

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: ošetrovatelství

Studijní obor: ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s
s akutním infarktem myokardu při chronické ischemické
chorobě srdeční**

*Nursing Care of the Patient with Acute
Myocardial Infarction on the base of
Ischaemic disease of the Heart*

Typ závěrečné práce

(Bakalářská)

Vedoucí závěrečné práce

Mgr. Iva Šafránková

Datum

Praha, 10.03.2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně, a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje.

V Praze, 10.03.2009

Podpis

Obsah

A. ÚVOD	4
B. KLINICKÁ ČÁST	5
1. Charakteristika onemocnění	5
1.1 Definice	5
1.2 Etiologie	5
1.3 Klinické formy, klasifikace	6
1.4 Diagnostika, příznaky, komplikace	7
1.5 Léčba	8
1.6 Prognóza	9
1.7 Ošetrovatelská péče, edukace	10
2. Základní identifikační údaje	12
3. Lékařská anamnéza	13
4. Lékařské diagnózy, vyšetření	14
5. Terapie	17
6. Průběh hospitalizace	20
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	22
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení	22
2. Ošetrovatelské diagnózy	27
3. Plán ošetrovatelské péče	28
4. Edukace	36
5. Ošetrovatelský závěr a prognóza	37
D. LITERATURA	38
E. REGISTR ZKRATEK	39
F. PŘÍLOHY	40

A. ÚVOD

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je skupina onemocnění (klinických jednotek), jejichž společnou podstatou je ischemie ohraničené části srdeční svaloviny. Následkem ICHS je často infarkt myokardu (IM), a jeho nemálo klinických i patofyziologických forem.

ICHS je v České republice zdravotním problémem první velikosti. Mortalita na kardiovaskulární onemocnění je v řadě posledních let nejčastější příčinou úmrtí mužů i žen v ČR, kolísá mezi 56 - 58% všech úmrtí. Je tedy podstatně častější příčinou smrti než zhoubné nádory všech lokalizací, i všechna ostatní onemocnění jiných systémů. ICHS tvoří z této kardiovaskulární mortality přibližně 50%. I ty formy ICHS, které nevedou k úmrtí nositele, velmi podstatně zhoršují kvalitu jeho života, jsou častou příčinou pracovní neschopnosti, a zatěžují systém zdravotního pojištění vysokými náklady na léčbu.

Ve své práci popisuji ošetřování 70-ti leté pacientky M. B., která byla přijata na standardní oddělení Kardiologického oddělení Východoslovenského ústavu srdečních chorob v Košicích, a to z důvodu diagnostiky a eventuálně léčby suspektního infarktu myokardu (IM) při anamnéze chronické ischemické choroby srdeční a námahové anginy pectoris. Nemocnou jsem si po důkladném zvážení vybrala pro náročnost ošetrovatelské péče. ⁽³⁾

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Charakteristika onemocnění

1.1 Definice

Jak již bylo zmíněno výše, ICHS je skupina onemocnění, jejichž základem je ischemie ohraničeného segmentu srdečního myokardu.

Následkem ICHS je často IM, a jeho nemálo klinických i patofyziologických forem.

Podle patofyziologické definice je jako IM označována akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavěru či progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast. ^(příloha 7, obr. 1)

Ve více než 95 % je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimy a následnou trombózou v místě plátu. V ojedinělých případech může mít infarkt jiný původ (spasmy, arteritidy, embolie do věnčitých tepen aj.). IM lze definovat na základě řady klinických, elektrokardiografických, biochemických nebo patologických ukazatelů. ⁽⁹⁾

1.2 Etiologie

Obecnou příčinou ICHS je nedostatečný přítok tepenné krve k ohraničené části srdeční svaloviny. Vzhledem k vysoké extrakci kyslíku z tepenné krve myokardem již za klidových podmínek je krytí zvýšené spotřeby kyslíku při každé formě zátěže kriticky závislé na zvýšení koronárního průtoku. Nejčastější příčinou ICHS jsou aterosklerotické změny stěn věnčitých tepen, kombinující se někdy s jejich spazmy. O rozsahu ischemie rozhodují zejména lumen postižené tepny, rychlost vzniku zúžení či uzavěru, stav kolaterální cirkulace, a nároky myokardu na kyslík. Zvýšená spotřeba kyslíku v myokardu (katecholaminy, hormony štítné žlázy) se uplatňuje nejčastěji jako zhoršující okolnost. Další zhoršující okolností může být anémie. Aterosklerotický plát se stává hemodynamicky závažnou překážkou koronární perfuze, zabírá-li více než 50% lumina věnčité tepny. Perfuze věnčitých tepen, která se realizuje téměř výlučně v období diastoly působí, že zrychlení tepové frekvence (a zkrácení diastoly) usnadňuje manifestaci koronární aterosklerózy. Aterosklerotický plát může být delší dobu stabilní, s neměným stupněm zúžení věnčité tepny, může progredovat i regredovat. K rychlé progresi stupně zúžení až k náhlému uzavěru tepny vede nestabilní plát. Příčinou nestability plátu je dysfunkce endotelu s následnou agregací krevních destiček se vznikem trombu na povrchu plátu, a současně ztenčení až ruptura povrchové fibrózní vrstvy plátu, ke které přispívá zvýšená produkce metaloproteináz buňkami hladké svaloviny stěny tepen. ⁽⁹⁾

Obecnými rizikovými faktory aterosklerózy jsou:

- kouření,
- hyperglykémie,
- hypertenze,
- rodinná zátěž (pozitivní rodinná anamnéza),
- obezita,
- hyperkoagulační stavy,
- diabetes mellitus.

Jak již bylo uvedeno výše, je patologicko-anatomickou příčinou IM uzávěr koronární tepny. Angiografické studie provedené v prvních hodinách po vzniku IM prokazují ve více než 90 procentech částečný nebo úplný trombotický uzávěr infarktové tepny, nasedající zpravidla na nestabilní aterosklerotický plát (exulcerovaný nebo s fisurou intimy).^(2, 4, 9)

Zevní příčiny vedoucí k infarktu jako takovému (uzávěr) jsou:

- vystavení stresu,
- vystavení chladu,
- přejedení,
- velká fyzická zátěž,
- změna počasí.

Klinicky prokazatelný IM vzniká vždy uzávěrem některého z hlavních epikardiálních kmenů věnčitých tepen, hlavně RIA, ramus circumflexus (RCx) a arteria coronaria dextra (ACD).⁽⁹⁾

1.3 *Klinické formy, klasifikace*

Termín »infarkt myokardu« by měl být nově používán společně s doplňujícími údaji, které upřesňují jeho velikost.

Obecně se jako mikroskopický IM označuje fokální nekróza srdečního svalu. Malý IM zasahuje méně než 10 % svaloviny levé komory srdeční. Středně velký IM zasahuje 10-30% a velký IM více než 30 % svaloviny levé komory.

Podle okolností vedoucích k jeho vzniku se IM označuje jako spontánní, nebo jako následek diagnostického nebo terapeutického výkonu na věnčité tepně.⁽⁹⁾

a) Podle časových souvislostí nebo závažnosti se IM označuje jako:

- akutní (6 hodin až 7 dnů),
- hojící se, subakutní (7 až 28 dnů),
- zhojený (29 a více dnů).

b) Podle velikosti a intenzity ischémie dělíme IM na:

- Q-infarkt myokardu (transmurální infarkt)- je IM provázený vznikem a přetrváváním patologických kmitů Q minimálně ve dvou EKG svodech. Rozvoj kmitů Q odráží přetrvávající uzávěr koronární tepny nebo i úspěšnou reperfuzi provedenou v pozdější fázi rozvoje infarktu (po uplynutí 2-4 hodin od začátku obtíží). Diagnózu Q-IM je obvykle možno stanovit až po uplynutí 12-24 hodin od začátku příznaků. Přítomnost kmitu Q na EKG není kontraindikací pro reperfuzní léčbu, pokud jsou splněna ostatní kritéria (tj. přetrvávající subjektivní příznaky a elevace ST).
- Non-Q-infarkt myokardu (netransmurální, subendokardiální, intramurální infarkt)- je IM bez rozvoje nových patologických kmitů Q. Na EKG může být jakýkoli jiný patologický nález (přechodně elevace ST, deprese ST, negativní vlny T, raménkový blok), nebo vzácně může být EKG normální. Základní podmínkou pro stanovení této diagnózy je současné zvýšení aktivity CK-MB i troponinu I nebo T.

- Minimální myokardiální léze (mikroinfarkt)- je IM, kdy je pouze zvýšení troponinu I nebo T při normálních hodnotách aktivity CK-MB a bez čerstvých EKG změn. Buď musí být přítomny klinické známky ischemie, nebo musí jít o souvislost s koronární intervencí.
- c) Podle oblasti zásobení myokardu věnčitou tepnou a podle lokalizace jejího uzávěru rozdělujeme IM na:
- IM přední stěny, předního septa, hrotu LKS, tzv. anterolaterální IM (postižení RIA, ramus diagonalis (RD) a RCx),
 - IM zadní, boční stěny (postižení RCx nebo její marginální větve),
 - IM spodní stěny, zadního septa, hrotu, pravé komory srdeční (postižení ACD nebo její větve jako ramus interventricularis posterior (RIP), či ramus posterolateralis dexter (RPLD).

V krátkosti se zmíním o klasifikaci anginy pectoris. Nejčastěji mluvíme o:

- poinfarktové AP, t. j. přítomnost ischemické bolesti na hrudi, která se objeví po akutním IM do 48 hodin;
- námahové, stabilní AP, t. j. bolest na hrudi je pouze při námaze, ať minimální;
- nestabilní AP, t. j. bolest na hrudi není nutně vázána na námahu, objevuje se již v klidu.⁽⁹⁾

1.4 Diagnostika, příznaky, komplikace

Diagnostika infarktu je stanovena na základě pečlivé anamnézy (bolest- její kvalita, intenzita a trvání), fyzikálního vyšetření, pomocných laboratorních vyšetření (EKG, echokardiografie, zátěžová vyšetření, RTG srdce a plic aj.) a v neposlední řadě sem můžeme zařadit i diagnostiko-terapeutické invazivní vyšetření koronárních tepen (srdeční koronarografie).

Nejčastějším příznakem je retrosternální bolest, která zpravidla trvá déle než 20 minut (obvykle ne déle než 12 hodin). Může mít charakter tlaku, svírání nebo pálení. Lokalizace může být i atypická (v zádech, mezi lopatkami, v epigastriu, v krku, v dolní čelisti, v levé horní končetině apod.). Bolest v typickém případě vyzařuje z přední strany hrudníku do některé z výše uvedených lokalizací. Přibližně u poloviny nemocných jsou přítomny též doprovodné příznaky (dušnost, nauzea až zvracení, pocení, palpitace, strach, slabost až mdloby). Asi u třetiny infarktů jsou příznaky mírné, atypické, vzácně úplně chybí (tzv. »němý infarkt, nemá ischemie«). Až 40 procentům infarktů předchází nestabilní angina pectoris. Fyzikální nález je při infarktu normální, patologické odchylky vznikají jen při komplikacích. Diferenciální diagnostika nezapadá do rozsahu a podstaty této práce.

Koronarografie u IM je, resp. by měla být zlatým standardem u všech pacientů s akutním IM, anebo s progresí chronické ICHS, ve smyslu zhoršení anginozních potíží. Je to vyšetření bezpečné, přinášející zcela klíčové informace pro další léčbu nemocných. Provádí se v místním znecitlivění vpichem do arteria femoralis nebo arteria radialis dextra. Ukáže anatomii koronárních tepen ^(viz. příloha 8, obr. 2) a její odchylky (anatomické variace průběhu věnčitých tepen).

Při akutním infarktu s elevacemi ST koronarografie obvykle zjistí buď úplný (100 %), nebo téměř úplný (tzv. preobliterace) uzávěr ^(viz. příloha 5, koronarografie 1) »infarktové« tepny. Nicméně ani úplná obliterace věnčité tepny znázorněna koronarografickým vyšetřením nemusí mít korelát na EKG ve smyslu elevací ST úseku.

Při akutním IM s depresiemi ST nebo negativními vlnami T se většinou zjišťuje kritická (> 90 %) stenóza věnčitě tepny, často s exulcerovanými nepravidelnými konturami či s intraluminálním trombem.

Technologický pokrok v současné době umožňuje detekovat nekrózu srdečního svalu o hmotnosti menší než 1 g. Není proto překvapením, že vývoj nových, velmi senzitivních a specifických biomarkerů přesných zobrazovacích technik si vynutil přehodnocení klinické definice infarktu myokardu. ⁽²⁾

Pro diagnózu akutního nebo vyvíjejícího se IM je nutná přítomnost alespoň jednoho z následujících kritérií:

- a) Typický vzestup a následný pozvolný pokles (troponin I, resp. T) nebo vzestup a rychlejší pokles (srdeční izoenzym kreatinkináza CK-MB) biochemických ukazatelů nekrózy srdečního svalu spolu s výskytem minimálně jednoho z následujících znaků:
 - klinické symptomy ischémie,
 - vývoj patologických kmitů Q na EKG minimálně ve dvou svodech,
 - nové elevace segmentu ST ve dvou nebo více svodech (= 0,2 mV ve svodech V₁-V₃ nebo = 0,1 mV v ostatních svodech), nebo deprese segmentu ST, či abnormální vlny T,
 - intervence na věnčitě tepně.
- b) Patologickoanatomický nález akutního IM.

Pro diagnózu vyvinutého IM (staršího data) jsou nutná tato kritéria:

- a) Vznik nových patologických kmitů Q minimálně ve dvou svodech. Nemocný si již nemusí pamatovat žádné klinické symptomy a biochemické ukazatele nekrózy srdečního svalu již mohou být normalizovány.
- b) Patologickoanatomický nález hojícího se nebo zhojeného IM.

Mezi komplikace infarktu myokardu řadíme:

- supraventrikulární arytmie (sinusová tachykardie, fibrilace síní aj.),
- komorové arytmie (reentry tachykardie, idioventrikulární rytmus, fibrilace komor aj.),
- bradyarytmie a poruchy převodu (sinusová bradykardie, atrioventrikulární blokáda, blokády Tawarových ramének aj.),
- srdeční selhání (plicní edém aj.),
- kardiogenní šok (je-li rozsah IM levé komory > 30 % a současně porucha kinetiky i v ostatních oblastech levé komory; srdeční index (CI) < 1,8 l/m²),
- perikarditida,
- mechanické komplikace (ruptura volné stěny, ruptura mezikomorové přepážky, akutní mitrální regurgitace z ruptury papilárního svalu, výduť LKS).

1.5 Léčba

Terapie ICHS a akutního IM je konzervativní, invazivní (ne-chirurgická) a chirurgická.

a) Konzervativní léčba:

- zákaz kouření, dieta s omezením živočišných tuků, pohyb a omezení stresu,
- kyslík, nitráty, beta-blokátory a blokátory kalciových kanálů,
- preventivně kyselina acetylsalicylová,

- léčebně antiagregancia (clopidogrel, ticlopidin aj.), antikoagulancia, (heparin, nízkomolekulární heparin, Warfarin aj.), antitrombotika (abciximab, integrilin, aj.),
- trombolytická terapie (urokináza, altepláza, aj.).

b) Invazivní, kardiologická léčba:

- PTCA (balónková transluminální koronární angioplastika), které název pochází z řečtiny a znamená doslova tvarování cévy (viz. příloha 9, obr. 3). Je to tradiční pojmenování pro léčebnou metodu, která zprůchodní cévu, aniž by bylo třeba operace. Termín PTA (percutaneous transluminal angioplasty) pochází z angličtiny a používá se v mimosrdečních lokalitách, PTCA je zkratka pro angioplastiku věnčitých (koronárních) tepen,
- pPCI (primární perkutánní koronární intervence) (viz. příloha 6, koronarografie 2), je metoda, kdy se navíc implantuje intrakoronární stent.

c) Chirurgická léčba:

- chirurgická revaskularizace, aortokoronární bypass (CABG)- je přímá revaskularizace myokardu. Můžeme jej rozdělit na chronický CABG u elektivních pacientů se stabilizovanou ischemickou chorobou srdeční a na akutní CABG u pacientů po AIM, avšak pouze do maximálně 6 až 12 hodin od vzniku infarktu. Chirurgická operace akutního infarktu je prováděná vždy až po srdečním koronarografickém vyšetření, které diagnostikovanou stenózu/uzávěr věnčité tepny buď zprůchodní, či při technické nemožnosti anebo větším počtu postižených koronárních tepen odešle k výše zmíněné chirurgické revaskularizaci,
- transplantace srdce,
- buněčná kardiomyoplastika (implantace kmenových buněk), aj.

1.6 Prognóza

ICHS je v České republice zdravotním problémem první velikosti. Mortalita na kardiovaskulární onemocnění je v řadě posledních let nejčastější příčinou úmrtí mužů i žen v ČR, kolísá mezi 56 - 58% všech úmrtí. Je tedy podstatně častější příčinou smrti než zhoubné nádory všech lokalizací, i všechna ostatní onemocnění jiných systémů. ICHS tvoří z této kardiovaskulární mortality přibližně 50%. I ty formy ICHS, které nevedou k úmrtí nositele, velmi podstatně zhoršují kvalitu jeho života, jsou častou příčinou pracovní neschopnosti, a zatěžují systém zdravotního pojištění vysokými náklady na léčbu.

Prognóza nemocného s infarktem myokardu je ve vztahu s EKG změnami.

Databáze studie GUSTO-I, zahrnující 41 021 nemocných ukázala, že absolutní součet deviací segmentu ST (elevací i depresí) přesahující 19 mm, signifikantně koreluje s 30denní mortalitou nemocných (RR=1,53). Významnou výpovědní hodnotu má také tepová frekvence nad 84 tepů/min (RR=1,49), trvání QRS delší než 100 ms (RR=1,55) a EKG známky již prodělaného IM (RR=2,47).⁽⁹⁾

Přítomnost tzv. »zrcadlových« depresí ST u infarktu s elevacemi segmentu ST odpovídá většímu infrazovanému ložisku, většímu počtu poinfarktových komplikací a vyšší 30denní a jednorocní mortalitě.

Hospitalizační mortalita je signifikantně vyšší u nemocných s přetrvávajícími depresemi segmentu ST. Prognóza nemocných s non-Q-IM (nonSTEMI) je horší při přítomnosti depresí ST a bloku levého raménka Tawarova než při přítomnosti negativních vln T.

Mortalita Q-IM (STEMI) i non-Q-IM je také vyšší u nemocných s IM na přední stěně oproti ostatním lokalizacím.

Prognóza nemocných s akutním IM se zhoršuje s prodlužujícím se časovým intervalem od počátku obtíží do provedení koronarografického vyšetření s perkutánní koronární intervencí. V zásadě platí, že prognóza pacienta je horší při postižení více než jedné věnčité tepny. Nejrizikovější je anterolaterální, přední IM při uzávěru RIA. Čím proximálnější je lokalizovaný uzávěr věnčité tepny, tím horší je přežívání nemocných bez časné a adekvátní intervence. Při promptním uzávěru RIA bez předchozí koronární příhody nejsou zpravidla vůbec nebo minimálně vytvořeny kolaterály infarktovaného ložiska, a stav, i přes časnou diagnostiku a léčbu končí smrtí.

1.7 Ošetrovatelská péče, edukace

Ošetrovatelská péče o pacienty po prodělaném infarktu myokardu je náročnější vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění představují v 21. století nejzávažnější zdravotní hrozbu ve vyspělých zemích. Srdeční choroby mají dnes v zásadě téměř všude na světě na svědomí nejvíce lidských životů.

Velmi důležitým ošetrovatelským aspektem u těchto nemocných je hlavně osvěta a sekundární prevence.

Lze říci, že téměř každý pacient po prodělaném IM je ohrožen na svém zdraví. Důvodem může být snížená ejekční frakce, zhoršená nebo nově vzniklá mitrální regurgitace, vyšší tendence k maligním arytmiím, a s těmito příčinami související snížený srdeční výdej, který může vyústit až ke kardiogennímu šoku s bezprostředním ohrožením života.

Ošetrovatelská péče jak u mladších, tak starších pacientů spočívá v komplexním přístupu k nemocnému a samozřejmě k jeho potřebám. Nemocného tedy bereme jako celek a ne toliko jako určitou diagnózu. Kromě základního onemocnění klademe u pacienta důraz i na jeho výživu, adekvátní hydrataci organismu a v neposlední řadě mu též zajišťujeme pohodlí a dobrý psychický stav.

Ošetrovatelská péče u pacienta na standardním lůžkovém oddělení kardiologie spočívá v monitoraci základních fyziologických funkcí pacienta, ve sledování a včasném zabránění vzniku komplikací po invazivním katetizačním zákroku. Dále také ve zmírňování bolesti a v plnění ordinací lékaře. Sledujeme výskyt potenciálních nežádoucích účinků léků, vedeme záznam o bilanci tekutin.

Fyziologické funkce, jako krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a dechovou frekvenci, měříme 3 x denně, provádíme kontrolní EKG, sledujeme laboratorní hodnoty krevního obrazu a biochemie, resp. jejich patologické hodnoty a dynamiku, sledujeme stav třísla po katetrizaci. Dbáme na prevenci infekčních komplikací u nitrožilních vstupů, vedeme záznam o bilanci tekutin, eventuálních nežádoucích účincích léků a také o možných alergických reakcích (časných, pozdních) na kontrastní látku podanou během invazivního vyšetření věnčitých tepen.

Pravidelně provádíme kontrolu predilekčních míst vzniku dekubitů a snažíme se jim preventivně předcházet. Dalším důležitým momentem je správná poloha pacienta. Pacienti jsou většinou polohováni s mírně ohnutou horní polovinou těla, kterou docílíme polohovacím lůžkem nebo prostým podložením.

V rámci rehabilitace nemocných a snahy opět a co nejdříve je navrátit do jejich plnohodnotného života, spolupracujeme se školenými rehabilitačními pracovníky a i my sami se snažíme podílet na časně aktivaci pacienta. Snažíme se nemocného posazovat, motivovat jej k jeho uzdravení.

Toho dosahujeme milým, laskavým, obětujícím se přístupem, avšak i důsledným povzbuzováním pacienta v opakování jeho každodenních aktivit. Vhodnou formou

edukace nemocného i jeho nejbližších se snažíme snížit riziko vzniku dalších potenciálně možných komplikací infarktu a zabránit komplikacím. Edukujeme pacienta o tom, „co dělat a co nedělat“ po propuštění do domácí péče, o zdravém způsobu života a vhodných sportovních aktivitách i dietním režimu, jde vlastně o komplexní sekundární prevenci infarktu myokardu.

Jelikož se v rámci moderního ošetřování snažíme vnímat pacienta jako holistickou bytost, nesmíme opomíjet jeho psychologické, sociální, duchovní, kulturní a spirituální potřeby. Snažíme se s nemocným navázat pozitivní komunikaci, získáváme od něj nebo jeho příbuzných všechny důležité informace, které nám mohou pomoci zlepšit jeho ošetrovateľský proces. Přítomnost a spolupráce příbuzných pacienta je i pro nás sestry velkým přínosem ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu.

Nemocnému se snažíme poskytnout co nejvíce informací o nezbytnosti naordinovaných vyšetření a průběhu hospitalizace. Tím zmírňujeme jeho strach pramenící z nevědomosti, ulehčíme mu tím i adaptaci na nové, pro něj neznámé nemocniční prostředí.

2. Základní identifikační údaje

Jméno:	M. B.
Rok narození:	1938
Povolání:	důchodce (dříve úředník)
Vzdělání:	středoškolské (ekonomie)
Stav:	vdova
Občanství:	SR
Vyznání:	evangelické
Adresa:	Zimná 1645/5, Trebišov 075 01
Kontaktní osoba:	syn, dcera
Důvod přijetí:	koronarografické vyšetření koronárních tepen pro podezření na akutní IM
Doba hospitalizace:	11. listopad - 14. listopad 2008
Období mého ošetřování:	11. listopad - 13. listopad 2008 (3 dny)

3. Lékařská anamnéza

Alergická anamnéza:

Alergie na Savo

Sociální a rodinná anamnéza:

vdova, syn, dcera bydlí o dvě patra výše než pacientka, v panelákovém domě s výtahem, dosud plně soběstačná

Osobní anamnéza:

běžné dětské nemoci, cholecystektomie v roce 1990, IM
v roce 2005, zlomenina pažní kosti při úrazu v roce 1971

Farmakologická anamnéza:

Anopyrin tbl à 200mg 1-0-0 (ráno-odpoledne-večer), Micardis tbl à 80mg ½-0-0, Agen tbl à 5mg 1-1-1, Concor tbl à 5mg 1-0-1, Atoris tbl à 20mg 0-0-1

Pracovní anamnéza:

důchodce, dříve úředník

Gynekologická anamnéza:

2x gravidita, 2x porod, menopausa od roku 1983

Abusus:

-nikotinismu, káva jednou denně ráno, alkohol vyjímečně, jiný abusus neudává

4. Lékařské diagnózy, vyšetření

a) Nynější onemocnění:

Doma, po minimální námaze, náhle vzniklá bolest na hrudi se šířením do levého ramene a spodní čelisti. Po sublinguálně aplikovaném antianginosním preparátu pouze minimální úleva, proto pacientka z domova převezena na spádovou interní ambulanci, kde záhy transportována na kardiologické oddělení. Během transportu, po aplikaci antianginosních farmak a anxiolytik, výraznější úleva od obtíží.

b) Diagnostický závěr:

- ICHS, akutní transmurální infarkt myokardu- ST elevation myocardial infarction (STEMI)
- Status post IM v roce 2005, řešený konzervativně
- Dysfunkce levé komory srdeční (LKS) s ejekční frakcí (EF) 30 %
- Arteriální hypertenze 3. stupně s vysokým kardiovaskulárním rizikem
- Nikotinismus
- Chronická bronchitida v dokumentaci
- Obesita
- Bilaterální varixy dolních končetin
- Chronická pankreatitida v dokumentaci

c) Laboratorní vyšetření

Po katetrizaci

tab. 1

Biochemie	Naměřené hodnoty	Fyziologické rozmezí
Glykémie	7,8 mmol/l	(4,6 – 6,4)
celkový cholesterol	5,8 mmol/l	(3,4 – 5,0)
CK- MB mass	3,1 ug/l	(0,00 – 7,20)
S-kreatinin	83 umol/L	(53 – 106)
S-urea	6,8 mmol/l	(2,9 – 8,2)
AST	0,91 ukat/l	(0,16 – 0,63)
CRP	3,2 mg/l	(0,0 – 6,5)
Draslík	4,9 mmol/l	(3,9 – 5,3)
Troponin I	0,82 ug/l	(0,000 – 0,300)

tab. 2

Krevní obraz a koagulační vyšetření	Naměřené hodnoty	Fyziologické rozmezí
Hemoglobin	14,7	(14,0 – 18,0 g/l)
Leukocyty	10,1	(4,0 – 10,0 x 10 ⁹)
Erytrocyty	4,54	(4,50 – 6,30 x 10 ¹²)
INR	1,1	0,8- 1,2
APTT	32 s	25-39 sekund

Závěr:

Zvýšené hodnoty: glykémie, cholesterol, AST, troponin I, leukocyty

Normální hodnoty: ostatní

Před dimisí

tab. 3

Biochemie	Naměřené hodnoty	Fyziologické rozmezí
Glykémie	5,1 mmol/l	(4,6 – 6,4)
celkový cholesterol	5,0 mmol/l	(3,4 – 5,0)
CK- MB mass	7,8 ug/l	(0,00 – 7,20)
S-kreatinin	91 umol/L	(53 – 106)
S-urea	5,8 mmol/l	(2,9 – 8,2)
AST	0,81 ukat/l	(0,16 – 0,63)
CRP	1,2 mg/l	(0,0 – 6,5)
Draslík	5,1 mmol/l	(3,9 – 5,3)
Troponin I	0,72 ug/l	(0,000 – 0,300)

tab. 4

Krevní obraz a koagulační vyšetření	Naměřené hodnoty	Fyziologické rozmezí
Hemoglobin	15,6	(14,0 – 18,0 g/l)
Leukocyty	6,2	(4,0 – 10,0 x 10 ⁹)
Erytrocyty	4,92	(4,50 – 6,30 x 10 ¹²)
Quickův čas/ INR	1,5	0,8- 1,2
APTT	41	25-39 sekund

Závěr:

Zvýšené hodnoty: CK-MB mass, AST, Troponin I, INR, APTT

Normální hodnoty: ostatní

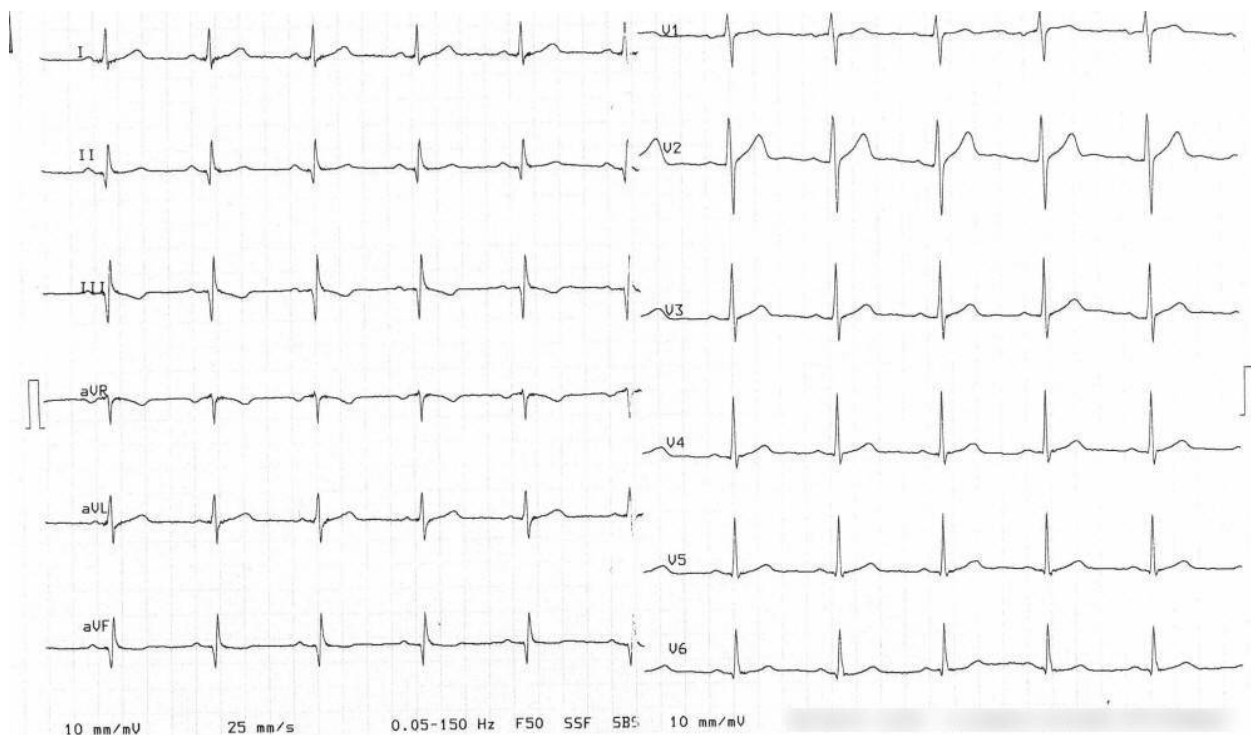
d) Ostatní vyšetření

Před katetrizací

EKG (AIM přední stěny, výrazné elevace ST /Pardeeho vlny/ v I, aVL, V1-6s)

Po katetrizaci

EKG (normalizace EKG křivky po úspěšné PCI)



ECHO, TTE (transtorakální echokardiografie): LKS nedilatovaná, bez hypertrofie, atypický pohyb mezikomorové přepážky, hypokineza hrotu, přední stěny a septa, ejekční frakce LKS 50%, bez chlopenních vad.

5. Terapie

a) farmakologická léčba:

I. perorální forma podání

- Hypnogen (gen. *zolpidem*)
 - Dávkování: p.o., večer 10 mg/24 hod
 - Indikační skupina: hypnotikum, sedativum
 - Nežádoucí účinky: zmatenost, cefalea, ospalost, závratě, aj.
 - Indikace: nespavost
 - Doba aplikace: 11.11.- 13.11.2008
- Lexaurin (gen. *bromazepamum*)
 - Dávkování: p.o., 2x 1.5 mg /24hod,
 - Indikační skupina: akutní antidepresivum,
 - Nežádoucí účinky: ospalost, závratě, kožní vyrážka, aj.
 - Indikace: pocit úzkosti, nespavost, aj.
 - Doba aplikace: 11.11.-12.11.2008
- Plavix (gen. *clopidogrel*)
 - Dávkování: p.o., 600 mg/24 hod (úvodní dávka), 75 mg/24 hod (udržovací dávka),
 - Indikační skupina: antitrombotikum, ireverzibilní vliv po dobu existence trombocytu (7-10 dnů), blokátor adenosindifosfátového (ADP) receptoru krevních destiček (sekrece a dlouhodobé agregace),
 - Nežádoucí účinky: neutropenie, ekonomicky nákladný, aj.
 - Indikace: akutní koronární syndrom, koronární intervence
 - Doba aplikace: 11.11.2008(před katetrizací) – na tři měsíce
- Verospiron (gen. *spironolakton*)
 - Dávkování: p.o., 2x 25mg/24 hod,
 - Indikační skupina: kalium šetřící diuretikum,
 - Nežádoucí účinky: hyperkalémie, hyponatrémie, poruchy srdečního rytmu aj.
 - Indikace: městnavé srdeční selhání, otoky aj.
 - Doba aplikace: od 12.11.2008- dlouhodobě
- Furon (gen. *furosemid*)
 - Dávkování: p.o., 1x40mg/24hod,
 - Indikační skupina: diuretikum,
 - Nežádoucí účinky: hypokalémie, dehydratace, cefalgie, aj.
 - Indikace: městnavé srdeční selhání při normokalémii, otoky, aj.
 - Doba aplikace: od 11.11.2008- dlouhodobě
- Dilatrend (gen. *carvediol*)
 - Dávkování: p.o., max 2x25mg/24hod
 - Indikační skupina: sympatolytikum, alfa i beta blokátor

- Nežádoucí účinky: hypotenze, závratě, poruchy vidění, bradykardie, aj.
- Indikace: chronické srdeční selhání při nízké funkci LKS, angina pectoris, hypertenze, aj.
- Doba aplikace: od 11.11.2008- dlouhodobě
- Atoris (gen. *atorvastatinum*)
 - Dávkování: p.o. 10-20 mg/24hod večer
 - Indikační skupina: hypolipidemikum (inhibitor HMG CoA reduktázy)
 - Nežádoucí účinky: cefalea, poruchy spánku, rabdomyolýza, aj.
 - Indikace: hypercholesterolémie, hypertriacylglycerolémie
 - Doba aplikace: od 13.11.2008- dlouhodobě
- Micardis (gen. *telmisartan*)
 - Dávkování: p.o., 1xd max 80mg/24 hod
 - Indikační skupina: hypotenzívum
 - Nežádoucí účinky: hypotenze, hyperhydróza, poruchy vidění, vertigo, aj.
 - Indikace: jako lék další volby ke korekci rezistentní hypertenze
 - Doba aplikace: od 12.11.2008- dlouhodobě

II. Subkutánní forma podání

- Fraxiparin Multi (genericky *nadroparinum calcicum*)
 - Dávkování: s.c. 1x 0,6 ml/24 hod
 - Indikační skupina: antikoagulans, antitrombotikum
 - Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, trombocytopenie, hypersenzitivní projevy, aj.
 - Indikace: léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu, prevence tromboembolické choroby
 - Doba: od příjezdu do nemocnice do dimise 14.11.2008

III. Intravenósní aplikace

- hydratační léčba- fyziologický roztok 500ml 2x denně od 11.11. do 12.11.2008
- analgetická léčba – Novalgin 5ml (500mg/1ml) ve 100ml fyziologického roztoku 1xd, od 11.11. do 12.11.2008

b) invazivní, katetrizační léčba:

Primární perkutánní koronární intervence (PCI) s implantací intrakoronárního stentu.

Jde o terapeutický zákrok, který se provádí u pacientů po akutním infarktu myokardu do cca 12 hodin od vzniku AIM. Jak jsem se zmínila již výše, od prosté PTCA se liší implantací intrakoronárního stentu do předem dilatované postižené věnčité tepny. Tyto stenty jsou v zásadě metalické, v poslední době se implantují stenty potažené imunosupresivními a antiproliferativními léky. Tyto léky se postupně uvolňují, zabráňují tím buněčné proliferaci a následně fibróze s deponací krevních destiček, a snižují takto riziko tzv. „in-stent“ restenózy intervenované věnčité tepny.

Pacientka podstoupila balónkovou dilataci preobliterované RIA a obdržela tacrolimem potažený stent (tacrolimus-drug eluting stent), kde tacrolimus je jiný název pro *Fujimycin* (imunosupresívum).

6. Průběh hospitalizace

Pacientka, paní M.B. byla na standardní oddělení kardiologie přeložena z katetrizačního sálu, kde pro akutní infarkt myokardu podstoupila primární perkutánní koronární intervenci (pPCI).

Pacientku přebírám do své péče 0. den po koronární intervenci. Je to její první den v nemocničním zařízení. Na naše oddělení byla paní M.B. přijata 11. listopadu 2008 v 9.30 hod dopoledne. Pacientku jsem ošetřovala po dobu 3 dnů, od 11. do 13. listopadu 2008.

Byla doprovázena svojí dcerou, která byla přítomna i při mém sestavování ošetrovatelské anamnézy pomocí dotazníku. Při prvním kontaktu byla pacientka lehce zmatená, udivená, plačtivá, nechtěla spolupracovat. Stále si stěžovala na bolesti v oblasti pravého třísla po proběhlé intervenci. Nicméně intenzivní klidové bolesti na hrudi (stenokardie), které přivedly pacientku do nemocnice, již nepociťovala.

Na základě odebrané anamnézy, se u paní M.B. dne 11. listopadu v časných ranních hodinách objevují klidové bolesti na hrudi s propagací do predilekčních míst, a to do levé horní končetiny a do levé části spodní čelisti. Přivolaná rychlá záchranná služba převezla pacientku na spádovou interní ambulanci, kde byl na základě klinických příznaků a natočeného záznamu EKG (elevace úseku ST, tzv. "Pardeeho vlny" v odpovídajících svodech) diagnostikován akutní infarkt myokardu přední stěny levé komory srdeční.

Na již výše zmíněném invazivním koronarografickém vyšetření, byla zjištěna preobliterace ramus interventricularis anterior (RIA) ve střední třetině svého průběhu, který byl následně řešen primární perkutánní koronární intervencí (pPCI), t. j. perkutánní koronární angioplastikou (PTCA) s implantací metalického intrakoronárního stentu do postižené RIA.

Stručný souhrn hospitalizace:

1 den: V 9.30 hod přebírám pacientku do své péče po katetrizačním výkonu, v levé horní končetině má zavedenou intravenózní kanylu s infuzí fyziologického roztoku. Nemocná má nastolený klidový režim, musí ležet v poloze na zádech s nataženou pravou dolní končetinou, v třísle, kde je zavedený intraarteriální sheat, a který je přifixován ke kůži a sterilně překryt.

Monitoruji fyziologické funkce, a to po 60 minutách první čtyři hodiny. Následně na to jsem natočila EKG záznam. Pacientku jsem poučila o nutnosti klidu na lůžku, a to ve smyslu dodržování polohy na zádech s udržením natažené pravé dolní končetiny v třísle, aby nedošlo k poranění tepny sheatem a následně ke krvácení. Pacientku jsem poučila o dostatečném příjmu tekutin, aby se rychleji vyloučila kontrastní látka podáváná během výkonu. Zároveň sleduji tekutinovou bilanci.

Pacientka byla unavená a pospávala. Byla jí odebrána krev na krevní obraz, biochemii a koagulační vyšetření. Po kontrole INR, byl po 6 hodinách od výkonu odstraněn sheat z pravé stehenní tepny. Poté byla naložena mechanická komprese, tzv. Femostop, který byl insuflován na suprasystolický TK po dobu 120 min. Poté byla PDK a třísla bandážována obinadlem až do rána dalšího dne. Po tuto dobu je pacientka v klidovém režimu. Do mého odchodu v 19.00 hod jsem opět zkontrolovala místo vpichu v třísle, které bylo klidné. Pacientka byla afebrilní, téměř bez lokální bolesti.

2. den: Ráno v 8 hod, po lékařské vizitě, jsem odstranila bandáž PDK. Místo vpichu bylo klidné, bez hematomu, bez otoku. Opět byly změřeny fyziologické funkce, EKG.

Pacientce jsem pomohla s ranní hygienou, a spolu s rehabilitační sestrou jsme začaly časnou rehabilitaci nemocné. Pacientka přesto nebyla v ideálním psychickém rozpoložení. Avšak tento den byl z hlediska vzájemné komunikace mezi mnou a paní M.B velmi úspěšný. Vyhradila jsem si na naší komunikaci dostatek času, snažily jsme se najít konstruktivní řešení psychických problémů pacientky.

3. den: Po lékařské vizitě, ranních odběrech a ostatních vyšetřeních, bylo rozhodnuto o propuštění nemocné do domácího ošetřování následující den ráno. Pacientce, též v přítomnosti její dcery, jsem zařídila důkladnější rozhovor s ošetřujícím lékařem ohledně dalších preventivně- léčebných postupů, které bude nutné dodržovat. Sama jsem nemocnou edukovala o zdravém způsobu života, dietě a přiměřeném pohybovém režimu.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sestavila ve spolupráci s pacientkou a její dcerou. Při našem prvním setkání nebyla pacientka příliš ochotná spolupracovat, pacientku přebírám do své péče po přeložení z katetrizačního sálu dne 11. listopadu 2008 v 9.30 dopoledne. Paní B. byla neklidná, plačtivá, stěžovala si na palpační i klidovou bolest v oblasti vpichu v pravém třísele. Během dne a ve spolupráci s dcerou pacientky se mi podařilo odebrat ošetřovatelskou anamnézu.

Paní B. se dnes vzbudila kolem čtvrté hodiny ranní a necítila se ve své kůži. Došla si na toaletu, v tom se velmi přitížilo, začala pociťovat silnou bolest na hrudi, která ji vystřelovala do levé horní končetiny a do levé části spodní čelisti. Přitom se opotila studeným potem. Říkala, že v tuto chvíli měla obrovský strach o svůj život.

Zhoršilo se jí dýchání a chvílema nemohla popadnout dech. Vzala si tabletku nitroglycerinu pod jazyk a telefonem zavolala svojí dceru, která po zvážení situace zavolala RZP. Tou byla odvezena na spádovou interní ambulanci, kde byl na základě klinického stavu a EKG diagnostikován akutní infarkt myokardu. Poté byla transportována na Kardiologické oddělení v Košicích.

Paní B. se od roku 2005 léčí se srdíčkem, tehdy prodělala blíže nespecifikovaný infarkt myokardu. Do doby první ataky byla pacientka zcela soběstačná, nezávislá na svém okolí, po atace v roce 2005 se vše změnilo, a paní B. si musela přiznat, že je nemocná. Hodně jí v té době pomohla její rodina, manžel. V tomto období dodržovala naordinovaný léčebný režim, poctivě užívala své léky na srdíčko a chodila na pravidelné prohlídky k lékaři. Zlom nastal před rokem, kdy měl manžel těžkou dopravní nehodu a na její následky podlehl. Podle slov dcery se paní B. z jeho smrti dodnes zcela nevzpamatovala. Přestala dbát o svoje zdraví, znovu začala kouřit, nepravidelně užívat svoje léky a ignorovat pravidelné prohlídky u svého lékaře.

V současné době je po primární perkutánní koronární intervenci. Je upoutána na lůžko, kde musí dodržovat klidový režim. Pociťuje bolesti v pravém třísele, v místě vpichu po zákroku. V nemocnici se paní B. necítí dobře, má pocit nepohodlí, bolesti a strachu z neznámého. Je lítostivá až apatická a podle jejich slov „už to stejně nemá cenu“, nemá motivaci se uzdravit.

1.1 Základní fyziologické potřeby

a) Bolest

V domácím prostředí, před současnou hospitalizací, si paní B., stěžovala na bolesti za hrudní kostí, a to v poslední době čím dál častěji. Bolest se objevovala i v klidu a po minimální zátěži. Častěji byla nucena si aplikovat sublinguálně Nitroglycerin. Několikrát byla dcerou upozorňována, že by měla navštívit lékaře. Paní B. však na rady nedbala a k lékaři nešla. Nechtěla prý být někomu na obtíž a dle jejích slov, už je vše stejně jedno.

Ráno cítila silné bolesti na hrudi, které se nezmírnily ani po sublinguální aplikaci nitrátu.

V současné době, po invazivním vyšetření, stenokardie pacientka nemá, ale stěžuje si na bolest v oblasti invazivního vstupu, v oblasti třísla na pravé dolní končetině. Jak však sama pacientka udává, tato bolest je nesrovnatelně menší než bolest, která se u ní objevila dnes ráno, resp. po IM. Na analogové stupnici bolesti^(viz. příloha 3) zhodnotila svou bolest číslem 3

(silná bolest). Pacientka dostala naordinovaná analgetika a bolest se výrazně zmírnila, téměř odezněla.

b) Dýchání

Poslední dobou měla paní B. doma časté záchvaty dušnosti, někdy se nemohla ani nadechnout. Dýchání se jí zhoršovalo hlavně po námaze. Bydlí ve 3. patře a celý předešlý měsíc nefungoval výtah, tak musela chodit pěšky, často měla problémy s dechem.

Při ranní atace byla pacientka dušná, nyní po katetrizaci se jí dýchá normálně. Nepotřebuje kyslíkovou masku.

V současné době žádné subjektivní ani objektivní známky potíží s dýcháním nemá.

c) Hydratace

Doma je paní B. zvyklá pít spíše ochucené minerální vody. Ráda pije chladný, sladký ovocný čaj. Ráno je zvyklá vypít si svůj šálek kávy, ale jinak neví, kolik toho přes den vypije. Přiznává, že žízeň moc nepociťuje, někdy na pití zapomene. Tvrdí, že nebýt dcery, tak na žízeň ani nepomyslí.

Dcera, která se snaží pacientku denně navštěvovat tvrdí, že její pitný režim hlídá.

Podle ní vypije asi 1 až 1,5 l tekutin za den, ačkoliv byl její příjem tekutin v posledních dnech nedostatečný, jelikož dcera byla týden na služební cestě a matka nebyla plně kontrolována.

V nemocnici má pacientka zavedenou v levém předloktí intravenozní periferní kanylu, kam se aplikuje infuzní terapie. Po katetrizaci je pacientka nabádána vypít co nejvíce tekutin. Tekutiny může pacientka přijímat perorálně ihned po příjezdu z katetrizačního sálu. S příjmem tekutin potřebuje v současné chvíli pomoci. Cítí se unavená, vyčerpaná, nemá sílu se sama napít. Jelikož musí dodržovat klidový režim, je upoutána dočasně na lůžko a nemá sílu se obsloužit sama, tak jak byla zvyklá. Jinak tekutiny neodmítá a pije z hrníčku za pomoci sestry.

d) Výživa

Pacientka se stravuje sama. Říká, že „jí až moc“, a to několikrát denně. Přestože se nemocná léčí se srdcem a vysokým krevním tlakem, dietu nedodržuje. Obden si vaří, ve stravě upřednostňuje maso. Ovoce a zeleninu prý moc nemusí. Večer dává přednost pamlskům, slaným tyčinkám a bramborovým lupínkům. Nejvíce se stravuje u sledování večerních televizních pořadů.

Dcera se snaží dbát na matčinu správnou výživu, ale bojuje s nedostatkem času, takže se to snaží kompenzovat alespoň o víkendech, kdy ji zve na obědy k sobě.

Pacientka měří 152 cm a váží 73 kg, její BMI je 32. Je tedy obézní. Svoji váhu vnímá jako přiměřenou svému věku. Připouští, že možná za poslední rok po smrti manžela něco málo přibrala na váze. Spíše to však přičítá psychice. Nyní, v nemocničním zařízení, má naordinovanou antisklerotickou dietu. Nyní nemá chuť k jídlu, a to z důvodu únavy, vyčerpání a bolesti po výkonu. Její chrup je v dobrém stavu. Má snímatelnou zubní protézu, jinak je dutina ústní bez patologie. Kůže nemocné je spíše sušší, ale bez patologických projevů.

e) Močení, vyprazdňování

S vyprazdňováním moče ani stolice nemá doma pacientka problémy.

Dcera se taktéž o žádných problémech nezmiňuje. Je zvyklá se vyprazdňovat jednou denně a to ráno, po obvyklém rituálu- káva a cigareta. Nemocná si uvědomuje, že to jejímu zdravotnímu stavu neprospívá, ale tvrdí, že jinak by měla problémy se vyprázdnit. Ráda si na toaletě chvíli posedí. Na vyprazdňování musí mít svůj klid. Běžně ne užívá žádná

projímadla. Poslední stolici vykonala dnes ráno, nyní potřebu na stolici nepocítuje. V nemocničním prostředí má problémy s močením, do toaletní mísy se v poloze na zádech nemůže vyprázdnit. Zdůvodňuje to, jak polohou na zádech, tak i nepříjemným pocitem z toaletní mísy, a v neposlední řadě též studem před spolupacientkou. Po výkonu však musí dodržovat klidový režim, sama na toaletu si zatím dojít nemůže.

f) Spánek, relaxace

Doma je paní B. zvyklá usínat při poslechu rádia a se zapnutým nočním osvětlením. Je „prý“ ranní ptáče, chodí spát kolem 23. hodiny, ale již kolem 5. hod je vzhůru a nemůže usnout. Podle dcery usíná často při sledování televize. Tvrdí, že přes den toho moc nenaspí, no podle slov dcery často podřimuje v křesle i během dne. Můžeme předpokládat, že první noc v nemocnici se moc nevyspí, a to vzhledem ke klidovému režimu, nočním ordinacím a změně prostředí. Značnou část dne po vyšetření prospala, cítila se unavená a vyčerpaná. Podle slov noční sestry první noc moc nespala, byla vzhůru, nemohla usnout, ráno se cítila opět unavená a neodpočinitá.

g) Teplo, pohodlí

Paní B. má ráda teplo. V křesle před televizí má svojí oblíbenou deku, do které se ráda zachumlá. Doma se oblékala přiměřeně, ale podle dcery si často stěžovala, že je jí zima. Po výkonu se moc pohodlně na nemocničním lůžku necítí. Je omezena polohou na zádech s nataženou pravou dolní končetinou a musí ležet v klidu. Lůžko je jí nepříjemné, tvrdé. Kolem půlnoci, kdy se již mohla přetočit na bok, si od noční sestry vyžádala deku navíc. I když už byla trochu mobilnější, na lůžku se jí stále moc pohodlně neleží.

h) Pohybová aktivita, cvičení

Do dnešního dne byla paní B. zcela soběstačná. Sama si obstarávala nákupy, obden si vařila a zvládala aktivity všedního dne. Co se týče procházek na čerstvém vzduchu, sama nikam nechodila, kromě tedy obstarávání si základních věcí. Jen o víkendu, podle počasí, byla zvyklá s dcerou chodit na procházky do parku a v neděli pravidelně do kostela. Dcera na ní nemá přes týden čas, je tedy většinou sama doma. Žádné kompenzační pomůcky pacientka zatím nepotřebovala. Nyní je dočasně, z důvodu katetrizace, upoutána na lůžko, kde musí dodržovat klidový režim. Zatím je po výkonu vyčerpaná a unavená. V prvních hodinách není schopna se sama napít, pije s pomocí dcery a sestry. U pacientky byla dočasně omezena pohyblivost následkem dodržování klidového režimu. Během mého ošetřování začíná druhý den po výkonu aktivně spolupracovat, rehabilitovat a zapojovat se do aktivit při všedních činnostech, a postupně se zase stává zcela soběstačnou. Nyní je schopna základní sebeobsluhy, pije sama bez pomoci, na toaletu si dojde sama bez pomoci.

i) Hygiena

Paní B. má dobré hygienické návyky, i přes objektivní obezitu není nemocná cítit potem. Je vidět, že se o sebe snaží pečovat. Působí celkově upraveným dojmem. Jednou za měsíc ji dcera doprovodí ke kadeřnici, pacientka je zvyklá chodit na trvalou. Vlasy i nehty má upravené. Její kůže je nyní poněkud sušší, sliznice má lehce oschlé. V současné době nemá známky dekubitů. První den bylo nutné s hygienickou péčí pomáhat, nyní je pacientka opět soběstačná.

1.2 Základní psychosociální potřeby

a) Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka byla při prvním kontaktu uzavřená, rozhovořila se až v průběhu mého ošetřování. Od dcery jsem se dozvěděla, že se velmi změnila, a to po smrti svého manžela, který zemřel před rokem následkem dopravní nehody.

Smrt manžela jí zcela překvapila, ohromila a dle slov dcery, se ještě se ztrátou manžela nevyrovnala. Dříve bývala veselá, spolu s manželem, který byl také v důchodu, si užívala podzim života. Jak říkávala, kutěním na zahrádce, pěstováním květin a zvelebováním svého domečku. Po manželově smrti, na naléhání svých dětí, domeček na vesnici prodala a odstěhovala se za dcerou do města. Podle slov dcery není ve městě šťastná.

Sama pacientka se mi přiznala, že se na světě cítí sama, opuštěná, nemá proč žít. Dcera je jí sice na blízku, ale má svoji práci a vídají se spíše jen o víkend. Těžce svoji samotu snáší. Málokdy prý bývá veselá. Spíše je stále negativně naladěna. Podle jejích slov jí už na světě nic netěší, nemá s kým sdílet každodenní radosti i starosti života.

Sama sebe vidí, jako osobu zbytečnou, nepotřebnou a navíc nyní nemocnou a závislou na svém okolí. Vyzařuje z ní pocit bezmocnosti a rezignace na život. Nemá motivaci se uzdravit, vždyť podle jejích slov na ní už nezáleží. Nyní se cítí trochu lépe, má však strach, jak jí bude doma a nechce být dceři na obtíž.

b) Bezpečí, jistota, důvěra

Na počátku mého ošetřování bylo s pacientkou docela obtížné navázat kontakt a pozitivní komunikaci. Zpočátku byla nedůvěřivá, smutná, nechtělo se jí hovořit.

Během pobytu v nemocnici jsme si k sobě vytvořily vztah založený na důvěře. O svém stavu nebyla dostatečně informovaná, ani o průběhu hospitalizace a následné léčbě. Netušila, proč musela podstoupit katetrizační zákrok, co vše obnášel, a co s ní bude dál.

V první řadě jsem jí poskytla možnost zeptat se na všechny tyto informace lékaře, kde u rozhovoru s lékařem byla i dcera pacientky. Po jejich rozhovoru jsme pokračovaly v našem společném povídání, znovu se mne zeptala na další průběh svého pobytu v nemocnici. Po našem rozhovoru byla viditelně zklidněna. Byla seznámena s nutností léčebného zákroku, s postupem další léčby a se zvyklostmi na oddělení.

c) Soběstačnost, sebeobsluha

Do dnešního rána byla paní B. zcela soběstačná. Nyní je na základě klidového režimu upoutaná na lůžku v poloze, která jí není úplně příjemná. V testu základních všedních dovedností (Barthelův test) dosáhla stupně 40, což je vysoká závislost. (viz. příloha 4)

V současné době potřebuje pomoci při jídle, pití a při podávání podložní mísy.

V průběhu mého ošetřování, a po zvládnutí akutního stavu, se rychle zotavuje a opět se stává soběstačnou. V Barthelově testu všedních činností dosahuje nemocná 100, tudíž je plně soběstačná.

d) Ekonomické a sociální jistoty

Paní B. je důchodkyně, žije v bytě sama, ve stejném panelákovém domě jako její dcera. Bydlí ve 3. patře s výtahem. Dcera bydlí o 2 patra výš. Pobírá vdovský důchod po manželovi. O domácnost se stará sama, dcera jí navštěvuje několikrát týdně, jak jí to dovolí pracovní vytížení. Spíše si však na nemocnou najde čas o víkend. Víkend tráví tedy většinou v přítomnosti dcery, chodí spolu na procházky do parku. Jednou měsíčně je dcerou doprovázena ke kadeřnici.

Má i syna, ten však žije v Bratislavě a matku navštěvuje maximálně jednou za měsíc. Se svojí snachou si moc nerozumí, ta ji již dlouhá léta nenavštěvuje.

Ačkoliv má děti zdánlivě na blízku, cítí se stále sama. Má naspořeny nějaké úspory, dokonce má odložené i finance na svůj pohřeb, aby nebyla ani po své smrti svým nejbližším na obtíž. Dle dcery není rodina bratra o matce, resp. jejím zdravotním stavu informována, pacientka si ani nepřeje, aby byl syn informován, nechce jej zatěžovat svými problémy.

e) Láska, sounáležitost

Paní B. je vdova, žije sama. Manžel jí zemřel při dopravní nehodě před rokem. Podle dcery byla na svého muže velmi fixovaná. Prý měli spolu moc pěkný vztah. S manželem žila na vesnici, v rodinném domku, společným koníčkem jim byla zahrádka. Po manželově smrti na ní děti naléhaly, aby domek prodala. Dcera ji sehnala byt v domě ve městě, kde sama žije. Dcera paní B. je bezdětná. Díky synovi má paní B. i dvě dospělá vnoučata. Vnučku 25 a vnuka 28 let. S vnoučaty se ale moc nevidí, to ji velmi trápí.

Díky tomu, že se přestěhovala z vesnice do města, nemá zde žádné přátele, nikoho, s kým by mohla sdílet svůj život, své stáří. Cítí se opuštěná a zbytečná.

f) Religiozní potřeby

Paní B. je silně věřící. Po svém otci je evangelického vyznání. Než byla nucena se přestěhovat do města, chodila do kostela i s manželem, který byl katolického vyznání, skoro denně. V té době zpívala v kostelním sboru. Nyní chodí do kostela pouze na nedělní mši. Kostel je od domu, kde bydlí, relativně daleko.

1.3 Hodnocení sestry

Paní B. je pacientka s náročnější ošetrovatelskou anamnézou, jak ve smyslu tělesné, tak psychosociální problematiky.

Nyní je upoutaná na lůžka následkem klidového režimu po katerizaci a není úplně soběstačná. V prvních hodinách ošetrování potřebuje pomoc sestry, a to ke zvládnutí příjmu tekutin, potravy, vyprazdňování a hygieny. Je poučena o nutnosti klidového režimu. Se smutkem v očích spolupracuje. Nenachází se v dobrém psychickém stavu. Není motivovaná se uzdravit, má pocit, že na tom už stejně nezáleží. Trpí ztrátou milovaného člověka, se kterou se zatím ani po roce nevyrovnala. Navíc byla odtržena od svého dosavadního způsobu života, nemá žádné přátele, trpí samotou. Ačkoliv je jí dcera na blízku, je většinu času sama.

2. Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy a jejich pořadí jsem stanovila na základě aktuálních potřeb nemocné.

- a) Bolest v důsledku katetrizace třísla, projevující se neklidem a úzkostí (11. 11. 2008)
- b) Riziko vzniku krvácení v místě vpichu do stehenní tepny na pravé dolní končetině v důsledku nedodržení klidového režimu (11. 11. 2008)
- c) Nedostatečný příjem tekutin, z důvodu únavy, vyčerpání po výkonu a částečné nesoběstačnosti (11. 11. 2008)
- d) Omezení tělesné pohyblivosti v důsledku klidového režimu na lůžku, projevující se přechodnou nesoběstačností (11. 11. 2008)
- e) Porucha vyprazdňování moči z důvodu nefyziologické polohy, upoutání na lůžko a vlivem kontrastní látky po katetrizaci (11. 11. 2008)
- f) Porucha celistvosti kůže po zavedení sheatu a periferní kanyly, riziko vzniku infekce (11. 11. 2008)
- g) Strach z nedostatečné informovanosti pacientky projevující se nedůvěrou a obavami o svou budoucnost (11. 11. 2008)
- h) Porucha spánku v důsledku změny prostředí a nedostatečného nočního klidu (12. 11. 2008)
- i) Porucha adaptace pro vysoký věk plynoucí z nenadálé změny prostředí, projevující se pocitem opuštěnosti a bezmocnosti (12. 12. 2008)
- j) Porucha vyprazdňování střeva z důvodu nedostatku přiměřené tělesné aktivity, nepohodlí a studu nemocné (13. 11. 2008)

3. Plán ošetrovatelské péče

ad a) Bolest v důsledku katetrizace třísla, projevující se neklidem a úzkostí

Cíl:

Odstranit, zmírnit bolest nemocné do dvou hodin.

Plán ošetrovatelské péče:

- uvědomit si, že to, co pacientka říká, také tak cítí, akceptovat její bolest,
- sledovat a zhodnotit míru bolesti na analogové stupnici bolesti,
- snažit se o úpravu polohy, aby se pacientka cítila pohodlněji,
- aplikovat analgetika dle ordinací lékaře,
- podávat analgetika dle ordinací, ale tak, aby neodezněla předchozí dávka,
- sledovat nežádoucí účinky léků,
- snažit se o pozitivní kontakt s nemocnou a snažit se odvézt konverzaci jiným směrem, odpoutat její pozornost od bolesti,
- nechat nemocné k dispozici signalizační zařízení,
- o bolesti informovat lékaře.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientku jsem vyslechla a snažila se pochopit její bolest. Dala jsem jí najevo, že na bolest není sama, že se budeme snažit ji společnými silami překonat. Svou bolest lokalizovala do místa vpichu v pravém tříslu. Na analogové škále ji zhodnotila jako bolest číslo 2, chvílemi až 3.

Pacientce jsem upravila lůžko, ale tak, aby byla zachována klidová poloha a snažila jsem se navodit pozitivní komunikaci, abych odpoutala pozornost nemocné od bolesti.

Následně jsem jí aplikovala Novalgin i.v. v infúzi s fyziologickým roztokem.

Hodnocení :

Cíl byl splněn částečně. Bolest se zmírnila, ale dávky Novalginu bylo nutné opakovat i v noci.

ad b) Riziko vzniku krvácení v místě vpichu do stehenní tepny na pravé dolní končetině v důsledku nedodržení klidového režimu

Cíl:

Snížit riziko vzniku krvácení v místě vpichu.

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat nemocnou o nutnosti dodržovat klidový režim,
- poučit pacientku o možnosti vzniku krvácení,
- sledovat místo vpichu à 1 hod,
- poučit pacientku o funkci signalizačního zařízení a vysvětlit jí, že pokud ucítí bolest nebo tlak v pravé dolní končetině, či si všimne známek krvácení, tak mne musí ihned informovat.

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila důvod, z jakého se ponechává sheat ještě asi 6 hodin po výkonu

v tříse. Následně jsem jí zopakovala nutnost dodržování klidového režimu. Hovořily jsme o tom, že je skutečně velmi důležité, aby dodržovala klidovou polohu na zádech s nataženou dolní končetinou. Upozornila jsem ji na možnost krvácení v tříse a k rukám dostala signalizační zařízení, aby mne mohla při jakémkoli podezření na krvácení zavolat. Místo vpichu a pacientku jsem kontrolovala každou hodinu až do odstranění sheatu. V 15.30 byl lékařem vytažen sheat a společně jsme nasadili kompresivní přístroj po dobu 120 min, následně na to, jsem místo vpichu opět elasticky zabandážovala a poučila nemocnou i nadále dodržovat klidový režim. Po celou dobu, až do mého odchodu, spolupracovala, a ke krvácení v místě vpichu, v době mého ošetřování nedošlo.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, krvácení v místě vpichu nenastalo, pacientka spolupracovala a klidový režim byl dodržen.

ad c) Nedostatečný příjem tekutin, z důvodu únavy, vyčerpání po výkonu a částečné nesoběstačnosti

Cíl:

Pacientka je dostatečně a pomalu hydratována, má normální kožní turgor, sliznice jsou vlhké, nepocítuje žízeň, pije sama. Bilance tekutin je v normálu. Správně chápe nutnost pitného režimu

Ošetřovatelský plán:

- poučit nemocnou o nutnosti dodržovat pitný režim,
- vysvětlit jí, že musí nyní hodně pít, aby se z těla lépe a rychleji vyloučila kontrastní látka aplikovaná při katetrizaci,
- sledovat bilanci tekutin u nemocné,
- v první fázi ošetřování nemocné s pitným režimem pomáhá sestra, v další fázi se pacientka aktivně zapojuje sama,
- umožnit jí, aby měla na svém stolku stále k dispozici tekutiny,
- snažit se o aktivní zapojení do samostatné samoobsluhy příjmu tekutin,
- umožnit jí dostupnost signalizačního zařízení,
- sledovat ztráty tekutin, perspirací, dýcháním, zvracením.

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila důležitost pitného režimu po katetrizačním výkonu. V prvních hodinách jsem jí z důvodu celkové únavy s příjmem tekutin pomáhala, ale snažila jsem se jí motivovat, aby se snažila pít sama. Na stolek, který jsem umístila po její pravé ruce, jsem postavila konvici s čajem a sama jí nabízela tekutiny.

Paní B. si trochu odpočinula, prospala se, poté se snažila přijímat tekutiny již bez mé pomoci. I když byla ještě stále unavená, zvládala se velice brzy napít sama. Mezi tím jsem sledovala její příjem tekutin. Byla schopná přijímat tekutiny sama. Během dne vypila přibližně dva litry, což bylo optimální množství pro efektivnější vyloučení rentgenkontrastní látky z těla.

Večer již měla kožní turgor normální, sliznice byly vlhké. Došlo i ke zlepšení psychického stavu, cítila se méně unavená. Za 24 hodin byl příjem tekutin 3100 ml, výdej 2700 ml.

Další den byl příjem 3800 ml, výdej 3250 ml.

Hodnocení:

Po 24 hodinách projevovala klinické známky dostatečné hydratace. Během mého ošetřování chápala důležitost pitného režimu. Byla schopná přijímat tekutiny i bez mé pomoci.

ad d) Omezení tělesné pohyblivosti v důsledku klidového režimu na lůžku, projevující se přechodnou nesoběstačností

Cíl:

Pacientka správně chápe danou situaci, dodržuje klidový režim, po zvládnutí akutní fáze se stává opět soběstačnou.

Plán ošetřovatelké péče:

- vysvětlit nemocné, z jakého důvodu musí dodržovat klidový režim,
- vysvětlit jí, proč je nutné být v poloze na zádech, a s nataženou dolní končetinou,
- obeznámit jí o době trvání klidového režimu, jak dlouho bude nutné polohu udržovat,
- připravit k ruce nemocné všechny potřebné věci k její samostatné obsluze,
- umístit k ruce signalizační zařízení.

Realizace:

Po překladu pacientky z katetrizačního sálu jsem jí důkladně vysvětlila nutnost zachování klidového režimu. Informovala jsem ji o nutnosti polohy na zádech s nataženou dolní končetinou. Taktéž jí bylo vysvětleno, že tento klidový režim bude nutné dodržovat po dobu asi 6 hodin, než jí lékař přijde odstranit zavedený sheat z pravého třísla, a následně, že bude muset i nadále ležet v klidu a neohýbat pravou končetinu, a to přibližně po dobu dalších 12 hodin.

Je informována, že kdyby pocítovala nějaké nepříjemné pocity v místě vpichu, má k dispozici signalizační zařízení, kterým si mne přivolá. Po její pravé ruce byl stolek, aby se mohla sama kdykoliv napít. V prvních hodinách jsem jí s příjmem tekutin pomáhala já, poté co si odpočinula, již pije aktivně sama. Na stolek jsem umístila i rádio, aby si mohla krátit dlouhou chvíli.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka pochopila vážnost situace, klidový režim dodržovala a sama se aktivně zúčastňovala nácviku sebeobsluhy.

ad e) Porucha vyprazdňování moči z důvodu nefyziologické polohy, upoutání na lůžko a vlivem kontrastní látky po katetrizaci

Cíl:

Pacientka se vymočí do 4 hodin po katetrizačním výkonu

Ošetřovatelský plán:

- dostatečná informovanost nemocné o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin po výkonu, a to z důvodu rychlejšího vyloučení kontrastní látky z těla,
- informovat nemocnou o nutnosti vymočit se do podložní mísy v poloze na

- zádech,
- podložní mísu připravit k lůžku,
- v případě potřeby jí s podložní mísou pomoci,
- zajistit dostatek soukromí, aby se mohla vymočit,
- připravit jí k ruce pomůcky pro hygienu po provedení toalety,
- použít určité stimulační techniky, aby se nemocná snadněji vymočila, vyprázdnila.

Realizace:

Po katetrizačním výkonu jsem nemocné vysvětlila důležitost pitného režimu. Opět jsem jí vysvětlila nezbytnost pitného režimu obecně. Tekutiny jsem umístila na stolek a opakovaně jí pobízela k adekvátnímu příjmu tekutin. Informovala jsem ji, že pokud bude cítit nutkání na močení, ať si signalizačním zařízením přivolá sestru, ta ji s podložní mísou pomůže. Kolem 14.30 si přivolala sestru, protože pocítila nutkání na močení.

Bylo jí zajištěno dostatečné soukromí a čas na vykonání potřeby. Zkoušela jsem na pokoji pouštět tekoucí vodu, abych usnadnila její vymočení. Byla ponechána o samotě. Bohužel se nám první pokus nezdařil a k vymočení nedošlo. Asi za 30 min. mne znovu přivolala a stejným způsobem jsem se snažila ji opět pomoci.

Nespěchala jsem, vysvětlila jsem, že se nemusí ničím stresovat, že má dostatek času a soukromí. Kolem 15.15 se jí podařilo vymočit. Pomohla jsem s hygienou a umožnila, aby si mohla po toaletě umýt ruce.

V 15.30 za ní přišel lékař, aby odstranil sheat a zároveň byl informován, že se spontánně vymočila.

Hodnocení:

Cíl se mi podařilo splnit, pacientka se spontánně vymočila do 4 hod. po výkonu.

ad f) Porucha celistvosti kůže po zavedení sheatu a periferní kanyly, riziko vzniku infekce

Cíl:

- místa vpichu jsou klidná bez známek infekce,
- nemocná nemá příznaky infekce v místech vpichu,
- kůže nemocné je bez poškození.

Ošetrovatelský plán:

- při zavádění cévních vstupů postupujeme asepticky,
- místa vpichů kontrolujeme každý den,
- cévní vstupy převazujeme sterilně a dodržujeme zásady asepsy,
- zásady asepsy dodržujeme i při podávání léků i.v.,
- asepticky odebíráme i biologický materiál k vyšetření,
- monitorujeme fyziologické funkce, zvláště sledujeme TT nemocné,
- sledujeme dobu od zavedení kanyly do žíly, snažíme se kanylu odstranit co nejdříve, a to vše na základě platných standardů,
- po dodržení klidového režimu nemocnou časně aktivizujeme a rehabilitujeme, (prevence proleženin)
- kůži udržujeme v suchu a čistotě,
- pacientku informujeme, že po zvládnutí akutní fáze a skončení klidového režimu je nutný pohyb.

Realizace:

Paní B. přišla z katetrizačního sálu s již zavedenou periferní kanylou v levé horní končetině na předloktí. Periferní kanyla byla sterilně překryta. Zavedený sheat byl přifixován ke kůži, aby nedošlo k jeho uvolnění. Byl sterilně překryt. Místo vpichu bylo klidné a bez známek infekce.

V 15.30 byl lékařem sheat za aseptickým podmínek odstraněn a následovala komprese a další fáze klidového režimu nemocné. Po 18. hodině jsem měřila fyziologické funkce. Její tělesná teplota byla 36,8, takže pacientka byla afebrilní.

O periferní kanylu jsem pečovala po celou dobu mého ošetřování, dodržovala jsem zásady sterility a asepsy. Kanyla byla odstraněna dne 13. listopadu v 18 hod, den před dimisí.

Druhý den po katetrizačním výkonu zapojuji nemocnou do aktivit všedního dne. Spolu s rehabilitační sestrou povzbuzujeme pacientku k soběstačnosti a k sebeobsluze. Nemá proleženiny a kůže nejeví známky patologických projevů.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, v místech vpichu nedošlo k rozvoji infekce, pacientka nemá dekubity ani jiné poškození kůže

ad g) Strach z nedostatečné informovanosti pacientky projevující se nedůvěrou a obavami o svou budoucnost

Cíl:

- minimalizovat strach a obavy nemocné,
- pacientka je dostatečně informovaná o průběhu katetrizačního výkonu a o jeho nutnosti,
- zná průběh dalšího léčebného postupu,
- je dostatečně informovaná o nutnosti dodržovat klidový režim po nezbytně nutnou dobu,
- zná zvyklosti a chod oddělení,
- je edukovaná o následné péči a prevenci.

Ošetřovatelský plán :

- udělat si na pacientku dostatek času a v klidu jí vysvětlit nutnost katetrizačního vyšetření i potřebu dodržovat klidový režim,
- umožnit jí i příbuzným rozhovor s lékařem o průběhu nemoci, následné terapii a průběhu hospitalizace,
- navodit důvěru, nechat ji o svých pocitech hovořit,
- dát najevo, že na svůj strach není sama,
- motivovat a povzbuzovat ji ke spolupráci,
- snažit se naslouchat a zároveň porozumět pocitům,
- mluvit na ní srozumitelně, laskavě, trpělivě,
- sledovat nonverbální projevy komunikace,
- snažit se být nemocné na blízku (signalizace).

Realizace:

Na paní B. jsem si našla dostatek času. Snažila jsem se o navození příjemné atmosféry a začaly jsme si spolu povídat. Pozorně jsem jí naslouchala a kýváním hlavy ji dávala na srozuměnou, že její obavy chápu. Pokládala jsem otevřené otázky, aby měla možnost sama

o svých pocitech hovořit. Z našeho rozhovoru vyplynulo, že v podstatě není dostatečně informována o katetrizačním vyšetření, o tom, co bude následovat dál. Pacientce jsem se snažila podat všechny důležité informace týkající se její hospitalizace. Zároveň jsem jí umožnila rozhovor s ošetřujícím lékařem, u kterého byla přítomná i její dcera, která za nemocnou matkou přišla opět v pozdní odpoledne.

Na začátku našeho rozhovoru měla paní B. pěsti zaťaté, v průběhu se postupně uvolnila. Myslím, že můj rozhovor s ní měl pozitivní vliv na její psychický stav, byla ráda, že nejhorší má v podstatě za sebou.

Hodnocení:

Cíl se mi podařilo splnit, strach paní B. se minimalizoval.

ad h) Porucha spánku v důsledku změny prostředí a nedostatečného nočního klidu

Cíl:

Pacientka spí klidně celou noc.

Ošetřovatelský plán:

- rozvrhnout léčebnou i ošetřovatelskou péči tak, aby nenarušovala noční klid nemocné,
- prostředí v pokoji by mělo být čisté, místnost vyvětraná,
- měla by mít pohodlně připravené lůžko ke spaní,
- snažit se, aby přes den nespala, lehká aktivace nemocné,
- umožnit jí vykonat své rituály a zvyklosti před spaním,
- snažit se respektovat noční klid na oddělení, odstranit rušivé elementy.

Realizace:

První noc pacientka moc nespala, dostala hypnotika. Na druhý den hospitalizace usnula po večeři. Noční sestra ji musela kolem 20 hod vzbudit, aby jí mohla podat naordinované léky. Poté, i přes hypnotika, se jí již usnout nepovedlo.

Pacientce bylo noční sestrou upraveno lůžko, místnost byla řádně vyvětraná. Asi do 22 hod četla časopisy, které ji donesla dcera. Kolem 22.30 si pustila rádio a snažila se při tom usnout, jak je zvyklá doma. Do půlnoci se jí nepodařilo usnout, stále slyšela dění na chodbě, hlasy zdravotnického personálu.

Asi hodinu po půlnoci poprosila noční sestru o další lék na spaní. Dle ní, pacientka po podání léku na spaní usnula a spala až do probuzení kolem 6 hodiny ranní.

Paní B. tvrdí, že se moc nevyspala, cítí se unavená.

Hodnocení:

Cíl se mi nepodařilo splnit, paní B. se nevyspala dobře ani první ani druhou noc, usnula až pozdě v noci, a to i přes podání hypnotika. Ráno byla brzy probuzena. Cítí se unavená a nevyspalá.

ad i) Porucha adaptace pro vysoký věk plynoucí z nenadálé změny prostředí, projevující se pocitem opuštěnosti a bezmocnosti

Cíl:

Pacientka přijme změny související s jejím zdravotním stavem a pobytem v nemocnici a sama se aktivně zapojuje do léčebného režimu, zlepší se její psychický stav.

Ošetrovatelský plán:

- vyslechnout pacientku a zjistit, proč se nedokáže novým podmínkám přizpůsobit,
- nechat jí vyprávět a naslouchat jí,
- dát najevo psychickou podporu,
- umožnit, aby si o svých pocitech mohla otevřeně pohovořit i se svými nejbližšími.

Realizace:

V rozhovoru jsem zjistila, že je stále smutná a nemá vlastně proč a pro koho se uzdravit. Ačkoliv je dcera na blízku, paní B. je stále převážně sama. Bez přátel, bez jakéhokoliv potěšení ze života. V nemocnici se sice snaží dodržovat léčebná nařízení, ale nevidí v ničem smysl. Snažila jsem se vyjádřit svou podporu a pochopení. Připomněla jsem jí, jak obětavě o ní její dcera pečuje, jak jí má ráda. Umožnila jsem oběma, aby si spolu v klidu o tom pohovořily. Podpořila jsem je v plánu, že by možná bylo pěkné, kdyby společně o víkendu navštívily přátele paní B., kteří stále ještě žijí na vesnici, kde žila i se svým manželem.

Snažila jsem se, aby i dcera pochopila, že citově strádá a potřebuje pomoci.

Potom jsem obě ženy nechala o samotě. Dcera paní B. zůstala až do večere.

Před mým odchodem domů jsem jí opět navštívila. Měla radost, že si s dcerou po tak dlouhé době a tak otevřeně popovídala.

Hodnocení :

Cíl se mi podařilo splnit, paní B. se po rozhovoru se mnou, ale hlavně po otevřeném rozhovoru se svojí dcerou cítila lépe, její psychický stav se zlepšil. Má znovu chuť se zapojovat do léčebného i edukačního programu.

ad j) Porucha vyprazdňování střeva z důvodu nedostatku přiměřené tělesné aktivity, nepohodlí a studu nemocné

Cíl:

Pacientka má stolicí, obnovit pravidelný způsob vyprazdňování.

Ošetrovatelský plán:

- zjistit způsob, díky kterému se nemocná v domácím prostředí snáze vyprazdňovala,
- zajistit dostatečný přísun tekutin, ovoce a vlákniny,
- zajistit soukromí a dát jí na svoji potřebu čas.

Realizace:

Poslední stolicí, kterou paní B. vykonala bylo den před přijetím do zdravotnického zařízení. Od té doby na stolicí nebyla. První den hospitalizace měla klidový režim, ale již

druhý den začala spolu se mnou i rehabilitační sestrou aktivně cvičit a rehabilitovat. Po dobu mého ošetřování má dostatečný pitný režim. Dcera, která jí pravidelně navštěvuje, jí přinesla jablka a pomeranče. Pacientka však ovoce ve své výživě moc nepreferuje a dává přednost ranní kávě a cigaretě, a díky těmto rituálům prý zvládá každodenní vyprazdňování. Během svého ošetřování jsem jí kouřit neviděla, sama též popírá, že by si dala cigaretu. Je si vědoma, že tento ranní rituál jejímu zdraví nepomáhá. Dohodly jsme se, že se zkusí přemoci a dá si k svačině alespoň jeden kousek ovoce. Na základě rozhovoru jsem zjistila, že nemocná nemá v nemocnici svůj klid, nemá zde pocit soukromí a celkově se stydí o své potřebě hovořit. Vyjádřila jsem podporu, aby věděla, že jejímu studu rozumím a akceptuji jej. Pacientce jsem se snažila vysvětlit, že nemusí nikam spěchat, dala jsem jí najevo, že si klidně při vykonávání své potřeby může posedět, tak jak je zvyklá. Vyprázdnit se jí podařilo v den dimise.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, pacientka se vyprázdnila až v den svého propuštění do domácí péče

4. Edukace

Paní B. jsem vysvětlila, jak je důležité po návratu z nemocnice dodržovat určitá opatření týkající se sekundární prevence.

Byla poučena o zdravém a správném stravování. Doporučila jsem jíst alespoň pětkrát denně, vyvarovat se přejídání a vynechat potravu s velkým množstvím tuků. Taktéž jí bylo doporučeno, aby se snažila svůj jídelníček obohatit o ovoce a zeleninu.

Dále jsem jí vysvětlila, že přemíra soli v potravě jejímu zdravotnímu stavu moc neprospívá, a že by se měla vyvarovat slaným pokrmům a ve své stravě sůl omezit.

Co se týče pitného režimu, tak už v době mého ošetřování jsem pacientku informovala o důležitosti pitného režimu, nyní jsem to samé zopakovala s tím, že jsem doporučila nemocné, aby se snažila vypít denně alespoň 2 až 3 litry denně a spíše, aby se přeorientovala na obyčejnou vodu, neslazený čaj nebo minerální vody, které neobsahují mnoho soli.

Jelikož je obézní a vzhledem ke svému věku nesportuje, doporučila jsem častější procházky na čerstvém vzduchu. Vzhledem k tomu, že je silná kuřačka, narazily jsme na dosti závažný problém. Tvrdí, že díky kouření zvládá i své nedobré psychické rozpoložení po smrti manžela. Prý se již několikrát snažila s kouřením přestat, ale zatím bezúspěšně.

Neslíbila, že s kouřením přestane úplně, ačkoliv v nemocnici si prý nedala ani jednu cigaretu, ale že počet cigaret alespoň omezí.

Dále jsem jí poučila o nutnosti užívat lékařem předepsané léky a účastnit se pravidelných lékařských prohlídek. Jelikož se léčí s vysokým krevním tlakem, znovu jsem jí vysvětlila, že je opravdu nutné dodržovat dietu s omezením solí, jelikož i nevhodná slaná strava tlak zvyšuje.

V neposlední řadě jsme se dostaly opět k jejímu psychickému stavu. Vysvětlila jsem, že ani stres a už vůbec ne stres dlouhodobý, nemá blahodárné účinky na její zdravotní stav.

Připomněla jsem jí její rozhovor s dcerou, po kterém tak rozkvetla a povzbudila jí v tom, že přeci není na své obavy a problémy sama, ale že tu má svoji dceru, která se jí snaží naslouchat.

Na konec jsem, jí i dceru před propuštěním poučila. Dcera přislíbila svoji aktivní účast v uzdravovacím procesu matky, a to jak ve smyslu tělesného zotavení, tak ve smyslu psychické podpory.

5. Ošetřovatelský závěr a prognóza

O pacientku jsem se starala po dobu 3 dnů, čtvrtý den byla propuštěna do domácího ošetřování. V den propuštění, 14.11 2008, kdy jsem byla přítomna, byla zcela soběstačná a byla schopná se o sebe postarat jako před příchodem do nemocnice. Rehabilitace po katetrizačním výkonu proběhla velmi rychle, v podstatě bez komplikací, s výjimkou prvního dne, kdy byla velmi unavená a vyčerpaná a nebyla schopna se sama obsloužit.

S paní B. se mi v průběhu mého ošetřování podařilo navázat velmi dobrý vztah, myslím, že jsem jí její pobyt v neznámém prostředí výrazně ulehčila a zaznamenala jsem i výrazný pokrok v jejím zlepšení, hlavně co se týče jejího psychického stavu. Velkou oporou jí byla často přítomna dcera, která se na matku, po vzájemném rozhovoru, začala dívat jako na bytost, která silně psychicky strádá a potřebuje pomoc.

Do budoucna pevně věřím, že se celkový stav paní B.lepší, že její dcera bude pro ní oporou, a že společnými silami zvládnou všechny problémy související s její chorobou.

D. LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. a kolektiv. *Ošetrovatelská péče*. Praha, Karolinum, 2006, ISBN80-246-1113-9
2. ASCHERMAN, M. a kolektiv. *Kardiologie*. Praha: Galén, 2004
3. ČERVINKOVÁ, E., VORLÍČKOVÁ, H. a kolektiv. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000
4. FUSTER, V. *50th anniversary historical article: Acute coronary syndromes: The degrees and morphology of coronary stenoses*. J AM Coll Cardiol, 1988, 34, p. 1854-1856
5. GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. et al. *Kardiologie*. Praha, Galén, 1999
6. KOLÁŘ, J. a kolektiv. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. Praha, Akcenta, 2003, ISBN 80-86232-06-09
7. MASERI, A. *From syndromes to specific disease mechanisms. The search for the causes of myocardial infarction*. Ital Heart J, 2000, 1, p. 253-257
8. STUDENČAN, M. *Akútny koronárny syndróm*. Media Group, 2006
9. ŠPAČEK, R., WIDIMSKÝ. *Infarkt myokardu*. Galén, 2003
10. WILSON, BRAUNWALD, ISSELBACHER, PETERSDORF, MARTIN, FAUCI, ROOT. *Harrison's principles of internal medicine*. 12th edition, 1997

E. REGISTR ZKRATEK

ICHS	ischemická choroba srdeční
AIM	akutní infarkt myokardu
STEMI	ST Elevation Myocardial Infarction
nonSTEMI	non ST Elevation Myocardial Infarction
EKG	elektrokardiografické vyšetření, záznam
ECHO	echokardiografické vyšetření
EF	ejekční frakce
LKS	levá komora srdeční
PKS	pravá komora srdeční
CI	cardiac index (srdeční výdej na m ² povrchu těla)
PTCA	perkutánní koronární angioplastika
pPCI	primární perkutánní koronární intervence (PTCA, rotablace, včetně implantace stentu aj.)
LWMH	Low Weigth Molecular Heparin (nízkomolekulární heparin)
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting (aortokoronární bypass)
ACS	arteria coronaria sinistra, odstupuje z ascendentní aorty
RIA	ramus interventricularis anterior, větev ACS
RD	ramus diagonalis, větev RIA
RCx	ramus circumflexus, větev ACS
RMS	ramus marginalis sinister, větev RCx
ACD	arteria coronaria dextra, odstupuje z ascendentní aorty
RIP	ramus interventricularis posteriori, větev ACD
RPLD	ramus posterolateralis dexter, větev ACD
RR	risk ratio, poměr rizik
GUSTO	Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries
ADP	adenosindifosfát
APTT	aktivovaný protrombinový čas
INR	international normalized ratio
CK- MB	isoenzym kreatinkinázy, myokardiální frakce, aktivita enzymu
CK-MB mass	množství CK- MB v krvi
AST	Aspartát-aminotransferáza
CRP	C-reaktivní protein

F. PŘÍLOHY

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán individualizované péče
3. Analogová stupnice bolesti
4. Barthelův test základních všedních dovedností
5. Koronarografie 1: koronarografické znázornění těsné stenózy RIA, nad
odstupem RD
6. Koronarografie 2: koronarografické znázornění po PCI (PTCA+ implantace
stentu) na RIA
7. Obrázek 1: Ateromový plát a infarkt myokardu
8. Obrázek 2: Anatomie a názvosloví koronárních tepen
9. Obrázek 3: Znázornění koronární angioplastiky

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne 10. 03. 2009

jméno a příjmení zájemce

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 10. 03. 2008

.....

Kolesárová Petra Patricie

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis