

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lucie Charvátová

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou fibrilace síní

*Nursing care of a patient with diagnosis atrial
fibrillation*

Případová studie

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Lucie Charvátová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav pro ošetrovatelství 3. LF UK v
Praze

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 27.května 2011

Lucie Charvátová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Heřmanové za odborné vedení práce, Mudr. Václavu Bufkovi za ochotu a cenné rady a Janu Valáškoví za pomoc s grafickou úpravou.

Obsah

ÚVOD	7
1. KLINICKÁ ČÁST - OBECNÁ	8
1.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE.....	8
1.1.1. Cévní zásobení srdce	9
1.1.2. Převodní systém srdeční	9
1.1.3. Srdeční revoluce	10
1.2. ARYTMIE	10
1.3. PATOFYZIOLOGIE FIBRILACE SÍNÍ	11
1.4. KLINICKÝ OBRAZ.....	12
1.5. ROZDĚLENÍ FIBRILACE SÍNÍ.....	12
1.6. LÉČEBNÉ MOŽNOSTI FIBRILACÍ.....	13
1.6.1. Farmakologická	13
1.6.2. Nefarmakologická	14
1.7. VYŠETŘOVACÍ METODY	15
2. KLINICKÁ ČÁST - SPECIÁLNÍ	17
2.1. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ A PRŮBĚH.....	17
2.2. ANAMNÉZA	17
2.3. STATUS PRAESENS.....	18
2.4. VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ:	19
2.5. TERAPIE:.....	21
2.6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	25
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	27
3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	27
3.2. MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON.....	28
3.3. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	32
3.4. KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	33
3.5. DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	41
3.6. PSYCHOLOGICKÉ ZHODNOCENÍ NEMOCNÉ	41
3.7. EDUKACE.....	42
3.7.1. Edukace pacientky o užívání perorálních antikoagulancií.....	43
3.8. PROGNOZA	46

4. ZÁVĚR.....	47
5. ABECEDNÍ SEZNAM ZKRATEK	48
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
7. SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ.....	51
8. SEZNAM PŘÍLOH	51
PŘÍLOHY	52

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou K. B. (76 let), která byla hospitalizována na standardním kardiologickém oddělení pro fibrilaci síní. Na toto oddělení byla přeložena čtvrtý den z koronární jednotky ve stabilizovaném stavu.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí na klinickou a ošetrovatelskou část. Klinická část obsahuje anatomii a fyziologii srdce, patofyziologii fibrilace síní, klinické příznaky, vyšetřovací metody a léčbu. Dále je uveden stručný popis pacientky při příjmu, diagnostika a terapie dle lékařské dokumentace. V ošetrovatelské části se zabývám hodnocením nemocné podle modelu fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové a ošetrovatelskými diagnózami stanovené na první den hospitalizace na interním kardiologickém oddělení.

1. KLINICKÁ ČÁST - OBECNÁ

1.1. Anatomie a fyziologie srdce

Srdce je dutý fibromuskulární orgán zajišťující cirkulaci krve, které je uloženo v dutině hrudní v silném vazivovém vaku v osrdečníku (pericardium). Srdce má pyramidový tvar, jehož široká báze je otočena doprava nahoru a dozadu a ze které vystupují velké srdeční cévy. Srdeční hrot (apex cordis) směřuje vlevo dolů a dopředu. Srdce sousedí s plícemi z levé a pravé strany a kaudálně nasedá na bránici. Hmotnost srdce je 250-390g a tvoří 0,40- 0,45% hmotnosti těla.

Stěna srdce je tvořena třemi základními vrstvami, endokardem, myokardem a epikardem. Vnitřní výstelku srdeční dutiny tvoří lesklá, hladká, průsvitná nitroblána srdeční (endokardium). Endokard také vytváří mezi síněmi a komorami cípaté chlopně, které brání zpětnému toku krve z komor do síní při srdeční kontrakci. Střední vrstvu srdeční stěny tvoří příčně pruhovaná svalovina - myokard (myokardium). Svalovina komor je silnější než svalovina síní. Nejsilnější svalovou vrstvu má levá komora (1 - 1,5 cm), která vypuzuje krev do velkého krevního oběhu proti značnému odporu. Povrch srdce je kryt vazivovou blanou - epikardem (epicardium), který v místech ústí velkých cév přechází v perikard. Mezi epikardem a perikardem je malé množství tekutiny usnadňující klouzavý pohyb obou listů.

Srdce je rozděleno do čtyř dutin na dvě síně a dvě komory. Podélně je rozděleno žlábkem (sulcus interventricularis) na pravou a levou polovinu. Pravá i levá síň vybíhají vpřed v malá ouška (auricula dextra et sinistra).

Srdeční chlopně (valvae cordis) dělíme na cípaté a poloměsíčité. Mezi síněmi a komorami jsou cípaté. Mezi pravou síní a pravou komoru je valva tricuspidalis a mezi levou síní a levou komoru je valva mitralis. Na začátku plicní tepny se nachází valva pulmonalis a na začátku aorty valva aortae, obě mají tvar třech poloměsíčitých kapes. (1, 2)

1.1.1. Cévní zásobení srdce

Srdce je vyživováno třemi hlavními tepnami, přičemž z kořene aorty odstupují dva arteriální kmeny - levá věnčitá tepna - arteria coronaria sinistra a pravá věnčitá tepna - arteria coronaria dextra. Levá koronární tepna odstupuje z levého aortálního sinu v úrovni chlopně. Dále se větví na přední descendentní větev RIA - Ramus interventricularis anterior, který probíhá předním mezikomorovým žlábkem vyživující svalovinu přední a částečně boční stěny levé komory a Ramus circumflexus probíhající síňokomorovým žlábkem mezi ouškem levé předsíně a levou komorou. Pravá koronární tepna odstupuje z pravého aortálního sinu v úrovni horního okraje cípu chlopně a vyživuje pravou síň, část levé síně, stěnu pravé komory, zadní třetinu mezikomorového septa a malou část stěny levé komory. (3)

1.1.2. Převodní systém srdeční

Funkce srdce je zajištěna dvěma druhy srdečních buněk:

1. Buňky pracovního myokardu (buňky svalové, kontraktilní)
2. Buňky převodního systému

Oba typy těchto buněk mají specifické vlastnosti při automatické srdeční činnosti.

Část myokardu nazývaná srdeční převodní systém má schopnost vytvářet vzruchy, vyvolávat stahy okolní svaloviny srdeční a distribuovat vzruchy myokardem. Převodní systém je tvořen buňkami, které se liší od buněk pracovního myokardu anatomicou stavbou, tyto buňky mají méně fibril a četnější sarkoplazmu a mají odlišné elektrofyziologické vlastnosti.

Převodní systém tvoří:

- **sinoatriální uzel** - na vtokové části pravé síně
- **internodální dráhy** - spojení mezi SA uzlem a AV uzlem
- **atrioventrikulární uzel** - při ústí trojcípé chlopně
- **Hissův svazek** - odstupuje z AV uzlu a prochází síňokomorovou přepážkou

- pravé a levé Tawarovo raménko - směřují do svaloviny komor

- **Purkyňova vlákna** - končí ve svalovině komor. (4)

1.1.3. Srdeční revoluce

Činnost srdce je stále se opakující, cyklický děj. Srdeční revolucí nazýváme jeden z těchto cyklů. Dělíme jej na systolu a diastolu. Změní-li se napětí myokardu, dojde ke změnám tlaku v srdečních dutinách, který je důležitý pro proudění krve.

Fáze srdeční revoluce:

Období rychlého plnění komor, je fáze diastoly, kdy jsou tlaky v síních a komorách téměř vyrovnané a nízké. Tlak při ústí trojcípé chlopně v pravé síni je nulový, atrioventrikulární chlopně jsou otevřené a je umožněna komunikace mezi síněmi a komorami. Z důvodu setrvačnosti krevního proudu a pozitivního tlaku v síních proudí krev ze síní do komor.

Období pomalého plnění - zde je objem přesunuté krve ze síní do komor menší. Objem komor na konci diastoly je největší a dosahuje za klidových podmínek 120 - 140ml. Toto je konečný diastolický objem.

Izovolumická fáze - tlak se zvyšuje, objem krve se nemění, zavírají se chlopně a začíná systola komor.

Ejekční fáze - převyší-li tlak v komorách tlak v arteriích (120 mmHg v aortě, 30 mm Hg v aP), otevřou se semilunární chlopně a krev pod vlivem tlakového gradientu postupuje do velkých cév.

Období rychlého vypuzování- tlak v komorách a velkých cévách má téměř shodnou hodnotu. Tlak vypuzované krve postupně klesá a fáze přechází do

Období pomalého vypuzování, kde kontrakce některých částí svaloviny ustává a tlak začíná klesat. (4)

1.2. Arytmie

Pod pojmem arytmie rozumíme poruchy srdečního rytmu. Podle mechanismu vzniku rozlišujeme poruchy tvorby vzruchu a poruchy vedení vzruchu. Podle výsledné komorové frekvence můžeme arytmie rozdělit na

bradyarytmie, kdy je frekvence tepů pod 60 za minutu a na tachyarytmie, u nichž je frekvence nad 100 tepů za minutu. (5)

1.3. Patofyziologie fibrilace síní

Fibrilace síní je nejčastější supraventrikulární arytmii. Výskyt této arytmie se výrazně zvyšuje s věkem, s přítomností strukturálního srdečního onemocnění a důležitou roli zde hraje také genetika. Přítomnost této arytmie zdvojnásobuje mortalitu a zvyšuje riziko vzniku kardioembolizačních příhod. Fibrilace síní je často spojená s následujícími onemocněními či stavy:

- arteriální hypertenze
- ischemická choroba srdeční
- chlopenní vady
- kardiomyopatie
- endokrinologické poruchy
- intrakardiální tumory či tromby
- stav po kardiochirurgické operaci
- abúzus alkoholu, kofeinu drog
- léky. (6)

Při fibrilaci síní dochází k pouhému míhání síní na podkladě mnohočetných ektopických ložisek, které jsou shluky buněk majících schopnost tvorby vzruchu nebo na podkladě reentry okruhů. Frekvence síní je při fibrilaci nepravidelná a rychlá, obvykle kolem 600/min (v rozmezí 400 - 800). Dosáhne-li síně této frekvence, přestane se účinně stahovat, jejich podíl na plnění srdce klesá až ustává a minutový objem srdeční se sníží až o 30%.

Převod vzruchu ze síní na komory je zcela nepravidelný, s frekvencí až 150-200/min, a tím se mění i náplň srdce od jednoho cyklu k druhému. Někdy je náplň tak malá, že systolický objem krve ani nepřecherpá do periferních tepen a tudíž se neprojeví periferním tepem. Poslechem slyšíme srdeční stah, ale pohmatem tepny na periférii pulz neslyšíme. Tento stav se nazývá tzv. „periferní pulzový deficit“. Fibrilaci síní můžeme rozpoznat pomocí palpáce podle nepravidelnosti tepu a podle různě plněných tepů. (7)

1.4. Klinický obraz

Nejčastějšími příznaky arytmií jsou palpitace, které pacient nejvíce pociťuje vleže a v poloze na levém boku. Vedlejším důsledkem tachykardie mohou být stenokardie nebo dušnost. Fibrilace síní však může a často probíhá i bez zjevných příznaků. (6)

Vlivem špatné vypuzovací funkce síní v nich krev stagnuje a mohou se zde, především v oušku levé síně, vytvořit krevní sraženiny, které se mohou uvolnit a způsobit systémovou embolizaci. Zvláště klinicky závažná je embolizace do centrálního nervového systému s vyvoláním ischemické cévní mozkové příhody.

1.5. Rozdělení fibrilace síní

Klasifikace fibrilace síní je založen na časovém období výskytu arytmiie.

Dělí se obvykle na:

Paroxysmální fibrilace síní

Rekurentní epizody arytmiie, spontánně se ukončují do sedmi dnů.

Nejčastěji se vyskytují u pacientů s absencí kardiální nemoci (kromě arytmiie) nebo u méně významného organického postižení nemocnění srdce. Vznik tohoto typu arytmiie nemusí být doprovázen snížením minutového srdečního výdeje, ale často je doprovázena palpitací, pocitem tlaku v oblasti krčních žil atd.

Perzistující fibrilace síní

Arytmiie, která se udržuje více než sedm dnů nebo trvá kratší dobu, ale vyžaduje elektrickou či farmakologickou kardioverzi.

Permanentní fibrilace síní

Je tehdy, jestliže se nezdařila kardioverze arytmiie nebo o ni nebyl učiněn pokus. (8)



Obrázek 1 Fibrilace síní - absence P vln je nahrazena fibrilačními vlnkami. (1)

1.6. Léčebné možnosti fibrilací

1.6.1. Farmakologická

- úprava srdečního rytmu (farmakologická kardioverze)
- kontrola srdeční frekvence
- prevence tromboembolických komplikací

Klasifikace antiarytmik podle Vaughan- Williamse

I. třída - blokátory sodíkového kanálu

- Ia. ajmalin
- chinidin
- Ib. mezokain
- Ic. propafenon

II. třída - betablokátory

- esmolol
- eropropranolol
- metoprolol
- betaxolol
- atenolol

III. třída - blokátory draslíkového kanálu

- sotalol
- amiodaron
- ibutilid

IV. třída - blokátory vápníkových kanálů

- verapamil
- diltiazem (7)

1.6.2. Nefarmakologická

Vagové manévry - jsou metody zahrnující masáž karotid, tlak na oční bulby a zvýšení nitrobřišního tlaku, díky kterým může dojít ke krátkodobému zpomalení převodu na komory a ozřejmění mechanismu tachykardie nebo i k verzi na sinusový rytmus.

Elektroimpulzoterapie (kardioverze, kardiostimulace) - Elektrická kardioverze je léčebná metoda prováděná za pomoci defibrilátoru. Provádí se v silné analgosedaci či krátké celkové anestezii. Defibrilátor je speciální přístroj, který vysílá do organismu elektrický výboj okolo od 10 do 360 J pomocí dvou elektrod, které se přikládají na hrudník. Tento elektrický výboj přeruší arytmií a umožní, aby se uplatnil přirozený sinusový rytmus. Výboj se provádí v tzv. synchronizaci s elektrickou srdeční aktivitou, aby zasáhl ve fázi mimo vulnerabilní fázi srdeční revoluce. Jinak by mohlo dojít ke vzniku maligní komorové arytmie, především fibrilaci komor. (7)

Katetrizační ablace - je metoda, při níž se zavede intrakardiálně katétr, kterým se zmapuje místo vzniku tachyarytmie a následně se aplikuje radiofrekvenční energie do kritické oblasti pro vznik arytmie. V místě kontaktu elektrody s endokardem dochází k ohřátí tkáně na teplotu 45-55°C s následkem vzniku drobných nekróz. Tato metoda je účinná dle typů arytmie z 98%. Využívá se jak pro léčbu supraventrikulárních arytmií, tak i u komorových tachykardií. U fibrilace síní se provádí izolace vtokových částí plicních žil do levé síně, odkud většinou vychází ektopické impulsy spouštějící fibrilaci síní. (6)

Implantace defibrilátoru - je léčebná metoda využívaná nejčastěji u pacientů s vysokým rizikem náhlého úmrtí. Defibrilátor je přístroj zavedený pod kůži či prsní sval, který pomocí intrakardiální elektrody monitoruje činnost srdce a v případě vzniku závažné arytmie zahájí příslušnou léčbu stimulací či defibrilací.

Léčba chirurgická - je odstranění arytmogenního substrátu metodou zvanou chirurgická ablace, v případě fibrilace síní tzv. metodou MAZE, což je pruhovité přerušování endokardu a tím i vodivých drah v síních. Většinou se provádí příčnými řezy nařiznutím endokardu nebo tzv. kryometodou. Tj. chladem vyvolanou nekrozou endokardu.

1.7. Vyšetřovací metody

Elektrokardiografie EKG

Je neinvazivní vyšetřovací metoda zaznamenávající elektrickou činnost srdce, tzn. vznik a šíření akčního proudu (biopotencionálů) převodním systémem srdečním a buňkami myokardu. Přístroj pro snímání elektrické aktivity srdce se nazývá elektrokardiograf a zápis elektrické aktivity na papír nebo monitor elektrokardiogram. Elektrody snímající elektrické potenciály srdce se přikládají na hrudník a končetiny nebo jen na hrudník. Jedna elektroda slouží vždy jako uzemnění.

Svody:

- Končetinové - bipolární - I, II, III
- unipolární - aVR, aVL, aVF
- Hrudní - unipolární - V1, V2, V3, V4, V5, V6

Umístění hrudních svodů:

- V1 - 4. mezižebří vpravo, těsně u sternu,
- V2 - 4. mezižebří vlevo, těsně u sternu,
- V3 - polovina vzdálenosti mezi V2 a V4,
- V4 - 5. mezižebří v medioklavikulární čáře,
- V5 - 5. mezižebří v přední axilární čáře,
- V6 - 5. mezižebří v střední axilární čáře.

Holterovo monitorování

Je dlouhodobé monitorování EKG. Elektrokardiografická metoda, která umožňuje zaznamenávat elektrickou aktivitu srdce po dobu 14-48 hodin při všedních denních úkonech. Monitorovací systém je tvořen elektrodami,

bipolárními svody s příslušnými kabely, Holterovou Ekg monitorovací jednotkou (Holter recorder) a vyhodnocovací jednotkou (analyzátořem). V průběhu monitorování si vyšetřovaný vede protokol, v němž si zaznamenává prováděné úkony, subjektivní pocity při nich a čas.

Echokardiografie

Je neinvazivní vyšetřovací metoda, která k zobrazení srdečních struktur a velkých cév využívá ultrazvukové vlnění o frekvenci 2,5 - 10 Mhz. Principem této metody je rozdílné šíření ultrazvuku ve tkáních a tělních tekutinách a na jeho zpětném odrazu. Tyto vlny vysílá a zpětně přijímá odražené signály echokardiografická sonda přiložená na hrudník. Poté jsou elektronicky zpracovány do výsledného obrazu na monitor přístroje. Používáme jednorozměrné zobrazení, dvourozměrné sektorové zobrazení a dopplerovské mapování. v srdci. Dynamicky zachycuje srdeční revoluci, velikost srdečních oddílů a stěn, změny chlopní a proudění krve.

Selektivní koronarografie

Invazivní, katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen, které se zobrazí rentgenograficky po nástřiku kontrastní látky. Pomocí koronarografického katétru zavedeného přes femorální tepnu zobrazujeme srdeční cévy, vrozené anomálie srdce, aterosklerotické stenózy aj.

Elektrofyzilogické vyšetřování

Je invazivní vyšetřovací metoda, která slouží k upřesnění diagnostiky srdečních arytmií (k posouzení funkce nodus atrioventrikularis a AV převodu), synkop, palpitací a k testování účinku zavedené antiarytmické léčby. Vyšetřování spočívá v zavedení elektrodových katétrů venózní nebo arteriální cestou do jednotlivých srdečních oddílů, ve snímání jejich srdečních aktivit a jejich stimulace, je to v podstatě záznam ekg intrakardiálně zavedenou elektrodou či elektrodami. (9)

2. KLINICKÁ ČÁST - SPECIÁLNÍ

2.1. Nynější onemocnění a průběh

76letá pacientka, hypertonička, diabetička přijata pro progresi námahové dušnosti až do klidové, bolesti na hrudi. Na EKG vstupně fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí nejasného stáří. Kardiospecifické enzymy opakovaně negativní. Echokardiograficky těžká systolická dysfunkce LKS s EF 30%, difuzní porucha kineticky, středně významná mitrální regurgitace, významná trikuspidální insuficience. CT angio plic vyloučilo plicní embolii. Po nasazení betablokátorů a digoxinu zpomalení tepové frekvence. Dále laboratorně mikrocytární sideropenická anémie. Během monitorace bez zachycení závažné arytmie, klinické a subjektivní zlepšení. Ve stabilním stavu přeložena na standardní oddělení.

2.2. Anamnéza

K.B. Narodena 1933

OA: Prodělala běžné dětské nemoci, operace kýly 3x, St.p duodenálním vředu, léčí se s hypotyreózou a hypertenzí. DM II. Typu na PAD a dietě. 11/2010 hospitalizována pro kolaps na neurologii.

FA: Hydrochlorothiazid 1/2-0-0

Torvacard 10 0-0-1

Anopyrin 0-1-0

Fosinopril 10 1-0-0

Letrox 100 1-0-0

Tyreoton 1-0-0

Metformin 500 1-0-0

Citalec 10 1-0-0

AA: neguje

PA: v důchodu, dříve pracovala v masném průmyslu na jatkách

SA: žije s vnukem
RA: otec 5x IM, + 70 let, matka + 97 let stáří, sestra + 67let, léčila se se srdcem, děti 1 dcera, zdráva

2.3. Status praesens

Celkový stav: při vědomí, orientována místem, časem, osobou, spolupracuje

Hlava: na poklep nebolestivá, sklery bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, výstupy trigeminu nebolestivé, jazyk vlhký, plazí středem, chrup zubní protéza

Uši, nos: bez výtoku

Krk: náplň krčních žil nezvýšena, uzliny nehmatné, nezvětšeny.

Hrudník: souměrný, mammy bez rezistence, uzliny nehmatné, poklep plic jasný, dýchání čisté, sklípkovité

Břicho: měkké, nad niveao, nebolestivé, jizvy klidné, dýchá v celém rozsahu

Varixy: 0, lýtka palpitačně nebolestivá

Kůže: prokrvená, ikterus 0

Otoky: 0

Per rectum: nevyšetřeno

FF: TK:125/95, P: 160/min, DF: 12/min, TT: 36,8,
Výška:164cm, Váha:85kg, BMI: 31,6

Hlavní diagnóza: Fibrilace síní

Vedlejší diagnózy: Mikrocytární sideropenická anémie - k dovyšetření
St.p. kolapsu 11/2010, hospitalizována na neurologii v Motole
Arteriální hypertenze
Hypothyreóza na substituci
DM II. typu na PAD a dietě
St.p. operaci kýly v jizvě 3x

2.4. Výsledky vyšetření:

EKG:

Akce srdeční nepravidelná, TP:160/min, fibrilace síní, LAH (levý přední hemiblok), ST isoelektrické.

Selektivní koronarografie:

Fokální ateroskleróza, nemoc 1 tepny - RIA 60%, pravotyp, hraniční stenóza na RIA jistě nevysvětluje difuzní poruchu kinetiky s EF levé komory 30%.

Hemodynamické parametry:

Aorta: 140/80mmHg

Echokardiografie:

Těžká systolická dysfunkce LKS, EF 30%, difuzní porucha kinetiky, středně významná mitrální insuficience, významná trikuspidální insuficience. Dilatace PK a LS

Krev – Hematologie:

Leukocyty	4,4	Neutrofilly	2,52
Erytrocyty	4,95	Lymfocyty	1,1
Hemoglobin	10,8 !	Monocyty	0,59
Hematokrit	38,70%	Eosinofily	0,2
Trombocyty	245	Basofily	0,02

Quickův test	16,7s !	APTT test	41,3 !
Quick kontrola	13,2s	APTT kontrola	31,3s
INR	1,36 !	APTT/R	1,32 !

Krev – biochemie:

Natrium	140	Glukosa	6,41 !
Kalium	3,7 !	Myoglobin	44
Chloridy	103	Troponin	<0,2
Urea	4,7	C - reaktivní protein	3,9
Kreatinin	79	CA 19-9	14
Celkový bilirubin	22,9 !	CA 125	97 !
ALT	0,3	T4	20,8
AST	0,37	T3	3,36 !
ALP	0,73	TSH	1,32
CK-MB	0,26	Železo	4,5 !
Kreatinkinasa	0,64	Transferrin	3,12

Moč + sediment:

pH	6	Erytrocyty	1
Bílkovina	0	Leukocyty	6
Glukosa	0	Bakterie	Přítomny !
Ketolátky	0	Dlaždic. epitelie	1
Bilirubin	0	Přech. epitel	1
Urobilinogen	0	Hlen	přítomny
Krev	0	Uráty	přítomny
Spec. hmotnost	1012 !	Nitrity	0

Shrnutí:

Přijata pro tachybrilací síní, bez průkazu akutního koronárního syndromu. Koronarografie jen s izolovanou stenózou (60%) na RIA. Porucha kinetiky levé komory s ejekční frakcí 30% není vysvětlena poruchou prokrvení koronárního řečiště. V anamnéze nenasvědčuje nic pro proběhlý infek. Toxonutrivní anamnéza negativní. Jako příčina dysfunkce levé komory srdeční se nabízí na 1. místě tachybrilace síní se vznikem tachykardií navozené kardiomyopatie. V plánu kontrola srdeční frekvence, kontroly krevního obrazu pro sideropenickou anemii nízké hodnoty trombocytů (kontrola s ručním přepočtením trombocytů), provedení základního onkologického skríninku (pozit. tumorozní markery, anemie).

2.5. Terapie:

i.v.

FR 1/1 500 ml 1-0-0

s.c.

Clexan 0,6 ml 1-0-0

Složení: Enoxaparinum natricum

Indikační skupina: Antitrombotikum

Nežádoucí účinky: Krvácení, trombocytopenie, trombocytóza, alergické reakce, kopřivka, svědění, erytém

p.o.

digoxin 0,125 mg 1-0-0

Složení: Digoxinum

Indikační skupina: Kardiotonikum

Nežádoucí účinky: Zhoršená kompenzace, bradykardie nebo naopak zrychlení komorové frekvence, AV blok 1. stupně, časté extrasystoly, bigeminie, supraventrikulární tachykardie s blokem a další arytmie, anorexie, nauzea, zvracení, bolest

hlavy, malátnost, únavnost, dezorientace, poruchy vidění, výjimečně alergické reakce.

Furon 40 mg 1/2-0-0

Složení: furosemidum

Indikační skupina: diuretikum, antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: hyponatrémie s apatií, ztráta chuti k jídlu, zvracení, spavost, dezorientace, křeče v lýtkách, hyperkalémie i hypokalémie s příznaky neuromuskulárními, intestinálními, renálními a kardiálními, hypokalcémie a hypomagnézémie s projevy tetanie nebo poruchami srdečního rytmu, alergické projevy, krevní poruchy, kožní reakce.

Verospiron 25 mg 0-1-0

Složení: Spironolactonum

Indikační skupina: Diuretikum šetřící draslík

Nežádoucí účinky: Hyperkalémie, hyponatrémie a gynekomastie, agranulocytóza, gastrointestinální potíže jako křeče v břiše, průjem, krvácení do žaludku, žaludeční a duodenální vředy, gastritida, zvracení. Spavost, letargie, bolesti hlavy, makulopapulózní nebo erytematózní kožní erupce, zmatenost, léková horečka, ataxie, neschopnost dosáhnout nebo udržet erekci, nepravidelné menses, amenorea, postmenopauzální krvácení, zhrubnutí hlasu.

Betaloc Zok 25 mg 1-0-0

Složení: Metoprolol succinate

Indikační skupina: Betablokátory

Nežádoucí účinky: Bradykardie, studené končetiny, palpitace, srdeční arytmie, únava, závratě a bolesti hlavy, svalové křeče, nauzea, bolesti břicha, zvracení, průjem, zácpa, sucho v

ústech, nárůst tělesné hmotnosti, poruchy soustředění, nespavost nebo ospalost, dušnost při námaze.

Torvacard 10 mg 0-0-1

Složení: Atorvastatinum calcium

Indikační skupina: Hypolipidemikum

Nežádoucí účinky: Zácpa, nadýmání, dyspepsie, nausea, zvracení, průjem, trombocytopenie, alergické reakce, insomnie, bolest hlavy, závratě, parestezie, hypestezie, kožní vyrážka, atralgie.

Anopyrin 100 mg 0-1-0

Složení: acidum acetylsalicylicum

Indikační skupina: antiagregancia

Nežádoucí účinky: Gastrointestinální obtíže jako je bolest žaludku a mikrohemoragie, nauzea, zvracení a průjmy, žaludeční krvácení a ulcerace žaludku, záchvat dušnosti a kožní reakce.

Letrox 100 mg 1-0-0

Složení: Levothyroxinum natricum

Indikační skupina: Hormon štítné žlázy

Nežádoucí účinky: tachykardie, palpitate, angiózní obtíže, třes, neklid, nespavost, nadměrné pocení, pocit horka, horečka, úbytek váhy, zvracení, průjem, bolesti hlavy, svalová slabost a křeče, menstruační poruchy, pseudotumor cerebri.

Thyreotom 1-0-0 po-st-pá

Složení: Levotyroxinum

Indikační skupina: Hormon štítné žlázy

Nežádoucí účinky: třes prstů, tachykardie, arytmie, pektanginózní stavy, hyperhydróza, úbytek váhy, průjem, neklid, nespavost, alergické reakce jako např. kopřivka, křeče

průduškové svaloviny s dušností (bronchospasmus) a otok hrtanu.

Citalec 10 mg 1-0-0

Složení: Citalopram

Indikační skupina: Antidepresivum

Nežádoucí účinky: Průjem, zvracení, zácpa, svědění, snížená chuť k jídlu, snížení hmotnosti, agitovanost, snížení libida, úzkost, nervozita, stav zmatenosti, abnormální orgasmus (u žen), abnormální sny, třes, parestezie, závratě, poruchy vidění, zívání, sucho v ústech.

Helicid 20 0-0-1

Složení: Omeprazolum

Indikační skupina: Antiulcerosum

Nežádoucí účinky: průjem, zácpa, abdominální bolest, nauzea a zvracení, plynatost; vzácně sucho v ústech, stomatitida a gastrointestinální kandidóza, svědění, kopřivka, bolest hlavy, méně často závratě, parestézie, ospalost, nespavost a vertigo.

Lactulosa - dle potřeby 1.lž.

Složení: lactulosum

Indikační skupina: laxativum

Nežádoucí účinky: Meteorismus, flatulence, bolesti nebo křeče v břiše, nauzea a zvracení. Při vysokých dávkách průjem.

Režim na oddělení:

TK 3x denně

bilance tekutin – příjem + výdej

Dieta: č. 9- diabetická

pohybový režim: chodící s doprovodem na WC, křeslo

2.6. Průběh hospitalizace

Průběh hospitalizace

Paní K.B. Byla dne 8.12. přijata na koronární jednotku intenzivní péče pro dušnost a tachykaridii. Subjektivně udávala celkovou slabost, dušnost, nemohla vůbec chodit, okamžitě se zadýchala i v klidu a nadměrně se potila. Lékař stanovil diagnózu fibrilace síní a ve stabilizovaném stavu byla pacientka přeložena dne 11.12. na standardní kardiologické oddělení, na kterém jsem se o paní K.B. starala po dobu 5 dnů.

Pacientka po překladu na kardiologické oddělení byla seznámena s následnou terapií a plánovaným vyšetřením. U pacientky jsem během její hospitalizace sledovala krevní tlak a puls 3x denně, který se postupně stabilizoval z hodnoty 155/95 na 140/80 a tepová frekvence na 80 tepů za minutu díky podávání betablokátorů, digoxinu a antihypertenziv.

Dále jsem denně natáčela ekg, které přikládám do přílohy. Dále jsem u paní K.B. sledovala příjem a výdej tekutin, dále jen (P/V), který byl 1. den 2000/1500, 2. den 2000/1550, 3. den 1500/1250, 4. den 1500/1200. Pacientka měla zavedený permanentní žilní katetr již z koronární jednotky, kterým bylo aplikováno 500ml fyziologického roztoku, který byl vytažen druhý den z důvodu zrušení infúzní terapie. Dále jsem monitorovala 3x denně hladinu glykémie jejíž hladina byla 5,6- 6,7-7,2 .

Druhý den pacientka podstoupila gynekologické vyšetření, před kterým nebylo nutné provádět speciální přípravy, pouze jsem pacientku doprovodila do sprchy a pomohla jí s hygienou. Paní K.B. se z vyšetření vrátila s výsledkem normálního nálezu.

Čtvrtý den byla pacientka objednána na ultrasonografii břicha. Pacientce jsem vysvětlila den předem o jaké jde vyšetření a poučila jsem ji, aby od půlnoci již nic nejedla, nepila a nekouřila. Výsledek ultrasonografie byl bez patologického nálezu. Paní K.B. byl z důvodu prevence tromboembolických komplikací aplikován 1x denně Clexane 0,6ml do podkoží po celou dobu její hospitalizace. Od čtvrtého dne byla pacientka převáděna na perorální antikoagulancia, která

bude pacientka užívat minimálně po dobu šesti týdnů před plánovanou elektrickou kardioverzí. O jejich užívání jsem paní K.B. edukovala. Během celé hospitalizace jsem pacientku podporovala v udržení soběstačnosti, vykonávala preventivní opatření proti pádu, kontrolovala celkový stav a podávala medikaci dle ordinace lékaře.

Pátý den byla pacientka propuštěna do ambulantní péče stabilizována a plně informována o svém zdravotním stavu. Od lékaře obdržela propouštěcí zprávu, která obsahovala doporučení o kontrole u praktického lékaře do tří dnů od propuštění, kontrolu krevního obrazu, mineralogramu a funkce štítné žlázy. Dále zde doporučeno po dokumentované účinné antikoagulační terapii pacientku objednat k elektrické kardioverzi s nutností vysadit digoxin čtyři dny před výkonem. Nutná dispenzarizace kardiologem, pravidelné kontroly krevního tlaku s kontrolní echokardiografií. Doporučeno Holterovo monitorování EKG, CT vyšetření břicha a malé pánve. Vhodná dispenzarizace endokrinologem a kontrola diabetologem.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Ošetřovatelský proces

Je systematický způsob poskytování ošetřovatelské péče, charakteristický individuálním, komplexním - holistickým přístupem. Jedná se o cyklický proces, jehož fáze se vzájemně prolínají a doplňují se. Vychází z poznání nemocného a z aktivního vyhledávání potřeb. Zabezpečuje soustavnou péči a umožňuje pacientovi se na péči podílet. Skládá se z následných pěti komponent.

Fáze ošetřovatelského procesu

- 1. fáze** - ošetřovatelská anamnéza - sběr dat o pacientovi získaných na základě rozhovoru s nemocným a jeho příbuznými, z dokumentace, z dotazníků a vlastním pozorováním. Zhodnocení fyzického a psychického stavu nemocného.
- 2. fáze** - stanovení ošetřovatelské diagnózy - po analýze zjištěných dat sestra stanoví spolu s nemocným ošetřovatelské problémy a potřeby v pořadí podle naléhavosti. Problémy se mohou měnit se změnami potřeb pacienta.
- 3. fáze** - plánování péče - na základě anamnézy a ošetřovatelských diagnóz sestra stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle a naplánuje vhodné, jasně dané intervence k dosažení těchto cílů.
- 4. fáze** – realizace - provedení stanovených intervencí, která sestra provádí k dosažení vytyčených cílů. Zahrnuje ověření aktuálnosti ošetřovatelského plánu, další sběr dat v průběhu ošetřování a dokumentování.
- 5. fáze** – zhodnocení - Srovnávají se kritéria stanovená plánem, údaje v anamnéze a skutečnost nemocného, zda byl cíl splněn, částečně splněn či nesplněn. Hodnocení je průběžné, nebo závěrečné při ukončení hospitalizace. (10)

3.2. Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordon

Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala na základě ošetrovatelského modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordon, který umožňuje komplexní zhodnocení pacienta a jeho potřeb, na jehož základě může být postaveno efektivní plánování a realizace ošetrovatelské péče. Skládá se z dvanácti složek, z nichž každá představuje funkční a dysfunkční součást zdravotního stavu.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Výživa a metabolismus

Vylučování

Aktivita, cvičení

Spánek, odpočinek

Vnímání, poznávání

Sebekoncepce, sebeúcta

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Sexualita, reprodukční vztahy

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Jiné (11)

Pacientka K.B., 76 let byla hospitalizována s diagnózou fibrilace síní. Anamnézu jsem zpracovala 4. hospitalizační den, 1. den pobytu na interním kardiologickém oddělení. Pacientka má jako další vedlejší diagnózy diabetes mellitus 2. typu léčený PAD a dietou, hypertenzi a hypothyreózu. Nemocná žije v Praze v rodinném domě spolu s vnukem a jeho přítelkyní. V současné době je v důchodu, dříve pracovala v masném průmyslu.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Nynější hospitalizace je v pořadí pátá. Třikrát byla paní K.B. hospitalizována pro operace kýly a před měsícem a půl byla hospitalizována pro kolaps na neurologii. Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako zhoršený, cítí se celkově slabá. Před třemi týdny se pacientka začala zadýchávat při svých

obvyklých činnostech a postupně se dušnost zhoršila až na klidovou s pocitem palpitace. V rodinné anamnéze nemocná udává kardiovaskulární onemocnění. Alkohol pije jen výjimečně, dříve kouřila, nyní je již dvacet pět let nekuřák. Celý život žila aktivně, sportovala. Dříve občas chodila na krátké procházky s vnukem a starala se o zahrádku a zvířata, v poslední době však už tyto činnosti dělat nemůže, protože na to nemá sílu a bolí jí kolena. Upřímně doufá, že se bude moci co nejdříve vrátit domů.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pacientka se stravuje pravidelně 3 - 4 krát denně spíše střední porce. Je schopna najíst se sama, ale dopomoc potřebuje v oblasti přípravy jídla. Pro diagnózu diabetes mellitus musí pacientka dodržovat dietu, kterou však občas poruší, protože má ráda sladké. Stravu jí doma připravuje ve většině případech přítelkyně vnuka. Sama už prý delší vaření nezvládne, protože nevydrží dlouho stát. V poslední době nezaznamenala úbytek váhy. Při 164cm váží 85kg, což odpovídá BMI (Body mass index) 31,6, které značí obezitu. Paní K.B. by si do budoucna přála zhubnout, protože ví, že samotná nadváha jí působí značné zdravotní potíže. Denně vypije kolem 1 litru tekutin. Pije kávu, vodu, někdy džus a ovocné čaje. Pocit žízně výrazně nepocituje. V posledních týdnech zaznamenala zvýšené pocení. Pacientka má snímatelnou zubní horní a spodní protézu.

Dietu má č. 9 - diabetickou. Sledujeme bilanci tekutin z důvodu diuretické medikace. Pacientka má zavedený periferní žilní katétr pro aplikaci fyziologického roztoku. Pacientka přijala perorálně 1000ml tekutin a intravenózně 500ml fyziologického roztoku. Celkový příjem tedy činí 1500ml a výdej 1100ml.

VYLUČOVÁNÍ

Pacientka si stěžuje na problém s vyprazdňováním stolice. Doma se vyprazdňuje pravidelně téměř každý den, ale zde při pobytu v nemocnici prý ještě nebyla. Udává pocit plnosti a tlaku. Přisuzuje to změně prostředí, ve kterém se necítí moc dobře a také z důvodu klidového režimu v minulých dnech. Poslední stolice byla před čtyřmi dny. Projímadla neužívá. Dále pacientka trpí stresovou

inkontinencí moči. Jako pomůcky používá inkontinenční vložky. V poslední době zaznamenala zvýšené pocení bez zápachu.

AKTIVITA, CVIČENÍ

Pacientku trápí zhoršená chůze z důvodu snížené svalové síly, celkové slabosti a z důvodu bolestivosti kloubů pro artrózu, která však nebyla zaznamenaná v lékařské dokumentaci. Pacientka používá k přesunu hůl. Objektivně chodí nejistou chůzí, přidržuje se postele či stolu, bojí se pádu. Za podpory druhé osoby si je mnohem jistější. Volný čas nejčastěji tráví doma sledováním televize, poslechem rádia, odpočinkem na zahradě a povídáním si s vnukem. V oblasti hygieny pacientka potřebuje pomoci zejména s doprovodem do sprchy, přisunutím židle a hygienických pomůcek, svlečením košile a umytím míst, na které si sama nedosáhne, jako jsou hýždě, nohy a záda. Na toaletu zvládne dojít s doprovodem, avšak z důvodu nestability při stání je třeba jí dopomoci v utření intimních míst. Sníženou soběstačnost má také i v oblasti oblékání, zejména když se musí ohýbat, nebo předklánět. Vyžaduje dopomoc s oblékáním košile, spodního prádla, ponožek a nazouvání bot. U pacientky jsem provedla Barthelové test základních všedních činností, ze kterého vzešlo 70 bodů, což je lehký stupeň závislosti. Dále jsem u pacientky vyhodnotila riziko pádu, ze kterého vzešla hodnota 7, což značí vysoké riziko pádu. Riziko vzniku dekubitů jsem vyhodnotila počtem 26 bodů, což je nízké riziko.

SPÁNEK, ODPOČINEK

Problémy se spánkem pacientka neudává. Spí klidně celou noc, bez větších obtíží. Občas se vzbudí s potřebou na močení nebo s nutností vyměnit košili z důvodu zvýšeného pocení. Spí kolem sedmi hodin denně. Usíná kolem desáté a probouzí se pravidelně v šest hodin ráno. Během dne si obvykle zdřímne na třicet minut, nejčastěji po obědě, kdy je trochu unavená. V nemocnici si krátí chvíle poslechem rádia, u kterého si odpočine.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka hůře slyší. Naslouchátko nenosí. Je nutné mluvit pomalu a hlasitě. Zrak má lehce zhoršený, nosí brýle pouze na čtení. Očního lékaře navštěvuje pravidelně. Je informována o své nemoci. Občas mívá problém s pamětí typu „kam jsem položila brýle, co jsem to vlastně chtěla“, ale závažnější poruchy neudává. Problémy s porozuměním nemá. Stále se ráda učí novým věcem. Pacientka je komunikativní a otevřená.

SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Pacientka se ještě necítí plně zdráva, chtěla by nabrat sílu a vrátit se domů. Situace zvládá dobře, vždy si se vším poradila, za podpory rodiny i zdravotnického personálu. Svoji osobnost by popsala jako klidnou, vyrovnanou, vytrvalou a otevřenou. Má smysl pro humor. Se sebou byla vždy spokojená. V současné době ji nejvíce trápí celková slabost a úbytek sil, ale doufá, že se tolepší. Nechce být závislá na vnukovi, ale ví, že když bude potřeba, vždy jí rád pomůže.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlí v rodinném domě spolu s vnukem a jeho přítelkyní. Oba ji navštěvují v nemocnici a doma se o ni starají a pomáhají jí. Vycházejí spolu všichni dobře. Jako matka vychovala jednu dceru, která žije na Slovensku. Paní K.B. je vdova, ale s manželem měli celý život krásný vztah. Vždy se svou rodinou vycházela dobře, bez větších hádek, vždy spolu zvládly i těžší situace. Dcera za ní přijede na návštěvu, dle svých možností. V kontaktu jsou spolu často, hlavně přes telefon. Má dvě přítelkyně, se kterými se často stýká. Osamělá se necítí. Několik let je v důchodu, dříve pracovala v masném průmyslu.

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ VZTAHY

Tato otázka mi nepřišla vhodná vzhledem k věku pacientky. Proto jsem se hlouběji nevyptávala.

První menstruaci měla ve čtrnácti letech. Gravidní byla jednou. Potrat neprodělala žádný.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Pacientka udává, že stres zvládá relativně dobře „Když přijdou problémy, hned se musí začít řešit“. Pobyt v nemocnici vnímá jako lehce stresový. Největší oporou je pro ni vnuk, se kterým může vše řešit, obrátit se však může i na dceru. Nejtěžší situací v životě pro ni bylo úmrtí sestry před pěti, která se od mala léčila se srdcem. Alkohol pije jen výjimečně při nějaké příležitosti. Jako prostředek na zvládání stresových situací využívá relaxační metody v podobě posezení v přírodě, pitím bylinného čaje a poslechem rádia. Z farmakologické anamnézy užívá Citalec 10 jedenkrát denně.

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Paní K.B. Je ateistka, věří sama v sebe. Největší životní hodnotou jsou pro ni zdraví a rodina. Ráda by se dočkala pravnoučat. Se svým životem je spokojená a nic by na něm neměnila. Říká, že ho prožila plnohodnotně, nic jí nikdy nechybělo a nescházelo. Manžel byl „správnou volbou“ a vždy jí byl nejbližším přítelem. Nikdy nelpěla na bohatství a postavení, spíše se snažila o pohodu domácího krbu.

3.3. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě problémů pacientky, které jsem získala při rozhovoru s ní a z údajů získaných podle hodnotících škál. Rovněž jsem využila i zdravotnickou dokumentaci. Ošetrovatelské diagnózy jsem seřadila podle priorit pacientky. Ošetrovatelské diagnózy, intervence a realizaci péče jsem stanovila na první hospitalizační den na interním kardiologickém oddělení.

- Riziko pádu v souvislosti s užívanými léky a poruchou hybnosti.
- Snížená soběstačnost v oblasti mobility, hygieny a oblékání z důvodu omezené hybnosti a celkové slabosti.
- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK.
- Zácpa v souvislosti se změnou prostředí.

- Riziko vzniku dehydratace související se zvýšeným pocením a užíváním diuretik.
- Riziko poruchy integrity kůže v souvislosti se stresovou inkontinencí.

3.4. Krátkodobý ošetrovatelský plán

Riziko pádu v souvislosti s užívanými léky a poruchou hybnosti

CÍL:

- Snížit riziko pádu na minimum

INTERVENCE:

- Poučit pacientku o možném riziku pádu.
- Zajistit signalizační zařízení na dosah pacientky a poučte ji o užívání kdykoliv bude potřebovat.
- Zajistit další pomůcky jako jsou postranice a schůdky.
- Poučit pacientku o nutnosti užití postranic. Vysvětlit důvod jejich použití, že jde o bezpečnost pacientky a zabránění pádu.
- Na noc zajistit světlo u lůžka pro lepší orientaci.
- Edukovat pacientku o vhodné obuvi.
- Při každém vstávání a chůzi doprovázet pacientku.
- Kontrolovat pacientku a její stav každou hodinu.

REALIZACE:

Pacientku jsem seznámila s možností a nebezpečím pádu a použila jsem postranice u lůžka z jedné strany, což bylo pro pacientku přijatelné. Pacientku jsem poučila o užití signalizačního zařízení a společně jsme jej vyzkoušely. Pacientku jsem dále edukovala o použití schůdku, který jsem pacientce obstarala k lůžku z důvodu vysoké postele pro bezpečné vstávání. Na noc jsem pacientce zajistila nepřetržitě tlumené světlo, tím, že jsem noční službě předala hlášení o této potřebě. Dále jsem poučila pacientku o zvýšeném riziku pádu z důvodu špatné obuvi a nutnosti mít obuv pevnou s opaskem. O této potřebě jsem mluvila s pacientčíným vnukem, který pantofle s páskem přivezl. Pacientku kontroluji

minimálně jedenkrát za hodinu a plním její potřeby. Pacientku jsem vždy doprovázela na toaletu, do sprchy a ke stolu k jídlu. Kontroly jsem prováděla pravidelně každou hodinu.

HODNOCENÍ:

Během mé služby nedošlo k pádu pacientky, využívá signalizačního zařízení vždy, když potřebuje. Cíl byl splněn.

Snížená soběstačnost v oblasti mobility, hygieny a oblékání z důvodu omezené hybnosti a celkové slabosti.

CÍL:

- Pacientka udrží stávající schopnosti sebepéče.
- Pacientka bude schopna za pomoci druhé osoby dojít na wc a do sprchy.
- Pacientka bude mít promazanou pokožku.
- Pacientka bude učesaná.
- Pacientka bude mít vyčištěnou zubní protézu.
- Pacientka bude oblečená.

INTERVENCE:

- Zajistit pomoc pacientce při vstávání z lůžka.
- Zajistit kompenzační pomůcku (hůl) na dosah pacientky.
- Zajistit doprovod do sprchy a na WC.
- Zajistit veškeré hygienické pomůcky na dosah pacientky.
- Zajistit pomoc pacientce s hygienou genitálu, hýždí, zad a nohou.
- Ošetřit pokožku olejem a krémem.
- Zajistit pomoc pacientce při oblékání.
- Aktivně zapojovat pacientku do všech činností.
- Povzbuzovat a chválit pacientku.

REALIZACE:

Pacientce jsem pomohla při vstávání z lůžka a zajistila jsem jí schůdky pro snadnější opuštění postele. Podala jsem jí hůl a pomohla dojít na toaletu. Poté jsem pacientku odvedla do sprchy a posadila na sedátko, kde si zvládla umýt obličej a přední část těla. Já jsem pacientce pomohla s hygienou genitálu, hýždí, zad a nohou. Pacientce jsem osušila místa, na která si sama nedosáhla. Také jsem pacientce dovyčistila zubní protézu. Společně jsme s pacientkou promazaly kůži olejem a na okolí genitálu jsme použily Menalind krém. Poté jsem jí pomohla s oblékáním spodního prádla a košile, kterou jsem měnila průběžně celý den z důvodu zvýšeného pocení. Pacientka si zvládla sama učesat vlasy. Do každé činnosti jsem pacientku aktivně zapojovala a podporovala její soběstačnost.

HODNOCENÍ:

Pacientka s dopomocí druhé osoby a kompenzační pomůcky zvládla přesun z lůžka na wc a do sprchy. Sama si zvládla umýt obličej, přední část těla a učesat vlasy. S dopomocí zvládla hygienu dutiny ústní a péči o pokožku. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru.

CÍL:

- Včasné rozpoznání příznaků infekce

INTERVENCE:

- Před každou manipulací s kanylou si řádně umýt a odezinfikovat ruce.
- Při zavádění a převazu kanyly přistupovat přísně asepticky.
- Při znesterilnění pomůcky ihned vyměnit za sterilní.
- Používat jen převazový materiál určený pro kanyly, nejlépe transparentní fóliové krytí.
- Zvolit vhodný průměr kanyly, podle stavu žil a množství podávané tekutiny.
- Před každou intravenózní aplikací dezinfikovat ústí spojovací hadičky sterilním čtverečkem.

- Po každé aplikaci léčiva vyměnit koncovou zátku za novou sterilní.
- Při manipulaci s kanylou používat vždy rukavice.
- Kontrolovat místo vpichu při každé intravenózní aplikaci nebo několikrát během dne.
- Sledovat známky infekce jako je otok, začervenání, bolest.
- Edukovat pacientku o projevech infekce.
- Kontrolovat stav krytí, v případě znečištění či odlepení co nejdříve převázat.

REALIZACE:

Pacientka měla zavedený periferní žilní katétr v oblasti levého předloktí čtvrtý den. Poučila jsem pacientku o nutnosti ponechání kanyly z důvodu intravenózní medikace. Před ošetřením jsem si připravila veškeré pomůcky a dezinfikovala jsem si ruce. Pohledem jsem zhodnotila stav krytí, které bylo mírně odlepeno. Po nasazení rukavic jsem krytí odejmula a zhodnotila stav. Oblast místa vpichu nejevila žádné známky infekce. Kůže byla bez zarudnutí, otoku. Místo vpichu jsem řádně dezinfikovala a otřela sterilním čtverečkem jedním směrem. Poté jsem kanylu propláchla předem připravenou heparinovou zátkou, před kterou předcházela dezinfekce ústí spojovací hadičky. Pacientka na dotaz neudávala bolest, pálení ani svědění. Dále jsem použila nové sterilní fóliové krytí. Pacientce jsem podala intravenózně 500 ml fyziologického roztoku a po jeho dokapání jsem použila novou sterilní koncovou zátku. Pacientku jsem edukovala o příznacích infekce jako je zarudnutí, otok, bolest. Kontrolu kanyly jsem provedla několikrát během dne.

HODNOCENÍ:

Pacientka nejevila žádné známky infekce. Místo vpichu bylo bez zarudnutí, otoku a bolesti. Tělesná teplota pacientky nepřesáhla 36,5°C. Cíl byl splněn.

Zácpa v souvislosti se změnou prostředí

CÍL:

- Pacientka se do 24 hodin vyprázdní.

INTERVENCE:

- Zjistit vyprazdňovací návyky pacienta.
- Zjistit, které faktory a prostředky příznivě působí na pacientčino vyprazdňování.
- Zjistit, zda pacientka užívá léky ovlivňující vyprazdňování.
- Nabízet tekutiny během dne.
- Doporučit pacientce vhodné potraviny.
- Zajistit pacientce dostatečné soukromí a čas při defekaci.
- Podávat laxantiva dle ordinace lékaře.

REALIZACE:

Z pacientčina rozhovoru jsem zjistila, že se obvykle vyprazdňuje po snídani v soukromí, které jí zde chybí. Pacientka mi sdělila, že jí pomáhají bílé jogurty, které nejčastěji snídá, proto jsem jí je obstarala. Podle dekurzu jsem zjistila, že pacientka užívá léčiva (Betoloc Zok, torvacard, Citalec, helicid), které mohou způsobit zácpu, proto jsem pacientku informovala o možnostech vzniku poruchy vyprazdňování i z tohoto důvodu. Během dne jsem kontrolovala pitný režim pacientky a aktivně jsem jí nabízela tekutiny. Celkový příjem tekutin byl 2000ml. Dále jsem pacientce doporučila jíst potraviny bohaté na vlákninu jako je například ovoce, zelenina, luštěniny, rýže a celozrnné pečivo, které má ráda. Na pacientčino přání jsem jí podala lactulosu dle ordinace lékaře. Během dne jsem několikrát zkusila pacientku doprovodit na toaletu. Pacientce jsem zajistila dostatek soukromí tím, že jsem v době vykonávání potřeby poprosila spolupacienty o opuštění pokoje.

HODNOCENÍ:

Pacientka se ještě týž den k večeru plně vyprázdnila. Byla spokojena a obtíže jako pocit plnosti a tlaku neudávala. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku dehydratace související se zvýšeným pocením a užíváním diuretik

CÍL:

- Pacientka vypije litr a půl tekutin za 24 hodin.
- Pacientka pochopí nutnost dodržování pitného režimu.

INTERVENCE:

- Zajistit dostatečné množství tekutin na pokoji nemocné tak, aby na ně dosáhla.
- Poučit pacientku o sledování příjmu tekutin. Dát na pacientčin stolec papír a tužku. Za každou vypitou skleničku o objemu 250 ml napsat jednu čárku.
- Edukovat pacientku o nutnosti dodržování pitného režimu.
- Poučit pacientku o vhodných tekutinách vzhledem k její dietě.
- Podávat infúze dle ordinace lékaře a započítat je do příjmu tekutin.
- Konrolovat stav kůže a sliznic.
- Každou hodinu kontrolovat a aktivně nabízet tekutiny.

REALIZACE:

Pacientka nejraději pije kávu, čaj, vodu a džusy. Poučila jsem pacientku o nevhodnosti kávy, která odvodňuje a omezení džusů z důvodu vysokého obsahu cukru, který je nevhodný pro její diabetickou dietu. Doporučila jsem jí pít bylinkové, zelené čaje, neperlivé lehce mineralizované vody a džusy výjimečně, vždy jen ředěné vodou. Jelikož pacientka pije čaj a nemocniční jí chutnal, zajistila jsem konvici ovocného neslazeného čaje na stůl a skleničku o objemu 250 ml. Pacientku jsem poučila o nutnosti sledování příjmu tekutin, na stoleček jsem zajistila papír a tužku a vysvětlila jsem jí, že za každou vypitou skleničku musí

napsat jednu čárku. Dále jsem poučila pacientku o nutnosti dodržovat pitný režim, o následcích jako je únava, bolest hlavy a náhlý pokles krevního tlaku. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala intravenózně 500ml fyziologického roztoku a následně zapsala do bilančního listu. Minimálně každou hodinu jsem byla kontrolovat stav pacientky, dodržování pitného režimu a při každé návštěvě jsem aktivně nabízela tekutiny. Během dne pacientka vypila šest skleniček čaje a vody, odpovídající 1500ml a přijala 500ml infúzního roztoku. Celkový příjem tekutin byl tedy 2000 ml.

ZHODNOCENÍ:

Cíl byl splněn. Pacientka přijala minimálně litr a půl tekutin per os během 24 hodin. Pochopila nutnost dodržování pitného režimu a slíbila jeho dodržování i po propuštění z nemocnice. Pacientka nejeví známky dehydratace, kožní turgor je přiměřený a sliznice vlhké.

Riziko poruchy integrity kůže v souvislosti se stresovou inkontinencí moče

CÍL:

- Pacientka zná možné vyvolávající příčiny vzniku inkontinence.
- Pacientka zná specifickou hygienickou péči.
- Pacientka ovládá techniku cvičení k posílení pánevního dna.
- Kůže v okolí genitálu a na stehnech bude bez známek opruzenin.

INTERVENCE:

- Zjistit jaké má pacientka informace o inkontinenci, zda zná její vyvolávající příčiny a zná inkontinenční pomůcky.
- Ověřit, zda pacientka zná a ovládá cviky k posílení pánevního dna, případně naučit.
- Poučit pacientku o nutnosti močit pravidelně v krátkých časových intervalech.
- Kontrolovat stav kůže v okolí genitálu a na stehnech.

- Poučit pacientku o močopudných tekutinách (káva, černý čaj, kofeinové nápoje, alkohol) a doporučit jejich minimalizaci.
- Kontrolovat dodržování pitného režimu během dne.
- Poučit pacientku, aby alespoň 2 hodiny před spaním nepila.
- Informovat pacientku o nutnosti zvýšené péče o genitál.
- Provést zápis edukace do dokumentace.

REALIZACE:

Pacientce jsem vysvětlila, že inkontinence vzniká v důsledku oslabení svalů pánevního dna a při zvýšení nitrobřišního tlaku například při kašli, kýčání a smíchu část moči samovolně odchází. Pacientku jsem poučila o různých typech inkontinenčního materiálu, jichž je k dispozici velké množství s různou absorpční schopností. Paní K.B. jsem informovala o potřebě často měnit inkontinenční vložky, o tom, aby několikrát během dne, nejlépe po každém močení, provedla hygienu genitálu pomocí žínky či jednorázových vlhčených ubrousků a dostatečně jej osušila a o možnosti používání různých ochranných krémů a past z důvodu vzniku opruzenin. Při ranní hygieně jsem u pacientky zaznamenala lehce začervenalý genitál, který jsem ošetřila Menalind krémem a poté i několikrát během dne. Dále jsem pacientce doporučila snížit příjem močopudných tekutin jako je káva, černý čaj a alkohol a poučila o dodržování pravidelného pitného režimu s tím, že minimálně dvě hodiny před spaním nebude už nic pít. Pacientku jsem dále poučila o možnostech posilování svalů pánevního dna a spolu jsme jej nacvičily. Pacientku jsem doprovodila na toaletu a řekla jsem jí, aby během močení proud několikrát přerušila. Na lůžku v poloze v leže jsem pacientku naučila cviky, které spočívaly v zatahování hýžd'ových svalů. Náročnější cviky pacientka nezvládla. O provedené edukaci jsem udělala záznam do ošetřovatelské dokumentace.

HODNOCENÍ:

Pacientka pochopila důvod vzniku její inkontinence, ví jak pečovat o kůži a ovládá techniku k posílení svalů pánevního dna. Kůže v okolí genitálu nejevila známky opruzení, pokožka byla suchá a ošetřená. Cíl byl splněn.

3.5. Dlouhodobý plán péče

Paní K.B. bude nadále po propuštění užívat diuretika, proto bylo nutné pacientku poučit o možném riziku pádu a jeho prevenci a dále o dodržování pitného režimu. Pacientku jsem poučila, aby nosila pevnou uzavřenou obuv, aby z lůžka vstávala pomalu přes bok a měla zajištěné dostatečné osvětlení, například baterku nebo stolní lampu v případě, že by měla potřebu v noci vstávat. Pacientce jsem vysvětlila, že vlivem diuretik může poklesnout tlak, proto je dobré krevní tlak monitorovat. Pacientka vlastní digitální tonometr a kontroly provádí téměř každý den. Dále jsem pacientku poučila o nutnosti dodržování pitného režimu a doporučila jsem jí vypít minimálně 1,5 litru tekutin denně. Pacientku jsem informovala o známkách dehydratace jako je sucho ústech, bolest hlavy, závratě a poruch. Dále bylo nutné pacientku poučit o možnosti vzniku krvácení v důsledku užívání perorálních antikoagulancií. Pacientku jsem informovala o nutnosti dostavit se k lékaři, dojde-li u ní ke krvácení z nosu, dásní nebo k nezastavitelnému krvácení po úraze. Rozsáhlejší edukací se zabývám v části edukace pacientky.

3.6. Psychologické zhodnocení nemocné

Osobnost Pacientky

Z rozhovoru a pozorování vnímám pacientku jako extrovertní, přívětivou a přátelskou osobu, která během svého života zažila a získala mnoho zkušeností, ať už dobrých nebo horších, jak sama říká, které pro ni byly hnací silou a posilovaly její osobnost. Sebe sama pacientka popisuje jako otevřenou, přátelskou, klidnou a skromnou osobu.

Prožívání nemoci

Paní K.B. si začala uvědomovat nemoc tehdy, když se jí začala zhoršovat dušnost spojená s celkovou slabostí, únavou a vyčerpaností, což ji značně omezovalo ve vykonávání svých potřeb. Měla obavy o své zdraví a hospitalizaci

vnímala jako možnost k uzdravení a k navrácení sil. Nemoc pro ni tedy znamenala především značné omezení.

Postoj pacienta k nemoci

Pacientka je s nemocí smířená. Nemoc nijak nezlehčuje ani nezveličuje. Na informace o nemoci a prognózu reaguje normálně a přijímá je.

Zhodnocení komunikace

Pacientka byla velice komunikativní, otevřená a vstřícná. Paní K.B. hůře slyšela na obě uši, což byl menší problém při komunikaci, ale při zvýšení hlasu a pomalé řeči rozuměla vždy všemu. Ochotně odpovídala na všechny mé otázky a při nejasnostech se nebála zeptat. Pacientka měla již jednu zkušenost se zapojením do bakalářské práce, proto i nyní souhlasila. Pacientka byla ráda, že si s ní často povídám a jeví o ni zájem. Nonverbální projevy komunikace odpovídaly komunikaci verbální.

Zvládání stresu

Pro pacientku je každá hospitalizace lehce psychicky zatěžující, ale doufá, že brzy uzdraví, získá znovu sílu a bude moci brzy domů. Paní K.B. se nejvíce odreaguje poslechem hudby a také jí hodně pomáhá, když o svých problémech může mluvit, ať už s vnukem, který je pro ni největší oporou, dcerou nebo s přítelkyněmi.

Motivace k léčbě

Největší motivací je pro pacientku samozřejmě uzdravení a návrat domů k rodině. Také má naplánovaný pobyt u dcery na Slovensku. Ráda by se také dočkala pravnoučat.

3.7. Edukace

Pacientka byla po přijetí na oddělení seznámena s chodem oddělení, denním řádem a signalizačním zařízením, které jsme společně vyzkoušely. Informovala jsem ji o použití signalizace vždy, když bude cokoliv potřebovat.

Nemocná byla přeložena z koronární jednotky s již zavedeným periferním katétre, kde byla informována o důvodu zavedení. Informovala jsem ji o nutnosti ponechání katétru z důvodu intravenózní aplikace fyziologického roztoku o funkci a komplikacích jako je zánět, který se projevuje příznaky začervenání, bolestí, zvýšenou teplotou a otokem v oblasti zavedeného katétru a pocitu pálení při intravenózní aplikaci.

Dále jsem pacientku edukovala o riziku pádu, o možných opatření k zajištění její bezpečnosti jako je doprovod na toaletu, sprchy a ke stolu, o použití postranic, na kterých jsme se společně s pacientkou domluvily a o bezpečné obuvi s páskem.

Pacientku jsem také poučila o důležitosti dodržování pitného režimu a jeho následcích při nedodržování jako je bolest hlavy, únava, poruchy vyprazdňování a zhoršení celkového stavu. Z důvodu monitorace příjmu tekutin jsem pacientku edukovala o nutném zapisování přijatých tekutin. Na stoleček jsem jí dala papír a tužku a poučila ji, aby za každý vypitý hrnek o objemu 250ml zaznamenala jednu čárku na papír.

Edukací jsem se rovněž zabývala v oblasti stravování. Pacientka trpí hypertenzí a diabetem mellitem 2. typu léčeným PAD (perorálními antidiabetiky) a dietou již pátý rok. Ověřila jsem její znalosti dietního omezení. Pacientka svojí dietu znala, ale přiznala, že má ráda sladké a „dobré jídlo“, které si občas neodpustí. Pacientce jsem doporučila, aby když „zhřeší“, ubrala jinde, především potraviny z obsahem sacharidů, například chce-li si pacientka po obědě dát palačinku s marmeládou, k obědu by si měla dát menší porci těstovin či přílohu nahradit zcela zeleninou. Také jsem jí doporučila více konzumovat ovoce, zeleninu, ryby, libové maso a potraviny značené DIA. Pacientku také navštívila nutriční terapeutka a edukovala ji o redukční dietě.

Z důvodu nasazení antikoagulační léčby bylo nutné poučit pacientku i v této oblasti. Edukací této léčby se zabývám v další části mé práce.

3.7.1. Edukace pacientky o užívání perorálních antikoagulancií

Pacientka bude po propuštění užívat po dobu 6 týdnů warfarin. Z tohoto důvodu jsem pacientku edukovala o užívání perorálních antikoagulancií, o jejich

nežádoucích účincích, o stravovacím omezení a krevní kontrole. Přestože pacientka byla již edukována lékařem, ocenila mé informace a rady.

Antikoagulancia

Pacientce jsem vysvětlila, že antikoagulancia jsou léčiva snižující srážlivost krve se schopností zabránit vzniku sraženiny a tím způsobit cévní mozkovou příhodu či systémovou embolii.

Fibrilace síní a prevence tromboembolických komplikací

Pacientce jsem vysvětlila, že vlivem špatné vypuzovací funkce síní (síně se míhají), v nich krev stagnuje a mohou se zde vytvořit krevní sraženiny, které se mohou uvolnit a způsobit systémovou embolizaci. Z tohoto důvodu se musejí užívat antikoagulancia.

Léky ovlivňující účinek warfarinu

Pacientku jsem informovala o účincích některých léků, které mohou způsobit zvýšení či snížení jeho účinku.

Léky zvyšující účinek warfarinu

Analgetika a nesteroidní antirevmatika - léky na bolest

Zvyšující účinek mají především léky s obsahem kyseliny acetylsalicylové (acylpyrin). K léčbě akutní bolesti je doporučeno užívat paracetamol, jenž je obsažen například v Paralenu.

Antibiotika - léčiva při infekčních stavech

Perorální antidiabetika - léky k léčbě cukrovky

Antiarytmika - léky užívané při léčbě poruch rytmu

Vakcína proti chřipce

Alkohol

Tonic, brusinkové nápoje - látka chinin obsažená v toniku rovněž zesiluje účinek warfarinu stejně jako produkty z brusinek.

Léky snižující účinek warfarinu

Některá antibiotika

Některá antidiabetika

Některá antiepileptika

Vitamín C

Přírodní preparáty - obsahující výtažky z třezalky a ženšenu.

Antikoagulancia a vitamín K

Pacientku jsem také poučila o účinku vitamínu K, který má opačný efekt oproti warfarinu, tudíž jeho účinek snižuje. Je tedy třeba omezit příjem potravin obsahující vitamín K, který je obsažen nejvíce v zelené a listové zelenině jako je např. Špenát, brokolice, růžičková kapusta, hlávkový salát, zelí, dále petržel, hrášek, pažitka, kiwi, avokádo, slupky okurek, koriandr, řeřicha, řepkový a olivový olej.

Krevní zkoušky

Pacientka byla dále poučena o tom, že dokud bude užívat warfarin, bude nutné provádět pravidelné kontrolní krevní testy z důvodu účinnosti medikace. Tyto testy bude provádět její praktický lékař, který sám určí jejich interval a podle výsledků bude korigovat dávku léku. K vyšetření schopnosti srážení krve slouží INR (= protrombinový čas). Při fibrilaci síní chceme dosáhnout hodnoty v rozmezí 2,0-2,5.

Upozornění

Pacientku jsem dále informovala o tom, aby veškeré léky, které užívá, nahlásila svému lékaři a informovala o užívání warfarinu každého jiného navštíveného lékaře například zubaře z důvodu rizika krvácení, jelikož warfarin „ředí krev“, proto je také nutné zabránit úrazům a dbát o své bezpečí. Pacientku jsem také informovala o nutnosti neprodleně ohlásit lékaři, objeví-li se u ní krvácení z nosu, krev v moči, stolici či nezastavitelné krvácení po úraze. (12)

Shrnutí

Pacientka obdržela edukační materiál oddělení o antikoagulační terapii. Společně jsme prošli jednotlivé body. Pacientka všemu porozuměla a na kladené otázky odpovídala správně a nebála se zeptat. Pacientka přiznala, že má ráda špenát, bez kterého se však po dobu užívání warfarinu obejde. Dále pacientka uvádí, že často pije bylinné čaje, ale nepamatuje si složení směsí. Doma zjistí, zda obsahují výtažek z třezalky a ženšenu. Pacientce jsem pít čaj doporučila, ale v omezeném množství. Pacientka neužívá analgetika a antidiabetika, které by ovlivnily účinek warfarinu.

3.8. Prognóza

Pacientka byla propuštěna do ambulantní péče stabilizována a plně informována o svém zdravotním stavu. Od lékaře obdržela propouštěcí zprávu, která obsahovala doporučení o kontrole u praktického lékaře do tří dnů od propuštění, kontrolu krevního obrazu, mineralogramu a funkce štítné žlázy. Dále bylo doporučeno po dokumentované účinné antikoagulační terapii pacientku objednat k elektrické kardioverzi s nutností vysadit digoxin čtyři dny před výkonem. Dále nutná dispenzarizace kardiologem, pravidelné kontroly krevního tlaku s kontrolní echokardiografií. Doporučeno Holterovo monitorování EKG, CT vyšetření břicha a malé pánve. Nutná dispenzarizace endokrinologem a kontrola diabetologem. Dlouhodobá prognóza bude zřejmá po účinné elektrické kardioverzi.

4. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie o pacientku s diagnózou fibrilace síní. Paní K.B. byla hospitalizována na interním kardiologickém oddělení po dobu pěti dnů.

V klinické části jsem se zabývala problematikou fibrilace síní a léčebným opatřením a v ošetrovatelské části jsem se zabývala ošetrovatelskou anamnézou dle modelu Marjory Gordonové zpracovanou první hospitalizační den na kardiologickém oddělení, na jejímž základě jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a cíle, které byly splněny na základě plánu péče a jeho realizace. V další části mé bakalářské práce jsem se také zabývala edukací pacientky v různých oblastech a především v nutnosti užívání perorálních antikoagulancií.

Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu do ambulantní péče, plně informována o svém zdravotním stavu a dalších terapeutických opatřeních. Všem podaným informacím rozuměla.

5. Abecední seznam zkratk

AA	- alergická anamnéza
aj.	- a jiné
ALP	- alkalická fosfatáza
ALT	- alaninamino transferáza
apod.	- a podobně
AST	- aspartát- aminotransferáza
AV	- atrioventrikulární
BMI	- index tělesné hmotnosti
°C	- stupeň Celsia
CK-MB	- kreatinkináza srdeční frakce
cm	- centimetr
CT	- počítačová tomografie
DF	- dechová frekvence
dg.	- diagnóza
DM	- diabetes mellitus
EF	- ejekční frakce
ekg	- elektrokardiogram, elektrokardiograf
FA	- farmakologická anamnéza
FF	- fyziologické funkce
F 1/1	- fyziologický roztok
g	- gram
IM	- infarkt myokardu
INR	- protrombinový čas
i.v.	- intravenózní
J	- joul
LAH	- levý přední hemiblok
LK	- levá komora
LKS	- levá komora srdeční
lž.	- lžíce
mg	- miligram

MHz	- megahertz
ml	- mililitr
mmHg	- milimetr rtuťového sloupce
OA	- osobní anamnéza
P	- puls
PA	- pracovní anamnéza
pá	- pátek
PAD	- perorální antidiabetika
p.o.	- perorální
po	- pondělí
PK	- pravá komora
RA	- rodinná anamnéza
RIA	- ramus interventricularis anterior
s.	-strana
SA	- sinoatriální
SA	- sociální anamnéza
st	- středa
TF	- tepová frekvence
TK	- tlak krve
TT	- tělesná teplota
tzv.	- to znamená

6. Seznam použité literatury

- [1] ELIŠKA, O., ELIŠKOVÁ, M. Systematická, topografická a klinická anatomie: Srdce a cévní systém. 1. vyd. Praha: Carolinum, 1995. 207 s. ISBN 80-7184-119-6.
- [2] MUDr. ROKYTA, R, Somatologie. 2. vyd. Praha: Eurolex, 2003. 264s. ISBN 80-86432-49-1.
- [3] KOLÁŘ, J. A kol. Kardiologie: Pro sestry intenzivní péče. 2. vyd. Praha: Akcenta, 1999. 392 s. + 16 s. Barevné přílohy. ISBN 80-86232-01-8.
- [4] ROKYTA, R a kol., Fyziologie, 1. vyd. Praha: ISV, 2002. 428 s. ISBN 80-85866-45-5
- [5] SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 156 s. + 8 s. Barevné přílohy. ISBN 80-247-1009-9.
- [6] LUKL, J. a spol. Fibrilace síní. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 268 s. ISBN 978-80-247-2768-4.
- [7] LUKL, J. Klinická kardiologie stručně. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 271s. ISBN 80-244-0876-7.
- [8] FIŠEROVÁ, J., PAVLOVIČ, J. Akutní kardiologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 384 s.
- [9] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. Interní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. + 4 s. Barevné přílohy. ISBN 80-247-1148-6.
- [10] ŠAMÁNKOVÁ, M. A spol, Základy ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Carolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
- [11] TRACHTOVÁ, E. a spol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [12] Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. 2011 [cit. 2011-02-05]. Databáze léků. Dostupné z WWW: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>>

7. Seznam použitých obrázků

- 1) URBAN & SCHWARZENBERG, Atlas der Herzrhythmusstörungen: Diagnose und therapie, Munchen – Wien – Baltimore, 1982.
- 2) 3 POL [online]. 2010. [cit. 2010-14-07]. Kopecká, A. <http://3pol.cz/926-projekt-detske-srdce-na-pomoc-rodicum-deti-se-srdecnimi-vadami>

8. Seznam příloh

- Příloha č. 1: Informovaný souhlas o použití zdravotnické dokumentace
- Příloha č. 2: Obrázek srdce
- Příloha č. 3: EKG
- Příloha č. 4: Ošetřovatelská anamnéza

Přílohy

Příloha č. 1

**Informovaný souhlas
o použití ošetrovatelské dokumentace
pro účely bakalářské práce
studenta/ ky 3. LF UK,
obor všeobecná sestra**

Hlavní sestra Mgr. Miroslava Třípěšíková

Souhlasí s použitím ošetrovatelské dokumentace pro zpracování bakalářské práce
studentky

LUCIE CHARVÁTOKOVÁ, 3. ročník

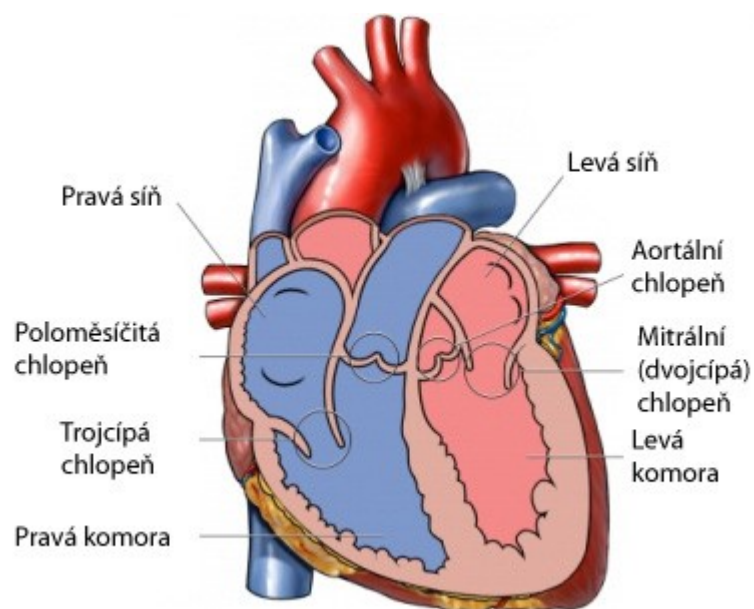
(jméno a příjmení studenta, ročník studia)

v. Praze dne 19.5.2011

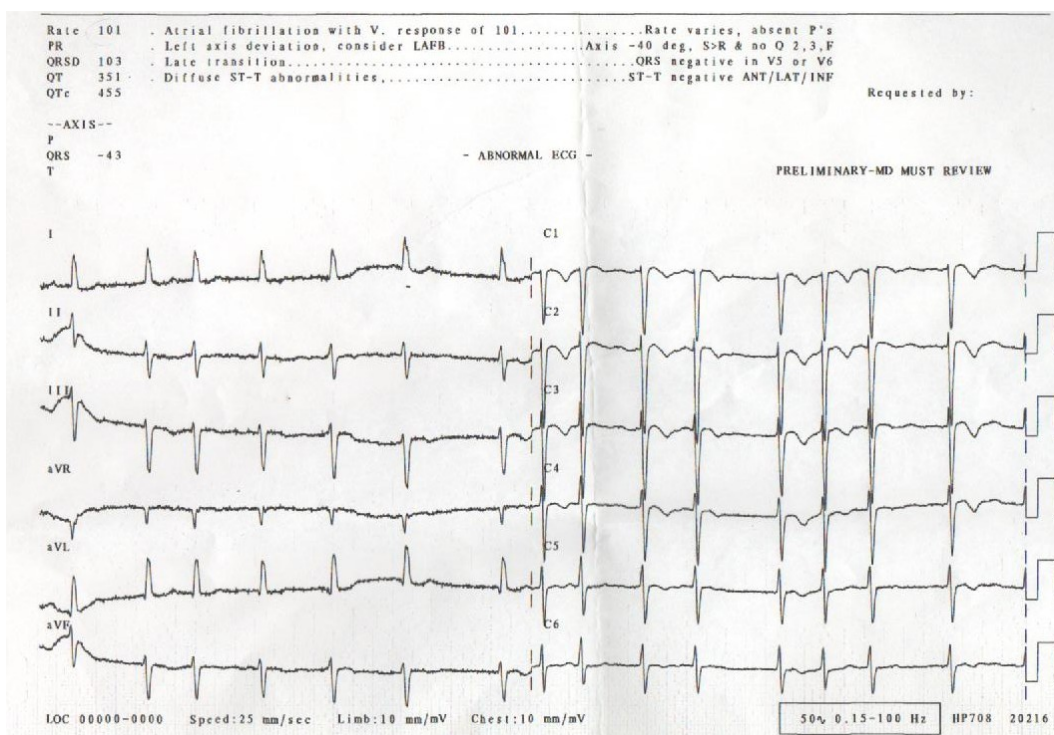
Třípěšíková
(podpis hlavní sestry)

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRALOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBAROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETROVATELSKOU PÉČ



Příloha č. 2




Příloha č. 3



Příloha č. 4

	FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10 Klinika/oddělení:	-šítetek-
	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA <i>(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci)</i>	
PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI		
Hlavní důvod přijetí: <u>FIBRILACE SINÍ</u>		
Datum přijetí: <u>11.12.2020</u>	Čas: <u>7:15</u>	Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Hospitalizace: <input type="checkbox"/> první <input checked="" type="checkbox"/> opakovaná: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> plánovaná	Pacient přeložen z: <u>KORONÁRNÍ JEDNOTKY</u>	
Překlad: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	Alergie: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Jaká:
Nesnášenlivost léčivých přípravků:		
Informace podávat komu: <u>MANA</u>		
SHRNUTÍ RIZIK		
<input checked="" type="checkbox"/> zrakové postižení	<input checked="" type="checkbox"/> riziko pádů, skóre: <u>7b</u>	<input type="checkbox"/> riziko dekubitů, Norton skóre: <u>2b</u>
<input checked="" type="checkbox"/> sluchové postižení	<input checked="" type="checkbox"/> stupeň závislosti, Barthelův test, skóre: <u>70b</u>	<input type="checkbox"/> alergie na desinfekční prostředky:
<input type="checkbox"/> tělesné postižení	<input checked="" type="checkbox"/> nutriční riziko <u>4b</u>	
<input type="checkbox"/> mentální postižení		
<input type="checkbox"/> problémy s řečí		
<input type="checkbox"/> neznalost jazyka (cizinec)		
1. DÝCHÁNÍ		
Potíže: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	Dušnost: <input type="checkbox"/> noční, <input type="checkbox"/> námahová, <input type="checkbox"/> klidová, <input type="checkbox"/> cyanóza	Kašel: <input type="checkbox"/> ano, jaký <input checked="" type="checkbox"/> ne
2. VÝŽIVA, HYDRATACE		
Dieta: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano, jaká: <u>9/10</u>	Diabetik: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	PAD: <input type="checkbox"/> Inzulín
Příjem potravy: p.o.: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> NGS/od: <input type="checkbox"/> PEG/od: <input type="checkbox"/> i.v./od: <input type="checkbox"/> umělý chrup: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Výška: <u>164</u> cm	Váha: <u>85</u> kg	BMI: <u>16</u> Denní příjem tekutin p.o. / 24 hodin cca: <u>1000 ml</u>
Kůže: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy	Sliznice: <input checked="" type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> afty
<input type="checkbox"/> léze, rány, jizvy		<input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> krusty
Dekubity: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, stupeň, lokalizace -		Dehydratace: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
3. VYLUČOVÁNÍ		
Močení: <input type="checkbox"/> spont., bez obtíží	Stolice: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná	Pocení: <input type="checkbox"/> v normě
<input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie: typ.....	<input checked="" type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> nadýmání	<input checked="" type="checkbox"/> nadměrné
<input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie, typ.....	
<input checked="" type="checkbox"/> časté močení <input type="checkbox"/> bolestivé močení	<input type="checkbox"/> poslední stolice <u>7.12. - před vjezdem</u>	
<input type="checkbox"/> nykturie - frekvence.....	<input type="checkbox"/> užívá projímadlo	
4. AKTIVITA		
<input type="checkbox"/> chodí sám <input checked="" type="checkbox"/> chodí s pomocí	Tělesný handicap: <input type="checkbox"/> amputace / paréza / plegie	Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> vozík
<input type="checkbox"/> pohyblivý v lůžku	<input checked="" type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu	
<input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý		
Úroveň soběstačnosti: <input type="checkbox"/> soběstačný <input checked="" type="checkbox"/> nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti podle Barthelova testu)		
<input type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45-60 závislost středního stupně <input checked="" type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96-100 nezávislý		
Abusus: <input checked="" type="checkbox"/> alkohol <u>100 ml</u> / den <input type="checkbox"/> cigarety..... /den <input type="checkbox"/> jiné návykové látky.....		
5. SPÁNEK		
průměrněhod	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input checked="" type="checkbox"/> časté buzení <input type="checkbox"/> nespavost <input type="checkbox"/> únava
Užívá hypnotika <input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano - jaká.....	<input type="checkbox"/> návyk <input type="checkbox"/> noční zmatenost

6. SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ	
Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> orientován pouze <input type="checkbox"/> dezorientovaný/zmatený/neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně/fyzicky <input type="checkbox"/> porucha vědomí : somnolence / sopor / koma	Smyslový handicap: <input checked="" type="checkbox"/> porucha zraku <input checked="" type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko NA ČTENÍ
Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> nemá bolest <input type="checkbox"/> bolest akutní / chronická Kde/kdy (v souvislosti s) : Analgetika..... Intenzita bolesti : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Riziko pádu : <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (dle zjištění skóre rizika pádu)	

7. SEBEPOJETÍ		
Pacient při příjmu: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> má strach <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup	<input type="checkbox"/> euforický <input type="checkbox"/> smutný Komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> v normě KOVIT HLASITĚ <input type="checkbox"/> obtížná – bariéra <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nelze

8. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ
Bydlí: <input checked="" type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> asistence pečovatelské služby <input type="checkbox"/> podpora charitou <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> zanedbaný z domova <input type="checkbox"/> zanedbaný z jiného zařízení Kontakt sociální sestry: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano , proč.....

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST	
Žena: <input type="checkbox"/> menstruace: pravidelná/nepřavidelná/silná/slabá <input type="checkbox"/> antikoncepce <input type="checkbox"/> menopauza,event. obtíže	Muž: <input type="checkbox"/> obtíže s prostatou : ano/ne <input checked="" type="checkbox"/> jiné obtíže.....

10. OSTATNÍ
<input type="checkbox"/> přeje si návštěvu duchovního byl seznámen Právy pacienta, domácím řádem a službami nemocnice <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne /proč

Anamnézu zpracoval/a: *Chvaldová* Datum a čas: *11.12.15 - 7:15* Podpis: *Chvaldová*

Propouštěcí rozhovor dne:	
Pacient informován o propuštění	Pacient (rodina) poučen/i o:
Doprava pacienta zajištěna: vlastní <input type="checkbox"/> sanitka <input type="checkbox"/>	režim v domácím prostředí
Předány uložené cennosti a osobní věci	stravování
Vydány léky a recepty	užívání LP, poslední podání ve FNKV:
Předány zdravotní pomůcky	další kontrola:
Předána propouštěcí zpráva / PN, listek na peníze/	
Péče HC zajištěna:	
.....	
.....	
Podpis sestry	Podpis pacienta

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ								
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
plná ④	<10 4	normální ④	žádné 4	dobrý 4	v pořádku ④	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	obstojný ③	apatický, bez účasti 3	chodí s pomocí ③	lehce omezená ③	někdy 3
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma ②	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč ②
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice 1

Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně 26 b

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ			POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU			
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10	Vědomí	celé jméno	①	0
	s pomocí	5		datum narození	①	0
	neprovede	0		věk	①	0
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10	Chování	jaký je teď měsíc, den	①	0
	s pomocí	⑤		datum	①	0
	neprovede	0		kolik je hodin/asi/ kde jsme : město, nemocnice	①	0
Koupání:	samostatně nebo s pomocí	⑤	Skóre 0 – 3 : informuj lékaře 7b.			
	neprovede	0	Chování			
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	⑤	nespolupracuje	1	①	
	neprovede	0	opozice	1	①	
Kontinence moči:	plně kontinentní	10	agrese	1	①	
	občas inkontinentní	⑤	odmítá léčbu	1	①	
	trvale inkontinentní	0	hyperaktivní	1	①	
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10	zpomalený	1	①	
	občas inkontinentní	5	nezájem	1	①	
	trvale inkontinentní	0	Skóre 2 a více: informuj lékaře ob.			
Použití WC:	samostatně bez pomoci:	10	Emoce	plačtivost	1	①
	s pomocí	⑤		strach, úzkost, napětí	1	①
	neprovede	0		smutek, pesimismus	1	①
Přesun na lůžko – židli:	samostatně bez pomoci	15	deprese	1	①	
	s malou pomocí	10	apatie	1	①	
	vydrží sedět	5	euforie	1	①	
	neprovede	0	Skóre 2 a více: informuj lékaře ob.			
Chůze po rovině:	samostatně nad 50m	15				
	s pomocí 50m	10				
	na vozíku	5				
	neprovede	0				
Chůze po schodech:	samostatná bez pomoci	10				
	s pomocí	⑤				
	neprovede	0				

0-45 vysoce závislý
46 – 60 závislost středního stupně
61 – 95 lehká závislost
96 a více nezávislý 70b

POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ								
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
plná ④	<10 4	normální ④	žádné 4	dobrý 4	v pořádku ④	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	obstojný ③	apatický, bez účasti 3	chodí s pomocí ③	lehce omezená ③	někdy 3
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma ②	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč ②
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice 1

Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ			POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU			
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10	Vědomí	celé jméno	①	0
	s pomocí	5		datum narození	①	0
Oblékání:	neprovede	0	jaký je teď měsíc, den	věk	①	0
	sa. samostatně bez pomoci	10		datum	①	0
Koupání:	s pomocí	5	kolik je hodin/asi/	①	0	
	neprovede	0	kde jsme : město, nemocnice	①	0	
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5	Skóre 0 – 3 : informuj lékaře			
	neprovede	0	Chování	nespolupracuje	1	0
Kontinence moči:	plně kontinentní	10	opozice	1	0	
	občas inkontinentní	5	agrese	1	0	
Kontinence stolice:	trvale inkontinentní	0	odmítá léčbu	1	0	
	plně kontinentní	10	hyperaktivní	1	0	
Použití WC:	občas inkontinentní	5	zpomalený	1	0	
	trvale inkontinentní	0	nezájem	1	0	
Přesun na lůžko – židli:	samostatně bez pomoci	15	Skóre 2 a více: informuj lékaře			
	s malou pomocí	10	Emoce	plačtivost	1	0
Chůze po rovině:	vydrží sedět	5	strach, úzkost, napětí	1	0	
	neprovede	0	smutek, pesimismus	1	0	
Chůze po schodech:	samostatně nad 50m	15	deprese	1	0	
	s pomocí 50m	10	apatie	1	0	
Chůze po schodech:	na vozíku	5	euforie	1	0	
	neprovede	0				
Chůze po schodech:	samostatná bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
neprovede		0				

0-45 vysoce závislý
46 – 60 závislost středního stupně
61 – 95 lehká závislost
96 a více nezávislý