

hospitalization after discharge.

Results: During the monitored period of 2 years, we recorded data on 110 hospitalized patients. For all patients, a minimum of 6 months passed from registration in the database to the evaluation of events after discharge or data censoring. From the whole set, 54 patients (49.1%) were repeatedly hospitalized, the number of repeated hospitalizations was from 1 to 8. Furthermore, 27 patients (24.5%) died without repeated hospitalization and 29 patients (26.4%) survived the observed period without repeated hospitalization. We recorded repeated hospitalization within 30 and 90 days in 12 (11%) and 32 (29.1%) patients. Among 54 repeatedly hospitalized patients, we recorded 30- and 90-day mortality in 2 (3.7%) and 9 (16.7%). Among 27 patients who died without re-hospitalization, we recorded 30- and 90-day mortality in 16 (59.3%) and 21 (77.8%). In multivariate analysis for competing events during follow-up (rehospitalization vs. death), we found that acute alcoholic hepatitis (HR=0.0), INR (HR=0.42), number of people living in the patient's household (HR=1.36), platelets (HR=0.99), and cholelithiasis (HR=2.51) were independent risk factors for rehospitalization. Independent risk factors for death were MELD-Na score (HR=1.09), CLIF-ACLF score (HR=1.99), and homeless status (HR=2.99).

Conclusion: Rehospitalization within 1 and 3 months of discharge was common, but nearly a quarter of patients died without rehospitalization. Risk factors for repeated hospitalization were INR, number of people living in the patient's household, platelets and cholelithiasis. Patients with acute alcoholic hepatitis were repeatedly hospitalized only rarely.

Key words: cirrhosis, repeated hospitalization, mortality, risk factors.

Úvod

Choroby pečene sú každoročne zodpovedné za približne dva milióny úmrtí na celom svete, z ktorých je približne polovica spôsobená komplikáciami cirhózy, druhá polovica vírusovými hepatitídami a hepatocelulárnym karcinómom (1). Dekompenzovaná cirhóza sa stáva systémovou chorobou s multiorgánovými následkami vrátane encefalopatie, ascitu, zlyhania obličiek, objemového preťaženia, gastrointestinálneho krvácania, infekcií a krehkosti. Práve celková slabosť v súvisi s pridruženými komplikáciami je dôvodom na opakované hospitalizácie, častokrát krátko po prepustení z nemocnice (2, 3). V literatúre je ich miera opisovaná ako vysoká, do 30 dní od prepustenia 10 – 50% (2, 4–6), do 90 dní 21 – 70% (2, 6, 7). Za identifikujúce faktory sa uvádzajú vyšší vek, mužské pohlavie, pridružené komorbidity (7), MELD skóre, sérový sodík, počet liekov pri prepustení (4) a viac ako tri komplikácie cirhózy (2). Najčastejšími komplikáciami sú hepatálna encefalopatia a ascites (2, 5). Okrem toho, že opakované hospitalizácie predstavujú značnú časť finančných nákladov na chronické choroby pečene, znamenajú vyššie riziko mortality pacientov s cirhózou (1, 2, 7).

Pacienti a metódy

Do štúdie boli zaradení pacienti hospitalizovaní na V. internej klinike LF UK a UNB pre jednu z komplikácií dekompenzovanej cirhózy. Zaujímali nás základné demografické, sociálne a laboratórne parametre, prognostické indexy. V deň prijatia do nemocnice bol realizovaný zber dát týkajúcich sa fyzikálneho vyšetrenia, sociálnej anamnézy, posúdenia hepatálnej encefalopatie, základné laboratórne parametre. Zber dát trval v období dvoch rokov. Pacientov sme po prepustení na základe prvej nadchádzajúcej udalosti rozdelili vo follow-up minimálne šiestich mesiacov na tri skupiny: opakovaná hospitalizácia/ úmrtie bez opakovanej hospitalizácie/ prežitie bez opakovanej hospitalizácie. Prostredníctvom štatistického spracovania sme určili mortalitu daných súborov pacientov, mieru opakovanej hospitalizácie a jej rizikové faktory.

Výsledky

Zaradili sme 110 pacientov s diagnostikovanou cirhózou, hospitalizovaných na našej internej klinike, 73 mužov a 37 žien, s vekovým mediánom 60 rokov (26 – 81 rokov). Cirhóza bola u pacientov už známa (67,3 %) alebo novo diagnostikovaná (32,7 %). Dispenzarizovaných hepatológom bolo spolu 40 %. Sociálnych prípadov (pacientov bez domova) bolo spolu 11. Čo sa týkalo etiológie, dominovala etanoltoxická genéza (83,6 %), nasledovaná nealkoholovou tukovou chorobou pečene (NAFLD – non-alcoholic fatty liver disease) (7,3 %), hepatitídou C (HCV – hepatitis C virus) (3,7 %), hepatitídou B (HBV – hepatitis B virus) (1,8 %), kryptogénnou cirhózou (1,8 %), primárnou biliárnou cholangitídou (PBC – primary biliary cholangitis) (0,9 %) a sekundárnou sklerotizujúcou cholangitídou (SSC – secondary sclerosing cholangitis) (0,9 %). Aktívny abúzus alkoholu bol prítomný u 46,4 % pacientov. Medián pre Model pre konečné štádium ochorenia pečene so sodíkom (MELD-Na – Model for End Stage Liver Disease-Natrium) skóre bol 17,5 [7,2; 33,5] (Tab. 1, Graf 1). Z pridružených komplikácií dominoval ascites (1. stupňa 15,5 %, 2. stupňa 31,8 %, 3. stupňa 52,7 % a encefalopatia (1. stupňa 60,9 %, 2. stupňa 30 %, 3. stupňa 9,1 %) (Graf 2). Z dôvodu krvácania bolo prijatých 26,4 % pacientov, z ktorých 41,8 % užívalo betablokátor v primárnej prevencii a 23,1 % v sekundárnej.

Tab. 1. Základná charakteristika pacientov

	medián [rozsah]/ n (%)	
	n = 110	
Pohlavie	žena	37 (33,6)
	muž	73 (66,4)
Vek	60,00 [26,00; 81,00]	
Sledovaní hepatológom	44 (40,0)	
Známa cirhóza	74 (67,3)	
Novo diagnostikovaná	36 (32,7)	
Casus socialis	11 (10,0)	
Aktívny abúzus alkoholu	51 (46,4)	
MELD skóre	17,5 [7,2; 33,5]	