

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Jaroslava Langerová

Ošetřovatelská kazuistika u pacienta s poruchou srdečního rytmu

Nursing Case Study of Patient with Arrhythmia

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Praha, 07. 03. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

.....
Jaroslava Langerová

V Praze dne 07. 03. 2009

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu X. Y., že jsem s jeho souhlasem mohla zpracovat informace, které mi poskytl. Děkuji také své vedoucí práce Mgr. Daně Juráskové, Ph.D., MBA za cenné rady, laskavost a trpělivost při naší vzájemné spolupráci.

V Praze dne 07. 03. 2009

Obsah

A	ÚVOD	6
B	KLINICKÁ ČÁST	8
1	Poruchy srdečního rytmu	8
1.1	Klasifikace poruch srdečního rytmu	8
1.1.1	Fibrilace síní	9
1.1.2	Epidemiologie	9
1.1.3	Patofyziologie onemocnění	9
1.1.4	Klasifikace fibrilace síní	10
1.1.5	Etiologie	10
1.1.6	Klinický obraz	10
1.1.7	Diagnostické metody	11
1.1.8	Možnosti terapie	13
1.1.9	Ošetrovatelská péče	15
1.1.10	Prognóza	15
1.1.11	Edukace	16
2	Základní identifikační údaje o nemocném	17
3	Lékařská anamnéza a diagnózy	18
4	Diagnosticko - terapeutická péče	20
C	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	29
5	Ošetrovatelská anamnéza	29
5.1	Subjektivní pohled pacienta na své onemocnění a na hospitalizaci	29
5.2	Stručné hodnocení sestrou	29
5.3	Základní fyziologické potřeby	30
5.4	Psychosociální potřeby	33
5.5	Ošetrovatelské diagnózy	35
5.6	Plán ošetrovatelské péče	37
5.7	Edukace pacienta	60
5.8	Ošetrovatelský závěr	60
5.9	Prognóza	61
6	Seznam použité literatury	62
7	Seznam dalších zdrojů	63

8	Seznam použitých zkratek	64
9	Seznam příloh	67

A ÚVOD

Srdeční arytmie, porucha srdečního rytmu, patří mezi nejčastější srdeční onemocnění. Přibližně každý desátý člověk je nositelem arytmie, tedy zrychleného (tachykardie) či zpomaleného (bradykardie) srdečního rytmu a počet takto nemocných mírně narůstá. Je to způsobeno jednak nezdravým životním stylem – kouřením, stresem, obezitou, nedostatkem pohybu, ale paradoxně také zlepšením lékařské péče. Kardiologové totiž dokáží zachránit nemocné, kteří by dříve neměli šanci přežít.

Arytmie představují vážné onemocnění, které je nutné vždy sledovat a léčit, neboť bývají jednou z nejčastějších příčin náhlé srdeční smrti. Ročně dochází v České republice k více než třiceti tisícům případů náhlé srdeční smrti, z nichž přežívá asi 1000-1500 pacientů resuscitovaných mimo nemocnici, tedy asi pouhých 5 %. Často je v takových případech klíčové, zda lidé, kteří jsou v té chvíli postiženému jedinci nablízku, znají a správně ovládají principy resuscitace, pomocí které mu mohou zachránit život.

V posledních letech se výrazně zdokonalily diagnostické a terapeutické možnosti, nastal rozvoj nejen farmakologické, ale i nefarmakologické léčby arytmií. Pro diagnostiku má zásadní význam monitorace srdečního rytmu a elektrofyziologické vyšetření. „Poprvé bylo uskutečněno trvalé sledování – monitorování EKG křivky na koronárních jednotkách p. Daye, Browna a Metzera v roce 1962.“^(14,s.28) V praxi dnes nejrozšířenějším typem zařízení pro monitorování EKG na JIP je systém tzv. lůžkového bedside monitoru ve spojení s ústřední pozorovací a registrační jednotkou. „Monitorování EKG signálu provádíme na JIP zásadně ihned od příchodu nemocného, a to již za pobytu v přijímací části nebo ambulanci JIP.“^(14,s.28)

Život pacientů, kteří přežijí náhlou srdeční smrt způsobenou arytmiemi, však porucha srdečního rytmu ohrožuje dál. Těmto pacientům kardiologové obvykle implantují kardioverter-defibrilátor (ICD), který jim dokáže zajistit dlouhodobě kvalitní a bezpečný život a navíc umožňuje i léčbu pokročilého srdečního selhání, jež postihuje asi 30 % takto nemocných. V léčbě bradyarytmií se uplatňují stále dokonalejší kardiostimulátory. Pacienti s implantovaným přístrojem však musí pravidelně docházet do specializované kardiologické ambulance, kde kardiolog kontroluje funkci přístroje a vyhodnocuje výsledky jím zachycené.

Česká republika je na jednom z předních míst v Evropské unii v kvalitě léčby poruch srdečního rytmu. Ročně se v ČR implantuje asi 560 kardiostimulátorů na milión obyvatel a patří nám v tom zhruba šesté místo v Evropě.

Za posledních dvacet let se zásadně změnil pohled na léčbu fibrilace síní (jedná se o nejčastější poruchu srdečního rytmu), protože byla zjištěna souvislost mezi tímto onemocněním a cévními mozkovými příhodami. Správný management FS, především antikoagulační terapie, dokáže významně snížit výskyt ischemických cévních mozkových příhod.

Technický pokrok zvyšuje přežití i kvalitu života pacientů, klade však zvýšené nároky na vědomosti a celkovou přípravu zdravotnického personálu. Sestra na JIP se v současnosti musí umět orientovat v této problematice, která je i pro lékaře-specialistu velice náročná. Často je možné definitivní diagnózu stanovit až na katetrizačním pracovišti při elektrofyzilogickém vyšetření.

Touto svojí prací bych ráda přispěla k rozšíření svých vědomostí. Také bych chtěla poskytnout poznatky svým kolegyním, nakolik bez adekvátní lékařské a nezbytné ošetrovatelské péče, by pacienti neprofitovali ani z možností moderní farmakoterapie ani z těch nejmodernějších přístrojů.

Pracuji devět let na JIP interního oddělení. Pro toto téma jsem se rozhodla z důvodu poměrně častého výskytu poruch srdečního rytmu. Domnívám se, že jde o zásadní celospolečenský problém, a je proto nutné se zajímat nejen o jeho existenci a léčbu, ale i o prevenci. Pacienta zmiňovaného v této práci jsem si vybrala za dvou důvodů. Jedním z nich je pacientova dg., jde o výše uvedenou nejčastější poruchu srdečního rytmu (fibrilaci síní), druhým důvodem je to, že se jedná o člověka blízkého naší rodině.

„Fibrilace síní byla do konce 30. let minulého století nazývána *kompletní arytmie Heringova*. Nesla atribut pracovníka pražské lékařské fakulty, který se spolu s Lewisem na počátku století nejvíce zasloužil o poznání patofyziologie této arytmie.“^(5,s.145) Jejich originální poznatky v podstatě přetrvaly století. Elektrofyzilogické studie z poslední doby obohatily dosavadní názory na fibrilaci síní a umožnily nové přístupy v její léčbě.

B KLINICKÁ ČÁST

1 PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU

Porucha srdečního rytmu (arytmie) znamená poruchu v normálním sledu srdečních stahů. „Mezi poruchy srdečního rytmu – *dysrytmie* – (arytmie) patří všechny abnormality srdeční aktivity, které vznikají poruchou tvorby či vedení vzruchu po srdci nebo jejich kombinací. Srdeční podráždění může také vzniknout v atypických místech srdce, než v převodním srdečním systému, nebo se mohou šířit po srdci abnormálními cestami.“^(14,s.26)

1.1 Klasifikace poruch srdečního rytmu

Arytmie můžeme dělit podle různých hledisek. „Nejjednodušší dělení je podle srdeční frekvence – pak je dělíme na *bradyarytmie* (srdeční frekvence pod 60/min) a *tachyarytmie* (srdeční frekvence nad 100/min). Další dělení je podle patofyziologie vzniku – dělíme je na arytmie vznikající změnou automacie, spouštěnou aktivitou a pomocí reentry.“^(8,s.79) Podle místa vzniku dělíme poruchy srdečního rytmu na: *sinusové* (sinusová tachykardie, sinusová bradykardie, SA blokády, sinusová zástava), *síňové* (síňové extrasystoly, síňový flutter, síňová fibrilace), *v oblasti síňokomorového spojení – junkční* (AV blokády I., II. a III. stupně) a *komorové* (blokády komorových ramének, komorové extrasystoly, komorová tachykardie, komorový flutter, komorová fibrilace, komorová asystolie). Podle funkčního stavu srdce můžeme klasifikovat srdeční dysrytmie na *primární*, jež vznikají následkem elektrické nestability, bez klinických příznaků srdečního selhání nebo šoku a na *sekundární* v průběhu srdečního selhání, kardiogenního šoku, při těžké hypoxemii, poruchách minerálního nebo acidobazického metabolismu apod.

Arytmie mohou být paroxysmální (záchvatovité), nesetrválé (KT do 30 s), incesantní (nepřetržité, trvající déle než 12 hodin), setrválé (KT nad 30 s), nebo intermitentní (blokády).

Vzhledem k tomu, že v této práci zmiňuji pacienta s arytmii typu fibrilace síní, budu dále rozvádět pouze tuto problematiku.

1.1.1 Fibrilace síní

Fibrilace síní (míhání síní) je nejčastější klinicky významnou arytmií. „Při fibrilaci síní vznikají abnormální impulzy na řadě míst srdečních síní, takže namísto normálního rytmického chodu, zavládne v srdci dezorganizovaná elektrická aktivita.“^(1,s.136) Síně fibrilují (chvějí se), místo, aby se normálně kontrahovaly. „Fibrilace se může vyskytovat samostatně nebo být spojena s jinými supraventrikulárními arytmiemi. Poměrně častý je společný výskyt s flutterem síní, kdy se mohou obě arytmie u téhož nemocného střídát či přecházet jedna v druhou.“^(2,s.1146)

1.1.2 Epidemiologie

Výskyt FS v dospělé populaci se dříve udával 0,4 %, dnes spíše 0,95 %. Znamená to, že její výskyt se stále zvyšuje. FS stoupá exponenciálně s věkem. V dětství je arytmie výjimečná. „Podle věku se liší i manifestace FS: u mladších jedinců se vyskytují spíše ojedinělé paroxysmy FS, s rostoucím věkem četnost atak stoupá či arytmie přechází v permanentní. U mužů je prevalence FS vyšší než u žen (1,1 % oproti 0,8 %), u starších bělochů je vyšší než v černošské populaci (2,2 % oproti 1,5 %). U pacientů se srdečním selháním je výskyt FS závislý na jeho stupni: kolísá přibližně od 5 % při NYHA I až téměř k 50 % při NYHA IV.“^(2,s.1146)

1.1.3 Patofyziologie onemocnění

Frekvence síní bývá při fibrilaci nepravidelná a rychlá, většinou kolem 600/min (v rozmezí 400-800). „Při této frekvenci se síně přestávají účinně stahovat, jejich příspěvek k plnění komor ustává a minutový objem poklesne až o 30%.“^(5,s.146) Dalším nepříznivým důsledkem FS je neadekvátní srdeční frekvence, neodpovídající stupni tělesné aktivity (např. tachyarytmie v klidu nebo naopak bradyarytmie při zátěži).

Převod vzruchu ze síní na komory je zcela nepravidelný, s frekvencí 150-200/min, a proto se mění i náplň srdce od jednoho cyklu k druhému.

Ve fibrilujících síních se snadno vytváří *nástěnné tromby*, které ohrožují nemocného *embolizací* do plic nebo do systémového tepenného oběhu. „Bylo zjištěno, že mozková cévní příhoda vzniklá u nemocných s FS bývá v 90 % způsobena embolizací.“^(5,s.146) Nejvíce jsou ohroženi nemocní s mitrální vadou, u nichž bývají často přítomny tromby v levé síni.

1.1.4 Klasifikace fibrilace síní

Fibrilaci síní můžeme klasifikovat podle různých hledisek, např. podle morfologie a frekvence síňových vln, podle frekvence komorové odpovědi, četnosti atak FS a přítomnosti kardiálního onemocnění či rizika tromboembolie.

Izolovaná (lone) FS označuje arytmie bez přítomného kardiovaskulárního onemocnění. *Idiopatická* FS vyjadřuje spíše chybění jasné vyvolávající příčiny či známého onemocnění. Objevuje se nejčastěji mužů středního věku, trvá minuty až dny. Je vyprovokována alkoholem, kouřením nebo infekcí.

„Nejvhodnější klasifikace FS by měla být jednoduchá a mít klinický význam.“^(2,s.1146) Nejčastěji se doporučuje dělení na FS jako *první dokumentovanou ataku, paroxysmální, perzistující a permanentní*. První detekovaná epizoda FS může být symptomatická i asymptomatická. Může jít o jednu epizodu, nebo může v budoucnu recidivovat. Paroxysmální FS spontánně končí většinou do 48 hodin. Perzistující nekončí spontánně, ale jen při provedené kardioverzi. Permanentní FS přetrvává i přes snahy o kardioverzi a udržení rytmu antiarytmiky.

1.1.5 Etiologie

U části pacientů byl popsán familiární výskyt.

Fibrilace síní bez zjevné příčiny tvoří 30 – 45 % případů paroxysmální arytmie a 20 – 25 % případů arytmie chronické. Část těchto FS je spojena s akutními či přechodnými příčinami, jako je požití alkoholu, kardiochirurgický výkon, plicní embolizace či hypothyreóza. Z kardiálních příčin je nejčastější hypertenze, ICHS, kardiomyopatie, chlopenní vady (zejména mitrální stenóza) a perikarditidy. Na výskyt FS má vliv i zvýšený podíl vagu, při němž arytmie vzniká hlavně v noci. U části pacientů je FS spojena spíše s vyšším tonem sympatiku a vzniká při zátěži nebo krátce po ní.

1.1.6 Klinický obraz

„Nemocní obvykle pocítují fibrilaci síní buď jako *palpitace* a *únavnost*, nebo náhlé *zhoršení dechu*, vzácně ji nemusí vůbec vnímat.“^(5,s.146) Délétrvající záchvat fibrilace (s rychlou odpovědí komor) vede u nemocných s postižením srdce k *projevům srdečního selhávání* a u nemocných s pokročilou ischemickou srdeční chorobou nebo těsnou mitrální stenózou krátce po začátku záchvatu ke vzniku *plicního edému*.

Při rychlé akci komor může dojít k hypoperfuzi mozku se sklonem k *omdlení*. Při některých srdečních stazích je náplň srdce tak malá, že se systolický objem krve ani nepřečerpá do periferních tepen a neprojeví se tedy hmatným pulzem. Proto je možné poslechem srdce slyšet srdeční stah, ale pohmatem tepny na periférii nelze zjistit odpovídající pulz (tzv. *periferní pulzový deficit*).

„Na *EKG* nacházíme velmi rychlé nestejné nepravidelné nízké až nezatelné fibrilární vlnky (*f*), nepravidelně rozhozené štíhlé komplexy *QRS*.“^(12,s.363) Vlny *P* chybí.

1.1.7 Diagnostické metody

Ke stanovení správné diagnózy srdeční dysrytmie je třeba pohotově a v co nejkratším čase zaznamenat potřebnou délku dvanáctisvodového elektrokardiogramu, protože srdeční dysrytmie často rychle vymizí.

1.1.7.1 Fyzikální vyšetření

♥ Pohledem

Všimáme si celkového vzhledu nemocného, a poté pozorujeme nemocného postupně od hlavy směrem dolů (poloha nemocného, hlava a obličej, náplň krčních žil, kůže a sliznice, končetiny).

♥ Pohmatem

Vyšetřujeme pulzaci karotid, pulz na artériích (a. radialis, a. femoralis, a. brachialis, a. poplitea, a. dorzalis pedis, a. tibialis posterior) vždy oboustranně.

♥ Poklepem

Jedná se pouze o orientační vyšetření, kterým můžeme určit podezření na zvětšení srdce nebo na přítomnost výpotku.

♥ Poslechem

Provádí se fonendoskopem, v případě srdce se jedná o nejpřínosnější vyšetření. Srdce vyšetřujeme na 4 poslechových místech, a to v oblasti aortální chlopně, pulmonální chlopně, trikuspidální chlopně a mitrální chlopně. Při poslechu srdce zjišťujeme srdeční frekvenci, rytmus a poslechové fenomény (počet srdečních ozev, jejich změny a šelesty).

1.1.7.2 Měření krevního tlaku

Je základní metodou kontroly stavu krevního oběhu pacienta. „Ke zlatému standardu měření TK, patří *stetoskopická metoda pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu*.“^(11,s.98) U pacientů s FS často zjišťujeme arteriální hypertenzi.

1.1.7.3 Elektrokardiologické metody

„Tyto metody mají v diagnostice arytmií rozhodující význam význam. Při stávající arytmií je nejcennější *dvanáctivodový standardní záznam EKG*.“^(5,s.122)

Ambulantní monitorování EKG (Holterovo) umožňuje zjišťovat arytmiie u nemocných, u nichž v době vyšetření byl srdeční rytmus normální, ale je pravděpodobné, že se arytmiie objevuje paroxysmálně (záchvatovitě).

Při *telemetrickém monitorování* má nemocný u sebe malou telemetrickou jednotku, která nepřetržitě přenáší EKG záznam na centrální monitor.

Záznam EKG z jícnu (jícnové EKG) umožňuje přesně posuzovat aktivitu síní, především vztah vln P ke kmitu QRS.

Zapisovač arytmií umožňuje posuzovat arytmiie, které se vyskytují zcela ojediněle a lze je obtížně zachytit při 24-48 hodinovém Holterově monitorování.

1.1.7.4 Provokační testy

Ergometrie (zátěžové EKG) umožňuje sledovat vliv stupňované zátěže na krevní oběh. Může se provádět jen na dobře vybaveném pracovišti s možností defibrilace a kompletní resuscitace.

1.1.7.5 Echokardiografické metody

Tato vyšetření mohou odhalit srdeční onemocnění jako příčinu poruch srdečního rytmu (např. fibrilace síní při dilataci levé síně u mitrální stenózy). Nejčastěji je používán *transtorakální přístup*, v indikovaných případech *transezofageální echokardiografie (TEE)*, dalšími modifikacemi jsou *kontrastní a zátěžová echokardiografie*.

1.1.7.6 RTG srdce

Jeho největší přínos spočívá v zobrazení městnání v plicích u selhání levé srdeční komory dříve, než se objeví klinické příznaky. Na snímku je často vidět zvětšení srdečního stínu, pohrudniční výpotek a přenesený přetlak v plicnici.

1.1.7.7 Elektrofyziologické vyšetření

Metoda slouží k upřesnění diagnostiky poruch srdečního rytmu. Představuje často poslední stupeň vyšetřování nemocného s problematikou arytmií. Toto vyšetření by mělo být indikováno až po vyčerpání všech dostupných neinvazivních vyšetřovacích metod. Z výsledků vyšetření by měl vyplynout léčebný postup (léčba antiarytmiky, kardiostimulace, katetrizační ablace, event. chirurgické řešení).

1.1.8 Možnosti terapie

Léčba fibrilace síní se řídí následujícími zásadami:

- 1) přerušení paroxysmu FS
- 2) zabránění recidivám paroxysmů FS, event. léčbou základního onemocnění
- 3) úprava frekvence komor v případě často opakovaných záchvatů nebo při trvalé FS
- 4) předcházení tromboembolickým příhodám

1.1.8.1 Standardní léčba fibrilace síní

1) Přerušení akutního záchvatu FS, trvajících ne déle než 48 hodin, lze uskutečnit buď *medikamentózně*, nebo *elektrickou kardioverzí* (příloha č. 7), podle stavu nemocného.

Méně závažné paroxysmy fibrilace síní lze léčit medikamentózně *propafenonem* nebo *amiodaronem*.

Při fibrilaci síní, jež je příčinou akutního srdečního selhávání, dáváme přednost *elektrické kardioverzi* výbojem 200-300 Ws a nemocné do 48 hodin od vzniku arytmie nezajišťujeme antikoagulační léčbou.

Pokud záchvat FS trvá déle než 48 hodin, zpomalujeme napřed frekvenci komor *betablokatory* nebo *verapamilem* a podáváme *antikoagulancia*. Důležité je také léčit základní příčinu, která arytmií vyvolala (srdeční selhání, léčba tyreotoxikózy, perikarditidy apod.).

2) Recidivy paroxysmů fibrilace síní omezujeme preventivním podáváním antiarytmik. Nemocné bez významného srdečního onemocnění léčíme preventivně *propafenonem*, nebo v poslední době *flekainidem*, popř. podáváme *betablokátory*, *sotalol* nebo *amiodaron*. Nemocné, u nichž se tachykardické paroxysmy FS střídají s bradyarytmiemi (zpravidla u „syndromu chorého sinu“), zajišťujeme kardiostimulací.

3) Není-li prevence paroxysmů fibrilace síní uvedenými antiarytmiky úspěšná, zaměřujeme medikamentózní léčbu na *kontrolu frekvence komor*; podáváme *dioxin*, *betablokátory*, *verapamil* nebo *diltiazem*. Někdy je nutná i kombinace těchto léků.

4) Prevence *tromboembolií*. *Antikoagulační léčba heparinem* nebo *warfarinem* u nemocných s FS snižuje výskyt tromboembolických příhod téměř o 70 %. Je absolutně indikovaná u nemocných s rizikovými faktory tromboembolie – tzn. s chlopenními vadami, dysfunkcí levé komory, s diabetem mellitus, u nemocných ve věku nad 75 let nebo s předchozími tromboembolickými příhodami. *Antiagregace acetylsalicylovou kyselinou* je méně účinná, ale dostačující u nemocných bez rizikových faktorů.

1.1.8.2 Intervenční léčba fibrilace síní

„Je indikována u nemocných s hemodynamicky závažnou fibrilací, nereagující na dostupnou medikamentózní léčbu a dále u nemocných s anamnézou opakovaných tromboembolií.“^(5,s.148)

Chirurgická léčba (tzv. operace „maze“ – labyrint, bludiště) se indikuje při chronické FS u nemocných operovaných z jiného důvodu (např. při náhradě chlopně). Mnohočetnými podélnými incizemi stěny síní, se síně rozdělí na jednotlivé oddělené oblasti. Cílem operace je modifikace rozptylu vzruchu v síních, aniž by vznikla úplná elektrická izolace tkáně síní. Lineární léze jsou vytvářeny radiofrekvenčním proudem.

Katetrizační léčba fibrilace síní využívá dvou postupů: u výrazně symptomatických nemocných s chronickou FS zejména v pokročilejším věku, lze provést *paliativní přerušeni AV junkce*, doplněné *implantací kardiostimulátoru*. V poslední době je stále častěji indikována *katetrizační ablace* směřující k vyléčení arytmie nebo k trvalé redukci záchvatů. „Podstatou katetrizační ablace je zničení různě velké části srdeční tkáně (myokardu, převodního systému), jež je odpovědná za vznik arytmie (tzv. arytmogenní substrát). Zničení působí energie aplikovaná speciálním katétrem do kritické části substrátu.“^(5,s.134) Při této ablační technice se nejčastěji používá vysokofrekvenční proud a označujeme ji jako *radiofrekvenční ablací*.

1.1.9 Ošetrovatelská péče

Po přijetí nemocného na JIP ihned zahajujeme nepřetržitou monitoraci EKG a vitálních funkcí. Současně pořizujeme dvanáctisvodový záznam EKG k vyhodnocení arytmií. Pacientovi zavádíme a udržujeme žilní přístup. Podle indikace přistupujeme k oxygenoterapii. Pokud má pacient komorovou frekvenci vyšší než 150/min a trpí klinickými příznaky, připravujeme ho na synchronizovanou kardioverzi. Vzhledem ke zvýšenému riziku embolizace zahajujeme u nemocných s chronickou FS antikoagulační terapii. Podáváme antiarytmika a antikoagulantia dle ordinace lékaře. Sledujeme objektivní i subjektivní známky embolizace do mozku (porucha vědomí, hemiplegie, hemiparéza, afázie) a plicní embolie (dušnost, bolest na hrudi, hemoptýza, chrůpky). Monitorujeme srdeční frekvenci a rytmus, sledujeme hemodynamický stav pacienta, základní životní funkce, poslechový nálezn na plicích, barvu a teplotu kůže, ze subjektivních příznaků dušnost, bolest na hrudi a závrať. Sledujeme koncentraci léků v séru i další biochemické markery. Veškeré změny zdravotního stavu pacienta a nežádoucí účinky podaných léků hlásíme neprodleně lékaři.

1.1.10 Prognóza

Mortalita pacientů s FS je přibližně dvakrát vyšší než u pacientů se sinusovým rytmem. Je závislá také na přítomnosti kardiálního onemocnění. „Hlavní příčinou zvýšené morbidity i mortality při FS je vyšší výskyt tromboembolických příhod.“^(2,s.1156) Počet ischemických iktů se pohybuje u pacientů s FS okolo 5 % za rok. Je to 2 – 7krát vyšší počet než u pacientů se SR. Při FS u chlopenní vady se riziko iktu zvyšuje až 17krát.

1.1.11 Edukace

Cílem ošetrovatelské péče je edukace pacienta stran samotné arytmie a dále pak opakovaná reedukace po stránce dietních opatření při antikoagulační terapii. Přestože základní poučení o dietě podává nemocnému lékař, je nutné, abychom pacienta opakovaně poučili o základních principech diety při warfarinizaci. Pacienta edukujeme jak a proč má tyto léky užívat, co má sledovat, upozorníme ho na možný vznik krvácení při této terapii (krev ve stolici, moči) a na nutnost okamžitě při těchto příznacích vyhledat lékaře. Velmi užitečné jsou předtištěné letáky se základy terapie. Pacientovi s chronickou FS, indikovaného k ablační léčbě, je třeba vysvětlit nutnost trvalého kardiostimulátoru.

Vysvětlíme a vyzkoušíme s pacientem, jak si má doma měřit pulz a požádáme ho, aby hlásil změny frekvence nebo rytmu, zvláště upozorníme, pokud by klesla srdeční frekvence pod 60/min. Naučíme pacienta rozpoznat příznaky předávkování digitalisem, (zpomalení srdeční frekvence, závratě, mdloby, pády, nevolnost, nauzea, vzácně žluté vidění). Poučíme nemocného, že při objevení těchto příznaků musí vynechat svou denní dávku a neprodleně navštívit lékaře.

Pokud bude pacient užívat preparáty draslíku, vysvětlíme mu, jaký význam má jeho podávání (je důležitý pro kvalitní stažlivost myokardu, kosterních svalů a pro nervovou činnost, podílí se na udržení ABR).

Probereme s pacientem faktory, které mohou spouštět FS. Podle potřeby vedeme pacienta ke snížení rizika arytmie tím, že přestane kouřit, omezí konzumaci alkoholu i kofeinu a sníží zátěž, které je vystaven.

2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pacient X. Y. je letitý astmatik a byl odeslán obvodním lékařem k hospitalizaci na TRN oddělení pro narůstající dušnost. Zde byl pořízen vstupní záznam EKG, na jehož základě byla doporučena hospitalizace na interním oddělení. Pacient byl přijat na jednotku intenzivní péče s diagnózou fibrilace a flutter síní. Udává asi týden trvající dušnost, která se postupně zhoršuje, přidaly se i progredující otoky dolních končetin.

Hospitalizován od 26. 06. 2008 do 06. 07. 2008, z toho na JIP od 26. 06. 2008 do 03. 07. 2008, poté odeslán k selektivní koronarografii, odtud návrat na standardní oddělení interního oddělení naší nemocnice.

Byla jsem přítomna příjmu pacienta a v mém ošetřování byl od 26. 06. 2008 do 29. 06. 2008.

Jméno, příjmení:	X. Y.
Oslovení:	pane
RČ:	000000/0000
Věk:	48 let
Bydliště:	kraj Vysočina
Pojišťovna:	111
Povolání:	automechanik
Vzdělání:	vyučen v oboru
Rodinný stav:	ženatý
Vyznání:	bez vyznání
Národnost:	česká
Telefon:	má
Kontaktní osoba:	manželka
Datum přijetí:	26. 06. 2008 na JIP v 12:52 hod.
Hlavní důvod přijetí:	Dg. Fibrilace a flutter síní
Doba ošetrovatelské péče:	26. – 29. 06. 2008

3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 Lékařská anamnéza

Základní anamnéza: na interním oddělení naší nemocnice je hospitalizován poprvé

OL: MUDr. Dispenzarizace: TRN ambulance – MUDr.

RA: pacient si není vědom, že by se v rodině vyskytovaly vážnější choroby, oba rodiče dosud žijí, matka obézní, hypertonička, otec zdravý, sourozenci (2) zdraví

OA: v dětství běžné nemoci, úrazy 0, operace – st. p. APPE ve 14 letech, dvacet let léčen a sledován v TRN amb. pro asthma bronchiale

AA: udává alergii na pyly a trávy, projevující se obtížným dýcháním, kýcháním, slzením a pálením očí

FA: Foradil 1 – 0 - 1 vd. (antiastmatikum, bronchodilatans)

Miflonid 400 1 – 0 – 1 vd. (antiastmatikum, inhalační kortikosteroid)

Berotec Inhaletten d.p. (antiastmatikum, bronchodilatans)

Zyrtec 1 – 0 – 0 (H1 antihistaminikum, antialergikum)

SA: pacient v produktivním věku, pracuje jako automechanik v místním autodružstvu, ženatý, žije společně s manželkou a dětmi v rodinném domě se zahrádkou

Abuzus: nekuřák, alkohol příležitostně, černá káva 2 – 3 denně

Současné onemocnění:

Pacient odeslán z TRN ambulance pro týden trvající dušnost (cca od 18. 06. 2008), která se postupně zhoršuje. Doma si opakovaně aplikoval Berotec, včera asi 10 x. Při přijetí na JIP palpitace nevnímá, bolesti na hrudi neudává. Pozoruje narůstající otoky DKK, nyní i břicha. Na vstupním EKG fibrilace síní s frekvencí komor až 170-200/min, bez ischemických změn. Pacient vykazuje klinické známky oboustranné srdeční insuficience. Močení a stolice bez potíží. Dlouhodobě chuť k jídlu má, pouze poslední tři dny trpí nechutenstvím. Nehubne, trávicí potíže neguje, krev ve stolici nepozoruje. Při běžné námaze se v poslední době zadýchává, nyní je dušnost i klidová. Spával s jedním polštářem, v posledních dvou dnech musel udržovat ve spánku spíše zvýšenou polohu. Přijat k hospitalizaci na JIP v 12:52 hod.

Stav při přijetí:

Váha: 115,00 kg	TK 150/95 mmHg	DF 28/min
Výška: 175 cm	TF 190/min	TT 36,4 ⁰ C
BMI 37		

Pacient je lucidní, orientovaný osobou, místem, časem, spolupracuje (GCS 15). Jeví známky dušnosti, odpovídající III. stupni klasifikace NYHA, bez cyanózy. Kůže bez ikteru a patologických eflorescencí, přiměřené hydratace, obézní, turgor zachován, svalstvo dobře vyvinuté. Pacient chodící, plně soběstačný.

Hlava: Facies není typický, lebka normocefalická, poklep nebolestivý, bulby ve správném postavení, spojivky normálně prokrvené, skléry anikterické, rohovky čiré, zornice izokorické, reagují na osvit, rty růžové, souměrné, dutina ústní bpn., sliznice a jazyk vlhký, fyziologicky povleklý, chrup sanovaný, hrdlo klidné, tonzily normálně prokrvené, uši a nos bpn.

Krk: Krční páteř volně pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil zvýšená, lymfatické uzliny nebolestivé, ŠŽ nezvětšená.

Hrudník: Hrudník symetrický, dobře vyvinutý, dýchací pohyby symetrické, dýchání s ojedinělými chrůpky bazálně, bez spastického nálezu, poklep jasný, páteř volně pohyblivá, poklepově nebolestivá, fyziologicky zakřivená.

Srdce: Srdeční ozvy hůře slyšitelné pro tachykardii, bez šelestů, AS ireg., FS 190/min

Břicho: Měkké, nad niveu, dobře prohmatné, bez rezistence, poklep nebolestivý, bez peritoneálního dráždění, peristaltika zachována, játra +2 cm, slezina nenaráží, ledviny – tapot. bilat. negativní, prosáknutí kůže dolní poloviny břicha, v pravém hypogastriu zhojená jizva po APPE, močový měchýř bez známek retence. Vyšetření per rektum neprováděno, vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta.

Genitálie: bpn.

Horní končetiny: Bez deformit, pulzace hmatná, pohyblivost kloubů zachována.

Dolní končetiny: Bez deformit, volně pohyblivé, prosáknutí dorzálně k tříslům, pulzace v periférii pro otoky není hmatná, na bérkách malé varixy, lymfatické uzliny nezvětšené.

3.2 Lékařská diagnóza

- I 48.0 Fibrilace a flutter síní
- I 50.0 Sec.bilat. kardiální insuficience
- J 45.1 Astma bronchiale
- E 66.0 Obesitas
- St. p. APPE

4 DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1 Diagnostická péče

4.1.1 Fyziologické funkce

Tab. č. 1 Fyziologické funkce

FF/Datum	Příjem	26. 06. 2008	27. 06. 2008	28. 06. 2008	29. 06. 2008
TK (Toor)	↑ 150/95	17:00 125/90	05:00 ↓105/65	05:00 ↓ 95/70	05:00 ↓115/68
		21:00 120/85	11:00 116/92	11:00 105/80	11:00 116/85
		24:00 126/78	17:00 125/85	17:00 124/76	17:00 110/86
P/min	↑ 190	17:00 ↑ 150	05:00 ↑ 158	05:00 ↑ 127	05:00 ↑ 110
		21:00 ↑ 160	11:00 ↑ 162	11:00 ↑ 128	11:00 ↑ 118
		24:00 ↑ 164	17:00 ↑ 134	17:00 ↑ 150	17:00 ↑ 122
SpO ₂ (%)	↓ 90	17:00 98	05:00 98	05:00 97	05:00 98
		21:00 97	11:00 99	11:00 98	11:00 96
		24:00 98	17:00 96	17:00 98	17:00 98
DF/min	↑ 28	17:00 20	05:00 20	05:00 19	05:00 ↑ 21
		21:00 20	11:00 ↑ 22	11:00 18	11:00 18
		24:00 ↑ 22	17:00 ↑ 24	17:00 ↑ 26	17:00 18
TT (°C)	36.4	17:00 36.5	05:00 36.4	05:00 36.5	05:00 36.5
		21:00 neměřen	11:00 36.5	11:00 36.5	11:00 36.4
		24:00 36.5	17:00 36.6	17:00 36.7	17:00 36.6

4.1.2 Laboratorní vyšetření

Tab. č. 2 Biochemické vyšetření

Vyšetření / Datum	Příjem			Referenční hodnoty
	26. 06. 2008	27. 06. 2008	29. 06. 2008	
Na	139 mmol/l	138 mmol/l	139 mmol/l	134 – 144
K	4,4 mmol/l	4,4 mmol/l	4,3 mmol/l	3,5 – 5,4
Cl	108,8 mmol/l	106,2 mmol/l	104,0 mmol/l	95 – 110
Osm	292 mOsm	294 mOsm	xxx	280 – 300
Gluk	7,87 mmol/l	5,8 mmol/l	xxx	3 – 6,1
Kreat	113 µmol/l	143 µmol/l	117 µmol/l	62 – 106
Urea	9,89 mmol/l	9,89 mmol/l	8,49 mmol/l	1,7 – 8,3
CK	4,22 µkat/l	1,93 µkat/l	xxx	0,65 – 5,14
CKMB	0,39 µkat/l	0,25 µkat/l	xxx	0 – 0,42
MyoglS	130,9 ng/ml	xxx	xxx	0 – 72
Trop-T	< 0,010 ng/ml	xxx	xxx	0 – 0,029
BiliC	xxx	28,8 µmol/l	xxx	0 – 17,1
ALT	xxx	2,39 µkat/l	xxx	0,17 – 0,83
AST	xxx	1,29 µkat/l	xxx	0,17 – 0,85
GMT	xxx	2,28 µkat/l	xxx	0,13 – 1,02
ALP	xxx	0,93 µkat/l	xxx	0,67 – 2,15
Bílč	xxx	57 g/l	xxx	65 – 82
Alb	xxx	34,0 g/l	xxx	35 – 52
Chol	xxx	2,7 mmol/l	xxx	0 – 5
HDLCh	xxx	0,67 mmol/l	xxx	1 – 2,05
LDLCh	xxx	1,48 mmol/l	xxx	0 – 3
Klimov	xxx	3,0	xxx	0 – 3
Idxch	xxx	4,0	xxx	0 – 5
TGL	xxx	1,22 mmol/l	xxx	0 – 1,7
TSH	xxx	2,90 mIU/l	xxx	0,27 – 4,2
FT3	xxx	4,7 pmol/l	xxx	3,1 – 6,8
FT4	xxx	17,6 pmol/l	xxx	12 – 22

Závěr: a) zvýšené hodnoty: Gluk, Kreat, Urea, MyoglS, BiliC, ALT, AST, GMT

b) snížené hodnoty: Bílk, Alb, HDLCh

Tab. č. 3 Hematologická a hemokoagulační vyšetření

Vyšetření/ Datum	Příjem		Refererenční hodnoty
	26. 06. 2008	29. 06. 2008	
Leukocyty	11,6 x 10 ⁹ /l	xxx	4 – 10
Erytrocyty	4,93 x 10 ¹² /l	xxx	4,5 – 6,5
Hemoglobin	147 g/l	xxx	130 – 170
Hematokrit	0,43 L/L	xxx	0,39 – 0,55
Trombocyty	292 x 10 ⁹ /l	xxx	150 – 350
INR	1,34	1,26	0,8 – 1,2
Fibrinogen	2,7 g/l	xxx	2,0 – 4,2
aPTT	27,1 s	xxx	23 – 35
D-Dimery	2,43 mg/l	xxx	≥ 0,5 = pozitivní

Závěr: a) zvýšené hodnoty: leukocyty, INR, D-Dimery

Tab. č. 4 Chemické vyšetření moče a močového sedimentu

Vyšetření	27. 06. 2008	Refer. hodnota
pH	5,0	
BilkM	0 arb.j.	0 – 4
GlukM	0 arb.j.	0 – 4
KetM	0 arb.j.	0 – 4
UrobM	0 arb.j.	0 – 4
BiliM	0 arb.j.	0 – 4
KrevM	0 arb.j.	0 – 4
EryM	0 arb.j.	0 – 4
LeuM	0 arb.j.	0 – 4

Závěr: všechny hodnoty v normě

Tab. č. 5 Sedimentace

Vyšetření	28. 06. 2008	Refer. hodnota
FW	26/48	5/8

Závěr: zvýšená hodnota sedimentace

4.1.3 Další diagnostická vyšetření

EKG – 26. 06. 2008

Důvod: porucha srdečního rytmu

Závěr: Tachyfibrilace síní s fr. komor 170–200/min, ST úseky v ischemii, negativní T ve V_{5,6}, PQ – QRS 0,080, QT_c 0,51

EKG – 27. 06. 2008

Důvod: porucha srdečního rytmu (kontrola)

Závěr: Tachyfibrilace síní s fr. komor cca 152/min, negativní T ve V₅ – V₆, PQ – QRS 0,08, QT_c 0,29

EKG – 29. 06. 2008

Důvod: porucha srdečního rytmu (kontrola)

Závěr: Fibrilace síní s komorovou akcí 108/min, negativní T ve svodech V₄ – V₆, I, II, later. ischem. 1 KES

RTG srdce, plíce – 27. 06. 2008

Důvod: klinické známky oboustranné kardiální insuficience

Nález: Difúzně zmnožená hilová i periferní bronchovaskulární kresba. Plicní pole bez ložiskových změn, levá bránice v normálních hranicích, pravá o 6 cm výše uložená. Srdeční stín zvětšen oběma směry, KTI 22:37.

ECHOKARDIOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ – 28. 06. 2008

Důvod: porucha srdečního rytmu, klinické známky oboustranné kardiální insuficience

Nález: Kvalita zobrazení nízká, vyšetření provedeno při tachykardii - tachy FS, (1 = hodnotitelné, 2 = nekvalitní, 3 = nehodnotitelné): **2**

Ao (N = norma 21 – 40 mm): 31, LS (N = 21 – 43 mm): **56**, PKd (N = 9 – 31 mm): **35**, LK (N = 38 – 60 mm): **65/59**, IVSd (N = 6 – 12 mm):**13**, ZSd (N = 6 – 12): 12, EF (N = 55 – 75 %): **35 %**.

Perikard: výpotek max. za ZS 11 mm, není k punkci, DDŽ dilatovaná s minimálním kolapsem 29 mm. Dilatace prakticky všech dutin. LK: hraniční šíře stěny, hypo až akineze AL v rozsahu bazál. a střed. Segmentu. Systolická funkce LK snižená. Diastolická funkce LK: monofázická křivka při FS.

Chlopně: Ao reg. jet I – II / IV, stenózu nedetekuji, na Mi reg. jet I / IV, na Tri nezachycen. Dle nepřímých známek přítomna PH, kvantifikace nelze.

Závěr: susp dilatovaná KMP

Tab. č. 6 Bilance tekutin

Datum	Příjem / 24 hod.	Výdej / 24 hod.	Hodnocení
26.06.2008	od 13:00 900 ml	do 24:00 3 050 ml	negativní
27.06.2008	2 150 ml	4 050 ml	negativní
28.06.2008	2 450 ml	1 550 ml	pozitivní
29.06.2008	2 350 ml	3 500 ml	negativní

Tab. č. 7 Měření obvodů DKK a břicha

Datum	PDK	LDK	Břicho
26.06.2008	stehno – 67,5 cm lýtko – 45 cm kotník – 29 cm	stehno – 68 cm lýtko – 45 cm kotník – 29,5 cm	pas – 122 cm
27.06.2008	stehno – 67,5 cm lýtko – 45 cm kotník – 29 cm	stehno – 68 cm lýtko – 45 cm kotník – 29,5 cm	pas – 122 cm
28.06.2008	stehno – 66,5 cm lýtko – 43,5 cm kotník – 27,5 cm	stehno – 66,5 cm lýtko – 44 cm kotník – 27,5 cm	pas – 120 cm

29.06.2008	stehno – 66 cm	stehno – 65,5 cm	pas – 118 cm
	lýtko – 43 cm	lýtko – 43 cm	
	kotník – 26,5 cm	kotník – 26,5 cm	

4.1.4 Další plánovaná vyšetření

Oční vyšetření

Důvod: vyloučení reverzibilních korneálních depozit při léčbě Cordaronem

Výsledek: není dosud k dispozici

Selektivní koronarografie

Důvod: dilatovaná KMP

Vyšetření je objednáno ve FN Brno - Bohunice na 03. 07. 2008, výsledek není dosud k dispozici.

4.2 Terapeutická péče

4.2.1 Farmakoterapie

Tab. č. 7 Aplikace léků i. v. v době od 26. – 29. 06. 2008

Obchodní název	Generický název	FL	Indikační skupina	Dáv.	Datum aplikace
CORDARONE 150 mg	Amiodaroni hydrochloridu.	inj.	antiaarytmikum	d.o.l.	27. 06.
DIGOXIN SPOFA 0,5 mg	Digoxinum	inj.	kardiotonikum	d.o.l.	28. 06.
DORMICUM 5 mg	Midazolanium	inj.	benzodiazepin hypnotikum	d.o.l.	27. 06.
FUROSEMID BIOTIKA 20 mg	Furosemidum	inj.	diuretikum, antihypertenzivu.	d.o.l.	26., 27., 29. 06.

RYTMO-NORM 70 mg	Propafenoni hydrochloridu.	Inj.	antiarytmikum	d.o.l.	26. 06.
SEDACORON 150 mg	Amiodaroni hydrochloridu.	inj.	antiarytmikum	d.o.l.	26., 27., 28. 06.
TRAMAL 50, 100 mg	Tramadoli hydrochloridu.	inj.	analgetikum, anodynum	d.o.l.	27., 29. 06.
PLASMO-LYTE	Elektrolytorum infusi cum natrii acetate	inf.	roztok k rehydrataci	9-12	27. 06.

Tab. č. 8 Aplikace léků s. c. v době od 26. – 29. 06. 2008

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Indikační skupina	Dávkování	Datum aplikace
CLEXANE	Enoxaparinum	inj.	antitrombotikum antikoagulans	12 - 24	26. - 29. 06.

Tab. č. 9 Aplikace léků p. o. v době od 26. – 29. 06. 2008

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Indikační skupina	Dávkování	Datum aplikace
DIAZEPAM SLOVAKO-FARMA 5 mg	Diazepamum	tbl.	anxiolytikum	1 / N	28. 06.
DIGOXIN 0,250 LÉČIVA	Digoxinum	tbl.	kardiotonikum	1 – 0 – 0	28. - 29. 06.
FORADIL	Formoteroli fumaras dihydricus	inh.plv. cps.	antiastmatikum, bronchodilatans	1 – 0 – 1	26. – 29. 06.

MIFLONID 400	Budesonidum	inh.plv. cps.	antiastmatikum, bronchodilatans	1 – 0 – 1	26. – 29. 06.
VASOCARDIN 50	Metoprololi tartras	tbl.	antihypertenzivu. beta-blokátor	0 – 1 – 1	27. 06.
WARFARIN ORION 5 mg 5 mg	Warfarinum natricum	tbl.	antikoagulans	0 – 2 – 0	29. 06.

Tab. č. 10 Aplikace léků do oka v době od 26. – 29. 06. 2008

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Indikační skupina	Dávkování	Datum aplikace
Ophthalmol -Septonex	Carbethopendecini bromidum	oph. gtt.	oftalmologikum, antiseptikum	p. p. 14.20 hod	26. 06.

4.2.2 Oxygenoterapie

Pacientovi při příjmu aplikovány 2l O₂ kyslíkovými brýlemi pro dušnost a klinické známky srdečního selhávání. Kyslík byl aplikován po celou dobu hospitalizace. Pacient je po celou dobu hospitalizace objektivně i subjektivně dušný, více při zátěži. Nekašle. Pro přidružené asthma bronchiale užívá léky ze skupiny antiastmatik a bronchodilatancií dle ordinace ošetřujícího lékaře. Pacientovi vyhovuje Fowlerova poloha.

4.2.3 Dietoterapie

Pacientovi byla lékařem ordinována dieta č. 8 (redukční) z důvodu nadměrné fyzické hmotnosti.

4.2.4 Fyzioterapie

Pacientovi nebyla v úvodu ordinována RHB z důvodu klidové dušnosti. V dalších dnech byl již plně vertikalizován. V běžných denních činnostech zcela soběstačný. Na lůžku zaujímá Fowlerovu polohu pro usnadnění dýchání.

4.2.5 Pohybový režim

26. 06. 2008 po přijetí ordinován klidový režim na lůžku. V dalších dnech měl pacient povolenou plnou vertikalizaci za účelem provedení hygieny nebo vykonání potřeby.

4.2.6 Ostatní

26. 06. 2008 byla pacientovi zavedena periferní žilní kanyla do levé paže. V průběhu dne jsme sledovala místo vpichu. Každý den jsem z preventivních důvodů kanylu přepichovala, jelikož pacient měl ordinována antiarytmika iv., v tomto případě Cordarone a na našem oddělení máme zkušenosti se vznikem flebitidy po opakovaných i. v. aplikacích zmiňovaného antiarytmika do stejných míst. Při zavádění a výměně kanyly jsme postupovala za přísně aseptických podmínek. Místo předchozího vpichu jsem ošetřila dezinfekčním prostředkem Jodisol. Při zavádění nové kanyly jsem končetiny vždy střídala.

4.3 Stručný průběh hospitalizace

Pacient byl 26. 06. 2008 přijat k hospitalizaci na JIP interního oddělení na doporučení TRN ambulance. Důvodem k přijetí byla nově zjištěná tachyfibrilace síní, která se u pacienta manifestovala narůstající dušností a progredujícími otoky DKK i břicha. Palpitace ani stenokardie pacient nepociťoval.

U pacienta byla prostřednictvím EKG diagnostikována porucha srdečního rytmu, fibrilace síní s frekvencí komor až 170 – 190/min. Na zpomalení tepové frekvence byl pacientovi opakovaně aplikován i. v. Sedacoron 1 amp. ve 20 ml FR., na podporu diurézy byl aplikován i. v. Furosemid 20 mg, později pro přetrvávající dušnost ještě 60 mg i. v. V den přijetí byla rovněž zahájena antikoagulační terapie Clexanem 0,8 ml s. c. Pro klinické známky oboustranné kardiální insuficience zahájena oxygenoterapie – 2 l O₂ kyslíkovými brýlemi. Na základě dostupných výsledků byla vyloučena plicní embolizace a nebyl ani prokázán IM.

28. 06. 2008 při echokardiografickém vyšetření byla u pacienta zjištěna susp. dilatovaná kardiomyopatie s EF 35%. Na RTG snímku srdce a plic zjištěn zvětšený srdeční stín v obou směrech. Po celou dobu hospitalizace pacient afebrilní, zpočátku

objektivně i subjektivně dušný, tachyfibrilace síní trvá i přes opakované aplikace antiarytmik, na která reagoval pouze přechodně.

Pacient udával 27. 06. 2008 bolesti v prekordiu (3. – 4. mezižebří, v medioklavikulární čáře), aplikován Tramal 100 mg i. v. s úlevou. 27. 06. 2008 se u pacienta vlivem nepohodlného lůžka objevily také bolesti v zádech, aplikován Tramal 50 mg. i. v. opět s úlevou. 29. 06. 2006 zahájeno sycení Warfarinem.

V den přijetí setrval pacient na lůžku a dodržoval klidový režim, v dalších dnech byl pacient plně vertikalizován, povolena chůze na toaletu a do sprchy.

Na 03. 07. 2008 byla domluvena SKG (viz příloha) ve FN Brno – Bohunice.

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

5 Ošetrovatelská anamnéza

5.1 Subjektivní pohled pacienta na své onemocnění a na hospitalizaci

Pan X.Y. uvádí, že byl poměrně zdravý, cca od 28 let je sledován v TRN ambulanci pro asthma bronchiale. Nyní asi týden pozoruje postupně narůstající dušnost, která ho velmi omezuje v běžných denních činnostech. Dušnost a výskyt otoků na DKK a na břicho jej také donutily vyhledat lékaře, dodává: „to jsem se opravdu vylekal“.

Obvodní lékař jej odeslal k hospitalizaci na TRN oddělení. Zde mu byla následně doporučena hospitalizace na interním oddělení pro nově zjištěnou FS. Pacient s hospitalizací souhlasí, i když dodává: „že dost dobře nerozumí tomu, co se vlastně stalo“, myslel si: „že dušnost pochází od astmatu“. Nicméně má na svůj zdravotní stav náhled a přeje si, aby se co nejrychleji vyléčil.

V současné době cítí obavy z nového onemocnění, které jsou zesíleny faktem, že se jedná o srdeční záležitost. Je si vědom a naznačuje: „že bude muset něco udělat se svou hmotností“. Očekává rychlé uzdravení, návrat k dosavadnímu způsobu života a ke svému povolání.

5.2 Stručné hodnocení sestrou

Pan X. Y. je při vědomí (GCS 15 bodů), orientovaný osobou, místem i časem. Při vyšetření spolupracuje, výzvě vyhoví. Na dotazy odpovídá přiléhavě. S hospitalizací souhlasí, chce se brzy vyléčit. Pozorují silnou citovou vazbu k rodině. Během vstupního rozhovoru pacient objektivně i subjektivně dušný a úzkostný. (15a, 15b)

5.3 Základní fyziologické potřeby

5.3.1 Dýchání

Pacient udává, že v dětství prodělal běžná respirační onemocnění. V dospělosti jej postihla alergie na pyly a trávy. Při kontaktu s alergenem začne slzet, kýchat, pálí ho oči a hůře se mu dýchá. Alergie dospěla až k astmatu. Je sledován v TRN ambulanci, užívá antiastmatika, bronchodilatancia, antihistaminika. V zimních měsících je mu lépe. Je nekuřák. Během posledního týdne se dechové obtíže zhoršily, zadýchává se i při sebemenší zátěži. Spával vždy s jedním polštářem, nyní mu vyhovuje zvýšená poloha.

Při přijetí subjektivně i objektivně dušný, tachypnoe 24 - 28/min, SpO₂ bez kyslíku pouze 90 %, zaujímá ortopnoickou polohu. Dýchání s ojedinělými chrůpky bazálně, bez spastického nálezu., bez známek cyanózy. Dle ordinace lékaře aplikován pacientovi kyslík 2 l/min kyslíkovými brýlemi a zajištěna Fowlerova poloha. Zahájena monitorace VF, včetně dechové frekvence a saturace.

Pro zhodnocení stupně dušnosti použita klasifikace NYHA. U pacienta jde o III. stupeň dušnosti. (15a, 15b, 16)

5.3.2 Hydratace

Pacient uvádí, že současný stav u něho nezměnil denní příjem tekutin. Doma vypil během dne okolo 3 l tekutin. Rád pije zelený čaj nebo obyčejnou vodu. Alkohol pije příležitostně, přednost dává bílému vínu. Černou kávu 2 – 3krát denně. Nesnáší teplé mléko, miluje polévky.

Při přijetí pacient nepocituje bolest hlavy, rty, jazyk a bukalní sliznice má vlhké, kožní turgor zachovaný. Na DKK otoky, kůže na břiše prosáklá.

U pacienta zahájeno měření bilance tekutin, smí popíjet hořký čaj (D č. 8). Při příjmu tekutin je soběstačný. (15a, 15b, 16)

5.3.3 Výživa

Pacient doma nedodržel žádnou dietu, vždy byl „velký jedlík“. V jídle si nevybírá, sní vše. Polykání bez obtíží. Nejraději má „klasickou českou kuchyni“. Jídlo, které by nesnědl, prý neexistuje. Vzhledem ke svému povolání se stravuje nepravidelně, největší objem jídla přijímá večer. Ve dnech volna, díky péči manželky, jí 5krát denně. Jeho velkou neřestí jsou chipsy u televize. Zubní chrup sanovaný, stomatologa se snaží navštěvovat 1krát za rok, ne vždy se mu to podaří.

Pacient váží 115 kg, měří 175 cm. BMI 37 (35 – 39,9 obezita 2. stupně). Má náhled na svoji tělesnou hmotnost a chtěl by zhubnout, udává, že pro začátek asi 5 – 10 kg.

Pro obezitu ordinovaná lékařem dieta č. 8 (redukční), při jídle je soběstačný, ale poslední dva dny musí jíst s přestávkami, zadýchává se, chuť k jídlu je teď menší, nedojídá celé porce.

Při hodnocení nutričního skóre dosaženo 6 bodů – s výsledkem nutného vyšetření nutričním terapeutem. (15a, 15b, 16, 17, 18)

5.3.4 Vyprazdňování moče a stolice

Pacient nemá problémy s močením, nepocítuje žádné pálení nebo řezání, je plně kontinentní, moč udrží. V noci močit nechodí.

Na stolicí chodí pravidelně, většinou v dopoledních hodinách. Stolicí má formovanou, krev ani jiné příměsi ve stolici nepozoruje. Bolesti při defekaci nemá, plyny odcházejí. Zácpou netrpí a projímadla ještě nikdy neužíval. Někdy po dietní chybě má přechodně stolicí řídkou. Nyní má trochu obavy, jak to bude s vyprazdňováním, když bude muset ležet a dodržovat klidový režim.

Při přijetí je břicho měkké, prohmatné, peristaltika zachovaná, močový měchýř bez známek retence. Kůže na bříse prosáklá. (15a, 15b, 16)

5.3.5 Aktivita, spánek

Pacient pracuje jako automechanik, domů se vrací v pozdních odpoledních hodinách. S manželkou vlastní rodinný dům. Součástí domu je garáž a velká dílna, kde tráví téměř veškerý volný čas. Jeho zaměstnání je zároveň jeho koníčkem. Doma si nejlépe odpočine u televize.

V poslední době ho v jeho zálibách výrazně omezuje dušnost. Takže se zdržuje převážně doma, což si pochvaluje manželka, která ho jinak prý skoro vůbec nevidí. V těchto dnech musel pro výše uvedené potíže odmítnout několik kamarádů, kteří za ním přišli a potřebovali opravit auto.

Se spánkem problémy nemá. Usíná brzy po ulehnutí, v noci se nebudí. Spí asi 7 hodin. Po probuzení se cítí dostatečně odpočatý. Léky na spaní neužívá.

V souvislosti se změnou zdravotního stavu se cítí unavenější, polehává i během dne, protože se u všeho hned zadýchá. Je z toho mrzutý. (15a, 17)

5.3.6 Osobní péče a tělesná hygiena

Pacient je v těchto oblastech plně soběstačný. Dává přednost celkové koupeli před sprchováním. Sprchuje se pouze v práci. K ošetření pokožky obličeje a rukou používá Indulonu. Nevykazuje známky hygienického deficitu, vlasy má krátce sestříhané, nehty na rukou i nohou udržované. Kůže na dotyk teplá, bez patologických eflorescencí, nesvědí. Pacient nemá pocit chladu ani horka, naopak je rád, že JIP je klimatizován. Tělesná teplota je normální (36,4⁰C).

Celistvost kůže je v současné době porušena z důvodu zavedené periferní žilní kanyly. U pacienta nepozorují žádné opruzeniny ani známky jiných poranění. (15a, 15b)

5.3.7 Bolest, pohodlí

Při přijetí pacient neudává žádné bolesti. Jeho zkušenosti s bolestí jsou doposud minimální. Vyskytne-li se nějaká bolest, snaží se pokud možno obejít bez analgetik.

Vyzkoušel pohodlí lůžka a vyjádřil obavy nad tím, že když nespí ve své posteli, bude mít pravděpodobně bolesti zad od ležení.

Vzhledem k nepřetržité monitoraci je pacient poučen o nutnosti připojení k monitoru EKG a je seznámen s omezením, která jsou s tím spojená. (15a, 16)

5.3.8 Soběstačnost

Pacient je ve všech aktivitách zcela soběstačný. Zvládá péči o sebe samotného, dokáže se postarat o dům a chov králíků. Podílí se společně s manželkou na výchově dvou dětí (20, 16). Nemusí zatím užívat žádné kompenzační pomůcky, vyjma dioptrických brýlí, které používá na čtení. Nyní má ovšem problém protože si brýle zapomněl doma. (15a)

Při hodnocení soběstačnosti jsem použila Barthelův test základních všedních činností. Pacient dosáhl 95 bodů, tj. lehká závislost.

5.3.9 Sexuální potřeby

Pacient je podruhé ženatý, první manželka zemřela. Uvádí, že žije ve spokojeném manželství. O otázkách sexuality nechce blíže hovořit. Doposud prý žádné potíže v této oblasti nepozoroval. (15a)

5.4 Psychosociální potřeby

5.4.1 Existenciální potřeby

5.4.1.1 Potřeba zdraví

Pacient se chce co nejdříve uzdravit, aby se mohl vrátit ke své rodině a svým zálibám. Cítí se unavený, věří, že se vyléčí.

Pacient je lékařem informován o své diagnóze, nemoc ho dle jeho slov zaskočila. Je si vědom toho, že doposud se nestravoval příliš zdravě. Po návratu domů je rozhodnutý změnit dosavadní životní styl. (15a)

5.4.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Pacient věří lékařům i ošetrovatelskému personálu. Má velkou oporu ve své rodině. Nyní má strach a obavy ze sdělené diagnózy a celkové délky hospitalizace. Vyčítá si, že nešel k lékaři už při prvních potížích. Jeho strach je umocněn faktem, že se jedná o srdeční onemocnění, nedávno mu zemřel kolega z práce na infarkt myokardu.

Po ekonomické stránce je pacient zabezpečený. (15a)

5.4.1.3 Potřeba informací

Pacient uvádí, že dost dobře nechápe, co se stalo. Chce být více informován o problematice tohoto onemocnění, o průběhu hospitalizace, o vyšetřeních a léčbě. (15a, 18)

5.4.2 Potřeby afiliační

5.4.2.1 Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacient má silné rodinné zázemí, dvě děti (20, 16). Všichni mají mobilní telefon a tak jsou v neustálém kontaktu. Během našeho rozhovoru mu již manželka telefonovala a snažila se ho uklidnit. Slíbila, že ho odpoledne určitě navštíví. Pacient také projevil přání, zda ho mohou navštívit kamarádi z práce, uvádí, že mají „perfektní partu“ a při různých příležitostech se scházejí. (15a, 15b)

5.4.2.2 Potřeba komunikace

Pacient je komunikativní. Kontakt s ním jsem navázala bez problémů. Na všechny otázky je ochoten odpovídat, vyjma otázek sexuality, to je mu nepříjemné, nechápe, proč by měl o tom s někým hovořit, pokud nemá žádný problém. Nemá rád samotu, jelikož byl uložen na jednolůžkový pokoj, uvítal možnost poslechu rádia. Opakovaně se ptá, jak dlouho bude muset být na JIP, kde je kontakt s okolním světem značně omezený. (15a)

5.4.2.3 Potřeba sebepojetí a sebeúcty

Pacient je v životě spíše optimista, má pozitivní náhled na život. Sám sebe vnímá jako člověka bezproblémového, rád je v přítomnosti druhých lidí.

Cítí se ve svém osobním i pracovním životě spokojený. Je na sebe pyšný, že dokázal postavit dům, ve kterém teď žije společně s manželkou a dětmi. (15a, 17)

5.4.2.4 Potřeba duchovní

Pacient nevyznává žádnou víru. (15a)

5.4.3 Psychosociální hodnocení

Pacient je při vědomí, orientovaný, spolupracuje. Je přátelský a vstřícný vůči zdravotnickému personálu. Snadno navazuje kontakt. Po emocionální stránce je smutný.

Dokáže se snadno přizpůsobit nové situaci, umí se ovládat. Na svůj zdravotní stav má objektivní náhled.

5.5 Ošetrovatelské diagnózy

Vypracovala jsem ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou srdečního rytmu (fibrilace síní). U pacienta jsem prováděla ošetrovatelskou péči v délce 4 dnů. Na základě informací, které jsem získala rozhovorem s pacientem, pozorováním jeho celkového stavu a konzultací s ostatními členy ošetrovatelského týmu, jsem stanovila níže uvedené ošetrovatelské diagnózy. Část informací jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace.

Tyto diagnózy jsem seřadila dle mých priorit a ve spolupráci s pacientem. U každé ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila cíl, kterého má být dosaženo. Cíle jsem rovněž seřadila podle naléhavosti. Vypracovala jsem ošetrovatelské intervence a realizovala jsem je v každodenní ošetrovatelské péči. Nakonec jsem zhodnotila, zda bylo dosaženo cíle.

26. 06. 2008

5.5.1 Porucha dýchání v souvislosti se změnou hemodynamických parametrů projevující se dušností a tachypnoí

5.5.2 Zvýšení objemu tělesných tekutin v souvislosti s orgánovým selháváním (srdečním) projevující se tvorbou otoků a dušností

5.5.3 Strach z hospitalizace, nového onemocnění a výsledků léčby v souvislosti s nezkušeností s daným stavem projevující se nervozitou a slovním vyjádřením obav o svůj zdravotní stav

5.5.4 Únava vyplývající ze zvýšených energetických nároků pro plnění obvyklých denních aktivit projevující se sníženou výkonností a tachypnoí

5.5.5 Deficit sebepečce v souvislosti s omezením pohybového režimu projevující se nemožností samostatně provést osobní hygienu

5.5.6 *Porucha integrity kůže v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou s rizikem komplikací (krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost)*

5.5.7 *Nedostatek informací v souvislosti se stručnou interpretací při přijetí, vzhledem k akutnímu stavu nemocného, projevující se četnými dotazy a žádostmi nemocného o informace, týkající se současného onemocnění*

5.5.8 *Porucha smyslového vnímání v souvislosti se sníženou zrakovou ostrostí projevující se mhouřením očí, pálením, slzením zejména při čtení*

5.5.9 *Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy související s nevhodnými návyky při jídle (nepravidelnost, největší objem jídla večer) projevující se zvýšením tělesné hmotnosti*

5.5.10 *Riziko vzniku maligní arytmie v souvislosti s poruchou srdečního rytmu projevující se poruchou vědomí, poruchou dýchání a nehmátnou pulzací na velkých cévách*

5.5.11 *Riziko vzniku krvácivých projevů v souvislosti s antikoagulační terapií projevující se krvácením ze sliznic, vpichů a tvorbou hematomů*

5.5.12 *Riziko vzniku omezení průchodnosti dýchacích cest z důvodu přítomnosti dalšího respiračního onemocnění projevující se dušností, vedlejšími dechovými jevy, neklidem a úzkostí*

5.5.13 *Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou projevující se zarudnutím, bolestivostí, otokem, změnou tělesné teploty*

27. 06. 2008

5.5.14 *Akutní bolest v prekordiu vyplývající ze základního onemocnění projevující se slovním popisem subjektivních pocitů*

5.5.15 *Bolest zad související s nepohodlným lůžkem projevující se převalováním a verbalizací problému*

28. 06. 2008

5.5.16 Smutek vyplývající z odloučení od rodiny projevující se slovní reakcí na vzniklou situaci

29. 06. 2008

5.5.17 Porucha spánkového rytmu v souvislosti s nočním provozem na oddělení projevující se nemožností usnout, nežádoucím probouzením, únavou

5.6 Plán ošetrovatelské péče

♥ *Porucha dýchání v souvislosti se změnou hemodynamických parametrů projevující se dušností a tachypnoí*

- Cíl:*
- a) pacient má obnoveno účinné dýchání
 - b) pacient není dušný
 - c) pacient má normální frekvenci dýchání (16 – 20/min)
 - d) pacient chápe příčiny dušnosti

Plán: • sledovat a určit typ dýchání

- sledovat saturaci, provádět záznamy do dokumentace
- zajistit oxygenoterapii dle ordinace lékaře
- podávat léky dle ordinace lékaře, sledovat jejich efekt včetně vedlejších účinků
- vysvětlit pacientovi příčiny dušnosti
- vysvětlit pacientovi správnou aplikaci inhalačních bronchodilatancí
- dohlížet nad předepsanou aplikací bronchodilatancí
- sledovat frekvenci dýchání, provádět záznamy do dokumentace
- sledovat průvodní bolest nebo jiné pocity, které pacient udává
- zajistit vhodnou polohu zvednutím záhlaví lůžka k usnadnění inspiria
- pomáhat pacientovi překonat jeho obavy a strach z dušnosti
- veškeré změny zdravotního stavu neprodleně hlásit lékaři

Realizace: U pacienta jsem bezprostředně po uložení na lůžko zahájila monitoraci ZVF a seznámila jej se signalizačním zařízením pro přivolání sestry. Pro tachypnoii (28/min) a saturaci 90 % jsem na základě ordinace lékaře zajistila u pacienta oxygenoterapii kyslíkovými brýlemi s průtokem 2 l/min. Společně jsme se domluvili, že bude pro pacienta vhodnější, pokud bude na lůžku zaujímat zvýšenou polohu, za tímto účelem jsem upravila záhlaví lůžka. Vzhledem k základní diagnóze jsem pacientovi aplikovala léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich efekt. Pacienta jsem poučila o nežádoucích účincích podávaných antiarytmik a požádala ho, aby případné subjektivní pocity nahlásil někomu z ošetrovatelského týmu. Stručně jsem nastínila příčiny jeho dušnosti a tím jsem pomohla částečně překonat jeho obavy. Pacienta jsem také informovala o tom, že nadměrné užívání inhalačních bronchodilatancií způsobuje zrychlení tepové frekvence. Proto jsem také dohlížela, aby pacient tyto léky užíval jen dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

26. 06. 2008

a), b), c) Pacient reagoval na podaná antiarytmika zpomalením TF pouze přechodně, v té době udával také zlepšení dýchání. DF se snížila na počet dechů 22 – 26/min a saturace s kyslíkem se pohybovala v rozmezí 97 – 98 %. Jelikož šlo pouze o přechodné zlepšení a u pacienta stále přetrvávala tachykardie, nedošlo u něho dlouhodoběji ani ke zlepšení dechových obtíží. Ke konci mé služby byla pacientovi aplikována diuretika, na která zareagoval pozitivní diuretickou odpovědí a došlo také k výraznému zlepšení dechu (DF 20 – 22 /min). Cíl splněn částečně.

d) Cíl splněn.

27. 06. 2008

a), b), c) Pacient opět reaguje na podané léky pouze přechodně, efekt je jen krátkodobý. Stále přetrvává tachypnoe 20 – 24/min a dušnost při zátěži. Saturace v normě. V době, kdy byl pacient odpojen od kyslíku (např. při ranní hygieně nebo za účelem vykonání potřeby, kdy měl povoleno dojít si na toaletu) poklesla saturace na 91 – 94 %. Cíl nebyl splněn.

28. 06. 2008

a), b), c) Během dne se DF u pacienta pohybovala v rozmezí 19 – 22/min. Nevykazoval známky dušnosti, saturace v normě. V nočních hodinách opět dechové obtíže při tachyfibrilaci síní, DF 26/min, objektivně dušný. Po aplikaci Digoxinu i. v. zlepšení celkového stavu. Cíl nebyl splněn.

29. 06. 2008

a), b) Pacient je bez dechových obtíží, saturace v normě, cíl splněn.
c) DF 18 – 21/min, cíl nebyl splněn.

♥ *Zvýšení objemu tělesných tekutin v souvislosti s orgánovým selháváním (srdečním) projevující se tvorbou otoků a dušností*

Cíl:

- a) pacient má vyrovnanou bilanci tekutin
- b) pacient je bez otoků
- c) pacient nevykazuje známky dušnosti
- d) pacient je informován o současném, možném denním příjmu tekutin (2500 ml/24 hod.)
- e) pacient chápe příčiny tvorby otoků a dušnosti

Plán: • sledovat VF

- sledovat rozsah otoků, provádět měření obvodů DKK a břicha
- sledovat bilanci tekutin
- podávat diuretika dle ordinace lékaře, sledovat jejich efekt a výskyt nežádoucích účinků
- informovat pacienta o nutnosti omezení příjmu tekutin
- sledovat stav kůže a sliznic
- seznámit pacienta s nutností monitorace VF a s tím souvisejícím klidovým režimem
- vysvětlit pacientovi příčiny otoků a dušnosti

Realizace: U pacienta jsem zahájila monitoraci VF (TK, TF, DF, SpO₂, vědomí). Zhodnotila jsem rozsah otoků na dolních končetinách a na břiše. Pro přesnější sledování nárůstu nebo ústupu otoků jsem prováděla měření DKK a břicha. Tato místa jsem

označila ryskami na těle pacienta (s jeho souhlasem) pro možnost dalšího kontrolního měření ze stejných míst. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala diuretika, na která pacient reagoval pozitivní diuretickou odpovědí. V návaznosti na základní diagnózu (tachyfibrilace síní) stále přetrvává dušnost při zátěži (provádění hygieny, příjem stravy, chůze na toaletu). Pacienta jsem poučila o nutnosti omezeného příjmu tekutin s maximem příjmu do 2500 ml. Kůže a sliznice u pacienta po dobu mého ošetřování nezaznamenaly žádné změny. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost monitorace VF, také jsem ho upozornila na nutný, klidový režim, který je třeba dodržovat. V dalších dnech, kdy byla pacientovi povolena vertikalizace, jsem jej poučila o odpojování z monitoru. Probrali jsme také příčiny jeho otoků, dušnosti a poučila jsem pacienta o komplikacích, které by mohly nastat v případě, že by nedodržoval lékařská doporučení ohledně omezeného příjmu tekutin.

Hodnocení:

26. 06. 2008

- a) Vzhledem k tomu, že pacient byl přijatý v odpoledních hodinách, nelze přesně hodnotit celodenní bilanci tekutin. V době od přijetí do půlnoci vykazoval negativní bilanci (P – 900 ml, V – 3050 ml) z důvodu aplikovaných diuretik. Cíl nebyl splněn.
- b) Při přijetí otoky na dolních končetinách a na břicho. Cíl nebyl splněn.
- c) Po aplikaci léků dle ordinace lékaře udává pouze přechodné zlepšení dechových obtíží. Stále přetrvává dušnost při zátěži. Cíl splněn pouze částečně.
- d) Pacient je informován, cíl splněn.
- e) Cíl splněn.

27. 06. 2008

- a) Pacientovi byla aplikována diuretika d. o. l., P – 2150 ml, V – 4050 ml (negativní bilance). Cíl nebyl splněn.
- b) Po přeměření otoky na dolních končetinách a na břicho nevykazují žádné změny. Cíl nebyl splněn.
- c) Pouze přechodná reakce na podané léky, stále přetrvává dušnost při zátěži. Cíl nebyl splněn.

28. 06. 2008

- a) Pacient dnes bez diuretik, P – 2450 ml, V – 1550 ml (pozitivní bilance). Cíl nebyl splněn.
- b) Po přeměření dnes otoky na dolních končetinách menší, zmenšil se také obvod břicha. Cíl splněn částečně.
- c) Během dne pacient bez dechových potíží, v nočních hodinách opět nárůst dušnosti, po aplikaci Digoxinu i. v. zlepšení celkového stavu. Cíl splněn částečně.

29. 06. 2008

- a) Dnes aplikovaná diuretika, P – 2350 ml, V – 3500 ml (negativní bilance). Cíl nebyl splněn.
- b) Obvody dolních končetin i břicha dnes opět vykazují změny ve smyslu zmenšení. Cíl splněn částečně.
- c) Pacient je bez dechových obtíží, DF 18 – 21/min. Saturace v normě. Cíl splněn.

♥ *Strach z hospitalizace, nového onemocnění a výsledků léčby v souvislosti s nezkušeností s daným stavem projevující se nervozitou a slovním vyjádřením obav o svůj zdravotní stav*

- Cíl:*
- a) pacient oznamuje zvýšení psychické i fyzické pohody
 - b) pacient nemá somatické projevy strachu (zvýšený krevní tlak, tachykardie, pocení)
 - c) pacient má dostatek informací o současném onemocnění a léčbě

- Plán:*
- umožnit pacientovi vyjádřit své pocity
 - podněcovat pacienta k verbalizaci negativních pocitů
 - věnovat pozornost subjektivnímu sdělení pacienta
 - pravidelně sledovat VF pacienta (TK, pulz, dýchání)
 - zajistit pacientovi dostatek informací o chorobě a léčbě
 - zodpovědět veškeré dotazy pacienta, popř. zajistit rozhovor s lékařem
 - umožnit pacientovi kontakt s rodinou

Realizace: Během vstupního rozhovoru s pacientem jsem vyzorovala známky strachu. Pacient sám verbálně vyjadřoval obavy ze současného onemocnění. Stále se mě

vyptával, jak dlouho bude muset být v nemocnici a co ho čeká. Krátce jsem mu nastínila, jaká vyšetření ho asi čekají a požádala ho o strpení, že jakmile lékař zajistí vše nezbytné, určitě mu vše ještě podrobněji vysvětlí. Požádala jsem ho, že pokud bude mít i přesto nějaké další dotazy, aby se na mě obrátil, popř. na jinou přítomnou sestru. U pacienta jsem pravidelně sledovala VF a naměřené hodnoty zaznamenávala do dokumentace. U pacienta byl TK v mezích normy, zcela ojediněle zvýšená diastola, pulz byl po celou dobu hospitalizace zrychlený (příčinou zde byla porucha srdečního rytmu – fibrilace síní), v prvních dvou dnech také přetrvávala tachypnoe. Snažila jsem se s pacientem hodně hovořit o jeho problémech a zároveň jsem se ho snažila uklidnit tím, že je v současné době monitorován a jak lékaři, tak ošetřující personál nepřetržitě sledují jeho VF. Pacient byl rád, že není na svoje onemocnění sám. Třetí den hospitalizace jsem u pacienta vyzorovala, že je již klidnější, na jeho obličeji se začal objevovat úsměv a snažil se vtipkovat. Zjistila jsem, že předchozí den při večerní vizitě měl opět rozhovor s lékařkou, po kterém klidně usnul a cítí se po psychické stránce mnohem lépe.

Hodnocení:

26. 06. 2008

- a) Pacient, přijatý dnes, vykazuje známky strachu a úzkosti. Cíl nebyl splněn.
- b) TK v normě (ojediněle zvýšená diastola), pro nově zjištěnou FS přetrvává tachykardie a tachypnoe. Neumím odhadnout do jaké míry je tepová a dechová frekvence ovlivněná stresem, proto uvádím, že cíl nebyl splněn.
- c) Cíl splněn.

27. 06. 2008

- a) Přes opakované vysvětlování pacient stále zasmušilý, cíl nebyl splněn.
- b) VF beze změn, (záznam ze dne 26. 06. 2008). Cíl nebyl splněn.

28. 06. 2008

- a) Nálada zlepšena, cítí se lépe. Cíl splněn.
- b) Ještě přetrvává tachykardie, ale myslím si, že je to podmíněno základním onemocněním a ne strachem. Pacient je klidnější. Cíl splněn.

♥ *Únava vyplývající ze zvýšených energetických nároků pro plnění obvyklých denních aktivit projevující se sníženou výkonností a tachypnoí*

- Cíl:*
- a) pacient je soběstačný v činnostech denního života
 - b) pacient má více sil a energie
 - c) pacient dýchá normální dechovou frekvencí (16 – 20/min)
 - d) pacient nevykazuje známky energetického deficitu, jí celé porce

- Plán:*
- sledovat změny VF, kterými reaguje na zátěž
 - zajistit pacientovi dostatečný spánek
 - sledovat projevy únavy a délku jejich trvání
 - podporovat psychiku pacienta
 - sledovat hodnoty bílkovin a albuminu v séru

Realizace: Na pacientovi jsem od samého počátku pozorovala únavu vyplývající z rozvíjející se kardiální insuficience. Pacient reagoval na sebemenší zátěž zrychlením dechové frekvence a dušností, která ho vždy přiměla započatou činnost ukončit. Pacient např. nebyl schopen sám se vysvléknout z civilního oděvu. Z těchto důvodů byla u pacienta zajištěna dopomoc při provádění běžných denních aktivit, zejména při provádění osobní hygieny, která proběhla v den přijetí na lůžku. Pozorovala jsem, že i při přijímání stravy je pacient dušný, jí pomalu s přestávkami. Jelikož vždy snědl celou porci, dá se předpokládat, že u pacienta nedojde ke vzniku energetického deficitu v oblasti výživy. Při přijetí nižší hodnoty bílkovin a albuminu v séru. Během hospitalizace na JIP další kontrola těchto hodnot již neprováděna. Svěřil se, že má obavy, jestli mu toto onemocnění nezpůsobí v dalším životě nějaké trvalé omezení, např. to, že již nebude schopen řídit apod. Krátce jsem s ním pohovořila o tom, že jakmile dojde ke zvládnutí akutního stavu, obnoví se jeho síly a bude opět moci vykonávat všechny činnosti, tak jako dříve. První noc v nemocnici si pacient pochvaloval, spal prý celou noc a cítil se odpočatý. Druhý den (27. 06. 2008) byla pacientovi povolena vertikalizace. Pacient si mohl po odpojení z monitoru dojít na toaletu a hygienu směl provádět v koupelně. Sledovala jsem, jakými změnami VF reaguje pacient na tuto zátěž. Pacient se sice při činnosti zadýchal, ale byl schopen ji dokončit. Tepová frekvence u pacienta kolísala v důsledku základního onemocnění, ale i přesto jsem vypožorovala, že při zátěži dochází ještě k jejímu vzestupu. Subjektivně

uváděl pacient dušnost, ale je to prý o mnohem lepší, než předchozí dny. Po uložení na lůžko dochází během 5 minut ke zlepšení dechových obtíží i k poklesu TF. 28. a 29. 06. 2008 pacient zvládá chůzi i osobní hygienu bez projevů dušnosti, dochází pouze k vzestupu tepové frekvence. Rovněž psychika pacienta vykazuje zlepšení.

Hodnocení:

26. 06. 2008

- a) Pacient vyžaduje dopomoc při provádění osobní hygieny. Močí do bažanta na lůžku. Cíl nebyl splněn.
- b) Cíl nebyl splněn.
- c) Cíl nebyl splněn, přetrvává tachypnoe.
- d) Den přijetí, nelze hodnotit.

27. 06. 2008

- a) Povolená plná vertikalizace, pacient je soběstačný. Cíl splněn.
- b) Cítí se po strávené noci odpočatý, je mu lépe. Zvládá vše sám. Cíl splněn.
- c) Stále se zadýchává, cíl nebyl splněn.
- d) Pacient jí celé porce, pro nižší hodnoty bílkovin a albuminu při přijetí cíl trvá, byl splněn pouze částečně.

28. 06. 2008

- c) Zvládá chůzi a osobní hygienu s lehce zvýšenou dechovou frekvencí (18 – 21/min), ale bez projevů dušnosti. Cíl splněn.
- d) Pacient se již při jídle nezadýchává, kontrolní odběry ohledně bílkovin a albuminu neprováděny. Jelikož jí celé porce, dá se předpokládat, že u něho nedojde ke vzniku energetického deficitu. Cíl splněn.

♥ *Deficit sebepéče v souvislosti s omezením pohybového režimu projevující se nemožností samostatně provést osobní hygienu*

Cíl: a) pacient má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty

- b) pacient je postupně schopen maximální míry soběstačnosti v oblasti osobní hygieny

Plán: • respektovat soukromí pacienta

- zajistit osobní hygienu na lůžku
- vysvětlit pacientovi nutnost klidového režimu

Realizace: Při přijetí pacient klidově dušný, ordinován lékařem klidový režim na lůžku. Pacient není schopen vykonat samostatně osobní hygienu z důvodu omezené pohyblivosti. Také má problémy s dýcháním, proto bylo přistoupeno k vykonání osobní hygieny na lůžku. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost tohoto opatření. Pacient se zpočátku snažil sám, ale pro dechové obtíže musela hygienu dokončit sanitářka, pacient to uvítal. 27. 06. 2008 směl pacient vstát z lůžka, dojít se na toaletu a do koupelny. Od této doby byl již ve všech denních činnostech zcela soběstačný.

Hodnocení:

26. 06. 2008

- a) Hygiena provedena na lůžku, pacient spokojený. Cíl splněn.
- b) Pacient není schopen samostatně provést osobní hygienu. Cíl nebyl splněn.

27. 06. 2008

- b) Pacient je schopen plné vertikalizace, aktivity denního života zvládá samostatně. Cíl splněn.

♥ *Porucha integrity kůže v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou s rizikem komplikací (krvácení, embolie, infekce, neprůchodnost)*

- Cíl:*
- a) u pacienta se během hospitalizace neobjevují komplikace typu (krvácení, embolizace, infekce, neprůchodnost)
 - b) místo vpichu pacientovy PŽK je klidné, nebolestivé
 - c) pacient je seznámen s možnými příznaky infekce a chápe jejich příčinu
 - d) pacient je zapojen do sledování svého zdravotního stavu a včas hlásí jeho změny

Plán: • edukovat pacienta o možných komplikacích v souvislosti se zavedenou PŽK
• pravidelně (2x denně) sledovat místo vpichu a kontrolovat průchodnost PŽK

- při převazu kanyly (1x za 24 hod nebo podle potřeby) dodržovat aseptické zásady
- sledovat VF a provádět záznam o jejich měření do dokumentace pacienta
- sledovat laboratorní nálezy
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- při komplikacích informovat lékaře

Realizace: Při přijetí jsem pacientovi za aseptických podmínek zavedla periferní kanylu. Z důvodů i. v. aplikace Cordarone jsem každý den prováděla výměnu kanyly, jelikož máme na našem oddělení zkušenosti s výskytem flebitidy po opakovaných i. v. aplikacích výše uvedeného antiarytmika do stejného místa. 2x denně byla ošetřujícím personálem prováděna kontrola místa vpichu a průchodnosti kanyly. Pacienta jsem seznámila s možnými komplikacemi a poučila ho, aby při jakýchkoli příznacích okamžitě informoval sestru. Pravidelně jsem kontrolovala VF a prováděla záznam o naměřených hodnotách do dokumentace. Také jsem sledovala laboratorní nálezy. Po aplikaci antikoagulantii nejevil pacient známky krvácení. Po dobu hospitalizace nedošlo k žádným projevům embolizace.

Hodnocení:

26. – 29. 06. 2008

a), b) Po celou dobu hospitalizace nedošlo u pacienta k žádným komplikacím. Cíl splněn.

26. 06. 2008

c, d) Cíl splněn.

♥ *Nedostatek informací v souvislosti se stručnou interpretací při přijetí, vzhledem k akutnímu stavu nemocného, projevující se četnými dotazy a žádostmi nemocného o informace, týkající se současného onemocnění*

Cíl: a) pacient má dostatek informací o svém onemocnění a léčbě
b) pacient správně chápe informace a v plné šíři jim rozumí

Plán: • poskytnout pacientovi dostatek informací o současném onemocnění

- zajistit rozhovor s lékařem
- používat slovní zásobu a výrazy, kterým pacient rozumí, vyhýbat se odborným výrazům, event. je vysvětlit
- udržovat s pacientem během podávání informací oční kontakt, získat důvěru

Realizace: Pacient, i přesto že se při přijetí nacházel v akutním stavu, vyžadoval podrobné informace o současném onemocnění. Stále se mě vyptával, jak dlouho bude muset být v nemocnici a co ho čeká. Vzhledem k tomu, že na oddělení byl v den přijetí přítomen pouze jeden lékař a akutních případů zde bylo více, krátce jsem mu nastínila, jaká vyšetření ho asi čekají a požádala ho o strpení, že jakmile lékař zajistí vše nezbytné, určitě mu vše ještě podrobněji vysvětlí. Lékař opravdu později pacienta navštívil a žádané informace podal. Přes to všechno pacient při každé mé návštěvě znovu projevoval zájem si o všem promluvit. 27. 06. 2008 jsem mu zkoušela položit pár otázek, abych si ověřila, že tomu, co mu již bylo vysvětleno, opravdu rozumí. Zjistila jsem, že informacím správně porozuměl, ale má potřebu o tomto problému stále hovořit. Teprve třetí den hospitalizace je klidnější a dokáže se bavit také o jiných věcech.

Hodnocení:

26. 06. 2008

a) Cíl splněn.

b) Ačkoli byly pacientovi podány veškeré informace, které požadoval, stále se k tomuto problému vrací opakovanými dotazy. Cíl nebyl splněn.

27. 06. 2008

b) Cíl nebyl zcela splněn, (záznam ze dne 26. 06. 2008).

28. 06. 2008

b) Cíl splněn.

♥ *Porucha smyslového vnímání v souvislosti se sníženou zrakovou ostrostí projevující se mhouřením očí, pálením a slzením zejména při čtení*

Cíl: a) pacient má zrakovou poruchu kompenzovanou

b) pacient udává zlepšení obtíží po aplikaci léků předepsaných lékařem

Plán: • dohlédnout na to, aby rodina donesla pacientovi brýle

- seznámit s poruchou vnímavosti všechny členy ošetřovatelského týmu
- v době, kdy pacient nemá brýle nenabízet žádné materiály k prostudování
- zajistit aplikaci léků do očí dle ordinace lékaře
- sledovat účinky podávaných léků
- neprodleně informovat lékaře při vzniku negativních reakcí

Realizace: Během vstupního rozhovoru jsem zjistila, že pacient si doma zapomněl brýle, které využívá ke čtení. Při získávání souhlasu k hospitalizaci a léčbě jsem vyzorovala, že mu čtení činí potíže. Mhouřil oči a podotkl, že při delším čtení bez brýlí ho začnou pálit a slzet oči. Domluvili jsme se, že pacient sám zavolá manželce, aby mu brýle ještě týž den donesla. Na tuto poruchu jsem upozornila všechny členy ošetřovatelského týmu a požádala je, aby pacientovi nedávali zatím žádné materiály ke čtení. Informovala jsem lékaře o pacientově problému a na základě jeho ordinace jsem pacientovi vykapala oči O-Septonexem. Pacientovi se ulevilo. Na podané léky nebyla zaznamenána žádná negativní reakce. V odpoledních hodinách přišla za pacientem manželka, donesla mu osobní věci i brýle.

Hodnocení:

26. 06. 2008

a) Cíl splněn.

b) Cíl splněn.

♥ *Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy související s nevhodnými návyky při jídle (nepravidelnost, největší objem jídla večer) projevující se nadváhou*

Cíl: a) pacient si uvědomuje příčiny, které vedly ke zvýšení jeho tělesné hmotnosti

b) pacient dokáže vysvětlit nutné změny ve stravování (zařazení a vyloučení určitých jídel)

c) pacient zná zásady správné životosprávy

Cíl dlouhodobý:

d) pacient dle možností do 3 měsíců dosáhne snížení TH (cca o 5 kg) a tím i zlepšení zdravotního stavu

- Plán:*
- pohovořit s pacientem podrobně o příčinách obezity a nabídnout mu propagační materiály o problematice s nadváhou
 - zjistit dosavadní stravovací návyky pacienta
 - informovat pacienta o zásadách správné životosprávy
 - zajistit kontakt s nutričním terapeutem
 - zajistit D č. 8 (redukční)
 - zapojit do nutričního programu rodinu pacienta

Realizace: Spojila jsem se s nutriční terapeutkou, která mi pro pacienta poskytla pár propagačních materiálů ohledně zdravého způsobu života. Tyto materiály jsem nabídla pacientovi k přečtení a ve volném čase jsme společně probrali zásady správné životosprávy. Pacient mě seznámil s dosavadními stravovacími návyky. Další den, po přečtení informačních letáků, měl sám již určitou představu o nutné změně životního stylu a úpravě jídelníčku. Dle výsledků nutričního screeningu bylo doporučeno vyšetření nutričním terapeutem, ten vyvodil závěr, že není třeba speciálních intervencí, jelikož pacient jí celé porce. Dietní sestra navštívila pacienta osobně druhý den hospitalizace, to už jsme měli za sebou rozhovor o životosprávě, a položila pacientovi několik otázek k tomuto tématu. Společně jsme si tak ověřili, že pacient všemu správně porozuměl a sám se rozhodl pro změnu dosavadního životního stylu. Uvádí, že pro začátek by chtěl snížit svoji hmotnost o 5 – 10kg. Upozornila jsem ho, že nejprve je třeba vyřešit aktuální problém, týkající se poruchy srdečního rytmu a pak pozvolna začít s redukční dietou a postupným zvyšováním fyzické zátěže. Dle ordinace lékaře byla pacientovi objednána dieta č. 8. O pozdějších změnách ve stravování jsem také pohovořila s manželkou pacienta, která tento rozhovor velice uvítala, prý se snaží manžela přesvědčit o tom, aby zhubl, již několik let.

Hodnocení:

26. 06. 2008

a), b) c) Vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta jsme tuto problematiku načali jen zčásti a konkrétní rozhovor k tomuto tématu odložili na další den. Cíl nebyl splněn.

27. 06. 2008

a), b) c) Cíl splněn.

d) Jelikož pacient vykazuje snahu udělat něco se svou hmotností, dá se předpokládat, že po zlepšení zdravotního stavu se mu to podaří. Velkou oporu má v tomto ve své manželce, která je tomu také nakloněna. Vzhledem k tomu, že jde o cíl dlouhodobý, nebyl cíl po dobu hospitalizace splněn.

♥ *Riziko vzniku maligní arytmie v souvislosti s poruchou srdečního rytmu projevující se poruchou vědomí, poruchou dýchání, nehmatnou pulzací na velkých cévách a změnou EKG křivky*

Cíl:

- a) pacient má včas podchycené známky maligní arytmie
- b) pacient má zachované vitální funkce
- c) pacient je informován o možných komplikacích (komorová tachykardie, fibrilace komor, plicní embolie, CMP) a léčebných postupech (farmakoterapie, defibrilace, kardiopulmonální resuscitace, implantace kardioverter-defibrilátor)

Plán:

- nepřetržitě monitorovat VF (EKG, TK, TF, dýchání, SpO₂, vědomí)
- upozornit pacienta, aby hlásil subjektivní pocity (pocit přicházející mdloby, palpitace, dušnost)
- při vzniku maligní arytmie zajistit provedení defibrilace
- při změnách zdravotního stavu neprodleně informovat lékaře
- podávat léky dle ordinace lékaře
- mít v pohotovosti defibrilátor a vozík k zahájení KPR
- sledovat laboratorní hodnoty iontů

Realizace: Pacienta jsem bezprostředně po uložení na lůžko připojila k monitoru EKG a zahájila nepřetržitou monitoraci jeho VF. Seznámila jsem ho se signalizačním zařízením pro přivolání sestry v případě, že by se vyskytly nějaké potíže a také, aby hlásil subjektivní pocity, které my monitorovat neumíme. Vysvětlila jsem mu nutnost klidového režimu a požádala ho, aby vůbec neopouštěl lůžko. Lékaře jsem v odpoledních hodinách požádala, aby se za pacientem zastavil a vysvětlil mu podrobněji vše kolem tohoto onemocnění včetně závažných komplikací. Pacient tyto informace vyžadoval. Poté jsem pacienta opět navštívila a vysvětlila mu, že se nemusí obávat, že je neustále pod dohledem. Pacientovi jsem podávala antiarytmika a další léky

dle ordinace lékaře. Od druhého dne měl pacient povolenou vertikalizaci pod dohledem sestry, po návratu na lůžko jsem ho já nebo jiný člen ošetrovatelského týmu, opět připojila k monitoru EKG a sledovala jsem jeho reakci na zátěž. Po celou dobu hospitalizace byl v pohotovosti defibrilátor a pohotovostní vozík pro zahájení KPR. Laboratorní hodnoty iontů v normě.

Hodnocení:

26. – 29. 06. 2008

- a, b) Cíle byly splněny již v den přijetí, ale pro závažnost poruchy srdečního rytmu budou sledovány i v dalších dnech.
- c) Cíl byl splněn 26. 06. 2008.

♥ *Riziko vzniku krvácivých projevů v souvislosti s antikoagulační terapií projevující se krvácením ze sliznic, vpichů, tvorbou hematomů*

- Cíl:*
- a) pacient je informován o možném vzniku krvácivých projevů
 - b) pacient při vzniku krvácení okamžitě informuje sestru
 - c) pacient neutrpí žádné větší krevní ztráty

- Plán:*
- seznámit pacienta s možností výskytu krvácivých projevů (krvácení ze sliznic - z nosu, dásní, krev ve stolici, v moči, krvácení z vpichů)
 - sledovat místa vpichu po aplikaci antikoagulancií a místo zavedení PŽK
 - při vzniku krvácení neprodleně informovat lékaře
 - při větším krvácení podávat léky dle ordinace lékaře
 - sledovat laboratorní hodnoty

Realizace: Pacientovi jsem aplikovala vždy polední dávku Clexanu s. c. Informovala jsem ho o možném vzniku krvácivých projevů a požádala ho, aby okamžitě kohokoli z ošetrovatelského týmu informoval, kdyby k tomu došlo. Sledovala jsem místa vpichu a místo zavedení PŽK, žádné z nich nevykazovalo známky krvácení. Během hospitalizace přetrvává zvýšené INR.

Hodnocení:

26. 06. 2008

a) Cíl splněn.

b) c) Po celou dobu mého ošetřování nedošlo k výskytu krvácivých projevů. Cíle splněny.

♥ *Riziko vzniku omezení průchodnosti dýchacích cest z důvodu přítomnosti dalšího respiračního onemocnění projevující se dušností, vedlejšími dechovými fenomény, neklidem a úzkostí*

Cíl: a) pacient má volné dýchací cesty

b) pacient dodržuje léčebná doporučení

c) pacient pravidelně a správně užívá předepsané léky

Plán: • všimnout si včas změn, které mohou signalizovat komplikace (změny dýchání, TK, TF, dýchání, projevy dechové tísně – neklid, úzkost, zapojování pomocných dýchacích svalů

- podávat bronchodilatancia a léky podporující expektoraci dle ordinace lékaře
- sledovat účinky podávaných léků, nežádoucí reakce neprodleně hlásit lékaři
- zajistit p. p. dechovou RHB (dechová cvičení, nácvik účinného odkašlávání)
- zajistit oxygenoterapii dle ordinace lékaře
- všimnout si vzhledu a množství sputa
- dopřát pacientovi dostatek času na provádění denních činností

Realizace: S pacientem jsem probrala otázku jeho přidruženého onemocnění (astma bronchilae). Zjistila jsem, zda má dostatečné informace o tomto onemocnění a že se snaží dodržovat léčebná doporučení. U pacienta jsem na základě ordinace lékaře zahájila oxygenoterapii pro základní onemocnění (fibrilaci síní) a pravidelně, pomocí snímacích elektrod EKG, jsem sledovala i jeho dechovou frekvenci. Metodou pulzní oxymetrie jsem sledovala saturaci pacienta, která byla po celou dobu mého ošetřování v normě (96 – 99 %). Pacient si pod mým dohledem aplikoval předepsaná bronchodilatancia. Pacient nevykašlával, nebylo třeba aplikovat žádná expektorancia. Po celou dobu hospitalizace nedošlo u pacienta k projevům obstrukce DC, TK se pohyboval v mezích normy, na monitoru přetrvávala tachykardie z důvodu přítomné

poruchy srdečního rytmu. Pacienta jsem proto nabádala, aby jednotlivé činnosti prováděl pomalu a prokládal je odpočinkem.

Hodnocení:

26. 06. 2008

- a) Cíl splněn.
- b) Cíl splněn.
- c) Cíl splněn.

♥ *Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou projevující se zarudnutím, bolestivostí, otokem, změnou tělesné teploty*

Cíl: a) pacient nevykazuje známky infekce po celou dobu hospitalizace
b) pacient chápe příčiny vzniku infekce
c) u pacienta jsou včas zachyceny známky nastupující infekce

Plán: • sledovat místo zavedené PŽK a věnovat pozornost místním projevům infekce
• denně provádět převaz kanyly za aseptických podmínek
• sledovat laboratorní nálezy a VF
• věnovat pozornost místním projevům infekce
• zapojit pacienta do procesu péče o periferní žilní kanylu
• hodnotit a zaznamenávat subjektivní potíže pacienta, které by mohly mít příčinnou souvislost s potencionální infekcí (zvýšená teplota, zarudnutí, bolest, otok)
• sledovat funkčnost kanyly a udržovat její průchodnost

Realizace: Pacientovi jsem při přijetí zavedla za aseptických podmínek periferní žilní kanylu z důvodu nutné i. v. aplikace antiarytmik. Z těchto důvodů jsem také každý den přepichovala tuto kanylu, jelikož máme na našem oddělení zkušenosti se vznikem flebitidy po opakovaných aplikacích určitých druhů antiarytmik (zejména Cordarone). Tímto opatřením jsem pravděpodobně zamezila vzniku flebitidy. Pravidelně (2krát denně) byla ošetřujícím personálem prováděna kontrola místa vpichu a průchodnosti kanyly. Pacienta jsem seznámila se všemi příčinami infekce a poučila ho, aby věnoval zvýšenou pozornost místu zavedení PŽK a také o opatrnosti, se kterou je třeba ke

kanyle přistupovat. Pacientovi byla pravidelně kontrolována tělesná teplota, která se pohybovala v mezích normy (36,0 – 36,9), také ostatní sledované parametry nesvědčily pro výskyt infekční komplikace. Tento stav trval po celou dobu hospitalizace.

Hodnocení:

26. 06. 2008

b) Cíl splněn.

29. 06. 2008

a) Cíl splněn.

c) U pacienta nebyly zachyceny žádné známky nastupující infekce. Cíl splněn.

♥ *Akutní bolest v prekordiu vyplývající ze základního onemocnění projevující se slovním popisem subjektivních pocitů*

Cíl: a) pacient zná příčiny bolesti a spolupracuje při terapii

b) pacient lokalizuje bolest a dokáže určit její intenzitu prostřednictvím VAS

c) pacient pociťuje menší bolest

d) pacient je bez bolesti v dalších dnech hospitalizace

Plán: • informovat pacienta o příčinách bolesti a způsobu úlevy od bolesti

• sledovat u pacienta VF (TK, TF, dýchání, saturaci, bilanci tekutin, vědomí)

• nepřetržitě monitorovat srdeční rytmus s výjimkou času, kdy je z monitoru odpojen

• zaznamenat charakter, délku trvání a intenzitu bolesti na stupnici 1 – 10

• informovat lékaře při výskytu bolesti

• podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat účinky podaných léků

• neprodleně hlásit lékaři nežádoucí účinky podaných léků

• vyzkoušet při bolesti úlevovou polohu

Realizace: U pacienta se v nočních hodinách dne 27. 06. 2008 objevila bolest v prekordiu. Sestra ve službě informovala lékaře, pacientovi byl aplikován ve 22.00 hod. Tramal 100 mg i. v. Úleva od bolesti nastala dle záznamů ošetrovatelské dokumentace cca po 15 minutách. V úvodu hodnotil pacient tuto bolest na stupnici 1 –

10 číslem 6 - 7. Druhý den (28. 06. 2008) jsem s pacientem promluvila o pravděpodobné příčině této bolesti. Požádala jsem ho, zda by mohl s odstupem bolest posoudit. Vyjádřil se, že bolest by označil jako tupou nikam nevystřelující. Také lékař při vizitě pacienta informoval o možné příčině vzniku bolesti a navrhl pacientovi nutnost dalšího vyšetření (SKG). U pacienta byla zajištěna po celou dobu hospitalizace nepřetržitá monitorace VF. V době působení bolesti došlo u pacienta k vzestupu TF až na 140/min, po jejím odeznění se TF zpomalila na 120/min, TK se nezměnil. Na radu vyzkoušet úlevovou polohu sestra u pacienta zjistila, že ve zvýšené poloze, ve které pacient setrval po celou dobu hospitalizace, je mu nejlépe a změna polohy mu úlevu nepřináší. Na podaná analgetika nebyla zaznamenána žádná negativní reakce. V dalších dnech se bolest tohoto charakteru u pacienta již neobjevila.

Hodnocení:

28. 06. 2008

a), b), c) Cíl splněn.

d) Cíl trvá.

29. 06. 2008

d) V dalších dnech mého ošetřování se bolest podobného charakteru u pacienta již neobjevila. Cíl splněn.

♥ *Bolest zad související s nepohodlným lůžkem projevující se převalováním a verbalizací problému*

- Cíl:*
- a) pacient pocítuje zmírnění bolesti do 30 minut od aplikace analgetika
 - b) pacient bude bez bolesti do konce hospitalizace
 - c) pacient chápe možnosti ošetrovatelského personálu v souvislosti s technickým vybavením oddělení
 - d) pacient je schopen vykonávat běžné denní aktivity (vstávat z lůžka, hygiena)

Plán: • akceptovat a uznat bolest tak, jak ji vnímá pacient

- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- sledovat účinky podávaných analgetik
- informovat neprodleně lékaře o nežádoucích účincích podávaných analgetik

- pomoci pacientovi nalézt úlevovou polohu
- provádět měření bolesti na stupnici VAS a výsledky zaznamenávat do dokumentace
- umožnit odpočinek v době, kdy je pacient bez bolesti
- seznámit pacienta se stavem lůžek na oddělení

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlila, jak je to s lůžky na našem oddělení. Jde o zastaralé typy, matrace na nich jsou již proleželé. Zmínila jsem, že požadavek na nová lůžka byl vznesen již téměř před rokem a toho času jsme zařazeni do pořadníku. Snažila jsem se pomoci nalézt pacientovi úlevovou polohu, ale tento způsob pomoci nebyl příliš účinný. Prostřednictvím vizuální analogové škály hodnotí pacient svou bolest na stupnici 1 – 10 číslem **5**. Pacient projevil obavy, aby ho tento problém netížil v noci, nechtěl obtěžovat lékaře „takovou banalitou“, a proto si vyžádal lék od bolesti již při odpolední vizitě. Aplikovala jsem pacientovi dle ordinace lékaře v 13.30 hod. 50 mg Tramal i. v. Úleva od bolesti se dostavila cca po 20 minutách, Pacient byl spokojený a po zbytek mé služby byl bez potíží a byl schopen všech denních aktivit. Bezprostředně po odeznění bolesti pacient usnul a spal až do příchodu návštěvy. Z ošetrovatelské dokumentace jsem zjistila, že pacientovi byl aplikován 27. 06. 2008 v 21.00 hod. opět 50 mg Tramal i. v., účinek analgetik se projevil po 25 minutách, kdy pacient udává, že bolest je „víceméně“ pryč. Pacient spal klidně až do ranních hodin. 28. 06. 2008 jsem u pacienta nezaznamenala žádnou stížnost na bolest zad. 29. 06. 2008 se pacient probudil unavený po probdělé noci, jelikož na oddělení proběhl v noci příjem neklidného pacienta. Celé dopoledne pospával. Po obědě se na lůžku opět převaloval, na dotaz, jaké má problémy, odpověděl, „že je to opět tady“. Informovala jsem lékaře o pacientově bolesti zad a na základě jeho ordinace jsem aplikovala Tramal 50 mg i. v. Účinek se dostavil již po 20 minutách. Po zbytek dne byl již pacient bez bolesti. Na podaná analgetika nebyla zaznamenána žádná negativní reakce.

Hodnocení:

27. 06. 2008

- a) Cíl splněn.
- b) Bolest se opakovala, cíl nebyl splněn.
- c) Cíl splněn.
- d) Cíl splněn.

28. 06. 2008

b) Po dobu mé ranní služby pacient bolesti zad neudával. Cíl splněn částečně, vzhledem k příčině pacientových potíží, cíl ponechán.

29. 06. 2008

b) Bolest se opakovala. Cíl nebyl splněn.

♥ *Smutek vyplývající z odloučení od rodiny projevující se slovní reakcí na vzniklou situaci*

Cíl:

- a) pacient chápe nutnost hospitalizace
- b) pacient má zlepšenou náladu
- c) pacient komunikuje s ošetřujícím personálem
- d) u pacienta nejsou viditelné projevy smutku

Plán: • promluvit s pacientem o tíživé situaci

- zjistit metodou pozorování projevy smutku (povzdechy, pohledy do neznáma, neupravený vzhled, neúčast při rozhovoru) a získané poznatky zaznamenat do dokumentace
- odvádět pozornost pacienta od smutnění četbou, poslechem rádia, rozhovorem
- umožnit kontakt s rodinou
- využít možností rodiny ke zlepšení pacientovy nálady

Realizace: 28. 06. 2008 jsem v průběhu ranní hygieny upozorovala, že pacient je smutný, nechce se mu komunikovat. Během dopoledne jsem u pacienta vyzorovala smutné pohledy z okna a příliš časté telefonování. Po splnění ordinací jsem pacienta ve volné chvíli navštívila a snažila se rozptýlit jeho chmury. Pokoušela jsem se zlepšit jeho náladu zmínkou o počasí (ten den bylo opravdu krásně), pacient tuto poznámku vůbec nekomentoval a rovnou se svěřil, že se mu stýská. Dny mu zde připadají příliš dlouhé, a ačkoli je u nás teprve třetí den, připadá mu to, jako celá věčnost. Znovu jsme společně probrali nutnost této hospitalizace, s čímž pacient souhlasil a prý to chápe, nicméně je mu smutno. Tato situace byla u mého pacienta komplikována částečně tím, že byl na jednolůžkovém pokoji. Snažila jsem se mu pomoci tím, že má rodinu, která ho

podporuje. Manželka každý den promlouvá s lékařem i sestrami, takže se má o koho opřít. Nabídla jsem mu ke krácení dlouhé chvíle časopisy nebo poslech rádia. S manželkou pacienta jsem odpoledne probrala možnost, zda by se v průběhu dne nemohli v návštěvách vystřídat spolu s dětmi, aby měl pacient vyplněné celé odpoledne. Po ukončení návštěv jsem pozorovala pacientovo chování. Nejprve ležel asi 10 minut v klidu, poté si vzal ze stolečku noviny (donesla manželka) a začal je číst. Před večerí přišel pacienta navštívit ještě jeho kolega ze zaměstnání, což mu výrazně zlepšilo náladu. Před koncem služby se pacient dokonce pokoušel vtipkovat. Z rozhovoru s noční službou jsem se dověděla, že před usnutím pacient poslouchal rádio a ještě několikrát někam telefonoval. 29. 06. 2008 jsem již podobné reakce u pacienta nepozorovala. Po celý den komunikoval bez problémů, ve tváři měl klidný výraz, a na dotaz, zda je mu po psychické stránce lépe, „šibalsky“ zamrkal a usmál se.

Hodnocení:

28. 06. 2008

- a) Cíl splněn.
- b) Cíl splněn.
- c) Po návštěvách pacient vykazuje značné zlepšení nálady, komunikuje s ošetřujícím personálem. Cíl splněn.
- d) Pacient ještě stále není zbaven všech projevů smutku (časté telefonování). Cíl nebyl splněn.

29. 06. 2008

- d) Pacient je zcela bez projevů smutku. Cíl splněn.

♥ *Porucha spánkového rytmu v souvislosti s nočním provozem na oddělení projevující se nemožností usnout, nežádoucím probouzením, únavou*

- Cíl:*
- a) pacient usíná bez problémů
 - b) pacient spí klidně celou noc
 - c) pacient se cítí po probuzení odpočatý
 - d) pacient chápe příčiny poruch spánkového rytmu

Plán: • zjistit vyvolávající příčiny poruchy usínání a nežádoucího probouzení

- zajistit, aby pacient usínal v klidném prostředí
- vyvětrat pokoj před spaním
- dbát na dokonalou úpravu lůžka
- podávat léky dle ordinace lékaře
- sledovat účinky podaných léků
- neprodleně informovat lékaře v případě nežádoucích reakcí na podané léky

Realizace: 29. 06. 2008 pacient sděluje, že bude asi během dopoledne pospávat, protože se cítí unavený. Uvědomila jsem si, že při předávání služby se noční sestra zmiňovala, že v noci proběhl příjem neklidného pacienta, který byl uložen do pokoje sousedícího s pokojem mého pacienta. Okamžitě mi bylo jasné, kde je příčina pacientových problémů. Pokoje na našem oddělení jsou prosklené a rovněž hluková bariéra je nedokonalá. Vysvětlila jsem pacientovi, že na JIP probíhají příjmy nepřetržitě a noc není výjimkou. Také jsem se snažila mu vysvětlit, že centrální pracoviště sester je ve středu oddělení, mezi všemi pokoji pacientů, a že osvětlení na sesterně není možné v případě akutního příjmu ztlumit. Pacient vyjádřil nad tímto uspořádáním pochopení. Z dokumentace i od pacienta jsem se dověděla, že byl pacientovi podán v noci ve 23.20 Diazepam 5 mg p. o., po kterém asi po 50 minutách usnul, ale později byl opět probuzen neklidným pacientem a do rána toho již moc nenaspal. Na podaná hypnotika nebyla zaznamenána žádná negativní reakce. Ujistila jsem pacienta, že dnešní večer, bude-li to možné, se budeme snažit, aby usínal v klidnějším prostředí. Před odchodem ze služby jsem požádala noční sestru, aby pacientovi před spaním vyvětrala pokoj a upravilo lůžko. Pacienta jsem požádala, aby před spaním omezil příjem tekutin.

Hodnocení:

29. 06. 2008

a, b, c) Dnešní den skončilo mé ošetřování. Ze záznamů z dokumentace vyplývá, že pacient usíná bez užití dalších hypnotik asi po 30 minutách od ulehnutí. Spal klidně celou noc. Cíl splněn.

d) Cíl splněn.

5.7 Edukace pacienta

Během hospitalizace jsem pacienta průběžně edukovala o příčinách, které vedly ke vzniku jednotlivých ošetřovatelských problémů a také o konkrétních opatřeních, jak tyto problémy odstranit (viz. rozpracované ošetřovatelské diagnózy).

Při propuštění pacienta do domácího ošetřování bych edukovala pacienta o základních principech diety při warfarinizaci, zejména pak o tom, jak a proč má tyto léky užívat a co je třeba při jejich užívání sledovat (krvácení ze sliznic, dásní, zubů, krev ve stolici, v moči). Rovněž bych pacienta upozornila, aby při výskytu výše uvedených problémů neprodleně vyhledal lékaře.

Pacienta bych naučila, jak si má doma měřit vlastní pulz, ověřila bych si, že to skutečně ovládá.

Vzhledem k tomu, že pacientovi byl do trvalé medikace přidán Digoxin, probrala bych také s pacientem příznaky předávkování digitalisem (nevolnost, nauzea, zpomalení tepové frekvence, mdloby, nekontrolovatelné pády) a poučila ho, aby při jejich výskytu okamžitě informoval lékaře a žádnou další dávku uvedeného léku do doby, než ho vyšetří lékař, neužíval.

Za účelem snížení TH bych pacientovi předložila příklad sestaveného týdenního jídelníčku, který jsem vypracovala ve spolupráci s nutriční terapeutkou naší nemocnice, společně se seznamem vhodných potravin (příloha č. 10). Vzhledem k warfarinizaci může být výběr vhodných potravin složitější. Do edukace stran výživy jsem během dnů mého ošetřování zapojila také manželku pacienta, aby měla jasnu představu o tom, co může manželovi vařit. Zásady správné výživy jsem s pacientem probrala již v rámci oš. diagnózy 5.5.9.

Na závěr bych si pomocí zpětné vazby ověřila, že pacient mým informacím správně porozuměl, a že je mu vše jasné.

5.8 Ošetřovatelský závěr

Pacient X. Y. je letitý astmatik a byl odeslán obvodním lékařem k hospitalizaci na TRN oddělení, pro narůstající dušnost. Zde byl pořízen vstupní záznam EKG, na jehož základě byla doporučena hospitalizace na interním oddělení. Pacient byl přijat na jednotku intenzivní péče s diagnózou fibrilace a flutter síní.

Udává asi týden trvající dušnost, která se postupně zhoršuje, přidaly se i progredující otoky dolních končetin, v posledních dvou dnech pozoruje i zvětšení

obvodu břicha. U pacienta byla okamžitě zahájena nepřetržitá monitorace ZVF, včetně EKG, byla aplikována antiarytmika (Sedacoron) a diuretika (Furosemid) a zahájena byla také oxygenoterapie. Pro známky oboustranného srdečního selhávání ordinován klidový režim na lůžku. Pacient vyjadřuje obavy o svůj zdravotní stav, nikdy se srdcem neléčil a uvědomuje si, že měl lékaře vyhledat dříve.

V době mého ošetřování u pacienta stále přetrvávala tachyfibrilace síní, na aplikovaná antiarytmika reagoval pouze přechodně, TK v mezích normy, známky dušnosti jsem pozorovala pouze při zátěži. Od druhého dne měl povolenou plnou vertikalizaci a stal se tak zcela soběstačným v běžných denních aktivitách. Otoky DKK i břicha postupně odeznívaly.

Vytyčené ošetřovatelské cíle se nám podařilo ve větší míře společně splnit. Pacient vyjadřuje spokojenost s poskytovanou ošetřovatelskou péčí, stejně tak manželka pacienta, která měla největší radost z toho, že se manžel konečně rozhodl udělat něco se svou nadváhou.

5.9 Prognóza

Z důvodu zmiňované diagnózy v kombinaci s DKMP bude třeba u pacienta zajistit plnou terapii chronického srdečního selhání (ACE inhibitory, beta blokátory, diuretika, příp. antiarytmika). Pacient bude muset být dispenzarizován v kardiologické ambulanci event. v kardiologické poradně. Vzhledem k možnému vzniku maligní arytmie by měla být pacientovi nabídnuta možnost trvalého ICD. Při závažné progresi pacientova onemocnění bude muset být zařazen na čekací listinu v souvislosti s transplantací srdce.

V současné době žije pacient společně s manželkou a dětmi v rodinném domě. Manželka je pacientovi velkou oporou a chce mu pomoci. Pokud bude pacient dodržovat léčebná doporučení a podaří se mu snížit svoji hmotnost, určitě tím přispěje ke snížení rizikových faktorů vedoucích k mortalitě.

6 Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HEROLD, C. E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha, Grada 1999, ISBN 80-7169-893-8.
2. ASCHERMANN, M. a kol.: *Kardiologie 2. díl*. 1. vyd. Praha, Galén 200s, ISBN 80-7262-290-0.
3. ČERVINKOVÁ, E., VORLÍČKOVÁ, H. a kol.: *Ošetrovatelské diagnózy*. 1. dotisk. Brno, IDVPZ 2000, ISBN 80-7013-303-1.
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. dotisk. Praha, Grada 1996, ISBN 80-7169-294-8.
5. KOLÁŘ, J. a kol.: *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha, Akcenta 2003, ISBN 80-86232-06-9.
6. NEUWIRTH, J.: *Klinická propedeutika*. 1. vyd. Martin, Osveta 1991, ISBN 80-217-0336-9.
7. SOBOTTA,: *Sobottův atlas anatomie člověka*. 1. vyd. Praha, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1870-5.
8. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J.: *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha, Grada 2004, ISBN 80-247-1009-9.
9. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 6. Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno, IDVPZ 2001, ISBN 80-7013-323-6.
10. SUCHOPÁR, J. a kol.: *Remedia Compendium*. 2. vyd. Praha, Panax 1997, ISBN 80-902126-3-8.

11. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha, Grada 2006, ISBN 80-247-1148-6.
12. ŠTEJFA, M. a kol.: *Kardiologie druhé, přepracované a doplněné vydání.* 2. vyd. Praha, Grada 1998, ISBN 80-7169-448-7.
13. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 1. dotisk. Brno, IDVPZ 1999, ISBN 80-7013-285-X.
14. ZEMAN, K.: *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči.* 1. vyd. Brno, IDVPZ 1996, ISBN 80-7013-222-1.

7 Seznam dalších zdrojů

- 15 a) rozhovor
- 15 b) pozorování
- 16) zdravotnická dokumentace
- 17) rodina (manželka)
- 18) ostatní zdravotnický personál
- 19) nutriční terapeutka Nemocnice Třebíč
- 20) propagační materiály firmy Warfarin Orion
- 21) http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php
- 22) <http://www.vypocet.cz/bmi>
- 23) <http://www.merrylinka.cz/oldver/bmi.asp>
- 24) <http://www.ulekare.cz/clanek/koronarografie-961>

8 Seznam použitých zkratek

AA	-	alergologická anamnéza
ABR	-	acidobazická rovnováha
AL	-	anterolaterální
amp.	-	ampule
Ao	-	aorta
APPE	-	appendektomie
apod.	-	a podobně
ARO	-	anesteziologicko resuscitační oddělení
atd.	-	a tak dále
AS	-	akce srdeční
AV	-	atrioventrikulární
bilat.	-	bilaterálně (oboustranně)
BMI	-	Body Mass Index
bpn.	-	bez patologického nálezu
CMP	-	cévní mozková příhoda
cps.	-	kapsle
D	-	dieta
DC	-	dýchací cesty
DF	-	dechová frekvence
DKK	-	dolní končetiny
DKMP	-	dilatovaná kardiomyopatie
DDŽ	-	dolní dutá žíla
DM	-	diabetes mellitus
EKG	-	elektrokardiografie
EF	-	ejekční frakce
event.	-	eventuálně
FA	-	farmakologická anamnéza
FR	-	fyzilogický roztok
FN	-	fakultní nemocnice
FS	-	fibrilace síní
FW	-	Fahreus-Westergreen

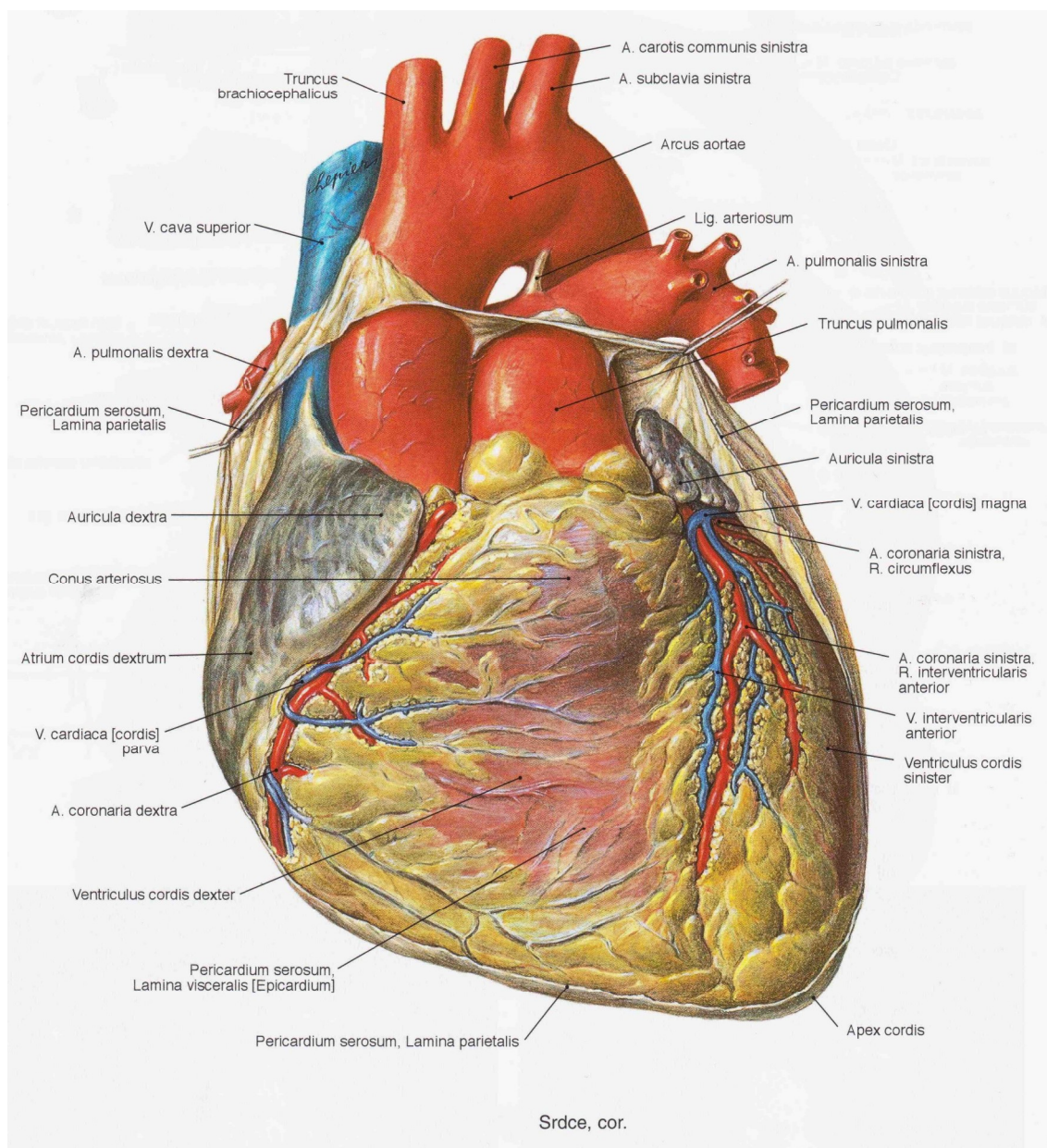
GCS	-	Glasgow Coma Scale
GI	-	gastrointestinální trakt
gtt.	-	kapky
ICD	-	implantabilní kardioverter-defibrilátor
ICHs	-	ischemická choroba srdeční
inf.	-	infúzní
inh.	-	inhalační
inj.	-	injekční
ireg.	-	iregulární (nepravidelný)
i. v.	-	intravenózní
IVSd	-	interventrikulární septum v diastole
j.	-	jednotka
JIP	-	jednotka intenzivní péče
KMP	-	kardiomyopatie
KO	-	krevní obraz
KT	-	komorová tachykardie
KPR	-	kardiopulmonální resuscitace
KTI	-	kardiorakální index
LK	-	levá komora
LS	-	levá síň
Mi	.	mitrální
NYHA	-	New York Heart Association
OA	-	osobní anamnéza
odd.	-	oddělení
oj.	-	ojediněle
OL	-	obvodní lékař
oph.	-	ophthalmo
P	-	příjem (tekutin)
PH	-	plicní hypertenze
PKd	-	pravá komora v diastole
plv.	-	pulver
p. o.	-	per os
p. p.	-	podle potřeby
p. r.	-	per rektum

PŽK	-	periferní žilní kanyla
QRS	-	komorový komplex elektrokardiogramu
RA	-	rodinná anamnéza
reg.	-	regurgitace
RTG	-	rentgen
RHB	-	rehabilitace
SA	-	1) sinoatriální, 2) sociální anamnéza
s.c.	-	subkutánní
SKG	-	selektivní koronarografie
SpO ₂	-	saturace hemoglobinu kyslíkem v arteriální krvi
SR	-	sinusový rytmus
susp.	-	suspektní
ŠŽ	-	štítná žláza
tapot.	-	tapotement (úder na bederní krajinu)
tbl.	-	tableta
TEE	-	transezofageální echokardiografie
TF	-	tepová frekvence
TH	-	tělesná hmotnost
TK	-	krevní tlak
Tri	-	trikuspidální
TRN	-	tuberkulózně respiračních nemocí
TT	-	tělesná teplota
tzv.	-	tak zvaný
UPV	-	umělá plicní ventilace
V	-	výdej (tekutin)
VAS	-	vizuální analogová škála
VF	-	vitální funkce
ZSd	-	zadní stěny v diastole

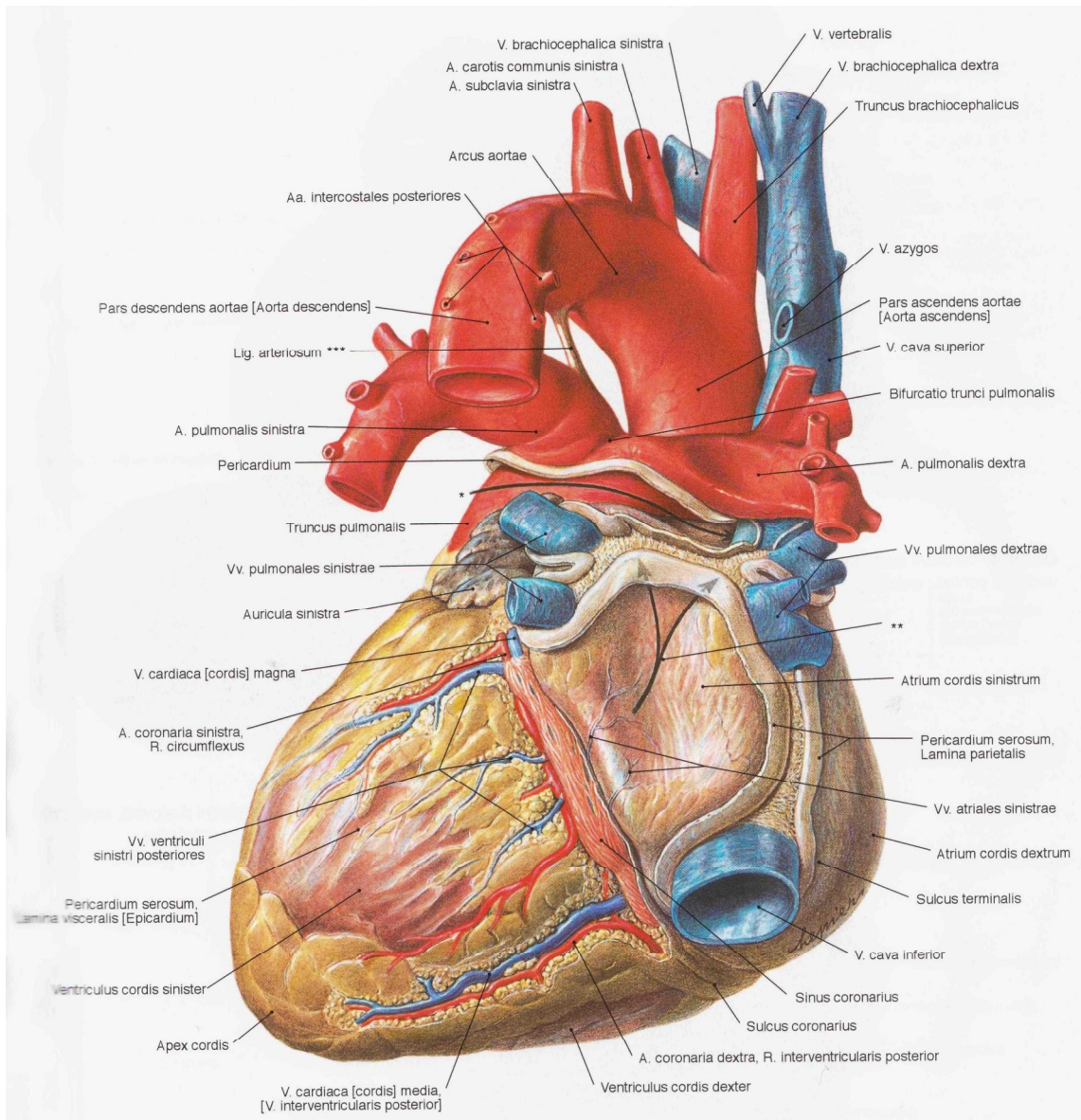
9 Seznam příloh

- č. 1 Popis srdce (obr. 1, 2)
- č. 2 Převodní srdeční systém (obr. 3, 4)
- č. 3 EKG křivky – fibrilace síní (obr. 5, 6)
- č. 4 EKG pacienta (obr. 7)
- č. 5 Echokardiografický nález
- č. 6 RTG nález
- č. 7 Elektrická kardioverze
- č. 8 Koronarografie
- č. 9 Informace pro pacienta užívajícího perorální antikoagulancia
- č. 10 Redukční dieta
- č. 11 Barthelův test základních všedních činností
- č. 12 Dospělé nutriční skóre
- č. 13 Glasgow Coma Scale
- č. 14 Klasifikace dušnosti podle NYHA
- č. 15 Hodnocení výživy
- č. 16 Vstupní ošetřovatelský záznam (listy 1 – 8)
- č. 17 Plán ošetřovatelské péče (listy 1 – 7)

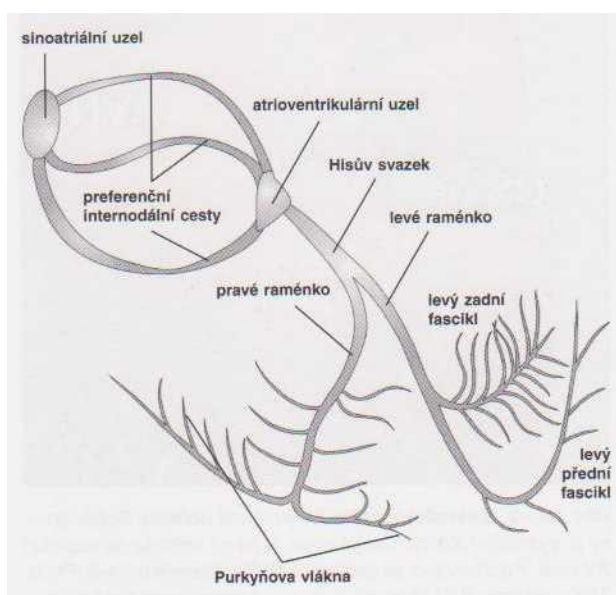
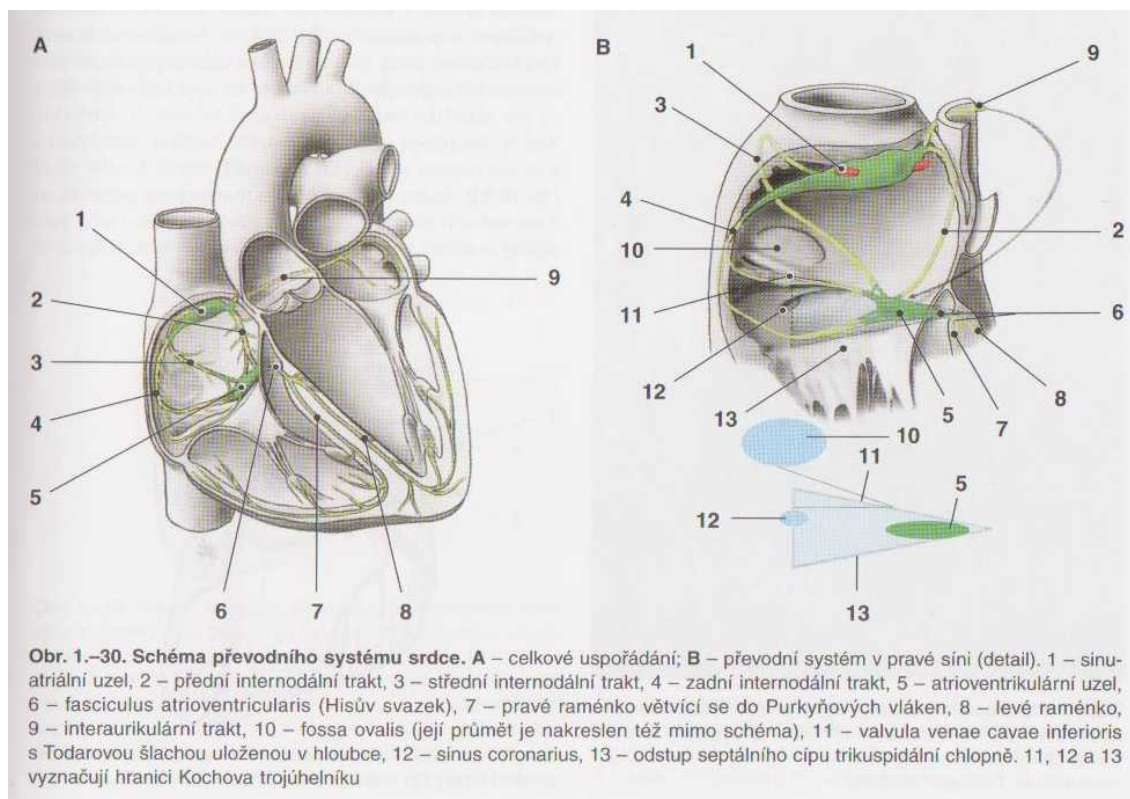
Obr. 1 Srdce – pohled zředu



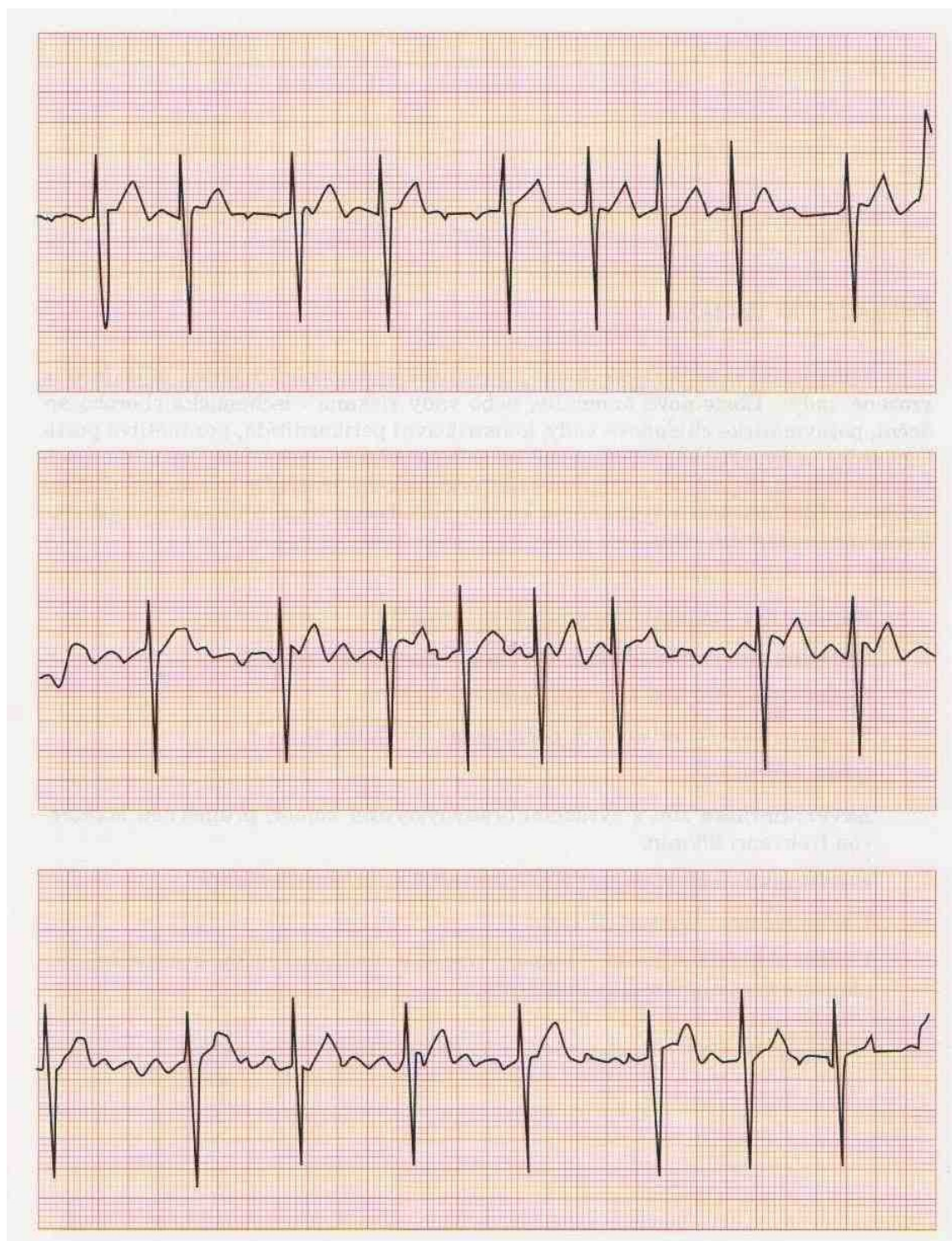
Obr. 2 Srdce – pohled zezadu



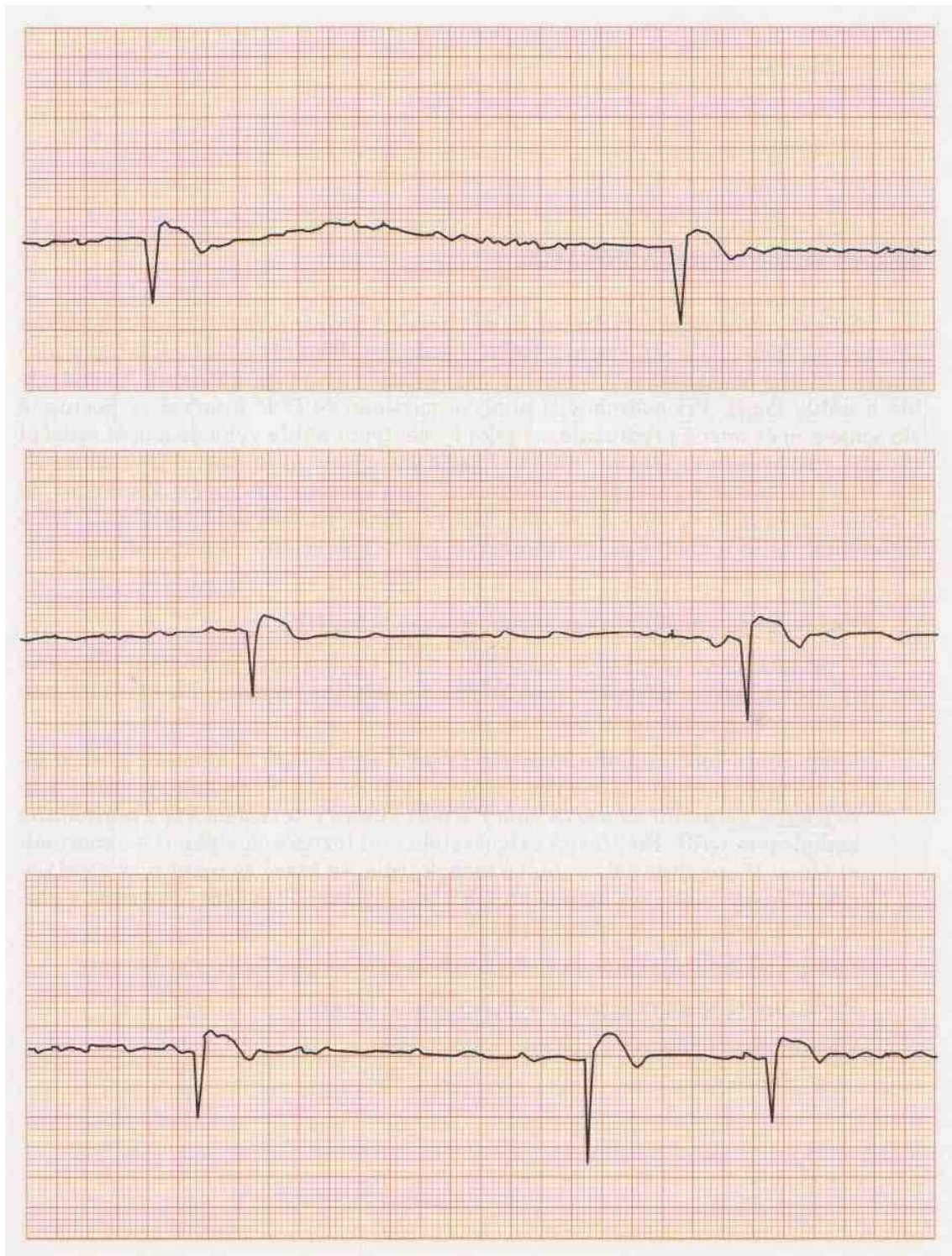
Obr. 3,4 Převodní srdeční systém



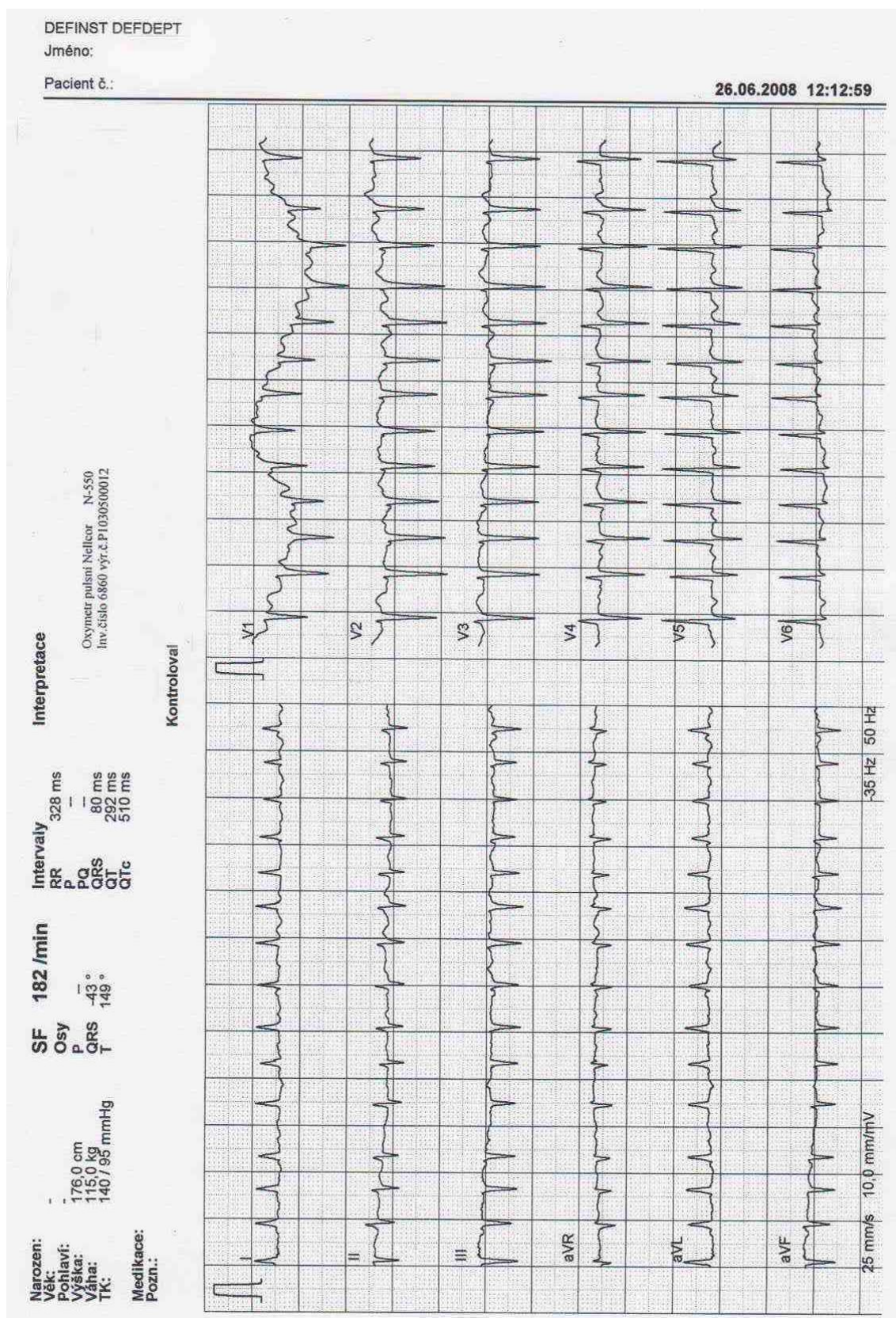
Obr. 5 Fibrilace síní



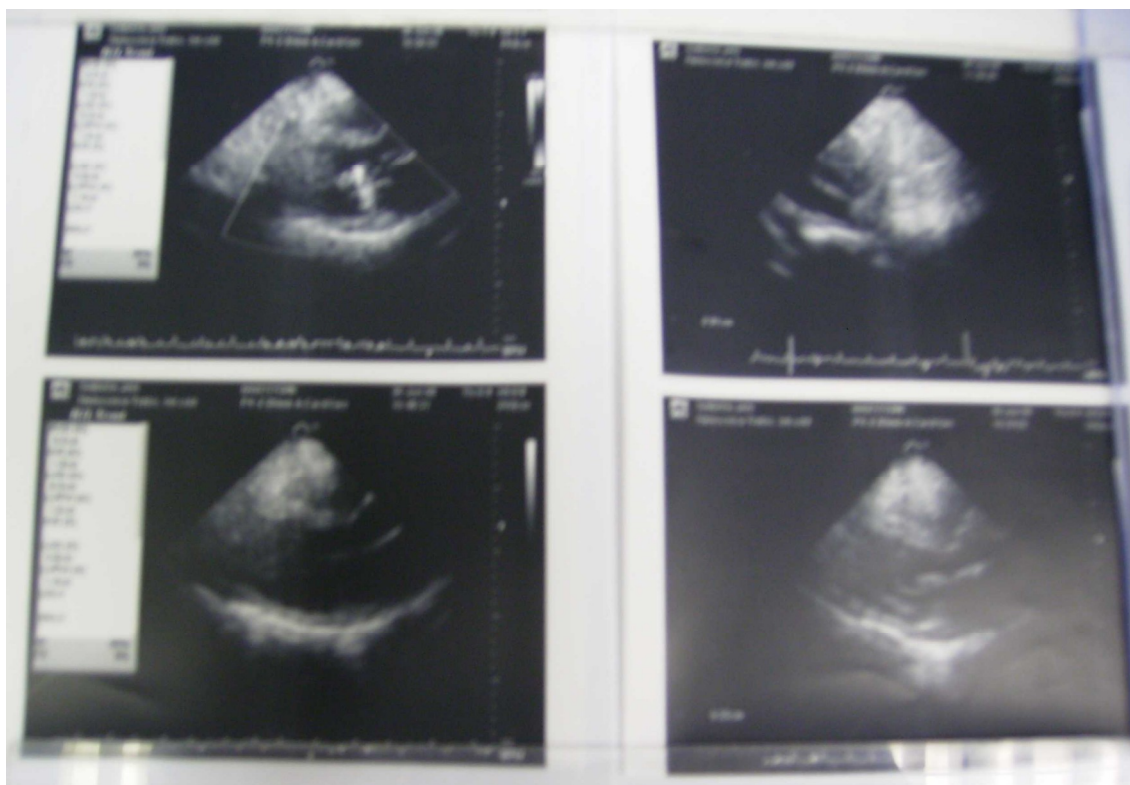
Obr. 6 Fibrilace síní s výraznou bradydysrytmií



Obr. 7 EKG pacienta (popis, str. 23 této práce)



Obr. 8 Echokardiografický nálezn

*ECHOKARDIOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ – 28. 06. 2008*

Důvod: porucha srdečního rytmu, klinické známky oboustranné kardiální insuficience

Nález: Kvalita zobrazení nízká, vyšetření provedeno při tachykardii - tachy FS, (1 = hodnotitelné, 2 = nekvalitní, 3 = nehodnotitelné): **2**

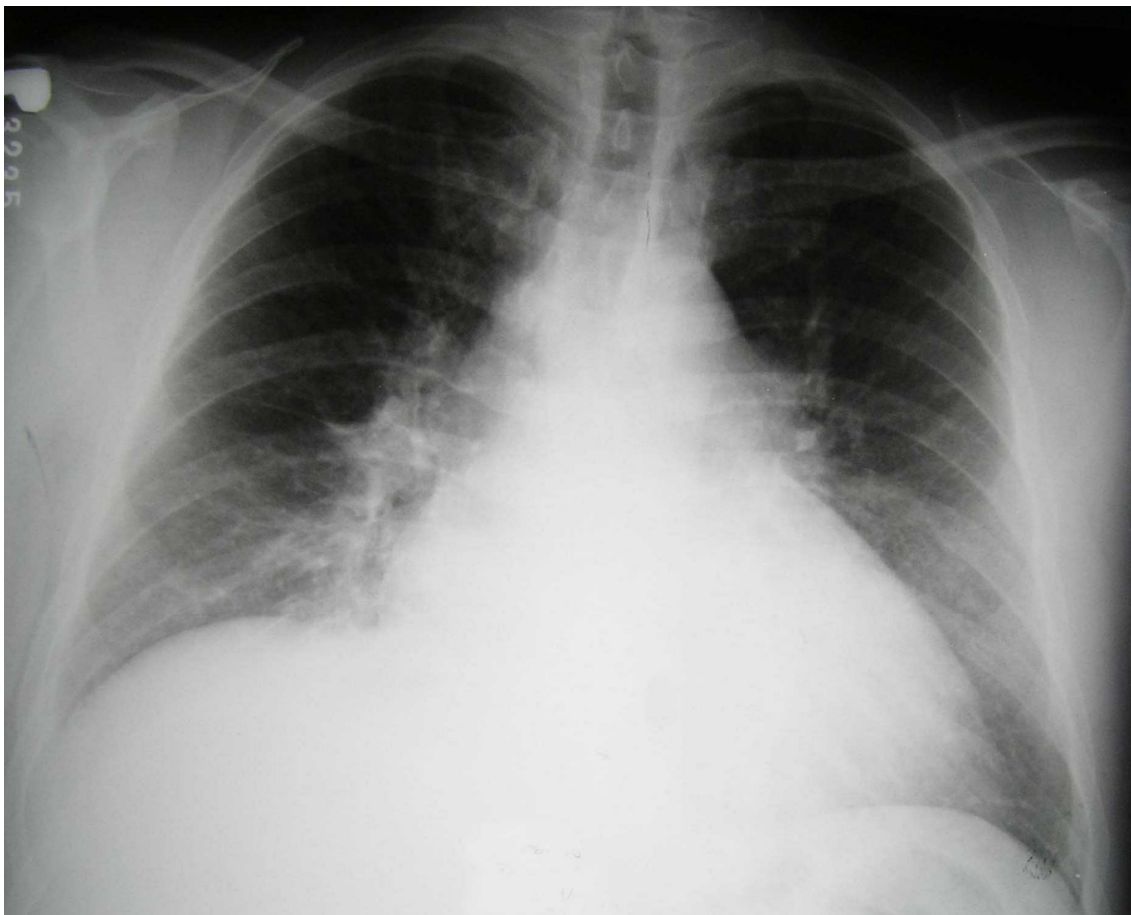
Ao (N = norma 21 – 40 mm): 31, LS (N = 21 – 43 mm): **56**, PKd (N = 9 – 31 mm): **35**, LK (N = 38 – 60 mm): **65/59**, IVSd (N = 6 – 12 mm):**13**, ZSd (N = 6 – 12): 12, EF (N = 55 – 75 %): **35 %**.

Perikard: výpotek max. za ZS 11 mm, není k punkci, DDŽ dilatovaná s minimálním kolapsem 29 mm. Dilatace prakticky všech dutin. LK: hraniční šíře stěny, hypo až akineze AL v rozsahu bazál. a střed. Segmentu. Systolická funkce LK snižená. Diastolická funkce LK: monofázická křivka při FS.

Chlopně: Ao reg. jet I – II / IV, stenózu nedetekují, na Mi reg. jet I / IV, na Tri nezachycen. Dle nepřímých známek přítomna PH, kvantifikace nelze.

Závěr: susp dilatovaná KMP

Obr. 9 RTG srdce, plíce pacienta



RTG srdce, plíce – 27. 06. 2008

Důvod: klinické známky oboustranné kardiální insuficience

Nález: Difúzně zmnožená hilová i periferní bronchovaskulární kresba. Plicní pole bez ložiskových změn, levá bránice v normálních hranicích, pravá o 6 cm výše uložená.

Srdeční stín zvětšen oběma směry, KTI 22:37.

Elektrická kardioverze

„Je léčebnou metodou arytmií (fibrilace síní, flutteru síní, komorové tachykardie) elektrickým výbojem z defibrilátoru.“^(5,s.103) Výkon se provádí v krátkodobé anestezii, kterou aplikuje lékař anesteziolog. Samotný výkon provádí lékař kardiolog za asistence zdravotní sestry na koronární jednotce.

Podstata kardioverze

Elektrický výboj s energií 50 – 400 J vyvolá při zevní defibrilaci přechodně *úplnou depolarizaci celého srdce*, tj. vybití veškeré vzruchotvorné tkáň (pacemakerů). Celková depolarizace tak přechodně přeruší i *ektopickou* aktivitu srdce (tj. arytmií) a umožní, aby se uplatnilo automatické centrum srdečního rytmu, které nejrychleji vytvoří nový vzruch. Optimálně je to sinusový uzel, v takovém případě se nastolí sinusový rytmus; jestliže však je funkce sinusového uzlu omezena, vytvoří se rychleji vzruch v centrech náhradních a místo sinusového rytmu vznikne rytmus náhradní *junkční*, event. komorový.

Energie defibrilačního výboje

Elektrická kardioverze by se měla vždy zahajovat výbojem s nižší energií a teprve při neúspěšném zvládnutí arytmie by se energie dalších výbojů měla postupně zvyšovat. Výboje s menší energií zmenšují pravděpodobnost popálení kůže, poškození myokardu joulovým teplem a vzniku komplikujících arytmií. Vždy dáváme přednost synchronizované kardioverzi, neboť je účinnější než kardioverze nesynchronizovaná a lze při ní použít výboj s nižší energií.

U arytmií při *akutním infarktu myokardu* platí, že velikost výboje by měla být vždy nižší než u arytmií jiného původu, neboť po kardioverzi při tomto onemocnění snadněji vzniká komplikující fibrilace komor. Totéž platí pro nemocné s *tachyarytmiemi digitálisho původu*. Kardioverze je u těchto pacientů dosti riskantní, neboť při intoxikaci digitálishem se významně snižuje fibrilační práh a po elektrickém výboji často vzniká obtížně zvládnutelná fibrilace komor. K prevenci závažných arytmií způsobených kardioverzí se doporučuje podat předem Mesocain a upravit hladinu draslíku v krvi, popř. těsně před výbojem podat ještě kalium-magnezium aspartát

(Cardilan). Je vhodné, pokud to stav nemocného dovoluje, odložit kardioverzi o 48 hodin po poslední dávce digitalisu.

Postup při kardioverzi

Plánovaná kardioverze, prováděná u nemocných, kteří nejsou arytmií bezprostředně ohroženi na životě, by měla být pečlivě připravena. Před plánovaným výkonem upravujeme u nemocných poruchu minerálního metabolismu, především hypokalémii, popřípadě hypovolémii nebo hypoxémii, a nemocné s fibrilací síní trvající déle než 24 hodin zajistíme předem účinnou antikoagulací. U některých nemocných podáváme preventivně antiarytmika k usnadnění elektrické kardioverze. Digitalizaci přerušujeme nejméně na 24 hodin, optimálně 48 hodin před výkonem. Připravíme pomůcky pro intubaci a kardiopulmonální resuscitaci i běžná antiarytmika pro případ postkardioverzních arytmií. Nemocný před kardioverzí alespoň 4 hodiny lační.

- ♥ Nemocnému vysvětlíme podstatu léčebného postupu a zdůrazníme mu, že výkon je bezpečný a že při něm nebude pociťovat bolest.
- ♥ Zavedeme katétr do žíly, pokud dosud nebyl zaveden, a podáme trvalou infúzi fyziologického roztoku nebo 5% glukózy. Otevřená žilní cesta umožňuje rychlou léčbu možných postkardioverzních arytmií.
- ♥ Na hrudník nalepíme elektrody na místa, kde nebrání přiložení elektrod defibrilačních.
- ♥ Lékař navodí narkózu krátce účinkujícími intravenózními anestetiky (Hypnomidate, Thiopental).
- ♥ Elektrody defibrilátoru potřeme pastou. Nedostatek pasty omezuje dobrý převod proudu, nadbytek pasty na hrudníku kolem elektrody usnadňuje vznik popálenin. Kůži v místě přiložení elektrod odmastíme alkoholbenzínem, popř. oholíme.
- ♥ Defibrilátor nabijeme požadovanou energií a současně se určí energie dalšího výboje pro případ opakování kardioverze.
- ♥ Elektrody přiložíme na hrudník. Nejobvyklejší umístění bývá v průběhu předpokládané dlouhé srdeční osy: jedna elektroda ve 2. mezižebří vpravo od hrudní kosti, druhá vlevo ve 4. – 5. mezižebří ve střední axilární čáře. U nemocných s implantovaným kardiostimulátorem umísťujeme jednu elektrodu vpředu na hrudník a druhou na záda; cílem tohoto přístupu je maximální prevence poškození kardiostimulační soustavy.

- ♥ Všichni pracovníci jsou vyzváni, aby se nedotýkali nemocného, a zrakem se provede kontrola, zda nikdo není ve vodivém kontaktu s lůžkem nemocného.
- ♥ Stiskneme spínač defibrilačního výboje a vyčkáme aplikace synchronizovaného výboje.
- ♥ Elektrody oddálíme od hrudníku a zjišťujeme na monitoru EKG výsledek kardioverzní léčby.
- ♥ Po úspěšné kardioverzi místa přiložení elektrod očistíme od pasty a potřeme hydrokortisonovou masťou.
- ♥ Po skončení kardioverze provedeme u nemocného kontrolu TK a saturace. Natočíme dvanáctisvodový záznam EKG, při hypotenzi zrychlíme infúzi, popř. podáme léky doporučené lékařem. Po úspěšné kardioverzi ponecháváme nemocného na monitorovacím lůžku alespoň 2 hodiny. Po uplynutí této doby může nemocný přijímat potravu.

Koronarografie

Co je to?

Koronarografie je kontrastní rentgenologické vyšetření věnčitých (koronárních) tepen zásobujících Vaše srdce. Zásadním počinem pro vznik tohoto vyšetření bylo zavedení katétru do srdce (katetrizace). Jako první na světě ho v roce 1929 sám na sobě provedl mladý německý lékař Werner Forssmann. Vlastní koronarografie vznikla v 60. letech 20. století, kdy byla vypracována technika zavedení katétru do odstupů věnčitých tepen z aorty.

Kdy se používá?

Koronarografie se používá při podezření na zúžení nebo uzávěr věnčitých tepen. Hlavním důvodem vyšetření je ischemická choroba srdeční (námahové bolesti na hrudi, infarkt myokardu). Vyšetření navrhuje internista kardiolog. Provádí jej specialista na invazivní kardiologii.

K čemu bude?

Účelem koronarografie je zobrazit průsvit Vašich věnčitých tepen a jejich případné zúžení nebo uzávěr. Informuje o počtu a umístění postižených tepen a významnosti zúžení. Výsledek vyšetření umožní lékaři naplánovat další léčebný postup. Pro zprůchodnění ucpaných tepen a znovuoobnovení dostatečného zásobení srdce se rozhoduje mezi chirurgickým zákrokem (koronární bypass), katetrizačním zprůchodněním (angioplastika) nebo farmakologickou léčbou (rozpuštění sraženiny, stabilizace aterosklerotického plátu). Včasným odhalením kritického zúžení věnčitých tepen a zahájením příslušné léčby Vám může koronarografie zachránit život. Provádí se i před každým plánovaným chirurgickým výkonem na srdci a jeho cévách.

Co je potřeba?

Pracoviště pro provádění koronarografie je kombinací operačního sálu a rentgenologické vyšetřovny. Její součástí je operační stůl a nastavitelný stojan s RTG přístrojem. K rentgenovému zobrazení je zapotřebí zdroj záření – tzv. rentgenka. Po průchodu organismem se záření zachycuje a zobrazuje na monitoru. K zavedení kontrastní látky do Vašich věnčitých tepen slouží katétr. Je to dlouhá tenká dutá

trubička. K vyšetření je třeba sada pro zavedení katétru do tepny. Kontrastní látka se aplikuje přetlakovou stříkačkou. K ochraně vyšetřujícího lékaře před ionizujícím rentgenovým zářením se používají speciální olověné vesty.

Jaký je princip?

Katétr se obvykle zavádí do těla tříslem. Za kontroly rentgenem se Vaší stehenní tepnou a aortou dostává až k místu odstupu koronárních cév nad aortální chlopní. Po vstupu do věnčité tepny lékař aplikuje kontrastní látku, která zobrazí její průběh a velikost. Stejný postup se zopakuje i v případě tepny na druhé straně.

Jak se připravit?

Koronarografie patří mezi invazivní zákroky. Zasahuje do Vašeho těla a je spojena s určitými riziky. Proto se provádí za hospitalizace. Na přípravu na Vaše vyšetření tedy mohou dohlédnout sestry. Den před vyšetřením Vám odeberou krev na testy srážlivosti. Na vyšetření půjdete nalačno. To znamená, že od půlnoci nesmíte už nic jíst. Ráno dostanete léky na ředění krve a na zklidnění. Katétr se do těla zavádí nejčastěji stehenní tepnou. Pro její lepší přístupnost Vám sestra nebo sanitář vyholí tříslo. Vyšetření se provádí pomocí kontrastní látky podávané do tepny. Její podání může v některých případech vyvolat alergickou reakci. Informujte lékaře, jestli jste podobnou komplikaci už někdy v minulosti zažili. V rámci prevence se před vyšetřením podávají 2 tablety Dithiadenu. Je to lék, který nežádoucí účinky kontrastní látky tlumí.

Jak vyšetření probíhá?

Lehnete si na vyšetřovací stůl pod pohyblivé rameno rentgenu. Nad sebou uvidíte obrazovku, na které bude lékař sledovat průběh vyšetření. Sestra Vám na hrudník připevní elektrody pro snímání EKG. Na prst dostanete klip sledující nasycení vaší krve kyslíkem (pulzní oxymetr). Do žíly na paži Vám bude zavedena kanyla, která umožní případné podání léků nebo infúzí. Potom může začít vlastní vyšetření. Lékař vydezinfikuje místo vstupu pro katétr (nejčastěji tříslo, ale někdy i paži) a aplikuje do něj malé množství znečítlivující látky. Potom pomocí zvláštní jehly napíchne Vaší stehenní tepnu a vsune do ní katétr. Proti krevnímu proudu jej posunuje až k odstupu věnčitých tepen a aplikuje kontrastní látku. Aktuální pozici katétru a stav Vašich tepen kontroluje pomocí rentgenu. Vyšetření není bolestivé. Díky místnímu znečítlivění třísla se nemusíte bát ani bolesti při napichování tepny. Aplikace kontrastní látky může

vyvolat pocit tepla. Nelekejte se. Po celou dobu vyšetření budete v kontaktu s lékařem, který Vám vysvětlí, co máte právě dělat. Stačí jen klidně ležet a na vyzvání občas zadržet dech. Celé vyšetření i s přípravou trvá jednu až dvě hodiny.

Kdy bude výsledek?

Předběžné výsledky vyšetření Vám může lékař sdělit už v průběhu vyšetření. Důkladnější zhodnocení a popis zhotovených rentgenových snímků je k dispozici ještě týž nebo následující den.

Co vyšetření ukáže?

Normální věnčité tepny nejeví známky zúžení. Na snímku se zobrazí jako plné tmavé čáry. Při pokročilé ateroskleróze může dojít k jejich zúžení nebo úplnému uzávěru. Projeví se ztenčením obrazu tepny nebo úplným přerušením postupu kontrastní látky na uzávěr. Tepna na rentgenovém snímku jakoby najednou končí.

Kam povedou další kroky?

Po výkonu musíte přísně dodržovat minimálně osmihodinový naprostý klid na lůžku. Místo vpichu v třísele budete mít pevně zavázané. Sestra Vám jej ještě navíc zatíží pytlíkem s pískem. Můžete vykonávat jen mírné pohyby na lůžku. V žádném případě nesmíte vstávat a chodit (ani na toaletu). Můžete jíst a pít. Po 24 hodinách od vyšetření již můžete klidně vstát a chodit. Další postup léčby záleží na výsledku vyšetření.

Dostupnost vyšetření:

Koronarografie se provádí na specializovaných kardiologických odděleních velkých nemocnic.

Informace pro pacienta užívajícího perorální antikoagulantia

Informace pro pacienta užívajícího orální antikoagulantia

Warfarin Orion

warfarin orální

1. K čemu je oběhový systém a krev?

Vyšší živočišné včetně člověka mají oběhovou soustavu sestávající se ze srdce a cév, v nichž proudí krev. Neustálý proud krve zabezpečuje přívod kyslíku a živin do celého organismu. Zároveň je odváděn oxid uhličitý do plic, kterými je vydýchán, a zplodiny látkové přeměny do ledvin, jimiž jsou tyto škodlivé látky vylučovány. Kromě toho plní oběhový systém a krev mnoho dalších pro život nezbytných funkcí.

2. Proč se krev sráží?

Při poranění cév dochází ke krvácení, při němž se krev z oběhového systému ztrácí. Přitom k drobným poraněním dochází při každém prudkém pohybu nebo nárazu. Aby nedošlo k vykrvácení, musel vzniknout složitý systém srážení krve, na kterém se účastní cévní stěna, krevní destičky a řada krevních bílkovin. Při závažném poruše kterékoliv složky tohoto systému dochází ke zvýšené krvácivosti, která zhoršuje kvalitu života nemocného a může ho v některých případech i ohrozit na životě.

3. Sráží se krev i uvnitř cév?

Někdy dojde ke srážení krve i uvnitř cévního řečiště. Aby ke vzniku srážení uvnitř oběhového systému nedocházelo, existuje opět poměrně složitý systém protisrážlivých bílkovin a další systém enzymů, které již vzniklou sráženinou uvnitř cév rozpouštějí. Existuje tedy jemná rovnováha mezi systémem zabezpečujícím srážení krve při poranění a systémem zabraňujícím srážení krve uvnitř cévního řečiště.

4. Co to je trombóza?

Trombóza je stav, kdy dochází ke srážení krve uvnitř cévního řečiště. Dojde-li k trombóze v tepně, může dojít k přerušení zásobování některého důležitého orgánu nebo jeho části krví s kyslíkem a živinami a k ohrožení životnosti postižené tkáně. Jde-li například o srdeční sval, vznikne infarkt myokardu. Jde-li o mozkovou tkáň, dojde k rozvoji cévní mozkové příhody - mozkové mrtvice. Dojde-li k trombóze v žíle, nemůže krev dobře odtékat a postižená část organismu (nejčastěji dolní končetina) oteče a bolí. Kromě toho se část krevní sráženiny v žíle může utrhnout a být

zanesena krevním proudem do plicní tepny. Následkem je pak plicní embolie, která může ohrozit i život nemocného.

5. Jaké příčiny mohou vést k trombóze?

Příčiny trombózy je možno rozdělit do 3 skupin. Může jít o poruchu cévní stěny, o zvýšenou krevní srážlivost a o zpomalení krevního proudu. V tepenném řečišti je nejčastější příčinou trombózy porucha vnitřního povrchu cévní stěny. Tento povrch za normálních okolností brání krevnímu srážení. V důsledku atherosklerotického poškození však někdy dojde k porušení této vnitřní výstelky a k obnažení vaziva, které se pod ní nachází. Při kontaktu s tímto vazivem se začne krev srážet stejně jako při zranění. Sráženina však narůstá dovnitř cévy a tato se může ucpat. V žilním řečišti se při vzniku trombózy uplatňují především další 2 mechanismy. Při křečových žilách dochází ke zpomalení krevního proudu, stejně tak například při dlouhém upoutání na lůžko nebo při déletrvající operaci. Při některých chorobách, například při nádorech, při cukrovce a obezitě, je nadto zvýšena krevní srážlivost. Takovito pacienti mají častější žilní trombózy.

6. Je sklon k trombóze dědičný?

Existují rodiny s výskytem trombózy u více příbuzných. Je již známo několik dědičných poruch bílkovin zúčastněných v regulaci procesu srážení krve. Tyto poruchy vedou ke vzniku trombózy i u mladých, jinak zdravých osob. Proto je vhodné vyšetřování těchto bílkovin - zejména u osob, které prodělaly trombózu v mladém věku nebo bez zjevné vyvolávající příčiny. V případě zjištěné poruchy je vhodné vyšetřit i rodinné příslušníky.

7. Lze trombóze předcházet?

Ano. Jak vyplývá z rozboru příčin trombózy, trombóze v tepenném řečišti lze předcházet dodržováním zásad prevence atherosklerózy: nekouřit, nepřejídat se, nejíst živočišné tuky, dbát na kontrolu svého krevního tlaku a svého cholesterolu. U osob, které již tepennou trombózu prodělaly nebo jsou touto trombózou ohroženy (například u osob s anginou pectoris), je namísto podávání léků snižujících aktivitu krevních destiček, například acylpyrinu. Trombóze v žilním řečišti lze

předcházet bandážemi křečových žil pružným obinadlem nebo elastickou punčochou, bandážemi dolních končetin v rizikovém období (například během operace). U osob s vyšším rizikem žilní trombózy je namísto podávání léků snižujících krevní srážlivost. Krátkodobě bývá podáván injekčně Heparin (nebo jeho nízkomolekulární forma), dlouhodobě tabletky Warfarinu Orion nebo Pelentanu - orálních antikoagulantů. Speciální léčbu pak někdy vyžadují pacienti se zjištěnými vrozenými poruchami regulace krevního srážení.

8. Jak můžeme trombózu léčit?

Existují 3 přístupy. Jedním z nich je chirurgické odstranění krevní sráženiny nebo našití cévního "obchvatu" kolem ucpaného cévního úseku. Toto je méně časté. Druhou možností je rozpouštění sráženiny podáním trombolytických léků. Tato léčba je zatížena poněkud vyšším rizikem krvácení a podává se pacientům, jimž je nutno zprůchodnit cévu rychle, například u akutního infarktu myokardu nebo u masivní plicní embolie. Další možností je zastavit růst krevní sráženiny protisrážlivými léky a vyčkat, až vlastní enzymy sráženinu rozpustí. Této možnosti je u žilní trombózy využíváno nejčastěji.

9. Jaké léky při léčbě trombózy podáváme?

V úvodu léčby podáváme injekčně heparin nebo jeho nízkomolekulární formu. Po několika dnech zpravidla přecházíme na tabletovou formu léků - **orální antikoagulantia**. Jde o Pelentan (nebo dražé o nižším obsahu účinné látky - Pelentanetae) nebo Warfarin Orion.

10. Proč nezačínáme rovnou s tabletami?

Účinek heparinu nastupuje ihned, zatímco účinek orálních antikoagulantů nastupuje až po určité době podávání. Účinek heparinu také po ukončení jeho podávání velice rychle mizí, zatímco účinek orálních antikoagulantů přetrvává delší dobu.

11. Je nutno účinek protisrážlivých léků laboratorně sledovat?

Účinek heparinu, Warfarinu Orion i Pelentanu

Informace pro pacienta užívajícího orální antikoagulanty

Warfarin Orion

Je nutno sledovat prostřednictvím vyšetřování speciálními testy krevní srážlivosti. Podle výsledků je pak dávka léku upravována tak, aby byla pro pacienta nejvhodnější. Pokud by byla dávka příliš nízká, byla by léčba neúčinná. Pokud by naopak byla dávka příliš vysoká, hrozily by krvácivé komplikace. Výjimkou jsou nízkomolekulární hepariny, jejichž účinek není nutno laboratorně sledovat.

12. Jak se testování účinnosti léčby v praxi provádí?

Léčbu heparinem řídí Váš lékař v nemocnici. Po převedení na orální antikoagulancia a propuštění do domácího ošetřování budete docházet k ambulantním kontrolám Quickova času. Sestra Vám odebere krev na vyšetření, lékař zhodnotí výsledek, doporučí Vám dávkování léku v následujícím období a určí datum další kontroly. Výsledek Vám sdělí buď osobně nebo se domluvíte na telefonické konzultaci.

13. Mohu současně užívat ještě jiné léky?

Mnoho léků má s orálními antikoagulancii interakce, to znamená, že při současném podávání se účinek orálních antikoagulancií může zvětšit nebo zmenšit. To by mohlo být velice nebezpečné. I jediná tableta Acylpyrinu může způsobit smrtelné krvácení. Proto zásadně nesmíte užívat žádné léky bez vědomí lékaře a užívání všech léků, doporučených jinými lékaři, musíte konzultovat s lékařem, který sleduje Vaši protisrážlivou léčbu. Rovněž vysazení léků, které jste předtím současně užívali, je nutno s lékařem naší ambulance konzultovat.

14. Mohu užívat vitaminové přípravky?

Můžete používat jen takové vitaminové přípravky, které neobsahují vitamin K. Ten totiž snižuje účinnost orálních antikoagulancií.

15. Mohu současně pít bylinkové čaje?

Bylinkové čaje obsahují různé účinné látky, jejichž obsah je však na rozdíl od tablet

velice kolísavý. Vzhledem k tomu, že již byly popsány závažné interakce bylinných odvarů s orálními antikoagulancii, je nutno se jich během léčby vyvarovat.

16. Je možno průběh onemocnění ovlivnit dietou?

Průběh trombózy dietou ovlivnit nelze. Během léčby orálními antikoagulancii je však nutno se vyvarovat jídel, obsahujících větší množství vitamínu K, který účinek léků ruší.

17. Která jídla tedy nesmím jíst?

Vitamin K je obsažen v těch částech rostlin, které obsahují nebo obsahovaly chlorofyl - listovou zelení. Během léčby Warfarinem (nebo Pelentanem) je nutno zcela vyloučit z potravy červenou řepu, avokádo a listovou zeleninu - tedy špenát, zelí (i červené, kyselé nebo dušené), hlávkový salát, kapustu, brokolici, nať z petržele, pórek apod. Je nutno se též vyvarovat čerstvých rajčat a papriky. Je možno jíst menší množství kořenové zeleniny (mrkev, petržel, celer, ředkvičky), kyselou okurku, malé zralé rajče, malé množství luštěnin (ne jako hlavní jídlo, ne čerstvý hrách). Bez obav je možno jíst v průměrném množství zralé ovoce kromě kiwi. Při přípravě pokrmů není vhodné používat větší množství rostlinných olejů.

18. Co mám dělat, když se objeví nějaké krvácení?

Drobné krvácivé komplikace, např. lehké krvácení z nosu nebo dásní, jsou při léčbě orálními antikoagulancii poměrně časté. Mohou, ale nemusí být způsobeny předávkováním léku. Proto je nutno při jejich výskytu vyšetřit Quickův čas, aby se včas zjistilo případné předávkování léku a upravila se dávka.

19. Co mám dělat, když náhle onemocním a musím navštívit jiného lékaře nebo musím jít do nemocnice?

Je nutno lékaře uvědomit o tom, že užíváte léky proti srážení krve, uvést, jaký lék užíváte, v jakém dávkování.

20. Co když dojde ke zranění nebo budu muset být neodkladně operován - nehrozí mi pak silné krvácení při operaci?

Účinek orálních antikoagulancií lze rychle zrušit podáním koncentráту koagulačních faktorů, případně čerstvě zmražené plazmy. Tak dodáme do krve potřebné bílkoviny, které zabezpečí normální srážení krve.

21. Jak dlouho trvá léčba orálními antikoagulancii?

Léčba trvá různě dlouho. Záleží na tom, zda jde o první trombózu nebo trombózu opakovanou, zda je trombózu ohrožena funkce některého životně důležitého orgánu apod. Po první žilní trombóze trvá léčba zpravidla 3 - 6 měsíců, v ostatních případech déle, někdy je celoživotní.

22. Mohu během užívání orálních antikoagulancií otěhotnět?

Vzhledem k tomu, že orální antikoagulancia mají prokazatelně nepříznivý vliv na vývoj plodu a mohou vést k vrozeným vývojovým vadám, je důrazně doporučováno těhotenství odložit až na dobu po ukončení této léčby.

23. Co když přesto otěhotním?

Při prvním podezření na těhotenství je nutno navštívit gynekologa a při potvrzeném těhotenství je nutno provést převedení na injekční formu léčby (heparin nebo jeho nízkomolekulární formu), ve které je pokračováno po celou dobu gravidity. V každém případě jde o rizikové těhotenství.

24. Co když musím být léčena celoživotně - mohu mít děti?

Je nutno zvážit Váš celkový zdravotní stav - tedy nejen léčbu, ale i Vaše základní onemocnění, pro které léky užíváte. V případě, že Váš celkový zdravotní stav těhotenství dovolí, je zapotřebí pokud možno již v období, kdy se o otěhotnění pokoušíte, převést orální antikoagulační léčbu na léčbu injekční, v té pokračovat po celou dobu těhotenství a po porodu taprve přejít opět na tabletky.

MUDr. Petr Kessler, Hematologické oddělení
Nemocnice Pelhřimov

Redukční dieta

(vypracovala nutriční terapeutka Nemocnice Třebíč)

Hlavní zásady pro přípravu redukční diety:

- strava se podává 6x denně, na II. večeři zařazujeme ovoce nebo zeleninu
- vylučujeme polévky
- vybíráme potraviny s malým obsahem tzv. skrytého tuku – ten je obsažen hlavně v mase, masných výrobcích, smetaně, plnotučných výrobcích, žloutku, mouce
- maso naprosto libové
- přednost dáváme zelenině a snažíme se, aby každé hlavní jídlo bylo doplněné zeleninou
- z příkrmů jsou nejvhodnější brambory, občas podáváme rýži, těstoviny
- pokrmy ne příliš slané a pikantní, aby nepodporovaly chuť k jídlu
- moučníky a sladké pokrmy vylučujeme a nahrazujeme je syrovým ovocem v dávce 100 – 150 g

Technologická úprava:

- vaření, dušení, pečení, opékání na sucho, na grilu bez tuku
- dáváme přednost přírodní úpravě, tzn., že pokrmy nezahušťujeme, v případě potřeby prolisovanou zeleninou, výjimečně malým množstvím mouky
- při přípravě jídla se snažíme o co nejmenší podráždění sliznice trávicího ústrojí tzn.:
 - vyloučíme silné masové a zeleninové vývary, šťávy, masa pečená, smažená, nakládaná (podporují vylučování žaludečních šťáv a tím chuť k jídlu)
 - omezujeme dráždivé koření
 - tuk přidáme až do hotových pokrmů
 - pokrmy podáváme vždy dostatečně teplé: 60 – 65°C

Výběr potravin:

Bílkovinné potraviny:

- masa vždy libová, vhodné je zařazovat drůbež, ryby, občas vnitřnosti
- uzeniny – drůbeží, dietní párky
- vejce jako samostatný pokrm max. 2x týdně
- mléko, mléčné výrobky – se sníženým obsahem TUKU

Tuky:

- 10g volného tuku na den, používáme hlavně rostlinné oleje s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin (slunečnicový, olivový, sójový, kukuřičný)

Sacharidové potraviny:

- vylučujeme koncentrované sacharidy – cukr, med, omezujeme škrobnaté potraviny
- všechny ostatní sacharidové potraviny – ovoce, zeleninu, mouku, pečivo, příkrmy odvažujeme podle diabetických tabulek
- v případě potřeby sladíme umělými nekalorickými sladidly: sacharin, diner, aspartam;
- příkrmy – nejvhodnější jsou brambory, rýže, občas těstoviny
- pečivo – přednost dáváme tmavému pečivu (celozrnné bulky, dalamančky, moskevský chléb, sezamové pečivo atd...)

- zelenina tvoří základ diety, nevhodnější je syrová, s nižším obsahem sacharidů
- ovoce je také základem diety, vhodnější je s nižším obsahem sacharidů
- nápoje – DIA, přírodní ovocné šťávy, čaj, mléko, mléčné nápoje v povolené dávce s nižším obsahem tuku, neslazené, případně slazené umělým sladidlem

Nevhodné potraviny:

cukr, med, zmrzlina, marmelády, džemy, cukrovinky, sušené a kandované ovoce, slazené nápoje, slazené kompoty, sladké hlavní pokrmy, moučníky, zeleniny ve sladkokyselém nálevu, alkohol, tučné uzeniny, tučné mléko a mléčné výrobky

DOPORUČENÍ

1 – 2x týdně doplnit dietu odlehčovacemi dny – zeleninovými nebo ovocnými

Týdenní jídelní lístek

Den	Snídaně	Přesnídávka	Oběd	Svačina	Večeře	II. večeře
Pondělí	Čaj s mlékem, chléb 50g, tav.sыр 50g	Banán 150g	Kuřecí plátek 150g s broskví, brambory 100g	Biokys ¼ l	Zapečené těstoviny 150g, salát z čínské zeli DIA 150g	Grep 150g
Úterý	Třešňový kompot 150g	Jablko 150g	Dušený špenát 150g	Meruňkové pyré 150g	Dušená mrkev 150g	Hrozny 150g
Středa	Mléko ¼ l, černý chléb 50g, šunka 50g	Broskev 150g	Pečené rybí filé 120g na rajčatech, brambory 100g	Bílá káva – Dia ¼ l	Sekaná pečeně 90g, černý chléb 100g, okurek	Mandarinka 150g
Čtvrtek	Čaj s mlékem ¼ l, graham 50g, eidam 50g	Švestky 150g	Dušená játra na cibulce 120g, rýže 70g, hl.salát – Dia 50g	Kefir ¼ l	Vepřový přírodní plátek 90g, br.kaše 100g, zel.obloha	Jablko 150g
Pátek	Broskvový kysel 150g	Mandarinka 150g	Dušená fazolka 150g	Jablečný kompot Dia 150g	Čočkový salát 150g	Meruňky 150g
Sobota	Bílá káva Dia ¼ l, dalať 50g, jogurt 120g	Banán 150g	Pečené kuře ¼ ks, br.kaše 100g, červ.řepa 150g	Čaj s mlékem ¼ l	Sýrová pomazánka 50g, celozrnná bulka 100g, okurek	Grep 150g
Neděle	Švédský čaj ¼ l, sezamový rohlík 50g, drůb.párek	Hrozny 150g	Vepř.plátek 90g na žampionech, rýže 70g, pórkový salát 150g	Acidofilní mléko ¼ l	Obložený zeleninový chléb 100g	Meruňky 150g

Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti: u pacienta dosaženo 95 bodů

- 0 – 40 vysoce závislý
- 45 – 60 závislost středního stupně
- 65 – 95 lehká závislost**
- 96 – 100 nezávislý

Dospělé nutriční skóre

Hodnocené parametry:

Bodové skóre:

- **Věk**
 - 0 - do 65 let 0
 - 1 - nad 65 let
- **BMI**
 - 0 - BMI 20-35
 - 1 - BMI 18-20; nad 35 1
 - 2 - BMI pod 18
- **Ztráta hmotnosti za 3 měsíce**
 - 1 - ztráta 0-3 kg 1
 - 2 - ztráta 3-6 kg
 - 3 - ztráta nad 6 kg
- **Množství jídla za poslední 3 týdny**
 - 0 - beze změny
 - 1 - poloviční porce 1
 - 2 - jí občas nebo nejlí
- **Projevy nemoci v současné době**
 - 0 - žádné
 - 1 - nechutenství, bolesti břicha 1
 - 1 - zvracení, průjem > 6 za den
- **Stres**
 - 0 - žádný
 - 1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
 - 2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT 2
- **Nelze**
 - 2 - nelze změřit a zvážit
 - 3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny
- **Vyhodnocení:**
 - zaškrtneme a sečteme body - u pacienta dosaženo **6** bodů
 -
 - 0 - 3 není nutná nutriční intervence
 - **4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou**
 - 7 a více nutná speciální nutriční intervence

Glasgow Coma Scale

1. otevření očí		
spontánní		4 body
na oslovení		3
na bolest		2
bez reakce		1
2. slovní odpověď		
orientovaná		5
zmatená		4
nekomunikuje		3
nesrozumitelné zvuky		2
žádná odpověď		1
3. reakce na bolest		
provede na příkaz pohyb		6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)		5
úniková reakce (pohyb od podnětu)		4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)		3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)		2
nereaguje		1
Celkem		15 bodů

Hodnocení:	15 – 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 – 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 – 3 body	závažná porucha vědomí

Klasifikace dušnosti podle NYHA

(obecně přijatá klasifikace navržená Newyorskou kardiologickou společností - New York Heart Association)

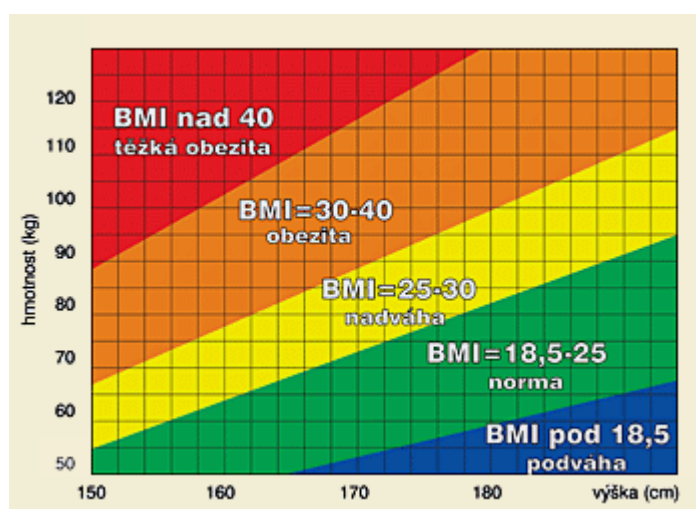
- I. stupeň** potíže vznikají při mimořádné, běžně nedosahované pracovní zátěži
- II. stupeň** potíže vznikají pravidelně, při větší zátěži (např. chůze do schodů do 3. patra, dobíhání autobusu)
- III. stupeň** **potíže vznikají při malé zátěži** (např. klidná chůze po rovině, chůze do 1. patra, běžné denní úkony)
- IV. stupeň** potíže vznikají i v klidu a zhoršují se jakoukoliv činností (prakticky znemožňují tělesnou činnost)

Hodnocení výživy

Body Mass Index - BMI

$$\text{BMI} = (\text{Vaše hmotnost v kg}) / (\text{Vaše výška v m})^2$$

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká



EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

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

V Praze, 07. 03. 2009

Jaroslava Langerová

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

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis

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

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

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

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

V Praze dne:

jméno a příjmení zájemce