vizitě klientka na pokoji, vedu s ní rozhovor o zítřejším výkonu, psychicky se jí snažím podpořit. Udává zmírnění strachu, ale obává se, že na ni znovu dolehne zítra.

Polední medikace podána, glykémie 8,2 mmol/l. K obědu přijmula celou porci. Po obědě zůstává klientka v lůžku, odpočívá. Odpoledne ji navštívil lékař z intervenční radiologie, který znovu vysvětlil postup zítřejšího výkonu. Poučena o přípravě, před

výkonem nejí a nepije 6 hodin. Do večera klientka na oddělení, bez komplikací. Večerní medikace podána dle ordinace lékaře, glykémie 6,2 mmol/l. Usíná okolo 23 hodiny.

13. den

Dnes plánovaný výkon na intervenční radiologii – embolizace lienální tepny. Klientka podepisuje informovaný souhlas, od půlnoci nejí a nepije. Ráno podána medikace dle ordinace, zapita douškem hořkého čaje. Průchodnost periferního žilního katetru zkontrolována – v pořádku. Ranní TK 125/80, glykémie 4,8 mmol/l. Klientka po předchozí edukaci zvládá popsat postup plánovaného výkonu, má strach z toho, že se výkon nezdaří. V 9:45 odvezena na sedačce k výkonu. Na sálku radiointervence lékař zavádí katétr do levého třísla. Podána kontrastní látka, klientka nejeví známky alergické reakce. Výkon probíhá bez komplikací, za asistence chirurga provedena úspěšně embolizace lienální tepny. V závěru výkonu lékař vyjímá katétr a sestra přikládá sterilní tlakové krytí.

Po příchodu na oddělení měřím klientce fyziologické funkce, TK 120/80, P 82', TT 36,8°C. Bolesti neudává. Kontroluji stav krytí místa vpichu, které asi půl hodiny po příjezdu na oddělení prosakuje, proto přikládám další vrstvu čtverců. Dále již krytí neprosakovalo. Klientka měla po hodině fyziologické funkce stále v normě: TK 115/70, P 62', TT 36,8°C. Poučena o nutnosti klidového režimu.

Odpolední glykémie 5,2 mmol/l. Polední medikace podána dle ordinace lékaře spolu s obědem v 14:30 hodin. Do večera klientka dodržuje klidový režim na oddělení. Většinu času je v lůžku. Večer si stěžovala na bolest nohy, podán Tramal i. v. Večerní glykémie 8,6 mmol/l. Klientka snědla půl porce večeře, medikace podána dle ordinace. Dnes Normix 400 mg 15. den – vysazen. Četla si v lůžku, usnula kolem 21 hodiny. Žádné komplikace se u klientky po zbytek dne neprojevíly.

14. den

Během noci nedošlo u klientky k žádným komplikacím. Ráno se cítí odpočínutá, udává tlak v třísle, podán Tramal i. v. Provedena samostatně hygiena, vyměněno ložní prádlo. Proveden odběr krve na krevní obraz a biochemii (stále snížené leukocyty, erytrocyty a hemoglobin). Výsledky laboratoře založeny do dokumentace. Glykémie 4,6 mmol/l v normě - měření 3x denně zrušeno dle ordinace lékaře. K snídani přijala půl porce. Dopoledne proběhla velká vizita, kde probírán termín propuštění klientky, předpokládán zítra. Periferní žilní katétr odstraněn dle ordinace ošetřujícího lékaře,

bez známek infekce. Polední medikace podána dle ordinace lékaře. Klientka snědla celou porci oběda. Neudává žádné potíže. Odpoledne klientka hlásí stolicí bez příměsí krve. K večeru ji navštívila rodina. Večerní medikace podána dle ordinace, večerí snědla celou. Usíná okolo půlnoci, hypnotikum nežádá.

15. den

Klientka se ráno probouzí s dobrou náladou, bez bolestí a komplikací, těší se domů. Klientka provedla hygienu. Provedena kontrola místa vpichu, kde zjištěn hematom, krytí odstraněno, rána přelepena náplastí Cosmopore E. Bolesti klientka neudává, doporučeno mazání Heparoid ung. 3x denně. Ranní TK 110/60. Dopoledne klientka bez obtíží. Stolice bez příměsí krve normální konzistence. Vráceno oblečení z centrální šatny, předána propouštěcí zpráva. Klientka má domluvený odvoz domů po obědě. Poučena o nutnosti dispenzarizace na hepatologické ambulanci FN Lochotín. Předána do péče obvodního lékaře a doporučena kontrola v gastroenterologické ambulanci FN. Objednána za týden na MR jater. Poučena o přípravě na vyšetření. Léky na 3 dny dostala od sester s sebou domů spolu s recepty. Klientka poučena o komplikacích jaterní cirhózy, při jejich projevech návštěva ambulance FN ihned. Doporučena návštěva protialkoholní ambulance. Do oběda je klientka v lůžku, oběd nejedla, těší se na domácí stravu. Propuštěna hemodynamicky stabilní bez známek krvácení.

10 INFORMACE ZÍSKANÉ ROZHOVOREM

Nemocná trpí jaterní cirhózou ethylického původu. Onemocnění se projevilo asi před šesti lety, kdy se začaly objevovat první příznaky. Nikdo z rodiny netrpí onemocněním jater. První známkou byly bolesti břicha. Po kontrole u praktického lékaře byla odeslána na USG, kde se potvrdila jaterní cirhóza. Diagnózu zpočátku vnímala negativně. Uzavřela se do sebe a pila alkohol, v podstatě jí bylo jedno, že trpí tímto onemocněním. Půl roku po zjištění diagnózy klientka přehodnotila svůj postoj k léčbě. Psychicky jí podpořila rodina, nejvíce manžel, který jí byl oporou. Za podpory rodiny a uvědomění si hodnoty života zahájila abstinenci, kterou se snaží dodržovat (manžel toto tvrzení však vyvrátil). O onemocnění se ze začátku nezajímala, myslela si, že není nijak vážné. Příčinu onemocnění klientka zná. Nemyslí si, že by kvalita jejího života před zjištěním diagnózy byla špatná. Říká, že po celý svůj život se snaží udržovat dobrou kondici. V souvislosti s užíváním alkoholu přiznává, že dříve pila hodně, protože jí to chutnalo, neměla zábrany v sexuálním životě a cítila se uvolněná.

Postupem času od zjištění diagnózy klientka uvádí, že změnila svůj postoj ke zdraví, snaží se pravidelně cvičit a naučila se relaxovat. Stresovým situacím se snaží vyhýbat, avšak nynější hospitalizace je pro ni zatěžující. Režimová opatření se snaží dodržovat, ale občas zapomene na léky. Ke kontrolám dochází pravidelně ke svému praktickému lékaři. Onemocnění nijak nenarušilo vztahy v rodině, naopak se ujistila, že je jí manžel oporou a může se na něj spolehnout i v nemoci. O své diagnóze mluví pouze s rodinou, přátelé o tomto problému nevědí. Její psychickou pohodu negativně ovlivňuje onemocnění pouze v době hospitalizací. Nemá ráda nemocnice, cítí se zde nejistě. Jako nejvíce stresující součást léčby označuje právě hospitalizaci, vadí jí dlouhodobý pobyt v nemocnici, prostředí na ní nepůsobí dobře.

Pomineme-li hospitalizaci, kvalitu života by označila jako dobrou. Se svým životním stylem je nyní spokojená, hovoří o doplnění vzdělání a nové práci v blízké budoucnosti. V rodině má dobré vztahy, které napomáhají její psychické pohodě a zvládání stresu. Klientka je motivovaná, během hospitalizace projevuje však smutek a bezmoc, který vyplývá z pobytu na lůžku v nemocnici.

11 APLIKACE MODELU MARJORY GORDONOVÉ

Podpora zdraví

Subjektivně: Potvrzení diagnózy klientku motivovalo ke změně životního stylu. Mohla by prý dodržovat striktněji některá opatření. Nynější potíže jí způsobují stres a má strach, aby nedošlo k recidivě krvácení. Je si vědoma nutnosti pravidelně užívat medikaci a dodržovat režimová opatření.

Objektivně: Klientka spolupracuje, má zájem o zlepšení stavu, zajímá se o informace sama. Laboratorní výsledky prokazují snížené hodnoty krevního obrazu, což odpovídá ztrátám krve. Celkově lze hodnotit fyzickou kondici jako dobrou, všechny činnosti zvládá sama, dopomoc nepotřebuje v žádné oblasti.

Výživa

Subjektivně: Snaží se o správnou životosprávu, jí 4 porce za den. Občas si dopřeje masnější jídlo. Často trpí dyspepsií, která se projevuje pyrózou, bolestí žaludku a pocitem plnosti. Za den vypije asi litr jemně perlivé minerálky. Alkohol již nepije. Udává lámavost nehtů. Chrup vlastní, vlasy suché. Hojení ran hodnotí jako normální.

Objektivně: Porce většinou nesní celé, často si stěžuje na bolest žaludku. Pitný režim v normě, vypije 1,5 l čaje za den. BMI v normě. Kůže je hydratovaná, bez ikteru, sliznice bledé. Vlasy barvené, bez lesku. Tělesná teplota v normě.

Vylučování

Subjektivně: Pocení běžné, ne nijak velké. Udává časté záněty močových cest, nyní bez obtíží. Stolice spíše nepravidelná – 1 x za 2-3 dny, někdy delší časový interval. Trpí zácpou. Příměsí ve stolici ani v moči běžně nepozoruje, ale dříve se již s melénou setkala.

Objektivně: Vyprazdňuje se na toaletě. Moč bez příměsí. Stolice nepravidelná, s příměsí malého množství čerstvé krve. Podávána Lactulosa 5 ml 3x denně.

Aktivita, cvičení

Subjektivně: Ráda chodí na procházky, jezdí na kole, s manželem hrají tenis. Doma zkouší cvičit jógu, se kterou začala na doporučení kamarádky.

Objektivně: Klientka je soběstačná. Prochází se po oddělení. Na lůžku tráví čas čtením.

Spánek, odpočinek

Subjektivně: Udává, že doma spí bez problémů, je zvyklá spát dlouho, brzké vstávání jí nedělá dobře. Spí asi deset hodin denně, v noci se nebudí. V nemocnici spí, i když se jí nechce, protože nemá co dělat.

Objektivně: Klientka přes den usíná, pokud nemá žádnou činnost, kterou by se zabavila. Večer nemůže spát, proto občas žádá hypnotikum.

Vnímání a poznávání

Subjektivně: Nemá problém s učením, nové poznatky chápe rychle. Na důležitá rozhodnutí si dává čas, snaží se nedělat ukvapené závěry.

Objektivně: Je komunikativní, o informace se zajímá sama. Hodně čte, zvažuje rekvalifikační kurz k získání nového zaměstnání.

Sebeúcta a sebepojetí

Subjektivně: Hodnotí se jako vyrovnaná osobnost, klidné povahy, snaží se o pozitivní postoj k životu. Raduje se z maličkostí.

Objektivně: Pozitivně laděná, místy uzavřená. Snaha aktivně přispět ke zlepšení stavu, zajímá se o zdravý životní styl.

Role a mezilidské vztahy

Subjektivně: Vztahy v rodině hodnotí kladně. S manželem vychovala dvě dcery. Se starší dcerou, která již nebydlí ve společné domácnosti, ale pravidelně se navštěvují a jsou v kontaktu. Starší dcera plánuje založení rodiny, těší se na vnouče. S manželem mají dobrý vztah. Má pár přátel, kterých si váží.

Objektivně: Klientka je podporována ze strany rodiny. Dcery a manžel za klientkou dochází na návštěvy. Po návštěvách pozorují u klientky vždy lepší náladu.

Sexualita

Subjektivně: Svůj sexuální život hodnotí jako přiměřený, problémy neuvádí. Udává, že s manželem nemají styk pravidelně. Antikoncepci neužívá.

Objektivně: Porodila dvě zdravé dcery.

Stres

Subjektivně: Hospitalizace je pro ni velice zatěžující. Snaží se s tím vyrovnat, uklidňuje se tím, že bude brzy propuštěna. Stres jí způsobuje také nezaměstnanost, kterou chce v nejbližší době řešit. Stres uvolňuje pohybem, hovoří o svých problémech s rodinou.

Objektivně: Při vizitách působí nervózně, má strach z dalších výkonů a dlouhodobé hospitalizace. Smutek se snaží potlačit.

Víra

Subjektivně: Neuznává žádné náboženství. Věří, že co se má stát se stane a všechno má své opodstatnění.

Objektivně: Je nevěřící. Spíše realistka.

Jiné

Subjektivně: Nemá potřebu uvést další informace

12 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelská diagnóza je stanovením problému pacienta. Dělíme je na syndromové a diagnózy na podporu zdraví. Na základě informací získaných od klientky a pozorováním jsem stanovila následující diagnózy podle knihy Jany Marečkové (20, str. 175), originálu Nursing diagnoses handbook (22, str. 168) a knihy Evy Trachtové (23, str. 147). Diagnózy jsou navrženy vzhledem k aktuálnímu stavu klientky.

12.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00001 Nedostatečná výživa související s nechutenstvím projevující se:

Subjektivně: pocitem plnosti, nauzeou

Objektivně: klientka přijímá poloviční porce

Očekávané výsledky: klientka nebude trpět nauzeou, udrží si hmotnost v normě

Ošetřovatelské intervence: edukuj klientku o vhodné stavbě jídelníčku, podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj účinky ordinovaných léků, zapisuj do dokumentace příjem potravy, sleduj váhu klientky, zajisti konzultaci nutričního terapeuta

Hodnocení: klientka zná příčiny nechutenství, podávány léky dle ordinace, klientka uvádí zlepšení, edukována nutriční terapeutkou, při dlouhodobém zlepšení možnost přejít na dietu č. 3 – racionální, přijímá větší porce

00027 Snížený objem tělesných tekutin související s krvácením projevující se:

Subjektivně: dezorientací

Objektivně: hypotenzí, melénou s příměsí čerstvé krve, anemií

Očekávané výsledky: klientka bude hemodynamicky stabilní

Ošetřovatelské intervence: sleduj výsledky laboratorních hodnot, sleduj FF, příměsí ve stolici, podávej léky a krevní deriváty dle ordinace, sleduj jejich účinky

Hodnocení: klientka je hemodynamicky stabilní, nejeví známky krvácení

00095 Porušený spánek související se změnou prostředí projevující se:

Subjektivně: nemůže usnout déle jak 30 minut

Objektivně: stěžuje si na nedostatek spánku a nekvalitní spánek

Očekávané výsledky: kvalita spánku se zlepší, klientka bude odpočínatá

Ošetřovatelské intervence: zajisti vhodné prostředí pro spánek, edukuj o spánkové hygieně, podávej hypnotika dle ordinace a sleduj jejich účinky

Hodnocení: klientka se cítí odpočínatá, zná zásady spánkové hygieny, léky účinkují

00148 Strach související s plánovaným výkonem projevující se:

Subjektivně: obavami z bolesti, nechutenstvím

Objektivně: zastřeným hlasem při hovoru o vyšetření, vyděšeným výrazem v obličeji

Očekávané výsledky: strach se zmírní, klientka bude o postupu výkonu informována

Ošetřovatelské intervence: edukuj klientku o plánovaném výkonu, ošetřovatelském plánu, komunikuj s klientkou o strachu, relaxačních technikách

Hodnocení: strach je zmírněný, klientka zná postup výkonu, zná možnosti tlumení bolesti, zná relaxační techniky ke zmírnění strachu

12.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétrem

Očekávaný výsledek: klientka nemá po dobu zavedení PŽK známky infekce, ví jak infekci předejít

Ošetrovatelské intervence: sleduj místo vpichu, dodržuj výměnu katétru po 72 hodinách nebo při bolestivosti, edukuj klientku o příznacích infekce

Hodnocení: klientka nemá projevy infekce

00015 Riziko zácpy související s nedostatečnou výživou

Očekávaný výsledek: klientka se vyprazdňuje pravidelně

Ošetrovatelské intervence: zajisti dostatek soukromí, sleduj příjem potravy a tekutin, doporuč potraviny bohaté na vlákninu, podávej přípravky ke změkčení stolice a sleduj jejich účinky

Hodnocení: klientka netrpí zácpou

13 EDUKAČNÍ PLÁN

Účel edukace: Ochota ke zlepšení výživy

Cíl: klientka bude znát zásady omezení diety č. 5, vyjmenuje způsoby vhodné tepelné úpravy potravin

Pomůcky: edukační leták, vzorový jídelníček na týden

Metoda prezentace: rozhovor

Kognitivní oblast: klientka vyjmenuje zásady přípravy a vhodné potraviny pro dietu s omezením tuků

Hlavní bod plánu: seznámím klientku s dietou č. 5, vhodnými potravinami a jejich tepelnou úpravou

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: klientka umí vyjmenovat vhodné potraviny a jejich úpravu pro dietu s omezením tuků

Afektivní oblast: klientka pochopí nutnost dodržování diety a upraví své dosavadní stravovací návyky

Hlavní bod plánu: vysvětlím rizika spojená s nedodržováním diety

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: klientka chápe nutnost dodržování diety, umí odpovědět na otázky týkající se rizik

Psycho-motorická oblast: klientka si bude vymezovat pro příjem potravy více času, přijme více jak polovinu porce pravidelně 5-6x denně

Hlavní bod plánu: pomůžu klientce rozvrhnout si čas během dne tak, aby se stravovala pravidelně a věnovala každému jídlu alespoň 15 minut

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: klientka přijímá více jak polovinu porce, jí v průměru 15 – 20 minut

DISKUZE

Hlavním cílem mé práce bylo objektivně zhodnotit kvalitu života klientky s dekompenzovanou jaterní cirhózou. V úvodu hospitalizace jsem získávala informace o klientce pomocí rozhovoru. Otázky při zjišťování informací byly zaměřeny především na kvalitu života před a po zjištění diagnózy. Zabývala jsem se životním stylem, dodržováním režimových opatření a aktivní podporou zdraví. V neposlední řadě mě zajímalo prožívání klientky po zjištění diagnózy, změny v jejím životním stylu a to, jak ovlivnila diagnóza vztah s rodinou a přáteli.

Klientka popisovala svůj životní styl jako uspokojivý. V běžném životě se snaží být aktivní a v rámci možností dodržuje zdravý životní styl. Tvrdí, že dodržuje abstinenci, kterou zahájila asi půl roku po zjištění diagnózy. Manžel toto tvrzení vyvrátil, ale souhlasil s tím, že klientka pití alkoholu omezila. Co se týče dodržování režimových opatření, klientka uvádí, že se snaží dodržovat dietu, ve které si ale není jistá výběrem vhodných potravin. Klientky jsem se ptala, zda si vzpomíná, jaká byla její reakce na diagnózu jaterní cirhózy. Odpověděla, že tehdy zjištění onemocnění vnímala negativně, utápěla se v alkoholu a její běžné denní aktivity nechávala stranou. Řekla, že to bylo zřejmě nedostatkem informací o onemocnění. Lékař jí vysvětlil, co onemocnění obnáší, ale neseznámil ji dostatečně s režimovým opatřením. U praktického lékaře byla klientce nasazena trvalá medikace, kterou však zpočátku neužívala. Dnes sice medikaci užívá, ale přiznává, že spíše nepravidelně. Často zapomíná na večerní léky, přestože je má doma na viditelném místě. Zajímalo mě, jestli stanovení diagnózy nějak ovlivnilo vztahy s jejími blízkými. Na tuto otázku mi klientka odpověděla, že vztahy v rodině se nezměnily k horšímu, ale spíše k lepšímu. Rodina klientčinu diagnózu přijala. Klientku se její blízcí snaží aktivně podpořit, manžel ale dodává, že to není vždy úplně jednoduché. Dostává se jí psychické podpory a jistoty, že se může na svoji rodinu spolehnout i v nemoci. Objektivně má klientka dobré zázemí pro úspěšnou léčbu. Dcery se jí snaží rozptýlit procházkami, podporují ji v aktivním způsobu života. Klientka tvrdí, že jí pohyb baví a naplňuje. Při procházkách mají prostor k rozebírání rodinných témat a tak ji přivádí na jiné myšlenky. Klientka zná příčinu svého onemocnění a přehodnocuje způsob svého životního stylu. Informace o svém onemocnění získala na internetu a u svého praktického lékaře. Většina přátel klientky o její diagnóze neví. Ráda by si našla práci, pro kterou aktuálně

nemá potřebné vzdělání. Dcery klientce pomáhají najít nejvhodnější rekvalifikační kurz pro zaměstnání, které by ráda vykonávala.

S obtížemi, které ji přivedli do nemocnice, se setkala již před pěti lety. Po tehdejší hospitalizaci se snažila nějakou dobu dodržovat léčebný režim trochu striktněji. Postupem času, když potíže ustupovaly, klientka polevila a nezabývala se doporučeními tolik jako dříve. Dle mého názoru má klientka snahu režimová opatření dodržovat. Vzhledem ke slabé vůli a nezvládání běžných stresových situací se však obrací k alkoholu, který její zdravotní stav zhoršuje. Pokud klientka nebude striktně dodržovat opatření, vystavuje se tak riziku, že se zhorší projevy dekompenzace. Dnes mírný ascites se překlene do stadia, kdy pro ni bude nevyhnutelná odlehčující punkce. Je známo, že jakmile se tato punkce provede jednou, množství tekutiny v břiše se začne zvětšovat a tím se zvýší také četnost punkcí. Klientka si je vědoma tohoto rizika. Je poučena o nutnosti absolutní abstinence.

Na nemocničním lůžku je klientka skleslá, po většinu času uzavřená do sebe. Vadí jí dlouhodobý pobyt v nemocnici z důvodu omezení soukromí, nemá tady to, na co je doma zvyklá. Uvědomuje si, že pobyt v nemocnici si zapříčinila nedodržováním režimových opatření. Rodina klientku pravidelně navštěvuje, což má příznivý vliv na její psychický stav a účast při léčbě.

Pomocí vzorců zdraví lze pozorovat dysfunkci zejména v oblasti vylučování. Stolice je nepravidelná, s mírnou příměsí čerstvé krve. Vylučování moči odpovídá množství přijatých tekutin a bilance byla vyvážená. Ostatní oblasti vzorců zdraví lze hodnotit jako relativně funkční. Klientka byla hospitalizována 9 dní na oddělení metabolické JIP a 15 dní na standardním oddělení interní kliniky. Byla přijata v kritickém stavu následkem těžké dekompenzace. Za dobu hospitalizace na JIP se klientčin stav zlepšil a mohla tak být přeložena na standardní oddělení. Zde jsem prováděla výzkum po celou dobu pobytu. V počátku hospitalizace byla klientka uzavřená, nedůvěřivá a ne příliš komunikativní. Zhruba po třech dnech sama začala hovořit o svých pocitech a problémech. S klientkou se mi poté spolupracovalo dobře. Do výzkumu se zapojil také manžel, který mi některé informace pomohl zpřesnit. V roli výzkumnice se mi líbilo to, že jsem byla v kontaktu s klientkou a její rodinou. Mohla jsem tak o ní získat komplexní informace, na základě kterých jsem měla možnost objektivněji vyhodnotit kvalitu jejího života.

Ve srovnání s ostatními klienty, kteří mají diagnostikovanou jaterní cirhózu, měla klientka před hospitalizací méně komplikací. Ascites není rozvinutý do míry, kdy by bylo nutné přistoupit k odlehčujícím punkcím. V době před hospitalizací neměla známky jaterní encefalopatie. Encefalopatie se projevila až s komplikacemi, které klientku ohrožovaly na životě. Jednalo se o masivní krvácení, které doprovázela dezorientace v čase, místě i prostoru.

Ošetrovatelská péče byla poskytována metodou ošetrovatelského procesu. Poskytoval ji multidisciplinární tým složený ze všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ošetrovatelek, sanitářek a nutriční terapeutky. Každý člen ošetrovatelského týmu poskytoval péči v souladu se standardy interního oddělení FN Plzeň. Klientka byla s péčí ošetrovatelského týmu spokojena. Hodnocení péče ze strany zdravotníků probíhalo vždy při vizitách. Ošetrovatelská péče byla zaznamenávána do dokumentace klientky, kde se zapisovalo hodnocení do plánu ošetrovatelské péče. Aktuální ošetrovatelské diagnózy byly pomocí vhodně stanovených intervencí zhodnoceny vesměs kladně, u klientky došlo ke značnému zlepšení. Potencionální ošetrovatelské diagnózy se neprojevily, bylo jim předcházeno vhodnými intervencemi.

Lze předpokládat, že kvalita života klientky by byla výhledově hodnocena jako vcelku uspokojivá, pokud bude dodržovat i nadále výše uvedená režimová opatření. Jako riziková se mi jeví pokračující konzumace alkoholu, kterou klientka v průběhu odběru ošetrovatelské anamnézy popírá (manžel vyvrací její tvrzení). Klientka pak při rozhovoru zmiňuje, že pije asi dvakrát do týdne větší množství alkoholu tj. jedna láhev vína, někdy více. Lékař předal klientce kontakt na protialkoholní ambulanci FN Plzeň. Klientka však konstatovala, že si nemyslí, že by pro ni byla léčba nutná. Předpokládá se tedy, že bude v pití pokračovat a její stav se postupem času zhorší.

Toto téma jsem si vybrala zejména proto, že jsem se s tímto onemocněním setkala v praxi již dříve a chtěla jsem se o něm dozvědět více. Překvapilo mě, že jen malé procento nemocných trpí tímto onemocněním v důsledku jiných chorob a že ve většině případů je příčinou zvýšená konzumace alkoholu. V dnešní době žijí lidé v produktivním věku pod vlivem stresových situací (náročné zaměstnání, nedostatek času na relaxaci, nedostatek finančních prostředků...), které mnohdy kompenzují alkoholem, případně jinými návykovými látkami. Zejména zvýšená konzumace alkoholu vede k poškození jater.

Vezmeme-li v potaz, jak může jaterní cirhóza narušit kvalitu života jedince, kladu si otázku, zda by se neměli na veřejnosti objevit jakési kampaně podporující prevenci tohoto onemocnění. Všichni dobře víme, že užívání alkoholu ve velkém množství nepřispívá našemu zdraví. Proč jsou na krabičkách cigaret natištěné texty o riziku rakoviny a pomalém umírání, když pití může způsobit to samé a na lahvích s alkoholem nic takového není? Myslím si, že informovanost veřejnosti o jaterní cirhóze je nedostatečná. Za svou praxi jsem se setkala s klientem, který měl čerstvě diagnostikované toto onemocnění a tvrdil, že nikdy o něčem takovém neslyšel. Zesílení podivení tento klient dosáhl ve chvíli, kdy se dozvěděl, že primární příčinou této nemoci je užívání alkoholu. Vzhledem k těmto okolnostem jsem se rozhodla zpracovat edukační leták, který příkládám v příloze.

Bc. Ladislava Kermesová ve své bakalářské práci (24) popisuje taktéž ošetrovatelský proces u klienta s dekompenzovanou jaterní cirhózou ethylického původu, který zpracovala podle modelu Marjory Gordonové. V její práci popisuje klienta, u kterého je důvodem k hospitalizaci dušnost v souvislosti s ascitem. Tento klient nedodržel dietu a absolutní abstinenci, léčit se nechtěl. Veškeré hospitalizace vždy ukončil na vlastní žádost do několika málo dní od přijetí. Celkový stav klientů se v těchto dvou případech liší především projevenými komplikacemi. Postupy v ošetrovatelské péči byly zvoleny podle stanovených diagnóz. Stejně tak jako moje klientka s manželem, má klient Bc. Kermesové harmonický vztah se svou manželkou. Je to překvapivé, vzhledem k výši rozvodovosti zapříčiněné právě užíváním alkoholu některého z manželů. V mém případě klientka přistupovala k léčbě zodpovědněji a sama si vyhledávala informace. Zajímalo by mě, zda má přístup klienta k léčbě nějakou souvislost s pohlavím klienta. Na základě porovnání těchto dvou respondentů se lze domnívat, že žena má k léčbě zodpovědnější přístup než muž. Vzhledem k tomu, že nemám k dispozici větší počet respondentů, kde by se tato hypotéza dala ověřit, bylo by zajímavé se této otázce dále věnovat formou kvantitativního výzkumu.

ZÁVĚR

Ve své práci se zabývám kazuistikou pacientky s dekompenzovanou jaterní cirhózou ethylického původu. Toto onemocnění vzniká především v důsledku nadměrného užívání alkoholu.

V teoretické části se zabývám anatomií jater, kde popisuji jejich uložení, strukturu, cévní zásobení a segmentární dělení. V kapitole fyziologie popisuji jejich funkce. Zejména jsem se zaměřila na funkce metabolické. Popisuji zde proces metabolismu cukrů, tuků, ale také bílkovin. Játra mají také schopnost biotransformační, při které detoxikují náš organismus, tato schopnost jater je také v teoretické části rozebrána. Najdeme zde také zmínku o funkci exkreční a sekreční, ale také funkcích ostatních.

V další kapitole se věnuji cílovému onemocnění, tedy jaterní cirhóze. Zde pojednávám o příčinách onemocnění, jejím výskytu a příznacích. V této kapitole popisuji příznaky, léčbu, nejčastěji používané vyšetřovací metody a komplikace. Co se týče komplikací, zmiňuji se zde také o jejich řešení. Poslední část této kapitoly je věnována sledování klientů s jaterní cirhózou. V další kapitole jsem stručně popsala podstatu ošetrovatelského procesu a zaměřila se na teoretický popis modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, který jsem zvolila pro svou praktickou část.

V úvodu praktické části jsem popsala problém, výběr respondentů, metodiku zpracování a cíle mé práce. V této části jsem spolupracovala s hospitalizovanou klientkou, která souhlasila se sběrem dat a poskytováním informací. S klientkou jsem sepsala její kompletní anamnézu, z dokumentace jsem se dozvěděla aktuální a chronické diagnózy. Na základě každodenního kontaktu s klientkou popisuji průběh hospitalizace, kde je navržený ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení. Dále jsem sepsala informace, které byly stěžejní pro zhodnocení klientčiny kvality života. Ty jsem získávala postupně rozhovory s klientkou v průběhu celé její hospitalizace. Navrhla jsem ošetrovatelské diagnózy a sepsala edukační plán, který jsem využila při poučení klientky.

Výstupem praktické části bakalářské práce je edukační leták, který předám gastroenterologické ambulanci a interní klinice FN Plzeň.

BIBLIOGRAFIE

1. HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.
2. FIALA, Pavel a kol. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0804-9.
3. EHRMANN, Jiří a kol. *Hepatologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.
4. BRODANOVÁ, Marie. *Klinická hepatologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-716-9069-4.
5. ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie*. 2.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-86642-48-2.
6. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
7. LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
8. ZADÁK, Zdeněk a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.
9. CHARVÁT, Jiří. *Hemokoagulace a játra*. Praha: Nucleus, 2009. ISBN 978-80-8700-955-0.
10. EHRMANN, Jiří a kol. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1048-X.
11. CHOPRA, Sanjiv. *Játra: Diagnóza, terapie, rekonvalescence*. Praha: Pragma, 2006. ISBN 80-7205-221-7.
12. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2764-6.
13. BRYCHTOVÁ, Svetlana a Alice HLOBILKOVÁ. *Histopatologický atlas*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4716-503.

14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
15. MZČR. *Věstník 9/2004*. In: <http://www.mzcr.cz> [online]. 24.8.2004, poslední aktualizace 13. 3. 2008 [cit. 23. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. SÚKL. *Databáze léků*. In: <http://www.sukl.cz> [online]. 2010, poslední aktualizace 3. 3. 2015 [cit. 8. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.
18. KOCIÁNOVÁ, Svatava a kol. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 5.vyd. Praha: Informatorium, 2007. ISBN 978-80-7333-059-0.
19. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
20. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. Vydání Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
21. WILEY, John. *Nursing diagnoses Definitions and Classification 2012 – 2014*. Oxford: NANDA International, 2012. ISBN 9780470654828.
22. ACKLEY, Ladwig. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care.*, Eighth edition, USA: Elsevier, 2008. ISBN 978-0-323-04826-2.
23. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
24. KERMESOVÁ, Ladislava. *Ošetrovatelská péče o klienta s jaterní cirhózou*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. Lékařská fakulta.

SEZNAM ZKRATEK

VLDL – velmi nízkodenzitní lipoprotein (very low density lipoprotein)

LDL – nízkodenzitní lipoprotein (low density lipoprotein)

HDL – vysokodenzitní lipoprotein (high density lipoprotein)

CT – počítačová tomografie

PET/CT – pozitronová emisní počítačová tomografie

aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

INR – international normalized ratio

ALT - alaninaminotransferáza

AST – aspartátaminotransferáza

TIPS – transjugulární intrahepatální portosystémová spojka

HCC – hepatoculární karcinom

GIT – gastrointestinální trakt

IU – mezinárodní jednotka

TEN – tromboembolická nemoc

PŽK – periferní žilní katétr

CŽK – centrální žilní katétr

PMK – permanentní močový katétr

ERY-RES – erytrocyty resuspendované

EKG – elektrokardiograf

KO – krevní obraz

USG – ultrasonografie

TT – tělesná teplota

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Ascites

Obrázek č. 2 – Pomůcky k punkci ascitu



Ascites

Zdroj: vlastní



Pomůcky k punkci

Zdroj: vlastní

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Hodnocení dle Barthela

Příloha č. 2 - Hodnocení bolesti dle Melzacka

Příloha č. 3 – Glasgow coma scale

Příloha č. 4 – Hodnocení nutričního stavu

Příloha č. 5 – Stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 6 - Hodnocení rizika pádu – Get up and go test

Příloha č. 7 – Edukační leták

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Barthelův test základních denních činností

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Denní záznam bolesti dle Melzacka

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5829.pdf>

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
 13 = vyžaduje hospitalizaci
 8 = mez kritického stavu mozku
 Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Glasgow Coma Scale

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- 0 - ano
- 1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- 1 - ne

J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- 2 - tři



K. Zhodnoťte následující indikátory příjmu proteinů

- alespoň jedenkrát denně mléčný pokrm (mléko, sýr jogurt) ano - ne
alespoň dvakrát v týdnu vejce nebo luštěniny ano - ne
maso, ryba nebo drůbež každý den ano - ne
0 bodů - do jedné pozitivní odpovědi
0,5 bodu - při dvou pozitivních odpovědích
1 bod - při třech pozitivních odpovědích

L. Jí pacient alespoň dvě porce čerstvé zeleniny nebo ovoce za týden?

- 0 - ne
1 - ano

M. Kolik tekutin pacient vypije? (voda, džus, káva, čaj, mléko...)

- 0 - méně než tři šálky
0,5 - tři až pět šálků
1 - více než 5 šálků

N. Jak pacient jí:

- 0 - musí být krmen, sám se nenají
1 - jí sám, ale s potížemi
2 - bez problémů sám

O. Jak sám posuzuje svůj nutriční stav

- 0 - domnívá se, že je podvyživený
1 - neví
2 - domnívá se, že podvyživený není a potíže s výživou nemá

P. Jak posuzuje pacient svůj zdravotní stav, když jej srovnává s většinou lidí svého věku?

- 0 - horší než většina vrstevníků
0,5 - neví
1 - asi tak stejný jako většina vrstevníků
2 - lepší

Q. Střední obvod paže v centimetrech

- 0 - méně než 21 cm
0,5 - 21-22 cm
1 - 22 cm a více

R. obvod lýtky

- 0 - méně než 31 cm
1 - 31 cm a více

Výsledek doplňujícího vyšetření (maximální počet bodů 16)

Výsledky screeningu:

Výsledky doplňujícího vyšetření:

Celkové skóre: (max. 30 bodů)

HODNOCENÍ

- 24 a více bodů - není riziko malnutrice
17-23,5 bodů - z pohledu nutričního stavu se jedná o rizikového pacienta (je vhodné, aby sestra dohlédla na příjem a doporučila eventuálně sipping)
méně než 17 bodů - podvýživa (vhodná konzultace s lékařem)

Hodnocení nutričního stavu

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5818.pdf>

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Stupnice hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

CELKEM:(max. 12 bodů)

Hodnocení rizika pádu – Get up and go test

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5827.pdf>

Úloha jater v našem těle

Játra jsou popisována jako největší žláza v lidském těle. Jsou jedním z nejdůležitějších orgánů pro život.

Fungují jako zásobárna vitaminů, železa, glykogenu a lipidů, které náš organismus potřebuje pro přežití.

Zajišťují přeměnu živin v organismu, zároveň jej detoxikují a vytváří potřebné látky, jako je třeba žluč. Ta hraje významnou roli při trávení.

V játrech probíhají také procesy, které ovlivňují zadržování vody v organismu nebo srážlivost krve. V embryonálním vývoji mají játra za úkol krvetvorbu. Pokud dojde během života k těžkému poškození kostní dřeně, může se tato funkce obnovit.

CHRAŇTE SVÁ JÁTRA

Zdroje:

<http://www.cirhozajater.cz/>

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

Obrázek 1 – Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloh-pacientske-listy/chronicke-choroby-jater-a-jaterni-cirhoza-451556>

Obrázek 2 - Zdroj: <http://www.osei.cz/index.php?clanek=597>



Tento edukační leták byl vytvořen jako příloha k bakalářské práci na téma: „Ošetrovatelský proces u klienta s jaterní cirhózou“

Co byste měli vědět o jaterní cirhóze?



Obrázek 1

Co je to jaterní cirhóza?

Jaterní cirhóza, lidově tvrdnutí jater, je onemocnění nejčastěji způsobené nadměrným užíváním alkoholu. Tím se rozumí 1-2 litry piva nebo 0,7 litru vína denně. Jinými příčinami mohou být také prodělané nemoci, jako jsou Hepatitida typu B nebo C, v jejichž důsledku se jaterní cirhóza rozvine.

Jak cirhózu poznáte?

Toto onemocnění bývá často provázeno bezpříznakovým obdobím. Prvními příznaky mohou být nechutenství, únava, celková slabost, zarudnutí dlaní, výskyt modřin, mnohdy až některá z komplikací (zažloutnutí kůže či očního bělma, krvácení ze trávicího traktu, nápadné zvětšení břicha za krátkou dobu – ascites).

Můžete cirhózu zabránit?

Ano. Dodržováním zdravého životního stylu a omezením přísunu alkoholu lze předejít jaternímu poškození. Pokud užíváte větší množství léků, je dobré nechat si pravidelně vyšetřovat krev na jaterní testy. Toto vyšetření Vám provede Váš praktický lékař.

Co dělat, když Vám cirhózu diagnostikují?

Základním opatřením je nutná absolutní abstinence. Jen tou totiž můžete zabránit pokračování onemocnění. Jestliže přestanete alkohol užívat v počátku onemocnění, je zde šance, že se vyléčíte. Pokud je pro Vás zahájení okamžité abstinence příliš těžké, neváhejte kontaktovat psychoterapeuta, který Vám pomůže překonat nepříjemné začátky. Snažte se dodržovat zásady zdravé výživy

Jaká dietní opatření byste měli dodržovat?

Nemáte-li rozvinuté komplikace, ale lékař Vám diagnostikoval jaterní cirhózu, je zapotřebí vynechat z jídelníčku smažené, tučné, konzervované a instantní potraviny. Máte-li rozvinuté komplikace, i přesto se snažte přijímat malé porce potravy každé dvě hodiny.

Při silném nechutenství či nevolnosti se do jídla nenuťte. Volte spíše studené pokrmy. Užívejte nutriční nápoje, které doplní potřebné živiny do organismu. Játra pro svou regeneraci potřebují dostatek energie.

Rozdíly na játrech zdravých a cirhotických posuďte sami



Obrázek 2

Edukační leták

Zdroj: vlastní