



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterním selháním
(Nursing care of the patient with liver failure)

Bakalářská práce

Alena Jelínková

Praha, únor 2010

Autor práce: Alena Jelínková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

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

Datum a rok obhajoby: 7.4.2010

Prohlášení

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

V Praze dne 2.února 2010

Alena Jelínková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především své vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové. Nejen, že mě oslovila už v průběhu mého studia formou svých přednášek a lidským přístupem k nám studujícím. Navíc jsem při psaní mé bakalářské práce ocenila její spolupráci ve formě skvělé komunikace a řešení všech vzniklých problémů.

Obsah

ÚVOD	6
1. KLINICKÁ ČÁST	
1.1. ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD	7 - 10
1.1.1. <i>Uložení a fixace jater</i>	7
1.1.2. <i>Stavba jaterní tkáně</i>	7 - 8
1.1.3. <i>Jaterní oběh a inervace</i>	8 - 9
1.1.4. <i>Funkce jater</i>	9 - 10
1.2. CHARAKTERISTIKA JATERNÍHO SELHÁNÍ	10 - 12
1.3. VYŠETŘOVACÍ METODY	12 - 13
1.4. TERAPIE	13 - 15
1.5. STAV NEMOCNÉHO PŘI PŘÍJMU DO NEMOCNICE	15 - 16
1.6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	16 - 18
1.7. PROGNOZA	18 - 19
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	
2.1. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	20
2.2. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	20 - 21
2.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	21 - 26
2.3.1. <i>Obecné údaje o pacientovi</i>	22
2.3.2. <i>Fyzikální vyšetření sestrou</i>	22
2.3.3. <i>Vlastní anamnéza k 22.dni hospitalizace</i>	22 - 26
2.4. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ KE ZVOLENÉMU DNI	27 - 38
2.5. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	39 - 41
ZÁVĚR	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
PŘÍLOHY	44 - 47

Úvod

Téma své diplomové práce „*Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterním selháním*“ jsem si zvolila na základě své dlouholeté praxe na gastroenterologickém oddělení, kde o pacienty s onemocněním jater a žlučových cest často pečuji.

V klinické části jsem se zabývala anatomii a fyziologií jater, dále pak charakteristickou jaterního selhání, používanými vyšetřovacími metodami a terapií. V ošetrovatelské části jsem si vybrala 22.den hospitalizace nemocného, ve kterém došlo k výraznému zhoršení jeho zdravotního stavu a bylo tudíž nutné upravit veškeré ošetrovatelské plány a intervence. K hodnocení nemocného jsem zvolila model Marjory Gordonové upravený pro potřeby našeho pracoviště, z kterého pak vycházím při stanovení ošetrovatelských diagnóz. Jednotlivé diagnózy jsou rozpracovány na cíle ošetrovatelské péče a plány vedoucí k jejich dosažení. Nechybí ani popis realizace a v konečné fázi také zhodnocení.

1. KLINICKÁ ČÁST

1.1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD

1.1.1. *Uložení a fixace jater*

Játra (hepar) jsou největší žlázou v těle, jejich průměrná hmotnost je 1500 g [6, str.30]. Jsou uložena v dutině břišní pod pravým obloukem žeberním, směrem vlevo přesahují střední čáru a jejich horní klenba (facies diaphragmatica) se dotýká bránice [7, str.138]. Spodní plochou naléhají na některé orgány v břišní dutině (žaludek, dvanáctník, pravou ledvinu s nadledvinou a část tlustého střeva) [6, str.30]. Fixaci jater zajišťují dva jaterní vazy (ligamenta hepatis):

1. Srpovitý jaterní vaz (ligamentum falciforme hepatis) jež se pne od přední stěny břicha k dolnímu okraji jater.
2. Jaterní oblý vaz (ligamentum teres hepatis) jdoucí od pupku ke spodní ploše jater, kde vytváří rýhu oblého vazu (incisura ligamentum teretis). Dále pokračuje jako štěrbina oblého vazu a štěrbina žilního vazu (fissura lig. teretis et lig. venosi), jež dělí viscerální plochu jater na pravý a levý jaterní lalok [4, str.27].

Na přední ploše, kterou z větší části pokrývá peritoneum, jsou játra rozdělena na větší pravý a menší levý jaterní lalok. Na zadní ploše jater jsou rýhy, které vytváří písmeno H a dělí tak játra na čtvercový lalok a lalok dolní duté žíly [2, str.254]. Příčná rýha vytváří tzv. jaterní bránu (porta hepatis), což je místo, kudy do jater vstupuje jaterní tepna (arteria hepatica communis) a vrátnicová žíla (vena portae) a odkud vystupují žlučovody [6, str.30].

1.1.2. *Stavba jaterní tkáně*

Základní stavební jednotkou jater je jaterní buňka (hepatocyt). Dvě řady jaterních buněk přiložených těsně k sobě vytváří jaterní trámec a několik trámců pak tvoří jaterní lalůček, jež má tvar nepravidelného mnohostěnu [2, str.255]. Tři

sousedící lalůčky mají mezi sebou určité množství vmezeřeného vaziva, jež nazýváme portobiliární prostor. Zde se lalůčky hranolovitě stýkají a probíhá tudy trias hepatica (interlobulární - mezilalůčková tepna, žíla a žlučovod). Jaterní buňky mají na straně přivrácené ke kapilárám tzv. krevní pól a na opačné straně tvoří tzv. pól žlučový. Žluč tvořená jaterními buňkami odtéká do žlučového kanálku, jež v lalůčku pokračuje jako intralobulární žlučovod. Ten na periferii lalůček navazuje na Heringovy kanálky, které odvádějí žluč do interlobulárních žlučovodů. Jejich postupným spojováním se vytváří žlučové cesty s větším průměrem, které nakonec játra opouštějí jako pravý a levý žlučovod (ductus hepaticus dexter et sinister) [4, str.29].

1.1.3. Krevní zásobení jater a jejich inervace

Jaterní oběh se skládá ze dvou částí:

1. Nutritivní – společná jaterní tepna (arteria hepatica communis) přivádí do jater okysličenou krev a živiny. Než do jater vstoupí, dělí se na pravou a levou jaterní tepnu, jež zásobí krví oba jaterní laloky. Postupně se větví, aby mohla k buňkám lalůček přivádět okysličenou krev.
2. Funkční – vrátnicová žíla (vena portae) do jater přivádí odkysličenou krev s látkami vstřebanými z trávicí trubice, které pak v jaterních buňkách podléhají metabolickým změnám.

Jak tepenná krev, tak krev vrátnicová se v sinusoidách mísí a jaterní buňky si z ní odebírají vstřebané látky a kyslík. Mnoho produktů pak buňka vrací zpět do sinusoidů, ze kterých je krev odváděna do žíly lalůčku. Postupným spojováním se vytváří žíly s větším průměrem, jež nakonec játra opouštějí jako jaterní žíly, které následně ústí do dolní duté žíly [7, str.138].

Inervace jater je zajištěna nervovými vlákny pocházejícími z nervového uzlu břišního kmene (ganglion coeliacum) a z bludného nervu (nervus vagus –

n.X). Tvoří je vlákna parasympatická i sympatická. Spolu s autonomními vlákny jdou také vlákna senzitivní a vytváří tzv. plexus solaris [4, str.30].

1.1.4. *Funkce jater*

Játra mají mnoho složitých funkcí mezi něž patří:

- **Tvorba a sekrece žluči** – odehrává se v jaterních buňkách, žlučovody je pak žluč odváděna do žlučníku, jež funguje jako rezervoár a do duodena, kde se například podílí na metabolismu lipidů. Žluč je tvořena žlučovými solemi, kyselinami, barvivy a dalšími látkami. Denně se vytvoří v játrech asi 500 - 1000 ml žluči. Některé její složky jsou zpětně resorbovány ze střeva, což zajišťuje tzv. enterohepatální oběh.

- **Metabolismus živin**
 - **Glukóza** – v játrech dochází ke glykogeneze, kdy se spojují molekuly glukózy a tvoří tak zásobní glykogen. Stejně tak může dojít k opačnému ději při potřebě glukózy (glykogenolýza).

 - **Aminokyseliny** – V játrech také může probíhat glukoneogeneze, což je děj, při kterém se v jaterních buňkách tvoří glukóza i z necukerných zdrojů (aminokyseliny).

 - **Tuky** – Játra udržují pohotovou zásobu mastných kyselin pro případ, kdy tkáně potřebují zvýšit přísun energie. Důležitá je také funkce jater při tvorbě cholesterolu a lipoproteinů.

- **Metabolismus vitaminů** – jsou důležitá především u vitaminů rozpustných v tucích. Fungují jako zásobárna vitaminu B12, D, E, K. V játrech dochází k tvorbě aktivního vitaminu D3.

- **Imunitní funkce** – Kupfferovy buňky, které jsou přichyceny ke stěnám sinusů jater, jsou součástí jaterního makrofágového systému a zneškodňují mikroorganismy a jiné cizorodé látky, které pronikly střevní stěnou do cévního řečiště.
- **Detoxikační role** – inaktivace různých substancí (toxiny, steroidy, hormony, amoniak, dusíkaté látky a další).
- **Syntéza plasmatických proteinů** - především bílkovin akutního stavu, albuminu, koagulačních faktorů, steroidů a jiných hormonů, jež vážou proteiny.
- **Zdroj tepla** - díky intenzivním metabolickým pochodům.
- **Konjugují bilirubin** vzniklý z hemu rozpadlých erytrocytů na rozpustnou formu, kterou je možné vyloučit do žluči [3, str.473-549.]

1.2. CHARAKTERISTIKA JATERNÍHO SELHÁNÍ

Akutní jaterní selhání je syndrom vznikající při zániku hepatocytů z různých příčin. Může se objevit po virové hepatitidě, cirhózách, těhotenské steatóze, polékové hepatitidě, po předávkování léky (např. paracetamol), po podvázání jaterní artérie v blízkosti jater, nebo po uzávěru jaterních žil. Také může být výsledkem chronické cholestázy. Jaterní selhání většinou nevede k patologickým změnám jaterní tkáně. Jde spíše o funkční poruchu, jež může mít různé příznaky. Hlavním z nich je rozvoj encefalopatie podle něhož také hodnotíme tíži jaterního selhání na hyperakutní, kdy se encefalopatie rozvine do 7dnů od vzniku ikteru, u akutní fáze do 4 týdnů a u subakutní do 8 týdnů [6, str.223-224]. Mezi charakteristické známky selhání funkce jater patří:

- **Zhoršení zdravotního stavu** – projevuje se zvýšenou únavou, vyčerpáním. K podvýživě přispívá nechutenství a snížení syntézy tkáňových bílkovin, jež posléze vedou k celkovému ochabování.

- **Žloutenka** – je důsledkem neschopnosti jaterní buňky metabolizovat bilirubin. Jako žluté zbarvení kůže se projeví při hodnotě bilirubinu v krvi 41 umol/l a více (norma je do 17 umol/l). Může být měřítkem závažnosti poškození hepatocytů. Nahromadění solí žlučových kyselin v kůži může způsobovat svědění.

- **Vazodilatace a hyperdynamická cirkulace** – projevuje se zarudlými končetinami, rychlým pulzem, zvýšeným periferním krevním průtokem, rovněž zvýšeným portálním průtokem (**portální hypertenze**). Perfuze ledvin je snížena při celkové hypotenzi (hepatorenální syndrom), rovněž centrální nervový systém může reagovat na pokles tlaku mentálními změnami.

- **Horečka a septikémie** – stále zvýšená tělesná teplota se objevuje u nemocných s dekompenzovanou jaterní cirhózou. Většinou nepřesáhne 38°C a způsobují ji nejspíše cytokiny (např. TNF – tumor nekrotizující faktor). Septikémie často doprovází terminální jaterní selhání.

- **Fetor hepaticus** – je nasládlý, mírně fekální zápach dechu, způsobený metylmerkaptanem. Jde o látku pocházející z methioninu, jež pacienti s poškozením jater nemohou odstranit demetylačním procesem. Fetor může být předzvěstí blížícího se kómatu.

- **Neurologické změny (encefalopatie)** – je reverzibilní neuropsychiatrický stav. Mechanismus vzniku není úplně jasný, ale podílí se na něm zvýšená hladina amoniaku, jež poškozuje neurotransmitery a jejich prekurzory. Encefalopatie může probíhat jako hypomanická letargie, v horším případě až ve formě manických příznaků, které jsou spojeny s edémem mozku a mohou končit kómatem.

- **Ascites** – je volná tekutina v břišní dutině. Na jejím vzniku se podílí portální hypertenze, retence sodíku ledvinami, změny

v systémovém oběhu, hypalbuminémie, zvýšená produkce lymfy ve splanchniku a v játrech.

- **Změny v metabolismu** – selhávající játra nejsou schopna přeměnit amoniak na močovinu, také klesá hladina sérového albuminu a častý je sklon k hypoglykemiím.
- **Poruchy krevní koagulace** – klesá hladina protrombinu v plazmě, což prodlužuje protrombinový čas. Také mohou chybět další proteiny zajišťující krevní srážlivost, nemocný je pak ohrožen krvácením.
- **Kožní a endokrinní změny** – palmární erytém, pavoučkovité teleangiektázie, bílé nehty, hypogonadismus (ochabnutí libida až impotence), gynekomastie [9, str.81-91].

1.3. VYŠETŘOVACÍ METODY

Pro pacienty s jaterními chorobami existují speciální ambulance, kam by měli docházet na pravidelné kontroly, které mají za cíl včas odhalit projevy selhávání jaterních funkcí, zvolit nejvhodnější čas pro transplantaci jater (je-li pacient indikován), vést preventivní léčbu krvácení z jícnových varixů a včas odhalit hepatocelulární karcinom. Mezi základní vyšetření těchto nemocných patří:

a) Fyzikální vyšetření – jímž lze zjistit zvětšená játra i slezinu, ikterus, krvácivé projevy na kůži, otoky, ascites, ztrátu svalové hmoty, pavoučkové névy na kůži, ztrátu ochlupení, projevy jaterní encefalopatie, projevy krvácení do zažívacího traktu.

b) Laboratorní vyšetření - pomocí krevních parametrů můžeme určit míru jaterního poškození. Pro nekrózu a rozpad hepatocytů svědčí vysoké hodnoty ALT, AST a bilirubinu. Při cholestáze bývají zvýšené hodnoty

bilirubinu, ALP a GMT. Na porušené jaterní funkce usuzujeme podle zvýšené hladiny bilirubinu a amoniaku, snížené hladině albuminu a prealbuminu a zvýšené krvácivosti (INR).

Etiologii jaterního onemocnění zjišťujeme pomocí serologického vyšetření virových hepatitid, GMT (bývá zvýšené při užívání alkoholu), autoprotilátek, triglyceridů a cholesterolu. Při podezření na metabolické poruchy stanovíme i hladiny železa (hemochromatóza), mědi (Wilsonova choroba) a porfyrinů (porfýrie).

c) Ostatní vyšetření – jejich pomocí stanovujeme jednak změny struktury jater (ultrazvuk, CT, magnetická rezonance, ERCP pro zobrazení žlučvodů), tíži portální hypertenze (gastroskopie – přítomnost varixů a portální gastropatie, katetrizace jaterních žil) a mikroskopické změny (pomocí jaterní biopsie získáme vzorek, z něž histologicky zjistíme stupeň vazivové přestavby). Necílená jaterní biopsie spolu s ultrazvukem a stanovením hladiny alfa-1 fetoproteinu nám také slouží jako ukazatel vývoje karcinomu vycházejícího z jaterních buněk [6, str.132-133].

1.4. TERAPIE

Játra mají obrovskou regenerační schopnost. Přestože se porušená jaterní struktura již nevrátí k normě, jsou jaterní buňky schopny nahradit své funkce. Důležitým faktorem léčby je zabránit působení činitelů zhoršujících funkci jaterní tkáně, které by mohlo vést u dosud kompenzovaných poruch k jaternímu selhání. Patří mezi ně stavy vyžadující podání krevní transfuze (chirurgický zákrok s poklesem TK, krvácení do GIT), akutní infekce, opětovné užívání alkoholu, toxické léky, poruchy elektrolytové rovnováhy (po diureticích, při zvracení nebo průjmu). Léčba zahrnuje:

- **Klid na lůžku** jež má snížit funkční požadavky na játra.

Pokud se klinický stav nemocného upraví, je mu povolena mírná fyzická činnost.

- **Monitoraci vitálních funkcí** se zaměřením na tělesnou teplotu, pulz, dech, saturaci, krevní tlak, dále sledování bilance tekutin. Klinický stav nemocného se může rychle změnit, proto je nezbytná jeho častá kontrola.
- **Úpravu iontů a minerálů**, se zaměřením na glykémii (hrozí hypoglykémie), na magnézium a draslík, u nichž také dochází k poklesu.
- **Léčba hypotenze** nebývá příliš úspěšná, přesto je možné se o ni pokusit pomocí infuzí krystaloidů a albuminu, dále podáváním vazokonstrikčních látek (noradrenalin).
- Snažit se **zabránit renálnímu selhání**. Pomocí bilance tekutin snadno zjistíme změny ve funkci ledvin, které se pak snažíme upravit.
- **Koagulopatie** se koriguje pomocí podávání vitamínu K perorálně nebo intravenózně, popřípadě podáním mražené plazmy či destičkových koncentrátů (hlavně před invazivními výkony). [9, str.120]
- **Dieta** – Logickým opatřením k tomu, abychom snížili množství amoniaku vstřebaného střevem do krevního oběhu, je omezit příjem bílkovin. To je však v rozporu se skutečností, že zhruba 60% nemocných s jaterní cirhózou trpí malnutricí. Doporučuje se příjem bílkovin snížit (minimální dávka 0,5 g/ kg/ den) pouze u akutního zhoršení jaterní encefalopatie, a to po přechodné a krátké období. Deficit je dobré hradit větvenými aminokyselinami (valin, leucin isoleucin) ve formě intravenózních roztoků. Nemocný s hepatocelulárním selháním často trpí nechutenstvím, a je tudíž nutné dbát na dostatek zkonsumovaného jídla. Také je dobré doplnit nedostatek kyseliny listové (např. listová a košťálová zelenina, ořechy, červená řepa). Pokud nemocný není schopen přijímat potravu je nutno podávat výživu enterálně.

- **Podávání nestravitelných disacharidů** ve formě Laktulózy či Duphalacu také přispívá ke zlepšení jaterní encefalopatie. Způsobuje acidifikaci střevního obsahu, při které se amoniak vyskytuje jako iont a tudíž je zhoršena jeho difúze přes střevní stěnu. Také zrychluje střevní pasáž a snižuje tvorbu mastných kyselin o krátkém a středním řetězci [1, str.60-61].
- **Bezpodmínečný zákaz alkoholu.** Pokud byl alkohol příčinou jaterního selhání, je nutná doživotní abstinence nemocného.
- **Anémie** se spontánně upraví až při zlepšení jaterních funkcí, jinak se má hemoglobin udržovat nad 100 g/l.
- **Transplantace jater** - bývá nesnadné zvolit správnou dobu transplantace i zvážit její nutnost. Pokud se provede příliš brzy je nemocný vystaven riziku spojeném s doživotním užíváním imunosupresivních léků, naopak její pozdní provedení zmenšuje naději na úspěch. Mezi kritéria pro indikaci k transplantaci jater patří: pH, věk, etiologie, doba mezi začátkem ikteru a rozvojem encefalopatie, protrombinový čas, bilirubin v séru a hladina V faktoru pod 20% normy [9, str.119-122].

1.5. STAV NEMOCNÉHO PŘI PŘÍJMU DO NEMOCNICE

53 letý pacient pan J.H. byl přijat pro ikterus a bolesti břicha s průjmy k dovyšetření na IV. Interní kliniku VFN dne 10.9.09 poté, co u něj byla vyloučena infekční hepatitida ve FN Na Bulovce.

Pacient byl na našem oddělení hospitalizován opakovaně, a to s diagnózou cirhóza jater kombinované etiologie (chronická hepatitida B a etylismus),. naposledy v květnu 2009.

Při příjmu byl proveden ultrazvuk břicha, na němž byla patrná hepatomegalie, žlučovody bez dilatace, žlučník svrásťelý a patrná cirhotická přestavba jater.

Laboratorní výsledky odhalily pozitivitu HBsAg negativní konfirmace. Dále bilirubin přímý 227 umol/l, konjugovaný bilirubin 128 umol/l, ALT 1,0 ukat/l, AST 1,5 ukat/l, GMT 22 mkat/l, ALP 17 mkat/l. Ethanol negativní.

V rozhovoru s lékařem pacient udává, že bolesti břicha trvají už asi tři týdny, mají charakter tenesmů a jsou spojeny s nutkáním na stolicí. Po jídle mívá řídké vodnaté stolice bez příměsí krve či hlenu. Také opakovaně zvracel. Hlavně ho trápí slabost, má pocit, že ho neunesou nohy. Pro tyto potíže již byl 4.9.09 vyšetřen na chirurgii ve fakultní poliklinice, kde mu byla doporučena hospitalizace na interním oddělení vzhledem k jeho hypotenzi a ikteru. Tehdy však nemocný odmítl jakékoli další vyšetření.

1.6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Prvním cílem byla snaha o rehydrataci nemocného a zjištění případného původce průjmu. Vyšetření stolice na Clostridiový toxin dopadlo negativně a bakteriologické vyšetření prokázalo přítomnost *Escherichie coli*, *Protea*, *Enterococca faecalis*, ale *Camphylobacter* byl negativní.

Léčba průjmu spočívala především v podávání Smecta sáček a 2 ml kapek Hylaku 3x denně. Pacient vzhledem k progresi selhávajících jaterních funkcí, a s tím spojeného rozvoje encephalopatie, musel dostávat i Duphalac sirup, ale jeho množství bylo omezeno na 1x denně 20 ml.

Poměrně důležité bylo u nemocného sledovat bilanci tekutin a to nejen kvůli hrazení ztrát průjmem, ale především pro podávaná diuretika, která měla nemocnému zlepšit dušnost, snížit otoky dolních končetin a zmenšit objem ascitu. Perorálně měl povolen příjem tekutin pouze do 1 litru za 24 hodin, další příjem tekutin byl zpočátku hrazen infuzemi (Ringerův roztok 1000 ml s 30 ml KCl i.v.), později se terapie pomocí infuzních roztoků Glukózy 10% 500 ml a Neonutrinu 5% 500 ml snažila spíše o doplnění chybějících bílkovin a energie.

Dne 14.9.09 ze serologické laboratoře hlášena negativní konfirmaci HBsAg, dále negativní antiHBs i antiHCV.

Vzhledem k dušnosti bylo hned druhý den po příjmu (11.9.) provedeno rentgenové vyšetření srdce a plic, na kterém bylo patrné vyšší postavení bránice, jinak byl nálezný v normě.

Ascites, který zapříčinil jak dušnost, tak horší pasáž trávicího traktu nemocného, byl evakuační punkcí vypuštěn během hospitalizace 2x. Nejprve spolu s diagnostickou punkcí (14.9.), během níž se odeslal vzorek na vyšetření KO, cytologii, biochemii (přítomnost amylázy a CB) a bakteriologické vyšetření. Byla potvrzena spontánní bakteriální peritonitida a dle citlivosti byl nasazen nemocnému Ofloxin 200 mg tbl, pro ztížené polykání byl však převeden na i.v. aplikaci. Druhá punkce se prováděla 2.10. poté, co se upravila hodnota INR na 1,25 a evakuováno bylo 5500 ml ascitu. Bylo však nutno doplnit ztracené bílkoviny pomocí roztoku albuminu a kontrolovat hodnoty krevního tlaku, které nepřesáhly 100/60 mmHg.

15.9. byla nemocnému provedena gastroskopie, jejímž závěrem je přítomnost portální hypertenzní gastropatie a těžké bulbitidy, jícnové varixy prokázány nebyly. Současně byla provedena biopsie žaludku a odeslána na histologické vyšetření. Pozitivita *Helicobacteria pylori* se nepotvrdila a ostatní nálezy odpovídaly normě.

Dle kontrolního sonografického nálezu ze dne 24.9. bylo objednáno CT vyšetření (28.9.), které potvrdilo ložisko v jaterní tkáni. Suspektní hepatocelulární karcinom by se dal prokázat histologickým vyšetřením jaterní tkáně získané při jaterní biopsii, ta však nebyla provedena vzhledem k možným komplikacím při hodnotách INR vyšších 1,64. Na úpravu srážlivosti krve byl podáván Kanavit 1amp i.v. 3x denně.

2.10.09 došlo, k výraznému zhoršení zdravotního stavu nemocného. Většinu dne prospal a reagoval pouze na důrazné, opakované slovní podněty. Jeho odpovědi byly občas zmatené a nesrozumitelné. Fyziologické funkce byly monitorovány po 2 hodinách, stejně tak stav vědomí. Kyslík byl aplikovaný pomocí kyslíkových brýlí kontinuálně rychlostí 4 l/minutu a saturace byla sledována každé 4 hodiny.

Laboratorně zjištěno:

- minerály - Na 137 mmol/l, K 4,5 mmol/l, Cl 107 mmol/l, Ca 2,12 mmol/l
- dusíkové metabolity – urea 15,9 mmol/l a kreatinin 139 umol/l

- jaterní testy – bilirubin celkový 432,4 umol/l, přímý 343,7 umol/l, ALT 1,14 ukat/l, AST 2,58 ukat/l, GGT 7,81 mkat/l, ALP 9,91 mkat/l
- bílkoviny – celková bílkovina 52,1 g/l, albumin 20,0 g/l, CRP 37,0 mg/l
- diabetický profil – glykémie měřená glukometrem v 6.00 hod. 5,2 mmol/l, v 11.00 hod. 5,3 mmol/l, v 17.00 hod. 5,4 mmol/l, ve 22.00 hod. 5,9 mmol/l
- krevní obraz – leukocyty 8,6, erytrocyty 4,44, hemoglobin 138, hematokryt 0,391, trombocyty 162
- koagulační vyšetření – INR 2,0 a APTT 40,8

Bylo nutno zavést permanentní močový katétr z důvodu přesného měření diurézy, která po 6ti hodinách nepřesáhla 300 ml (hepatorenální selhání). Proto změněna diuretik z per orálního podávání Verospironu na Furosemid 20 mg aplikovaný intravenózně, dále pak Remestyp 0,5 mg (terlipressin) po 6 hodinách pro lepší prokrvení ledvin, podávaný také intravenózně.

Bylo provedeno konzilium společně s lékaři JIP naší kliniky, ke zvážení dalšího potupu léčby. Ze závěru vyplývá, že vzhledem k současnému stavu nemocného a jeho prognóze není vhodná indikace k transplantaci jater a stejně tak není vhodná jakákoli další intenzivní léčba.

1.7. PROGNÓZA

Akutní jaterní selhání je onemocnění, které si žádá spolupráci anesteziologů, hepatologů a často i chirurgů. Prognóza se v tomto případě týká hlavně přežití nemocného, které z velké části závisí na etiologii jaterního selhání. Obecně platí, že lepší prognózu má onemocnění s rychlejším nástupem, které je správně léčeno a jehož etiologické faktory jsou ovlivnitelné. Hepatocyty při něm nebývají výrazně morfologicky poškozeny a jaterní funkce se mohou obnovovat ad integrum. Při použití konzervativní léčby je pravděpodobnost přežití asi 25%, při možnosti transpalntace se toto číslo zvyšuje na 70%. Indikováno k transplantaci však bývá ročně přibližně jen 30% nemocných, přičemž pouze u

10ti - 15ti% nemocných je transplantace skutečně provedena [5, str.23]. V ČR cca 100 pacientů za rok.

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

2.1. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Pro zhodnocení stavu nemocného a jeho potřeb jsem si vybrala ošetrovatelský model M. Gordonové, avšak upravený tak, jak se používá v naší nemocnici (VFN v Praze). Původně jsem zamýšlela použít model V. Hendersonové. Vyzkoušet ho v ošetrovatelském procesu, bylo pro mě výzvou, jak si zkusit něco nového. Problém však nastal v momentě, kdy jsem se snažila použít ho u pacienta, kterého jsem si zvolila pro svou práci. Nemocný, jehož se tato práce týká, byl v poměrně těžkém stavu a vyhlídky na jeho uzdravení byly mizivé. Z toho důvodu jsi nejsem jistá, zda by se daly použít především poslední tři body základních potřeb modelu V. Hendersonové (smysluplná práce, formy oddechu, učení a objevování nového). Stejně tak u M. Gordonové nešlo v tomto případě použít její hodnocení funkční úrovně pro soběstačnost, které by se asi lépe hodilo pro zhodnocení před propuštěním pacienta do domácí péče. Také některé z jednotlivých oblastí jejího modelu zdraví byly podle mně v tomto případě zbytečné (aktivity k udržení zdraví, sebepojetí a sebeúcta, sexualita).

Myslím, že anamnéza používaná na našem pracovišti poměrně výstižně zhodnotí celkový stav pacienta a poukáže na jeho potřeby. Skládá se z obecných informací o nemocném, testů pro hodnocení stavu (soběstačnosti, vědomí, psychiky, rizika dekubitů, pádu a nutričního rizika) a vlastní ošetrovatelské anamnézy. Ta je na pomezí biomedicínckého modelu a modelu funkčního zdraví.

2.2. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Model M. Gordonové se nazývá „Model funkčních vzorců zdraví“. Hlavní cíl ošetrovatelství je pro Gordonovou zdraví, chápané jako rovnováha bio-psycho-sociálních vztahů jedince, jež by měl nést odpovědnost za své zdraví. Sestra by

podle ní měla systematicky získávat informace od daného jedince pomocí standardních metod. Dále pak analýzou získaných informací určit, zda jde o typ zdraví funkčního nebo dysfunkčního. Pokud jde o dysfunkční zdraví, měla by sestra pomocí známých ošetrovatelských modelů a teorií pokračovat v ošetrovatelském procesu [10, str.167]. Mezi 12 funkčních vzorců zdraví, jež tvoří základní strukturu modelu, patří:

- Vnímání zdraví – udržování zdraví
- Výživa – metabolismus
- Vylučování
- Aktivita, cvičení
- Spánek – odpočinek
- Citlivost (vnímání) – poznávání
- Sebepojetí – sebeúcta
- Role – vztahy
- Reprodukce – sexualita
- Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
- Víra – životní hodnoty
- Jiné

Jejich popis a hodnocení umožňují sestře určit, zda jde o dysfunkční chování, které může být znakem potenciálního problému. Problém je nutné definovat a dále pokračovat v jednotlivých krocích ošetrovatelského procesu [8, str.101].

2.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Je tvořena třemi částmi (obecné údaje, fyzikální vyšetření a zhodnocení pacienta podle vzorců zdraví). Vztahuje se ke dni, kdy jsem měla možnost

pečovat o nemocného a zároveň se výrazně zhoršil jeho zdravotní stav. Jedná se o 22.den hospitalizace nemocného na našem interním oddělení.

2.3.1 Obecné údaje o pacientovi

Iniciály – J.H.

Věk – 53 let

Diagnóza - jaterní cirhóza Child Pugh B se suspektním ložiskem parenchymu jater, zachycen pozitivní HBsAg

Zaměstnání – dříve řidič, nyní v invalidním důchodu

Alergie – neguje

Hypertenze - v anamnéze potvrzena

Diabetes mellitus - nemá

2.3.2. Fyzikální vyšetření sestrou

Krevní tlak – 100/ 60 mmHg

Puls – 78 / minutu

Tělesná teplota – 36,7°C

Saturace – 98%

Výška – 196 cm

Váha – 108 kg

2.3.3. Vlastní anamnéza k 22. dni hospitalizace

1. Vědomí, komunikace:

Pacient je při vědomí, ale komunikace je ztížená. Vzhledem ke zhoršení jeho celkového stavu spíše pospává. Odpovědi na kladené otázky jsou krátké, často jednoslovné. Samostatná aktivita je nulová, ale na slovní podněty reaguje

a v rámci svých možností se snaží spolupracovat. Jeho reakce jsou pomalé a některé odpovědi jsou spíše zmatené. Glasgow skóre je 13, což svědčí o lehké poruše vědomí.

2. Psychický stav:

Chování pacienta je značně zpomalené, skoro až v útlumu. Žádné silné emoce se u něj neprojevují, je spíše apatický. Porucha orientace se u něj objevuje především v čase, nedokáže určit datum, hodinu, ani denní dobu. Své jméno a místo, kde se zrovna nachází, si vybaví. Odečítat od 10 do 1 mu také činní problém. Pro posouzení skóre aktuálního psychického stavu je nutno zaměřit se především na kontrolu stavu vědomí.

3. Soběstačnost, pohyblivost:

Přestože doposud většinu činností denní potřeby vykonával sám, pomoc potřeboval pouze s přesunem na sedačku a odvozem na WC či do sprchy, nyní je zcela odkázan na pomoc zdravotního personálu. Jednotlivé činnosti, mezi něž patří osobní hygiena, oblékání, příjem potravy a vyprazdňování, nejen že samostatně nevyhledává, ale po vybídnutí k nim, po kratší době znovu usíná. Cítí se být vyčerpan a spánek je pro něj momentálně na prvním místě.

Barthelové test všedních denních činností vykazuje u pana J.H. pro tento den vysokou závislost na ošetřujícím personálu (celkem 10 bodů), přestože ještě přede dvěma dny šlo o závislost lehčího stupně (55 bodů), kdy většinu činností zvládl pouze s dopomocí.

4. Riziko pádu:

Vzhledem k občasné dezorientaci, užívání rizikových léků (diuretika), vizuální smyslové poruše a k nutnosti pomoci při pohybu i vyprazdňování, se řadí mezi pacienty s vysokým rizikem pádu. V anamnéze má již také uvedeny pády během pobytu doma. Jak tvrdí, neunesou ho nohy.

5. Výživa a hydratace:

Příjem tekutin má pacient dle ordinace lékaře stále omezen na 1 litr denně. Je to velmi málo, uvážíme-li, že se do tohoto množství počítá nejen pití (voda, čaj, džus), ale také polévka a sipping. Je nutno rozdělit množství přijímaných tekutin tak, aby pokryly celých 24 hodin a nemocný neměl žízeň. Kožní turgor na horní končetině je přiměřený, dolní končetiny jsou oteklé stejně jako skrótum. Ascités je samozřejmě nedílnou součástí jeho diagnózy.

Nemocný má stanovenou dietu číslo 4. - s omezeným množstvím tuku. Jí poměrně málo vzhledem k nechutenství a ascitu, který u něj vytváří pocit plnosti. Ústní dutina včetně jazyka je suchá a popraskaná, chrup v dezolátním stavu, což mu příjem stravy také znesnadňuje. Úbytek na váze není možno stanovit vzhledem k otokům (BMI 30), ale výživové parametry svědčí o nutričním riziku (albumin – 24,4 g/l a celková bílkovina 58,1 g/l). Výživa je z části doplňována parenterálně ve formě infuzí Nutraminu a Glukózy periferním žilním katétre (Optiva W. Jelco 32x1,1 mm), který je zaveden na předloktí levé horní končetiny.

6. Dýchání:

Pan J.H. je kuřák. Před příchodem do nemocnice byl zvyklý vykouřit za den asi 10 cigaret, ale po dobu hospitalizace nevykouřil více než 3 cigarety. Důvodem byla ze začátku nemožnost samostatného přesunu, což vyřešil za pomoci návštěvy, která ho odvezla do parku. Postupně se však jeho stav zhoršil natolik, že už ani na cigaretu, jak sám tvrdí, nemá chuť. Nyní ho trápí dušnost, která je spojena zejména s námahou a jistě se na ní podílí i ascites. Při potřebě má od lékaře ordinováno podání kyslíku pomocí kyslíkových brýlí, rychlostí 4 l/minutu, hlavně po námaze (hygiena, posazení v posteli), když se zadýchá, občas také na noc.

7. Vyprazdňování:

Pacient zatím zvládal močit do sběrné močové nádoby, která je na našem oddělení jistým specifikem. Má širší hrdlo než klasická močová láhev, což je pro pacienty s jaterní cirhózou, kteří mají oteklé přirození výhodou. Během včerejška však došlo ke zhoršení jeho stavu. Tvrdil sice, že byl močit na wc, ale nebyl schopen se sám ani posadit na lůžku. Pro nutnost měření přesné diurézy byl tudíž

zaveden permanentní močový katétr (Foley CH 14). Zatím odvádí tmavou koncentrovanou moč, avšak bez příměsi krve.

Stolice je řídká a poměrně častá (asi 7-8x za včerejší den, dnes dopoledne již 3x), což můžeme nejspíše přisuzovat jako efekt Duphalac sirupu. Pacient nevydrží sedět na sedačce a podložní mísa ho tlačí. Plenkové kalhotky snáší vcelku dobře, avšak fakt, že byl na stoličce, neregistruje. Je nutná jejich častá kontrola a důkladná hygiena v oblasti konečníku a třísel, abychom předešli vzniku opruzenin.

8. Spánek:

Pacient měří 196 cm a tak pro něj nebylo snadné ležet na našem standardním lůžku. Povedlo se vyklopit dolní pelest postele, což umožnilo, že pacient mohl mít volné plošky nohou.

Momentálně je natolik unavený a zesláblý, že pospává jak v noci, tak i přes den. Problémem je spíše jeho mobilizace a prevence dekubitů. Zatím je v rámci lůžka mobilní, avšak pro spaní preferuje polohu na pravém boku. Vyzkoušely jsme u něj antidekubitární nafukovací matraci, ale nebyl s ní spokojený ani pacient (vadilo mu hučení při nafukování) a ani personál neshledal patřičný efekt. Pravý bok byl pod stálým tlakem, tudíž červený v místě výběžku kyčelní kosti. Po dohodě s nemocným jsme použili pouze antidekubitární podložku (Dekuba). Pacient byl sice v rámci lůžka pohyblivý, ale vzhledem k jeho stavu vědomí (sommolentní), bylo nutno ho ve dne každou hodinu budít a pomoci mu ke změně polohy, v noci pak každé 2 hodiny.

9. Stav kůže:

Barva kůže je ikterická. Na horních končetinách jsou patrné hojící se tržné ranky, což svědčí pro tzv. papírovou kůži, která se velmi snadno poraní. Na břicho je vidět typickou kresbu žil – caput medusae. Jinak otoky na břicho ve formě ascitu, dále je prosáklé skrótum a obě dolní končetiny. Zde je kůže napjatá a lesklá. Na břicho vlevo od pupku jsou patrné dva vpichy po punkci, které jsou sterilně kryty tampónem a Tegadermem.

Riziko dekubitů je velké vzhledem ke špatnému tělesnému stavu, snížené aktivitě, občasné inkontinenci stolice a stavu pokožky. Zatím je pacient bez dekubitů, ale podle stupnice Nortonové dosáhl 21 bodů, tudíž je nutné zahájit opatření pro zamezení jejich vzniku.

10. Bolest:

Na bolest si pacient nestěžuje, při mířeném dotazu bolest dokonce popírá.

11. Omezení smyslových schopností:

Zhoršení zrakových funkcí pacienta nutí používat brýle na čtení, jiné kompenzační pomůcky nemá. Vzhledem ke zhoršení jeho zdravotního stavu je však tato informace zatím nepodstatná. Usíná i u jídla, na čtení nemá ani pomyšlení.

12. Rodina, sociální začlenění:

Do souhlasu s poskytováním informací o svém zdravotním stavu pan J.H. nikoho neuvedl. Na dotaz, zda žije sám, odpověděl neurčitě. Tvrdil, že má čtyři děti, s těmi se však nevidá. Při první hospitalizaci uvedl jako příbuzného nevlastního bratra, teď to však popřel. O problému byla informována naše sociální pracovnice, která se snažila s rodinou spojit. Návštěvy pan H. nemívá, pouze jednou se za ním přišla podívat jeho známá. Nevlastního bratra se nakonec podařilo zkontaktovat jako jediného prokazatelného blízkého příbuzného.

2.4. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ KE ZVOLENÉMU DNI

1. Ztížené dýchání související s vyšším stavem bránice

Cíl:

- Pacient nepociťuje klidovou dušnost a nejeví známky ztíženého dýchání (zrychlená dechová frekvence, saturace pod 94%, cyanotické akrální části)

Plán:

- Pomoci nemocnému zaujmout úlevovou polohu (ortopnoická, Fowlerova)
- Monitorovat saturaci, dechovou frekvenci
- Sledovat barvu kůže hlavně na konečcích prstů
- Asistovat při provádění evakuační punkce ascitu
- Dle ordinace lékaře podávat diuretika a sledovat jejich účinek
- Dle ordinace lékaře a stavu saturace podávat zvlhčený kyslík rychlostí 4 l/minutu, pomocí kyslíkových brýlí

Realizace:

Vsedě s podepřenými dolními končetinami a za mojí asistence se nemocnému dýchalo snáz. Bohužel však byl natolik slabý a vyčerpaný, že většinou v této pozici nevydržel dlouho. Proto jsem raději volila Fowlerovu polohu s podhlavníkem zdviženým do výšky 45°. Větší stupeň už byl většinou kontraproduktivní v důsledku objemného ascitu, který pak stlačoval dutinu hrudní.

Sledování dechové frekvence jsem prováděla během každého úkonu, který se nemocného týkal. Saturaci jsem měřila každé 4 hodiny a také pokud se mi zdálo, že se dušnost zhoršila. Většinou docházelo ke zhoršení při námaze, pokud se nemocný pokoušel posadit, nebo při převlékání a mytí po vyprázdnění. Pak

bylo většinou nutné, podat kyslík, což jsem učinila na dobu nezbytně nutnou (½ hodiny do zklidnění) dle ordinace lékaře.

Vzhledem k dušnosti a objemnému ascitu se lékař rozhodl pro jeho evakuační punkci, na kterou jsem mu připravila pomůcky, odasistovala, hlídala punktované množství, změřila ho (5500 ml), ošetřila vpich (Betadine roztok, krytí sterilními tampóny a fixace Tegadermem).

Diuretika byla podávána dle ordinace lékaře, viz další ošetrovatelský plán.

Zhodnocení:

Nemocnému se výrazně ulevilo po provedené evakuační punkci ascitu. Dýchání v klidu bylo mělké s frekvencí 20 dechů za minutu, stejně tak barva prstů nebyla cyanotická a saturace byla v klidu bez kyslíku 94%. Při námaze se však dušnost projevila a saturace pak většinou dosahovala hodnot kolem 88-90%, což si vyžádalo aplikaci kyslíku.

2. Otoky v důsledku zadržování tekutin – Porucha bilance tekutin

Cíl:

- Na konci mé směny má nemocný menší otoky na dolních končetinách (alespoň o 2 cm), váhu nižší o 1 kg, nepocítuje pnutí kůže na DKK

Plán:

- Sledovat bilanci tekutin každých 6 hodin nebo dle ordinace lékaře
- Edukovat nemocného o nutnosti snížení příjmu tekutin na 1 litr/den
- Omezit sůl v potravě
- Váhu kontrolovat 1x denně
- Měřit otoky dolních končetin a objem břicha přes pupek
- Sledovat kožní turgor a stav sliznic
- Podávat diuretika dle ordinace lékaře (Furosemid 20mg i.v. v 10 a ve 14 hod., Remestyp 0,5mg i.v. á 6 hodin) a sledovat jejich účinnost (měření diurézy po 6ti hodinách)

- Kontrolovat krevní tlak 3x denně
- Dle ordinace lékaře provést bandáž dolních končetin do výše třísel, pomocí elastických obinadel o šířce 10 cm.

Realizace:

Nejdříve jsem se snažila pacientovi vysvětlit, co pro něj znamená omezený příjem tekutin na 1 litr a dohodnout se s ním na tom, co by během dne v rámci pití upřednostnil. Mléko po obědě jsme vzhledem k průjmu rovnou vynechali. Sipping nemocný odmítá, přestože zkusil již několik příchutí. Zbytek tekutin jsme rozdělili následovně: od 7 do 20 hodin každé dvě hodiny 100 ml (vody, nebo čaje) a v poledne 150 ml polévky, na noc tak zbylo ještě 2x100 ml. Péče o dutinu ústní, hlavně její zvlhčování pomocí Pagavitových štětiček bylo během dne nezbytností.

Ranní vážení nebylo příliš úspěšné. Pacient se cítil slabý a i v sedě se mu točila hlava. Proto jsem od vážení ustoupila a změřila jen obvod břicha přes pupek a obvod dolních končetin na vyznačených místech. Po změření jsem provedla bandáže dolních končetin až do výše třísel.

Omezit sůl v potravě nebylo nutné. Pacient přes den snědl pouze polévku a večer si dal puding. Odmítl jak snídani, tak i večeři. Lékaře jsem informovala.

Tlak jsem měřila 3x denně, většinou byl hypotenzní (90/60 mmHg). Diuréza byla během dopoledne nedostatečná (300 ml), po aplikovaných diureticích činila v 18.00 hod. 1250 ml.

Zhodnocení:

Na konci mé služby jsem zaznamenala zmenšení naměřeného obvodu na dolních končetinách o 1,5 cm. Vážení pacienta jsem neprovedla. Vzhledem k jeho celkové slabosti byl úspěch pokud se s pomocí na lůžku posadil. Pohyblivost nohou hlavně v oblasti kotníků byla pro pacienta snazší.

Krevní tlak se stále držel na hodnotách kolem 90/60 mmHg, asi také díky diuretikům, což spolu s lehkou poruchou vědomí mohlo být příčinou potenciálního rizika pádu. Nemocného proto bylo nutné zabezpečit (viz. další ošetřovatelský plán).

Diuréza se po podávaných diureticích upravila a moč získala i světlejší barvu.

Přestože jsem tekutiny podávala nemocnému v pravidelných intervalech, bylo nutné zvlhčovat dutinu ústní, už jen proto, že dýchal částečně i ústy a jazyk rychle osychal.

Bandáže jsem po večerním měření obvodu a promazání nohou opět provedla na přání lékaře.

3. Riziko pádu v souvislosti s poruchou vědomí, slabostí a hypotenzí

Cíl:

- Zabránit pádu či zranění nemocného

Plán:

- Poučit nemocného o nebezpečí pádu či úrazu
- Upravit okolí lůžka tak, aby při pádu nebyly v jeho blízkosti předměty, o něž by se nemocný mohl poranit
- Zajistit bezpečí pomůckami (hrazdička, postranice)
- Ponechat signalizaci na dosah nemocného
- Zajistit edukaci fyzioterapeutem o pohybu na lůžku, popřípadě nácvik sedání a pokládání (postupná vertikalizace)
- Pasivní a aktivní cvičení dle stavu nemocného k posílení svalstva dolních končetin, podpoře krevního oběhu
- Pomoc při pohybu na lůžku spočívající převážně v jištění při sedání či otáčení z boku na bok při stlaní apod.

Realizace:

Nemocnému jsem se snažila vysvětlit, že v jeho stavu je poměrně reálné riziko pádu, pokud by se snažil sám vstávat z lůžka. Signalizaci jsem zavěsila na hrazdičku a nemocného vyzvala k jejímu stlačení, abych si byla jistá, že ví, jak si přivolat pomoc. Jeho zdravotní stav vyžadoval časté sledování, které jsem prováděla během úkonů, které u něj byly potřeba provést.

Pohyb na lůžku zvládl sám, avšak vzhledem k jeho velikosti, bylo nutné, aby byl při otáčení jištěn alespoň ze strany na kterou se točil. Stlaní lůžka jsme proto prováděli vždy ve dvou a během dne byla jedna strana postele zajištěna postranicí. Pacient to vnímal poměrně dobře. Cítil se jistější při otáčení a také se mohl za postranici přitáhnout či přidržet.

Spolu s fyzioterapeutkou jsem se snažila o vertikalizaci (do sedu), hlavně při jídle a pití.

Předměty, které zrovna nebyly užívány (schůdky, stolek) jsem pravidelně uklízela z okolí lůžka, aby se při případném pádu o ně nemocný nemohl poranit. Stejně tak infuzní stojan jsem postavila raději za horní čelo postele.

Zhodnocení:

Myslím si, že opatření byla dostatečná. Během mé služby nedošlo k pádu či zranění pacienta. Jde však o dlouhodobý plán, který je nutno plnit dokud přetrvávají příčiny možného pádu.

Vertikalizace se příliš nedařila, v sedě se pacientovi točila hlava a cítil se nejistý. Snažila jsem se ho proto povzbudit tím, že při pravidelném opakování, by se to mohlo zlepšit.

4. Porucha soběstačnosti v důsledku slabosti, únavy a otoků zhoršujících pohyblivost a to v oblasti hygieny, oblékání a pohybu, příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování

Cíl:

- Rozpoznat a uspokojit individuální potřeby nemocného
- Nemocný si osvojil nové způsoby k provádění činností

Plán:

- Zhodnotit soběstačnost nemocného pomocí testu všedních denních činností podle Barhelové a přizpůsobit se jeho schopnostem

- V rámci schopností nemocného se snažit zapojit ho do provádění hygienické péče, oblékání, příjmu potravy a tekutin.
- Zajistit pomoc při jídle, popřípadě krmení
- Zajistit dostatečnou hydrataci (omezený příjem tekutin)
- Signalizaci a potřebné pomůcky ponechat na dosah nemocného
- Motivovat a povzbuzovat nemocného

Realizace:

Nejprve jsem použila Barthelové test pro zhodnocení samostatnosti nemocného při běžných denních činnostech a porovнала ho s předchozím dnem. Z výsledku bylo jasné, že jde o nemocného, jež je z větší části odkázán na mé intervence při provádění hygieny, při vyprazdňování, při pohybu (hlavně posazování a polohování v rámci lůžka) a částečnou pomoc při jídle a pití.

Před každou činností jsem se snažila nemocnému vysvětlit, jak mi může být v dané chvíli nápomocen. Při hygieně se snažil alespoň umýt si sám obličej a s malou pomocí si vyčistit zuby, také při polohování a stlaní lůžka se přitahoval a otáčel podle mých instrukcí. Je nutno dodat, že většinou již z předchozích dní znal průběh stlaní a věděl, kde se chytit a jak se přitáhnout. Pouze jsme společně doladili některé drobnosti.

Jídlo nemocnému činilo značné obtíže. Ne že by se nebyl schopen najíst, ale stále cítil pocit plnosti (ascites) a neměl chuť k jídlu. U snídani jsem se snažila posadit ho na posteli s chodidly podloženými schůdky a zapřenými zády, tak aby se cítil bezpečně. Stále se mu však točila hlava a cítil se slabý, proto jsem oběd a další jídlo raději servírovala na pojízdný stolek a pacientovi pouze zvýšila podhlavník do polosedu. Přestože byl pacient jinak schopen sám se najíst, byla nutná asistence v podobě nakrájení masa či jablka a hlavně v povzbuzování.

Pití bylo ordinací lékaře striktně omezeno na 1 litr tekutin za den a to jsme po společném rozvržení dodrželi. Pacient byl schopen napít se ze skleničky s brčkem, ale bylo nutno korigovat množství – nepamatoval si kolik vypil.

Vyprazdňování moče bylo zajištěno pomocí permanentního močového katétru a na mě bylo pouze zajistit hygienu a dezinfekci okolí ústí močové trubice.

Stolice byla u nemocného častá a vzhledem k jeho stavu již nebylo možné ho na sedačce převést na WC. Proto jsme se dohodli na použití podložní mísy, avšak po jejím užití si nemocný stěžoval, že ho příliš tlačí. Vyzkoušela jsem tedy plenkové kalhotky a sám nemocný to hodnotil jako lepší variantu. Samozřejmě jsem dbala na stud nemocného a ježto byli ostatní spolupacienti schopni chůze, vždy při konání potřeby nemocným a při následné očištění, počkali na chodbě.

Signalizaci měl pacient nejprve na nočním stolku, posléze jsem ji upevnila na hrazdu postele, kde na ni lépe dosáhl.

Zhodnocení:

Vzhledem k horšícímu se stavu nemocného se stával den ze dne více nesoběstačným. Je nutné při každé činnosti znovu zhodnotit co ještě je v jeho možnostech, avšak pro jeho lepší pocit je dobré snažit se ho zapojit alespoň do drobných úkonů.

Cíl byl splněn, našla jsem a uspokojila potřeby nemocného, také jsem se snažila, aby si osvojil nové techniky při pohybu na lůžku.

Jinak cíl stále trvá a plán je potřeba upravit podle současného stavu nemocného.

5. Nedostatečný příjem potravy v důsledku nevolnosti a pocitu plnosti

Cíl:

- Pacient nemá nauzeu
- Pacient sní alespoň 1/3 z každé porce jídla
- Zbytek energetického příjmu bude hrazen sippingem

Plán:

- Dle ordinace lékaře podávat antiemetika (Degan 1 amp i.v. á 8 hodin) a sledovat jejich účinek
- Zjistit preference nemocného ve výběru jídla
- Kontaktovat nutričního terapeuta

- Kontrolovat množství přijaté stravy
- Podávat sipping (3x Nutridrink 200 ml /24 hodin)

Realizace:

Nemocnému jsem každých 8 hodin aplikovala 1 amp Deganu i.v. a sledovala jeho účinek. Nemocný sice nepociťoval nauzeu, ale pocit plnosti u něj přetrvával až do doby, kdy lékař provedl evakuační punkci ascitu. Poté se mu výrazně ulevilo a byl schopen sníst celou polévku a 1/3 oběda.

Jinak celý den probíhal v rámci jídla spíše formou neustálého přesvědčování a přemlouvání. Nemocný si byl vědom, že potřebuje dodat tělu bílkoviny a energii, ale na druhou stranu byl schopen přijmout spíše jen kašovitou popřípadě tekutou stravu. Nutridrinky mu příliš nechutnaly, přestože jsem mu dala ochutnat tři druhy, proto jsem se domluvila s nutriční terapeutkou na změně diety. Výběrová dieta s mléčnými přídávky byla sice pro nemocného vítanou změnou, avšak stejně z jednotlivých porcí většinou nesnědl více než 5 lžic.

Zhodnocení:

Cíle se mi v tomto případě nepodařilo dosáhnout a bylo nutné lékaře informovat o nedostatečném energetickém příjmu nemocného a dále to spolu s ním řešit formou parenterální výživy.

6. Riziko vzniku infekce při zavedeném periferním žilním katétru (PŽK) a permanentním močovém katétru (PMK)

Cíl:

- Včas diagnostikovat známky infekce v místě vpichu PŽK
- Včas diagnostikovat známky urologické infekce u PMK

Plán u PŽK:

- Zavedení a péči o PŽK provádět přísně asepticky
- Vyměnit PŽK po 72 hodinách
- Dodržovat hygienu rukou před každou manipulací s PŽK

- Včas diagnostikovat známky infekce v místě vpichu (zarudnutí, otok)
- Kontrolovat místo vpichu minimálně 1x denně při převazu
- Sledovat systémové příznaky infekce (horečka, třesavka), tělesnou teplotu měřit alespoň 3x denně

Realizace u PŽK:

Ráno při převazu jsem zkontrolovala datum zavedení PŽK (minulý den), dále místo vpichu, které nebylo zarudlé ani oteklé. Při aplikaci 5ml FR byl PŽK volně průchozí, vyměnila jsem spojovací hadičku společně s antibakteriální koncovkou (Possiflow) a kanylu jsem kryla Tegadermem. Vše za přísně aseptických podmínek. Pro lepší zajištění PŽK jsem raději použila ještě Pruban.

Veškerou manipulaci, ať už aplikaci léků i.v., či infuzí jsem prováděla asepticky a zároveň jsem dodržovala hygienu rukou.

Tělesnou teplotu jsem měřila 3x denně a nepřesáhla hodnotu 36,8°C.

Plán u PMK:

- Sledovat barvu a příměsi v moči (zakalení, krev)
- Měřit množství moče á 6 hodin a kontrolovat průchodnost
- 1x denně provést hygienickou očistu a desinfekci ústí močové trubice, dále při potřebě
- Nerozpojovat odvodný systém
- 1x za 24hodin vyměnit sběrný sáček
- Sledovat systémové příznaky infekce (horečka, třesavka), tělesnou teplotu měřit alespoň 3x denně

Realizace:

V rámci ranní hygieny jsem provedla očistu ústí močové trubice, nejprve mýdlem a vodou, poté i desinfekčním přípravkem na sliznice (Skinsept mucosa) tak, abych odstranila a zamezila tvorbě bílého povlaku pod předkožkou.

Měřila jsem množství moče podle ordinace lékaře po 6 hodinách a sledovala barvu a příměsi. Od 6.00 do 12.00 hodin jsem naměřila diurézu 300 ml, a protože jsem již v 10.00 zpozorovala, že množství moči je nedostatečné (180 ml) a barva je značně sytá (koncentrovaná moč), zkontrolovala jsem ještě průchodnost PMK, za použití sterilní Janetovy stříkačky a FR 50 ml. Celé množství šlo volně aplikovat i odsát nazpět. Byla jsem nucena rozpojit odvodný systém, ale požila jsem sterilní podložku, rukavice a Bacillol dezinfekci pro aseptický přístup. Lékaře jsem uvědomila o stavu diurézy při dobré průchodnosti PMK. Dle ordinace jsem dále podala diuretika, po kterých se upravila diuréza a v 18.00 hodin činila již 1250 ml.

Tělesnou teplotu jsem měřila 3x denně a nepřesáhla hodnotu 36,8°C.

Zhodnocení:

Cíle bylo dosaženo, alespoň po dobu mé služby. Přesto je nutné plán péče dodržovat nadále, dokud má nemocný zaveden invazivní vstup, jakým je PŽK nebo PMK.

7. Riziko vzniku dekubitů při snížené hybnosti a špatných nutričních parametrech

Cíl:

- Včas diagnostikovat známky počínajícího dekubitu
- Nedojde k narušení kožní integrity

Plán:

- Sledovat stav výživy a hydrataci nemocného
- Pečovat o hygienu kůže
- Udržovat čisté a suché lůžko
- Sledovat predilekční místa a promazávat je Mentholovou mastí alespoň 3x denně
- Polohovat nemocného po 2 hodinách

Realizace:

Sledovat váhu nemocného vzhledem k jeho celkovému stavu a k otokům nemělo smysl. Kontrolovala jsem proto pouze kožní turgor a stav sliznic ke zjištění hydratace nemocného. Dále jsem sledovala jeho příjem potravy a nutriční hodnoty albuminu a bílkoviny v krvi.

Hygienickou péči jsem prováděla vždy ráno a dále při potřebě (po každé stolici, nebo při jiném znečištění). Během ní byla možná kontrola predilekčních míst, které jsem poté promazala mentholovou mastí.

Za pomoci nemocného jsme se snažily o změnu polohy každé dvě hodiny. Problém byl v tom, že nemocný preferoval polohu na pravém boku. Poté co jsem mu oznámila, že má již kůži v oblasti pravého kyčelního trnu začervenatou a že se jedná o první stupeň tvorby dekubitu, se trochu zalekl a při polohování byl již ochotnější.

Zhodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Při kontrole predilekčních míst jsem včas odhalila známky počínajícího dekubitu a pomocí masáží a polohování došlo ke snížení tlaku na dané místo, čímž jsem zamezila porušení integrity kůže. Jde o dlouhodobý ošetrovatelský plán, který platí i pro další ošetrovatelský personál.

8. Pocit diskomfortu v dutině ústní z důvodu omezeného příjmu tekutin

Cíl:

- Pacient má vlhké sliznice dutiny ústní, včetně jazyka
- Pacient má jazyk bez povlaků
- Pacient je dostatečně hydratován

Plán:

- Po každém jídle provést hygienu dutiny ústní (alespoň 3x denně vyčistit zuby)
- Zajistit zvlhčení úst pomocí Pagavitové štětičky, pokud se pacient zrovna nemůže napít (rozvrh příjmu tekutin do 1 litru za den)
- Promazávat rty

- Sledovat stav dutiny ústní, turgor kůže, příjem a výdej tekutin
- Edukovat nemocného o možnosti výplachu úst ústní vodou či cucání bonbónů pro lepší pocit v ústech

Realizace:

V průběhu ranní hygieny jsem provedla kontrolu stavu dutiny ústní. Jazyk byl bez povlaku, avšak suchý a rty popraskané. Pomohla jsem nemocnému s čištěním zubů, které provedl na lůžku v polosedě. Poté jsem mu vytřela ústa Pagavitovou štětičkou a rty namazala jeho vlastní tyčinkou na rty.

S ústní vody nebyl příliš nadšený, ale zato si nechal koupit cucavé bonbóny. Během dne za mého dohledu vycucal 4 bonbóny a každou druhou hodinu před polohováním si vytřel ústa Pagavitovou štětičkou.

Čistit si zuby po každém jídle odmítl s připomínkou, že toho tolik nesní a navíc ho to vysiluje. Večer se mi však podařilo přemluvit ho k vyčištění zubů před spaním.

Příjem a výdej tekutin jsem měřila i z výše uvedených důvodů. Měření turgoru kůže bylo proveditelné pouze na horních končetinách, kde byl uspokojivý, dolní končetiny byly stále oteklé.

Zhodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Pacientovi se díky dostatečně zvlhčené dutině ústní nejen lépe mluvilo, ale i snáze jedlo.

2.5. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Dlouhodobé ošetrovatelské cíle navazují na předchozí krátkodobé cíle, které však bylo nutné upravit vzhledem k výraznému zhoršení zdravotního stavu nemocného. Během následujících dní proto ošetrovatelská péče přešla do formy paliativní péče. Mezi její hlavní cíle patří zejména zmírnit bolest a jiná tělesná i duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Důležitým faktem z hlediska plánování péče byla ztížená komunikace s nemocným související s výraznou poruchou vnímání. Jeho vnitřní svět byl v danou chvíli nepřístupný a proto jsem do ošetrovatelských cílů nezahrnula ani duchovní, ani duševní oblast. Stranou zůstalo také poskytování podpory blízkým. Záslouhou naší sociální pracovnice byl sice zkontaktován nevlastní bratr nemocného, nemocný však nedal souhlas s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu, a proto jsme ani tímto směrem nemohli podnikat žádné další kroky. Převážnou část ošetrovatelské péče jsem tudíž směřovala k zajištění důstojného umírání a minimalizaci diskomfortu.

Některé krátkodobé ošetrovatelské cíle bylo nutno přehodnotit a pokračovat v jejich řešení ve formě dlouhodobých cílů v ošetrovatelském procesu u nemocného:

- **Dg.: Ztížené dýchání související s vyšším stavem bránice a nemožností samostatně odkašlat**
Cíl: Pacient dýchá volně, bez poslechových fenoménů a nejeví známky dušnosti (cyanóza akrálních částí, zrychlená dechová frekvence a saturace nad 94%).
- **Dg.: Bolest související s rozvojem onemocnění a napětím břišní stěny**
Cíl: Rozpoznat objektivní známky bolesti (výraz v obličeji, nařikání, svalové napětí a jiné). Odstranit bolest.
- **Dg.: Riziko aspirace z důvodu poruchy vědomí**
Cíl: U pacienta nedojde k aspiraci a po dobu hospitalizace má normální neslyšné dýchání bez přídatných patologických zvuků.

- ***Dg.: Porucha soběstačnosti související s terminálním stavem nemocného a to v oblasti hygieny, oblékání, pohybu, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin***

Cíl: Rozpoznat a uspokojit individuální potřeby nemocného v oblasti hygieny, oblékání, imobility, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin po dobu hospitalizace.

- ***Dg.: Riziko vzniku infekce při zavedeném periferním žilním katétru (PŽK) a permanentním močovém katétru (PMK)***

Cíl: Včas diagnostikovat známky infekce u všech invazivních vstupů (PŽK, PMK).

- ***Dg.: Riziko vzniku dekubitů při snížené hybnosti a špatných nutričních parametrech***

Cíl: Po dobu hospitalizace nedojde k narušení kožní integrity a známky počínajícího dekubitu budou včas diagnostikovány.

Většina ošetrovatelských intervencí byla již popsána výše, přibylo pouze odsávání z dýchacích cest pro nemožnost odkašlání a sním spojená zvýšená péče o dutinu ústní. Hygienická péče včetně mytí a oblékání byla samozřejmostí, protože nemocný byl nesoběstačný a tudíž plně závislý na ošetrovatelském personálu. Výživu a hlavně dostatečnou hydrataci, která je součástí paliativní péče, bylo nutno provádět pouze intravenózní cestou, jelikož u nemocného hrozila aspirace při krmení v důsledku zhoršeného vnímání.

Péče o vyprazdňování nemocného byla také zcela v naší kompetenci. Močení bylo zajištěno permanentním močovým katétrem, u kterého jsem sledovala diurézu a pečovala o průchodnost a čistotu zavedeného PMK. Stolice odcházela samovolně, proto bylo nutné častěji kontrolovat použité plenkové kalhotky, popřípadě omýt a ošetřit kůži v oblasti konečníku ung. Lavarizin proti opruzeninám.

Přesto že komunikace s nemocným nebyla příliš úspěšná, snažila jsem se mu během všech úkonů popisovat co budu provádět a jak. Reagoval však pouze při otáčení a polohování, kdy neartikulované zvuky byly nejspíše známkou bolesti. Proto jsem ihned informovala lékaře, který naordinoval Tramal 50 mg

subkutánně 3x denně. Lék jsem aplikovala, zavedla jsem záznam o bolesti a sledovala jsem účinek podávaných analgetik v průběhu dne.

Zachování důstojnosti nemocného bylo pro všechny členy ošetrovatelského týmu hlavní prioritou při poskytování péče.

Závěr

V první části své bakalářské práce jsem použila literaturu týkající se problematiky jaterního selhání, s jejíž pomocí jsem popsala charakteristiku jaterního selhání, vyšetřovací metody a léčbu. V této části je také uveden stav nemocného při přijetí, provedená vyšetření, léčba a změny zdravotního stavu nemocného v průběhu hospitalizace.

Cílem mé bakalářské práce bylo provést ošetrovatelskou anamnézu u pacienta s jaterním selháním, kterou uvádím v druhé části své práce. Podle anamnézy jsem měla stanovit ošetrovatelské diagnózy, naplánovat ošetrovatelský proces, popsat jeho realizaci a v konečné fázi zhodnotit, zda jsem dosáhla stanoveného cíle, popřípadě navrhnout další řešení. Protože stav nemocného se v den, který jsem ho měla na starosti výrazně zhoršil, bylo nutné provést novou anamnézu k danému dni a přehodnotit veškeré dosavadní ošetrovatelské plány a intervence.

Dle mého názoru se mi alespoň z větší části podařilo splnit stanovené ošetrovatelské cíle a díky nim poskytnout nemocnému aktivní ošetrovatelskou péči, jež souvisí s vyhledáním individuálních potřeb nemocného a jejich uspokojením, v dlouhodobém plánu potom poskytnutí péče paliativní.

V neposlední řadě bych ráda uvedla fakt, že péče o tohoto nemocného byla poměrně náročná a bez pomoci ostatních členů ošetrovatelského týmu, bych rozhodně nedosáhla všech vytyčených cílů.

Seznam použité literatury

- [1] Brůha, R. a kolektiv, *Jaterní encefalopatie – Komplikace jaterní cirhózy*, Praha: Medprint, 2000, ISBN 80-902036-0-7
- [2] Dylevský, I., *Anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava 1998, ISBN 80-901667-0-9
- [3] Ganong, W.F., *Přehled lékařské fyziologie*. (z angl. orig. *Review of Medical Physiology*. McGraw-Hill Companies, 2001) Dvacáté vydání, Praha: Galén 2005, ISBN 80-7262-311-7
- [4] Hanzlová, J., Pemza, J. *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní II*. Masarykova univerzita 2006, ISBN 80-210-3962-0
- [5] Lata, J., Vaňásek, T. a kolektiv, *Kritické stavy v hepatologii*. Praha: Grada 2005. 1. vydání, ISBN 80-247-0404-8
- [6] Lukáš, K. a kol., *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada 2005, ISBN 80-247-1283-0
- [7] Merkunová, A., Orel, M., *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada 2008, ISBN 978-80-247-1521-6
- [8] Pavlíková, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 1. vydání, ISBN 80-247-1211-3
- [9] Sherlocková, S., Dooley, J., *Nemoci jater a žlučových cest* (z angl. orig. *Diseases of Liver and Biliary System*. Blackwell Science, 2002), překlad 11. vydání, Hradec Králové: ČHS (Nadační fond České hepatologické společnosti), 2004. ISBN 80-86703-00-2
- [10] Trachtová, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: NCONZO, 2005. 2.vydání, ISBN 80-7013-324-4

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno	J.
Příjmení	H.
r. č.	_____
ZP	_____
dle možnosti nalepte štítek	

Telefon pacienta: _____

Příjem na oddělení

Datum: 10.9.2009	Čas přijetí: 10.30	Přijat odkud: FN Bulovka
Kontaktní osoba: Nechce uvést	Telefon: _____	Adresa: _____
Cizinec (hovoří jazykem)	_____	

Lékařská diagnóza při přijetí: Ikterus a bolesti břicha s průjmy	Důvod přijetí: K vyšetření
---	-------------------------------

Informace o uložení cennosti: Cennosti nemá	
<input type="checkbox"/> pokladna VFN	<input type="checkbox"/> trezor na oddělení

Pacient seznámen s:	
<input checked="" type="checkbox"/> ošetřovací jednotkou	<input checked="" type="checkbox"/> režimem oddělení

Schopnost edukace:	Kontakt se sociální pracovníci:
Pacient <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	rodina <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Poznámka: _____

Jiná sdělení:	Alergie (červeně): Neguje
----------------------	-------------------------------------

S informacemi seznámila: Datum: 10.9.2009	Podpis sestry: Jelínková
---	------------------------------------

Posouzení psych. Stavů

Vědomí - poč. bodů		Posouzení psychického stavu	
1 bod	špatná odpověď	Jméno	0
		Věk	0
		Datum dnešního dne	1
		Kde je (místo)	0
		Kolik je hodin (asi)	1
		Odečítat od 10-1	1
		Na výzvu zavřít a otevřít oči	0
1 bod	Emoce - v případě ano	Plačtivost	0
		Úzkost, napjatost	0
		Smutek	0
		Hyperaktivita	0
		Uzavřenost (nesdílnost)	0
1 bod	Chování - v případě ano	Agrese	0
		Opozice	0
		Nespolupráce	0
		Zpomalení/útlum	1
		Apatie, nezájem	0

Riziko dekubitů

Ochota ke spolupráci		Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové (Nebezpečí při 25b.) viz SOP č. 23	
	Plná	4	
	Malá	3	
	Částečná	2	
	Žádná	1	
Věk			
	< 10	4	
	< 30	3	
	< 60	2	
	> 60	1	
Stav pokožky			
	Normální	4	
	Šupinatá, suchá	3	
	Vlhká	2	
	Rány/alergie popraskaná	1	
Přidružená onemocnění			
	Žádné	4	
	Lehká forma	3	
	Středně těžká forma	2	
	Těžká forma	1	
Tělesný stav			
	Dobry	4	
	Obstojný	3	
	Špatný	2	
	Velmi špatný	1	
Duševní stav			
	V pořádku	4	
	Apatický, bez účasti	3	
	Pomatený	2	
	Bezvědomí	1	
Aktivita			
	Chodí bez pomoci	4	
	Chodí s pomoci	3	
	Sedačka	2	
	Leží na lůžku	1	
Pohyblivost			
	Plná	4	
	Trochu omezená	3	
	Velmi omezená	2	
	Plně omezená	1	
Inkontinence			
	Žádná	4	
	Někdy	3	
	Většinou moč	2	
	Moč, stolice	1	
	Celkem	21	

Glasgowská stupnice

Otevření očí	Slovní odpověď	Motorická odpověď	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
Spontálně	Orientovaná	Uposlechne-vykoná	4
Na výzvu	Zmatená	Cílená obrana	3
Na bolest	Nepřiměřená	Flekční-úhybná	2
Neotevřít	Nesrozumitelná	Na bolest flexe	1
	Žádná	Na bolest extenze	0
		Bez reakce	
		Celkem:	13

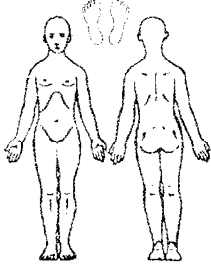
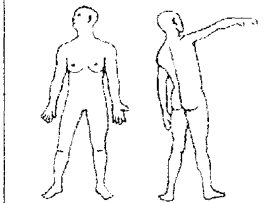
Zjištění rizika pádů

Pohyb	Vyprazdňování	Medikace	Smyslové poruchy	Mentální stav	Věk	Pád	Zjištění rizika pádů
Neomezený	Nevyžaduje pomoc	Neužívá rizikové léky	Žádné	Orientován	18 - 75 let	Pád v anamnéze	0
Používá pomůcky	V anamnéze nykturie, inkontinence	Užívá rizikové léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, psychotropních látek, benzodiazepinu	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	Občasná/noční dezorientace	75 let a výše		1
Potřebuje pomoc k pohybu				Dezorientace			1
Neschopen přesunu							1
							6
Poznámka:							
Celkem							6

Barthelové test

Činnost	Posouzení	Barthelové test všedních denních činností
Přijímání potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Koupaní	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/zídli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku	5
Chůze - schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Celkem		10
Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů		
Pokud 1 odpověď ano - volat NT -	BMI méně než 20,5	Ano (ne)
	Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3 měsících	Ano (ne)
	Snížení příjmu potravy v posledním týdnu před přijetím	Ano (ne)
	Závažné onemocnění, přijetí na JIP	Ano (ne)

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<p>1. Hodnoty životních funkcí při přijetí: TK: 100/60 P: 78 TT: 36,7°C Hypertenze v anamnéze: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>6. Výživa / hydratace: Hmotnost / výška: <u>108 / 196</u> BMI <u>30</u> (BMI=kg/m²) Údaj z 28.9.09, nyní nelze zvážit Kožní turgor: <input type="checkbox"/> přiměřený <input checked="" type="checkbox"/> snížený <input checked="" type="checkbox"/> parenterální výživa <input checked="" type="checkbox"/> perif. žilní katétr zaveden dne: <u>1.10.09</u> <input type="checkbox"/> centr. žilní katétr zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> implantovaný podkožní žilní katétr <input type="checkbox"/> enterální výživa <input type="checkbox"/> sonda zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> PEG zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> na insulínu Nutriční riziko: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (viz str. 2) (při odpovědi 1x ano a více kontaktovat nutričního terapeuta)</p>	<p>10. Stav kůže: Změny na kůži: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost - nekróza</p>  <p>Riziko vzniku dekubitů dle st. Nortonové Skóre <u>21</u> (Posouzení viz str. 2) (dále SOP č. 23)</p>
<p>2. Psychický stav: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input checked="" type="checkbox"/> zmatený Skóre aktuálního psych. stavu: (viz str. 2) <input checked="" type="checkbox"/> vědomí 3a< <input type="checkbox"/> emoce 3a> <input type="checkbox"/> chování 3a> - informovat lékaře</p>	<p>7. Dýchání: Potíže: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheostomie Kuřák: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Momentální stav mu kouřit nedovolí Dušnost: <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza <input checked="" type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční Kašel: 0 <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expectorací</p>	<p>11. Bolest: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p>  <p>Lokalizace: Intenzita: zakroužkujte mírná - nepříjemná - intenziv. - krutá - nesnesit. (1) (2) (3) (4) (5) při chronické bolesti viz SOP č. 24</p>
<p>3. Vědomí, komunikace: Vědomí Kontakt: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input checked="" type="checkbox"/> porucha vědomí <input checked="" type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> neverbální <input type="checkbox"/> nelze navázat Glasgow. skóre: (viz str. 2) 15 - 13 bodů - lehká porucha vědomí 12 - 8 bodů - střední porucha vědomí 7 - 3 body - závažná porucha vědomí</p>	<p>8. Vyprazdňování: Problémy s močením: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> noční močení <input checked="" type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie močový katétr zaveden dne: <u>2.10.09</u> Problémy se stolicí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input checked="" type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input checked="" type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> příměsi <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p>	<p>12. Omezení schopnosti: <input checked="" type="checkbox"/> zrakových <input type="checkbox"/> sluchových <input type="checkbox"/> komunikačních <input checked="" type="checkbox"/> motorických <input type="checkbox"/> jiných Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle / hůl, vozík <input type="checkbox"/> protéza (HK, DK, oko) Zvláštní upozornění:</p>
<p>4. Soběstačnost / pohyblivost: <input type="checkbox"/> soběstačný <input checked="" type="checkbox"/> nesoběstačný Barthelové test všedních denních činností (viz str. 2) <input checked="" type="checkbox"/> <u>0-40 vysoce závislý</u> <input type="checkbox"/> 41-60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> nad 60 závislost lehčího stupně (0 - 60 kontaktovat fyzioterapeuta) <input checked="" type="checkbox"/> oznámení lékaři</p>	<p>9. Spánek: <input type="checkbox"/> narušený <input checked="" type="checkbox"/> kvalitní <input type="checkbox"/> užívá hypnotika ostatní viz SOP č. 64</p>	<p>Podpis pacienta:</p>
<p>5. Riziko pádu: Skóre rizika pádu: <u>6 - Ano</u> (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p>Jméno a podpis sestry: Jelínková</p>	<p>Datum: 2.10.2009</p>

Edukace v průběhu hospitalizace a při propuštění

Datum	Téma edukace	Metoda edukace	Hodnocení edukace	Poskytnutí informací	Pozn. - problémy	Identifikace a podpis edukátora
10.9.2009	Seznámení s režimem oddělení	1	3	1	—	Jelínková
11.9.2009	Omezený příjem tekutin	1	1	1	—	Jelínková
14.9.2009	Punkce ascitu	1	1	1	—	Jelínková
15.9.2009	Gastroskopie	8 a 1	3	1	—	Jelínková
24.9.2009	Sono břicha	8 a 1	1	1	—	Jelínková
28.9.2009	Ct břicha	1	1	1	—	Jelínková
2.10.2009	Zavedení PMK	1 a 2	3 a 4	1	3	Jelínková

Záznam poučení pacienta:

Téma edukace:	Metoda edukace	Hodnocení edukace	Poskytnutí informací	Pozn. - problémy
1 - aplikace léků 2 - edukace fyzioterapeutem 3 - nutriční opatření 4 - změna přístupu pacienta ke zdraví 5 - bezpečné a správné používání pomůcek 6 - poskytnutí informací o následné péči 7 - jiné	1 - přednáška 2 - rozhovor 3 - demonstrace 4 - nácvik dovedností 5 - video 6 - televize 7 - internet 8 - písemná forma	1 - pacient rozumí 2 - prokazuje dovednost 3 - klade otázky 4 - nutně opakovat 5 - není schopen pochopit 6 - odmítá spolupráci	1 - pacientovi 2 - rodině 3 - rodičům 4 - partnerovi	1 - komunikace 2 - fyzický handicap 3 - snížené vnímání 4 - kulturní bariéra 5 - jazyková bariéra 6 - emoční problém 7 - jiné

Příklad, propuštění

<p>Informace o překladu/propuštění:</p> <p>Pacient: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Zákonný zástupce: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Jiné zdrav. zařízení: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Home-care (DP): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Předání cenností:</p> <p><input type="checkbox"/> z pokladny VFN <input type="checkbox"/> z trezoru na oddělení <input type="checkbox"/> pacient cenností nemá</p> <p>Poznámka:</p>	<p>Pacient obdržel:</p> <p><input type="checkbox"/> ošetřovatelskou překladovou zprávu propouštěcí zprávu <input type="checkbox"/> lékařskou překladovou zprávu <input type="checkbox"/> lékařskou propouštěcí zprávu <input type="checkbox"/> průkaz o trvání PN <input type="checkbox"/> potvrzení PN <input type="checkbox"/> návrh na zavedení pečovatelské služby <input type="checkbox"/> poukaz na vyšetření-ošetření DP <input type="checkbox"/> stomické pomůcky <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci insulínu <input type="checkbox"/> dokumentaci z jiného pracoviště RTG, CT, MR aj.</p>	<p>Doprava zajištěna:</p> <p><input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu</p> <p>Pacient předán do péče:</p> <p><input type="checkbox"/> praktického lékaře <input type="checkbox"/> home-care (DP) <input type="checkbox"/> domova důchodců <input type="checkbox"/> jiného zdrav. zařízení <input type="checkbox"/> jiné:</p>
<p>Jiná sdělení:</p>		
<p>S informacemi seznámila:</p> <p>Datum:</p>	<p>Jméno a podpis sestry:</p>	<p>Podpis pacienta:</p>