

Punkce ascitu v paliativní péči

Radek Suský

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Radek Suský**
Osobní číslo: **H22723**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Punkce ascitu v paliativní péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti punkce ascitu v paliativní péči.
Příprava metodiky přehledové studie.
Formulace kritérií pro výběr dokumentů k přehledové studii.
Realizace rešerše dokumentů k cíli přehledové studie.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků přehledové studie, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BLOOM, Stuart; WEBSTER, George a MARKS, Daniel. *Oxford Handbook of Gastroenterology and Hepatology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2022. ISBN 978-0-19-873495-6.

RODRIGO, Luis. (ed.) *Ascites – Physiopathology, Treatment, Complications and Prognosis*. Rijeka: InTech, 2017. ISBN 978-953-51-3614-9.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, Ondřej; SOCHOR, Marek a ZÁVADOVÁ, Irena. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 80-204-4223-5.

URBÁNEK, Petr a BRŮHA, Radan. *Hepatologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-1693-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá vyhledáním, popisem a analýzou odborných studií zaměřených na punkci ascitu v paliativní péči. Byla zpracována metodou přehledové studie. V teoretických východiscích se zaměřuje na definici paliativní péče, etiologii a patofyziologii vzniku ascitu, terapeutické možnosti a specifika péče o pacienty s ascitem v paliativní péči. Pozornost je také věnována úloze všeobecné sestry, která se podílí na přípravě pacienta, asistenci při výkonu, edukaci, sledování komplikací a poskytování ošetrovatelské péče po výkonu. Výsledky práce potvrzují klíčovou roli při zajišťování komplexní péče o pacienty s ascitem v paliativní péči.

Klíčová slova: paliativní péče, ascites, punkce ascitu, permanentní peritoneální katétr, všeobecná sestra

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on search, description and analysis of scholarly studies dealing with paracentesis in palliative care. It was conducted using the method of a review study. The theoretical background addresses the definition of palliative care, the etiology and pathophysiology of ascites, therapeutic options, and specific aspects of nursing care for patients with ascites in a palliative context. Attention is also paid to the role of the general nurse, who is involved in patient preparation, assistance during the procedure, education, monitoring of complications, and the provision of nursing care after the intervention. The results of the thesis confirm the key role of the nurse in ensuring comprehensive care for patients with ascites in palliative care.

Keywords: palliative care, ascites, ascites puncture, permanent peritoneal catheter, general nurse

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení, čas, trpělivost, cenné rady a připomínky při vedení této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA K PŘEHLEDOVÉ STUDII	13
1.1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.2 CÍL PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.4 PLÁNOVÁNÍ BUDOUCÍ PÉČE	14
1.4.1 Dříve vyslovené přání	14
2 ASCITES.....	16
2.1 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	16
2.2 DIAGNOSTIKA	17
2.3 TERAPIE	18
2.4 PUNKCE.....	19
2.5 KOMPLIKACE.....	21
II PRAKTICKÁ ČÁST	23
3 CÍLE PRÁCE	24
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
4 METODIKA	25
4.1 STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ	25
4.2 KLÍČOVÁ SLOVA.....	25
4.3 ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	26
4.4 PRISMA – VÝVOJOVÝ DIAGRAM	28
5 POPIS ZVOLENÝCH SEKUNDÁRNÍ STUDII K PŘEHLEDOVÉ STUDII	29
5.1 DATABÁZE EBSCO.....	29
5.2 DATABÁZE PUBMED	32
5.3 DATABÁZE SCIENCE DIRECT.....	35
5.4 DATABÁZE WILEY ONLINE LIBRARY	37
6 PŘEHLEDOVÁ STUDIE	39
7 DISKUSE	43
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	47
SEZNAM TABULEK.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	52

ÚVOD

Paliativní péče představuje důležitou součást moderní medicíny, jejímž cílem je zajištění co nejvyšší kvality života pacientů trpících závažným, nevyléčitelným onemocněním. Její součástí je i řešení symptomů spojených s pokročilými chorobami, mezi které patří i ascites. Jedná se o patologickou akumulaci tekutiny v dutině břišní, která může pacientům způsobovat řadu obtíží.

Punkce ascitu v paliativní péči patří k intervencím, jejichž cílem je zmírnění uvedených problémů a zlepšení pacientova komfortu. V praxi jsou využívány jak jednotlivé abdominální paracentézy, tak zavedení dlouhodobých drenážních systémů. Všeobecná sestra asistuje při punkci ascitu, zavádění dlouhodobých drenážních systému a také při sledování místa vývoje klinického stavu, hodnocení efektivity drenáže, vyhodnocování místa vpichu a na rozeznání případných komplikací.

Pracuji na jednotce intenzivní péče interního typu, kde se s pacienty podstupující punkci ascitu setkávám velmi často, a v některých případech jsou právě tito pacienti pro svůj náročný stav v terminálním nebo preterminálním stadiu onemocnění zařazeni do systému paliativní péče. Přítomnost ascitu a nutnost jeho opakované evakuace mě vedly k hlubšímu zájmu o tuto problematiku. Při poskytování ošetrovatelské péče nemocným s ascitem jsem se zajímal o efektivitu jednotlivých metod drenáže, které lze využít v rámci paliativní péče.

V teoretických východiscích bakalářské práce je vymezen význam paliativní péče se zdůrazněním interdisciplinárního charakteru a hlavních principů, mezi které patří především úleva od symptomů, jako je bolest či dušnost. Následně je věnována pozornost problematice ascitu, a to z hlediska jeho definice, etiologie, patogeneze a možností terapeutické intervence formou punkce v kontextu paliativní péče.

Cílem empirické části je vyhledat, analyzovat a předložit aktuální publikované výzkumné studie týkající se možnosti punkce ascitu v paliativní péči a úloze všeobecné sestry při provádění tohoto výkonu. Punkce ascitu je jedním z výkonů prováděných v rámci paliativní péče, který přináší úlevu pacientům od příznaků spojených s ascitem, zejména v pokročilých stádiích onkologických onemocnění.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA K PŘEHLEDOVÉ STUDII

Paliativní péče je poskytovaná pacientům trpícím závažnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu. Jejím cílem je poskytnout podporu pacientovi i jeho rodině, ulevit od tělesných a duševních strádání, při zachování co nejvyšší kvality života (Sláma et al., 2022). Punkce ascitu v rámci paliativní péče je intervencí prováděnou v České republice většinou ambulantně nebo za krátké hospitalizace, ve výjimečných případech, a v případech, kdy nelze ascites korigovat pomocí léčby diuretik lze provést punkci, lze ji provést i ve vlastním sociálním prostředí, kdy za nemocným dochází mobilní hospicová péče (Sochor et al., 2019).

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče byla ve svých počátcích v období šedesátých let minulého století chápána převážně jako péče určená pro pacienty s onkologickou diagnózou v posledních fázích života. Klinická zkušenost a výsledky klinických studií prokázaly, že z ní mohou prosperovat také pacienti s neonkologickým typem onemocnění (Sláma et al., 2022). Mezi které patří terminální stádium chronické obstrukční bronchopulmonální nemoci, jaterní cirhóza, pokročilá demence, vigilní kóma a terminální stádium chronické srdeční insuficience. (Kala a Dorková, 2017).

Svým charakterem se jedná o péči multioborovou a interdisciplinární, která využívá expertních znalostí lékařů z oblasti onkologie, algeziologie, geriatric, chirurgie, interního lékařství a neurologie. Předpokládá úzkou spolupráci lékařů a sester, psychologů, zdravotně sociálních pracovníků, duchovních (Sláma et al., 2022). Součástí je také zapojení rodiny, přátel nemocného a dobrovolníků. Míra zapojení rodiny do procesu záleží zcela na jejich svobodném rozhodnutí a je nutné jej respektovat (Kala a Dorková, 2017).

1.2 Cíl paliativní péče

Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší míru soběstačnosti, individuální funkční zdatnosti i přes nepříznivou prognózu, snaží se pacientům poskytnout dostatečnou podporu k tomu, aby mohli žít plnohodnotný život, a to i v situaci závažného onemocnění. Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší míru soběstačnosti, individuální funkční zdatnosti a autonomie i přes nepříznivou prognózu onemocnění. (Sláma et al., 2022). Sestavuje individuální plán péče, který zohledňuje biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta. Smyslem péče není maximální prodloužování života, ale zachování co nejvyšší možné kvality

celkového stavu, zmírnění bolesti, utrpení a diskomfortu. (Kala a Dorková, 2017). Léčba symptomů onemocnění, jako je bolest, která se odehrává v kontextu paliativní péče není zaměřena pouze na to, aby byl pacient bez bolesti v klidovém stavu, ale aby byl schopen vykonávat ty činnosti, které ho naplňují (Sláma et al., 2022).

1.3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče rozdělujeme na základě její komplexnosti na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytovaná všemi zdravotníky napříč jejich odbornostmi, označujeme ji dobrou klinickou praxi u pacienta s pokročilou nevyлéčitelnou nemocí, tím že rozpoznáváme sledujeme a ovlivňujeme faktory, které mají negativní dopad na jeho stav a kvalitu života (Bužgová, 2015).

Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientovi týmem odborníků vzdělaných v oblasti paliativní péče, kteří disponují potřebnými znalostmi a zkušenostmi. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být u každého pacienta individuální a pozvolný (Sláma et al., 2022). Mezi organizační složky specializované paliativní péče patří mobilní hospicová péče, lůžkový hospic, ambulance paliativní medicíny, konziliární paliativní týmy v rámci zdravotnických zařízení (Bužgová, 2015).

1.4 Plánování budoucí péče

Každý jedinec má právo na to prožít finální etapu svého života a umírání v důstojných podmínkách. Má být respektován se svými přáními, etickými a spirituálními zásadami (Sláma et al., 2022). Plánování budoucí péče je důležitou součástí péče o umírajícího pacienta. Prostřednictvím plánování budoucí péče lze ujasnit pacientova přání, preference. Umožňuje zachovat kvalitu života i v terminálním stádiu. Součástí je i určení zástupce v případě, kdy nebude nemocný schopen učinit rozhodnutí za sebe (Sochor et al., 2019).

1.4.1 Dříve vyslovené přání

Institut dříve vysloveného přání umožňuje pacientovi předem vyjádřit svou vůli pro případ, kdy by nemohl rozhodovat o svém zdravotním stavu a léčbě. V dokumentu je uveden buď souhlas nebo také nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jakým mají být pacientovi poskytnuty. Může odmítnout resuscitaci, transfuzi a operace (Arnoldová, 2016). V České republice je možnost sepsání dříve vysloveného přání uvedena v podmínkách dříve vysloveného přání v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., zejména

ustanovení § 36. Množství dříve vyslovených přání je zatím v naší zemi minimální, naopak ve Spojených státech amerických má uvedený dokument sepsáno více než 70 % závažně nemocných a seniorů. V Německu, Velké Británii a Nizozemí se počty dříve vyslovených přání pohybují v rozmezí 8–10 % (Sochor et al., 2019).

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta, součástí dříve vysloveného přání musí být písemné poučení o důsledcích jeho rozhodnutí. Poučení musí být provedeno buď lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Zahrnuje poučení o jeho platnosti, které je na pět let. Uvedený dokument by měl být ze strany zdravotníků respektován, ale jeho naplnění není povinné za všech okolností (Arnoldová, 2016). Pacient může své přání týkající se zdravotní péče formulovat i při příjmu do zdravotnického zařízení nebo kdykoliv během hospitalizace. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a dokument podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek, v tomto případě nemusí být podpis úředně ověřen. Zdravotníci nemohou přání naplnit, pokud by jeho plnění bylo v rozporu se zákonem (např. požadavek na eutanazii), týkalo se nezletilých nebo právně nesvéprávných osob a pokud by ohrožovalo jiné osoby (Sláma et al., 2022). Pacient může současně určit zástupce pro rozhodování o léčbě, který jedná v rámci přání, které stanovil. Nemocný může předložit spolu s dříve vysloveným přáním tzv. zástupné rozhodování prostřednictvím svého zástupce, respektive opatrovníka a jasně určí hranice ve kterých se bude jeho opatrovník pohybovat bez toho, aniž by porušil jeho přání (Arnoldová, 2016).

2 ASCITES

Pojem ascites se používá pro označení volné tekutiny v peritoneální dutině. International Club of Ascites, odborná skupina zaměřená na jeho diagnostiku a léčbu, rozlišuje tři stupně závažnosti. První stupeň není zjistitelný fyzikálním vyšetřením a je považován za lehký, detekce je možná pomocí zobrazovacích metod, ultrazvuku a počítačové tomografie. Druhý stupeň se vyznačuje zřetelnou distenzí břicha. Pro třetí stupeň je typické výrazné napětí břišní stěny doprovázené nápadným zvětšením objemu dutiny břišní (Saeian a Shaker, 2017).

Termín ascites pochází ze starořeckého slova askos, kterým se označoval vak určený k uchovávání tekutin, vody, oleje a vína. První historické záznamy o patologické akumulaci tekutiny v dutině břišní ve spojení s jaterním onemocněním se objevují v Ebersově papyru, který je datován do roku 1600 př. n. l. Již kolem roku 400 př. n. l. popsal Hippokrates souvislost mezi tímto klinickým projevem a poškozením jaterního parenchymu a zdůraznil jeho závažnost v rámci celkového zdravotního stavu (Urbánek et al., 2022).

2.1 Etiologie a patogeneze

Ascites se nejčastěji vyskytuje u chronických jaterních onemocnění, jaterní cirhóze, ale může souviset také se zánětlivým nebo nádorovým onemocněním slinivky břišní (Navrátil a kol., 2017). Vznik cirhotického ascitu bývá udáván na principu portální hypertenze s tepennou vazodilatací a hyperkinetickou cirkulací následovanou sníženým efektivním objemem krevního řečiště. Vlivem sníženého krevního objemu a sníženého tlaku dochází k aktivaci vazokonstrikčních a antinatriuretických mechanismů, mezi které patří renin-angiotenzin-aldosteronový systém a vazopresin. Důsledkem tohoto mechanismu je retence sodíku a vody v ledvinách (Češka a kol., 2020). Může vzniknout také na podkladě trombózy portální žíly, při systémové sepsi a nízké hladině sérového albuminu (Bloom et al., 2022). Jednou z příčin akumulace tekutiny v peritoneální dutině může být maligní onemocnění. Lokalizace primárního tumoru ovlivňuje distribuci metastáz v abdominální oblasti, a tím i etiologii ascitu. Peritoneální karcinomatóza bývá následkem nádorů ovarií a močového měchýře; k tvorbě tekutiny dochází v důsledku obstrukce lymfatických cév a zvýšené kapilární permeability. K rozvoji karcinomatózy peritonea nebo k masivním jaterním metastázám vedou i malignity žaludku, plic, prsu a tlustého střeva. Při postižení lymfatických cest může vzniknout chylózní ascites, který je důsledkem jejich obstrukce (Vokurka a kol., 2023).

2.2 Diagnostika

Ascites malého objemu nemusí být klinicky prokazatelný a způsobovat nemocným jakékoliv obtíže, avšak během svého rozvoje může vyvolávat dyspeptické obtíže a flatulenci. V případě klinicky závažného ascitu bývá nemocnými popisován tlak v břiše společně se zvětšujícím se obvodem břicha a přibývajících hmotností. Při přítomnosti masivního ascitu lze pozorovat dechové obtíže, dušnost (Češka a kol., 2020).

Součástí diagnostiky ascitu je již při odebírání anamnézy důsledné pátrání po možných příčinách jeho vzniku. Fyzikální vyšetření může odhalit zvětšený obvod břicha, přičemž pokleповé vyšetření umožňuje detekci ascitu obvykle při objemu nad 1500 ml. Při výrazném množství tekutiny, přesahujícím 10 litrů, bývá přítomna tzv. undulace ascitu. Během fyzikálního vyšetření je zároveň nezbytné pátrat po známkách jaterního onemocnění, srdeční insuficience či malignity, které mohou přispět ke stanovení diagnózy a následnému terapeutickému postupu (Urbánek et al., 2022).

Diagnostický proces u pacientů s ascitem zahrnuje kromě anamnestického a fyzikálního vyšetření rovněž rozsáhlé laboratorní testy. Odebírá se krev ke stanovení základních biochemických a hematologických parametrů. Vyhodnocují se především hodnoty iontogramu, koncentrace albuminu, ukazatele jaterních a renálních funkcí, hodnoty CRP, hormonů štítné žlázy, nádorových markerů, zejména zvýšené hladiny CA-125, krevní obraz včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů a parametry koagulace. Vyšetřena je i moč se zaměřením na močový sediment a případnou proteinurii v ranním vzorku (Vokurka a kol., 2023).

Klinicky významným parametrem je rovněž stanovení tzv. serum ascites albumin gradientu, který udává rozdíl koncentrace albuminu v séru a ascitické tekutině, pokud jeho hodnoty převyšují nad 11 g/l pravděpodobně svědčí o přítomnosti portální hypertenze (Novotný et al., 2024).

Nezastupitelné místo v diagnostice zaujímají také zobrazovací metody, ultrasonografické vyšetření dutiny břišní, které umožňuje posouzení přítomnosti a rozsahu ascitu a případně i zhodnocení jaterní struktury. V indikovaných případech bývá ultrazvuk doplněn dopplerovským vyšetřením průtoku v jaterních cévách. U pacientů s náhlým zhoršením klinického stavu, zvláště při změně vědomí, je nutné vyloučit náhlou příhodu břišní. Mezi další akutní stavy ohrožující život pacienta patří i akutní forma Budd-Chiariho syndromu, který se projevuje ascitem, hepatomegalií a jaterními

lézemi (Urbánek et al., 2022). K dalším zobrazovacím metodám využívaným k objasnění etiologie ascitu patří výpočetní tomografie, případně pozitronová emisní tomografie kombinovaná s CT, magnetická rezonance a echokardiografie. Echokardiografické vyšetření se používá zejména k vyloučení kardiální etiologie ascitu, především pravostranného srdečního selhání (Vokurka a kol., 2023).

V případě přetrvávajících diagnostických nejasností lze přistoupit k laparoskopii, která umožňuje přímé zhodnocení morfologie jaterního parenchymu, sleziny a peritonea. Při tomto výkonu je možné odebrat vzorky tkání k histologickému vyšetření a posouzení přítomnosti známek portální hypertenze či jiné základní patologie (Urbánek et al., 2022).

2.3 Terapie

Léčebné přístupy k ascitu se liší podle jeho etiologie, přičemž rozlišujeme ascites nemaligní a maligní. U pacientů s nemaligním ascitem tvoří základ terapeutického přístupu režimová opatření. Patří sem zejména omezení příjmu kuchyňské soli na maximálně 2 gramy denně, a to formou tzv. neslané diety. Dalším nezbytným opatřením je restrikce příjmu tekutin s cílem dosažení negativní tekutinové bilance (Sláma et al., 2022).

Součástí léčby je rovněž vysazení nefrotoxických léčiv, mezi které patří nesteroidní antirevmatika, aminoglykosidová antibiotika a inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu. V případě jejich nutného podání je třeba zvýšené opatrnosti a častého monitorování krevního tlaku a renálních funkcí (Urbánek et al., 2022).

Farmakologická léčba je postavena na aplikaci diuretik, kličkových diuretik a antagonistů aldosteronu. V indikovaných případech je diuretická terapie navyšována pro dosažení vyšší efektivity. Přibližně 20 % pacientů na tuto léčbu nereaguje nebo je nutné ji přerušit pro vznik nežádoucích účinků, jako je například zvýšení koncentrace dusíkatých látek při sníženém intravaskulárním objemu. Tento stav bývá většinou reverzibilní po vysazení diuretik (Sláma et al., 2022). Mezi časté komplikace léčby patří hyponatremie, která je typická zejména pro pacienty s jaterní cirhózou. V důsledku aktivace renin-angiotenzin-aldosteronového systému a působení diuretik může dojít k poruchám hladin draslíku (Urbánek et al., 2022).

Léčba maligního ascitu spočívá nejen v symptomatické terapii, ale také v podání systémové nebo intraperitoneální protinádorové léčby, kterou indikuje a provádí onkolog na základě diagnózy a aktuálního klinického stavu pacienta. V rámci této léčby lze maligní ascites

rozdělit do čtyř forem (Sochor et al., 2019). Centrální forma ascitu je nejčastěji spojena s nádorovým postižením jaterního parenchymu, jaterních metastázách, kompresi jater tumorem nebo při obstrukci žilního či lymfatického odtoku. Tento typ dobře reaguje na diuretickou léčbu (Sláma et al., 2022). Periferní forma ascitu, která se vyskytuje až u 50 % pacientů, je spojena s maligním postižením peritonea, viscerálního nebo parietálního. Tekutina má charakter exsudátu s vysokým obsahem bílkovin a diuretika jsou v tomto případě obvykle málo účinná (Sochor et al., 2019).

Smíšená forma ascitu, která kombinuje znaky obou výše uvedených forem, je přítomna přibližně u 15 % případů. Chylózní ascites vzniká v důsledku obstrukce lymfatických cest či uzlin maligním procesem. Diuretická léčba je v tomto případě rovněž neúčinná (Sláma et al., 2022).

Podávání albuminu nebo parenterální výživy k navýšení sérové koncentrace bílkovin je indikováno pouze výjimečně. U pacientů s maligním ascitem se aplikace parenterálního albuminu obvykle neprovádí (Sochor et al., 2019).

Jednou z invazivních metod léčby ascitu je zavedení peritoneovenózní spojky. Tato technika spočívá ve vytvoření spojení mezi dutinou břišní a horní dutou žílou pomocí LeVeenova shuntu, který umožňuje kontinuální drenáž ascitu na základě tlakového gradientu. Rizikem tohoto přístupu je možnost obstrukce spojky, ke které dochází přibližně u 30 % pacientů a riziko infekce (Urbánek et al., 2022).

Peritoneovenózní shunt je indikován především u pacientů s refrakterním nemaligním ascitem. U maligního ascitu je jeho využití vzácné a zvažuje se pouze v případech, kdy nelze provést transjugulární intrahepatální portosystémovou spojku, pacient není kandidátem na transplantaci jater nebo pokud jsou opakované paracentézy kontraindikovány nebo neefektivní (Sláma et al., 2022). Alternativním přístupem, který se však v klinické praxi neosvědčil, je drenáž ascitu do močového měchýře prostřednictvím podkožní pumpy (Urbánek et al., 2022).

2.4 Punkce

Punkce ascitu je relativně technicky nenáročný invazivní výkon, jehož cílem je odstranění volné tekutiny z peritoneální dutiny. Obvykle se provádí ambulantně nebo v rámci krátkodobé hospitalizace. Indikací k provedení je nedostatečná odpověď na diuretickou léčbu v kombinaci s přítomností klinicky významných obtíží způsobených objemnou

akumulací tekutiny. Mezi nejčastější symptomy patří dušnost, nauzea, bolest břicha, pocit diskomfortu a dyspeptické potíže (Sochor et al., 2019).

Refrakterní ascites je definován jako stav, při kterém není dosaženo adekvátní kontroly objemu ascitu navzdory maximální tolerované diuretické terapii, nebo kdy léčba není dále možná vzhledem k rozvoji závažných nežádoucích účinků, jako je renální dysfunkce, hyponatrémie či encefalopatie. Vyskytuje přibližně u 10 % pacientů s pokročilou jaterní cirhózou a je spojen s častou nutností opakovaných paracentéz, zhoršením kvality života a nepříznivou prognózou (Rodrigo, 2017).

Před zahájením výkonu je pacient edukován ošetřujícím lékařem o principu břišní punkce, jejím průběhu a možných rizicích. Po poskytnutí informací a zodpovězení dotazů pacient podepisuje informovaný souhlas. Všeobecná sestra v rámci edukace poučí o nutnosti včasného vymočení a setrvání ve stanovené poloze během výkonu. Důraz je kladen na zajištění klidného a důstojného prostředí, které podporuje pocit bezpečí a intimity. Všeobecná sestra zajišťuje před výkonem zvážení pacienta a měření obvodu břicha v úrovni pupku krejčovským metrem. Zjištěné údaje slouží k orientačnímu posouzení rozsahu přítomné tekutiny v peritoneální dutině (Pokorná et al., 2014).

Podle zvyklostí konkrétního pracoviště připravuje sestra sterilní stůl s potřebným materiálem. Standardní výbava zahrnuje punkční jehly nebo intravenózní kanyly velikosti G14 a G16, případně jednorázový punkční set. Připravena je sběrná nádoba či vak, spojovací hadička, sterilní rouška, nesterilní jednorázové rukavice pro sestru a sterilní rukavice určené pro lékaře. Připraveny jsou stříkačky, dezinfekční roztok, sterilní tampóny, emitní misky, sterilní krytí a náplast, léčiva určená k lokální anestezii a zkumavky opatřené identifikačním štítkem pacienta, včetně vyplněných žádanek (Vytejšková et al., 2015).

Pro minimalizaci rizika poranění střeva lze při výkonu využít tzv. Veressovu jehlu, která je konstruována tak, že při průniku do dutiny břišní se automaticky vysune tupý konec, který mechanicky chrání před perforací stěny střeva (Ihnát a Tulinský, 2024).

Před výkonem všeobecná sestra pomůže pacientovi zajistit vhodnou polohu. Nejčastěji je volena semifowlerova poloha, která umožňuje optimální podmínky pro výkon i pro komfort nemocného. V průběhu punkce sestra sleduje celkový klinický stav a vnímá případné projevy intolerance, nevolnost, dušnost, bledost a známky oběhové nestability. Zajišťuje srozumitelnou a průběžnou komunikaci. Pacient je informován o jednotlivých krocích aplikaci lokální anestezie, zavádění jehly nebo možném pocitu slabosti v souvislosti

s rychlým úbytkem tekutiny z peritoneální dutiny (Pokorná et al., 2014). Punkce je prováděna kanylou nebo punkční jehlou v pravém nebo levém dolním kvadrantu břicha, v místě zevní a střední třetiny spojnice mezi pupkem a spina iliaca anterior. Odběr vzorků se nikdy neprovádí v oblasti jizev. Celý výkon probíhá za přísně aseptických podmínek (Novotný et al., 2024). Odběr vzorků probíhá do předem připravených zkumavek nebo stříkaček podle zvyklostí pracoviště. Následně je kanyla napojena na spojovací hadičku vedoucí do sběrné nádoby nebo vaku (Vytečková et al., 2015). Po ukončení punkce lékař extrahuje jehlu a místo vpichu je přelepeno sterilním krytím. Mimořádně může dojít ke kontinuálnímu prosakování krytí, v tomto případě lze po dezinfekci aplikovat na místo vpichu stomický sáček. V případě přetrvávajícího prosakování tekutiny může lékař přistoupit k aplikaci fixačního stehu, který zamezuje dalšímu úniku a snižuje riziko infekce (Novotný et al., 2024). V případě evakuace většího množství ascitu může dojít k postparacentické cirkulační dysfunkci. Jedná se o stav, kdy dochází ke zvýšené aktivaci plazmatického reninu, který zapříčiňuje poměrně rychlou reakumulaci ascitu v dutině břišní. Tento stav není spontánně reverzibilní a sekundárně způsobuje vazodilataci spolu s poruchou arteriální perfuze. V rámci prevence bývá pacientům při velkoobjemových paracentézách aplikován albumin, který výrazně snižuje riziko hypovolemie, alternativou aplikace albuminu je terlipresin (Urbánek et al., 2022).

Pomůcky použité při výkonu jsou po jeho ukončení zlikvidovány v souladu se standardy zdravotnického zařízení a případnými interními směrnici. Ostré předměty se ukládají do pevných, nepropustných a uzavíratelných kontejnerů určených k bezpečné likvidaci zdravotnického materiálu se zvýšeným rizikem poranění. Punkce je zaznamenána do zdravotnické dokumentace. U pacienta je v pravidelných intervalech monitorována bolest a případné krvácení v oblasti vpichu (Vytečková et al., 2015). Dovoluje-li to celkový zdravotní stav, je nemocný opět zvážěn. S ohledem na významnou ztrátu tekutin je nutné zohlednit riziko ortostatické hypotenze. Součástí péče je opakované měření obvodu břicha v úrovni pupku a uložení nemocného do polosedu s pokrčenými dolními končetinami. Odebraný biologický materiál je označen identifikačními údaji a neprodleně odeslán k laboratornímu vyšetření (Pokorná et al., 2014).

2.5 Komplikace

Ascites může být komplikován spontánní bakteriální peritonitidou, která vyžaduje urgentní diagnostiku a zahájení cílené antibiotické léčby. Na komplikaci je třeba se zaměřit především

u pacientů, u nichž došlo k náhlému zhoršení celkového stavu. Mezi další závažné stavy patří jaterní hydrothorax a tenzní ascites. Výrazné periferní edémy v kombinaci s ascitem zvyšují riziko vzniku povrchových kožních infekcí, zejména na dolních končetinách a v oblasti břišní stěny. Při výrazném nitrobřišním tlaku může dojít k poruchám ventilace, renální dysfunkci nebo ruptuře umbilikální hernie (Urbánek et al., 2022).

Tenzní ascites vzniká při akumulaci extrémního objemu tekutiny v dutině břišní a je spojen s výrazným zvýšením nitrobřišního tlaku, vedoucím k rozvoji abdominálního kompartment syndromu. Jde o život ohrožující stav charakterizovaný sníženým průtokem krve játry, střevy a ledvinami a orgánovým selháním. Klinické projevy zahrnují bolest břicha, napětí břišní stěny, oligurii, hypotenzi, tachykardii a dechovou nedostatečnost způsobenou elevací bránice. V závažných případech je indikována paracentéza k dekompresi dutiny břišní (Saeian a Shaker, 2017).

V případě punkce ascitu nebo zavedení peritoneálního drénu může dojít v místě vstupu k lokální zánětlivé reakci, která se projevuje zarudnutím, otokem, bolestivostí a sekrecí. Tyto příznaky mohou být známkou infekce nebo podráždění tkáně. Podle charakteru a rozsahu postižení je místo ošetřeno antiseptickými roztoky, v indikovaných případech lze místo ošetřit i lokální nebo systémovou antibiotickou terapií. Pravidelné sledování a hygienická péče o místo v pichu jsou důležité v rámci prevence rozvoje závažnějších komplikací (Vokurka a kol., 2023).

Zvýšený intraabdominální tlak způsobený přítomností ascitu vede k oslabení břišní stěny. Protrahované působení tlaku přispívá k rozvoji kýl, nejčastěji pupečních, tříselných nebo v oblasti jizev. Kýly mohou být komplikovány zachycením obsahu kýlního vaku, přerušením krevní cirkulace a následné ischemie s nekrózou tkáně. V rámci prevence je u pacientů s kýlou a ascitem doporučeno chirurgické řešení. Volba zákroku se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a charakteru onemocnění (Saeian a Shaker, 2017).

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

Pro účel bakalářské práce byly zformulovány následující cíle:

Cíl 1: Vyhledat a analyzovat odborné studie a články vztahující se k punkci ascitu v paliativní péči.

Cíl 2: Předložit aktuální publikované poznatky z odborných studií a článků o punkci ascitu v paliativní péči.

3.1 Výzkumné otázky

V souladu s cíli bakalářské práce byly stanoveny výzkumné otázky, které byly formulovány podle PICO(T) rámce:

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou možnosti evakuace ascitu využívané u pacientů v paliativní péči?

P (*problem, patient*) – pacient

I (*intervention*) – evakuace ascitu

C (*Comparison*) –

O (*outcome*) – možnosti evakuace

T (*time*) – paliativní péče

Výzkumná otázka 2: Jaká je úloha všeobecné sestry při punkci ascitu u pacientů v paliativní péči?

P (*problem, patient*) – pacient

I (*intervention*) – úloha sestry při punkci ascitu

C (*Comparison intervention*) –

O (*outcome*) – doporučení k péči podle metody evakuace ascitu

T (*time*) – paliativní péče

4 METODIKA

V rámci empirické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum metodou přehledové studie. Předcházela ji literární rešerše. Byly zhodnoceny aktuální poznatky o punkci ascitu v paliativní péči.

Při tvorbě přehledové studie autoři vychází z přesně definovaných výzkumných otázek. Jsou shrnuty poznatky dostupných studií, poukazuje na rozdíly v názorech autorů i výsledcích jednotlivých studií, je zformulován závěr. Přehled má charakter odborného rozboru různých aspektů daného tématu a jeho kvalita závisí mimo jiné na výběru zdrojů, způsobu jejich zpracování, odbornosti autora a jeho zkušenostech s tímto typem práce (Mareš, 2013).

4.1 Strategie vyhledávání

Po stanovení cíle práce a výzkumných otázek byly vyhledávány odborné prameny v předem určených elektronických databázích. Pro sběr dat byly využity databáze EBSCO, PubMed, ScienceDirect a Wiley Online Library. Jedná se o databáze užívané v rámci studijní praxe na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, které jsou dostupné pro studenty i zaměstnance.

Sběr informací a dat k literární rešerši byl proveden v časovém období od 10. 1. 2025 do 10. 3. 2025. V rámci vyhledávání byla užitá klíčová slova s užitím kombinace Booleovských operátorů OR a AND. Byla zvolena výběrová kritéria, kterými jsou český jazyk, anglický jazyk, dostupnost plného textu, odborné studie a dokumenty publikované v letech 2015–2025 a recenzovaná periodika, popsáno v Tabulce 1 Algoritmus rešeršní činnosti. Ve vývojovém diagramu je uveden celkový počet užitých odborných zdrojů vyhledaných zmíněnou strategií. Veškeré relevantní studie byly kriticky analyzovány a detailně pročteny a popsány. Všechny příspěvky sekundárního výběru byly seřazeny podle databází, ze kterých byly vyhledány. Každý příspěvek je v uveden pod anglickým názvem, s rokem publikace, autory článku, zdroji publikací a typem studie.

4.2 Klíčová slova

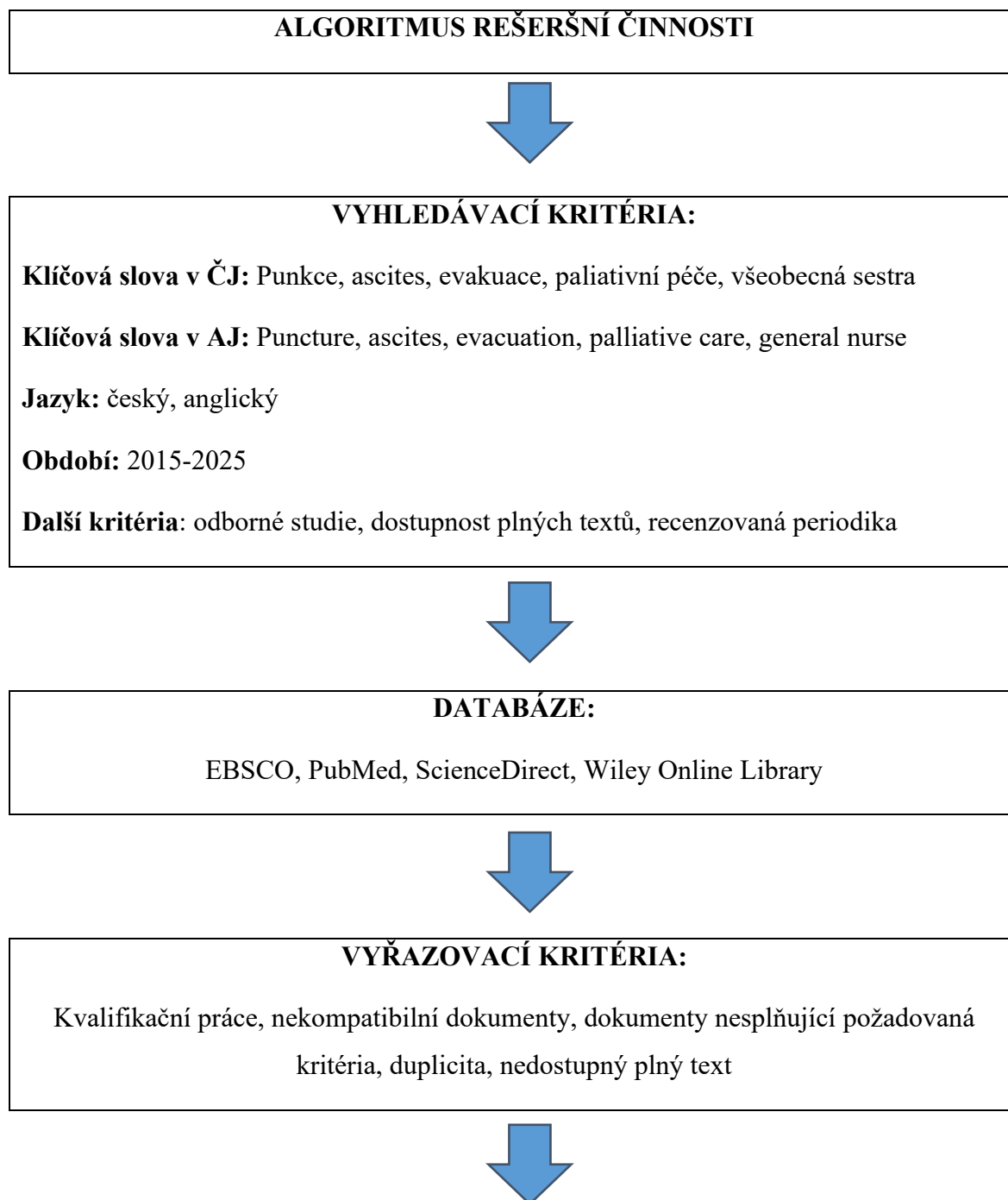
Na podkladě formulace výzkumných otázek a cílů byly stanoveny klíčová slova:

Česky: punkce, ascites, evakuace, paliativní péče, všeobecná sestra

Anglicky: puncture, ascites, evacuation, palliative care, general nurse

4.3 Algoritmus řešeršní činnosti

Tabulka 1 Algoritmus řešeršní činnosti



SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO - 3

PubMed - 3

ScienceDirect - 3

Wiley Online Library - 1

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Acta Radiologica Open – 1 článek

Alimentary Pharmacology & Therapeutics – 1 článek

BMC Palliat Care – 1 článek

Cancer Management and Research – 1 článek

Gastroenterology Research and Practice – 1 článek

Journal of Pain and Symptom Management – 1 článek

Journal of Palliative Medicine – 1 článek

Palliative Medicine – 1 článek

Palliat Support Care – 1 článek

Supportive Care in Cancer – 1 článek

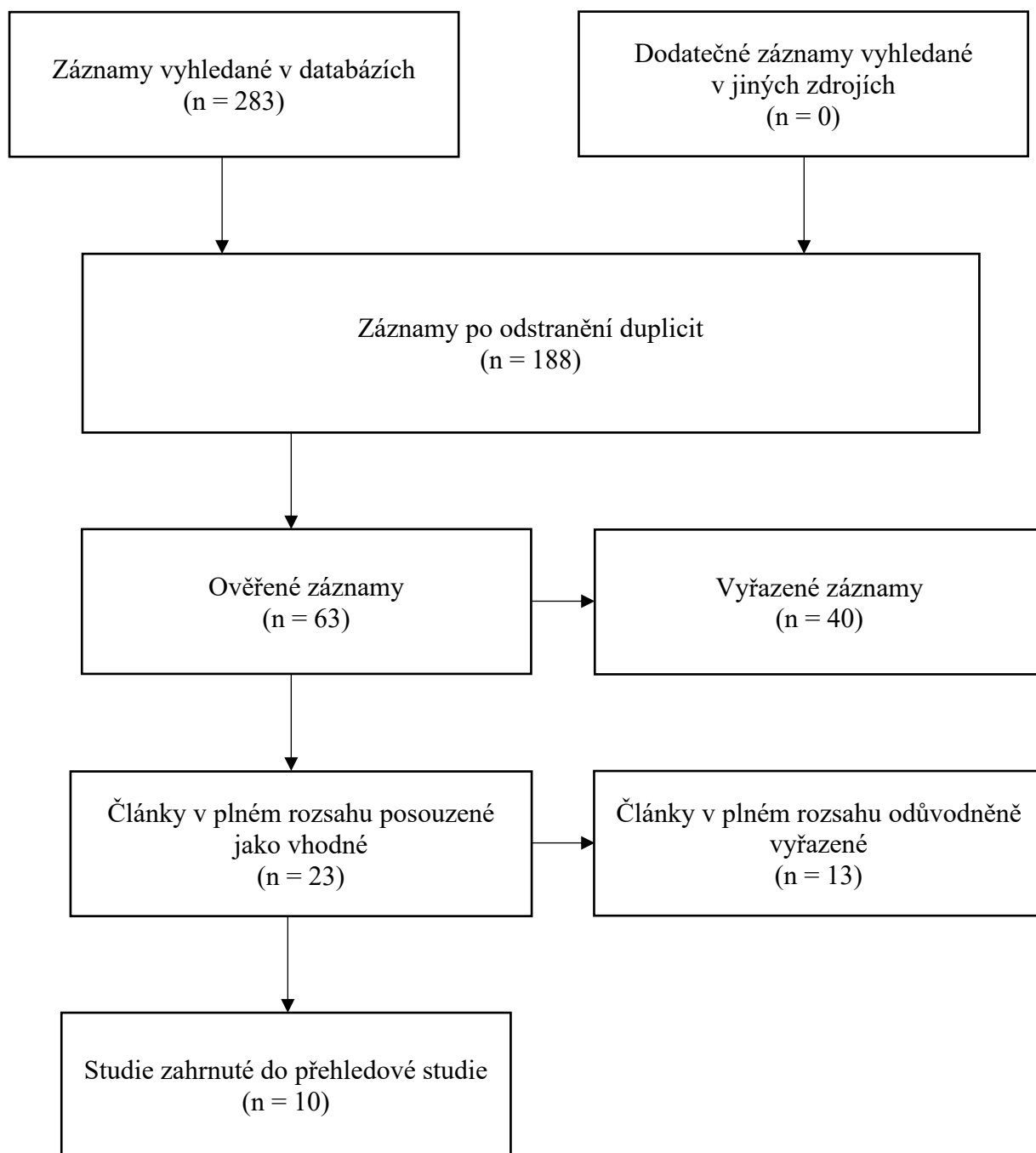


Pro tvorbu přehledové studie bylo vybráno 10 dohledaných dokumentů.

(Zdroj: autor bakalářské práce, 2025)

4.4 PRISMA – vývojový diagram

V rámci vyhodnocování studií byly vyřazeny studie neadekvátní k uvedeným kritériím za použití postupného vyřazování podle doporučení PRISMA.



(Zdroj: autor bakalářské práce, 2025)

5 POPIS ZVOLENÝCH SEKUNDÁRNÍ STUDIÍ K PŘEHLEDOVÉ STUDII

5.1 Databáze EBSCO

Retrospektivní observační kohortová studie **Effect of paracentesis on the survival of patients with terminal cancer and ascites** od autorů K. Masud, H. Ishiki, N. Yokomich et al., který byl publikován v roce 2022 v časopise Supportive Care in Cancer.

Cíl: Paracentéza patří mezi nejčastěji využívané způsoby léčby maligního ascitu. Cílem bylo zjistit, zda punkce ascitu ovlivňuje celkové přežití nemocných.

Metody: Byla provedena analýza prospektivní multicentrické observační studie, která se zaměřovala na konec života u pacientů s terminálním stadiem nádorového onemocnění. Studie probíhala v celkem 23 zařízeních paliativní péče v Japonsku. Porovnávána byla délka života u pacientů, kterým byla provedena paracentéza a nemocnými, kteří tento výkon nepodstoupili.

Výsledky: Z původně zařazených 1896 pacientů bylo do studijní kohorty zahrnuto 568 pacientů s ascitem. Paracentézu podstoupilo 85 (15,0 %) pacientů. Primární lokalizace nádoru byla nejčastěji slinivka břišní (51,9 % n = 295), následovaná gastrointestinálním traktem (22,7 %, n = 129). Při srovnání délky přežití mezi pacienty, kteří podstoupili paracentézu, a těmi, u nichž tento výkon nebyl proveden, bylo zjištěno, že průměrná doba přežití pacientů podstupující paracentézu byla v průměru 22 dní, bez ní přibližně 12 dní. Po zohlednění dalších faktorů a úpravě statistického hodnocení, byl rozdíl v přežití mezi oběma skupinami méně výrazný. Pacienti s paracentézou přežívali průměrně 22 dní, zatímco bez ní 16 dní, rozdíl již nebyl statisticky významný. Ve skupině s paracentézou nebyly zaznamenány žádné závažné komplikace.

Závěry: Paracentéza neovlivňuje negativně délku přežití u pacientů s maligním ascitem a může být považována za běžnou součást paliativní léčby.

Retrospektivní observační studie **The Impact of ASCITIC Paracentesis on Symptomatic Outcomes in Palliative Patients: 3-Year Experience of a Melbourne Inpatient Palliative Care Unit Using Palliative Care Outcomes Collaboration Assessments** od autorů Iyer K. a Kernick L., která byla publikována v roce 2022 v časopise *Gastroenterology Research and Practice*

Cíl: Analyzovat a vyhodnotit příznaky před a po punkci ascitu u pacientů, kteří podstoupili tento zákrok během hospitalizace na lůžkovém oddělení paliativní péče, s využitím hodnotících nástrojů Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC).

Metody: Byla provedena retrospektivní observační studie z přehledů lékařské dokumentace všech punkcí ascitu u pacientů přijatých na lůžkové paliativní oddělení od 1. listopadu 2016 do 1. června 2020. Pacienti byli zvoleni na základě kódů pro punkci ascitu, přičemž byli vyloučeni ti, kteří nebyli hospitalizováni na paliativním oddělení. Získané informace byly porovnány s lékařskými záznamy. Informace zahrnovaly průběžné lékařské zprávy, laboratorní výsledky, monitorace bilance tekutin a škály hodnocení symptomů Palliative Care Outcomes Collaboration, které hodnotí míru distresu. Studie nerozlišovala maligní a nemaligní ascites při hodnocení symptomatického přínosu punkce ascitu. Cílem bylo zjistit jakékoliv změny v míře pacientova distresu souvisejícího s určitými symptomy před a po zákroku. Data byla analyzována pomocí párového t-testu, který porovnával skóre symptomů u pacientů před a po paracentéze. Sekundární výstupy byly výskyt komplikací po punkci ascitu a úmrtí pacienta po paracentéze.

Výsledky: Celkem bylo během tříletého období provedeno 43 výkonů abdominální paracentézy u 26 pacientů. Průměrně připadalo 1,65 výkonu na pacienta. Studijní skupinu tvořilo 13 mužů a 13 žen ve věku 40-89 let, 20 pacientů (76,96 %) mělo diagnostikovaný maligní ascites, 3 pacienti (11,54 %) nemaligní a u dalších 3 (11,54 %) byl smíšené etiologie. Mezi nejčastější příčiny maligního ascitu patřily karcinom pankreatu a cholangiokarcinom (shodně 21,74 %), kolorektální karcinom (17,39 %) a karcinom prsu (13,04 %). Nejčastější indikací k výkonu byla abdominální bolest (53,85 %), distenze břicha (46,15 %), nevolnost (38,46 %), dušnost (34,62 %), nechutenství (7,69 %) a gastroezofageální reflux (3,85 %). Průměrné množství evakuovaného ascitu bylo 6,01 litru (rozmezí 0,6-17,15 litru). Albumin byl podán v 27, 91 % případů. Komplikace spojené s ascitem byly zaznamenány u 34,88 % výkonů. Celkem bylo komplikacemi postiženo 28 nemocných (65,12 %). Jednalo se o 6 případů hypotenze, 5 případů dislokace drénu, 3 případy krvácení a 1 případ zhoršení bolesti.

Z 26 pacientů, 18 zemřelo během hospitalizace v rámci které byla provedena punkce ascitu. Průměrná doba přežití od provedení paracentézy činila 17,92 dne, medián přežití byl 11 dní.

Závěry: Podle výsledků studie nedošlo po paliativní punkci ascitu ke statisticky významnému zlepšení hodnocených symptomů, jako byla dušnost, bolest nebo abdominální diskomfort.

Pilotní randomizovaná studie **Palliative long-term abdominal drains vs large-volume paracentesis in refractory ascites due to cirrhosis: a feasibility randomised trial** od autorů Macken L., Bremner S., Gage H., Touray Morro et al., která byla publikována roku 2020 v časopise *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*

Cíl: Posoudit bezpečnost použití dlouhodobých abdominálních drénů u pacientů s refrakterním ascitem v paliativní péči v paliativní péči v terminální stádiu jaterního onemocnění.

Metody: Dvanáctitýdenní randomizovaná kontrolovaná studie porovnávala účinnost velkoobjemové paracentézy s dlouhodobou drenáží dutiny břišní u pacientů s refrakterním ascitem v důsledku terminálního stadia jaterního onemocnění. V rámci studie byly každé dva týdny prováděny domácí návštěvy zaměřené na klinické zhodnocení stavu a vyplnění dotazníků. Kritéria úspěšnosti studie zahrnovala omezení výskytu prosáknutí ascitu na méně než 50 % výkonů; odstranění dlouhodobého abdominálního drénu v důsledku komplikací nesmí přesáhnout 10 % případů. U pacientů se zavedeným drenážním systémem se předpokládalo, že stráví v nemocniční péči méně než polovinu sledovaného období souvisejícího s léčbou ascitu v porovnání se skupinou léčenou opakovanými paracentézami. Bylo požadováno, aby minimálně 80 % účastníků studie vyplnilo hodnoticí dotazníky nebo absolvovalo rozhovor.

Výsledky: Z celkového počtu 59 pacientů bylo 36 (61 %) zařazeno do randomizace; 17 nemocným byl zaveden dlouhodobý abdominální drén a 19 byly prováděny velkoobjemové paracentézy. Po provedení randomizace byl ve skupině s dlouhodobým abdominálním drénem zaznamenán medián počtu evakuací ascitu za hospitalizace, 0 (rozmezí 0–1), zatímco ve skupině léčené opakovanou paracentézou 4 (rozmezí 3–7). Účast a dokončení dotazníků/rozhovorů bylo v ≥ 80 % případů. Výsledky ukázaly, že dlouhodobé abdominální drény mohou zásadně ovlivnit způsob péče.

Závěry: Studie prokázala, že použití dlouhodobých abdominálních drénů u pacientů s refrakterním ascitem v rámci paliativní péče je bezpečné.

5.2 Databáze PubMed

Retrospektivní observační studie **Management of non-ovarian cancer malignant ascites through indwelling catheter drainage** od autorů Gu, X., Zhang, Y., Cheng, M., Liu, M., Zhang, M. a Cheng, W. zveřejněná roku 2016 v časopise BMC Palliative Care.

Cíl: Studie byla zaměřena na hodnocení efektu úlevy od symptomů a na analýzu přežití u nemocných s maligním ascitem jiné než ovariální etiologie, u nichž byla použita abdominální paracentéza a drenáž dlouhodobým peritoneálním katétre.

Metody: Studie probíhala v období 2008 a 2011 na oddělení paliativní péče. Bylo do ní zařazeno 345 onkologických pacientů, 145 z nich mělo diagnostikováno maligní ascites. Do studie bylo zařazeno 78 pacientů, kteří splňovali následující vstupní kritéria, věk minimálně 18 let, ascites maligní etiologie, nepodstoupení protinádorové léčby.

Výsledky: Studie ukázala, že zavedení permanentního peritoneálního katétru u pacientů s maligním ascitem neovariálního původu vedlo k účinné úlevě od symptomů, zejména bolesti břicha, dušnosti a abdominální distenze. Katétr umožnil provádění drenáží v domácím prostředí a tím významně přispěl ke zvýšení komfortu nemocných. Zavedení katétru bylo technicky úspěšné ve všech případech, bez přítomnosti závažných komplikací. Nejčastější komplikací byl únik ascitické tekutiny v místě vpichu (9 % případů). Katétr zůstal funkční v průměru 13 dní a umožňoval provedení opakované drenáže. Studie potvrdila, že drenáž pomocí permanentního katétru je bezpečnou, efektivní a pacienty dobře tolerovanou metodou symptomatické léčby u pacientů s maligním ascitem, kteří již nejsou kandidáty k protinádorové léčbě.

Závěry: Drenáž pomocí zavedeného permanentního katétru je bezpečnou a účinnou metodou zvládání maligního ascitu v rámci paliativní péče. Významně zmírňuje symptomy, zlepšuje kvalitu života pacientů s maligním ascitem a umožňuje péči v domácím prostředí.

Kvalitativní studie **Palliative Long-Term Abdominal Drains Versus Large Volume Paracentesis in Refractory Ascites Due to Cirrhosis (REDUCe Study): Qualitative**

Outcomes od autorů Cooper, M., Pollard, A., Pandey, A., Bremner, S., Macken, L. et al. Byla zveřejněna roku 2021 v časopise Journal of Pain and Symptom Management.

Cíl: Cílem studie bylo prozkoumat a porovnat zkušenosti a průběh péče u pacientů s refrakterním ascitem v terminálním stádiu jaterního onemocnění, kteří byli randomizováni do skupiny s paliativními dlouhodobými abdominálními drény, které lze užívat v domácím prostředí, nebo do skupiny s velkoobjemovou paracentézou v nemocnici.

Metody: Součástí výzkumu byla kvalitativní část integrovaná do dvanáctitýdenní randomizované kontrolované studie. Telefonické rozhovory byly zaznamenávány, následně nahrávány, přepsány a analyzovány prostřednictvím aplikované tematické analýzy se zaměřením na zkušenost pacienta s organizací a poskytováním zdravotní péče v průběhu jeho léčby.

Výsledky: Studie se zúčastnilo 14 pacientů (šest ve skupině se zavedeným dlouhodobým abdominálním drénem, osm ve skupině s velkoobjemovou paracentézou). Osm všeobecných sester se podílelo na výzkumu v rámci této studie. U pacientů zařazených do skupiny s velkoobjemovou paracentézou docházelo ke komplikacím v různých fázích poskytované péče, které narušovaly její kontinuitu a efektivitu. Od samotného rozpoznání potřeby drenáže, přes dlouhé čekací doby na samotný výkon. Komplikace také negativně ovlivňovaly osoby pečující o pacienta. Zavedení dlouhodobého abdominálního drénu eliminovalo potřebu opakovaných hospitalizací k evakuaci ascitu a přineslo řadu benefitů, včetně individualizované péče, efektivnějšího zvládání symptomů, možnosti setrvat v domácím prostředí a podpory ze strany komunitních sester. Drén byl zdravotnickými pracovníky hodnocen převážně pozitivně. Byla zdůrazněna potřeba dodatečné podpory a organizačního zajištění, pokud by měla být tato metoda začleněna do standardní péče jako součást běžné klinické praxe.

Závěry: Zkušenosti sester a pacientů naznačují, že paliativní dlouhodobé abdominální drény výrazně zlepšují péči o pacienty s refrakterním ascitem. Drény přinášejí výhody v rámci domácí péče, lepší kontroly symptomů a menší zátěže pro pacienty i jejich pečovatele. Zároveň umožňuje individualizovaný přístup. Studie poukazuje na pozitivní vnímání břišních drénu jak pacienty, tak samotnými sestrami.

Longitudinální observační studie **Quality of life improves after palliative placement of percutaneous tunneled drainage catheter for refractory ascites in prospective study of patients with end-stage cancer** od autorů Robson, C. P., Gonen, M., Brody, L., Brown, T.

K., Getrajdman, G. et al., byla zveřejněna roku 2019 v časopise Palliative & Supportive Care.

Cíl: Cílem studie bylo vyhodnotit změny v kvalitě života u pacientů s pokročilým stádiem nádorového onemocnění a refrakterním ascitem po zavedení perkutánního tunelizovaného katétru.

Metody: Zkoumání byli dospělí pacienti s pokročilým stádiem nádorového onemocnění, u nichž byl zaveden z důvodu refrakterního ascitu perkutánní tunelizovaný drenážní katétr. V rámci studie byly vyplňovány dotazníky týkající kvality života. Vyhodnocovány byly dny před zavedením, 2-7 dní po zavedení a následně 2-4 týdny po zavedení drénu. Posuzována byla účinnost drenážního katétru, incidence komplikací a změny vybraných laboratorních hodnot.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 50 pacientů. Rozsah vyplnění dotazníků se pohyboval v rozmezí od 65 % do 100 % (medián 88 %) v jednotlivých časových bodech. Všichni pacienti měli zaveden Tenckhoffův katétr, s technických úspěchem v 98 % případů. Medián přežití po zavedení drénu byl 38 dní. Skóre kvality života podle Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny ukázalo zlepšení celkové kvality života jeden týden po zákroku. Významné zlepšení bylo hlášeno u symptomů únavy, nevolnosti, zvracení, bolesti, dušnosti, nespavosti a chuti k jídlu jeden týden po zákroku, přičemž zlepšení dušnosti, nespavosti a ztráty chuti k jídlu přetrvávalo i po třech týdnech. Dotazník kvality života prokázal celkové zlepšení kvality života v 1. a 3. týdnu po zákroku. Pokles hodnoty sodíku a albuminu před a po zavedení drénu se významně zpomalil, naopak ale hodnoty kreatininu rychle stoupaly. Celkem se vyskytlo 38 komplikací spojených se zavedeným katétrem u 24 z 45 pacientů (53 %).

Závěry: Po zavedení perkutánního tunelizovaného drenážního katétru došlo u pacientů s pokročilým maligním onemocněním a refrakterním ascitem ke zlepšení kvality života a zmírnění symptomů. Pokles hodnoty sodíku a albuminu se po zavedení zpomalil. Výsledky studie potvrzují přínos použití abdominálních drénů jako účinné paliativní intervence u nemocných s refrakterním ascitem maligní etiologie.

5.3 Databáze ScienceDirect

Dokument **Paracentesis for cancer-related ascites in palliative care: An international, prospective cohort study** od autorů Seah et al., 2022 publikovaná v odborném časopise Palliative Medicine.

Cíl: Analyzovat symptomatický efekt a incidenci nežádoucích účinků spojených s punkcí ascitu u pacientů s nádorovým onemocněním paliativní péči.

Metody: Prospektivní observační studie následné kohorty, která sledovala přínosy a nežádoucí účinky paracentézy vyhodnocované v období od 1. 7. 2018 do 28. 2. 2021 v rámci běžné klinické praxe. Hodnocení bylo realizováno ve čtyřech časových bodech. T0 označuje období před provedením paracentézy, T1 bezprostředně po jejím ukončení, T2 24 hodin po výkonu a T3 je stanoveno na 28. den po T1 nebo na den další punkce ascitu, pokud k ní došlo dříve.

Výsledky: V čase T1 došlo u většiny nemocných (81 %) ke zlepšení symptomů zejména v oblasti zvětšení břicha (61 %), bolesti břicha (49 %) a nevolnosti (27 %), přičemž dvě třetiny pacientů zaznamenaly zlepšení alespoň ve dvou symptomech. U 7 % pacientů nebyla pozorována žádná změna a u 12 % došlo ke zhoršení symptomatologie. U 32 % pacientů došlo alespoň k jednomu nežádoucímu účinku. Nejčastěji se jednalo o prosakování ascitické tekutiny. Do časového bodu T3 uvedlo 89 % nemocných pozitivní přínos intervence, 36 % zaznamenalo nežádoucí účinky. Závažné komplikace byly hlášeny ve čtyřech případech, přičemž v jedné došlo k perforaci střeva.

Závěry: Většina pacientů zaznamenala rychlý terapeutický přínos po provedení paracentézy. Nežádoucí účinky byly méně časté, většinou mírného charakteru, avšak v ojedinělých případech měly závažný průběh.

Retrospektivní observační studie **Malignant ascites in patients with terminal cancer is effectively treated with permanent peritoneal catheter** od autorů Meier et al., 2015 vydaný v odborném časopise Acta Radiologica Open

Cíl: Zhodnotit zkušenosti s léčbou maligního ascitu pomocí implantovaného permanentního katétru PleurX.

Metody: Retrospektivní studie zahrnovala 20 pacientů v terminálním stádiu nádorového onemocnění, kterým byl v období od února do listopadu 2014 implantován permanentní

katétr PleurX z důvodu maligního ascitu. Údaje o pacientech a provedených výkonech byly získány ze zdravotnické dokumentace.

Výsledky: Technická úspěšnost výkonu dosáhla 100 %. Průchodnost katétru byla zachována u 95,2 % případů, přičemž v jednom případě musel být katétr odstraněn z důvodu dislokace. Drobné nežádoucí účinky byly zaznamenány u deseti pacientů (50,0 %). Nebyly hlášeny žádné komplikace v průběhu výkonu a po implantaci katétru nebyla nutná další intervence k řešení maligního ascitu. Medián přežití po zavedení katétru činil 27 dní.

Závěry: Zavedení permanentního katétru PleurX u pacientů s maligním ascitem v terminálním stadiu nádorového onemocnění je efektivní a šetrná metoda s minimálním výskytem komplikací a vysokou technickou spolehlivostí.

Článek s názvem **Drainage of malignant ascites: patient selection and perspectives** od autora Stukan Maciej vydaného v odborném časopise Cancer Management and Research.

Cíl: Cílem studie bylo posoudit účinnost, míru bezpečnosti a pacientem hlášené výstupy spojené s jednotlivými metodami drenáže při léčbě maligního ascitu. Jako sekundární cíl bylo stanoveno vytvořit rámec pro lepší porozumění vnímaných přínosů a překážek, které hrají roli v procesu rozhodování o léčbě z pohledu pacienta.

Metody: Do analýzy byly zařazeny randomizované kontrolované studie, kontrolované klinické studie, prospektivní a retrospektivní výzkumné práce a případové série zaměřené na drenáž ascitu u dospělých pacientů s maligním onemocněním. Byly vyloučeny přehledové články, jednotlivé kazuistiky a studie zabývající se jinými než drenážními přístupy, jako je farmakoterapie, chemoterapie či biologická léčba. Hodnocena byla zejména proveditelnost výkonu, bezpečnost jednotlivých drenážních metod, technická úspěšnost, množství komplikací a pacientem hlášené výsledky, včetně dopadu na kvalitu života. Výsledky byly zpracovány narativní syntézou a shrnuty podle klíčových otázek a hlavních zjištění.

Výsledky: Rešerše zahrnovala celkem 484 odborných studií, přičemž dalších 5 bylo identifikováno z jiných zdrojů. Po provedení screeningu názvů a abstraktů bylo vyhodnoceno jako relevantních 116 prací. Následně byly odstraněny duplikáty, přehledové články a jednotlivé případové zprávy. Ve většině studií byli pacienti indikováni k zavedení permanentního drenážního katétru v souvislosti s maligním ascitem a také podstupovali opakované punkce ascitu. Hlavním důvodem k drenáži byla úleva od symptomů. Většina

studií se zaměřovala na otázky bezpečnosti provedení výkonu, zatímco menší část se věnovala hodnocení klinického přínosu, například míře kontroly symptomů nebo zlepšení kvality života.

Závěry: Volba vhodné metody drenáže maligního ascitu je zásadní pro efektivní zvládnutí symptomů a zajištění kvality života pacientů. Jedná se však o komplexní rozhodovací proces, který by měl být podpořen důkladným rozhovorem s nemocným. Ideální je zapojení standardizovaných nástrojů pro hodnocení kvality života specificky zaměřených na problematiku ascitu a jeho drenáže. Zatímco někteří pacienti mohou benefitovat z jednorázové paracentézy, jiní jsou vhodnými kandidáty k zavedení tunelizovaného peritoneálního katétru nebo permanentního peritoneálního portu, případně k drenáži spojené s intraperitoneální chemoterapií. Alternativu představuje centrální žilní katétr, který je z hlediska finanční náročnosti méně zatěžující a zároveň může pacientovi přinášet významný symptomatický přínos.

5.4 Databáze Wiley Online Library

Retrospektivní observační studie **Therapeutic Procedures for Malignant Ascites in a Palliative Care Outpatient Clinic** od autorů Korpi, S., Salminen, V. V., Piili, P. R., Paunu, N., Luukkaala, T. a Lehto, T. J., vydaná roku 2018 v odborném časopise *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.

Cíl: Studie se zaměřila na hodnocení efektivity drenáže, výskytu komplikací a délky přežití po provedení paracentézy nebo zavedení tunelizovaného katétru u pacientů s maligním ascitem v rámci jednodenní péče.

Metody: Byly vyhodnocovány paracentézy a tunelizované katétrů zaváděné u pacientů z důvodu maligního ascitu na Paliativním oddělení Fakultní nemocnice Tampere v období od ledna 2013 do prosince 2015. Do analýzy byly zahrnuty výkony provedené v ambulancích, ale i výkony identifikované na základě kódů a záznamů v elektronické zdravotnické dokumentaci. Všechny relevantní výkony byly manuálně dohledány ve zdravotnických dokumentacích, včetně těch, které nebyly kódovány nebo byly provedeny mimo sledované období, s cílem komplexně popsat potřebu opakovaných zákroků a četnost výkonů před zavedením tunelizovaného katétru. Celkem bylo vyhodnoceno 118 punkcí ascitu a 48 implantací tunelizovaných katétrů provedených u 104 pacientů s maligním ascitem.

Výsledky: Drenáž ascitické tekutiny byla úspěšná ve všech případech, přičemž medián odvedeného objemu činil 3700 ml (rozmezí 300–13 200 ml). Míra komplikací dosáhla 7 % u paracentéz a 25 % u zavedených tunelizovaných katétrů, přičemž většina komplikací byla mírného charakteru. Opakovaný zákrok byl nutný u 64 % pacientů po punkci ascitu a u 10 % po implantaci katétru. Medián přežití po prvním výkonu činil 40 dní. U pacientů s karcinomem pankreatu byl medián přežití 19 dní, zatímco u ostatních pacientů 47 dní. Delší doba přežití byla zaznamenána u nemocných, kteří současně podstupovali chemoterapii, s mediánem 112 dní. Mezi objemem odvedené ascitické tekutiny a délkou přežití nebyla prokázána souvislost.

Závěry: Ambulantní provedení volné drenáže maligního ascitu je proveditelné a klinicky realizovatelné. Pro snížení nutnosti opakovaných výkonů lze doporučit zvážení včasného zavedení tunelizovaného katétru. U pacientů s karcinomem pankreatu, u nichž je očekávaná délka přežití výrazně kratší, však může být jednorázová paracentéza adekvátní paliativní volbou.

6 PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Následující kapitola shrnuje poznatky ze studií a dokumentů uvedených v předchozí kapitole, reaguje na výzkumnou otázku zaměřenou na možnosti evakuace ascitu využívané u pacientů v paliativní péči.

Maligní ascites je častou komplikací pokročilých stádií nádorových onemocnění a je spojen s výraznou symptomatologií, která zahrnuje abdominální diskomfort, nauzeu, zácpu, nechutenství, dušnost a celkové zhoršení funkčního stavu pacienta (Stukan, 2017).

Autoři Seah et al. (2022) uvádí, že paracentéza zůstává nejčastěji indikovanou metodou evakuace ascitu v paliativní péči. Výkon přináší signifikantní úlevu až u 81 % pacientů, a to zejména v oblasti snížení distenze břicha, bolesti a dušnosti. Paracentéza je technicky jednoduchý a efektivní výkon, avšak v některých případech poskytuje pouze krátkodobý efekt od úlevy symptomů a vyžaduje opakování v průměru každých 10 dní.

Autoři Masuda et al. (2022) uvádí, že nebyl u pacientů podstupujících opakovanou paracentézu prokázán negativní vliv na celkovou délku života. Autoři Iyer a Kernick (2022) poukazují na přínos paracentézy při zmírnění symptomů u nemocných s maligním ascitem. Uvedený výkon je v klinické praxi považován za relativně bezpečný, avšak jeho opakované provádění může negativně ovlivňovat pacientův komfort a kvalitu života. Autoři Meier et al. (2015) uvádí alternativní možnost evakuace ascitu zavedením tunelizovaného peritoneálního katétru, který umožňuje pravidelnou drenáž ascitu v domácím prostředí. Ve studii bylo dosaženo 100% technické úspěšnosti při zavádění peritoneálních katétrů, které zůstaly plně funkční až do úmrtí pacienta. Komplikace se vyskytly u méně než 15 % nemocných. Nejčastějším problémem byly infekce nebo obstrukce peritoneálního katétru. Výhodou katétru je menší frekvence návštěv zdravotnických zařízení za účelem punkce ascitu a snížení výskytu rizik spojených s opakovaným hospitalizacemi. Autoři Robson et al. (2019) uvádějí, že u pacientů s implantovaným katétre bylo zjištěno významné zlepšení kvality života, zejména v oblasti mobility, komfortu a úlevy od symptomů, kterými byli dušnost a nevolnost. Autoři Gu et al. (2016) doplňují, že dlouhodobá drenáž vedla k ústupu příznaků, jako je nechutenství, abdominální napětí, regurgitace a omezení pohyblivosti. Kolektiv autorů Seah et al. (2022) uvádějí, že pacienti se zavedeným peritoneálním katétre vyžadovali méně akutních intervencí ve srovnání s pacienty podstupujícími opakované paracentézy. Tato zjištění podporují využití peritoneálních katétrů jako alternativy

k opakovaným punkcím v rámci hospitalizace. Autor Stukan (2017) uvádí další metodu evakuace ascitu cestou peritoneovenózní shunt, který umožňuje odvádění ascitu do systémového oběhu. Jeho účinnost je srovnatelná s jinými metodami, avšak sebou nese vyšší riziko komplikací, jako jsou trombózy, dislokace a infekce. Z tohoto důvodu je tahle metoda dnes indikována spíše výjimečně, a to hlavně u pacientů s lepší prognózou a vyšší mírou soběstačnosti.

Ve studii autorů Iyer a Kernick (2022) bylo poukázáno na rozdíly ve vnímání symptomatické úlevy mezi pacienty podstupujícími opakovanou paracentézou a těmi, kterým byl zaveden peritoneální katétr. Přestože ve všech sledovaných oblastech nebyla dosažena statistická významnost, většina respondentů označila peritoneální katétr za preferovanou volbu, a to zejména kvůli možnosti plánovaného vypouštění ascitu a snížení stresu spojeného s nutností zvládání akutních příznaků.

Významným aspektem, který napomáhá o rozhodnutí volby metody evakuace je rovněž logistická dostupnost jednotlivých přístupů. Paracentéza, byť technicky nenáročná, vyžaduje přítomnost kvalifikovaného personálu, dostupnost ultrazvuku a někdy i krátkodobou hospitalizaci. Naproti tomu zavedený katétr umožňuje provádění drenáže v domácím prostředí, čímž může výrazně redukovat zatížení zdravotního systému i pacienta samotného (Seah et al., 2022). Podle autorů Korpi et al. (2018) pacienti s peritoneálním katétrem uváděli pocit větší kontroly nad ascitem a nižší psychickou zátěž ve srovnání s těmi, kteří podstupovali opakované paracentézy, a to navzdory technické nenáročnosti tohoto výkonu. Výsledky zdůrazňují význam psychologických aspektů při rozhodování o volbě drenážní metody.

Kolektiv autorů Gu et al. (2022) uvádí, že při rozhodování o způsobu evakuace je důležité zohlednit také dynamiku akumulace tekutiny, závažnost symptomů a riziko možných komplikací. Autoři zdůrazňují, že nejsou stanoveny standardizované protokoly týkající se volby adekvátní metody, a proto proces rozhodování často závisí na zkušenostech jednotlivých pracovišť.

V některých zdravotnických zařízeních se začínají prosazovat hybridní přístupy k evakuaci ascitu. Jedná se o kombinaci úvodní paracentézy následované zavedením katétru v případě jeho rychlé reakumulace. Tento přístup umožňuje lépe stratifikovat pacienty podle reakce na první výkony a zároveň oddálit invazivní řešení u těch, u nichž dojde k výrazné úlevě již po jednom výkonu (Seah et al., 2022).

Následující text uvádí informace ze studií a dokumentů uvedených v předchozí kapitole, reaguje na výzkumnou otázku zaměřenou na úlohu všeobecné sestry při punkci ascitu u pacientů v paliativní péči.

Úlohu všeobecné sestry při zavádění peritoneálního katétru v péči o pacienty s maligním ascitem popisují autoři Meier et al. (2015). V rámci tohoto výkonu sestra připravuje materiál a prostředí k zavádění katétru, asistuje při výkonu a pečuje o místo vstupu. Studie uvádí, že sestry pravidelně kontrolují průchodnost katétru a provádí výměny krytí v souladu s aseptickými postupy. V rámci své studie, autoři Gu et al. (2022) upozorňují na význam kvalitní edukace pacientů s peritoneálním katétrem. Výsledky ukazují, že pacienti a pečující osoby byli všeobecnými sestrami edukováni o správných hygienických postupech a zásadách péče o zavedený katétr. Ve rámci studie autorů Robson et al. (2019) je popisována zkušenost pacientů s peritoneálním katétrem. Všeobecné sestry pravidelně kontrolovaly místo zavedení katétru, monitorovaly objem a charakter odváděného ascitu a ve spolupráci s lékařem upravovaly frekvenci drenáže podle aktuálních potřeb pacienta. Autoři Iyer a Kernick (2022) upozorňují na nutnost pečlivého sledování pacientova stavu po provedení paracentézy z důvodu rizika hypotenze. Nedílnou součástí následné péče je kontrola vitálních funkcí, včetně sledování místa vpichu. Současně autoři zdůrazňují význam důsledné dokumentace klinického stavu pacienta, která je klíčová pro kontinuální sledování vývoje zdravotního stavu a efektivního plánování další péče. Studie autorů Seah et al. (2022) uvádí, že všeobecné sestry provádějí v rámci punkce ascitu pravidelné kontroly a sledování příznaků jako jsou bolest, dušnost, pocit nevolnosti a změny celkového stavu vědomí. Autoři Korpi et al. (2018) poukazují na psychologické faktory spojené s drenáží ascitu. Z kvalitativního hodnocení vyplývá, že pacienti s peritoneálním katétrem cítili větší kontrolu nad svým stavem, pokud jim byla poskytnuta podpora a informace ze strany ošetrovatelského personálu. Přítomnost sestry a pravidelné kontroly stavu tak měly pozitivní vliv nejen na fyzický, ale i psychický stav nemocných.

Autor Stukan (2017) zmiňuje v rámci svého komplexního přehledu paliativní péče významnou roli všeobecných sester při asistenci zavádění i péči o peritoneální katetry. Uvádí, že jsou odpovědné za sledování drenáže, rozpoznání známek infekce a koordinaci následné péče.

Podle autorů Gu et al. (2022) poskytují všeobecné sestry během návštěv pacientům podporu při adaptaci na opakované drenáže, pomáhají zvládat související obtíže a přispívají k udržení bezpečného a efektivního režimu péče. Zároveň jsou k dispozici při výskytu prvotních obtíží,

diskomfortu či nejasností souvisejících s manipulací s katétrem. Sestry prováděli také edukaci rodinných příslušníků, kteří se podílí na péči o nemocného. Studie autorů Robson et al. (2019) zmiňuje, že rodiny byly s pomocí všeobecných sester schopné zvládat většinu běžné péče o katétr, čímž se zlepšila kontinuita péče a pacienti mohli zůstat déle ve vlastním domácím prostředí.

Podle Meier et al. (2015) se sestry aktivně podílejí na kontinuálním sledování klinického stavu pacienta, zaznamenávají změny a hodnotí účinnost dosavadní léčby a pečují o rány. Na základě těchto zjištění poskytují informace multidisciplinárnímu týmu, čímž přispívají k rozhodování o individualizaci péče v souladu s aktuálními potřebami pacienta.

Přítomnost informovaného a dostupného ošetrovatelského personálu přispívá ke snížení úzkosti pacientů, kteří podstupují časté evakuace ascitu. V rámci výsledků studie autorů Korpi et al. (2018) byly pravidelné setkání se sestrou vnímány jako klíčové pro zachování a zlepšení psychického stavu nemocného a jeho rodiny. Autoři Seah et al. (2022) rovněž upozorňují, že sestry sehrávají velkou roli při sledování účinnosti paracentézy. Po výkonu zaznamenávají ústup symptomů jako je bolest či dušnost. Tato data byla využívána při plánování dalších intervencí. Studie zmiňuje, že pacienti často uváděli výraznou úlevu již po prvním výkonu, všeobecnými sestrami byla tato skutečnost zaznamenávána v rámci dokumentace. Studie autorů Gu et al. (2022) dále zmiňuje, že úloha sestry během domácích návštěv spočívala také na hodnocení celkového stavu pacienta, včetně identifikace známek zhoršení nebo komplikací. V případě potřeby iniciují kontakt s ošetřujícím lékařem nebo koordinují další intervenci. Studie zdůrazňuje důležitost kontinuálního kontaktu mezi pacientem a zdravotnickým personálem, přičemž všeobecná sestra hraje klíčovou roli v udržování kontaktu a zkvalitňování péče.

Dle autora Stukan (2017), sestry výrazně přispívají ke zvyšování efektivity paliativní péče díky schopnostem včas rozpoznat změny stavu pacienta a přizpůsobení ošetrovatelských intervencí aktuálním potřebám nemocného. Tento přístup veden nejen ke zvýšení komfortu pacienta, ale i ke snížení nutnosti návštěv zdravotnických zařízení a hospitalizací, které mohou být pro pacienta v terminálním stadiu vyčerpávající a stresující. Role všeobecné sestry zahrnuje komplexní bio-psycho-sociální podporu, edukaci pacienta i jeho blízkých a aktivní podíl na plánování a koordinaci péče. Tímto způsobem se sestra významně podílí na zajištění kvalitní paliativní péče v domácím prostředí.

7 DISKUSE

Cíl 1. Vyhledat a analyzovat aktuální publikované výzkumné studie zaměřené na možnosti evakuace ascitu využívané u pacientů v paliativní péči.

Publikované výzkumné studie byly vyhledány pomocí systematické rešeršní strategie v elektronických databázích EBSCO, PubMed, ScienceDirect a Wiley Online Library. Vyhledávána byla použita klíčová slova: punkce, ascites, evakuace, paliativní péče, všeobecná sestra. Klíčová slova byla následně kombinována s Booleovskými operátory AND a OR. Celkem bylo nalezeno 283 studií. Po třídění dle struktury PRISMA bylo selektováno 23 relevantních primárních příspěvků z databází, které byly podrobeny sekundárnímu výběru. K tvorbě přehledové studie bylo vybráno 10 odborných studií a dokumentů. Z celkového počtu analyzovaných studií se 2 přehledové studie zaměřují porovnáním paliativní paracentézy a dlouhodobých tunelizovaných katetrů. 2 studie hodnotí efekt paracentézy na symptomy spojenými s ascitem. 3 studie jsou zaměřeny na využití permanentních peritoneálních katetrů a jejich účinnost v symptomatologické léčbě maligního ascitu. 1 studie se zabývá výhradně zkušenostmi pacientů a zdravotnického personálu s domácí drenáží ascitu pomocí peritoneálních drénů. 1 studie popisuje postupy v ambulantní paliativní péči při léčbě maligního ascitu.

Cíl 2. Předložit aktuální publikované poznatky o úloze všeobecné sestry při punkci ascitu u pacientů v paliativní péči.

Paracentéza je nejčastěji využívanou metodou k evakuaci maligního ascitu u pacientů v paliativní péči. V případě zvýšené frekvence punkcí může být pacientům zaveden peritoneální katetr, který umožňuje evakuaci ascitu v pohodlí domácího prostředí bez nutnosti návštěv zdravotnických zařízení. Autoři studie Seah et al. (2022) uvádí, že až 81 % pacientů popisuje výraznou úlevu od symptomů spojených s ascitem již 2 hodiny po punkci. Studie doporučuje provádět punkci pod ultrazvukovou kontrolou v rámci prevence komplikací. Autorka bakalářské práce Janečková (2023) uvádí vyšší potřebu informovanosti a edukace pacientů před výkonem, a to hlavně formou ústní edukace a případných edukačních materiálů. Poukazuje na to, že punkce ascitu je ze strany pacientů provázena obavami, přičemž mnozí postrádají dostatečnou edukaci týkající se samotného postupu i možných komplikací. Skutečnost zdůrazňuje klíčovou roli všeobecné sestry při zajištění informovanosti pacienta, jeho přípravě na výkon a podpoře v rámci celého výkonu.

Autoři Meier et al. (2015) ve studii zaměřené na účinnost peritoneálních drénů popisují úlohu všeobecné sestry v oblasti pravidelné kontroly místa zavedení, provádění pravidelných výměn krytí a sledování průchodnosti a charakteru evakuované tekutiny. Sestry přispívají k prevenci komplikací a zajišťují bezpečný a efektivní průběh drenáže. Autorka bakalářské práce Březinová (2018) potvrzuje, že všeobecná sestra monitoruje množství a vzhled punktátu, provádí edukaci pacientů o pitném režimu a stravě, monitoruje a zaznamenává příznaky typu bolest nebo hypotenze. Autoři studie Gu et al. (2016) uvádějí, že všeobecná sestra sehrává zásadní roli při asistenci punkce ascitu, sledování a vyhodnocování symptomů spojených s punkcí a zároveň významně přispívá k zajištění komfortu pacienta v rámci celého výkonu a po jeho provedení. Činnosti všeobecné sestry popisuje ve své práci autorka Dolezhalová (2019), která uvádí, že mezi ošetrovatelské činnosti před výkonem punkce ascitu patří kontrola pacientovy dokumentace, měření a vyhodnocování fyziologických funkcí, příprava pomůcek k punkci ascitu a edukace pacienta o nadcházejícím výkonu, včetně podepsání informovaného souhlasu s břišní punkcí. Po výkonu všeobecná sestra sleduje místo zavedení, charakter a množství odváděné tekutiny a celkový stav pacienta. Veškeré informace zaznamenává do příslušné dokumentace.

Výzkum autorů Cooper et al. (2021) uvádí, že pacienti, kteří měli zavedený peritoneální drén popisují přínos hlavně z možnosti domácí drenáže. Sestry prováděly pravidelné návštěvy pacientů, asistovali při evakuaci ascitu, případně po konzultaci s lékařem evakovali stanovené množství tekutiny. Dále všeobecné sestry kontrolovali místa zavedení peritoneálních drénů, prováděli pravidelné výměny krytí a poskytovali edukaci pacientům a jejich blízkým. Autorka Matiašová (2024) uvádí, že edukace pacientů podstupující paracentézu je mnohdy nedostačující z hlediska potřebných opatření, možných rizik a komplikací. Autoři studie Robson et al. (2019) uvádějí, že zavedení peritoneální abdominálních drénů u pacientů s maligním ascitem vedlo k dlouhodobé úlevě od symptomů jako je dušnost, nevolnost a bolest. Pacienti udávali pozitivní ohlas k zavedeným peritoneálním drénům a přístupu zdravotnického personálu, kdy sestry hrály významnou roli v rámci edukace a péče o zavedený peritoneální drén. V rámci bakalářské práce autorka Janečková (2023) uvádí, že všeobecná sestra asistuje lékaři při výkonu, poskytuje psychickou podporu a edukaci pacientovi v jeho průběhu, čímž eliminuje obavy z výkonu a případných komplikací. Autor Stukan (2017) ve svém přehledu doporučuje, aby výběr drenážní metody byl podmíněn dostupností odborného personálu, přičemž u peritoneálních

drenáží je nezbytné, aby sestra zajišťovala pravidelnou kontrolu, edukaci a sledování výskytu případných komplikací, jako je zarudnutí nebo infekce v místě drénu. Studie autorů Korpi et al. (2018) souhlasí s výše uvedeným tvrzením, že všeobecná sestra má významnou roli při punkci ascitu v paliativní péči, asistuje lékaři, sleduje aktuální stav pacienta, případné komplikace, edukuje, komunikuje s pacientem a jeho rodinou.

Studie porovnávání efektivity peritoneálních drénů a nákladů na péči, autoři Macken et al. (2020) uvádějí, že zavedení peritoneálních drénu vede ke zkrácení doby hospitalizace a snížení nákladů na zdravotní péči. V rámci péče o pacienty s peritoneálními drény prováděly všeobecné sestry pravidelné kontroly místa zavedení peritoneální drénu, pravidelné převazy spolu s vyhodnocením okolí místa zavedení, průchodnost drénu a prevenci vzniku infekce. Ošetrovatelský personál edukoval pacienty a jejich blízké v oblasti bezpečné manipulace s drénem v domácím prostředí. Tyto informace potvrzuje i studie autora Stukan (2017) který zdůrazňuje, že u pacientu s maligním ascitem by měla být péče individuálně přizpůsobena jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Zároveň uvádí, že v rámci prevence infekce v oblasti peritoneálního drénu závisí také na prostředí pacienta, ve kterém se pohybuje a na míře kvality ošetrovatelské péče, včetně edukace, sledování známek infekce a spolupráce s rodinou pacienta.

Autorka bakalářské práce Dolezhalova (2019) uvádí, že součástí práce všeobecné sestry u pacienta s ascitem je fyzikální vyšetření, měření a vyhodnocování vitálních funkcí, sledování nutričního stavu, vyhodnocování stupně soběstačnosti, sledování denního příjmu stravy a tekutin. V případě punkce ascitu zajišťuje sestra vhodnou polohu nemocného. Autorka práce zdůrazňuje, že sestra má přímý vliv na komfort pacienta, a to jak po stránce tělesné, tak i psychické, přičemž důležitou součástí péče je také snaha o udržení pacientovy autonomie a spolupráce s rodinou. Autorka Matiašová (2024) popisuje, že všeobecná sestra má při péči o pacienta s ascitem důležitou roli i z hlediska prevence dehydratace, únavy a zhoršení celkového stavu. Uvádí, že sestra aktivně sleduje i duševní rozpoložení nemocného, jeho reakce spojená s punkcí ascitu, míra spolupráce, přičemž cílem je vytvořit pro pacienta prostředí, ve kterém bude ošetrovatelskému personálu důvěřovat a cítit se v bezpečí. Důležitým aspektem ošetrovatelské péče je také edukace zaměřená na rozpoznání případných komplikací, infekce, bolesti, dušnosti nebo nevolnosti. Bakalářská práce autorky Březinová (2018) uvádí, že součástí práce všeobecné sestry je kromě samotného výkonu punkce ascitu a sledování odváděné tekutiny také adekvátně vedená dokumentace o průběhu výkonu a celkovém stavu pacienta.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se věnujeme problematice punkce ascitu v kontextu paliativní péče, s cílem shrnout dostupné poznatky o možnostech evakuace ascitu a úlohou všeobecné sestry při tomto výkonu. Pro zpracování jsme využili formu narativní přehledové studie, která využila kombinaci analýzy odborných studií a článků s představením aktuálních poznatků. V teoretické části práce jsme charakterizovali paliativní péči, její cíl, specifika a plánování budoucí péče, dále byla také definována punkce ascitu, etiologie, diagnostika, terapie a samotná punkce včetně jejího průběhu. Byly popsány specifika ošetrovatelské péče u pacientů v paliativní péči a pacientů podstupujících punkci ascitu. V empirické části bakalářské práce jsme se zabývali vyhledáním a analýzou studií zaměřených na punkci ascitu v paliativní péči.

Při vytváření literárního přehledu jsme vycházeli ze zvolených výzkumných otázek. Rešeršní činnost jsme provedli v databázích EBSCO, PubMed, ScienceDirect a Wiley Online Library. Po zadání všech limitací bylo nalezeno 23 studií, ze kterých 10 odpovídalo na stanovené výzkumné otázky. Cíle bakalářské práce byly naplněny, byly vyhledány a analyzovány a předloženy aktuální publikované výzkumné studie zaměřené na punkci ascitu v paliativní péči.

Na základě přehledové studie vybraných odborných článků bylo potvrzeno, že punkce ascitu je jednou z intervenčních přístupů k symptomatologické léčbě pacientů s pokročilým onemocněním, které významně přispívá ke zlepšení jejich momentálního stavu. Mezi nejčastější využívané metody patří opakovaná paracentéza a zavedení peritoneálních drénu, přičemž obě metody prokazují svou účinnost při zvládnutí příznaků spojených s ascitem, jako je bolest, dušnost a celkový diskomfort.

Z přehledu studií vyplývá, že všeobecná sestra má nezastupitelnou roli nejen při asistenci punkce ascitu, ale také v kontinuální monitoraci pacientova stavu, prevenci komplikací, péče o místo vpichu či zavedeného katétru a edukaci pacienta a jeho blízkých. V souvislosti s těmito faktory se jako klíčové jeví důkladné zvládnutí ošetrovatelských postupů, včetně schopnosti včas rozpoznat možné komplikaci či nežádoucí stavy a adekvátně na ně reagovat. Současně je třeba věnovat zvýšenou pozornost adekvátní edukaci pacientů ohledně výkonu, jeho rizicích a následné péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9307-3.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

BŘEZINOVÁ, Michaela, 2018. *Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*. Online. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/99189> [cit. 2025-05-19]

COOPER, Max; POLLARD, Alex; PANDEY, Aparajita; BREMNER, Stephen; MACKEN, Lucia et al., 2021. *Palliative Long-Term Abdominal Drains Versus Large Volume Paracentesis in Refractory Ascites Due to Cirrhosis (REDUCe Study): Qualitative Outcomes*. Online. Journal of Pain and Symptom Management. Roč. 62, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.007> [cit. 2025-04-16]

ČEŠKA, Richard; ŠTULC, Tomáš; TESAŘ, Vladimír a LUKÁŠ, Milan, 2020. *Interna*. 3. vyd. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7553-780-5.

DAVINIA, SE. Seah; WILCOCK, Andrew; CHAN, Sungwon; SOUSA, S. Mariana; SINNARAJAH, Aynharan et al., 2022. *Paracentesis for cancer-related ascites in palliative care: An international, prospective cohort study*. Online. Palliative Medicine. Roč. 36, č. 9, s. 1408-1417. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692163221122326> [cit. 2025-04-17]

DOLEZHALOVÁ, Elena, 2019. *Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*. Online. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_akademickem_roce_2018-2019/Vseobecna_sestra_2019/Dolezhalova_Elena/ [cit. 2025-05-18]

GU, Xiaoli; ZHANG, Yuanyuan; CHENG, Menglei; LIU, Minghui; ZHANG, Zhe; CHENG, Wenwu, 2016. *Management of non-ovarian cancer malignant ascites through indwelling catheter drainage*. Online. BMC Palliative Care. Roč. 15, č. 39. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0116-5> [cit. 2025-04-16]

IHNÁT, Petr a TULINSKÝ, Lubomír, 2024. *Základní chirurgické intervence a výkony*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-7599-430-1.

IYER, Kiran a KERNICK, Lucy, 2022. *The Impact of ASCITIC Paracentesis on Symptomatic Outcomes In Palliative Patients: 3-Year Experience of a Melbourne Inpatient*

Palliative Care Unit Using Palliative Care Outcomes Collaboration Assessments. Online. Gastroenterology Research and Practice. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2022/7300110> [cit. 2025-04-16]

JANEČKOVÁ, Simona, 2023. *Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení*. Online. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/53564> [cit. 2025-05-18]

KALA, Miroslav a DORKOVÁ, Zlatica, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-668-6.

KORPI, Säde; SALMINEN, V. Veera; PIILI, P. Reeta; PAUNU, Niina; LUUKKAALA, Tiina et al., 2018. *Therapeutic Procedures for Malignant Ascites in a Palliative Care Outpatient Clinic*. Online. Journal of Palliative Medicine. Roč. 21, č. 6. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0616> [cit. 2025-04-18]

MACKEN, Lucia; BREMNER, Stephen; CAGE, Heather; TOURAY, Morro; WILLIAMS, Peter et al., 2020. *Randomised clinical trial: palliative long-term abdominal drains vs large-volume paracentesis in refractory ascites due to cirrhosis*. Online. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. Roč. 52, č.1, s. 107-122. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/apt.15802> [cit. 2025-04-16]

MAREŠ, Jan, 2013. *Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření*. Online. Roč. 23, č.4, s. 427-454. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/PedOr2013-4-427> [cit. 2025-02-15]

MASUDA, Ken; ISHIKI, Hiroto; YOKOMICHI, Naosuke; YAMAGUCHI, Takuhiro; ITO, Tetsuya; TAKATSU, Hana et al., 2022. *Effect of paracentesis on the survival of patients with terminal cancer and ascites – weighted analysis of the East Asian Collaborative Cross-cultural Study to Elucidate the Dying Process*. Online. Supportive Care in Cancer. Roč. 30, č. 7, s. 6233-6241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07057-8> [cit. 2025-04-16]

MATÍÁŠOVÁ, Michaela, 2024. *Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*. Online. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/otrx11/?zoomy_is=1

MEIER, Michelle; MORTENSEN V. Frank a MADSEN, H. T. Hans, 2015. *Malignant ascites in patients with terminal cancer is effectively treated with permanent peritoneal catheter*. Online. Acta Radiologica Open. Roč. 4, č. 7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2058460115579934> [cit. 2025-04-18]

NOVOTNÝ, Jan; VÍTEK, Pavel a KLEIBL Zdeněk, 2024. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3918-7.

POKORNÁ, Andrea; KOMÍNKOVÁ, Alena a SIKOROVÁ, Nikola. 2014 *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.

ROBSON, C. Piera; GONEN, Mithat; BRODY, Lynn; BROWN, T. Karen; GETRAJDMAN, George et al., 2019. *Quality of life improves after palliative placement of percutaneous tunneled drainage catheter for refractory ascites in prospective study of patients with end-stage cancer*. Online. Palliative & Supportive Care. Roč. 17, č. 6, s. 677-685. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951519000051> [cit. 2025-04-16]

RODRIGO, Luis. 2017. *Ascites – Physiopathology, Treatment, Complications and Prognosis*. Rijeka: InTech. ISBN 978-953-51-3614-9.

SAEIAN, Kia a SHAKER, Reza, 2017. *Livers Disorders: A Point of Care Clinical Guide*. Online. Cham: Springer. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-30103-7> [cit. 2025-02-15]

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přeprac a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, Ondřej; SOCHOR, Marek a ZÁVADOVÁ, Irena, 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-4223-5.

STUKAN, Maciej, 2017. *Drainage of malignant ascite: patient selection and perspectives*. Online. Cancer Management and Research. Roč. 9, s. 115-130. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S100210> [cit. 2025-04-18]

URBÁNEK, Petr a BRŮHA, Radan, 2022. *Hepatologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1693-5.

VOKURKA, Samuel, 2023. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3556-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta a OTRADOVCOVÁ, Iva. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Algoritmus řešební činnosti	26
---	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol. A kolektiv

aPTT Aktivovaný parciální tromboplastinový čas

BMC BioMed Central

CRP C-reaktivní protein

č. Číslo

přepřac. Přepřacované

PT Protrombinový čas

roč. Ročník

rozš. Rozšířené

s. Strany

sb. Sbírky

vyd. Vydání