



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s Nestabilní anginou pectoris**

Nursing care about patient with unstable angine

případová studie

bakalářská práce

Praha, květen 2008

Simona Dobisová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce:	Simona Dobisová
Studijní program:	Všeobecná sestra
Bakalářský studijní obor:	Ošetrovatelství
Vedoucí práce:	PhDr. Radomila Drozdová
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. lékařská fakulta UK v Praze
Odborný konzultant:	Doc. MUDr. Marie Valešová
CSc.	
Pracoviště odborného konzultanta:	1. interní klinika FNKV
Datum a rok obhajoby:	červen 2008

Prohlášení

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

V Praze dne 25. dubna

Simona Dobisová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Radomile Drozdové a odborné konzultantce doc. MUDr. Marii Valešové CSc., za jejich ochotu, pomoc a odborné vedení i za čas, který mé práci věnovaly. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mě různými způsoby a vytrvale podporovali.

Seznam

1	Úvod	6
2	Klinická část	7
2.1	<u>Charakteristika onemocnění</u>	7
2.1.1	Anatomicko-fyziologický úvod	7
2.1.2	Etiologie onemocnění	14
2.1.3	Diagnostika nestabilní anginy pectoris	20
2.1.4	Léčba nestabilní anginy pectoris	22
2.2	<u>Údaje o nemocné – lékařská dokumentace</u>	24
2.2.1	Pacientka	24
2.2.2	Vyšetření	25
2.2.3	Farmakologická léčba	27
2.2.4	Průběh hospitalizace	28
3	Ošetrovatelská část	31
3.1	<u>Úvod – ošetrovatelský proces, plán</u>	31
3.1.1	Ošetrovatelský proces	31
3.1.2	Model životních aktivit	33
3.2	<u>Ošetrovatelská anamnéza – zhodnocení nemocné</u>	36
3.3	<u>Ošetrovatelské diagnózy ke druhému dni hospitalizace</u>	39
3.4	<u>Krátkodobý ošetrovatelský plán</u>	40
3.5	<u>Dlouhodobý ošetrovatelský plán</u>	46
3.6	<u>Psycho-sociální zhodnocení pacientky</u>	48
3.7	<u>Prognóza</u>	50
4	Edukační plán	51
5	Závěr	53
	Seznam použitých zkratk	54
	Seznam použité literatury	55
	Seznam příloh	57

1 Úvod

Cílem bakalářské práce je vypracovat případovou studii ošetrovatelské péče o 90letou pacientku s diagnózou nestabilní anginy pectoris. Pacientka byla hospitalizována na interním oddělení ve velké fakultní nemocnici.

Nemocná souhlasila s využitím získaných informací pro zpracování bakalářské práce.

Jednalo se o nemocnou, které byla diagnostikována angina pectoris před třinácti lety, dále trpěla levostranným i pravostranným chronickým selháváním srdce.

Bakalářská práce je rozdělena na dva základní celky, klinický a ošetrovatelský. Samostatnou část tvoří přílohy.

První celek, klinická část, zahrnuje dvě základní kapitoly:

Charakteristika onemocnění - obsahuje anatomicko-fyziologický úvod, etiologii a příznaky onemocnění, diagnostiku a léčbu.

Údaje o nemocné – tato část se již věnuje konkrétní pacientce. Skládá se z výběru ošetrovatelsky významných informací z lékařské dokumentace - lékařské anamnézy, výsledků laboratorních a přístrojových vyšetření, farmakologické léčby a průběhu hospitalizace.

Druhá část práce, ošetrovatelská, obsahuje krátký teoretický úvod o ošetrovatelském procesu a ošetrovatelském modelu – Model životních aktivit (Roper-Tierney-Logan), který byl použit pro tuto práci. Následuje krátkodobý ošetrovatelský plán, vypracovaný pro druhý den hospitalizace. Dále je uveden dlouhodobý ošetrovatelský plán, psycho-sociální zhodnocení pacientky, edukační plán a prognóza onemocnění.

Samostatnou část tvoří přílohy: Ošetrovatelskou dokumentaci a obrázky.

2 **Klinická část**

Kardiovaskulární choroby se staly největší metlou XX. století, která je příčinnou nemoci, invalidity i úmrtnosti stále většího počtu lidí. I u nás mají tyto nemoci na svědomí více úmrtí než všechny jiné příčiny dohromady (1).

2.1 **Charakteristika onemocnění**

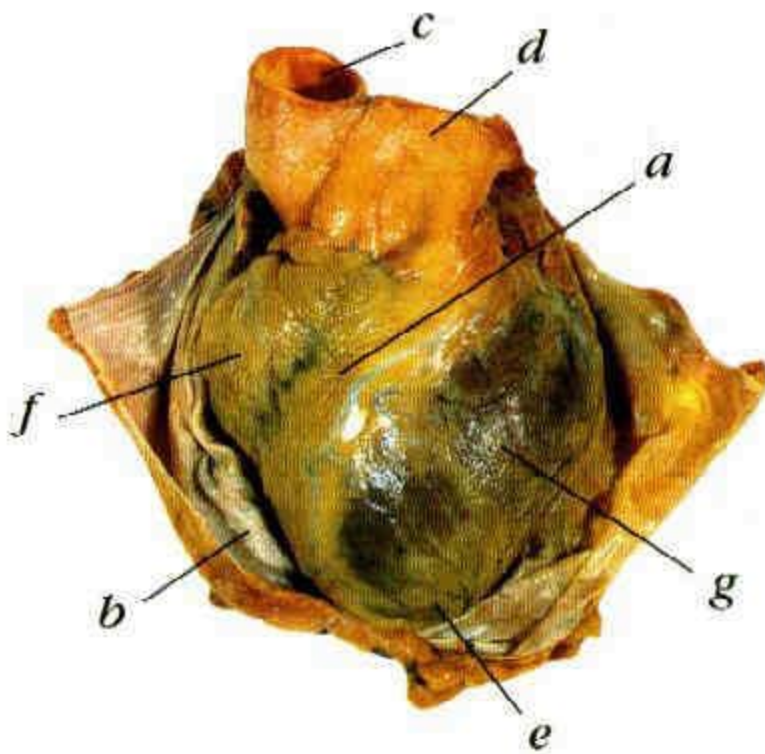
ICHS je souborné označení pro choroby, u kterých příčinou ischemie srdce je patologická změna koronárních tepen. Ischemie myokardu může vzniknout i z jiných příčin, např. z celkové hypoxie, anemie či u metabolických nebo šokových stavů, avšak tyto stavy nepatří do ICHS (14).

2.1.1 **Anatomicko-fyziologický úvod**

Srdce je dutý svalový orgán, který je tvořen čtyřmi oddíly uloženými v mediastinu. Srdeční hrot směřuje k hrudní stěně dopředu doleva a dolů k 5. mezižebří v oblasti levé medioklavikulární čáry, kdežto srdeční báze je orientována v opačném směru (11). Pravá síň a pravá komora jsou orientovány dopředu a doprava, levá síň a levá komora jsou vzadu, orientovány doleva a poněkud dolů.

Srdce dělíme na pravostranné a levostranné srdeční oddíly. Pravostranné oddíly pumpují krev do malého oběhu (plicního), levostranné vypuzují krev do velkého (systémového) oběhu.

Obr. č. 1 Srdce bez osrdečníku



- a) srdce (srdeční sval myokard)*
- b) osrdečník (epikard)*
- c) srdečnice (aorta)*
- d) plicnice (arteria pulmonalis)*
- e) srdeční hrot*
- f) pravá komora*
- g) levá komora*

Anatomie srdečních oddílů

Pravá síň je zásobena krví cestou horní a dolní duté žíly. Dále krevní proud směřuje do pravé komory přes trojcípou chlopeň, která usměrňuje tok krve v pravém síňokomorovém ústí. Mezišíňové septum, které odděluje obě síně, tvoří zadní stěnu pravé síně. Ve spodní části mezišíňového septa je zeslabení přepážky tvořící oválnou prohlubeň.

Pravá komora je tenkostěnný oddíl. Svalovina spodní části dutiny pravé komory je členitá, tvořená svalovými trámcí. Jeden z těchto trámců obsahuje část převodního systému. Dutina pravé srdeční komory je oploštěna vyklenutím mezikomorové přepážky a pokračuje do nálevníkovitě formovaného traktu

(influndibulum). Na vrcholu výtokového traktu je vazivová tkáň, tvořící kruh v začátku kmene plicnice je umístěna pulmonální chlopeň.

Levá síň je vzadu a vlevo od mezisíňové přepážky. Tam ústí čtyři plicní žíly. Krev, proudící těmito žilami, směřuje přes mitrální ústí do levé komory.

Levá komora má stěny třikrát silnější než jsou stěny komory pravé. Do dutiny levé komory vystupují dva papilární svaly dvoucípé chlopně, z jejichž vrcholů se rozbíhají šlašinky ke dvěma cípům mitrální chlopně. Výtokový trakt levé komory vede vzhůru, dozadu a mírně vpravo k aortálnímu ústí. Leží pod ústím plicnice.

Koronární oběh

Srdce je zpravidla zásobeno dvěma hlavními tepnami, přičemž z kořene aorty dvěma arteriálními kmeny – levá a pravá věnčitá tepna (*arteria coronaria dextra a sinistra*) (11).

Levá věnčitá tepna se větví na dvě hlavní větve – *ramus interventricularis anterior (RIA)* a *ramus circumflexus*. RIA probíhá předním mezikomorovým žlábkem k srdečnímu hrotu nebo přesahuje srdeční hrot na hrotovou oblast spodní stěny. Odstupují z něj větve zásobující svalovinu přední a částečně boční stěny levé komory a dále větve prokrvující struktury mezikomorové přepážky. *Ramus circumflexus* probíhá po odstupu přední sestupné větve síňokomorovým žlábkem mezi ouškem levé předsíně a levou komorou. V tomto žlábkem se ohýbá dolů a dozadu a vydává jednu nebo více marginálních větví.

Pravá koronární arterie odstupuje z pravého aortálního sinu, probíhá v pravém síňokomorovém žlábkem, kde se ohýbá směrem dolů a zde dochází k odstupu jedné či více větví pro pravou komoru.

V povodí hlavních věnčitých tepen jsou spojky zvané kolaterály, které propojují jednotlivé větve. Mají význam u postupně se uzavírajících věnčitých tepen, kdy dochází následkem tlakového gradientu k chronické ischemie určité oblasti. Kolaterály mohou zásobením krví z průchodné tepny zabránit rozvoji nekrózy myokardu při úplném uzavěru druhé tepny.

Krevní zásobení vodivého systému srdce

Krevní zásobení sinusového uzlu (SA), pochází zhruba v polovině případů z horního úseku pravé věnčité tepny, v druhé polovině z cirkumflexní větve levé věnčité tepny. Zásobení atrioventrikulárního uzlu (AV) je nejčastěji zprostředkováno atrioventrikulární nodální tepnou z pravé věnčité tepny. Mezikomorová přepážka má dvojí cévní zásobení: Zesponu z pravé věnčité tepny a zhora septálními větvemi z RIA.

Největší srdeční žilou je *vena cordis magna*, která začíná v sulcus intervenicularis anterior v oblasti srdečního hrotu a ústí do širokého žilního kmene (sinus coronarius), který přechází zezadu do pravé síně. Do koronárního sinu ústí další žíly. Z oblasti levé komory je to *vena cordis media* a z pravé srdeční komory *vena cordis prava*. Kromě toho některé žíly ústí přímo do pravé síně z přední části pravé komory. Dále existují ještě drobné žilní spojky, ústící přímo do některého ze čtyř srdečních oddílů.

Anatomie a fyziologické vlastnosti vodivého systému srdce

Srdeční funkci zajišťují dva druhy buněk. Prvním typem jsou tzv. *buňky pracovního myokardu*, tj. *buňky svalové, kontraktilní*. Druhým typem jsou *buňky vodivého (převodního) systému*.

Část myokardu nazývaná srdeční vodivý systém je vybavena funkcí vytvářet vzruchy, vyvolávat kontrakci okolního pracovního myokardu a rozvádět vzruchy srdeční svalovinou. Buňky převodního systému se od buněk pracovního myokardu liší jednak anatomickou stavbou – mají méně fibril a hojnější sarkoplazma, a dále elektrofyziologickými vlastnostmi. Tyto odlišné vlastnosti mají za následek také jiný průběh elektrické aktivity – *depolarizačně-repolarizačního cyklu*.

Svalová buňka je v klidovém stavu polarizovaná – má tzn. „klidový potenciál“. Ten je podmíněn velkým rozdílem v koncentraci sodíku a draslíku na obou stranách buněčné membrány (na vnější straně jsou pozitivní, převážně sodíkové ionty, a na vnitřní straně negativní, převážně draslíkové ionty). Při podráždění buňky proudem, který dosáhne určité prahové hodnoty, nebo po

mechanickém podráždění či vlivem některých farmak, dojde na membráně k rychlé změně její propustnosti pro sodík a k zániku polarizace membrány. Tento děj je velice rychlý a označuje se jako depolarizace membrány. Depolarizace postupuje srdečním vláknem a na rozhraní mezi aktivovaným a neaktivovaným místem vzniká tzv. „akční proud“ (při záznamu se projeví pozitivní výchylkou). Ve stejném místě, kde podráždění vzniklo, nastává po depolarizaci postupná repolarizace, při níž se ionty sodíku a draslíku vracejí zpět. Vytvářejí se tedy právě opačné poměry než při depolarizaci (při záznamu se projeví negativní výchylkou). Jakmile se ionty navrátí zpět, obnoví se klidový stav povrchu membrány - její „repolarizace“. Akční proud ustává (zapisuje se izoelektrická linie) a depolarizačně-repolarizační cyklus se může po novém podráždění opakovat.

Buňky vodivého systému se od buněk pracovního myokardu liší především tím, že v nich dochází k samovolnému vzniku vzruchu. Rytmičné opakování depolarizace a repolarizace v těchto buňkách umožňuje *automacii* srdeční činnosti.

Fyziologicky je depolarizačně-repolarizační cyklus ve vodivém systému nejrychlejší v oblasti sinusového uzlu, pomalejší v AV uzlu a nejpomalejší v Purkyňových vláknech.

Vodivý systém srdce je tvořen sinusovým uzlem, síňokomorovým uzlem, Hisovým svazkem, pravým a levým raménkem Tawarovým a Purkyňovými vlákny v komorách.

Sinusový uzal je primárním centrem srdeční automacie. Vzruchy vzniklé v tomto uzlu se rozptýlí na svalové buňky obou síní a postupně z několika směrů aktivují *síňokomorový uzal*.

Síňokomorový uzal má tři důležité funkce – fyziologicky zpožďuje vedení vzruchů ze síní na komory, filtruje nadměrný počet vzruchů při síňových tachyarytmích a funguje jako sekundární centrum automacie.

Hisův svazek odstupuje z dolní části AV uzlu a je za normálních okolností jediným místem, jímž se převádí vzruch ze síní na komory.

Pravé a levé raménko Tawarovo odstupuje ze společného svazku na přechodu Hisova svazku do svalové části mezikomorové přepážky.

Raménka se větví do pleteně *Purkyňových buněk*, které zprostředkovávají styk s komorovou svalovinou.

Vliv nervového systému na srdce a cévy

Automatická srdeční činnost podléhá vlivu centrálního nervového systému především cestou *autonomního vegetativního nervstva*. Spojení srdce s centrálním nervovým systémem zajišťují dráhy *sympatické a parasympatické*. Vyváženou regulaci aktivity sympatiku a parasympatiku v závislosti na potřebách organismu reguluje *kardiovaskulární centrum v oblasti prodloužené míchy a mostu*. Aktivita autonomního nervstva je současně pod vlivem vyšších mozkových center, především *hypotalamu* (6).

Sympatikus ovlivňuje srdce, plíce, v podstatě všechny cévy a různé endokrinní a exokrinní žlázy. Jen málo se uplatňuje ve spánku, nebo v době malé fyzické či psychické aktivity. Jeho činnost se zvyšuje při jakémkoliv stresu. Též se aktivuje reflexně při hypotenzi a při mnoha nevědomých fyziologických procesech. Nervová vlákna sympatického nervového systému začínají v hypotalamu, procházejí míchou a spojují se v pregangliová vlákna. Ta opouštějí míchu a vstupují do řetězce ganglií, v nichž začínají postgangliová vlákna končící v cílových orgánech. Elektrický podnět, šířící se podél postgangliových vláken, vyvolává na nervových zakončeních uvolnění chemických látek, především *noradrenalinu*. Uvolněné látky z nervových zakončení podráždí specializované buněčné struktury, *receptory*. Některá sympatická nervová vlákna vstupují do nadledvin. Po podráždění se zde uvolní katecholaminy (adrenalin a noradrenalin). Účinkem sympatické stimulace na srdce je zrychlení srdeční akce, rychlejší aktivace srdce a větší síla srdečního stahu. Na hladké svalovině cév se projeví účinek stimulace buď stahem nebo relaxací, podle toho, jaké receptory daná céva obsahuje.

Parasympatická vlákna začínají ve specifických oblastech při jádrech některých hlavových nervů. Nejdůležitějším z parasympatických nervů je nervus vagus, který vydává vlákna zásobující srdce. Převod vzruchu se uskutečňuje prostřednictvím chemické látky – mediátoru. Na parasympatických zakončeních se uvolňuje *acetylcholin*. Parasympatická vlákna zásobují především síň, SA

a AV uzel. Při aktivaci parasymptiku dochází k zpomalení srdeční činnosti, zmenšení stažlivosti a zpomalení vedení vzruchu přes AV uzel, a k dilataci cév.

Anatomie cévní stěny

Stěnu tepny tvoří tři základní vrstvy: intima, medie, adventicie.

Intima se skládá z endotelu a bazální membrány. Endotel je tvořen vrstvou plochých buněk, které nasedají na druhou část intimy – bazální membránu, složenou z kolagenu a elastických vláken. Endotelové buňky jsou vysoce metabolicky aktivní, slouží k transportu látek mezi krví a cévní stěnou. Produkují navíc působky ovlivňující stažlivost cévy. Nepoškozená endotelová výstelka vytváří nesmáčivou plochu, která zabraňuje zhlukování trombocytů a vzniku trombu.

Medie je tvořena vrstvami buněk hladké svaloviny, které jsou od sebe odděleny elastickou membránou. Mezi buňkami jsou uloženy elastin a kolagen, jejichž množství se zvyšuje čím více je stěna tepny drážděna chemickými nebo fyzikálními podněty.

Adventicie je složena převážně z kolagenové hmoty, která je hlavní zpevňující oporou cévní stěny, zvláště za okolností, kdy je medie oslabena.

2.1.2 Etiologie onemocnění

Ischemická choroba srdeční

Společným znakem je přítomnost ischemie myokardu, vzniklé na podkladě patologického procesu v koronárním řečišti, kdy dochází ke kritickému snížení průtoku krve koronárním řečištěm. Porucha průtoku může mít podklad jednak organický – např. aterosklerotické postižení, trombus, embolii, koronární píštěl, disekci, nebo funkční – koronární spazmy. V praxi vidíme často kombinaci různých patogenetických mechanismů. Nejčastěji je ICHS podmíněn aterosklerózou, respektive vznikem aterosklerotického plátu v epikardiální části věnčité tepny.

Vznik aterosklerózy

Vlastní aterogeneze probíhá ve dvou fázích. V první nacházíme v intimě tukové proužky. Stává se, že tato klinicky nezávažná forma může přímo progredovat do fáze druhé, tj. do stádia fibrózních plátů. Jejich výskyt již významně koreluje s výskytem rizikových faktorů aterosklerózy (3).

Nejdříve pozorujeme nahromadění cholesterolu ve formě esterů v intimě cévy. Endotelem prostupují rovněž monocyty, které jako makrofágy akumulují extracelulárně uložené tuky a dávají vznik pěnovým buňkám.

V médii proliferují buňky hladké svaloviny, z nichž část akumuluje lipidy a mění se rovněž v pěnové buňky. Ty se po naplnění rozpadají a skladovaný tuk se dostává zpět extracelulárně a koloběh se opakuje. Nad celou lézí dochází k porušení endotelu a na obnažené místo nasedají trombocyty a monocyty. V celém pochodu hrají významnou roli chemotaktické působky a mitogeny. Aktivované trombocyty, makrofágy a buňky hladké svaloviny uvolňují mitogeny, z nichž destičkový růstový faktor (PDGF), pravděpodobně všem společný, stimuluje buňky hladké svaloviny a fibroblasty. Obdobný mitogen produkuje poškozený endotel. Vedle podílu buněčných elementů je v aterogenezi rozhodující účast lipidů a lipoproteinů, zejména lipoproteinů o nízké hustotě – LDL. Transcelulární přenos cholesterolu vázaného v LDL přes endotel se děje po vazbě na specifické receptory. Z intersticia se cholesterol dostává do buňky vazbou na receptory LDL na jejím povrchu, endocytózou pak do lyzozomů, kde

dochází k hydrolyze esteru cholesterolu. Volný cholesterol je buď buňkou využit, nebo je nadbytek opět reesterifikován enzymem cholesterolacyltransferázou a ester je uložen.

V posledním stádiu již pokročilé aterosklerózy se uplatňují trombocyty, nasedající na aterosklerotickou lézi zbavenou endotelu, které uvolněním růstového faktoru z destiček celý proces potencují.

Základní rizikové faktory aterosklerózy

Základní rizikové faktory aterosklerózy se dělí do dvou základních skupin. První skupinou jsou tzv. *modifikovatelné rizikové faktory*, mezi které patří hypercholesterolemie, kouření, hypertenze, diabetes melitus, fyzická inaktivita a obezita. Druhou skupinou jsou tzv. *nemodifikovatelné rizikové faktory*, což je věk nad 45 let u mužů a 55 let u žen výskyt předčasné ICCHS v rodinné anamnéze. A pohlavně častěji onemocní muži.

Klasifikace Ischemické choroby srdeční

Jednotlivé formy ICCHS se mohou lišit etiologií i klinickým obrazem. Podle klinického obrazu můžeme ICCHS rozdělit na řadu jednotek, lišících se symptomatologií, prognózou i terapeutickým přístupem (3). Zásadní prognostický a terapeutický význam má rozlišení na akutní nebo chronickou formu. Jednotky patřící do jednotlivých forem ICCHS uvádí tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Klasifikace ICCHS

Akutní formy ICCHS	Chronické formy ICCHS
<ul style="list-style-type: none"> - nestabilní angina pectoris - akutní infarkt myokardu <ul style="list-style-type: none"> Q-infarkt myokardu non Q-infarkt myokardu - náhlá smrt 	<ul style="list-style-type: none"> - angina pectoris - variantní angina pectoris - němá ischemie myokardu - syndrom X - ICCHS manifestovaná srdeční nedostatečností - ICCHS manifestovaná arytmiemi

Rizikové faktory Ischemické choroby srdeční

Léta věnovaná od konce II. světové války studiu rizikových faktorů hrajících roli v kardiovaskulární morbiditě a mortalitě přinesla pozoruhodné výsledky (1).

Rizikové faktory ICHS se dělí do dvou základních skupin. První skupinu tvoří tzv. faktory neodstranitelné: Věk, pohlaví, rodinná zátěž. Do druhé skupiny patří faktory odstranitelné, dále dělené na hlavní a vedlejší. Hlavními jsou hyperlipoproteinemie, kouření a hypertenze. Do vedlejších se řadí diabetes mellitus, obezita, tělesná aktivita, hyperurikémie, hyperhomocysteinemie, dlouhodobý emoční stres.

Angina pectoris

Angina pectoris (AP) je jednou z manifestací chronické ICHS. Onemocnění charakterizuje bolest za hrudní kostí nebo nad srdcem, a to buď po námaze, nebo v klidu (6), které provázejí přechodnou ischemii myokardu. Ta se objevuje vždy, převáží-li nároky na dodávku kyslíku, aktuální možnosti perfúze srdečního svalu. Zvýšená potřeba kyslíku může být navozena různými stavy jako je fyzická námaha, vzestup systolického tlaku, zvýšené plnění levé komory nebo tachykardie.

Stenokardie

Stenokardie je prudká bolest v krajině srdeční, vyskytující se v záchvatech a spojená s úzkostí. Bolest může být pociťována pouze v oblasti srdce, nebo vystřeluje do okolí, zejména do levé paže, krku nebo do břicha. Záchvaty překvapují člověka zdánlivě bez jakékoli příčiny. Zprvu bývají krátké, chvilkové, trvají maximálně několik minut, později se mohou opakovat častěji s větší intenzitou.

Se snížením koronární perfúze se setkáváme u organických stenóz věnčitých tepen, konstriktce v místě organické stenózy nebo spazmu věnčité tepny bez přítomnosti stenózy. U většiny nemocných je přítomna organická stenóza na podkladě aterosklerózy na jedné či více věnčitých tepnách. Důležitý je tvar léze. Je-li stenóza omezující průtok koncentrická, neuplatní se dynamické změny a nemocný má toleranci zátěže sníženou ve stále stejném rozsahu. Je-li však

stenóza excentrická, mají nemocní měnlivý práh tolerance námahy. Poslední specifický typ nemoci nacházíme u nemocných, u nichž spazmy nasedají na koronární arterie bez organické, hemodynamicky významné stenózy.

Vedle charakteru vlastní stenózy se na výsledném klinickém obrazu podílí přítomnost kolaterálního oběhu. Kolaterální řečiště se rychle vyvíjí všude tam, kde dochází k ischemii. Vývoj kolaterál může vést k vymizení ischemických epizod a v případě uzávěru tepny může zabránit vzniku infarktu myokardu (IM).

Nestabilní angina pectoris

Nestabilní angina pectoris (NAP) je klinicky definována jako nově vzniklá AP nebo zhoršení potíží u již existující angíny AP. Tato forma akutní ICHS má velký význam vzhledem k častému přechodu k infarktu myokardu a k vysokému riziku náhlé smrti (14).

Zhoršením potíží rozumíme zvýšení frekvence záchvatů, jejich větší intenzitu nebo změnu charakteru záchvatů.

Nově vzniklá AP se považuje za nestabilní po dobu čtyř týdnů od jejího vzniku. NAP není homogenní klinickou jednotkou. Název spíše vypovídá o akutnosti stavu. Na jedné straně je plynulý přechod v námahovou AP, na druhé v infarkt myokardu (16). Nestabilní angina pectoris se od IM odlišuje nepřítomností známek rozsáhlejší nekrózy myokardu. Tomu odpovídá přítomnost pouze tranzistorních změn na elektrokardiogramu (EKG) nebo maximálně dvojnásobný vzestup kardiospecifických enzymů v séru.

Patofyziologie

Podstatou NAP je přechodná, mnohdy často opakovaná, subendokardiální nebo transmuralní ischémie myokardu, trvající déle než při námahové AP. Často nemusí být vyprovokována námahou. Klíčovým mechanismem přechodu stabilní AP do nestabilní formy je:

- *poškození aterosklerotického plátu fisurou, na niž naváže agregace trombocytů,*
- *aktivace aseptické zánětlivé reakce v místě plátu, kdy místní otok způsobí zmenšení průsvitu koronární tepny.*
- *mimokoronární příčina – nadměrná potřeba kyslíku v myokardu při horečce, tachyarytmích a hyperthyreóze, nebo snížený přísun kyslíku k myokardu při závažné anémii, hypovolémii, hypotenzi a bradyarytmích.*

NAP vzniká nejčastěji vlivem agregace trombocytů na poškozeném aterosklerotickém plátu. U nestabilního aterosklerotického plátu dojde k porušení ochranného, nesmáčenlivého endotelového krytu. Na obnaženém povrchu plátu se začnou shlukovat trombocyty a nastanou podmínky pro vznik trombu. Z agregovaných trombocytů a z porušeného plátu se také uvolňují látky, které

vyvolávají spasmus tepny. Navíc, agregované trombocyty na plátu mohou embolizovat do periferie tepny.

Za tohoto stavu, závisí osud myokardu v povodí tepny na stupni a délce doby kritického zmenšení průtoku krve tepnou a na účinnosti náhradního oběhu kolaterálním řečištěm. Neúplný uzávěr tepny nebo krátce trvající uzávěr a účinný kolaterální oběh vedou jen k dočasné ischemii, klinicky se projevující jako NAP. Naopak, při déletrvajícím úplném uzávěru vznikne nekróza myokardu tedy IM.

Klinický obraz

Pro klinické účely je výhodné rozdělit NAP do tří základních skupin.

- *progrsívně se zhoršující AP*, zahrnující nově vzniklou či chronickou, zhoršující se AP, tato skupina má relativně dobrou prognózu, často stačí pouze upravit terapii
- *klidová angína*, která, zejména opakují-li se záchvaty, má horší prognózu, často přechází do IM. Tato forma vyžaduje vysoce aktivní přístup. V praxi je nutné tuto formu odlišit od klidových stenokardií při variantní angíně
- *angína v subakutní fázi infarktu myokardu* bývá klidová či námahová, má závažnou prognózu, není vzácností vyústění v nový infarkt, má vysokou mortalitu

Bolest u NAP má podobnou lokalizaci jako u stabilní AP, má však zpravidla jinou kvantitu. Nemocný s NAP udává, že záchvaty bolesti jsou častější, silnější, trvají déle. Bolest po námaze ustupuje v klidu pomaleji než dříve, nebo k záchvatu dochází bez fyzické a psychické zátěže i v klidu na lůžku. Někteří nemocní si stěžují na klidovou bolest, která se vlnovitě zvětšuje a zmenšuje po dobu několika hodin. K potlačení bolesti spotřebují vyšší dávky nitroglycerinu nebo lék může být i zcela neúčinný. Bolest na hrudi může být spojena s pocitem těžšího dechu nebo i s výraznou dušností, popřípadě s pocitem bušení srdce.

2.1.3 **Diagnostika nestabilní anginy pectoris**

Stanovení diagnózy NAP je postaveno na správném zhodnocení anamnézy bolesti ischemické etiologie a na vyloučení akutního infarktu myokardu. Odlišení od stabilizované AP vyplývá z definice – musí být přítomné náhlé zhoršení potíží (4).

Diagnostický postup

Diagnostický postup zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, elektrokardiogram (EKG), tj. klasické, zátěžové, Holterovo monitorování. Dalšími diagnostickými prostředky jsou – scintigrafické vyšetření thalliem-201, koronarografické a laboratorní vyšetření.

Při prvním vyšetření je cílem správná diagnóza stavu, zhodnocení rizika nemocného, zahájení léčby, přesun k další diagnostice a léčbě.

Anamnéza: Hodnotí se rizikové faktory aterosklerózy, charakter bolesti, lokalizace, trvání, úleva po nitroglycerinu, srovnání s předchozími atakami (vznik v klidu, frekvence, intenzita, trvání) maligní arytmie a srdeční selhání – u těchto nemocných mohou být v popředí symptomů palpitace, poruchy vědomí a dušnost. Mezi anamnestické údaje svědčící pro nestabilní anginu pectoris jsou bolest na hrudi tlakového, svíravého, pálivého charakteru, někdy pocit tíhy, propagace bolesti do krku, dolní čelisti, ramen, zad, levé horní končetiny, někdy do obou horních končetin. Bolest může být lokalizována i v epigastriu. Dále se obvykle dostavuje pocit nevolnosti, nauzea, zvracení, pocit dušnosti trvalejšího charakteru, slabost, závratě, pocení, pocit na omdlení. Dalšími důležitými anamnestickými daty jsou prodělaný IM, anamnéza námahové AP, koronární angioplastiky, přítomnost známých rizikových faktorů – hypertenze, kouření, DM, hyperlipoproteinemie.

Fyzikální vyšetření: Může být zcela normální. Hodnotíme celkový stav vědomí, přítomnost dušnosti, pocení, pulzovou frekvenci, přítomnost poruch srdečního rytmu, krevní tlak, poslech srdce, přítomnost cvalu, šelestů. Cílem je vyloučení jiných než kardiálních a neischemických příčin bolesti, vyhodnocení přítomnosti komplikací stavu a stanovení rizika nemocného (9).

Elektrokardiogram: EKG je významným diagnostickým prostředkem, zejména je-li křivka zachycena v průběhu záchvatu. Charakteristické jsou deprese

úseku ST, jako známky subendokardiální ischemie, případně s inverzí vlny T (13). Méně obvyklé jsou elevace úseku ST, jako známka akutní subepikardiální či transmuralní ischemie. Oba nálezy obvykle mizí do šesti až dvanácti hodin. Přetrvávají-li déle, je nutné pomýšlet na subendokardiální infarkt. Je nutno ještě dodat, že u řady nemocných s prokázanou NAP nemusí být vždy přítomny změny na EKG.

Zátěžové EKG (ergometrické vyšetření): Zátěžové EKG u nemocných s NAP je v období nevládnutelných anginózních bolestí kontraindikované. Na některých pracovištích se uskutečňuje již za tři dny po stabilizaci ataky, jinde za týden i déle po odeznění bolesti. Pozitivní ergometrický test po odeznělé atace NAP je obvykle známkou pokročilého aterosklerotického postižení koronárního řečiště a nepříznivé prognózy.

Holterovo monitorování EKG: Při dlouhodobém záznamu EKG u nemocných s NAP se zjišťuje, podobně jako u nemocných s chronickou AP, že typické změny úseku S-T vlny T se mohou objevit nejen při záchvatu bolesti, ale často i v době, kdy nemocný bolest nepocítuje – jde tedy o ataky němé ischemie. Přítomnost častých atak němé ischemie, přetrvávajících po maximální léčbě, je známkou nepříznivé prognózy pro nemocného nejen při hospitalizaci, ale i v pozdějším období.

Scintigrafické vyšetření Thallium-201: Používá se kombinace scintigrafického vyšetření v klidu a po provokaci ischemie, např. zátěží na ergometru nebo infuzí dobutaminu. Toto vyšetření se může provést až po odeznění nestability AP.

Koronarografické vyšetření: Obvykle se provádí po zklidnění NAP, avšak také urgentně, když stav není zvládnutelný medikamentózní léčbou a u nemocného hrozí rozvoj IM. Za této situace jedině koronarografický nálezní umožní rozhodnout o dalším léčebném postupu. Za typický nálezní u NAP se považuje excentrická stenóza s úzkým krčkem, odpovídající tepně částečně uzavřené trombem nasedajícím na stenózu. U nemocných s NAP se objevuje celé spektrum aterosklerotických změn, kterými jsou často postiženy všechny hlavní tepny.

Laboratorní vyšetření: Nemocní s NAP mají opakovaně normální hodnoty kardiospecifických enzymů – především celkové kreatinkinázy a její izoenzymové

MB frakce. Vyšetřování kardiospecifických enzymů u nemocných s NAP spolu s EKG patří mezi základní vyšetřovací metody. Je to proto, že klidovou preinfarktovou formu NAP často nelze v prvních hodinách odlišit od AIM ani klinicky ani elektrokardiograficky. Opakovaně normální hodnota kreatinkinázy potvrzuje diagnózu NAP a vylučuje IM. Dalšími pomocnými metodami jsou: Stanovení hodnoty myoglobinu – používané méně často, pro jeho nákladnost Stanovení hladiny troponinu

U obou metod je výskyt vyšších hladin při IM, ne však při NAP.

Telemetrické monitorování: Využívá principu Holterova monitorování. Pacient je sledován na standartním oddělení.

2.1.4 **Léčba nestabilní anginy pectoris**

Hlavním cílem léčby nemocných s NAP je zabránění vzniku akutního infarktu myokardu (AIM) a náhlé smrti. K léčebným postupům patří zajištění klidu na lůžku, kontinuální monitorování EKG a farmakologická léčba.

Farmakologická léčba: Jako první se vždy podávají nitráty, nejčastěji nitroglycerin, a to sublinguálně ve formě tablety nebo spreje. Následuje podání nitroglycerinu v infuzi, které je indikováno u všech nemocných s recidivujícími stenokardiemi, projevy srdečního selhání, při hypertenzní reakci a u nemocných se změnami úseku ST. Cílem je ulevit nemocnému od bolesti (17).

Následuje antiagregační terapie. Nejčastěji se používá kyselina acetylsalicylová – Aspegic 500 mg i.v., Acylpyrin nebo Anopyrin 250 – 500 mg per os. Místo ASA lze použít též thienopyridiny (7). Antiagregační terapie může v méně závažných případech nahradit antikoagulační terapii. Antikoagulační terapie zahrnuje včasné podání heparinu, jako účinné prevence narůstání trombu, přispívá i k trombolýze. Dávkování heparinu má být individuální. Alternativním léčebným postupem je podávání nízkomolekulárních heparinů, které mají lépe předvídatelný terapeutický efekt při jednodušším způsobu aplikace. Po zvládnutí akutní fáze se heparin vysadí a nemocnému se ponechá pouze antiagregační léčba. U některých nemocných může být heparin nahrazen perorálními antikoagulancií. Dále se podávají β -blokátory, a to nejen v akutní fázi, ale i v pozdějších stádiích. Pomáhají ústupu stenokardií a ischemických epizod. Další alternativou je podání

blokátorů kalciových kanálů. Tato léčba je indikována tehdy, když selhala terapie nitráty, nebo se k nitrátům přidávají do kombinace.

Režimová opatření: K důležitým režimovým opatřením patří: Nekouřit, redukovat hmotnost, snížit hypertenzi, korigovat dyslipidémii, kontrolovat diabetes mellitus a vyhýbat se stresu.

2.2 Údaje o nemocné – lékařská dokumentace

2.2.1 Pacientka

Osobní údaje:

Jméno: V.D. (žena)

Narozená: 1917

Bydliště: Praha

Rodinný stav: vdova

Povolání: důchodkyně – dříve pracovala jako ošetřovatelka v Léčebném ústavu Bohnice

Důvod přijetí:

Pacientka se již 13 let léčí s AP. Byla přijata pro bolest za hrudní kostí, která, jak uvedla, po podání nitroglycerinu ustupovala pomaleji, než bylo obvyklé. Objektivně byla patrná inspirační dušnost a výrazná úzkost.

Při příjmu pacientka plně spolupracovala.

Anamnéza:

Osobní anamnéza:

Prodělala běžná dětská onemocnění,

1979 - zjištěna lehká disfunkce pravé ledviny,

1985 - nově vzniklá AP

1988 - chronické levostranné i pravostranné srdeční selhávání

1990 - hypothyreóza,

1997 – cholecystektomie pro cholecystolithiázu,

2000 – diabetes mellitus II. typu („stařecká cukrovka“)

2002 – prodělala lehkou cévní mozkovou příhodu

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 81 letech na otravu krve, otec „stářím“ v 85 letech, sourozence nemá.

V rodině se nevyskytla žádná geneticky podmíněná onemocnění, tři děti: Syn – 67 let, cirhóza jater,

Dcera 58 let – zdravá,

Dcera 68 let – těžký DM II. typu, ateroskleróza, obezita, jeden syn zemřel v dětství na bronchopneumonii

Gynekologická anamnéza:

Menses od od 17 let, klimakterium od 58 let, 4 těhotenství, 0 potratů.

Alergologická anamnéza

Alergie na penicilin

Farmakologická anamnéza:

Anopyrin 100 mg, tbl. 1 – 0 – 0

Mono Mack Depot, tbl. ½ – ½ – 0

Furon 40 mg, tbl. 1 – 0 – 0

Euthyrox 50, tbl. 1 – 0 – 0 (cca 30 min. před snídaní)

Sociálně-pracovní anamnéza:

- důchodkyně, bydlí v jednom domě ve vlastním bytě s dcerou a vnučaty, ráda vaří, stará se o svoje vnučata, chodí na procházky a pracuje na zahrádce

2.2.2 Vyšetření

Zhodnocení celkového stavu při přijetí

Pacientka je plně při vědomí, spolupracuje.

Je orientovaná v osobě, čase i prostoru. Řeč je plynulá a srozumitelná. Abnormální pohyby nejsou přítomné. Pacientka zaujímá aktivní polohu vsedě, s pěsti přitisknutými na hrudník. Inspirační dušnost postoj a chůze jsou omezeny bolestí. Kůže je normální barvy, chladná, suchá. Turgor kůže snížený

Pacientka trpí lehkou nadváhou. Svalstvo bez atrofických změn.

TK – 130/92 mmHg, P 65/min., D 21/min., TT 36,1 °C

Výška 165 cm, váha 72 kg, BMI 26,4

Fyzikální vyšetření

Objektivní nález

Hlava: normocefalická, bez přítomnosti deformit, poklepově nebolestivá, výstupy n. trigeminu nebolestivé, inervace n. facialis neporušená

Oči: oční štěrbinu souměrné, spojivky růžové, skléry bílé, bulby pohyblivé, zornice izokorické, nystagmus nepřítomný

Nos a uši: bez patologické sekrece

Dutina ústní: rty růžové a bez známek cyanózy, sliznice růžové vlhké, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře, oblouky patrové symetrické, tonzily nezvětšené, orofarynx klidný

Krk: souměrný, šíje volná, náplň krčních žil přiměřená, hmatná pulzace karotid lymfatické uzliny nezvětšené, štítná žláza symetrická nezvětšená

Hrudník: symetrický, pyknický, přítomný gibbus v oblasti horních hrudních obratlů, prsy jsou souměrné, nebolestivé, dýchací pohyby souměrné, poklep nad plícemi plný, jasný, poslech – dýchání sklípkové, čisté, nad jugulem, horním sternem a mezi lopatkami dýchání trubicovité, prodloužené inspirium, fremitus pectoralis neoslabený

Srdce: úder srdečního hrotu posunut doleva, nehmatný, akce srdeční pravidelná, zrychlená poslechově – systolická ozva bez slyšitelných změn, diastolická lehce zesílená

Břicho: souměrné, lehce nad úrovní hrudníku, jizva po cholecystektomii v pravém hypochondriu, klidná, poklep dif. bubínkový, pohmat – nebolestivý, bez přítomnosti svalového stažení, bez ascitu, pohmatem zjištěna zvětšená slezina (velikost 5 cm pod levé hypochondrium), játra nezvětšená měkká, pružná, okraj oblý, ledviny nehmatné, nebolestivé, tapotement oboustranně nebolestivý, vnější genitálie bez odchylek, hernie nepřítomné, okolí konečníku klidné

Per rectum: Nevyšetřeno

Páteř: přítomné deformity, gibbus, snížená pohyblivost ve všech směrech

Dolní končetiny: souměrné, bez deformit, edémy a varixy nepřítomné, pohyb bez omezení, pulzace symetrická, lýtka měkká, symetrická

Horní končetiny: Svaly bez atrofie, bez přítomnosti deformit, třes nepřítomný, deformity článků prstů a kloubů nepřítomné, pohyb v kloubech volný, nehtová lůžka růžová, pulsy hmatné symetrické

Výsledky laboratorních vyšetření

Krev: Kardiospecifické enzymy (ALT, CK, AST, LDH): v normě

Troponin: v normě

Krevní obraz (KO) + diff: v normě

Sedimentace erytrocytů (FW): v normě

Biochemické vyšetření: (kation Na, K, Ca, anion Cl, urea, kreatinin, kyselina močová, glukóza, cholesterol, triacylglycerol (TAG), celková bílkovina)
- zvýšený cholesterol

Moč: Diuréza: 1000 ml/24 hod.

Sediment: 0

RTG srdce a plic (S+P): cévní městnání v horních plicních polích – rozšířené plicní žíly, zvětšení srdečního stínu

EKG: při příjmu: deprese úseku S-T

Další EKG: bez nálezu

Telemetrické monitorování: Prováděno 3. až 4. den hospitalizace

Závěr: Bez atak němé ischémie

2.2.3 Farmakologická léčba

Při přijetí

Nitráty: Nitroglycerin – sprej

4 dávky po pěti minutách – pouze při přijetí, v dalších dnech: Jen při výskytu stenokardií

Antiagregancia: Anopyrin 250 mg 1 tbl. per os 1 - 0 - 0

Antikoagulancia: nízkomolekulární heparin

Fraxiparine 0,4 ml s.c. po 12 hodinách 6 - 18 hod. 5 dní

Diuretika: Furon 40 mg 1 tbl. per os 1 - 0 - 0

Kardiotonika: Digoxin 0,25 mg ½ tbl. per os 1 - 0 - 0

Vasodilatancia: Mono Mack Depot ½ tbl. per os ½ - ½ - 0

Infúzní terapie: pouze první den – Nitroglycerin i.v. 3mg/hod. – až po dosažení úlevy od bolesti

2.2.4 Průběh hospitalizace

První den hospitalizace

Pacientka byla přijata na oddělení v 14:20.

TK 130/92 mmHg, P 65/min., D 21/min., TT 36,1 °C.

Byl zavedený periferní žilní katetr do pravého předloktí. Pacientka si stěžuje na bolesti za hrudní kostí, objektivně přítomna dušnost.

Krev – FW, kardiospecifické enzymy, Troponim, KO+diff., biochemické vyšetření

moč – sediment, sledování diurézy

EKG – první – deprese úseku S-T, při dalších pokusech již bez deprese, prokazatelná hypertrofie a lehké přetížení pravé komory v důsledku chronického srdečního selhávání

Rentgen srdce a plic (RTG S+P): cévní městnání v horních plicních polích – rozšířené plicní žíly, zvětšení srdečního stínu.

TK – večer – 124/80 mmHg, P 63/min.

TH: Byl podaný Nitroglycerin sublinguálně 14:30, Nitroglycerin i.v. 3 mg/hod. 14:50 – 17:50. V 18:00 Fraxiparine 0,4 ml s.c.

Dieta: nízkocholesterolová (č. 7)

Druhý den hospitalizace

TK - ráno - 120/75 mmHg, P 65/min.

- v poledne - 125/82 mm Hg, P 62/min.

- večer - 120/84 mmHg, P 65/min.

D 15/min., TT 36,1 – 36,3 °C.

Kontrolní EKG – bez deprese S-T vlny, pacientka pociťuje subjektivně dušnost, objektivně bez příznaků, prokazatelná hypertrofie a lehké přetížení pravé komory v důsledku chronického srdečního selhávání. Úzkostný stav. Laboratorní výsledky v normě, mimo zvýšené hladiny LDL cholesterolu. Diuréza 950 ml/24 hod. Ponechán PŽK.

Dieta: nízkocholesterolová

Třetí den hospitalizace

TK - 120/84 mmHg, P 62/min.

- v poledne -125/75 mmHg, P 63/min.

- večer - 150/74 mmHg, P 61/min.

D 15/min., TT 36,1 - 36,4 °C.

Pacientka bez dušnosti a bolestí. Úzkostný stav. Indikováno telemetrické monitorování – využití principu Holtrova EKG – po dobu 24 hod., začátek monitorování v 6:00. Odstraněn PŽK.

Dieta: nízkocholesterolová

Čtvrtý den hospitalizace

TK - ráno -125/75 mmHg, P 67/min.

- v poledne -125/75 mmHg, P 63/min.

- večer - 130/74 mmHg, P 61/min.

D 15/min., TT 36,1 – 36,4 °C.

Pacientka bez dušnosti a bolestí. Úzkostný stav. Indikováno telemetrické monitorování po dobu 24 hod., konec monitorování v 6:00. Monitorovat P+V.

Dieta: nízkocholesterolová

Pátý den hospitalizace

TK - ráno -120/82 mmHg, P 62/min.

- v poledne -120/75 mmHg, P 63/min.

- večer - 130/78 mmHg, P 62/min.

D 15/min., TT 36,1 – 36,4 °C.

Pacientka bez bolestí a dušnosti. Cítí se lépe, přetrvává lehký úzkostný stav. Holtrovo monitorování neprokázalo výskyt němých ischemií. Kontrolní vyšetření KO+dif., FW, biochemické vyšetření.

Dieta: nízkocholesterolová

Šestý den hospitalizace

TK - ráno -110/82 mmHg, P 56/min.

- v poledne -125/70 mmHg, P 63/min.

- večer - 120/80 mmHg, P 60/min.

D 15/min., TT 36,3 – 36,5 °C.

Pacientka bez bolestí a dušnosti. Cítí se dobře, těší se domů. Bylo natočeno kontrolní EKG. Na záznamu se vyskytují změny v důsledku chronického srdečního selhávání. Laboratorní výsledky z předešlého dne v normě, zvednutá hladina LDL cholesterolu.

Dieta: nízkocholesterolová

Sedmý den hospitalizace

TK - ráno -120/75 mmHg, P 61/min.

- v poledne -120/70 mmHg, P 58/min.

- večer - 110/80 mmHg, P 55/min.

D 14/min., TT 36,2 – 36,5 °C.

Pacientka bez bolestí a dušnosti. Cítí se dobře, těší se domů. Bylo natočeno kontrolní EKG. Na záznamu se vyskytují změny v důsledku chronického srdečního selhávání.

Dieta: nízkocholesterolová

Osmý den hospitalizace

TK - ráno -120/85 mmHg, P 58/min.

D 15/min., TT 36,2 °C.

V deset hodin byla pacientka propuštěna domů a předána do ambulantního léčení. Byly jí vydány léky na tři dny.

Medikace jednotlivých dnů hospitalizace je uvedena v příloze č. 5.

3 Ošetřovatelská část

3.1 Úvod – ošetřovatelský proces, plán

Ošetřovatelskou péčí o nemocnou jsem prováděla podle teorie ošetřovatelského procesu. Informace získané od nemocné jsem zhodnotila podle ošetřovatelského modelu od Roperové – Tierneyové – Loganové, který je pojmenován jako „*Model životních aktivit*“.

3.1.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetřovatelské profesionálové používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.

Cílem ošetřovatelského procesu je určit pacientův zdravotní stav, skutečné a potenciaální problémy v péči o zdraví, plánování zjištěných potřeb a vykonání určitých ošetřovatelských zásahů pro jejich uspokojení. Dále je cílem zvýšit aktivitu, samostatnost a zodpovědnost sestry při poskytování individualizované ošetřovatelské péče (8).

Ošetřovatelský proces je cyklický – jeho složky následují v určitém pořadí. Pokud se dosáhne daného cíle, může se tento cyklus ukončit, pokud ne, musí dojít k jeho opětovnému vypracování.

Pomůckami ošetřovatelského procesu jsou ošetřovatelská dokumentace a celá zdravotnická dokumentace pacienta včetně počítačových programů určených ke screeningu rizik v oblasti dekubitů, výživy a pádů.

Ošetrovatelský proces má pět fází.

1. *fáze – ošetrovatelská anamnéza* – musí obsahovat základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelských činností. Vždy musí jít o zhodnocení celé osobnosti pacienta. Hlavním zdrojem informací je pacient, dále jeho zdravotnická dokumentace, veškerý ošetrovatelský personál, rodina a přátelé.
2. *fáze – ošetrovatelská diagnóza* – slovní vyjádření potřeb pacienta. Jde o klinický závěr sesterského posouzení reakcí pacienta na skutečné nebo potencionální problémy. Stanovení ošetrovatelské diagnózy má tři části – pojmenování problému, stanovení příčiny problému a poslední fází je projev problému. Ošetrovatelská diagnóza může být aktuální nebo potencionální.
3. *fáze – plánování* – skládá se ze tří na sebe navazujících kroků – stanovení cílů, plán ošetrovatelské péče, ošetrovatelské intervence, aktivity a činnosti. Cílem je to, čeho bychom si přáli dosáhnout společně s pacientem. Cíl musí splňovat základní kritéria, kterými jsou – konkrétnost, reálnost a hodnotitelnost.
4. *fáze – realizace* – jde o realizaci ošetrovatelského plánu, zahrnuje zdokumentování vykonaných intervencí a seznamuje ostatní členy ošetrovatelského týmu s plánem ošetrovatelské péče.
Plánování ošetrovatelské péče má dvě základní části.
 - a) Určení hypotézy (představy) o cílu, ke kterému chceme plánováním své péče dojít, a plán ošetrovatelských činností (intervencí)
 - b) Plán vhodných způsobů aktivit, naplnění ordinací (15)
5. *fáze – zhodnocení* – provádí se na základě porovnání zaznamenaných očekávaných výsledků a skutečného stavu pacienta. Po dosažení cíle se výsledky zhodnotí a problém se označí jako vyřešený. Když se požadovaného cíle nepodaří dosáhnout, musí se celý plán přehodnotit.

3.1.2 Model životních aktivit (Roper-Tierney-Logan)

Model životních aktivit byl zformulován Nancy Roperovou, Winifred Loganovou a Alisson Tierneyovou.

Poprvé byl prezentován pouze Nancy Roperovou v roce 1976. Obsahoval šestnáct aktivit každodenního života a kladl důraz na význam schopnosti pacienta samostatně vykonávat tyto činnosti (10). Později byl přepracován ve spolupráci s A. Tierneyovou a W. Loganovou. A to nejprve v prvním přepracování, které vyšlo v roce 1985. Na základě zkušeností z praxe bylo ze šestnácti aktivit každodenního života vybráno dvanáct. Druhé přepracování bylo uveřejněno o pět let později. Zde získal model svou konečnou podobu.

Tento model, jak ho známe dnes, klade velký důraz na zdraví a faktory, které ovlivňují každodenní aktivity a je zaměřen na individualitu v ošetrovatelské péči. Britské autorky vycházely z modelu Virginie Hendersonové, přejaly její přístup k analýze údajů o pacientovi a rozpracovaly tyto myšlenky do vlastního modelu.

Model vychází z předpokladu, že člověk od početí až do smrti uskutečňuje různé aktivity s cílem dosáhnout a udržet v co nejvyšší míře samostatnost a nezávislost při vykonávání každodenních činností. Míra samostatnosti a nezávislosti se v průběhu života mění u každého jedince individuálně, je ovlivněna věkem, zralostí jedince, prostředím a změnami stavu jedince – např. zdravotního, psychického.

Chápání pojmu zdraví

V koncepci zdraví autorky zdůrazňují, že spolu se změnou společnosti a myšlení se mění i pohled na zdraví. V rámci svého modelu neuvádějí definici zdraví, ale přiklání se k názoru, že zdraví je dynamický proces a ne jen stav. Do určité míry je propojené s nezávislostí.

Prostředí

V tomto modelu je prostředí definováno jako vše, co obklopuje člověka a je pokládáno za základní faktor mající vliv na každodenní činnosti.

Prostředí – fyzikální, sociální, psychologické, ekonomické, politické a kulturní. Úzce souvisí se základními životními aktivitami a zdravím (10).

Plánování ošetrovatelské činnosti

Pacientovy problémy se identifikují ve fázi třídění a analýzy údajů. Dále se stanovují cíle řešení těchto problémů, následuje vypracování plánu ošetrovatelské péče. Cíle i plány k jejich dosažení by měly být realistické a vypracované společně s pacientem.

Model definuje 12 základních každodenních aktivit. Jejich vykonávání může být v určitých situacích omezené. Každá aktivita je ovlivněna 5 složkami - fyzickou, psychickou, sociokulturní, prostředím – jež obsahující také politicko-ekonomické aspekty a životními události.

Aktivity se dělí do tří kategorií:

1. *preventivní chování* – směřuje k předcházení určitým událostem a stavům, které narušují nebo poškozují zdraví. Může obsahovat konkrétní činnosti nebo způsob vykonávání určitých činností.
2. *posilující chování* – směřuje k zabezpečování a udržování fyzické, psychické a sociální pohody.
3. *hledající chování* – směřuje k získávání nových informací, zkušeností a vědomostí potřebných k řešení problémů.

Tyto kategorie se vzájemně prolínají a jsou úzce propojené. Jedna aktivita může patřit současně do více kategorií.

12 základních životních aktivit

Udržení bezpečného prostředí

Zaměřuje se na preventivní činnosti, které jsou důležité pro bezpečnost při vykonávání každodenních aktivit. Zahrnuje faktory prostředí – jako je bydlení, faktory senzoričké - např. sluch, zrak, chování vztahující se k vlastnímu zdraví – zejména zlozvyky jako je kouření, požívání omamných látek a psychosociální faktory – např. strach a úzkost.

Komunikace

Způsoby komunikace a sociální interakce se identifikují pomocí komunikace mezi sestrou a pacientem, popř. mezi pacientem a jeho rodinou. Dále se sledují komunikační hendikepy - např. vada zraku nebo sluchu.

Dýchání

Zaznamenává se počet a hloubka dechů, případně se popisují jednotlivé typy patologického dýchání. Hodnotí se barva sliznic. Problémy související s dýcháním je vždy nutné považovat za závažné.

Příjem potravy a tekutin

Tato kapitola obsahuje celkový postoj k jídlu a pití. Zahrnuje obvyklý způsob stravování, schopnost přípravy jídla a ekonomické možnosti. V této kapitole je nutné přihlédnout i k různým kulturním vlivům.

Vylučování

Zde se dokumentuje vyprazdňování moče a stolice. Je důležité zjistit pacientovy návyky a podmínky potřebné pro vyprázdnění a porovnat to s tím, co má pacient k dispozici. Též se sleduje i obvyklá frekvence.

Osobní hygiena a oblékání

Zaznamenává obvyklý způsob a frekvence koupání, identifikují se problémy v oblasti soběstačnosti. Hodnotí se stav kůže, nehtů a vlasů.

Regulace tělesné teploty

Tato část zahrnuje pacientovy zvyklosti pro udržování teploty.

Pohyb

Popisuje se stupeň aktivity a mobility pacienta, obvyklé denní aktivity a dodržování přiměřeného pohybového režimu. Je nutné zdokumentovat i pomůcky běžně užívané pacientem.

Práce a zábava

Hodnotí se pacientovo zaměstnání, relaxační a rekreační činnosti, které pacient rád vykonává ve svém volném čase.

Sexualita

Popisují se aspekty sexuality, které se vztahují k současným potřebám. Spadá sem i zhodnocení maskulinity nebo femininity.

Spánek

Je nutné zjistit a zaznamenat spánkový režim pacienta, užívání léků na spaní. Dále se tato část zabývá pacientovými zvyky před spaním a rušivými vlivy při usínání.

Umírání

Zjišťují se pacientovy názory na umírání. Obsahuje vyznání víry a postoj k životu.

3.2 Ošetřovatelská anamnéza – zhodnocení nemocné

Pro účely této práce jsem vypracovala ošetřovatelský proces k druhému dni hospitalizace. Pacientku jsem zhodnotila podle výše uvedeného modelu.

Udržení bezpečného prostředí

Pacientka bydlí ve vlastním bytě v rodinné vile – ve třetím patře bez výtahu, kterou společně s ní obývá její dcera se svými dětmi. O chod své domácnosti se stará sama s občasnou výpomocí vnoučat. Celkově se cítí zdráva, stěžuje si jen na občasné bolesti zad a malátnost.

Nekouří, alkohol pije příležitostně – při rodinných událostech a o svátcích. K tučnějšímu jídlu si dá občas sklenici 12 ° piva. Užívání návykových látek popírá. Uvádí, že její jedinou drogou v životě je čokoláda. Kávu pije každé ráno, byla jí doporučena na nízký tlak.

V nemocnici se cítí bezpečně, ale osaměle, preferuje vícelůžkové pokoje. Ke zdravotnickému personálu pociťuje lehkou nedůvěru, ke které, jak sama uvádí, má své důvody. Má špatné zkušenosti s předešlou hospitalizací. Klade velký důraz na přesnou informovanost o svém zdravotním stavu.

Komunikace

Pacientka je velice komunikativní, zajímá se o dění kolem sebe. Ráda komunikuje z očí do očí, občas píše i dopisy.

Na svůj věk slyší velice dobře, nutností jsou pro ni však brýle – na dálku i na čtení.

Dýchání

Pacientka si stěžuje na občasné se vyskytující dušnost. Již dříve jí bylo vysvětleno, že dušnost je způsobena jejím onemocněním. Vzhledem ke svému věku a stavu je pacientka v dobré kondici. Jak sama uvádí, doma musí vyjít do třetího patra, což je 66 schodů.

Příjem potravy a tekutin

Doma každý den vaří jak pro sebe, tak svá vnoučata, obden pečce. K snídani si dává nejčastěji jogurt, je zvyklá pít každé ráno kávu s mlékem. Jí šestkrát denně po menších porcích.

Nemocniční strava jí nevádí, porce jsou přiměřené. Doma je zvyklá jíst častěji. V nemocnici jí chybí druhá večeře. Ví, že by měla dodržovat pitný režim a snaží se o to. Vypije cca 1,5 l vody denně. Ráda si uvaří i ovocný čaj.

Má zubní protézu.

Vylučování

Doma nepociťuje žádné problémy, močí bez obtíží. Vzhledem ke zvýšenému riziku pádu má v noci u postele klozet. Stolicí mívá pravidelně 2x denně – ráno po snídani a večer než jde spát. Udává normální konzistenci.

V nemocnici má vyprazdňování nepravidelné, stěžuje si na nedostatek soukromí a klidu.

Osobní Hygiena a oblékání

Doma se sprchuje každý den odpoledne, ráno se cítí malátně. Se sprchováním jí pomáhá vnučka – pacientka má doma jen vanu a bojí se, že by upadla. Vlasy a nehty jsou upravené, pokožka je v dobrém stavu.

V oblékání je naprosto samostatná, jen při zavazování tkaniček potřebuje pomoci – uvádí, že už se nemůže tak ohýbat.

V nemocnici si pacientka zažádala o doprovod do sprchy. Bojí se pádu. Vadí jí ranní sprchování.

Regulace tělesné teploty

Má ráda teplotu v místnosti okolo 23 °C, často větrá. Když je jí chladno, obleče se. Pokud je jí horko, otevře okno a napije se vlažného nápoje.

Teplotu si měří jen když se necítí dobře. Pokud má více než 37,5 °C, vezme si např. Paralen.

V nemocnici si stěžuje na chlad a průvan.

Pohyb

Pacientka je doma velice aktivní, dopoledne vaří, odpoledne chodí na procházku. Na procházky s ní chodí vnučka. Doma chodí bez pomůcek, ven jedině o holi.

V nemocnici má ordinovaný relativní klid na lůžku. Není pohybově omezena.

Práce a zábava

Paní V.D. je v důchodu, dříve pracovala dlouhá léta jako ošetřovatelka v psychiatrické léčebně. Nyní se často prochází a vysedává na zahrádce ve své houpačce. Občas si přečte noviny, nejraději takové, co mají velká písmena. Se svojí vnučkou ráda peče různé zákusky.

Do nemocnice jí příbuzní nosí časopisy a noviny.

Sexualita

Vzhledem k věku pacientky jsem otázky na toto téma vynechala. Z její reakce na novinový článek o registrovaném partnerství vyplynulo, že podle ní jsou gayové a lesbičky „proti přírodě“.

Spánek

Doma se budí pravidelně kolem šesté, po obědě je zvyklá si jít na chvíli odpočinout. Večer chodí spát kolem desáté, někdy později, podle toho jestli má u sebe vnoučata. Před spaním si čte nebo přemýšlí. U postele má postavený šálek s čajem. Při usínání jí vadí světlo a hluk.

V nemocnici trpí nespavostí. Vadí jí velký hluk na oddělení. Nespavost je způsobena i strachem z budoucnosti. Jak sama uvádí, nevydržela by být na někom plně závislá. Z rozhovoru na toto téma dále vyplynulo, že se pacientka bojí o ztrátu své role pečovatelky. Celý život je zvyklá se o někoho starat, hodně se zapojovala i do výchovy vnoučat.

Umírání

Pacientka by si přála umřít nejráději ve spánku. Víc než smrti se bojí závislosti na jiných lidech.

3.3 Ošetřovatelské diagnózy ke druhému dni hospitalizace

Veškeré ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny a seřazeny dle závažnosti ve spolupráci s pacientkou.

Krátkodobé plány jsou stanovené na druhý den hospitalizace na 12 hodin od 9:00 do 21:00.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

dg. č. 1 – strach a úzkost z důvodu nedostatku informací

dg. č. 2 – dušnost z důvodu onemocnění a úzkosti

dg. č. 3 – porucha spánku z důvodu nezvyklého prostředí

dg. č. 4 – porucha vyprazdňování z důvodu nezvyklého prostředí

dg. č. 5 – porucha příjmu potravy z důvodu onemocnění

dg. č. 6 – změna rolí pacientky z důvodu hospitalizace

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

dg. č. 7 – riziko pádu z důvodu ortopstatické hypotenze

dg. č. 8 – riziko dekubitů z důvodu omezení mobility

dg. č. 9 – riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK

3.4 Krátkodobý ošetřovatelský plán (cíl, plán, realizace)

Vzhledem k účelu a rozsahu této práce je podrobně zpracován ošetřovatelský plán pouze na druhý den hospitalizace. Krátkodobé plány jsou stanoveny na 12 hodin od 9:00 do 21:00.

dg.č. 1: úzkost a strach z důvodu nedostatku informací

strach - obava z něčeho konkrétního, obvykle je podmíněn již prožitou negativní zkušeností

úzkost – obava z čehosi nekonkrétního, často s jí říká „strach z ničeho“

cíl: pacientka nebude pociťovat strach a trpět úzkostí
zmírnění strachu a úzkosti do 20:00 hod.

plán:

- dostatečně informovat pacientku o jejím onemocnění
- vysvětlit pacientce důvod a průběh vyšetření před tím, než bude proveden
- požádat lékaře o rozhovor s pacientkou za účelem získání odpovědí na otázky
- dát pacientce prostor pro otázky a zodpovědět je s přihlédnutím k jejímu stavu a věku
- umožnit pacientce mluvit o svých pocitech a obavách

realizace: Pacientce byl domluven rozhovor s lékařem, byly jí zodpovězeny všechny její dotazy. Následovaly doprovodné otázky, na které jsem pacientce odpovídala sama. Dále jsem se snažila rozhovorem přijít na možný důvod úzkosti.

zhodnocení: Strach se podařilo odstranit rozhovorem s lékařem, pacientka pochopila důležitost vyšetření a bylo jí poskytnuto dostatečné množství informací. Po rozhovoru s pacientkou jsme dospěly k názoru, že úzkost bude zřejmě způsobena změnou prostředí a změnou role. Pacientka byla zvyklá se starat o svá vnoučata a být jim stále nablízku. Vnoučata přišla odpoledne na návštěvu a pacientce se ulevilo. Co se týče změny prostředí, promluvila jsem s pacientkou o jejich zvycích a (u kterých to bylo možné) naplánovala jejich realizaci. Úzkost byla téměř odstraněna.

dg. č. 2: dušnost z důvodu onemocnění a úzkosti

cíl: odstranění dušnosti do 20:00

plán:

- zmírnit nebo odstranit úzkost
- sledovat základní fyziologické funkce
- zaznamenávat případné dechové nepravidelnosti
- sledovat veškeré nepříjemné pocity
- zvednout záhlaví lůžka k usnadnění max. inspirace
- zdůraznit pacientce důležitost přestávek mezi jednotlivými činnostmi
- nácvik prohloubení dechu a prodloužení výdechu

realizace: S pacientkou jsem provedla rozhovor a průběžně kontrolovala základní životní funkce a případné dechové nepravidelnosti. Pacientce bylo zvednuto záhlaví lůžka, byl proveden i nácvik prohloubení dechu a prodloužení výdechu.

zhodnocení: Po zvednutí záhlaví lůžka pacientka uváděla zmírnění obtíží. Základní životní funkce byly zcela v normě, neobjevily se žádné dechové nepravidelnosti. Provedly jsme nácvik dechu. Pacientka byla velice ráda, že se naučí něco nového. Následoval rozhovor, kde jsem se pokusila zjistit důvody úzkosti. Úzkost byla způsobena změnou prostředí a změnou role. Podařilo se jí téměř odstranit. Cíl byl splněn, pacientka dýchá bez obtíží.

dg. č. 3: porucha spánku z důvodu nezvyklého prostředí

- cíl:** zajistit nepřetržitý spánek trvající alespoň šest hodin, cíl se hodnotí až druhý den ráno v 6:00
- plán:**
- zajistit optimální podmínky pro spánek dle přání pacientky
 - při nutnosti podat medikaci dle ordinace lékaře
 - omezit množství hluku
 - udržovat klidné a tiché prostředí
 - udržovat rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne
 - umožnit pacientce před spaním činnosti na které je zvyklá
- realizace:** Při rozhovoru s pacientkou bylo mým cílem zjistit návyky nemocné před spaním a při usínání. Dále jsem se pokusila o udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne.
- zhodnocení:** Během dne jsem s pacientkou prováděla lehká rehabilitační cvičení, která vedla k udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem. Při rozhovoru pacientka uvedla, že je zvyklá si dát před spaním malou večeři, musí mít natřesený polštář a při usínání naprostý klid. Zvyky pacientky se mi sice podařilo téměř uspokojit, ale zajištění naprostého klidu nebylo možné. Pacientce byl podán prášek na spaní. Ráno pacientka uvedla, že spala klidně a tvrdě po zbytek noci. Cíl splněn.

dg. č. 4: porucha vyprazdňování – zácpa - z důvodu nezvyklého prostředí

- cíl:** zajistit optimální podmínky pro vyprazdňování
odstranit poruchu vyprazdňování do 18:00
- plán:**
- zjistit defekační zvyky
 - zjistit vliv určitých potravin na defekaci
 - zajistit dostatečný příjem tekutin
 - podání léků proti zácpě
 - zajistit dostatečné množství soukromí při defekaci
 - zajištění dostatečného pohybu
 - masáž břišní stěny

realizace: Pacientka byla upozorněna na nutnost příjmu dostatečného množství tekutin. Byl veden záznam o příjmu a výdeji. Provedla jsem rozhovor s pacientkou a zjistila její defekační zvyky. Zajistila jsem jí dostatečné množství soukromí. Provedla jsem masáž břišní stěny.

zhodnocení: V rozhovoru pacientka uvedla, že doma zácpou netrpí, vyprazdňuje se pravidelně dvakrát denně a to ráno a večer. Pokud má pocit těžkosti, dá si meruňkový kompot. Přes den jsem kontrolovala příjem a výdej tekutin (viz. příloha č. 4). Večer jsem jí podala 20 ml laktulózy. Pacientce se podařilo večer vyprázdnit. Na noc a ráno jí bylo k posteli přistaveno klozetové křeslo.

dg. č. 5: porucha příjmu potravy z důvodu nechutenství

cíl: odstranit nechutenství do 18:00

plán:

- sledovat výskyt nauzey u pacientky
- vysvětlit potřebu dostatečného příjmu tekutin, tj. alespoň 1,5 l a přiměřeného množství stravy
- objednat pacientce vhodnou dietu
- vést záznam o příjmu a výdeji tekutin a stravy

realizace: Celý den jsem vedla záznam o příjmu a výdeji. Pacientce jsem vysvětlila důležitost příjmu přiměřeného množství stravy, které je potřebné pro výrobu energie.

zhodnocení: K snídani snědla přesnídávkou a krajíček chleba – druhý si nechala na večer, k obědu půlku porce rizota. Večer snědla půl talíře krupicové kaše. Celkem vypila 1,7 l tekutin. Cíl se podařilo splnit.

dg. č. 6: ztráta vlastních rolí a osamělost z důvodu hospitalizace

cíl: pacientka chápe proč ke změně došlo

plán:

- zjistit důvody pacientčích pocitů
- umožnit pacientce komunikovat s rodinou

realizace: S pacientkou jsem se snažila komunikovat nejen o plánovaných vyšetřeních, ale i o osobních věcech. Odpoledne pacientku

navštívila dcera. Ponechala jsem jim dostatek času, prostoru a soukromí k rozhovoru.

zhodnocení: Cíl splněn, pacientka chápe, proč došlo ke změně role – změnu vidí jako dočasnou. Po návštěvě dcery byla pacientka šťastná a spokojená. Pochlubila se mi, že si dcera přeje, aby už šla co nejdříve domů, že jí doma potřebují.

dg. č. 7: riziko pádu z důvodu ortostatické hypotenze

cíl: zabránit pádu pacientky do 21:00

plán:

- zabezpečit doprovod při ranní hygieně
- sledovat hodnoty TK
- na noc přistavit k posteli klozetové křeslo
- doporučit pacientce vhodnou obuv
- zajistit pomůcky k chůzi – tj. hůl

realizace: Pacientce bylo vypočítáno riziko pádu (viz. příloha č.1). Pacientka byla poučena o vhodném způsobu vstávání z postele, tj. pomalu se posadit, zůstat chvíli sedět, pak pomalu vstát. Při ranní hygieně jsem zajistila doprovod do koupelny. Na noc jsem přistavila k posteli klozet. Dále byly po celý den hlídány hodnoty TK.

zhodnocení: Cíl byl splněn.

dg. č. 8: riziko vzniku dekubitů z důvodu omezení mobility

dekubitus – proleženina vzniklá působením tlaku na měkkou tkáň, dochází ke stlačení krevních vlásečnic a tím ke sníženému okysličování tkáně (15).

cíl: zabránit vzniku dekubitů do 21:00

plán:

- zhodnotit riziko vzniku dekubitů
- upozornit pacientku na nutnost změny polohy na lůžku
- zajištění přiměřené pohybové aktivity
- zhodnotit stav pokožky

realizace: Pacientce bylo vypočítáno riziko vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové (příloha č.2). Pacientka byla poučena

o důležitosti měnit polohu na lůžku á 2. hod. Pokožka je v dobrém stavu, bez defektů.

zhodnocení: Cíl se podařilo splnit. Pacientka je bez dekubitů.

dg. č. 9: riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK

cíl: pacientka bude bez známek infekce v místě vstupu PŽK

plán:

- sledovat příznaky infekce – zčervenání, bolest, otok
- poučit pacientku o nutnosti informovat zdravotnický personál, při výskytu těchto příznaků nebo jiných nepříjemných pocitů
- postupovat asepticky při péči o PŽK
- převazovat PŽK dle potřeby – alespoň jednou za 24 hod.

realizace: Pacientce jsem průběžně kontrolovala PŽK, sledovala a hodnotila místní známky infekce. Po ranní hygieně jsem PŽK převázala za dodržení aseptických podmínek.

zhodnocení: Cíl se podařilo splnit, pacientka je bez známek infekce.

3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán (realizace, zhodnocení)

Do dlouhodobého plánu ošetrovatelské péče byly zahrnuty všechny výše uvedené ošetrovatelské diagnózy. Pacientka byla hospitalizována po dobu osmi dnů, pak byla propuštěna a předána k ambulantní léčbě.

dg. č. 1.: Strach a úzkost byly zaznamenány první den hospitalizace. Pacientčiny obavy jsem se snažila zmírnit hlavně podáváním dostatečného množství informací. V průběhu hospitalizace se podařilo strach i úzkost odstranit.

dg. č. 2.: Dušnost byla zaznamenána po první dva dny hospitalizace. Po celkovém zklidnění psychického stavu a nácviku dechu se dušnost podařila odstranit.

dg. č. 3.: Porucha spánku byla zjištěna druhý den hospitalizace. Byly zjištěny její důvody, ale vzhledem k nemožnosti zajištění naprostého klidu pro usínání, byly pacientce podávány prášky na spaní dle ordinace lékaře. Cíl se podařilo splnit.

dg. č. 4.: Porucha vyprazdňování byla zjištěna ráno, druhý den hospitalizace. Podařilo se jí odstranit na základě zajištění dostatečného přísunu tekutin a dostatečného soukromí. Na noc a ráno se pacientce přistavoval klozet. Do šestého dne byla pacientce podávána ráno i večer laktulóza. Další dny pacientka bez obtíží.

dg. č. 5.: Porucha příjmu potravy byla zjištěna druhý den hospitalizace. První tři dny pacientka snědla vždy alespoň třetinu porce. V dalších dnech téměř celou. Příjem tekutin byl po celou dobu hospitalizace přiměřený – cca 1,7 l denně.

dg. č. 6.: Ztráta vlastních rolí a osamělost byla zjištěna druhý den hospitalizace. Pacientka se v prvních dnech hospitalizace obávala o ztrátu své role pečovatelky a člena rodiny, bez kterého se nic neobejde. Každý den byla navštěvována rodinou a byla stále ujišťována, že je pro ni nepostradatelná.

dg. č. 7.: Riziko pádu bylo zjištěno první den hospitalizace. Pacientka měla po celou dobu hospitalizace zajištěn doprovod do koupelny a byla poučena o vhodném způsobu vstávání. Chodila o holi. Po dobu hospitalizace k pádu nedošlo.

dg. č. 8.: Riziko dekubitů bylo zjištěno první den hospitalizace. Pacientku jsem poučila o nutnosti měnit polohu na lůžku a zajistila jsem přiměřenou pohybovou aktivitu. Po celý čas hospitalizace ke vzniku dekubitů nedošlo.

dg. č. 9.: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK bylo dokumentováno od prvního dne hospitalizace. Třetí den byl PŽK odstraněn. Cíl byl splněn, místo vpichu bez známek infekce.

Osmý den byla pacientka propuštěna do domácí péče, byly jí vydány léky na tři dny dle ordinace lékaře. Byla poučena o preventivních opatřeních, které je dobré dodržovat.

3.6 Psycho-sociální zhodnocení nemocné

Pacientka je spíše introvertní typ osobnosti se sklony k melancholii, což se nejvíce projevuje v nedůvěřivosti v okolí a plačtivostí. Naprostou důvěru pocítuje pouze ke své rodině, zejména vnučce.

V nemocničním prostředí trpí úzkostí, provázenou strachem o vlastní budoucnost.

Filosofická duchovní složka

Pacientka věří v Boha, do kostela však nechodí, nedůvěřuje církevním institucím. Řídí se tím, že Boha můžeme vidět všude kolem nás, tak proč Ho hledat v kostele.

Smysl svého života spatřuje v péči o druhé, zejména o členy své rodiny. V systému hodnot má na prvním místě zdraví, následované spokojeným rodinným životem. Hodnotný život je pro ni takový, pokud po člověku zůstane víc, než si předsevzal.

Emoční projev

Pacientka působí vcelku vyrovnaně, občas podléhá depresivním náladám. To se stává vždy, když si uvědomí, že už nemůže dělat vše, na co byla zvyklá. Při zmínce o svém nynějším stavu se rozpláče z obav o svoji budoucnost. Nechce být nikomu na obtíž.

Postoj k onemocnění a jeho chápání

Pacientka se léčí s AP již 15 let. O svém onemocnění je dobře informována. Nyní se snaží získat co nejvíce informací o svém aktuálním zdravotním stavu a hlavně o dlouhodobé prognóze.

Komunikace

Pacientka se vyjadřuje pohotově, srozumitelně, spisovně, bez použití vulgarismů. Udržuje nepřetržitý oční kontakt, občas si pomáhá gestikulací. Udržuje oční kontakt. Pokud něčemu nerozumí, požádá o vysvětlení. Při komunikaci se zdravotnickým personálem se zprvu objevovala nedůvěra.

Vztah ke zdravotnickému personálu

Pacientka byla zprvu nedůvěřivá, kvůli špatným zkušenostem z předešlé hospitalizace. Stále zdůrazňovala, že stáří není nemoc a že si nepřeje, aby se s ní jednalo jak s dítětem. Pacientka se velice zajímá o svůj zdravotní stav a přeje si být aktuálně informována.

Rodinné zázemí

Pacientka bydlí sama ve vlastním bytě v rodinném domě, kde společně s ní žije její dcera a vnoučata. O svojí domácnost se stará z velké části sama, ale již si nemůže dojít nakoupit, stejně tak vykonávat některé činnosti, tj. věšení záclon a praní. O tyto věci se starají vnoučata.

Sociální role

Nemocná má stálou potřebu se o někoho starat, hlavně o svá vnoučata, kterým je zvyklá každý den vařit oběd. Velice se bojí, že jednou už nebude schopná tyto činnosti vykonávat a bude na někom zcela závislá. V rodině má postavení člověka, bez kterého se nic neobejde.

3.7 Prognóza

Prognóza NAP je různá podle jednotlivých typů. Všeobecně se považuje za závažnou. Infarkt myokardu se rozvíjí asi u 10 % pacientů s nestabilní anginou pectoris a rovněž 10 % umírá do jednoho roku po zjištění (3).

Co se týče dané pacientky, která se léčí se stabilní AP již 13 let a vzhledem k pokročilému věku je prognóza nejistá. Dá se vylepšit pouze dodržováním určitých pravidel, tj. dodržovat nízkocholesterolovou dietu, redukovat a udržovat optimální hmotnost, mít přiměřené množství pohybu a pevný denní režim. Též je velmi důležité přesně užívat předepsané léky.

Vzhledem k tomu, že pacientka některé z výše vedených doporučení dodržuje, nejedná se pro ní o extrémní změnu životního stylu.

4 Edukační plán

Základem edukace je dostatečné informování nemocného o onemocnění, výkonech potřebných k diagnostice a průběhu léčby. Cílem je dosáhnout zapojení pacienta do péče o své zdraví a pochopení zodpovědnosti, kterou pacient má v péči o své zdraví. Musí se naučit správně řešit problémy a situace vyplývající ze změny zdravotního stavu, a to jak po stránce teoretické, tak i praktické.

Úkolem sestry je respektovat pacientovu osobnost, vyjadřovat zájem o pacienta a snažit se ho podpořit a motivovat. Je důležité, aby pacient získal důvěru v sama sebe a ve vlastní schopnosti.

Součástí edukace je edukace pacienta v rámci pobytu v nemocnici, jakožto i edukace o režimových opatřeních po jeho propuštění. Při edukaci je vhodné používat různé pomůcky, jako například videa, letáky, brožurky, které si může pacient sám v klidu prostudovat.

V rámci edukace byla pacientka poučena o péči o PŽK, správném zapisování příjmu a výdeje tekutin a o preventivních opatřeních po propuštění z nemocnice.

Péče o PŽK

Pacientku jsem informovala o nutnosti zavedení permanentního žilního katetru, kterým jí budou podávány léky proti bolesti přímo do žíly. Pacientku jsem poučila o projevech počínající infekce v místě vpichu a v jeho okolí – zarudnutí, bolest, otok. Dále byla pacientka poučena o pocitech, které tomu můžou předcházet. Objevit se mohou jak při aplikaci léků tak i v jiném čase. Nejčastěji se jedná o svědění, pálení nebo bodavé bolesti. Vysvětlila jsem jí, že jakýkoliv náznak těchto příznaků je nutné okamžitě hlásit. Poslední část edukace se věnovala péči o ruku, v které má pacientka katetkr zavedený, tj. končetinu nepřetěžovat, neopírat se o ní, pokusit se na ní ve spánku neležet, bránit vytrhnutí a znečištění sterilního krytí.

Zapisování příjmu a výdeje tekutin

Pacientce jsem vysvětlila nutnost sledovat kolik tekutin přijme a jestli přiměřené množství vyloučí. Připravila jsem jí papír a vysvětlila jí jak má zapisovat příjem tekutin per os - bude dělat čárky za každý hrníček, co vypije. Dále byla pacientka informována o způsobu sběru moče. Na toaletě jsem jí umístila džbán s jejím jménem – dle zvyku oddělení.

Preventivní opatření po propuštění z nemocnice

Nemocná byla upozorněna na:

- nevhodnost pobývání v zakouřené místnosti, pití alkoholu a černé kávy,
- snížení hmotnosti,
- vyvarování se nadměrné fyzické zátěže (posilování a zvedání těžkých břemen), ale v přiměřené míře mě pěstovat tělesnou aktivitu – alespoň 2x denně lehce cvičit (ne po jídle),
- sprchovat se vlažnou vodou (ne horkou ani studenou),
- nechodit ven ve větrném a příliš chladném počasí (maximálně do $-5\text{ }^{\circ}\text{C}$) a když je hlášen stupeň zátěže 3,
- dodržovat pravidelnou životosprávu – pravidelně spát, upravit jídelníček tak, aby tam nebyla tučná a nadýmavá jídla,
- užívat denně předepsané léky,
- dostavit se na pravidelné lékařské kontroly (4).

5 Závěr

Vypracovala jsem případovou studii pacientky s nestabilní anginou pectoris. První část této práce tvoří tzv. klinická část, kde byl popsán anatomicko-fyziologický úvod, etiologie, diagnostika a léčba onemocnění. Dále obsahuje popis již konkrétního případu týká, tj. obsahuje základní údaje o pacientce, veškerá provedená vyšetření, farmakologickou léčbu a průběh hospitalizace.

Devadesátiletá pacientka byla přijata na interní lůžkové oddělení, kde byla hospitalizována po dobu osmi dnů. Pacientka V.D. byla po osmi dnech hospitalizace propuštěna a předána zpět do ambulantní péče.

Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčinou mortality v naší populaci. Na ICHS v dnešní době umírá více lidí než na všechny typy karcinomu dohromady. V jejím výskytu je Česká Republika celosvětově na předních místech.

Angina pectoris spadá pod ischemické choroby srdeční a její prognóza se různí podle jejího typu. Může vést ke vzniku IM nebo náhlé smrti. To nejdůležitější, co musíme udělat, je snížit rizika vzniku tohoto onemocnění.

Nemocní se stabilizovanou AP jsou léčeni pouze ambulantně, dojde-li k destabilizaci, je nutná hospitalizace. Z ošetřovatelského hlediska je nutné zaměřit se na sledování a tlumení bolestí, sledování zdravotního stavu nemocného a tím předejít komplikacím nebo zhoršení stavu a přesně dodržovat farmakologickou léčbu. Dále je nutné vhodným psychologickým přístupem uklidnit nemocného, dostatečně ho informovat o onemocnění, edukovat ho o nutnosti dodržovat zdravý způsob života.

Seznam použitých zkratk

AP – angina pectoris

AV uzel – atriolertikulární uzel

BMI – body mass index

D – počet dechů

DM – diabetes mellitus

EKG – elektrokardiogram

FW – sedimentace erytrocytů

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

KO+ dif. – krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů

LDL – lipoprotein s nízkou hustotou

NAP – nestabilní angina pectoris

P – puls

PŽK – permanentní žilní katetr

P+V – příjem a výdej tekutin

RIA – ramus interventrikularis anterior

RTG (S+P) – rentgen srdce a plic

SA uzel – sinusový uzel

TAG – triacylglycerol

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

Seznam použité literatury

Knihy:

1. Jappel David a kol.: Medicína třetího tisíciletí. Pardubice, studio Evolving, 2000, 161 str.
2. Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství. Praha, ISV, 2000, 136 str. ISBN 80-85866-55-2
3. Klener, P. a kol.: Vnitřní lékařství díl I. Praha, Karolinum, 1997, 205 str, ISBN 80-7066-867-9
4. Kolář, J. a kol.: Kardiologie pro sestry intenzivní péče. Praha, AKCENTA, 1998, 376 str., ISBN 80-862-32-00-X
5. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovatelstvo 1,2. Martin, Vydavatelstvo Osveta, 1995, 1474 str., ISBN 80-217-0528-0
6. Mačák, J., Mačáková, J.: Patologie. Praha, Grada Publishing, 2004, 347 str., ISBN 80-247-0785-3
7. Martínková, J. a kol.: Farmakologie. Praha, Grada Publishing, 380 str., ISBN 978-80-247-1356-4
8. Mikšová, Z. a kol.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha, Grada Publishing, 2005, 248 str., ISBN 80-247-1442-6
9. Nejedlá, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha, Grada Publishing, 2006, 248 str., ISBN 80-247-1150-8
10. Pavlíková, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada Publishing, 2006, 152 str. ISBN 80-247-1211-3
11. Rokyta, R.: Fyziologie. Praha, ISV, 2000, 362 str., ISBN 80-85866-45-5
12. Silbernagl, S., Despopoulos, A.: Atlas fyziologie člověka. Praha, Grada Publishing, 2004, 448 str., ISBN 80-247-030-X
13. Sovová, E.: EKG pro sestry. Praha, Grada Publishing, 2005, 112 str., ISBN 80-247-1542-2
14. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetrovatelství I. Praha, Grada Publishing, 2006, 280 str., ISBN 80-247-1148-6
15. Šamánková, M. a kol.: Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl. Praha, Karolinum, 2003, 274 str., ISBN 80-246-0477-9

16. Štejfa, M. a spolupracovníci: Kardiologie. Praha, Grada Publishing, 776 str., ISBN 978-80-247-1385-4
17. Vítovec, J., Špinar, J.: Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. Praha, Grada Publishing, 248 str., ISBN 80-247-0866-3
18. Venglářová, M., Mahrová, G.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha, Grada publishing, 2006, 144 str., ISBN 80-247-1262-8

Elektronické odkazy:

- 1) <http://www.lekarna.cz/clanek>
- 2) <http://new.euromise.org/czech/kardio/main.html>
- 3) <http://knihy.zdn.cz/specializace/kardiologie>

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Hodnocení rizika pádu (vlastní)
- Příloha č. 2: Hodnocení rizika vzniku dekubitů (podle Nortonové)
- Příloha č. 3: Hodnocení sebepéče a soběstačnosti (vlastní)
- Příloha č. 4: Příjem a výdej tekutin (dle oddělení)
- Příloha č. 5: Medikace (vlastní)
- Příloha č. 6: Obrázky – Srdce, srdeční revoluce
- Příloha č. 7: Shromažďování údajů o životních aktivitách (dle oddělení)

Den	6:00	12:00	18:00	20:00
1. den hospitalizace		14:30 Nitroglycerin sublinguálně 14:50-14:50 Nitroglycerin i.v.	<u>s.c.</u> Fraxiparine 0,4	
2. den hospitalizace	<u>per os:</u> Euthirox 50 1 tbl. 30 min. před snídání Anopyrin 250 mg 1 tbl. Furon 40 mg 1 tbl. Digoxin 0,25 mg ½ tbl. MonoMack Depot ½ tbl. <u>s.c.:</u> Fraxiparine 0,4 ml	<u>per os:</u> MonoMack Depot ½ tbl.	<u>per os:</u> Laktulóza 20 ml <u>s.c.:</u> Fraxiparine 0,4 ml	<u>per os</u> Stilnox 10 mg 1 tbl.
3.den – 6. den hospitalizace	<u>per os:</u> Euthirox 50 1 tbl. 30 min. před snídání Anopyrin 250 mg 1 tbl. Furon 40 mg 1 tbl. Digoxin 0,25 mg ½ tbl. MonoMack Depot ½ tbl. Laktulóza 20 ml <u>s.c.:</u> Fraxiparine 0,4 ml	<u>per os:</u> MonoMack Depot ½ tbl.	<u>per os:</u> Laktulóza 20 ml <u>s.c.:</u> Fraxiparine 0,4 ml	<u>per os</u> Stilnox 10 mg 1 tbl.
7. den hospitalizace	<u>per os:</u> Euthirox 50 1 tbl. 30 min. před snídání Anopyrin 250 mg 1 tbl. Furon 40 mg 1 tbl. Digoxin 0,25 mg ½ tbl. MonoMack Depot ½ tbl.	<u>per os:</u> MonoMack Depot ½ tbl.		<u>per os</u> Stilnox 10 mg 1 tbl.
8. den hospitalizace	<u>per os:</u> Euthirox 50 1 tbl. 30 min. před snídání Anopyrin 250 mg 1 tbl. Furon 40 mg 1 tbl. Digoxin 0,25 mg ½ tbl. MonoMack Depot ½ tbl.			

Hodnocení rizika pádu

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - ✗ 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pohybu
 - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
 - ✗ 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - ✗ 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - ✗ 1 - vizuální, smyslový deficit
- Mentální status
 - ✗ 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - 0 - 18 až 75 let
 - ✗ 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - 1 - ano
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

skóre - 5 bodů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

- Duševní stav
 - 4 - bdělost, čilost
 - 3 - apatie
 - 2 - zmatenost
 - 1 - sopor, koma
- Kontinence
 - 4 - kontinence
 - 3 - inkontinence moči bez katetru
 - 2 - inkontinence stolice
 - 1 - inkontinence - moči i stolice
- mobilita
 - 4 - plná hybnost
 - 3 - mírné omezení
 - 2 - velmi omezené
 - 1 - imobilita
- Aktivita
 - 4 - chodící
 - 3 - chůze s pomocí
 - 2 - pouze na vozíku
 - 1 - ležící
- Výživa
 - 4 - dobrá
 - 3 - uspokojivá
 - 2 - špatná
 - 1 - kachexie
- Cirkulace
 - 4 - normální prokrvení
 - 3 - snížené prokrvení
 - 2 - mírné otoky
 - 1 - střední a velké otoky
- Tělesná teplota
 - 4 - do 37,2°C
 - 3 - 37,3 - 37,7°C
 - 2 - 37,8-38,3°C
 - 1 - 38,4°C a více
- Medikace
 - 4 - bez steroidů, analgetik, trankvilizerů
 - 3 - jedna z uvedených skupin
 - 2 - dvě z uvedených skupin
 - 1 - všechny uvedené skupiny
- Vyhodnocení:

16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitu

skóre - 31 bodů

Hodnocení sebeděče a soběstačnosti

- Oblasti hodnocení úrovní sebeděče:
 - celková pohyblivost
 - schopnost najít se
 - schopnost umýt se
 - ✗ schopnost vykoupat se - s dopomocí
 - schopnost obléci se
 - schopnost dojít si na toaletu
 - schopnost pohybovat se v lůžku
 - ✗ schopnost udržovat domácnost - s dopomocí
 - ✗ schopnost nakoupit si
 - schopnost uvařit si
- !!! číselná scóre se nescítají !!!

Hodnocení úrovně sebeděče

Provedení činnosti	Bodové skóre
Nezávislý, soběstačný nemocný.	0
Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.	1
Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností.	2
Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností.	3
Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled.	4
Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat	5

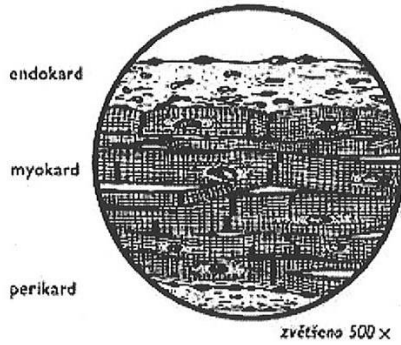
2. den hospitalizace

ČAS	PŘÍJEM	VÝDEJ
6 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰		
ovocný čaj		
Káva s mlékem		
12 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰		
ovocný čaj		
18 ⁰⁰ - 24 ⁰⁰		
24 ⁰⁰ - 6 ⁰⁰	—	
CELKEM	1,65 l	0,95 l/24 hod

1 sklenička = 150 ml

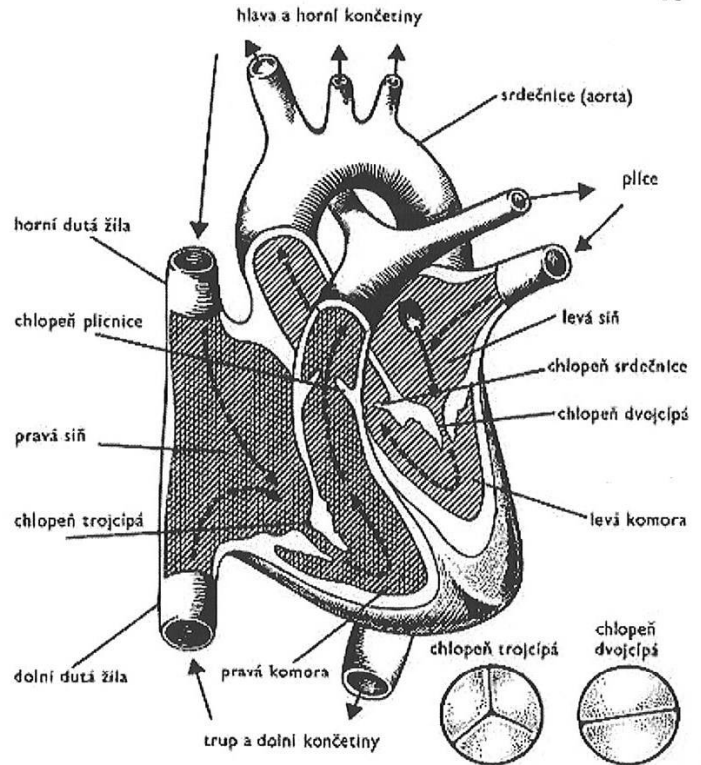
SRDCE (I)

Srdce je motorem oběhu krve. Pracuje jako tlakové čerpadlo, které pohání krev cévním řečištěm. Tvarem se srdce podobá kuželi. Vnitřek srdce je vystlán nitroblánou (*endokard*), stěnu tvoří zvláštní svalovina (*myokard*) a celé je uloženo ve vakovitém osrdečniku (*perikard*).



Srdeční revoluce

Činnost srdce je rytmická. Ochablé srdce se plní krví (*diastola*) z oblasti žil a stahem (*systola*) se vyprazdňuje do tepen. Jeden cyklus srdeční činnosti nazýváme srdeční revolucí. Při 72 tepch za minutu trvá srdeční revoluce 0,83 sec.



Diastola

