

# Punkcia ascitu prostredníctvom mobilného hospicu v domácom prostredí

**Sr. Barbora – MUDr. Kristína Kroftová**

Hospic – Dom pokoja a zmierenia u Bernadetky v Nitre

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):34

Ascites je definovaný ako zvýšené množstvo voľnej tekutiny v dutine brušnej. Najčastejšou príčinou je ochorenie pečene (cirhóza alebo metastatické postihnutie pečene), karcinomatóza peritonea, srdcové zlyhanie a ochorenie pankreasu. Ascites vzniká i pri venookluzívnych chorobách, trombóze portálnej žily a pri Buddovom-Chiariho syndróme. Je vždy nepriaznivým prognostickým znakom. V prítomnosti portálnej hypertenzie podporuje vznik ďalších komplikácií (napr. krvácanie z ezofageálnych varixov, hepatorenálny syndróm, pečenočná encefalopatia).

V mobilnom hospici sa stretávame u chorých najčastejšie s ascitom pri dekompenzovanej cirhóze pečene, pri karcinomatóze peritonea a pri metastatickom postihnutí pečene. Ide o stavy v terminálnom štádiu ochorenia. Základným liečebným krokom je pokoj na lôžku, obmedzenie sodíka v diéte a liečba diuretikami – spironolaktómom a furosemidom. Pri refraktérnom ascite, ktorý nereaguje na medikamentóznú liečbu a režimové opatrenia, je vhodná (a niekedy nevyhnutná a jediná možná liečba) **odľahčovacia punkcia ascitu**, ktorou sa odstráni nadbytočná tekutina z brušnej dutiny a zmierni sa tak tlak na brušné orgány a bránicu. Tento výkon je možné realizovať aj v domácom prostredí bez náhrady plazmaexpanderov, ak vypustené množstvo tekutiny nepresiahne 5 litrov. Náhrada albumínu v domácom prostredí sa nevykonáva. Punkciu ascitu realizuje v mobilnom hospici lekár, prakticky sa indikuje len v prípade tenzného ascitu, pri ktorom sa pacient sťažuje na výrazný brušný diskomfort a dýchavicu, alebo je prítomná hypotenzia a tachykardia, rozvíja sa hepatorenálny syndróm a prejavujú sa príznaky hepatálnej encefalopatie.

Punkcia ascitu sa začína vyšetrením brucha, potvrdením undulačného fenoménu a poklopovej diferencie. Punkciu vykonáme v spojnici medzi umbilikom a spina iliaca ant. sup. bedrovej kosti vľavo. Miesto si označíme po poklopovom vyšetrení brucha, pri ktorom zistíme tlmený poklop. Následne dezinfikujeme kožu roztokom jódovaného povidónu (pri negatívnej alergii na jód) alebo nejódovým dezinfekčným prostriedkom.

V domácom prostredí niekedy miesto vpichu neumŕtvujeme, vpich nie je veľmi bolestivý. Ak použijeme lokálne mezokaín, anestéziu robíme tou istou ihlou ako punkciu. Použijeme ružovú injekčnú ihlu (18G), ktorú napojíme na striekačku, pri pichnutí aspirujeme. Ak sa objaví ascitická tekutina, ktorá je slamovožltá, napojíme na ihlu cez spojovaciu hadičku prispôbenú infúziu súpravu a ihlu fixujeme. Druhý koniec infúznej súpravy (po odstránení bodca a rezerváru) spojíme s ústím v podtlakovej nádobe a uvoľníme „tlačku“. Podtlakom sa nasáva tekutina do nádoby s objemom 500 – 600 ml. V krízových podmienkach môžeme použiť metódu odtoku samospádom a tekutinu vypúšťať do čistej fľaše. Ihlu fixujeme a pridržiavame rukou počas celého výkonu, fixáciu kontrolujeme.

Pacienta pred realizáciou oboznámime s princípom a spôsobom výkonu. Je potrebná istá miera spolupráce, u nepokojných pacientov môže byť výkon rizikový. Pacienta vyzveme, aby pokojne dýchal a nehýbal sa. Pacienti počas výkonu môžu zaspáť, preto je nevyhnutné, aby bol lekár prítomný pri pacientovi v priebehu celého výkonu. Sledujeme množstvo odsávanej tekutiny, jej farbu a prímеси – najmä krv. Množstvo tekutiny býva cca 2 – 3 litre. Pacient by mal cítiť úľavu a uvoľnenie v bruchu. Pred ukončením sa „tlačkou“ odstaví podtlak a ihla sa pod tlakom sterilného tampónu z brušnej dutiny od-

stráni. Miesto vpichu držíme pod tlakom so sterilným tampónom najmenej 5 – 10 minút (možno použiť aj vrečko s pieskom, v domácnosti ho nahradí vrečko s 1 kg ryže), pacienta uložíme na znak alebo na pravý bok. Zväčša tento zákrok nesprievádzajú žiadne ťažkosti a komplikácie, v prípade rýchleho doplnenia ascitickej tekutiny možno výkon opakovať o 3 dni.

Úlohou mobilného hospicu je zlepšiť kvalitu života nevyliciteľného, terminálneho pacienta v domácom prostredí. Punkciou ascitu pacientovi uľavíme v ťažkostiach, ponechávajúc ho v domácom pôvodnom prostredí zlepšime jeho komfort tak telesný, ako aj duchovný. Výkon je zväčša nezatažujúci, so zriedkavými komplikáciami. Môže ísť o krvácanie z kože alebo do ascitu pri vpichu (pri súčasnej poruche koagulácie), ktoré sa po fixácii vpichu zastaví. Pri nedostatočnej dezinfekcii kože sa môže infikovať ascites, čo je ťažké a nie vždy nevyhnutné odlíšiť od spontánnej bakteriálnej peritonitídy. Veľmi zriedkavo môžeme napichnúť najmä tenké črevo (napr. pri karcinomatóze v mieste vpichu, pretože doma nemáme k dispozícii ultrazvukové zobrazenie), ktoré sa hneď po vytiahnutí ihly zacelí (v ten deň nemožno však vykonať odľahčovaciu punkciu a pacientovi pri bolestiach a dýchavici musíme uľaviť ináč, napríklad silnými opioidmi). Najväčšou finančnou položkou sú podtlakové fľaše (cca 4 eur 1 kus). Realizovaním tohto výkonu v pohodlí domova predídeme stresu a záťaži, ktorým by bol pacient vystavený pri hospitalizácii alebo v ambulancii.

**MUDr. Kristína Kroftová**

Hospic – Dom pokoja a zmierenia u Bernadetky v Nitre  
Chrenovská 22 B, 949 01 Nitra  
lekar@hospicnitra.sk

