

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Bakalářské studium ošetrovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s diagnózou akutní infarkt myokardu**  
(Summary of nursing observation of patients with diagnosis of acute heart attack)

**2006/2007**

**Helena Fohlová**

**Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová**

## OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>A. ÚVOD.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>B. KLINICKÁ ČÁST</b>   |           |
| <b>1. Charakteristika onemocnění.....</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1 Ošetrovatelská péče.....  | 8         |
| 1.2 Prognóza.....   | 11        |
| <b>2. Základní identifikační údaje.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>3. Lékařská anamnéza a diagnóza.....</b>   | <b>12</b> |
| 3.1 Lékařská anamnéza.....  | 12        |
| 3.2 Lékařské diagnózy.....  | 14        |
| <b>4. Přehled provedených vyšetření.....</b>  | <b>15</b> |
| 4.1 Fyziologické funkce.....  | 15        |
| 4.2 Objektivní vyšetření.....   | 15        |
| 4.3 Krevní vyšetření.....   | 16        |
| 4.4 Rtg srdce a plic.....   | 17        |
| 4.5 ECHO.....   | 17        |
| <b>5. Přehled terapie.....</b>  | <b>17</b> |
| 5.1 Farmakoterapie.....   | 17        |
| 5.2 Dietoterapie.....   | 21        |
| 5.3 Fyzioterapie.....   | 21        |
| 5.4 Oxygenoterapie.....   | 21        |
| <b>6. Stručný průběh hospitalizace.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b>   |           |
| <b>1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....</b>                       | <b>22</b> |
| 1.1 Subjektivní náhled nemocného na hospitalizaci.....                                    | 22        |
| 1.2 Fyziologické potřeby nemocného.....   | 22        |
| 1.3 Psychosociální potřeby.....   | 25        |
| 1.4 Hodnocení současného stavu.....   | 27        |
| <b>2. Ošetrovatelské diagnózy.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>3. Ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelské péče a zhodnocení poskytnuté péče.....</b> | <b>28</b> |
| <b>4. Ošetrovatelský závěr a prognóza.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>D. POUŽITÁ LITERATURA.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>E. DALŠÍ POUŽITÉ ZDROJE.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>F. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>G. PŘÍLOHY.....</b>  | <b>40</b> |



## **A. ÚVOD**

Nemocnost a úmrtnost na různé formy ICHS je v naší republice dosud na jednom z předních míst mezi evropskými zeměmi. Tato onemocnění jsou příčinou více než poloviny všech úmrtí a zhruba jedné třetiny všech trvalých invalidit. Jsou velkým problémem zdravotnickým, ekonomickým, celospolečenským, přitom míra utrpení postižených se ani postihnout nedá.

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala interní oddělení, protože je mi bližší a ICHS a AIM patří na celém světě k nejobvyklejším příčinám smrti a postihuje stále mladší věkové skupiny. U mužů je pětkrát častější než u žen.

Kasuistiku jsem vypracovala s paní A. S. (85 let), která byla přeložena na interní oddělení z koronární jednotky, kde byla hospitalizována pro NSTEMI (IM bez elevace ST úseku) komplikovaný srdečním selháním s plicním edémem. Pacientka je polymorbidní se závažnými známkami nemoci.

V úvodu bych ještě chtěla poděkovat celému zdravotnickému personálu, zvláště pak staniční sestře, za to, že mi umožnila zpracovat mou závěrečnou práci na tomto oddělení.

## **B. KLINICKÁ ČÁST**

## 1. Charakteristika onemocnění

ICHS je jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění v populaci tzv. vyspělých zemí. Její příčinou je v naprosté většině případů koronární ateroskleróza. Kromě aterosklerózy se na klinickém syndromu ICHS mohou podílet i další příčiny (koronární spasmy, poruchy humorální regulace koronárního průtoku, embolie do koronárního řečiště, trombóza v koronární tepně bez aterosklerózy, arteriitidy..).

**Akutní formy ICHS.** Mezi akutní formy řadíme takové, které nemocného bezprostředně ohrožují na životě, nebo na ně nemocný umírá dříve, než je možno poskytnout pomoc. Jsou to :

- IM
- Nestabilní angina pectoris
- Náhlá smrt

Všechny akutní formy vyžadují okamžitou hospitalizaci na koronární jednotce.

**Chronické formy ICHS.** Patří sem stabilní formy, nevyžadující bezprostředně hospitalizaci, vyžadující ambulantní kardiologickou péči. Sem řadíme :

- stabilní námahovou anginu pectoris
- stav po IM
- chronické srdeční selhání při ICHS

### **Akutní infarkt myokardu**

Při akutním infarktu myokardu se snižuje nebo zastavuje proud krve do určité oblasti srdeční svaloviny : buňky myokardu jsou vystaveny ischemii, dochází k hypoxickému poškození a nakonec k nekróze. V závislosti na rozsahu a lokalizaci poškození myokardu hrozí nemocnému trvalý funkční deficit nebo smrt. Trvá 4 - 6 hodin, než nekróza postihne svalovinu myokardu v celé její tloušťce. Pohotová léčba během této doby může obnovit proudění krve do ischemické oblasti, omezit rozsah infarktové zóny a v některých případech odvrátit vysoce pravděpodobnou smrt pacienta.

- A) transmurální ischemie (Q-IM)– postihuje celou stěnu od endokardu po epikard, s elevacemi ST
- B) netransmurální ischemie (non-Q-IM) – postižení subendokardiální oblasti, s depresiemi ST nebo negativními T vlnami

### Příznaky

- zdrcující bolest na hrudi trvající 20 minut nebo déle a neustupující v klidu ani po nitrátech (bolest tlaková, drtivá, pronikající, pálivá nebo pocit tíhy na hrudi), může vyzařovat do krku, šíje, ramen, dolní čelisti, paží, epigastria nebo do zad
- další projevy mohou být : pocení, nevolnost a zvracení, úzkost, strach ze smrti, poruchy srdečního rytmu, palpitace, charakteristické změny EKG křivky, tachypnoe, slabost, zvýšená teplota, perikardiální třecí šelest, chrůpky při poslechu plic, dušnost, rozšíření jugulárních žil při nádechu, hypotenze, otoky

### Diagnostika

- anamnéza
- EKG – časné stádium (minuty až hodiny) – Pardeeho vlna (elevace ST)
  - akutní stádium (hodiny až dny) – elevace ST úseku, negativizace vlny T
  - subakutní stádium (dny až týdny)- u Q-IM vývoj Q kmitu s negativní T vlnou, u non-Q-IM negativní T vlna
  - chronické stádium (měsíce až roky)- u Q-IM patologický kmit Q, úsek ST lehce elevován, negativní vlna T, u non-Q-IM přetrvává negativní vlna T nebo se EKG normalizuje
- laboratorní nálezy- troponin, kreatinkináza (CK) a její kardiospecifický izoenzym (CK-MB), aspartát aminotransferáza (AST), laktátdehydrogenáza (LD), myoglobin (elevace jednotlivých kardiomarkerů v závislosti na čase)
- ECHO – porucha kinetiky postižené části srdeční komory

### Léčba

#### Přednemocniční fáze

Přednemocniční fáze spočívá ve zklidnění nemocného, poloha v polosedě, podávání kyslíku. Nejdůležitější je co nejrychlejší převoz na jednotku intenzivní péče s kardiologickým zaměřením. Podávají se tyto léky :

- Diazepam 10 mg i.v.
- Kyselina acetylsalicylová 200 - 500 mg
- Zvlhčený kyslík podávaný polomaskou
- Nitroglycerin nebo izosotbit dinitrát ve spreji 0,4 - 1,0 mg pod jazyk
- Při bolestech Fentanyl 0,05 - 0,1 mg s.c. nebo pomalu i.v.

- Betablokátory – metoprolol 5 - 10 mg i.v.
- Při bradykardii Atropin 0,5 mg i.v.
- Při extrasystolách trimekain 15 ml 2% roztoku i.v.
- Při čerstvě vzniklé fibrilaci Digoxin 0,5 mg i.v.
- Při plicním edému izosorbit dinitrát, Furosemid 40 mg, morfin 10 mg pomalu i.v.

#### Nemocniční fáze

Pokračují opatření zahájená v přednemocniční fázi. Hlavní léčebnou snahou u AIM je co nejdříve otevřít uzavřenou koronární tepnu buď primární PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastikou bez předchozí trombolýzy), nebo tam, kde to není možné, nitrožilní trombolýzou (streptokináza, tkáňový aktivátor plasminogenu). Dále se podávají tyto léky : betablokátory, nitrožilní nitráty, ACE inhibitory, antiarytmika, nízkomolekulární hepariny (Clexane, Fraxiparine 0,2 - 0,6 ml s.c., kyselina acetylsalicylová

#### Komplikace IM

- **akutní levostranné selhání a plicní edém**, šok, arytmie, perikarditida, trombembolie, ruptura myokardu.

#### Akutní levostranné srdeční selhání

Při srdečním selhání není srdce schopno přečerpávat dostatek krve, aby byly uspokojeny kyslíkové a metabolické nároky tkání. Ačkoli vyvolávající příčina může být v levé nebo v pravé části srdce, selhání nakonec postihne srdce celé.

#### Rozdělení akutního levostranného srdečního selhání

- žádné příznaky
- lehké selhání (dušnost, chrůpky, cval, městnání na RTG, event. systémová venostáza)
- edém plic
- kardiogenní šok

Ke stanovení tíže nebo funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá **klasifikace NYHA** (New York Heart Association) na 4 funkční třídy. Kvantifikuje výkonnost a subjektivní potíže nemocného, především dušnost, palpitace nebo anginózní bolesti. Tato klasifikace je koncepčně velmi jednoduchá, a proto se rozšířila



a je běžně užívána po celém světě. Má ale velkou variabilitu mezi různými hodnotiteli a často se různí hodnocení funkčního stavu pacientem a jeho lékařem.

### Etiologie

- kardiogenní edém plic – AIM, arytmie, hypertenzní krize, nadměrný (většinou parenterální) přívod tekutin při porušené funkci levé komory, mitrální nebo aortální vady, ruptura mezikomorové přepážky, bakteriální endokarditida, akutní myokarditida, akutní zhoršení chronického srdečního selhání, terminální fáze chronického srdečního selhání, masivní plicní embolie, kontuze srdeční.
- nekardiogenní edém plic – pneumonie, endotoxémie, postižení CNS (např. subarachnoideální krvácení), toxické postižení (léky, inhalace toxických plynů, aspirace žaludečního obsahu), postradiační. DIC, ARDS.

### Příznaky

- dušnost až ortopnoe, nesnášenlivost námahy, slabost, tachypnoe, vlhké chrůpky, pískoty (zvláště expirační), zkrácený poklep na plicních bazích, suchý kašel nebo vykašlávání narůžovělého zpěněného sputa, záchvatová noční dušnost
- úzkost, zmatenost, pocení, studená, vlhká kůže, cyanóza nehtových lůžek a rtů, zesílený nebo posunutý úder srdečního hrotu, cvalový rytmus (přítomnost 3. a 4. ozvy).

### Diagnostika

- EKG – tachykardie, arytmie, známky akutní ischémie
- Rtg plic – obraz intersticiálního, později alveolárního edému, u kardiogenního edému rozšířený srdeční stín
- Laboratorní nálezy – hypoxémie, acidóza, hyperkapnie
- Pravostranná katetrizace – u kardiogenního edému : zvýšený tlak v zaklínění (nad 15 torr), u nekardiogenního edému : zvýšení tlaků v plicnici (nad 40/20 torr) a normální tlak v zaklínění
- ECHO – posoudí funkci levé komory, velikost pravé komory, přítomnost závažnější plicní hypertenze, chlopenní vady, perikardiálního výpotku...

### Léčba

Přednemocniční péče

Cílem léčby je především uklidnit nemocného, snížit nadměrný žilní návrat a zmírnit dušnost.

- poloha v sedě, spuštěné dolní končetiny, turnikety na končetiny
- kyslík
- nitroglycerin 1 - 2 vstříky ze spreje pod jazyk, Morphin 5 – 10 mg, furosemid 40-80 mg i.v., sedativa
- rychlý převoz na koronární jednotku intenzivní péče

Léčba na JIP

- stejná
- při bronchospasmu aminofylin 480 mg i.v., UPV
- při hypotenzi dopamin, noradrenalin
- řešit příčiny akutního selhání- AIM, chlopenní vady, masivní plicní embolie

(1, 3, 5, 8, 9)

### 1.1 Ošetrovatelská péče

Klient se v akutním stádiu ukládá na koronární jednotku intenzivní péče, převoz se většinou děje RZP. Nemocný v těžkém stavu, např. po kardiopulmonální resuscitaci a s poruchou vědomí je hospitalizován anesteziologicko resuscitačním oddělení (ARO).

Po úpravě stavu, tzn. kompenzaci výsledků a stabilizaci základních životních funkcí je klient předán do péče standardního oddělení k další terapii.

#### Biologické potřeby

**Poloha a uložení** – IM : poloha na lůžku s mírně zvednutou horní částí těla, zabránění jakékoliv námaze klienta , PLICNÍ EDÉM : ortopnoická (zlepšuje ventilaci plic, zapojuje pomocné dýchací svaly, snižuje žilní návrat – dušnost) nebo Fowlerova poloha (usnadňuje dýchání), na standardní jednotce pokoj v blízkosti WC, vhodné pomůcky usnadňující pohyb na lůžku, zajišťující polohu klienta, zhodnocení stupně soběstačnosti.

**Monitorace** - IM : EKG monitorace, sledování vitálních funkcí (TK, P, D), saturace  $O_2$ , stavu vědomí, barvy kůže, bolesti, výsledků laboratorních vyšetření, účinek oxygenoterapie (nosní katetr), hmotnosti, bilance tekutin, v pohotovosti pomůcky pro KPR, péče o periferní žilní vstup (sterilně ošetřovat místo vpichu, pravidelná kontrola místa vpichu – známky zánětu, výměna flexily po dvou dnech, PLICNÍ EDÉM : stejné

jako u IM, sledovat stav edému, psychický a mentální stav nemocného (hypoxie může způsobit zmatenost, poruchy myšlení, strach, úzkost..), účinek léků (diuretika)

**Pohybový režim** – v akutní fázi přísný klid na lůžku, s cvičením se začíná hned po odeznění stenokardie, pokud se neobjeví další komplikace, začíná se pasivní RHB, později aktivní (postupné zatěžování organismu).

**Hygienická péče - IM**: v první fázi přebírá veškerou hygienu sestra, po kompenzaci zdravotního stavu postupně přebírá péči o hygienu sám klient (není vhodné sprchování horkou nebo studenou vodou), **PLICNÍ EDÉM** : zhodnocení stupně soběstačnosti, zvýšená péče o pokožku (zejména DK- zvýšené riziko poruchy kožní integrity), prevence opruzenin a dekubitů, **hygiena dýchacích cest** – zvláštní péče o dutinu ústní dle potřeby, zajištění průchodnosti dýchacích cest, dle ordinace kyslík, poučít klienta o nutnosti měnit polohu při odkašlávání, dýchání ústy.

### **Oxygenoterapie**

Je ordinována lékařem. Ordinance určuje koncentraci, způsob podání, průtok kyslíku k nemocnému v litrech za minutu. Kyslík se podává kyslíkovými brýlemi, kyslíkovou maskou, Poulsenovým katétrem, kyslíkovým sáčkem, nosohltanovým katétrem, kyslíkovým stanem, kyslíkovou krabicí, inkubátorem.

**Výživa – IM** : závisí na závažnosti a průběhu AIM, první den pouze tekutiny, další dny kašovitá strava, 4. den dieta č. 2 nebo 5, doporučit klientovi vhodné stravování (dieta č. 10 – neslaná, šetřící, u otlých dieta č.8 – nutná redukce váhy, denní přívod soli by neměl přesáhnout 2 – 3 g, omezení potravin chuťově upravených- uzeniny, výrobky z masa, polévky ze sáčků, konzervy..., omezení černé kávy, čajů obsahujících tein, tuků, cholesterolu, nevhodný je alkohol, vhodné je ovoce, zelenina, bílé maso, ryby, rybí tuk, jíst 5x - 6x denně v menších dávkách), **PLICNÍ EDÉM** : dieta č. 10, strava bohatá na vlákninu a pektin (kompoty, nenadýmavá zelenina, jablka..) jako prevence zácpy, dle ordinace lékaře zajištění dostatečné diurézy, jídlo v malých porcích (menší zátěž organismu).

**Vyprazdňování - IM**: v akutním stádiu péči plně přebírá sestra, prevence tuhé stolice a zácpy (defekační reflex- úporné tlačení může vyvolat uvolnění trombu), při zácpě zhodnotit charakter a možné příčiny, provést příslušné opatření k zamezení vzniku zácpy (teplá voda ráno na lačno, džusy, nebo podání glycerinových čípků, léků změkčující stolicí, mikroklyzma po dohodě s lékařem), **PLICNÍ EDÉM** : zhodnocení stupně soběstačnosti, sledovat moč (množství, vzhled, specifickou váhu moče), u některých klientů z důvodu podávání diuretik se může objevit urgentní inkontinence –

dostatek jednorázových vsakovacích pomůcek, klient by měl mít stále po ruce podložní mísu, defekační křeslo.., sledovat vyprazdňování stolice (kvalitativně i kvantitativně), prevence zácpy nebo tuhé stolice (zvýšená námaha při defekaci zatěžuje srdeční sval).

**Odpočinek a spánek - IM** : zajistit dostatek odpočinku jak po fyzické tak i psychické stránce, zhodnotit kvalitu spánku a snažit se odstranit vlivy, které brání kvalitnímu spánku, PLICNÍ EDÉM : stejné jako u IM, umožnit klientovi aplikaci kyslíku v noci, pokud to jeho zdravotní stav vyžaduje.

**Bolest - IM** : zhodnotit charakter bolesti, intenzitu, lokalizaci bolesti, snažit se jí odstranit (analgetika dle ordinace lékaře, odvedení pozornosti, odstranit strach, úzkost která zesiluje intenzitu bolesti..)

**RHB - IM** : zhodnotit možnost RHB, posoudit zdravotní stav klienta a po dohodě s lékařem zahájit RHB, spolupracovat s RHB pracovníci, tempo RHB závisí na průběhu, závažnosti a způsobu léčby AIM, začíná již na JIP a pokračuje na standardním oddělení a doma, cvičení by se mělo skládat z rozcvičení a vytrvalostního tréninku

- 2x denně s postupným zrychlováním chůze, zpočátku 2 km ráno a odpoledne a měří si za jak dlouho ujde 1 km bez potíží, v průběhu zátěže si měří P – po poradě s lékařem je možno přidávat vzdálenost a rychlost chůze, při špatném počasí je nutné, aby trénoval i doma

- informovat klienta, že není vhodné chodit ven ve větrném počasí, při teplotách nižších než mínus 5 °C, v době návratu do zaměstnání by cvičení neměl přerušit (alespoň 3x týdně 30 po minutách), vhodné je provozovat rekreační sporty (turistika, běh na lyžích, plavání, jízda na kole), nevhodné je posilování a zvedání těžkých břemen

PLICNÍ EDÉM : podpora aktivity klienta dle momentálního zdravotního stavu (aktivní nebo pasivní pohyb), spolupráce s RHB pracovníkem.

### Psychosociální potřeby

Je důležité myslet na to, že IM je závažnou krizovou situací v životě člověka. Nemoc ohrožuje klientovu pracovní i společenskou kariéru. U většiny klientů se často setkáváme s vytvořením obraných mechanismů. Nejčastěji to bývá popření. Tento mechanismus má své výhody, pokud funguje přiměřeně (zlepšuje komunikaci zdravotníka a klienta, zmírňuje strach a úzkost, které mohou vést k zhoršení

zdravotního stavu). Pokud popření dané situace je silné, vede klienta k přepínání sil, nedodržování určené léčby. proto je důležité sledovat psychický stav klienta a v případě objevení se vystupňovaných obranných mechanismů informovat lékaře. Dále je důležité poskytnout klientovi dostatek informací (o nevhodnosti kouření, pití alkoholu a kávy, prevenci obezity, dodržování tělesné aktivity, dodržování příslušné léčby, správné životosprávy, nepříznivých účincích stresu) . Dostatek informací, emocionální podpora, klidné vystupování, vyjádření zájmu o klienta, trpělivost, prostor pro dotazování, verbalizace obav klientem zmírňuje jeho strach a úzkost. Negativní emoce, nálada negativně ovlivňují funkci srdce.

(4, 6)

## **1.2 Prognóza**

Osud nemocného závisí na velikosti postižené oblasti a především na změnách, které se odehrávají v zóně ischemického, ale životaschopného myokardu na okraji nekrózy. Správná a hlavně rychlá rekanalizace uzavřené cévy může velké části ischemického myokardu vrátit normální funkci. Celková mortalita v prvním měsíci je téměř 50 %, přičemž polovina z těchto úmrtí vzniká v prvních 2 h od začátku příznaků. Celková nemocniční mortalita všech infarktů je 15 %.

(8)

## **2. Základní identifikační údaje**

**Jméno a příjmení :** A.S.

**Oslovení :** paní N.

**Věk :** 85 let

**Národnost :** česká

**Adresa :** Praha

**Stav :** vdova

**Pojišťovna :** 111

**Povolání :** důchodce (dříve dispečerka dopravy)

**Osoba, kterou lze kontaktovat :** synovec

**Datum překladu :** 2.4.2007

**Dny mého ošetřování :** 2. 4. – 6. 4. 2007

**Hlavní důvod překladu :** provedení selektivní koronarografie po prodělaném IM

(1, 2)

### **3. Lékařská anamnéza a diagnózy**

#### **3.1 Lékařská anamnéza**

##### Osobní anamnéza

Pacientka má ICHS, smíšenou formu, středně významnou systolickou dysfunkci LK, arteriální hypertenzi farmakologicky kompenzovanou. V červnu 2004 pacientka prodělala paroxysmus fibrilace síní s rychlou odpovědí komor, provedena farmakologická verze na sinusový rytmus s A - V blokem I. stupně, nyní je elektrostabilní, proto antikoagulační léčba vysazena. V červenci 2004 byla hospitalizována na interní klinice pro kolapsový stav při profuzním krvácení do kůže a makroskopickou hematurií v důsledku předávkování Warfarinem s počínajícím hemoragickým šokem. V roce 1960 prodělala plicní formu TBC, byla provedena horní pravostranná lobektomie. Před lety pacientka prodělala levostranný pneumothorax.

##### Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 83 letech ve spánku, měla ICHS, otec zemřel v 50 letech na TBC. Pacientka má sestru 79 let, která je po CMP a má vaskulární demenci. Bratr zemřel v 63 letech na IM.

##### Pracovní a sociální anamnéza

Pacientka pracovala jako dispečerka dopravy, nyní je ve starobním důchodu, je vdova, bezdětná, bydlí sama, dosud soběstačná.

#### Alergická anamnéza

Pacientka neguje, intolerance ACE inhibitorů (suchý dráždivý kašel).

#### Abusus

Pacientka dříve kouřila 20 cigaret denně, nyní cca 5 cigaret denně, alkohol pacientka neguje.

#### Gynekologická anamnéza

Pacientka měla menstruaci pravidelnou, menopauzu si nevybavuje. Pacientka je bezdětná, prodělala spontánní potrat, na gynekologické kontroly nechodí.

#### Farmakologická anamnéza

Medikace při překladech : Anopyrin 100 mg 1 – 0 - 0, Sortis 20 mg 0 – 0 - 1, Plavix 75 mg 1 – 0 - 0, Mono Mack depot 100 mg 1 – 0 - 0, Verospiron 25 mg 0 – 1 - 0, Agapurin retard 1 – 0 - 1, Diazepam 5 mg 1 tbl. na noc, Dilatrend 3,125 mg 1 – 0 - 1, Clexane 0,6 ml po 12 hodinách s.c., Furosemid 20 mg po 12 hodinách.

#### Nynější onemocnění

Pacientka s anamnézou ICHS byla přeložena z koronární jednotky, kde byla hospitalizována (od 30. 3. do 2. 4. 2007) pro NSTEMI komplikovaný srdečním selháním s plicním edémem, nyní na 4. 4. plánována SKG (selektivní koronarografie).

Nemocná popisuje, že cca 14 dnů se jí hůře dýchalo a cítila bolest v levé polovině hrudníku – nedokáže jí přesně popsat, dala by se přirovnat k tlaku až svírání na hrudi, nevyvolatelná tlakem, nezávislá na dechových exkurzích, bez iradiace. Bolest přetrvávala i v ranních a dopoledních hodinách. V den přijetí na koronární jednotku (30. 3. 2007) ráno ji probudila cca ve 4 hodiny ráno dušnost – výrazně horší, bez expektorace, doprovázená intenzivnější bolestí s palpítacemi až chvěním, s pocitem nepravidelné rychlé akce. Vegetativní příznaky neguje.

Na koronární jednotce byla provedena echokardiografie, kde popsána těžká systolická dysfunkce LK s EF 29 %, hypokineza přední a laterální stěny, těžká hypokineza spodní

a zadní stěny, dobrá kinetika hrotu a septa, dále dilatace LS (49 mm), na 4. 4. objednána SKG.

Dlouhodobě spí v polosedě, neustále kouří. V poslední době snad měla respirační infekt, bez teplot. Chuť k jídlu dobrá, bez změny hmotnosti v posledním roce, močení bez obtíží, stolice pravidelná, bez patologické příměsi.

### **3.2 Lékařské diagnózy**

1. ICHS, NSTEMI, plicní edém
2. Arteriální hypertenze
3. Stav po paroxysmální fibrilaci síní 2004
4. Stav po plicní formě TBC, stav po horní pravostranné lobektomii 1960
5. Stav po pneumotoraxu

(1)

## **4. Přehled provedených vyšetření**

### **4.1 Fyziologické funkce**

z 2. 4. 2007

Vědomí – pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje

D – 25/min



TK – 120/70

P- 64/min

TT – 36,6 °C

$SpO_2$  s  $O_2$  (3 l/min) 96 %

Hmotnost : 70 Kg

Výška : 155 cm

#### **4.2 Objektivní vyšetření**

z 2. 4. 2007

Pacientka je lucidní, orientovaná. Afebrilní, ameningeální, bez cyanózy a iktetu, přiměřeně hydratovaná, horizontálu toleruje.

Oční štěrby symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce +, skléry zkalené, spojivky růžové.

Jazyk plazí ve střední čáře, bez povlaku, hrdlo klidné, patrové oblouky symetrické.

Krk : puls na AC bilaterálně hmatný, auskultačně bez šelestu, náplň krčních žil přiměřená, thyroidea nezvětšena, uzliny nehmatné.

Hrudník : AS pravidelná, 2 ozvy ohraničené, bez šelestu, dýchání s ojedinělými bronchitickými fenomény, chrůpky vpravo bazálně, vlevo v dolní třetině plic, pod pravou lopatkou klidná jizva po lobektomii.

Břicho : v nivěu, měkké, palpačně nebolestivé, bez patologicky hmatné rezistence, peristaltika +, tapotement bilaterálně negativní, játra a slezina nezvětšeny.

DK : bez otoků a známek zánětu, pulzace na a. dorsalis pedis a a. tibialis posterior bilaterálně hmatné.

#### **4.3 Krevní vyšetření**

| <b>Biochemické vyšetření krve</b> |                            |                            |                    |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| parametry                         | 31. 3. 2007                | 4. 4. 2007                 | Referenční hodnoty |
| <b>urea</b>                       | 6,0 mmol/l                 | <b>9,8 mmol/l</b>          | 2,5 - 7,4          |
| <b>kreatinin</b>                  | 98 umol/l                  | 102 umol/l                 | 55 - 110           |
| <b>kys. močová</b>                | 365 umol/l                 | <b>444 umol/l</b>          | 202 - 420          |
| <b>glukoza</b>                    | 5,3 mmol/l                 | 5,2 mmol/l                 | 3,5 - 5,6          |
| <b>natrium</b>                    | <b>136 mmol/l</b>          | <b>132 mmol/l</b>          | 137 - 146          |
| <b>kalium</b>                     | 4,2 mmol/l                 | 3,9 mmol/l                 | 3.6 - 5.4          |
| <b>chloridy</b>                   | 99 mmol/l                  | <b>96 mmol/l</b>           | 98 - 107           |
| <b>Bilirubin celk.</b>            | 18,3 umol/l                | 15,3 umol/l                | 0,2 - 20,5         |
| <b>ALT</b>                        | 0,38 ukat/l                | 0,48 ukat/l                | 0,1 - 0,83         |
| <b>AST</b>                        | 0,52 ukat/l                | 0,53 ukat/l                | 0,1 - 0,83         |
| <b>GMT</b>                        | 0,23 ukat/l                | 0,25 ukat/l                | 0,18 - 1,13        |
| <b>amyláza</b>                    | 0,75 ukat/l                | 0,99 ukat/l                | 0,1 - 1,67         |
| <b>Cholesterol</b>                | <b>5,1 mmol/l</b>          | <b>5,1 mmol/l</b>          | 1,5 - 5,0          |
| Glykovaný HbA1c                   | 3,2 %                      |                            | 2,1 - 6            |
| CK                                | 3,48 ukat/l                |                            | 0,2 - 1,9          |
| CK - MB                           | 0,55 ukat/                 |                            | 0 - 0,42           |
| <b>Hematologie</b>                |                            |                            |                    |
| <b>Krevní obraz</b>               |                            |                            |                    |
| Hemoglobin                        | 13,4 g/100ml               | 12,8 g/100ml               | 12 - 16            |
| Hematokrit                        | 39,7 %.                    | 37,8 %.                    | 37 - 46            |
| Leukocyty                         | 7,21 x 10 <sup>9</sup> /l  | 9,54 x 10 <sup>9</sup> /l  | 4 - 10             |
| Trombocyty poc.                   | 235 x 10 <sup>9</sup> /l   | 175 x 10 <sup>9</sup> /l   | 140 - 440          |
| Erytrocyty                        | 4,27 x 10 <sup>12</sup> /l | 4,23 x 10 <sup>12</sup> /l | 4,2 - 5,4          |
| Obj. ery                          | 93,0 fl                    | 94,2 fl                    | 84 - 105           |
| Hb ery                            | 31,6 pg                    | 31,9 pg                    | 27 - 33            |
| St. bar. konc.                    | 341 g/l                    | 339 g/l                    | 300 - 370          |
| <b>Koagulační vyšetření</b>       |                            |                            |                    |
| Prothrom. čas – INR               | 0,94 INR                   | 1,09 INR                   | 0,8 - 1,2          |
| Prothrom. čas                     | 11,7 sec                   |                            | 10,5 – 14,8        |
| Prothrom. čas / norma             | 11,5 sec                   |                            |                    |
| APTT – čas pacient                | 29,4 sec                   |                            | 28 - 34            |
| APTT – čas normalu                | 32 sec                     |                            | 25 - 35            |
| APTT – ratio                      | 1,09 arb. jedn.            |                            | 0,8 - 1,2          |
|                                   |                            |                            |                    |
| <b>Krvácivost</b>                 | 2 minuty                   | 1,5 - 5                    |                    |

#### 4.4 Rtg srdce a plic

z 30. 3. 2007

Vzhledem k rozsáhlým pleurálním kalcifikacím vlevo je na této straně stav parenchymu prakticky nehodnotitelný. Vpravo je však zřejmé zastření kostofren. úhlu tekutinou. Kromě existujícího emfyzému je patrné zmnožení žilní kresby. Srdeční stín je o něco širší než byl 9. 7. 2004. obraz svědčí pro levostranné selhávání.

z 2. 4. 2007

Rozsáhlá petrifikující pachypleuritis vlevo, emfyzém plic, skleróza aorty, mírná dilatace srdce doleva.

#### **4.5 ECHO**

z 2. 4. 2007

Závěr :

- levá komora dilatovaná, s excentrickou hypertrofií, těžká systolická dysfunkce LK s EF 29 %, hypokineza přední a laterální stěny, těžká hypokineza spodní a zadní stěny, dobrá kinetika hrotu a septa
- porucha diastolické funkce, dilatace LS
- dilatace PS, hraniční velikost PK se zachovanou systolickou funkcí
- degenerativní změny aparátu mitrální chlopně, anulus fibrosus, mírná mitrální insuficience
- nepřímé známky plicní hypertenze
- bez výpotku v perikardu

(1)

### **5. Přehled terapie**

#### **5.1 Farmakoterapie**

i . v .

AUGMENTIN 1,2 g inj. sic. 3. - 6. 4. po 8 hodinách (6 – 14 - 22)

- generický název : Amoxicilin a inhibitor beta – laktamázy
- indikační skupina : antibiotika, virostatika
- nežádoucí účinky : alergická reakce (kopřivka, horečka, nevolnost, zvracení, průjem, otok rtu, jazyka, výdechová dušnost, šok), jaterní poruchy, žloutenka

FUROSEMID BIOTIKA inj. 20 mg 2 . - 3.4. po 12 hodinách (12 - 24)

- generický název : Furosemid

- indikační skupina : diuretika
- nežádoucí účinky : poruchy iontové rovnováhy (pokles K, Na, Mg, Ca), svalové křeče, arytmie, poruchy sluchu

KALIUM CHLORATUM LÉČIVA 7,5 % inj. 20 ml v 500 ml 1/1 FR 4. - 5. 4. 1x denně

- generický název : Chlorid sodný
- indikační skupina : soli a ionty pro perorální a parenterální aplikaci
- nežádoucí účinky : dráždění sliznice zažívacího ústrojí projevující se nevolností, zvracením, plynatostí, bolestmi břicha a průjmem, v ojedinělých případech může dojít až ke krvácení a vzniku vředů

S . C .

FRAXIPARINE inj. sol. 0,6 ml 2. - 6. 4. po 12 hodinách (12 - 24)

- generický název : Nadroparin
- indikační skupina : antikoagulancia, antiagregancia
- nežádoucí účinky : poruchy koagulace, krvácivost

per os

ANOPYRIN 100 mg por. tbl. nob. 2. - 6.4. 1 - 0 - 0

- generický název : Acetylsalicylová kyselina
- indikační skupina : antikoagulancia, antiagregancia
- nežádoucí účinky : žaludeční a střevní obtíže, malé ztráty krve z oblasti žaludku a střeva, nevolnost, zvracení a průjmy, vyšší sklon ke krvácení

AGAPURIN RETARD por. tbl. ret. 2. - 6. 4. 1 - 0 - 1

- generický název : Pentoxifylin
- indikační skupina : vazodilatancia
- nežádoucí účinky : ojediněle nevolnost, zvracení, bolesti a tlak v žaludku, svědění a zčervenání kůže, poruchy srdečního rytmu, příznaky anginy pectoris (bolest za hrudní kosti) a pokles krevního tlaku

DIAZEPAM SLOVAKOFARMA 5 mg tbl. 2. - 6. 4. 0 - 0 - 0 - 1

- generický název : Diazepam

- indikační skupina : antipsychotika (neuroleptika)
- nežádoucí účinky : únava, spavost, závratě, pády, změny chování, podrážděnost, dechové obtíže, zmatenost, poruchy paměti, vznik závislosti

DILATREND 6,25 mg por. tbl. nob. 2. - 6. 4.      1/2 - 0 - 1/2

- generický název : Karvedilol
- indikační skupina : sympatolytika
- nežádoucí účinky : únava, závratě, pokles krevního tlaku, zpomalená srdeční činnost, zhoršené vidění a snížená produkce slz, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi

DUPHALAC pot. sir. 3. 4. dle potřeby

- generický název : Lactulosa
- indikační skupina : hepatika
- nežádoucí účinky : v prvních dnech se může objevit plynatost, bolesti břicha, nevolnost, zvracení, při vyšších dávkách průjem

FURON 40 mg por. tbl. nob. 4. - 6. 4.      1 - 0 - 0

- generický název : Furosemid
- indikační skupina : diuretika
- nežádoucí účinky : nevolnost, zvracení, průjem, alergické vyrážky, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství (křeče v lýtkách, nechutenství, závratě, poruchy spánku, zmatenost, poruchy srdečního rytmu)

MONO MACK DEPOT 100 mg por. tbl. pro. 2. - 6. 4.      1 - 0 - 0

- generický název : Isosorbidmononitrát
- indikační skupina : vazodilatancia
- nežádoucí účinky : bolesti hlavy, nevolnost a zvracení, kolapsové stavy, bradykardie, ortostatická hypotenze, zrudnutí kůže a alergické kožní reakce

PARALEN 500 mg tbl. 3. - 6. 4. při teplotě vyšší než 38 stupňů C, podáno 3. 4. v 8 hodin

- generický název : Paracetamol
- indikační skupina : analgetika, antipyretika

- nežádoucí účinky : přecitlivělost, hepatotoxicita při předávkování

PLAVIX por. tbl. flm. 2. - 6. 4. 1 - 0 - 0

- generický název : Klapidogrel
- indikační skupina : antikoagulancia, antiagregancia
- nežádoucí účinky : krvácení (podlitiny, krevní výrony, krvácení z nosu, krev v moči, krvácení do žaludku nebo střev, do očí, v hlavě, plicích nebo do kloubů), závratě, bolesti hlavy, snížení krevního tlaku, zmatenost, halucinace, alergické reakce

SORTIS 20 mg por. tbl. flm. 2. - 6. 4. 0 - 0 - 1

- generický název : Atorvastatin
- indikační skupina : hypolipidemika
- nežádoucí účinky : svalová slabost nebo zánět svalů, nevolnost, bolest břicha, zácpa, nadýmání, bolest svalů, slabost, [průjem](#), [nespavost](#), závrať, bolest na hrudi, alergické reakce

VEROSPIRON tbl. 2. - 6. 4. 0 - 1 - 0

- generický název : Spironolakton
- indikační skupina : diuretika
- nežádoucí účinky : nechutenství, nevolnost, zvracení, bolesti v břiše, průjmy, bolesti hlavy, otupělost, spavost, zmatenost, horečka, kožní vyrážky a kopřivka, poruchy srdečního rytmu

na kůži

FASTUM GEL drm. gel 2. - 6. 4. dle potřeby

- generický název : Ketoprofen
- indikační skupina : antirevmatika, antiflogistika, antiuratika
- nežádoucí účinky : místní dráždění kůže (zarudnutí, svědění, výskyt kopřivky, zvýšená citlivost kůže na sluneční nebo ultrafialové záření), nežádoucí účinky jsou obvykle mírné a vymizí po přerušení léčby

### **5.2 Dietoterapie**

Po celou dobu mého ošetřování měla pacientka naordinovanou dietu č. 7 (nízko - cholesterolová).

### **5.3 Fyzioterapie**

Pacientka má naordinovaný klid na lůžku s používáním WC.

### **5.4 Oxygenoterapie**

Pacientka má naordinovaný kontinuálně kyslík 3 l/min. kyslíkovými brýlemi.

(1, 3)

## **6. Stručný průběh hospitalizace**

85 – letá pacientka byla přeložena z koronární jednotky dne 2. 4. 2007, 3. den po prodělaném infarktu myokardu komplikovaném srdečním selháním s plicním edémem. Pacientka byla dušná (i s kyslíkem 3 l/min měla saturaci  $O_2$  96 %), orientovaná, spolupracovala, měla zavedenou i.v. kanylu v PHK. Pacientce byl upraven dietní režim, farmakoterapie a fyzioterapie. Dne 3. 4. ráno došlo ke zhoršení zdravotního stavu, pacientka měla horečku 38,5 °C, třesavku a zimnici z důvodu infekce z i.v. kanyly. Kanyla byla odstraněna a byl naordinován Paralen 500 mg a antibiotická léčba i.v. (3. 4. byla podávána přes jehlu a od 4. 4. novou i.v. kanylou v LHK). V poledne teplota klesla na 37,6 a večer na 37,1°C. Další dny už pacientka byla bez teploty.

Na 4. 4. 2007 byla plánována selektivní koronarografie, ale vzhledem k infekci byla odložena na 12. 4. 2007.

(1,3)

## **C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu**

## **1.1 Subjektivní náhled nemocného na hospitalizaci**

Pacientka šla ke svému praktickému lékaři, protože se jí hůře dýchalo a měla bolest v levé polovině hrudníku. Lékař ji poslal RZP do nemocnice, paní S. neví, co způsobilo její nemoc, v nemocnici se jí líbí, hospitalizaci bere jako dovolenou, nemusí nic dělat. Pacientka nemá představu o tom, jak dlouho bude ještě hospitalizován, myslí si, že má dostatek informací o léčbě i nemocničním režimu, nemá specifické problémy týkající se hospitalizace.

## **1.2 Fyziologické potřeby nemocného**

### 1.2.1 Potřeba dýchání

Paní S. měla již 14 dní před příchodem do nemocnice problémy s dýcháním (dušnost). Paní S. neví, jestli bude mít problémy s dýcháním (dušnost) i po návratu domů, ale doufá, že ne.

Pacientka je kuřačka (5 cigaret/denně), nemá žádnou alergii (intolerance ACE inhibitorů – suchý dráždivý kašel).

Její dýchání je pravidelné, 25 dechů za minutu, pacientka je klidově dušná a potřebuje kyslík, rýmu a kašel nemá. Pacientka je ohrožená vznikem komplikací v dýchacích cestách.

(příloha č.1 Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách – 12 bodů)

### 1.2.2 Potřeba hydratace

Paní S. si není vědoma toho, že by se její příjem tekutin změnil.

Pacientka má nejraději čaj (bylinkový), kávu, ovocné šťávy a nealkoholické nápoje. Nemá ráda alkohol, denně vypije asi 1000 ml tekutin.

Pacientka si myslí, že má k dispozici dostatek tekutin.

Paní S. nemá projevy dehydratace - bukalní sliznice, jazyk a rty jsou vlhké, pohyby očních bulbů jsou normální, kožní turgor a náplň krčních žil nejsou sníženy, kůže je vlhká a přiměřeně teplá, únava, spavost, zmatenost nejsou přítomny.

### 1.2.3 Potřeba výživy

Pacientka má kompletní, pevnou zubní protézu a nemá s ní žádné problémy.

Paní S. si myslí, že má nadváhu (20 kg) a že se v poslední době nezměnila, váží 70 kg.

Jí obvykle brambory, maso, zeleninu, ovoce, nejlíbejší špenát, protože jí nechutná.



Před přijetím pacientka nedržela žádnou dietu, nyní má dietu č. 7 (nízko – cholesterolová).

BMI je 29, paní S. má výraznou nadváhu, je soběstačná, ale vzhledem k . naordinovanému klidu na lůžku potřebuje pomoc při přípravě stravy a stolku, nají se sama.

#### 1.2.4 Potřeba vyprazdňování moče

Paní S. před přijetím do nemocnice neměla v této oblasti žádné problémy v současné době také žádné nemá ( neudává ani na cílené otázky), je zcela soběstačná (pacientka má naordinovaný klid na lůžku s používáním WC).

Pacientka neomezuje příjem tekutin, vypije asi 1000 ml tekutin.

#### 1.2.5 Potřeba vyprazdňování stolice

Doma se pacientka obvykle vyprazdňuje 1x za 3 dny, většinou odpoledne, má tuhou stolicí a vyprázdnění trvá dlouho. Jediné, co jí do této doby pomáhalo se vyprázdnit, bylo mléko, projímadlo zatím nepoužívala.

Dle překladové zprávy poslední stolice byla 31. 3. , paní S. má tuhou stolicí, potřebuje Duphalac.

Pacientka je kontinentní, plně soběstačná.

#### 1.2.6 Potřeba hygieny a stav kůže

Doma se paní S. koupe obvykle večer, nyní se myje na lůžku každý den ráno.

Paní S. si myslí, že má normální kůži, ale já si myslím, že má spíše kůži suchou. Pacientka má klidnou jizvu pod pravou lopatkou po lobektomii, zavedenou i.v. kanylu v PHK (od 30. 3.), okolí je klidné, nejeví známky infekce. Nemá hematomy, opruzeniny ani jiné rány.

V této oblasti je pacientka soběstačná, ale vzhledem k naordinovanému klidu na lůžku potřebuje pomoc při provádění hygienické péče (přinést umyvadlo s vodou). Umyje se sama.

(příloha č. 2 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – 27 bodů )

#### 1.2.7 Potřeba spánku a odpočinku

K pocitu vyspání potřebuje pan S. asi 7 hodin spánku. Doma i nyní dlouho nemůže usnout, obvykle spí asi 5 hodin, unavená se ale necítí. Pacientka neví, co způsobuje její potíže. Doma si obvykle před spaním čte nebo se dívá na televizi. Doma si během dne nezdřímne, ale v nemocnici občas ano (1 – 2 x denně na 10 minut). Pacientka bere léky na spaní (Stilnox).

#### 1.2.8 Potřeba tepla a pohodlí

Paní S. si nestěžuje ani na pocit nepohodlí ani na pocit zimy. Její lůžko i matrace jsou standardní.

#### 1.2.9 Potřeba být bez bolesti

Pacientku bolí bederní páteř asi 14 dní, bolest má bodavý charakter, intenzita na VAS dosahuje hodnoty 2 bodů (mírná bolest), projevuje se slovním vyjádřením pacientky. Doma paní S. nepoužívala žádná analgetika, pouze se vyhýbala činnostem při kterých cítila bolest.

(příloha č. 3 Mapa bolesti)

#### 1.2.10 Potřeba fyzické a psychické aktivity

Paní S. je ve starobním důchodu, nemá žádné potíže pohybovat se v domácnosti.

Pacientka ve volném čase ráda čte (cestopisy, historické romány..), plete a chodí na procházky po Praze i do přírody.

Paní S. je zcela soběstačná, ale vzhledem k naordinovanému klidu na lůžku potřebuje pomoc při provádění hygienické péče a při přípravě stravy a stolku.

(příloha č. 4 Barthelův test základních všedních činností – 70 bodů)

#### Lokomotorické funkce

Paní S. v této oblasti nemá žádné problémy, má naordinovaný klid na lůžku.

#### Smyslové funkce

Paní S. potřebuje brýle na čtení, slyší dobře.

#### 1.2.11 Sexuální potřeby

Paní S. měla menstruaci pravidelnou, menopauzu si nevybavuje. Pacientka je bezdětná, prodělala spontánní potrat na gynekologické kontroly nechodí.

Jiné otázky z oblasti sexuality jsem vzhledem k věku a zdravotnímu stavu pacientky nepokládala.

### **1.3 Psychosociální potřeby**

Pacientka je emocionálně stabilní, dobře se ovládá, snaží se spolupracovat a je přizpůsobivá. Informace uchovává bez zkreslení.

#### **1.3.1 Existenciální potřeby**

##### 1) Potřeba bezpečí a jistoty

Paní S. má strach z vyšetření (selektivní koronarografie), bojí se, že se neprobudí z celkové anestezie.

##### 2) Potřeba zdraví

Pacientka má ICHS, smíšenou formu, středně významnou systolickou dysfunkci LK, arteriální hypertenzi farmakologicky kompenzovanou. Paní S. přiznává, že dříve, jedla více tučná jídla. Nyní se jim snaží vyhýbat. Také přiznává, že její tělesná aktivita není tak velká, jak by měla být, občas chodí na delší procházky. Paní S. kouří 5 cigaret denně. Alkohol nepije, nechutná jí.

Pacientka potřebuje brýle na čtení, jiné kompenzační pomůcky nepoužívá a nemá žádné problémy se sluchem.

##### 3) Potřeba informací

Pacientka je plně informována o svém zdravotním stavu a onemocnění. Paní S. dostává i dostatek informací z běžného okolního světa od zdravotnického personálu, rodiny a známých.

##### 4) Potřeba soběstačnosti

Paní S. je zcela soběstačná, ale vzhledem k naordinovanému klidu na lůžku potřebuje pomoc při provádění hygienické péče a při přípravě stravy a stolku.

##### 5) Potřeba finanční a sociální jistoty

Paní S. netrpí v této oblasti žádným deficitem.

Pacientka potřebuje mít kolem sebe svoji rodinu a přátele.

##### 6) Adaptace

Pacientka se adaptuje dobře, nejeví známky maladaptace.

### **1.3.2 Vztahové – sociální potřeby**

#### 1) Potřeba lásky a sounáležitosti

Paní S. bydlí sama v panelovém domě v bytě 2+1, ve 3. patře s výtahem. Příbuzní ji často navštěvují.

Pacientka netrpí v této oblasti žádným deficitem.

#### 2) Potřeba komunikace

Paní S. je velmi komunikativní, jak se spolupacientkami, tak s personálem, je společenská. Pacientka mi zpočátku nedůvěřovala, ale po získání její důvěry paní S. odpovídá na otázky pohotově a ihned se rozhovoří.

#### 3) Potřeba důvěry

Pacientka důvěřuje lékařům, že ji pomohou. Ale i přesto má strach z vyšetření, jestli se probudí z celkové anestezie. Plně spolupracuje s lékaři a sestrami i s dalším zdravotnickým personálem.

#### 4) Potřeba (ne)závislosti

Paní S. říká, že na ní není nikdo závislý. Ani ona není na nikom závislá.

#### 5) Potřeba přátelství

Paní S. má jednu nejlepší přítelkyni, znají se již od dětství a setkávají se pravidelně.

#### 6) Potřeba sebeúcty a seberealizace

Z rozhovoru s pacientkou jsem nabyla dojmu, že paní S. má přiměřené sebevědomí.

### **1.4 Hodnocení současného stavu**

Paní S. (85 let) je střední postavy, nadměrné výživy. Pacientka je v klidu mírně dušná a i při oxygenoterapii 3 l/min má saturaci krve kyslíkem 96 %. Paní S. má dále zavedenou i.v. kanylu v PHK.

Pacientka je soběstačná, ale vzhledem k naordinovanému klidu na lůžku potřebuje pomoc při provádění hygienické péče (přinést umyvadlo s vodou) a při přípravě stravy, jinak paní S. není odkázána na ošetrovatelskou péči, aktivně spolupracuje.

Paní S. je komunikativní, na otázky odpovídá pohotově a ihned se rozhovoří.

(2, 3, 7)

## **2. Ošetrovatelské diagnózy**

2. 4. 2007

- 1) Poruchy dýchání z důvodu srdečního selhání projevující se ztíženým dýcháním, dušností
- 2) Strach z vyšetření, z budoucnosti projevující se verbálním vyjádřením.
- 3) Porucha spánku z důvodu věku projevující se obtížným usínáním a nespavostí.
- 4) Akutní bolest bederní páteře z důvodu nadváhy projevující se slovním vyjádřením, výrazem tváře a snahou zaujímat úlevovou polohu.
- 5) Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy projevující se nadváhou.
- 6) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené i.v. kanyly.
- 7) Riziko snížení objemu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin a zvýšeného výdeje tekutin (diuretika)

3. 4. 2007

- 1) Porucha termoregulace z důvodu vzniku infekce i.v. kanyly projevující se horečkou 38,5 °C, třesavkou.
- 2) Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu snížené peristaltiky projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, obtížným vyprazdňováním stolice, tuhou stolicí.

### **3. Ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelské péče a zhodnocení poskytnuté péče**

2. 4. 2007

1) Poruchy dýchání z důvodu srdečního selhání projevující se ztíženým dýcháním, dušností.

**Cíl :** obnovení účinného dýchání, pacientka udává zmírnění dušnosti a nemá známky hypoxie

#### **Plán ošetrovatelské péče :**

- čistý vzduch, vyvětrat
- pomoci pacientce zaujmout Fowlerovu polohu
- dle ordinace lékaře aplikace kyslíku (3 l/min)
- kontrolovat laboratorní hodnoty (stupeň oxygenace, retence  $CO_2$ ), saturaci krve kyslíkem pomocí oxymetru
- všimnout si emočních reakcí pacientky
- edukace pacientky, aby se dušnost snažila zvládnout prohloubením dechu a prodloužením výdechu
- sledovat FF, stav vědomí

#### **Realizace :**

Nechala jsem pacientku zaujmout Fowlerovu polohu, vyvětrala jsem pokoj. Dála byla pacientce měřena pulzním oxymetrem saturace krve kyslíkem 3 x denně (2 x já a jednou sestra). Dále jsem pacientku edukovala, aby se dušnost snažila zvládnout prohloubením dechu a prodloužením výdechu a nacvičovala to s ní a zajistila kontinuální aplikaci kyslíku 3 l/min. kyslíkovými brýlemi.

#### **Zhodnocení poskytnuté péče :**

I přes Fowlerovu polohu a podaný kyslík nedošlo ke zmírnění dušnosti, ale saturace krve kyslíkem se pohybovala od 96 – 98 % a pacientka nemá známky hypoxie.

Cíl byl částečně splněn.

## 2) Strach z vyšetření, z budoucnosti projevující se verbálním vyjádřením.

**Cíl :** pacientka zná postup vyšetření, udává zmírnění strachu

### **Plán ošetrovatelské péče :**

- navázat důvěryhodný vztah
- věnovat pacientce maximum času
- pozorně pacientku vyslechnout, poslouchat trpělivě a s pochopením
- snažit se zmírnit strach komunikací a srozumitelně odpovídat na otázky pacientky
- umožnit rozhovor s lékařem

### **Realizace :**

Během mé praxe na oddělení jsem se snažila získat si důvěru pacientky, povídala jsem si s ní, naslouchala jsem jí snažila se zodpovědět srozumitelně všechny její otázky.

Z počátku mi pacientka nedůvěřovala, ale když zjistila, že jí chci pomoci, postupně mi začala důvěřovat. Dále jsem pacientce vysvětlila, že se SKG nedělá v celkové, ale v lokální anestézii a že se nemusí bát. Dále jsem zajistila rozhovor s lékařem, aby paní S. podrobněji vysvětlil postup vyšetření.

### **Zhodnocení poskytnuté péče :**

I přes získanou důvěru a podané informace se její strach nezmírnil.

Cíl nebyl splněn.

## 3) Porucha spánku z důvodu věku projevující se obtížným usínáním a nespavostí.

**Cíl :** pacientka spí nepřerušovaně 6 hodin, usíná do půl hodiny

### **Plán ošetrovatelské péče :**

- zjistit návyky před spaním
- vyvětrat a upravit lůžko před spaním, teplá sprcha
- klid, vyloučit rušivé elementy (hluk, světlo)
- vyloučit pospávání během dne

- před spaním omezit příjem černé kávy a tekutin
- pokud možno pacientku v noci nebudit
- všimnout si známek únavy
- léky dle ordinace lékaře (1 tbl. Diazepam 5 mg)

**Realizace :**

Paní S. si doma před spaním čte nebo se dívá na televizi.

Po dohodě se sestrou, sestra vyvětrala pokoj, upravila pacientce lůžko a snažila se zmírnit hluk a světlo. Dále pacientce podala dle ordinace lékaře 1 tbl. 5 mg Diazepamu.

Paní S. se před spaním umyla, poté si četla.

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

I po vyvětrání, upravení lůžka a zmírnění hluku a světla a po podání Diazepamu, pacientka nemohla dlouho usnout (dle mínění pacientky asi 1 hodinu) a ráno se probudila dříve. Spala necelých 6 hodin.

Cíl nebyl splněn.

4) Akutní bolest bederní páteře z důvodu nadváhy projevující se slovním vyjádřením, výrazem tváře a snahou zaujmout úlevovou polohu.

**Cíl :** pacientka udává zmírnění bolesti na VAS alespoň o 1 bod

**Plán ošetřovatelské péče :**

- pomoci pacientce zaujmout úlevovou polohu
- nechat pacientku zakreslit svou bolest na VAS (2 body)
- při zhoršení bolesti informovat lékaře, léky dle ordinace lékaře
- snažit se odpoutat její pozornost (např. rozhovorem)
- všimnout si její reakce na bolest
- zajistit pohodlí v lůžku

**Realizace :**

Pomohla jsem pacientce najít úlevovou polohu, která jí vyhovuje. Pacientka ležela na zádech se zvednutou hlavou. Dále jsem si s pacientkou povídala. Po dohodě s lékařem paní S. dostala Fastum gel, kterým si mazala postiženou část dle potřeby.



**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Vlivem úlevové polohy, odvedení pozornosti a podání Fastum gelu došlo k vymizení bolesti.

Cíl byl splněn.

**5) Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy projevující se nadváhou.**

**Cíl :** pacientka zná zásady správné životosprávy

Pacientka sníží svoji hmotnost

**Plán ošetřovatelské péče :**

- zjistit způsob stravování
- zjistit denní kalorický příjem + výdej energie
- motivovat pacientku ke snížení hmotnosti
- dbát na dostatečný přívod tekutin
- doporučit pacientce, aby jedla pomalu, častěji a menší dávky, ovoce, zeleninu, vlákninu
- doporučit pacientce, aby neomezovala tělesnou aktivitu a postupně zvyšovala zátěž
- vysvětlit pacientce nutnost dodržovat dietu č. 7 (nízko – cholesterolová)

**Realizace :**

Paní S. byla edukována sestrou, doporučila jí, aby jedla častěji, menší dávky, pomalu, dostatečný přívod tekutin, ovoce a zeleniny. Dále pacientce sestra doporučila, aby neomezovala tělesnou aktivitu a postupně zvyšovala zátěž. Dále jsem paní S. vysvětlila, proč je důležité dodržovat tuto dietu (prevence arteriosklerózy a dalšího infarktu).

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Pacientka zná zásady správné životosprávy.

Cíl byl částečně splněn.

**6) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedené i.v. kanyly .**

**Cíl :** okolí i.v. kanyly je bez známek infekce, pacientka nemá celkové známky infekce

**Plán ošetrovatelské péče :**

- kontrolovat místo zavedené i.v. kanyly, funkčnost i.v. kanyly
- sledovat známky infekce místní (bolest, otok, zarudnutí, zvýšená teplota v okolí zavedené kanyly) i celkové (horečka, třesavka, zimnice...)
- dodržovat zásady sterility při ošetřování kanyly a aplikaci infuzních roztoků
- provádět hygienu rukou před a po výkonu
- převazovat i.v. kanylu 1 x denně

**Realizace :**

I.v. kanylu jsem ošetřovala sterilně, používala jsem sterilní materiál a před i po výkonu jsem provedla řádnou hygienu rukou Každý den jsem i.v. kanylu sterilně převazovala a kontrolovala její funkčnost.

Paní S. měla i.v. kanylu zavedenou již z koronární jednotky od 30. 3. v PHK. Dne 3. 4. došlo ke vzniku infekce a i.v. kanylu jsem odstranila. I.v. medikace se podávala do 4. 4. přes jehlu a od 4. 4. do nové i.v. kanyly v LHK.

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Vzhledem k tomu, že pacientka měla i.v. kanylu zavedenou již z koronární jednotky od 30. 3. 2007, pacientka měla celkové známky infekce.

Cíl nebyl splněn.

7) Riziko snížení objemu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin a zvýšeného výdeje tekutin (diuretika).

**Cíl :** pacientka nemá projevy dehydratace

**Plán ošetrovatelské péče :**

- zajistit pacientce dostatečné množství tekutin
- dle ordinace lékaře infuze (500 ml FR + 20 ml KCl, 500 ml 5 % G)
- sledovat vitální funkce, známky dehydratace (hustá, koncentrovaná moč, suchost kůže a sliznic, snížená náplň krčních žil, snížený kožní turgor, stavy zmatenosti, únava, spavost..)
- kontrolovat hodnoty laboratorních vyšetření (hemoglobin, hematokrit, celková bílkovina, albumin..)

- sledovat příjem výdej tekutin, barvu a množství moče

**Realizace :**

Každý den mého ošetřování jsem dbala na to, aby pacientka měla k dispozici dostatečné množství tekutin (denně vypila 1500 ml neperlivé vody). Dále jsem dle ordinace lékaře podávala infuze a sledovala stav kůže a sliznic.

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Paní S. nemá projevy dehydratace.

Cíl byl splněn.

3. 4. 2007

1) Porucha termoregulace z důvodu vzniku infekce i.v. kanyly projevující se horečkou 38,5°C , třesavkou.

**Cíl :** pacientka má tělesnou teplotu v normálním rozmezí (36,0 – 36,9°C ) do 24 hodin

**Plán ošetrovatelské péče :**

- zjistit příčinu a odstranit ji (i.v. kanyla)
- léky dle ordinace lékaře (Paralen 500 mg, Augmentin 1,2 g i.v.)
- dostatek tekutin
- sledovat tělesnou teplotu, srdeční frekvenci, dýchání, stav vědomí
- všimnout si známek zvýšeného nebo sníženého pocení

**Realizace :**

Dle ordinace lékaře jsem podala Paralen 500 mg, Augmentin 1,2 g, dále jsem odstranila i.v. kanylu a dbala na to, aby paní S. dostatečně pila.

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Po odstranění i.v. kanyly, podání Paralenu a zajištění dostatečné hydratace, teplota odpoledne klesla na 37,6 °C a večer na 37,1 °C. Další dny už pacientka byla bez teploty.

Cíl byl splněn.

2) Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu snížené peristaltiky projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, obtížným vyprazdňováním stolice, tuhou stolicí.

**Cíl :** obnova normálního způsobu vyprazdňování stolice, pacientka se bude vyprazdňovat 1x za 2 dny

**Plán ošetrovatelské péče :**

- zjistit způsob, kterým se pacientka dříve vyprazdňovala
- zhodnotit současný stav vyprazdňování
- sledovat barvu, zápach, konzistenci, množství stolice a častost vyprazdňování
- dostatečný příjem tekutin, vlákniny (hrušky, meruňky, švestky...)
- dle ordinace lékaře podat laxativa (Duphalac)

**Realizace :**

Paní S. se dříve vyprazdňovala 1x za 3 dny odpoledne, poslední stolice byla 31. 3..

Každý den mého ošetřování jsem dohlížela na to, aby měla pacientka k dispozici dostatek tekutin.

Druhý den (3. 4) mého ošetřování jsem podala dle ordinace lékaře Duphalac.

**Zhodnocení poskytnuté péče :**

Po podání Duphalacu došlo k vyprázdnění do dvou hodin po podání.

Další dny mého ošetřování se pacientka vyprazdňovala 1 x 2 dny.

Cíl byl částečně splněn.

#### **4. Ošetrovatelský závěr a prognóza**

Paní S. byla přeložena z koronární jednotky na interní oddělení 2. 4. 2007 po prodělaném infarktu myokardu komplikovaném srdečním selháním s plicním edémem. Hlavní důvod jejího překlady bylo provedení selektivní koronarografie. Byla plánována na 4. 4., ale vzhledem k infekci byla odložena na 12. 4. 2007.

Pacientka byly zcela soběstačná, ale vzhledem k naordinovanému klidu na lůžku potřebovala pomoc při provádění hygienické péče (přinést umyvadlo s vodou) a při přípravě stravy a stolku.

Paní S. byla komunikativní, na otázky odpovídala pohotově a ihned se rozhovořila.

Pacientka mi z počátku nedůvěřovala, neznala mě. Ale když zjistila, že se jí snažím pomoci, postupně mi začala důvěřovat.

S paní S. se mi pracovalo dobře, aktivně spolupracovala. Pacientka byla ráda, že si s ní někdo povídá a dělá jí společnost.

Paní S. bude nadále v léčení dokud se její stav nezlepší. Po propuštění z nemocnice se předpokládá její plná soběstačnost, ale závisí to také na výsledku SKG a na vývoji jejího zdravotního stavu.

## **D. POUŽITÁ LITERATURA**

- 1) Adams, B., Herold, C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z, Praha, Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-897-8
- 2) Doenges, M.E., Moorhouse, M, F. Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé, rozšířené a přepracované vydání, Praha, Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247- 0242-8

- 3) Gregor, P., Widimský, P. a kol. Kardiologie, druhé, přepracované a rozšířené vydání, Praha, Galén, 1999, ISBN 80-7262-021-5
- 4) Juřeníková, P. a kol. Ošetřovatelství učební text pro Střední zdravotnické školy 1. část – vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie, Uherské Hradiště, nakladatelství Středisko služeb školám Uherské Hradiště – vlastním nákladem, 1999
- 5) Klener, P. a kol. Vnitřní lékařství, třetí, přepracované a doplněné vydání, 2006, Galén, ISBN 80-7262-430-X, Karolinum, ISBN 80-246-1252-6
- 6) Mikešová, Z. a kol. Kapitoly z ošetřovatelské péče I., Vsetín, nakladatelství NALIOS, 1998
- 7) Staňková, M. České ošetřovatelství 6 : Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, ISBN 80-7013-323-6
- 8) Ševčík, P. a kol. Intenzivní medicína, druhé, rozšířené vydání, Praha, Galén, 2003, ISBN 80-7262-203-X
- 9) Špaček, R., Widimský, P. Infarkt myokardu, Praha, Galén, 2003, ISBN 80-7262-197-1
- 10) <http://www.athero.cz>, dne 12. 4. 2007
- 11) <http://www.kardio-cz.cz>, dne 12. 4. 2007
- 12) <http://www.sestra.cz>, dne 12. 4. 2007
- 13) <http://www.zdravcentra.cz>, dne 12. 4. 2007
- 14) <http://zdravidoktorka.cz>, dne 12. 4. 2007

## **E. DALŠÍ POUŽITÉ ZDROJE**

- 1) Dokumentace
- 2) Pacient – rozhovor
- 3) Vlastní pozorování
- 4) Zdravotnický personál

## **F. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

AC – arteria carotis

ACE inhibitory – inhibitory angitenzin konvertujícího enzymu

AIM – akutní infarkt myokardu

ARDS – adult respiratory distress syndrom, syndrom respirační tísně u dospělého

AS – akce srdeční

AST – aspartát aminotransferáza  
BMI – body mass index  
CK – kreatinkináza  
CK – MB – izoenzym kreatinkinázy  
CMP – cévní mozková příhoda  
CNS – centrální nervový systém  
D – dech  
DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie  
DK – dolní končetiny  
EF – ejekční frakce  
FF – fyziologické funkce  
FR – fyziologický roztok  
5 % G – 5 % Glukóza  
ICHS – ischemická choroby srdeční  
IM - infarkt myokardu  
i. v. – intravenózně, do žíly  
KCl – kalium chloratum  
JIP – jednotka intenzivní péče  
LD – laktátdehydrogenáza  
LHK – levá horní končetina  
LK – levá komora srdeční  
LS – levá síň  
NSTEMI - infarkt myokardu bez elevace ST úseku  
NYHA – New York Heart Association, funkční klasifikace srdečního selhání  
P – puls  
PHK – pravá horní končetina  
PK – pravá komora  
PS – pravá síň  
PTCA – perkutánní transluminární koronární angioplastika  
RHB – rehabilitace  
RZP – rychlá záchranná pomoc  
s. c. – subkutánně, pod kůží  
SKG – selektivní koronarografie  
SpO2 – saturace krve kyslíkem



TBC – tuberkulóza

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

UPV – umělá plicní ventilace

VAS – vizuální analogová škála, hodnocení intenzity bolesti

## **G. PŘÍLOHY**

- 1) Příloha č. 1 : Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách
- 2) Příloha č. 2 : Hodnocení rizika vzniku dekubitů
- 3) Příloha č. 3 : Mapa bolesti
- 4) Příloha č. 4 : Barthelův test základních všedních činností
- 5) Příloha č. 5 : Vstupní ošetřovatelský záznam
- 6) Příloha č. 6 : Plán ošetřovatelské péče



































