

Univerzita Karlova v Praze
1. Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Závěrečná bakalářská písemná práce

OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA
nemocné s diseminovanou intravaskulární koagulací

Březen 2006

Vendula Mottlová
Kombinované bakalářské studium ošetřovatelství

OBSAH :

1. Úvod	2
2. Klinická část	3
2.1. Fyziologie krevního srážení	3
2.2. Diseminovaná intravaskulární koagulace	4
2.3. Identifikační údaje	12
2.4. Lékařská anamnéza a diagnózy	12
2.5. Diagnosticko–terapeutická péče	14
2.6. Hospitalizace na ARO	22
3. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav	24
3.1. Základní fyziologické potřeby	24
3.2. Psychosociální potřeby	26
4. Ošetrovatelské diagnózy	28
5. Ošetrovatelský závěr	39
6. Prognóza	40
7. Seznam použité literatury	41
8. Seznam příloh	42

1. ÚVOD

Krátce po složení maturitní zkoušky jsem nastoupila jako zdravotní sestra do Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Mé první pracoviště - pokoj intermediární péče (IMP) urologického oddělení, jsem si vybrala proto, že mě vždy zajímala akutní a specializovaná medicína. IMP bylo bohužel záhy z provozních důvodů zrušeno. Jelikož jsem neměla nástupní praxi a urologické oddělení bylo v personální krizi, byla jsem na něj převedena. Práce na tomto oddělení mne vnitřně příliš neuspokojovala, proto jsem se pokoušela o přestup na některé z oddělení intenzivní péče, což se mi po dlouhých třech letech podařilo. Na lůžkové části anesteziologicko-resuscitačního oddělení pracuji již bezmála 6 let. Práce zde mne velmi baví, jsem s ní po mnoha stránkách spokojena.

Skladba pacientů na našem oddělení je velmi pestrá. Jelikož jsme krajskou nemocnicí s vyhlášeným traumacentrem a špičkovou neurochirurgií, nemáme o pacienty s multioborovou problematikou nouzi.

Téma a pacientku na mou závěrečnou práci jsem si vybrala ze zcela prozaického důvodu. Protože v současné době je složení „klientely“ na našem oddělení ne příliš vyhovující pro takovouto práci, vybrala jsem si pacientku, která byla prakticky jediným vhodným kandidátem. Velkým pozitivem byla i skutečnost, že s diagnózou DIC, jakožto poporodní komplikací, máme poměrně široké zkušenosti a dosahujeme velmi dobrých výsledků. Byla jsem tedy přesvědčena o tom, že má práce bude mít šťastný konec.

2. KLINICKÁ ČÁST

Diagnóza diseminované intravaskulární koagulace (DIC) je velmi komplikovanou a multioborovou problematikou. Proto si myslím, že je velmi vhodné, abych v mé práci zmínila nejen ji, jakožto patologický stav, ale i koagulaci přirozenou, jakožto proces fyziologický. Věřím, že přečtení této práce povede k lepšímu pochopení a orientování se v tak složité problematice procesu krevního srážení.

2.1. FYZIOLOGIE KREVNÍHO SRÁŽENÍ

Ke srážení krve (hemostáze) při poranění a zároveň udržení tekutosti krve v cévním řečišti za normálních podmínek dochází za souhry mnoha faktorů několika systémů – cévní stěny, systému primární hemostázy a systému plazmatických faktorů (koagulační faktory, inhibitory, fibrinolýza). Při porušení endotelu dochází současně s aktivací primární hemostázy a koagulační kaskády i k aktivaci fibrinolýzy. Formace trombu je primárním stimulem k aktivaci fibrinolýzy. Rovnováha mezi těmito systémy je velmi křehká, závisí na mnoha regulačních mechanismech.

Primární hemostáza, cévní stěna:

Cílem primární hemostázy při porušení endotelu cévy je vytvoření krevní sraženiny s lokálním výskytem. Na tom se podílí systém cévní stěny, trombocytů a plazmatických faktorů.

Princip primární hemostázy. porušení endotelu s obnažením subendotelu cévní stěny -> vazokonstrikce -> adheze trombocytů ke kolagenním strukturám bazální membrány poškozeného endotelu díky von Willebrandova faktoru, který tvoří pojítko mezi glykoproteiny destičkové membrány a kolagenním receptorem cévní stěny -> agregace trombocytů navozená zevní aktivací, mění se tvar destiček a povrchové vlastnosti jejich membrány. Při agregaci trombocytů se díky převážně Ca^{2+} iontům vyplavují látky obsažené v jejich granulích, dochází k mohutné agregaci odevě, která je již zajišťována destičkovými mediátory -> tvorba stabilní, fibrinovou sítí zpevněné primární zátky.

Plazmatický systém:

Koagulace je komplexní enzymatický děj, který končí vytvořením nerozpustné fibrinové sítě. Jedná se o sérii enzymatických reakcí, při kterých se z neaktivních proenzymů stávají aktivní

enzymy. Koagulační kaskáda je aktivována komplexem tkáňový faktor + faktor VIIa. Jeho cílem je vytvořit fibrinové vlákno, které vzniká štěpením fibrinogenu trombinem. Zpevněním primární zátky těmito fibrinovými vlákny a následnou retrakcí je utvořeno definitivní koagulum. Velmi důležitou roli má i fibrinolýza, která takto vzniklé koagulum ve správný čas rozpouští.

Látky potřebné pro normální průběh koagulace:

- *faktory* (enzymy)
- *kofaktory* (urychlovače enzymatických reakcí)
- *tkáňový faktor* (membránový protein)
- *trombocyty*
- *vápníkové ionty*

Výčet faktorů jednotlivých systému krevního srážení a schéma fyziologie hemostázy je k nahlédnutí v příloze č. 1, 2.

2.2. DISEMINOVANÁ INTRAVASKULÁRNÍ KOAGULACE - DIC

- je jeden z nejrozšířenějších syndromů, který poprvé definovala dvojice vědců (Hardaway, McKay) v roce 1959. DIC prostupuje celou medicínou, bývá průvodním jevem poměrně širokého spektra velmi závažných stavů.

Definice: DIC je získaným syndromem komplexní poruchy krevního srážení provázejícím *vždy druhotně* jiné základní onemocnění či jiný patologický stav. Dalším ekvivalentem je např. defibrinační syndrom, konzumpční koagulopatie, konzumpční trombohemoragický syndrom...

DIC lze charakterizovat jako nadměrnou a nepřiměřenou aktivaci intravaskulárního krevního srážení, které vede k poruše perfúze tkání se vznikem ložiskových nekróz. Je provázena spotřebováním (konzumpcí) jednotlivých systémů hemokoagulace, reaktivní fibrinolýzou a vznikem biologicky aktivních štěpných produktů bílkovin, které se účastní v procesech krevního srážení. DIC je tedy získaný syndrom charakterizovaný aktivací nitrocévního srážení krve, které z nejrůznějších příčin ztratilo lokální charakter a které vede k poškození mikrocirkulace a k orgánové dysfunkci. Proces mikrotombózy je provázen tendencí ke krvácení.

Z hlediska patofyziologie je nejvýznamnější okolností určující další vývoj syndromu DIC současný výskyt nadbytku *trombinu* (FIIa) a *plazminu* v krvi. Toto způsobuje neustálé kolísání k oběma extrémním výkyvům – *hyperkoagulaci* x *hypokoagulaci* se všemi důsledky klinických projevů – *trombotické projevy* x *krváčení*.

Epidemiologie: DIC se nejčastěji vyvine u infekčních stavů (cca 83% SIRS, 30-50% G sepsis), u těžkých traumat (50-70%) a porodnických komplikací (50%). Akutní DIC je méně častý, vyvine se asi u 1/1000 hospitalizovaných nemocných, chronická DIC je poměrně častý, zato obtížně klinicky rozpoznatelný stav.

Etiologie:

- uvolnění velkého množství tkáňového faktoru (poraněná tkáň, patologické těhotenství a porod, cirkulující nádorové buňky...)
- poruchy cévní stěny (metabolické změny, poruchy mikrocirkulace...)
- přítomnost endotoxinů (sepsis...)
- kontakt s cizím povrchem (mimotělní oběh, cévní náhrady, umělé chlopně...)
- poruchy monocyto-makrofágového systému (jaterní postižení...)
- uvolnění většího množství fosfolipidů (parciálních tromboplastinů při hemolýze...)
- infúze lipidů, aktivovaných koagulačních faktorů (protrombinový komplex...)
- trombinu či jinému koagulačnímu faktoru podobné enzymy (hadí jedy), enzymy produkované nádorovými buňkami, produkty bakterií...

Patogeneze: Hemostáza je nezbytná pro život a integritu oběhového systému. Je to komplexní děj, při kterém musí dojít k souhře všech buněčných i plazmatických faktorů, které jsou přítomny v krvi i cévní stěně. Hemostáza je aktivována jako odpověď na cévní poškození, podléhá přísné regulaci a kontrole. Díky tomu je udržována rovnováha mezi sklonem ke krvácení (hypokoagulaci) a ke zvýšenému srážení (hyperkoagulaci). Při selhání těchto kontrolních mechanismů se rovnováha vychýlí jedním směrem a objeví se život ohrožující situace s následkem profúzního krvácení i v neporušených cévách. Rozvíjí se DIC.

Klinický obraz: závisí na základním onemocnění, stavu hemostázy a stadiu DIC:

1. **Akutní – „High-grade“** (fulminantní, dekompenzovaná, zjevná) **forma** – dominuje hyperkoagulační stav. Na počátku je DIC klinicky chudší, lze docílit poměrně snadno kompenzace stavu. V rozvinuté formě je naopak klinicky velmi bohatá, těžko kontrolovatelná, s vysokou mortalitou. **Výskyt:** např. porodnické komplikace, intravaskulární hemolýza, bakteriémie a virémie, popáleniny, šok, MODS, ARDS, polytraumatismus...

- **1. fáze – hyperkoagulace** - vznikají mikrotromby, které zhoršují prokrvování postižené oblasti, objevují se ložiskové nekrózy s porušením funkce tkání a orgánů. Jednotlivé stavební součásti jsou spotřebovávány, jednotlivé působky jsou štěpeny na biologicky aktivní fragmenty. **Příznaky:** zhoršení funkce již primárně poškozených orgánů, „šokové orgány“, akrální cyanóza a bolesti prstů, zmatenost, poruchy vědomí až bezvědomí, zvýšení tělesné teploty, sklon k hypotenzi, krvácivé projevy (hematúrie, hemateméza...)
- **2. fáze – hypokoagulace** – objevují se krvácivé projevy v důsledku konzumpce faktorů. **Příznaky:** mnohočetné krvácivé projevy – petechie, hemoragické buly, velké plošné hematomy, krvácení z míst invazivních vstupů, z operačních a traumatických ran...
- **3. fáze – nadměrná aktivace sekundární fibrinolýzy** - plný rozvoj neztišitelné krvácivé diatézy v důsledku porušení zpětnovazebných a regulačních mechanismů s absolutním vyčerpáním všech faktorů srážení.

2. **Chronická – „Low-grade“** (indolentní, kompenzovaná, skrytá) **forma** – převažuje hypokoagulace. **Výskyt:** obrovský hemangiom, Lericheův syndrom, maligní hypertenze, vaskulární protézy a rekonstrukce, autoimunitní onemocnění...

Příznaky: nemusí se klinicky projevit, jsou nenápadné, většinou nevyžadují zvláštní pozornost, jen monitorování, zda nedochází ke zhoršování – krvácení z dásní, krvácení po drobném poranění, epistaxe, hematúrie, krvácení z GIT...

Diagnostika: obecně platí, že čím pokročilejší DIC je, tím snadněji se diagnostikuje.

Je založena na:

- **anamnéze** - výskyt některého z onemocnění, které je spojováno s výskytem DIC

- **klinickém stavu** - zvýšené krevní srážení může být delší dobu klinicky němé, může se manifestovat až obrazem selhávání příslušného orgánu. V jiném případě může být první známkou DIC masivní trombóza či embólie.
- **laboratorním nálezu** - velmi důležitá je rychlá a snadná dostupnost vyšetření pro diagnostiku onemocnění a monitoraci účinnosti léčby. Většina prováděných laboratorních testů je koagulačních – testuje se rychlost tvorby fibrinového vlákna:

1. Screeningové testy

- **Počet trombocytů ($>150 \times 10^9/l$)** – provádí se automatizovanými elektronickými počítacími technikami, kde se hodnotí počet, velikost a shluky trombocytů.
- **Hladina fibrinogenu (1.8-4.0 g/l)** – stanovuje se nejčastěji metodou dle Clause – ředěná plazma je inkubována s větším množstvím trombinu. Čas potřebný k vytvoření fibrinového vlákna je zde závislý pouze na koncentraci fibrinogenu.
- **Protrombinový čas – Quick (10-17s.)** – k testované citrátové plazmě se přidá tkáňový tromboplastin a Ca^{2+} . Rychlost tvorby fibrinového vlákna závisí na faktorech zevního koagulačního systému.
- **Aktivovaný parciální tromboplastinový čas – aPTT (25-45s.)** – monitorujeme jím vnitřní koagulační systém. K plazmě přidáme parciální tromboplastin – kefalín a Ca^{2+} a měříme čas, kdy se vytvoří fibrinové vlákno. K urychlení reakce přidáváme aktivátor kaolin nebo křemičitany.

2. Konfirmační testy

- **Fibrin degradační produkty – FDP ($>5 \text{ mikrog/ml}$)** – vznikají štěpením fibrinogenu a fibrinu plazminem, tzn. že vznikají při aktivaci fibrinolýzy. Nejčastěji se používají latexaglutinační testy. Latexové částice jsou potaženy polyklonální protilátkou proti FDP. Pokud je hladina FDP vyšší než povolená mez, dojde k aglutinaci těchto latexových částic, ty se potom makroskopicky hodnotí.
- **D-Dimery ($>0.5 \text{ mikrog/ml}$)** – jsou specifické štěpné produkty fibrinu. Jejich zvýšená přítomnost nepřímo ukazuje na současnou aktivaci koagulace i fibrinolýzy (tvorba trombinu i plazminu). Ke stanovení jejich hladiny se též používá latexaglutinační metoda. Latexové části jsou zde potaženy monoklonální protilátkou proti D-Dimerům.
- **Stanovení rozpustného fibrinu** – jeho přítomnost je důkazem aktivace koagulační kaskády a aktivace fibrinolýzy.

3. Dolňující koagulační testy

- **Antitrombin – ATIII (80-120%)** – funkční aktivitu stanovujeme převážně fotometrií. Vyšetřovaná plazma je inkubována s vysokým množstvím trombinu v přítomnosti heparinu. Vzniká komplex trombin-ATIII-heparin. ATIII vytváří během aktivace ireverzibilní komplexy s trombinem a jinými aktivovanými koagulačními faktory, a tím klesá jeho funkční aktivita.
- **Trombinový čas (<18s.)** - postihuje tzv. třetí fázi koagulace – štěpení fibrinogenu trombinem. Přidáním trombinu k testované citrátové plazmě dojde k přeměně fibrinogenu na fibrin bez účasti jiných faktorů koagulace či Ca^{2+} .
- **Reptilázový čas (<18s.)** – reptiláza je hadí jed, který vykazuje podobnou aktivitu jako trombin.
- **Fibrinolytický systém** – stanovujeme přímo faktory a inhibitory nebo nepřímo hladinu plazminogenu. Alterace jakéhokoliv faktoru systému fibrinolýzy může být ve smyslu + nebo -. Oba tyto stavy mají velmi závažné následky.
- **Koagulační faktory** – ředěná vyšetřovaná plazma se smíchá s neředěnou faktor deficitní plazmou, která obsahuje ostatní faktory ve zvýšené míře. Měří se čas koagulace za inkubace s heparinem a Ca^{2+} u faktorů vnitřního systému, s tromboplastinem a Ca^{2+} u faktorů vnějšího systému.
- **Protein C, protein S** – bývají sníženy v důsledku komzumpce.
- **Tromboelastografie – TEG** – grafické znázornění času vytvoření koagula, pevnosti sraženiny, délky srážení a fibrinolýzy. Analyzátoři se hodí na akutní lůžka a operační sály.

4. Molekulární markery

- umožňují diagnostikovat důležité markery aktivace trombocytů, koagulace i fibrinolýzy v časných stádiích. Umožňují detekci často až stopových množství meziproductů, které vznikají při aktivaci krevního srážení či fibrinolýzy.

5. Biochemické vyšetření

- umožňuje nám diagnostikovat základní chorobu, která DIC vyvolala, může poukázat na poškození orgánu či výkyvy homeostázy a stanovit prognózu.

Řádná diagnostika DIC závisí na optimální frekvenci laboratorních vyšetření, typu použitých diagnostických setů a správné a včasné interpretaci výsledků. Frekvence má odrážet závažnost klinického stavu.

Diferenciální diagnostika: musíme vyloučit jiné onemocnění a stavy, které svými projevy DIC imitují (DIC-like syndromy) - např. trombotické mikroangiopatie, hemolyticko-uremický syndrom, heparinem indukovaná trombocytopenie, nedostatek K vitamínu...

Terapie: se drží následujících bodů:

- individualizace pacienta (základní onemocnění, věk, stádium DIC...)
- léčba základního onemocnění, péče o vitální funkce
- zastavení nepřiměřené aktivace krevního srážení
- substituční léčba při poklesu komponent systému krevního srážení
- inhibice hyperfibrinolýzy

1. **Látky s heparinovým účinkem**

- **Heparin** – přirozený glykozaminoglykan, který se odbourává heparinázou v játrech. Používá se nefrakcionovaný (Heparin) nebo frakcionovaný, nízkomolekulární (Fraxiparin, Fragmin, Clivarin...). *Heparin* zabraňuje trombinu, aby přeměnil fibrinogen na fibrin tím, že se naváže na ATIII. Heparin má antikoagulační efekt. Antidotem je Protamin 1:1. *Nízkomolekulární hepariny* se naváží na ATIII, inhibují účinek FXa a tím zabraňují přeměně protrombinu na trombin nikoli fibrinogenu na fibrin. Snižuje se pohotovost ke krevnímu srážení, mají dlouhodobý antitrombotický efekt. Antidotem je též Protamin.

2. **Trombolytika**

- slouží k rychlému a agresivnímu řešení trombotických okluzí s cílem co nejdříve zprůchodnit obliterovaný úsek cévy. Aktivují přeměnu plazminogenu na aktivní enzym plazmin, který štěpí fibrinogen nebo fibrin na štěpné produkty.

3. **Kumariny**

- jsou antivitamíny K, tím brání K-dependentním faktorům vnější koagulace v jejich aktivaci (Pelentan, Warfarin, Coumadine, Lawarin...). Mají antikoagulační efekt. Antidotem je vitamín K.

4. **Antitrombocytární látky**

- ovlivňují destičkovou agregaci, čímž narušují tvorbu primární cévní zátky v procesu primární hemostázy (ASA, dazoxiben, ticlodipin, ordofiban, lamifiban...). Antidotum není.

5. Inhibitory koagulace, transfúzní přípravky a krevní deriváty

- **Antithrombin (ATIII)** - přirozený inhibitor faktorů plazmatického systému krevního srážení, jehož účinek směřuje proti trombinu. Má i protizánětlivý efekt.
- **Protein C** - specifický inhibitor kofaktorů krevního srážení (FV a FVIII). Je tvořen v játrech za přítomnosti vitamínu K. Má protizánětlivý účinek.
- **Čerstvě zmrazená plazma (ČZP)** – biologický produkt, který obsahuje vyvážené množství pro- i protikoagulačních bílkovin. Není trombogenní.
- **Kryoprecipitát (Kryoprotein)** – získává se frakcionací plazmy. Je koncentrátem fibrinogenu, FVIII, FXIII, vWF, fibronektinu.
- **Koncentráty FVIII** – jeho konzumpce a pokles se projevuje krvácivou diatézou.
- **Fibrinogen** – čili FI, je nejvýznamnějším cílovým substrátem koagulace, jedna z nejvýznamnějších bílkovin. Jeho hodnota je určující pro završení tvorby trombu nebo koagula.
- **Trombocytární koncentrát (TK)** – koncentrát destiček, indikuje se při závažném poklesu a projevech silného krvácení.
- **Rekombinantní preparát FVII** – velmi podobný lidskému FVIIa, aktivuje přímo FX. Je univerzálním lékem k zástavě těžko ovlivnitelné krvácivé diatézy.

6. Antifibrinolytika

- léky, které fixují koagulum, stabilizují jeho pozici a brání reparačním pochodům rekanalizace a odstranění místa konzumpce. Mají se podávat spolu s antitrombotiky (aprotinin, kyselina paraaminobenzoová, kyselina tranexámová...).

Prevence:

- řádně odebraná osobní i rodinná anamnéza
- pečlivé klinické a laboratorní vyšetření
- léčba chorob, které DIC mohou vyvolat a profylaxe již přítomné poruchy koagulace
- u nemocných s pozitivní anamnézou zabránit krvácivým projevům a velkým krevním ztrátám – podávat hemostatika, krevní deriváty, transfúzní preparáty...

- u rizikových nemocných a chirurgických pacientů antitrombotická prevence – prevence tromboembolie i DIC
- prevencí u sepsí po splenektomii je vakcinace proti pneumokokové, meningokokové, hemofilové a chřipkové infekci
- základní péče o nemocné – udržení normotenze, stálé ABR, kompenzace DM...

Prognóza: Prognóza DIC je obecně velmi závažná. Čím dříve je diagnóza DIC stanovena a účelně léčena, tím větší je naděje na přežití. U plně rozvité DIC dochází k ireverzibilnímu poškození mnoha orgánů, mortalita je velmi vysoká, dosahuje 50-80%. Mortalita je přímo závislá na věku pacienta, počtu klinických projevů, závažnosti laboratorního nálezu a povaze základního onemocnění.

Ose péče při DIC - obecně: Pacient s diagnózou DIC patří na oddělení intenzivní medicíny, kde je mu poskytnuta vysoce odborná, specializovaná péče.

Zásady ošetrovatelské péče:

- kontrola průchodnosti dýchacích cest, eventuálně příprava pomůcek na endotracheální intubaci, péče o dýchací cesty
- nepřetržitý monitoring vitálních funkcí
- tlakový obvaz na krvácející místa, pozor na ischemii!
- vyhnout se výkonům, které mohou způsobit krvácení (holení, odběry krve...)
- lékař by měl zavést centrální žilní katétr (CŽK) na odběry krve, měření centrálního žilního tlaku (CVP), podávání léků a tekutin, dále arteriální kanylu na invazivní monitoraci krevního tlaku (IBP) – sestra připraví pomůcky a pacienta, asistuje
- odebírat krev na laboratorní vyšetření, monitorovat výsledky, bezchybně a neprodleně je interpretovat lékaři
- aplikovat léky, transfúzní přípravky, krevní deriváty a tekutiny dle ordinace
- sledovat puls a prokrvení na periférii - příznaky akrální ischemie, trombózy

2.3. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Iniciály : R. P.

Datum narození : 09.11. 1966

Věk : 39 let

Pohlaví : ženské

Národnost : česká

Místo bydliště : Děčín

Rodinný stav: vdaná

Vyznání : bez vyznání

Kontaktní osoba : manžel Bronislav, bytem společným

Vzdělání : středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou

Povolání : nezaměstnaná (Úřad práce), nyní mateřská dovolená

Pojišť'ovna : 211

Datum přijetí : 25.2. 2006

V mé péči : 2.- 6.3. 2006 (pacientku jsem převzala do péče až po týdnu hospitalizace, jelikož do té doby byla pod vlivem kontinuální farmakologické sedace s minimální možností spolupráce a komunikace)

2.4. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

RA : Otec ICHS, hypertenze již několik let, před 5 lety prodělal akutní IM. Matka diabetička na PAD, před několika lety cholecystektomie pro žlučnickové kameny. Sestra dosud zdráva.

OA : Paní P. prodělala běžná dětská onemocnění, v zimních měsících časté rýmy a bronchitidy. Vážné úrazy neuvádí. Prodělané operace : viz. gynekologická anamnéza.

GA : Menarché od 15. let. Od 17. let užívala antikoncepční tablety. Těhotenství: 1x spontánní porod bez komplikací, 1x spontánní potrat. V roce 1995 konizace děložního čípku. Gynekologické onemocnění žádné.

SA : vdaná, evidovaná na úřadu práce

Paní P. pracovala několik let jako mzdová účetní v soukromém podniku, pro zrušení jejího pracovního místa byla propuštěna. Od té doby byla evidována na pracovním úřadu jako nezaměstnaná. V současné době je na mateřské dovolené.

Paní P. je od roku 1990 šťastně vdaná s panem Bronislavem. Jejich manželství je plné harmonie a porozumění. Před 12 lety se jim narodila dcera Kateřina, která plní povinnou

školní docházku na základní škole nedaleko jejich bydliště. Bydlí v třípokojovém bytě panelového domu ve 3. patře. Dům má 5 poschodí, je vybaven výtahem. Paní P. je s bydlením spokojená, nic jí zde neschází. Dům se nachází v poměrně klidné lokalitě, občanská vybavenost je snadno dostupná. Se svými sousedy vycházejí velmi dobře, navštěvují se. Dobré vztahy mají i se svými rodiči, se kterými jsou v úzkém kontaktu. Paní P. má velmi ráda i svou starší sestru Irenu a její 2 dcery. Manželé vlastní již několik let zahrádku s chaloupkou na Sněžníku. Jezdí sem téměř každý víkend, v zimě zde běžkují, v létě provozují cyklistiku.

AA : neudává

ABUSUS : 0

NO : Paní P. byla přijata 25.2. v 7.30 hod. k programovanému porodu těhotenství 39+1, provedena indukce Prostinem 0.5 mg intracervikálně a oxytocinem v infúzi. V 15.15 hod. spontánní porod, v 15.19. hod. porod placenty. Po porodu silně krvácí z porodního poranění, později i z dělohy, krev nekoaguluje. Jelikož konzervativní terapie není úspěšná, přistupuje se k revizi porodních poranění s následnou abdominální hysterektomií. Pro oběhovou nestabilitu, velkou krevní ztrátu a počínající DIC je domluven překlad na ARO.

DG : DIC

Hemoragický šok

St. p. indukovaném porodu

St. p. abdominální hysterektomii

Trvalá medikace : 0

2.5. DIAGNOSTICKO - TERAPEUTICKÁ PÉČE

- díky uspořádání hodnot fyziologických funkcí a laboratorních hodnot do tabulky je jasně patrná jejich tendence k normalizaci

▪ Základní fyziologické funkce a hodnoty

Výška – 168 cm, hmotnost – 64 kg, BMI – 22.6

Den	TK(Torr)	P/ min	TT °C	D/min	SpO ₂	Vědomí(GCS)
Příjem-- 25.2.	60-140 s. 30-60 d.	90-150	neměřitelná	12 ŘD	100%	3-6 b.
2.3.	110-200 s. 55-90 d.	90-140	36.2- 37.5°C	11-15 SD	95-100%	12 b.
3.3.	130-200 s. 80-100 d.	90-125	36.5- 37.2°C	15-25 SD	94-98%	13 b.
4.3.	170-220 s. 80-100 d.	110-130	36.8- 37.5°C	20-25 SD	95-100%	14 b.
5.3.	135-210 s. 80-95 d.	85-130	36.8- 37.7°C	35-40 SD	95-100%	15 b.
6.3.	110-160 s. 75-90 d.	90-110	36.8- 37.8 °C	30-35 SD	96-100%	15 b.

▪ Laboratorní vyšetření

Biochemické: odebíráno 1 – 2 x denně, ranní hodnoty :

Den	Glukóza	Bilirubin	CB	CRP	Fe ²⁺
Příjem	6.6-7.5	17.6	25	3	25.1
2.3.	5.6-17.7	10.2	43	42	9.1
3.3.	6.0-8.0	21.2	50	127	3.3
4.3.	6.6-7.2	38.7	51	245	5.5
5.3.	6.7-7.7	42.5	54	197	7.5
6.3.	3.8-8.0	51.7	60	215	8.5

- ostatní hodnoty (urea, kreatinin, natrium, kalium, chloridy, magnézium, kalcium, ALT, AST, GMT, alkalická fosfatáza, CK, CK-MB, LD, albumin...) jsou v normě

ABR: odebíráno 3 x denně, ranní hodnoty :

Den	pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃	BE
Příjem	7.370	19.87	5.32	22.5	-2.7
2.3.	7.416	16.24	5.58	26.3	1.7
3.3.	7.495	7.07	4.06	22.9	-0.3
4.3.	7.502	6.67	4.05	23.3	0.2
5.3.	7.464	8.61	3.95	20.8	-2.9
6.3.	7.406	15.07	5.32	24.5	-0.2

M+S: pH 6, bílkovina 1, ERY 4-5, jinak 0

Hematologické: odebíráno 1 – 2 x denně, ranní hodnoty :

Den	Ery (10 ¹² /l)	Leuko (10 ⁹ /l)	Hemoglobin(g/l)	Hematokrit(%)	Trombo (10 ⁹ /l)
Příjem	1.12	9.5	37	0.101	43
2.3.	2.80	7.7	86	0.255	92
3.3.	3.08	11.3	97	0.280	133
4.3.	2.97	10.9	91	0.272	174
5.3.	3.26	12.1	102	0.295	303
6.3.	3.32	13.4	103	0.300	388

Hemokoagulační : odebíráno 1 x denně, ranní hodnoty :

Den	Quick	INR	aPTT	Fibrinogen	ATIII	Trombin. čas	D-Dimery
Příjem	64.0	7.19	>2 min	0.69	19.0	19.5	4.14
2.3.	12.6	1.00	36.3	4.44	81.0	20.2	3.96
3.3.	14.0	1.12	35.1				
4.3.	16.1	1.28	34.7				
5.3.	15.2	1.19	34.8				
6.3.	15.0	1.20	35.3	7.11	106	17.3	0.35

Izoserologické : KS O Rh pozitivní

Serologické : RRR a TPHA negativní

Mikrobiologické:

Spútum K+C : negativní

Moč K+C : negativní

Moč mykologie : negativní

▪ **Farmakoterapie**

- **Amoksiklav** (*Amoxicillinum, Kalii clavulanas*) - 3 x 1.2 gr i.v. (25.2.- 6.3.)

Indikační skupina : antibiotikum

Charakteristika: kombinovaný přípravek širokospektrého PNC ATB amoxicilinu a kyseliny klavulanové, která chrání amoxicilin před jeho degradací

Indikace: infekce horních i dolních cest dýchacích, infekce močové, gynekologické, kožní, kostí a kloubů, žlučových cest, břišní, smíšené infekce vyvolané G⁺ i G⁻ flórou a anaeroby...

Kontraindikace: hypersenzitivita na amoxicilin, kyselinu klavulanovou nebo jiná PNC ATB, nemocní s infekční mononukleózou

Nežádoucí účinky: gastrointestinální potíže, stomatitida, vaginita, reakce přecitlivělosti (pruritus, makulopapulární exantém, bronchospasmus...)

- **Ambrobene** (*Ambroxoli hydrochloridum*) – 3 x 2 amp. i.v. (25.2.- 7.3.)

Indikační skupina: expektorans, mukolytikum

Charakteristika: ambroxol zvyšuje sekreci tracheobronchiálního sekretu a snižuje jeho viskozitu, stimuluje syntézu a uvolňování surfaktantu

Indikace: akutní a chronická bronchopneumopatie s obtížnou eliminací sekretu, preventivně v pre- a pooperačním období, u plicní atelektázy, IRDS

Kontraindikace: přecitlivělost na ambroxol, vředová choroba žaludku a duodena

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, nevolnost, zvracení, průjem, kožní vyrážka

- **Celaskon** (*Acidum ascorbicum*) – 3 x 500 mg i.v. (26.2.- 7.3.)

Indikační skupina : vitamín

Charakteristika : kyselina askorbová zasahuje do oxidačně-redukčních dějů v organismu, potencuje účinky některých hormonů a podílí se na jejich biosyntéze, ovlivňuje imunitní systém, je důležitá pro růst, udržování zdravých kostí, zubů, dásní, vaziva a cév

Indikace: projevy nedostatku vitamínu C (krvácivé stavy, zvýšená únavnost), snížená imunitní odpověď, infekční onemocnění, choroby jater, některé otravy

Kontraindikace: nejsou známy

Nežádoucí účinky: při vysokých dávkách riziko oxalátové nefrolitiázy, nepříznivý vliv na metabolismus železa, destrukce vitamínu B₁₂, hemolýza

- **Dicynone** (*Etamsylatum*) – 6 x 2 amp i.v. (25.2.- 3.3.)

Indikační skupina: antihemoragikum, hemostatikum

Charakteristika: etamsylát ovlivňuje počáteční fázi zástavy krvácení, především adhezivitu trombocytů na kapilární endotel, čímž snižuje dobu krvácení a krevní ztráty

Indikace: prevence a léčba před- a pooperačního kapilárního krvácení v CHIR, INT, ORL, GYN, stomatologii, očním lékařství

Kontraindikace: přecitlivělost, první trimestr těhotenství

Nežádoucí účinky: pokles krevního tlaku, alergická reakce, nauzea, průjem

- **Exacyl** (*Acidum tranexamicum*) – 3 x 1 amp i.v. (25.2.- 3.3.)

Indikační skupina : antifibrinolytikum

Charakteristika: kyselina tranexamová inhibuje fibrinolytickou aktivitu plazminu tak, že vytvoří komplex s plazminogenem

Indikace: hemoragická příhoda při fibrinolýze generalizované i lokální (menoragie, metroragie, GIT krvácení, po ORL výkonech, hematúrie z dolních močových cest)

Kontraindikace: přecitlivělost, venózní nebo arteriální trombóza, fibrinolytické stavy při konzumpční koagulopatii, ledvinová nedostatečnost, křeče

Nežádoucí účinky: kožní alergické reakce, trávicí potíže, pocit slabosti s hypotenzí, arteriální nebo venózní trombóza

- **Fraxiparin** (*Nadroparinum calcicum*) – 1 x 0.3 ml s.c. (25.2.- 9.3.)

Indikační skupina: antikoagulans, antitrombotikum

Charakteristika : nadroparin je nízkomolekulární heparin, vyznačuje se vysokým poměrem anti-Xa aktivity k anti-IIa aktivitě, má okamžitý a dlouhodobý antitrombotický účinek

Indikace: prevence tromboembolické choroby v perioperačním období, léčba rozvinuté flebotrombózy, prevence krevního srážení během hemodialýzy, léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q IM

Kontraindikace: přecitlivělost, trombocytopenie, aktivní krvácení nebo riziko krvácení při poruše krevní srážlivosti (vyjma DIC), CMP s krvácením, akutní infekční endokarditida

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, trombocytopenie, kožní nekrózy v místě vpichu, zvýšení transamináz, reverzibilní hyperkalémie

- **Furosemid** (*Furosemidum*) – 6 x 10 mg i.v. (5.3.- 6.3.); **Furosemid^F** – 250 mg / 50 FR^{1/1} injektomatem, rychlost dle diurézy (6.3.- 8.3.)

Indikační skupina: diuretikum, antihypertenzivum



Charakteristika: účinkuje na ascendentní raménko Henleovy kličky, kde inhibuje aktivní transport chloridu, draslíku, sodíku, vápníku a hořčíku. Vylučování sodíku je provázeno vylučováním osmoticky vázané vody, čímž stoupá tvorba moče. Snižuje tonus v žilním systému, tím ovlivňuje preload, což vede k rychlé úpravě např. plicního edému.

Indikace: akutní selhání levé srdeční komory s plicním edémem, pokročilé edémové stavy, popáleniny, edém mozku, forsírovaná diuréza u intoxikací, hyperkalémie při renálním selhání, oligúrie při ledvinové nedostatečnosti

Kontraindikace: přecitlivělost na furosemid a sulfonamidy, akutní glomerulonefritis a renální selhání, jaterní koma, těžká hypokalémie a hyponatrémie

Nežádoucí účinky: hypotenze, hypovolémie, hyponatrémie, dezorientace, křeče v lýtkách, hypokalémie s projevy GIT i kardiálními, tetanie, arytmie, alergické projevy

- **Humulin R inzulín** (*Insulinum humanum biosyntheticum*) – 50 I.U./ 50ml FR^{1/1} inktomatem – rychlost dle glykémie (27.2.- 5.3.)

Indikační skupina: antidiabetikum

Charakteristika: humulin je lidský inzulín, je nezbytný k řízení hospodaření s glukózou a udržování její hladiny v krvi

Indikace: DM I. i II. typu, DM v těhotenství

Kontraindikace: hypoglykémie, přecitlivělost

Nežádoucí účinky: hypoglykémie (netečnost, zmatenost, bušení srdce, pocení, bolesti hlavy...), systémová přecitlivělost (zarudnutí, hypotenze, tachykardie...)

- **Kanavit** (*Phytomenadionum*) – 1 x 5 amp / 100 FR^{1/1} pomalou inf. (26.2.- 3.3.)

Indikační skupina: vitamín

Charakteristika: má důležitou úlohu při tvorbě koagulačních faktorů v játrech a při příznivém ovlivňování avitaminózy K po narušení střevní flóry ATB a chemoterapeutiky

Indikace: prevence a terapie krvácení na podkladě snížené srážlivosti při hypovitaminóze K, komplikace léčby antikoagulancii, dlouhodobá léčba ATB, sulfonamidy

Kontraindikace: přecitlivělost, pokročilé hepatální onemocnění

Nežádoucí účinky: kožní erupce, reakce v místě vpichu, kardiovaskulární kolaps, pocení

- **Quamatel** (*Famotidinum*) – 2 x 1 amp i.v. (25.2.- 5.3.)

Indikační skupina: antacidum, antiulcerózum, blokátor H₂ receptorů

Charakteristika: famotidin snižuje sekreci žaludeční šťávy antagonizací H₂ receptorů parietálních buněk žaludeční sliznice

Indikace: prevence a léčba žaludečního a duodenálního vředu, hypersekreční stavy

Kontraindikace: přecitlivělost, gravidita, kojení, věk do 6 let

Nežádoucí účinky: zvýšená teplota, bolest hlavy, únava, alergické projevy, průjem nebo zácpa, arytmie, nechutenství, sucho v ústech, cholestatický ikterus

- **Syntostigmin** (*Neostigmini metysulfas*) – 3 x 1 amp i.m. (4.3.- 6.3.)

Indikační skupina: parasympatomimetikum

Charakteristika: inhibitor cholinesterázy

Indikace: útlum střevní peristaltiky až paralytický ileus, pooperační atonie močového měchýře, myastenia gravis, antidotum tubokurarinu

Kontraindikace: obstrukční ileus, bronchiální astma, bradykardie, epilepsie, hypertenze

Nežádoucí účinky: profúzní sekrece, zvýšená peristaltika až křeče GIT, průjem, polakisúrie

- **Trandate** (*Labetaloli hydrochloridum*) – 2 amp / 50 FR ¹/₁ injektomatem, rychlost dle TK (5.3.- 8.3.)

Indikační skupina: antihypertenzivum, kardiakum, betalytikum

Charakteristika: neselektivní β-blokátor

Indikace: ICHS, arteriální hypertenze různé etiologie, i v období gravidity a hypertenzní krize

Kontraindikace: přecitlivělost, zhoršující se srdeční nedostatečnost, kardiogenní šok, AV blokáda vyššího stupně, bradykardie, hypotenze, ICHDK, bronchiální astma

Nežádoucí účinky: bradykardie, hypotenze, bronchokonstrikce, hyperglykémie, sucho v ústech, zažívací obtíže, alergické projevy

SEDACE : **Dormicum 50 mg + Sufenta^F 5 ml** / 50 ml FR¹/₁ injektomatem - rychlost 3-7 ml/hod (25.2.- 2.3.)

- **Dormicum** (*Midazolamum*)

Indikační skupina: hypnotikum

Charakteristika: dormicum je krátce působící lék patřící do skupiny benzodiazepinů, který navozuje spánek útlumem CNS

Indikace: sedace při zachovaném vědomí před a během diagnostických a terapeutických zákroků, premedikace, úvod a udržování anestezie, dlouhodobá sedace pacientů na JIP, ARO

Kontraindikace: přecitlivělost

Nežádoucí účinky: kožní projevy, psychické poruchy (zmatenost, agitovanost, ospalost, anterográdní amnézie, závratě...), křeče, poruchy GIT, kardiorespirační poruchy

- **Sufenta^F** (*Sufentanili dihydrogenocitras*)

Indikační skupina: opioidní analgetikum

Charakteristika: sufenta je silně účinný lék proti bolesti, který během chirurgického výkonu zesiluje stav celkové ztráty citlivosti

Indikace: celkové či místní znecitlivění (lze podat i epidurálně)

Kontraindikace: přecitlivělost, i.v. podání během porodu může způsobit dechové obtíže novorozence, epidurální podání při šoku, rozsáhlém krvácení, celkové infekci

Nežádoucí účinky: pomalé a mělké dýchání, bradykardie, hypotenze, svalové záškuby, závratě, nauzea a zvracení, ospalost, kožní projevy

INFÚZE:

- ***ClinOleic 20%*** (*Olivae et sojae oleum raffinatum*)

Indikační skupina: infundabilium

Charakteristika: sterilní, apyrogenní tuková emulze k nitožilní infúzi

Indikace: zdroj tuků pro pacienty odkázané na parenterální výživu

Kontraindikace: alergie na vaječnou nebo sójovou bílkovinu, těžká sepse, těžké onemocnění jater, těžká dyslipidémie, IM

Nežádoucí účinky: pocení, třes, bolest hlavy, dyspnoe, hepatomegalie, ikterus, zvýšení fosfatázy, transamináz a bilirubinu

- ***Gelofusine*** (*Gelatina succinata*)

Indikační skupina: infundabilium, koloidní náhradní roztok

Charakteristika: 4% koloidní infúzní roztok modifikované rozpustné želatiny v izotonickém roztoku chloridu sodného

Indikace: prevence a léčba hypovolémie při izotonické ztrátě, izovolemická hemodiluce, profylaxe hypotenze při epidurální a subarachnoidální anestezii

Kontraindikace: přecitlivělost na želatinu, hypervolémie, hyperhydratace, těžká srdeční nedostatečnost, vážná porucha hemokoagulace...

Nežádoucí účinky: vyšší dávky mohou zhoršit koagulaci, vést k hemodiluci a přetížení oběhu

- ***H¹/₁*** (*Infusio Hartmanni*)

Indikační skupina: infundabilium

Charakteristika: elektrolytový roztok sloužící k náhradě extracelulární tekutiny, díky laktátu, který se metabolizuje na bikarbonát, má slabý alkalizující účinek

Indikace: náhrada tekutin při nenarušené ABR či při mírné acidóze, krátkodobá náhrada intravaskulárního objemu, nosný roztok pro koncentráty elektrolytů a léčiv

Kontraindikace: hyperhydratace, hyperkalémie, hyperchlorémie, hypernatrémie, těžká alkalóza

Nežádoucí účinky: podání většího množství může vést k hyperchlorémii

- ***Nutriflex special***

Indikační skupina: infúzní roztok pro parenterální výživu

Charakteristika: dodá tělu všechny složky pro růst a regeneraci tkání (aminokyseliny, glukózu, elektrolyty)

Indikace: parenterální výživa

Kontraindikace: akutní šok, vrozená porucha metabolismu aminokyselin, ireverzibilní poškození jater, závažná urémie při nedostupnosti dialýzy, děti do 2 let

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, osmotická diuréza jako důsledek vysoké osmolarity

▪ **Terapeutické zákroky, konziliární a jiná vyšetření**

RTG S+P : 26.2. bez patologických změn; 4.3. denzní zastření parenchymového charakteru, zřejmě plicní edém při ARDS; 5.3. výrazná regrese edému obou plicních křídel

SONO břicha : 26.2. malé množství volné tekutiny pod játry a v levém hypochondriu; 27.2. minimální množství volné tekutiny kolem jater, v levém hypochondriu spíše koagula

Gynekologické konzilium : denně; 28.2. vyprazdňování velkého hematomu drénem vpravo, levý drén ex, stáhnout prsa podložkou; 1.3. z pochvy odstraněna tamponáda se Surgicel, vytřena dezinfekcí, nekrvácí, podat Dostinex na zástavu laktace

Průběh na porodním sále : po Prostinové indukci spontánní porod v 15.15 hod., o 4 minuty později porod placenty. Po porodu silně krvácí z porodních poranění i z dělohy nesrážlivou krví. Podáno: Gelofusine 1500 ml inf., H¹/₁ 2000 ml inf., ČZP 4x, EBR 2x, NovoSeven 3.6 mg i.v., Fragmin 2.500 j s.c., Fibrinogen 3 gr i.v., Antitrombin III 1000 mg i.v. Krvácení pokračuje – operační sál.

Průběh na operačním sále - hysterektomie (výtah) : přístupem dle Pfannenstiela pronikáme do dutiny břišní, dostáváme se až pod děložní čípek, odstříhujeme dělohu. Zakládáme 1 silný silikonový drén do Douglasova prostoru, 2 silné Redonovy drény submuskulárně a subfasciálně. Provádíme revizi poševního poranění. Podáno: ČZP 8x, EBR 4x, Gelofusine 1000 ml inf., H¹/₁ 2000 ml inf., NovoSeven 1.2 mg i.v., Fibrinogen 3 gr i.v. Krevní ztráta cca 4000 ml.

Průběh na operačním sále - revize (výtah) : po povolení sutury se pod tlakem vyprazdňuje velké množství čerstvé krve, provádíme celkovou revizi – difúzní krvácení bez jasného zdroje. Prošíváme poševní pahýl, opichujeme adnexa, stavíme krvácení z břišních svalů. K poševnímu pahýlu zakládáme silný drén a Surgicel, druhý drén zakládáme kraniálně ke svalům vlevo. Podáno: ČZP 10x, EBR 7x, H¹/₁ 1000 ml inf. Krevní ztráta cca 3000 ml.

2.6. HOSPITALIZACE NA ARO (25.2. - 9.3. 06)

Pacientka k nám byla přijata po telefonické dohodě 25.2. 2006 v 19.35 hod. přímo z operačního sálu. Pacientka pod vlivem doznívající anestezie vykazuje GCS 6 b., na algický podnět mírně flektuje HKK, otevře oči, grimasuje, výzvě nevyhoví. Je řízeně ventilovaná. Oběh je nestabilní, podporován Noradrenalinem, silně podchlazená. Zaveden CŽK, arteriální kanyla na invazivní monitoraci hemodynamiky (PICCO), žaludeční sonda. Operační rána neprosakuje, 3x Redonův drén a 1x cílený břišní drén začínají odvádět náhle velké množství čerstvé krve, hemoglobin klesl pod 40 g/l. Objednáno gynekologické konzilium, podáno 14 x EBR, 11 x ČZP, AT III 2000j i.v., Haemocompletan 2 gr i.v., NovoSeven 6 mg i.v. V 0.40 hod. provedena operační revize z vitální indikace – krvácení do oblasti břišních svalů. Po návratu z operačního sálu přetrvává hypotenze, je aplikováno dalších 6x EBR, 5x ČZP, trombocytový koncentrát 1 T.U. Pacientka má zavedeny 2 cílené břišní drény na spád, v pochvě tamponádu, operační ránu sterilně krytou – neprosakuje. 26.2. pokračování v hemoterapii a volumoterapii, podpora oběhu Noradrenalinem a diurézy bolusovými dávkami Furosemidu, korekce hyperglykémie kontinuálním podáváním inzulinu. Proveden RTG S+P, denně gynekologické konzilium a SONO břicha. Od 27.2. kompenzace oběhu, diurézy, glykémie, vytažen 1 břišní drén. Od 28.2. postupně snižováno tlumení, snaha obnovit plnou spontánní dechovou aktivitu.

V mé péči:

2. 3. Pacientka stále intubována, změna režimu z BIPAP na CPAP, změnu toleruje dobře, spontánní dýchání dostatečné. Tlumení zrušeno. Paní P. se budí, začíná spolupracovat, snaží se komunikovat. Je spavější, pozornost udrží krátkodobě. Je lehce dezorientovaná místem a časem, je nutný soustavný dohled a edukace.

3. 3. Po domluvě s pacientkou provedena v 10.20 hod. extubace. Paní P. dýchá dostatečně kyslíkovou maskou přes nebulizátor. Zrušena arteriální kanyla. Objevuje se hypertenze, která zatím není medikamentózně řešena. Pacientka je stále mírně dezorientovaná. Zkouší čaj po doušcích. Pacientkou je omylem vytažena žaludeční sonda, nová se již nezavádí.

4. 3. U pacientky přetrvává chvilkový motorický neklid, spolupráce se dále zlepšuje. RTG S+P, odkašlává neproduktivně, bez kyslíkové masky desaturace na 88% – intenzivní dechová rehabilitace, postupná vertikalizace na lůžku. Střevní peristaltika dosud neobnovena, naordinován Syntostigmin.

5. 3. Paní P. je plně orientovaná časem, místem i osobou, zvládá posazení do křesla, odpoledne je povolena návštěva rodiny se synem. Zkouší se kašovitá strava, tekutiny dle chuti. Ve večerních hodinách dušnost, známky plicního edému – RTG S+P, CPAP, Furosemid bolusově. Na hypertenzi nasazen kontinuálně Trandate.

6. 3. Střídání CPAP s O₂ maskou, pokračuje se v intenzivní dechové rehabilitaci a vertikalizaci. Zrušen CŽK, zaveden PŽK. Obnovení peristaltiky – četné průjmovité stolice. Furosemid kontinuálně na odvodnění.

V dalších dnech dochází k dalším úpravám laboratorních i fyziologických hodnot k normálu, léky jsou aplikovány převážně perorální cestou, je převedena na racionální výživu. Paní P. dýchá i odkašlává dostatečně, O₂ maska již není potřeba. Pokračuje se v mobilizaci a rehabilitaci. 9.3. je přeložena na gynekologický JIP zcela oběhově stabilizována, spontánně dýchající bez desaturace, bez bolestí. Je soběstačná na lůžku, chodí zatím s dopomocí.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA a SOUČASNÝ STAV

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sbírala v průběhu dní 2. 3.- 3. 3., čili v 1.- 2. den mé péče o paní P. Část informací jsem získala přímo od paní P., rozhovory se mnou ji ale značně vyčerpávaly. Velkým přínosem mi byl kontakt s jejím manželem, který mi poskytl velké množství doplňujících informací jak o své ženě, tak i o jejich rodinném životě. Podstatnou pomocí byly i pozorovací a hodnotící dovednosti celého pracovního týmu.

3.1. ZÁKLADNÍ FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY ke dni 2.3.2006

Potřeba dýchání : Paní P. trpí zvláště v zimních měsících na rýmy a bronchitidy, mívá velké problémy s odkašláváním. V mládí kouřila, přestala při prvním těhotenství. Je intubována ústy. Endotracheální kanylu, stejně tak i ventilační režim toleruje dobře. Dýchání je čisté, sklípkové, symetrické, klidné o frekvenci 11-15 dechů/min bez pocitů dušnosti. Zaujímá Fowlerovu polohu.

Potřeba hydratace : Paní P. denně vypije 2-3 litry tekutin, a to převážně ve formě neperlivé minerální vody a ovocných čajů. Alkohol pije příležitostně, má ráda červené víno. Každé ráno si dá šálek bílé kávy. Paní P. má mírně oschlé rty, ale sliznice dutiny ústní je vlhká, jazyk bez povlaků. Kožní turgor je dobrý. Má slabý pocit žízně.

Potřeba výživy . Paní P. má pestrý jídelníček, má ráda ovoce, zeleninu a mléčné výrobky. Ze všeho nejraději má svíčkovou omáčku své maminky. Vzhledem k těhotenství se snaží vyhýbat kořeněným a nadýmavým jídlům. Teplé jídlo připravuje denně, občas jí pomáhá dcera Katka. Kromě zvýšené plynatosti a zácpy ji žádné jiné zažívací potíže netrápí. V těhotenství přibrala 10 kg, doufá, že se po návratu domů vrátí ke své původní váze 58 kg, kterou si drží již řadu let. Nyní je hmotnost paní P. 64 kg, což je vzhledem k její výšce 168 cm dle BMI (22.6) i přesto v normě. Zavedená žaludeční sonda je na spád, má nihil per os. Energie je dodávána komplexní parenterální výživou. Na jídlo zatím nemá chuť.

Potřeba vyprazdňování :

Moče : Paní P. měla poslední dobou časté nucení na moč v souvislosti s pokročilým stupněm těhotenství, jiné potíže neudává. Je kontinentní. Nyní má zaveden permanentní močový katétr pro měření diurézy. Moč je čirá, bez patologických příměsí. Vodní bilance je vyrovnaná. Cévkou snáší dobře, dokonce je ráda, že nemusí používat podložní mísu.

Stolice : Paní P. má v posledních měsících mírné problémy s vyprazdňováním stolice. Na stolici chodí jednou za 2-3 dny spíše v dopoledních hodinách, stolice má tužší konzistenci,

normální barvu. Projímadla neužívá, ráno nalačno vypije sklenku jablečného džusu. Stolicí zatím neměla, peristaltika ještě není obnovena.

Potřeba hygieny : Paní P. je upravená, je vidět, že o sebe dobře pečuje. Má přírodně hnědé vlnité vlasy, čistou pleť, pěstěné nehty. Sprchuje se většinou večer, občas si dá teplou koupel s vonnými oleji. Péči o hygienu z důvodu omezené hybnosti a soběstačnosti přebírá sestra. Paní P. zde má své kosmetické přípravky.

Stav kůže : Stav pokožky a sliznic odpovídá věku a hydrataci pacientky. Pokožku má pružnou, spíše vlhčí. Kromě běžných toaletních přípravků používá denně po sprchování tělové mléko Dove, větší pozornost věnuje pokožce na břišku, obává se těhotenských strií. V podbřišku má čerstvou jizvu po hysterektomii a ránu po břišním drénu krytou obvazem. Operační rána nekrvácí, zatím nevykazuje známky zánětu. Rána po drénu velmi mírně serózně sákně. Druhý břišní drén z pravého hypogastria je sveden na sáček, okolí je klidné, odvádí menší množství serosanguinolentní tekutiny. Sutura hráze mírně krvácí, zejména při pohybu pacientky a při kontaktu s ránou. Je kryta sterilní longetou. Na pokožce dále vidím několik starších hematomů po opakovaných odběrech krve. Pacientka je doposud bez opruzenin, dekubitů či jiných kožních změn.

Potřeba spánku . Paní P. je se svým spánkem spokojená. Chodí spát kolem 22. hodiny, usíná rychle, spí tvrdě. Vstává s dcerou v 7 hodin, aby jí připravila svačinu do školy. Někdy si „zdrímne“ na 1-2 hodiny po obědě. Při spaní je zvyklá na jeden menší polštář a silnější přikrývku, je zimomřivá. K pocitu svěžesti potřebuje asi 10 hodin spánku. Nespavost ji netrápí, když výjimečně nemůže „zabrat“, ukolébá ji knížka. Pacientka je spavá, ale snadno probuditelná na oslovení, rychleji se unaví, pozornost udrží pouze několik minut. Noční spánek je klidný a nepřerušovaný, přesto se budí unavená.

Potřeba být bez bolesti . Paní P. netrpí žádnou chronickou bolestí. Občas ji potrápí bolesti zad a nosných kloubů, což přičítá těhotenství. Vzácně si při potížích vezme tabletu Brufenu, v těhotenství se analgetikům úspěšně vyhýbala. Nyní je v klidu bez bolesti (VAS 0-1), při pohybu a kašli má bolesti velmi mírné (VAS 2-3). Pacientka je informovaná, že jí při bolesti může být podáno analgetikum.

Potřeba aktivity :

Tělesné : Paní P. je vitální. Denně chodí na procházky se svým psem Danym, jezdí na návštěvy ke své sestře i rodičům. Téměř každý víkend jezdí celá rodina na chatu na Sněžník, kde provozují zimní sporty, podnikají výlety po okolí, věnují se zahrádce... Velmi ráda plave, zejména nyní v těhotenství - „dělá mi to moc dobře na záda“. Jezdí na kole, má ráda turistiku,

hlavně po Čechách. Pacientka se snaží spolupracovat v rámci svých možností, pomáhá při ošetrovatelských úkonech.

Psychické : Paní P. se příjemně odreaguje při četbě detektivek od Agathy Christie. Ráda se podívá i na televizi, zejména na dokumentární a publicistické pořady. Při procházkách se psem si u novinového stánku kupuje denní tisk, kromě sportovní stránky je přečte celé. Se svou rodinou i sousedy má velmi dobré vztahy. Jediné co ji trápilo, byla ztráta práce. Tato ztráta byla kompenzována vzniklým těhotenstvím, na druhé dítě velmi dlouho čekali. Nyní už se těší na návrat domů a na svoje miminko.

Potřeba tepla a pohodlí : Paní P. má raději teplejší prostředí. Obléká se dle aktuálního počasí, ale vždy má při ruce nějaký svetřík. V bytě je ústřední topení, udržují teplotu kolem 24°C. Usíná ve vyvětraném pokoji se silnější přikrývkou a menším polštářem. Ráda leží při čtení nebo sledování televize na sedačce s podepřenými zády „zachumlaná“ do deky. V nemocnici jí chybí čerstvý vzduch (kvůli klimatizaci nelze otevřít okno). S lůžkem je spokojena.

Potřeba samostatnosti a soběstačnosti . Paní P. je soběstačná ve všech běžných denních aktivitách, dcera i manžel jí občas pomůže s úklidem nebo vařením. Samostatnost je pro ni velmi důležitá, stojí „na vlastních nohách“ od 18. let, je zvyklá si „věci zařídit po svém“. Problémy s chůzí ani s orientací nemá. Soběstačnost i samostatnost pacientky je nyní výrazně omezena. Většinu potřeb pacientky saturuje zdravotnický personál. Těší se, až si bude moci zase většinu „věcí“ obstarat sama, není ráda na někom závislá.

Senzorické funkce :

Paní P. má zrak, sluch i ostatní smyslové orgány zatím zcela v pořádku. Nepoužívá brýle ani jiné kompenzační pomůcky.

3.2. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Partnerský vztah . Paní P. se po pětileté známosti v roce 1990 provdala za pana Bronislava. Před 12. lety se jim narodila dcera Kateřina. Několik let se snažili o druhého potomka, konečně nyní se jim jejich přání vyplnilo. Jejich vztah je harmonický, nikdy neměli vážnější rozepře. Pan Bronislav je pro ni velikou oporou, což je patrné na první pohled.

Potřeba bezpečí a jistoty : Paní P. se cítí dobře ve svém domácím prostředí, ráda ale zavítá na návštěvu, poznává nové lidi... Pacientka je svými příbuznými navštěvována denně, ví, že je doma o vše postaráno. V manželovi má velkou důvěru.

Potřeba lásky a společenství : Tato potřeba je dostatečně saturována. Paní P. je kromě svých příbuzných navštěvována několikrát denně svým manželem, který ji přináší zprávy z domova a pozdravy od kamarádek a sousedů. Po návratu domů spolu plánují pro paní P. velkou oslavu. Paní P. má u lůžka několik rodinných fotografií.

Potřeba intimity : Paní P. je přirozeně stydlivá. Sice se nikdy neodhalovala víc, než bylo nezbytné, ale chápe, že hospitalizace po porodu je s porušením intimity do jisté míry spojena.

Duchovní potřeby : Paní P. je nevěřící, žádnou víru nevyznává.

4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY - cíl, plán, realizace, zhodnocení

Ošetrovatelské diagnózy jsem zjišťovala v průběhu hospitalizace na oddělení ARO ve dnech 2.- 6.3. 2006, tedy ve dnech, kdy jsem se o paní P. starala. Nezbytně nutný ke stanovení ošetrovatelských diagnóz je rozhovor s paní P. ve vhodné denní i večerní dobu. Další cenné informace mi poskytly mé kolegyně, které se o paní P. staraly během mé nepřítomnosti.

Ošetrovatelské diagnózy jsem seřadila podle naléhavosti za strany pacientky.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Snížení plicní ventilace s nutností endotracheální intubace při omezení spontánní dechové aktivity v důsledku těžkého zdravotního stavu.
2. Porucha komunikace z důvodu zavedení endotracheální kanyly.
3. Snížení soběstačnosti a samostatnosti v důsledku upoutání na lůžko.
4. Nemožnost uspokojovat mateřské pudy z důvodu odloučení novorozence od matky pro poporodní komplikace.
5. Narušení intimity častým obnažováním a kontrolováním operační a porodní rány.
6. Změna fyziologického močení způsobená zavedením permanentního močového katétru z důvodu sledování bilance tekutin.
7. Porucha vyprazdňování stolice – obstipace, nadýmání související se zástavou peristaltiky po operačním výkonu.
8. Porucha spánku z důvodu změny denního rytmu a rušivých elementů v prostředí.
9. Změna stravovacích návyků způsobených neschopností přijímat a zpracovávat normální stravu v pooperačním období.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

10. Nebezpečí selhání vitálních funkcí v důsledku DIC a hemoragického šoku.
11. Nebezpečí vzniku infekce související s invazivními vstupy a operační ránou.
12. Nebezpečí vzniku a rozvoje imobilizačního syndromu z důvodu omezení hybnosti při klidovém režimu.
13. Nebezpečí vzniku a rozvoje bronchopneumonie v důsledku invazivního zásahu do dýchacích cest a neefektivního odkašlávání.

1. Snížení plicní ventilace s nutností endotracheální intubace při omezení spontánní dechové aktivity v důsledku těžkého zdravotního stavu.

Cíl: Ventilací parametry paní P. budou dosahovat fyziologických hodnot.

Paní P. bude bez dušnosti, saturace O₂ bude dosahovat žádoucích hodnot 97-100%.

Pacientka bude v následujících 2 dnech převedena na spontánní dýchání a extubována.

Plán:

- kontrolovat nastavení a chod ventilátoru, okamžitě reagovat na alarmy přístroje
- sestra sleduje a minimálně 2x denně zapisuje ventilační parametry, saturaci O₂ a 1 hod.
- abnormální hodnoty hlásí lékaři
- udržovat funkčnost a čistotu endotracheální kanyly
- vést pacientku k produktivnímu odkašlávání, dodržovat aseptiku při odsávání sputa z kanyly

Realizace: Pacientka je pro dočasnou nutnost umělé plicní ventilace napojena na ventilátor. Sleduji funkčnost zavedené endotracheální kanyly – hloubku zavedení označím fixem a pečlivě přilepím. Sleduji ventilační parametry, saturaci O₂ a subjektivní pocity pacientky – alarmující hodnoty hlásím sloužícímu lékaři. Učím paní P. efektivně vykašlávat, povzbuzuji ji. Pro snadnější uvolnění hlenů lavážuji dýchací cesty 3ml FR¹/₁, uvolněné sputum odsávám za použití uzavřeného systému Trachcare dle potřeby. Pracuji šetrně, rychle, atraumaticky, asepticky.

Zhodnocení: Ventilací parametry paní P. jsou uspokojivé. Dušnost či desaturace se u pacientky neobjevují. Saturace O₂ je v rozmezí 95-100%. Ještě téhož dne je pacientka převedena z režimu BIPAP s 5 řízenými dechy na CPAP. Dne 3.3. v 10.20 hod. je pacientka extubována, dýchání na kyslíkové masce je dobré (pouze při delším sundání masky v prvních 2 dnech desaturace na 90% bez pocitů dušnosti). 5.3. se dýchání pacientky z důvodu lehkého plicního edému zhoršuje – dyspnoe, tachypnoe, odkašlávání je neefektivní. Střídá se kyslíková maska se CPAP maskou. Druhý den se již dýchání opět zklidňuje, CPAP maska již není nutná. V dalších dnech se zlepšuje i odkašlávání pacientky.

2. Porucha komunikace z důvodu zavedení endotracheální kanyly.

Cíl: Pacientka i příbuzní chápou důvody poruchy komunikace.

Pacientka si osvojí techniky neverbální komunikace, bude je používat.

Do 2-3 dnů bude odstraněna komunikační překážka – endotracheální kanyla.

- Plán :
- zjistit, zda jsou pacientka i příbuzní seznámeni s důvodem poruchy komunikace
 - zjistit, zda pacientce vyhovuje stávající forma neverbální komunikace, popř. jí nabídnout jiné varianty
 - ujasnit si signály – např. pro přivolání sestry
 - dohlížet na dechová cvičení, odkašlávání

Realizace : Příbuzní i pacientka již byli s problematikou komunikace obeznámeni mou kolegyní. S paní P. mluvím jasně, srozumitelně, používám věty, na které je jednoduchá jednoslovná odpověď – ano, ne. Pacientka má k dispozici písmennou tabulku, která jí prozatím vyhovuje. Jsme domluveny, že až načerpá dostatek sil na psaní, bude psát fixem na papír. Na mé otázky odpovídá kýváním hlavy. Pokud mi chce něco sdělit, ukazuje tužkou na písmena, ze kterých skládá věty. Písmena opakuji, tím se ujišťuji, že dobře rozumím. Ujasnily jsme si, že pokud bude chtít přivolat sestru, zaklepe čajovou lžičkou o okraj stolečku, který má na dosah. S touto dohodou je seznámen celý ošetřující tým. Dohlížím na provádění dechových cvičení, provádím poklepové masáže pro snadnější odkašlávání, čímž se snažím uspišit možnou extubaci.

Hodnocení : Pacientka i návštěvy chápou důvody poruchy komunikace nutné po dobu intubace. Neverbální komunikaci si paní P. osvojila poměrně rychle, komunikovala pomocí tabulky i s příbuznými. Překážka v komunikaci je odstraněna již následující den, psaní fixem již není nutné. Z počátku mluví tichým slabým hlasem, po ustoupení podráždění hlasivek získává hlas na větší intenzitě.

3. Snížení soběstačnosti a samostatnosti v důsledku upoutání na lůžko.

Cíl : Do 4.3. pacientka sama zvládne tyto sebeobslužné prvky – otáčení na lůžku, toaletu horní poloviny těla, sní sama např. jogurt, sama se napije z hrnku...

Do 6.3. bude schopná přejít s mírnou pomocí do křesla a sedět v něm bez opory alespoň 15 minut.

- Plán :
- dle zdravotního stavu postupně zvyšovat samostatnost, soběstačnost pacientky
 - podílet se na rehabilitační péči, spolupracovat s RHC sestrou
 - pobízet pacientku ke spolupráci, dohlížet na cvičení i bez přítomnosti sestry

Realizace : Pacientka má klid na lůžku s postupným zatěžováním pohybového i kardiovaskulárního systému. Využívám snahy pacientky o aktivní účast při toaletě a při polohování na boky. Paní P. dávám k dispozici ovladač polohovacího lůžka, může si sama

upravit vyhovující polohu. Při všech ošetrovatelských úkonech pacientce vše vysvětluji a pobízím ke spolupráci. Pacientku postupně zapojujeme do ošetrovatelských činností – toalety, polohování, výživy.

Zhodnocení : Paní P. dělá rychle pokroky - 4.3. již provádí některé činnosti sama – hygienu, pohyb na lůžku, sama se nají, napije... Potřebné věci – pití, čtení, ovladač televize má paní P. na dosah pravé ruky. 6.3. opravdu zvládne přechod do křesla s minimální pomocí, vydrží v něm sedět téměř 1 hodinu.

4. Úzkost způsobená nemožností uspokojovat mateřské pudy z důvodu odloučení novorozence od matky pro poporodní komplikace.

Cíl: Pacientka bude chápat důvod jejího odloučení od miminka.

Pacientka se bude cítit lépe, vyrovná se s momentální situací.

Pro nemožnost kojit bude u paní P. zastavena laktace (zrealizováno již před převzetím pacientky do mé péče).

- Plán:
- lékař objasní pacientce současnou situaci, zdravotní stav, eventuální délku hospitalizace
 - dle gynekologa stahovat prsa podložkou (tablety Dostinexu podány před převzetím pacientky do mé péče)
 - sestra sleduje psychický stav pacientky
 - příbuzní i personál pacientku psychicky podpoří, pozitivně naladí, aktivizují, aby přišla na „lepší myšlenky“
 - umožnit návštěvy v kteroukoliv denní dobu dle zdravotního stavu a chodu oddělení
 - domluvit s novorozeneckým oddělením „půjčení“ miminka, aby se na něj mohla paní P. podívat, pochovat si ho
 - umožnit přítomnost rodinných a synovo fotografií u lůžka

Realizace: Staniční lékař seznámil pacientku podrobně s jejím zdravotním stavem a dalším léčebným plánem. S lékařem a pacientkou jsme se dohodli na prodloužení návštěvních hodin, před puštěním příbuzných k lůžku pacientky vždy čekám na její souhlas. S pacientkou mluvím a jedním citlivě, empaticky. 6.3. jsem po domluvě se staničním lékařem našeho a novorozeneckého oddělení domluvila „půjčení“ miminka na naše oddělení. V odpoledních hodinách přinesl manžel s matkou paní P. miminko, pacientku jsem se souhlasem lékaře

vyvezla na návštěvní místnost, aby měli soukromí. Celou dobu jsem byla na dosah, kdyby se cokoliv stalo.

Zhodnocení: Pacientka chápe nutnost svého odloučení od syna, snaží se s celou situací vyrovnat. Návštěvy jsou povoleny dle provozu oddělení na dopolední i odpolední hodiny. Rodina jí poskytuje velikou oporu. Na jídelním stolku u lůžka jsou fotografie syna i zbytku rodiny, paní P. si je často prohlíží. 6.3. bylo zrealizováno setkání s jejím synem, velmi ji potěšilo, že si ho mohla pochovat a pomazlit se s ním. Už se velmi těší domů.

5. Narušení intimity častým obnažováním o kontrolováním operační a porodní rány.

Cíl: Pacientka se bude cítit během hospitalizace lépe, překoná svůj stud.

Plán:

- sestry i lékaři vždy pacientku upozorní před obnažením
- obnažovat v nezbytných případech pouze minimální kus prádla
- poskytnout pacientce ústavní oděv
- eliminovat přítomnost cizích osob, zatáhnout zástěnu
- dodržovat pravidla etiky, respektovat stud pacientky

Realizace: Pacientku obnažuji jen po předchozím upozornění a vysvětlení, proč... Odkrývám jen nezbytně nutný kus přikrývky, prádla. Neobnažuji zbytečně, před cizími lidmi. Zástěny po obou stranách lůžka nechávám pro větší pocit soukromí trvale zatažené. Před toaletou vždy stáhnou rolety na okně. Při přítomnosti cizího člověka při toaletě, např. sanitáře čekám na souhlas pacientky. Paní P. nabídnu alespoň „anděla“ – domácí pyžamo u nás není povoleno. V neposlední řadě domlouvám svým kolegyním, aby u pacientky dodržovaly etické zásady a šetrnější, ohleduplnější přístup.

Zhodnocení: Paní P. se cítí o moc lépe. Již se nesešla s nikým z personálu, kdo by její intimitu narušoval víc, než je nutné.

6. Změna fyziologického močení způsobená zavedením permanentního močového katétru pro nutnost sledování bilance tekutin.

Cíl: Permanentní katétr paní P. bude plnit svou funkci, nedojde k žádným komplikacím spojených s katetrizací.

Bilance tekutin bude vyrovnaná.

Plán:

- sledovat průchodnost močového katétru

- udržovat močový katétr v čistotě
- sanitáři asepticky odebírají vzorky moči na vyšetření, a 1 hod. slévají moč, každé ráno měří specifickou hmotnost moči, při znečištění vymění sběrný močový sáček
- sestry sledují hodinovou diurézu a celkovou bilanci tekutin – abnormální hodnoty hlásí lékaři (HD <50 či >500 ml)
- podávat tekutiny dle ordinace (infúze, čaj...)
- sledovat barvu, příměsi, zápach moče

Realizace : Všechny sestry dodržovaly body ošetřovatelského plánu. Sanitář též plní své povinnosti na 100%. 5.3. naordinován Furosemid kvůli známkám plicního edému a lehkým otokům končetin. Od 6.3. je naordinováno jeho kontinuální podávání. Rychlost dávkování Furosemidu pomalu zpomalujeme, je vysazen po 2 dnech.

Zhodnocení : Močový katétr paní P. je plně funkční, průchodný, čistý. Vodní bilance byla mírně negativní. Po podání Furosemidu se hodnoty hodinové diurézy dostávají až k hodnotám 700 ml, tento efekt je žádoucí. Již po 1 dni podávání diuretika se stav pacientky zlepšil, otoky ustupují, dýchání se normalizuje. Mikrobiologické vyšetření je negativní.

7. Porucha vyprazdňování stolice – obstipace, nadýmání související se zástavou peristaltiky po operačním výkonu.

Cíl : Do 2 dnů bude u pacientky obnovena peristaltika – budou odcházet větry i stolice.

Pacientka pocítí úlevu, zmenší se napětí břicha.

- Plán :
- co nejdříve pacientku mobilizovat – přihlížet na aktuální stav
 - zaštipovat žaludeční sondu na delší časové úseky, čaj do blízkosti pacientky
 - zajistit dostatek jogurtů, mléko, švestkový kompot...- až bude moci přijímat stravu
 - termofoř s teplou vodou a jemné masáže břicha a podbřišku
 - podávat naordinovaná kinetika, sledovat jejich účinky

Realizace : Držela jsem se všech bodů ošetřovatelského plánu. Manžel paní P. přinesl několik oblíbených jogurtů a ovoce, které jsem uložila do chladničky pacientů. Dle medikace jsem aplikovala Syntostigmin.

Zhodnocení : Paní P. mohla popíjet čaj od 3.3., do té doby měla žaludeční sondu na spád. Gynekologem naordinovaný Syntostigmin zapůsobil až za 2 dny (6.3.), kdy se objevuje kašovitá stolice. Břicho již není tak napjaté – paní P. se podstatně ulevilo.

8. Porucha spánku z důvodu změny denního rytmu a rušivých elementů v prostředí.

Cíl: Paní P. bude spát alespoň 6 hodin nepřerušovaným nočním spánkem.

Paní P. se bude po probuzení cítit svěže, odpočínutě.

Plán:

- zabránit dennímu spánku, unavit pacientku denními aktivitami
- zajistit vhodné podmínky pro noční spánek – zklidňující večerní toaleta, čisté povlečení...
- zajistit noční klid na oddělení – ztlumit osvětlení, vypnout rádio, ztišit hlasy...
- umožnit před spaním sledování televize, poslouchání hudby, četbu...
- v případě selhání výše uvedených variant podat tabletu na spaní (na žádost pacientky)

Realizace: Já i mé kolegyně jsme se snažily paní P. přes den zaměstnat různými činnostmi (cvičení, čtení, televize, návštěvy, lepení obrázků...). Manžela pacientky jsem poprosila, zda by své ženě mohl přinést nějaké zklidňující toaletní přípravky. Přinesl levandulový sprchový gel a tělové mléko. Po večerní toaletě jsem jí dala sluchátka s relaxační hudbou. Kolegyně se svědomitě snažily dodržovat noční klid na oddělení.

Zhodnocení: Spánek paní P. se zlepšil. Spala v průměru 5 hodin nerušeným spánkem, budí se odpočínutá, cítí se silnější.

9. Změna stravovacích návyků způsobených neschopností přijímat a zpracovávat normální stravu v pooperačním období.

Cíl: Paní P. bude schopná samostatně přijímat i zpracovávat tekutou i tuhous stravu do 6.3.

Plán:

- zaštipovat žaludeční sondu na delší časové úseky, co nejdříve ji vytáhnout
- zkoušet nejprve čaj po doušcích, později přidávat i jiné tekutiny, bujóny, polévky dle chuti pacientky
- zajistit dobrou hydrataci (dostatek tekutin na dosah pacientky)
- dle tolerance tekutin postupně přejít na stravu kašovitou, dále pak racionální

- vést k samostatnosti, podporovat soběstačnost
- případnou nevolnost konzultovat s lékařem

Realizace: Při realizaci tohoto plánu jsem se držela jednotlivých bodů, které jsem bez výhrad plnila. Žaludeční sondu si pacientka omylem vytáhla 3.3., novou jsem již po domluvě s lékařem nezaváděla. Začíná pít čaj po troškách. Paní P. dávám Janetovu stříkačku, později skleničku s ředěným džusem na dosah své pravé ruky. Dbám na to, aby byla sklenička s tekutinami vždy plná. Příjem tekutin i stravy pečlivě sleduji a zaznamenávám. Po dobu, než pacientka získá sílu a cit v rukách jí pomáhám s jídlem. Manžel nosí paní P. domácí vývary, jogurty, kompoty, sušenky...

Zhodnocení: Nejprve jsem s jídlem pacientce pomáhala, zanedlouho se již zvládá najíst sama. Servírovací stoleček má vždy v takové výšce a vzdálenosti, aby pohodlně na vše dosáhla. Nevolnost ani zvracení se nedostavilo. Pacientka zvládá postupné zatěžování GIT dobře. Stav hydratace i nutrice je dle laboratorních hodnot a pozorování uspokojující.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

10. Nebezpečí selhání vitálních funkcí z důsledku DIC a hemoragického šoku.

Cíl: Paní P. bude během mé péče kontinuálně monitorována.

Pokud nebudou fyziologické hodnoty paní P. dosahovat normálních hodnot, bude neprodleně informován lékař.

Plán:

- nepřetržitá monitorace během hospitalizace na ARO
- ve spolupráci s lékařem docílit normálních hodnot fyziologických funkcí – aplikace léků, infúzí, krevních derivátů...
- hlásit veškeré alarmující hodnoty fyziologických funkcí sloužícímu lékaři
- péče o cévní vstupy a endotracheální kanylu

Realizace: Paní P. je napojena na monitor Sony, pomocí kterého sledujeme veškeré fyziologické funkce pacientky a na ventilátor Draeger pro dočasnou umělou plicní ventilaci. Alarmové hodnoty jsem na přístrojích nastavila tak, aby mě vždy včas upozornily na možné komplikace. Pacientce podávám léky dle ordinace lékaře, sleduji jejich efekt a možné nežádoucí účinky. Při výkyvech krevního tlaku - hypertenzi, tachykardii či patologických ventilačních parametrech (tachypnoe, hypopnoe) informuji lékaře.

Zhodnocení : Pacientka je kontinuálně monitorována. O všech výkyvech fyziologických funkcí je lékař ihned informován. Vzniklá hypertenze je i přes opakované výzvy lékařem medikamentózně řešena až po 2 dnech. Všechny fyziologické funkce se ustálily na normálních hodnotách až v následujících dnech.

11. Nebezpečí vzniku infekce související s invazivními vstupy a operační ránou.

Cíl : Paní P. během mé péče nebude vykazovat známky infekce a zánětu v místech invazivních vstupů a operační rány.

- Plán :
- umýt si před a po každém výkonu u pacientky ruce !
 - všechny invazivní vstupy a operační ránu ošetřovat přísně asepticky
 - CŽK převazovat 1x za 3 dny Tegadermem tak, aby bylo vidět místo vpichu, které se musí minimálně 2x denně kontrolovat
 - infúzní roztoky a léky připravovat a aplikovat přísně sterilně
 - infúzní sety, spojovací hadičky, kohoutky vyměnit 1x za dva dny
 - operační ránu převázat vždy po toaletě, jinak dle potřeby – sledujeme známky zánětu, krvácení, sekreci, okolí břišního drénu, výdej z drénu...
 - suturu hráze oplachovat alespoň 3x denně 1% roztok Betadine, krýt sterilní longetou
 - aplikovat antibiotika dle ordinace, sledovat nežádoucí účinky

Realizace : Ochrana pacientky před infekcí spočívá vždy v dodržování aseptických technik ošetřování všech invazivních vstupů, operační rány, defektů... Tento přístup jsem pečlivě já i ostatní členové týmu dodržovali. Pravidelně jsem vše převazovala a kontrolovala. Lékař preventivně naordinoval antibiotika, která pacientka dostávala v pravidelných intervalech.

Zhodnocení : V průběhu mé péče se u paní P. neobjevily žádné viditelné známky vzniku infekce. Operační rána se hojí per primam. Sutura hráze je klidná, mírně krvácí pouze při mobilizaci pacientky. Všechny mikrobiologické nálezy jsou dosud negativní.

12. Nebezpečí vzniku a rozvoje imobilizačního syndromu z důvodu omezení hybnosti při klidovém režimu.

Cíl: Pacientka pochopí nutnost klidového režimu a následné rehabilitace.

Pacientka bude spolupracovat při dodržování klidového režimu a následné rehabilitaci.

Do 6.3. bude pacientka stát u lůžka.

Během mé péče o pacientku se u ní nevyskytnou žádné kožní ani jiné komplikace související s imobilitou.

Plán:

- seznámit pacientku s nutností dodržovat klidový režim
- podílet se na rehabilitační péči, spolupracovat s RHC sestrou, pobízet pacientku ke spolupráci, dohlížet na cvičení i bez přítomnosti sestry
- všemi dostupnými prostředky zabránit vzniku opruzenin, dekubitů, svalových či šlachových kontraktur či dalších komplikací - péče o lůžko, kůži...
- naučit a dohlížet na dechová cvičení jako prevence bronchopneumonie

Realizace: Využívám snahy pacientky o aktivní účast při toaletě a při polohování na boky. Paní P. má k dispozici ovladač polohovacího lůžka, může si sama upravit vyhovující polohu. K paní P. dochází 2x denně RHC sestra, postupně zvyšujeme intenzitu cvičení. Učíme ji techniku správného dechového cvičení. Po extubaci 3.3. ji seznamuji s principem dechové rehabilitační pomůcky od firmy Kendall. 2x denně provádíme celkovou toaletu s výměnou lůžkovin, každou hodinu masáž a kontrolu pokožky. Lůžko udržuji suché, čisté, vypnuté. Potřebné věci – pití, čtení, discmann dávám paní P. na dosah pravé ruky.

Zhodnocení: Paní P. chápe nutnost klidového režimu a až na občasné motorický neklid první 3 dny se snaží ho dodržovat. Zpočátku cvičí opatrně, zlehka, nemá dostatek sil. Postupné zvyšování zátěže i náročnosti cvičení zvládá dobře, cvičí i bez dohledu sestry. Pomůcku Kendall používá a 1 hodinu, umí s ní zacházet. 6.3 se vertikalizuje, s mírnou pomocí přejde do křesla vedle lůžka. Dle potřeby si nastaví lůžko do vyhovující polohy. Během mé péče o paní P. u ní neshledávám žádné kožní změny ani jiné nežádoucí komplikace.

13. Nebezpečí vzniku a rozvoje bronchopneumonie v důsledku invazivního zásahu do dýchacích cest a neefektivního odkašlávání.

Cíl: Riziko vzniku a rozvoje bronchopneumonie u paní P. bude během mé péče sníženo, nebude jevit známky bronchopneumonie.

Paní P. bude účinně odkašlávat a aktivně se podílet na dechové rehabilitaci.

- Plán:
- sledovat ventilaci plic
 - sledovat charakter spúta, v pondělí a čtvrtek odebrat sterilně vzorek spúta (výtěr z krku) na mikrobiologické vyšetření
 - naučit efektivně odkašlávat, sledovat, zda má pacientka i nadále problémy s expektorací
 - pomoci účinnému uvolnění hlenů z dýchacích cest – poklepové masáže, dechová rehabilitace, nebulizování vdechovaného vzduchu, mobilizace...
 - podávat mukolytika, expektorancia, antibiotika dle ordinace lékaře

Realizace: Paní P. je první den mé péče intubovaná ústy. Pravidelně jí uvolněné hleny odsávám pomocí uzavřeného odsávacího systému. Po extubaci pacientky následující den jí přikládám na nos a ústa kyslíkovou masku, vzduch je zahříván a zvlhčován nebulizátorem. S pomocí pacientky střídáme polohu v polosedu s boky, dále mobilizujeme. Poklepové masáže a dechovou rehabilitaci provádíme každou hodinu. Pacientku nutím vykašlávat, má tendenci hleny polykat. K ruce jí dávám emitní misku s buničinou a dechovou RHC pomůcku. Spútum je husté, nažloutlé, nezapáchá. Léky podávám dle rozpisu.

Zhodnocení: Velký problém s expektorací nastává po extubaci pacientky. Nemá dostatek síly pro účinné odkašlávání, spútum má poměrně hustou konzistenci. Plněním plánu péče a spoluprací pacientky se nám ale daří tuto situaci úspěšně zvládnout. Hleny jsou účinně z dýchacích cest odstraňovány, dýchání je čisté. Mikrobiologické vyšetření spúta je negativní, infekce respiračního traktu není zjištěna.

5. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR

Paní P. je 39-letá vdaná žena, matka dvou dětí – 12. leté dcery Kateřiny a novorozeného syna Bronislava. Žije ve společné domácnosti se svým manželem Bronislavem ve 3. patře panelového domu na klidném sídlišti v Děčíně.

Dne 25.2. v ranních hodinách nastoupila k plánovanému příjmu na gynekologicko-porodnické oddělení k programovanému porodu. Po medikamentózní indukci spontánně porodila syna. Záhy se objevuje silné krvácení z porodního poranění a dělohy. Konzervativní postup se nejeví být účinným, proto se přistupuje k revizi s následnou abdominální hysterektomií. Pro počínající DIC a hemoragický šok je domluven překlad pacientky na ARO.

Krátce po přijetí na ARO se obnovuje krvácení, během masivní hemoterapie a volumoterapie se dojednává s gynekologem revize operační rány. Po návratu z operačního sálu je pacientka oběhově nestabilní, oběh je podporován katecholaminy, pokračuje se v substituční a podpůrné terapii. V následujících dnech dochází ke stabilizaci fyziologických funkcí, úpravě laboratorních parametrů.

V mé péči byla paní P. od 2.- 6.3. 2006. Hned po seznámení s pacientkou jsem začala sbírat ošetřovatelskou anamnézu. Stanovila jsem s její pomocí seznam 13 ošetřovatelských diagnóz a naplánovala plán péče.

Paní P. byla zpočátku mírně dezorientována, především časem a prostorem, což bylo způsobeno podávanými analgetiky a hypnotiky. Během mé péče je již podávání těchto farmak zastaveno, stává se více orientovanou, spolupracující. Komunikační bariéru jsme společně překonaly, docílila jsem pozitivní zpětné vazby. Při rehabilitaci je snaživá, aktivní, snaží se docílit brzké samostatnosti a soběstačnosti. Počáteční stud a nedůvěra polevila hned v prvních dnech - paní P. mi důvěřuje, ví, že se na mne může plně spolehnout. Léčebný režim dodržuje, s právy pacientů je seznámena, s použitím jejích osobních dat a informací souhlasí.

6. PROGNÓZA

Paní P. byla za další 3 dny – 9.3. 2006 přeložena na gynekologický JIP zcela kardiopulmonálně kompenzována, spontánně ventilující bez potřeby přísunu kyslíku, plně soběstačná na lůžku. V následujícím období je ohrožena možným vznikem infekce z invazivních vstupů (periferním žilním katétrem, permanentním močovým katétrem), zánětem v místě operační rány či dehiscencí operační rány.

Paní P. by měla nadále dodržovat rehabilitační režim dle pokynů RHC pracovnice. Samozřejmostí je plnění pravidelných preventivních prohlídek u gynekologa. Po propuštění pacientky do domácí péče jí bude s opatrováním novorozeného syna a obstaráváním domácnosti v prvních dnech pomáhat manžel, matka, v rámci svých možností i dcera Katka.

Paní P. byla propuštěna do domácí péče po 28 dnech hospitalizace.

P.S. V současné době je paní P. v domácím prostředí, je zcela bez obtíží, operační i porodní poranění je zhojeno. Péči o rodinu i domácnost zvládá bez větších potíží, prozatím se ale stále snaží „šetřit“. S náročnějšími pracemi ji pomáhá manžel (prvních 14 dní po propuštění z nemocnice si vzal dovolenou) i matka, která je již ve starobním důchodu.

Nyní je opět v péči svého gynekologa v Děčíně, kam dle pokynů dochází.

S nemožností mít dalšího potomka je smířená, další miminko již neplánovali, a to zejména pro vyšší věk paní P.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

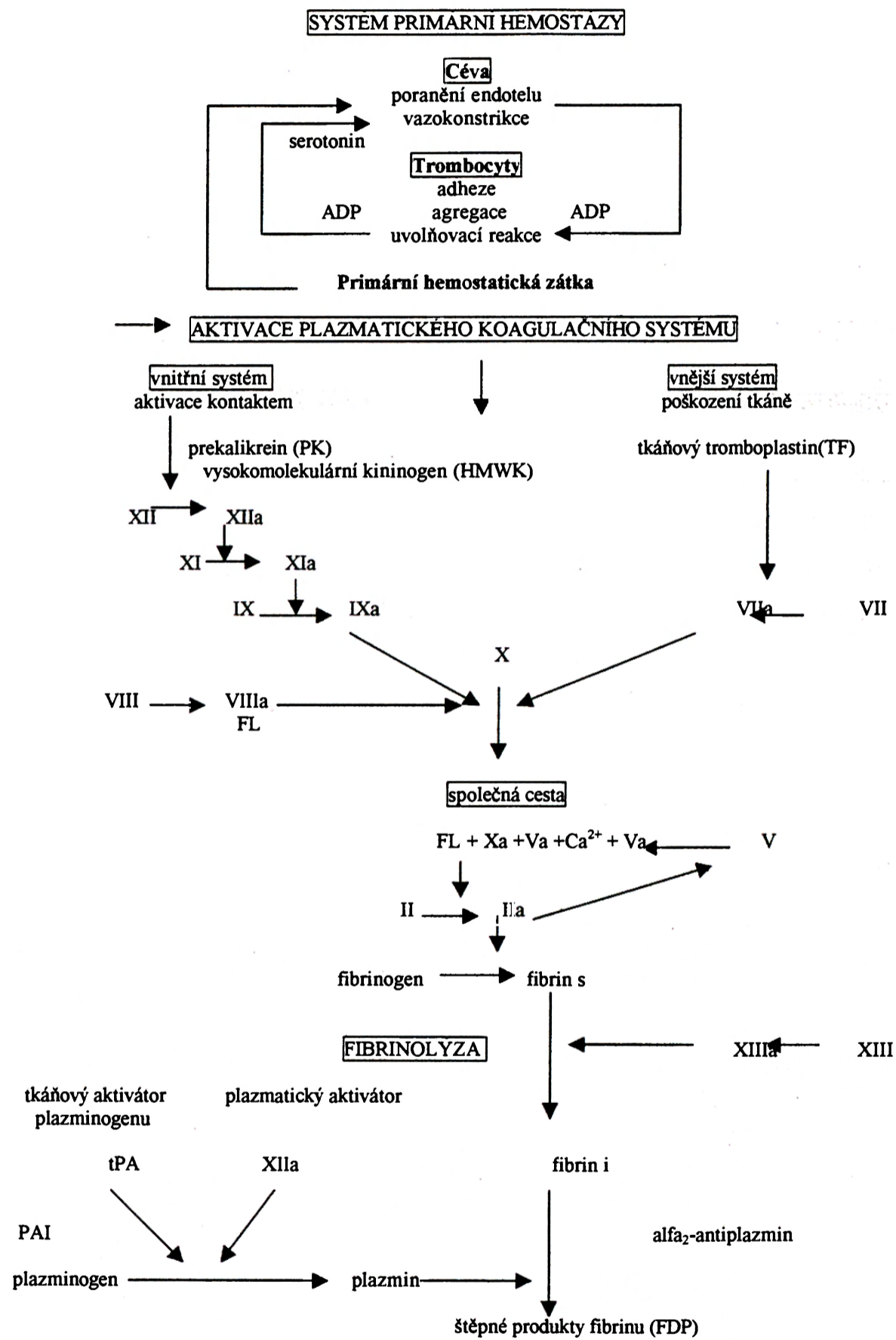
1. Adams B., Harold C. E. : Sestra a akutní stavy od A do Z, Grada, Praha, 1999, ISBN 80-7169-893-8
2. Doenges M. E., Moorhouse M. F. : Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada, Praha, 2001, ISBN 80-247-0242-8
3. Klener P. et al. : Vnitřní lékařství, druhé, doplněné vydání, Galén, Praha, 2001, Karolinum, Praha, 2001, ISBN 80-7262-101-7
4. Matýšková M., Zavřelová J., Hrachovinová I. : Hematologie pro zdravotní laboranty, 2. díl, IDV PZ, Brno, 1999, ISBN 80-7013-278-7
5. Penka M., Buliková A., Matýšková M., Zavřelová J. : Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC), Grada, Praha, 2003, ISBN 80-247-0341-6
6. Penka M., Krahulcová E., Matýšková M. : Hematologie, IDV PZ, 1994, ISBN 80-7013-162-4
7. Staňková M. : České ošetřovatelství 4 – Jak provádět ošetřovatelský proces, IDV PZ, Brno, 1999, ISBN 80-7013-283-3
8. Staňková M. : České ošetřovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Brno, IDV PZ, 2001, ISBN 80-7013-323-6
9. Šašík M. : Vademecum medici, 6. vydanie, Osveta, Martin, 2003, ISBN 80-8063-115-8
10. Trachtová E. a kolektiv : Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IDV PZ, Brno, 2001, ISBN 80-7013-324-8

8. SEZNAM PŘÍLOH

1. Schéma krevního srážení
2. Faktory krevního srážení
3. Vstupní ošetřovatelský záznam
4. Plán ošetřovatelské péče
5. Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
6. Hodnocení rizika vzniku dekubitů
7. Barthelův test základních denních činností - ADL
8. Hodnocení bolesti - VAS
9. Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách

PŘÍLOHY

Schéma krevního srážení:



Faktory koagulačního systému:

- jsou látky přítomné v plazmě, účastní se dějů hemostázy. Většina plazmatických faktorů je syntetizována v játrech, část z nich potřebuje k syntéze přítomnost vitamínu K. Při jeho nedostatku kolují v krvi K-dependentní faktory v neaktivní formě.

FI – fibrinogen, nachází se i v granulích trombocytů, je štěpen na fibrin, který je důležitý pro vazbu trombocytů mezi sebou i k cévní stěně

FII – protrombin, slouží k posílení probíhající koagulace (štěpí fibrinogen na fibrin, aktivuje FXIII a FIX), je nutný i k zabránění nadměrného srážení (inhibice FVa a FVIIIa)

TF – tkáňový tromboplastin, nachází se na buňkách obklopujících cévy, do krve se dostane až při jejich poranění, působí jako buněčný receptor pro FVIIa, vzniklý komplex zahajuje koagulaci

FV – proakcelerin, nalézá se i v granulích trombocytů, tento kofaktor výrazně urychluje aktivaci FII a FX

FVII – prokonvertin, je přítomen i v séru, štěpí FX

FVIII – antihemofilický globulin, syntetizován v játrech, slezině, ledvinách, uzlinách... V plazmě koluje navázaný na molekulu von Willebrandova faktoru, který ho chrání před biologickým štěpením, je kofaktorem aktivace FX

FIX – antihemofilický faktor, nalézá se i v séru, FIXa je součástí komplexu zvaného tenáza, který aktivuje FX na FXa

FX – Stuart-Prowerův faktor, nalézá se i v séru, FXa aktivuje FVII, FV a protein C

FXI – Rosenthalův faktor, štěpí HMWK, aktivuje FVII, mění plazminogen na plazmin

FXII – Hagemanův faktor, nachází se i v séru, je aktivován kontaktem se subendotelovými strukturami při poranění

FXIII – fibrin stabilizující faktor, mění rozpustný fibrin na nerozpustný, chrání koagulum před fibrinolýzou

PK – prekalikrein, Fletcherův faktor, inhibuje tvorbu komplexu kalikrein + HMWK

HMWK - vysokomolekulární kininogen, Fitzgeraldův faktor, působí jako kofaktor aktivace na povrch navázaného FXII kalikreinem

vWF - von Willebrandův faktor – je přítomen v buňkách subendotelu, granulích trombocytů a plazmě, zprostředkovává adhezi a agregaci trombocytů, váže a stabilizuje FVIII

Faktory fibrinolytického systému:

PLG – plazminogen, váže se na povrch různých buněk, je štěpen na plazmin, který nevratně rozkládá fibrin na FDP

tPA – tkáňový aktivátor plazminogenu, je důležitý pro mimocévní fibrinolýzu a hojení ran, zabraňuje šíření zánětu

uPA – urokináza, má význam při hojení ran, zánětu, metastazování, embryogenezi...

Systém přirozených inhibitorů:

ATIII - antitrombin III, je primárním inhibitorem FIIa, tvoří ireverzibilní komplex s trombinem, inhibuje komplex TF + FVII, kofaktorem AT III je heparin

HCII - heparin kofaktor II, specifický inhibitor trombinu, má lokální význam, je urychlován heparinem

CIINH - C1-inhibitor, zasahuje do systému komplementu, inhibuje kalikrein a plazmin

α_2 AP - alfa₂-antiplazmin, má vysokou afinitu k plazminu

iAPC - inhibitor aktivovaného proteinu C, inhibuje aktivovaný protein C, trombin, FXa

α_1 AT - alfa₁-antitrypsin, inhibuje FXa

TFPI - tkáňový faktor inhibitor, přímo inhibuje FXa, hraje důležitou roli v regulaci koagulace vyvolané tkáňovým faktorem.

TM – trombomodulin, je přítomný na cévní stěně, vycytává trombin

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

VYPLNĚN 1.-3.3. (PANI P. + JEJÍ MANŽEL)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... P.P.

Oslovení..... PANI P...... Pojišťovna..... 111
Rodné číslo. (nevyplňuj)..... Povolání..... MATEŘSKÁ DOV.
Věk..... 39 LET..... Vzdělání..... VPNK' UČEĀNI'
Vyznání..... BEZ VYZNÁNÍ'..... Národnost..... ČEKA'
Adresa: PŮHEVNÍČNÍ 17, PRAHA..... Telefon:..... 232 532 639
Osoba, kterou lze kontaktovat: MANŽEL BRONIKAV.

Datum přijetí..... 15. 1. 06 v 19.35 h.
Hlavní důvod přijetí: PŮVEDNÍ DIC; HEMORAGICKÝ VDK - POPORODNÍ
COMPLIANCE

Lékařská diagnóza:

- 1..... DIC
- 2..... HEMORAGICKÝ VDK
- 3..... P.P. INDUKOVANÝ POROD
- 4..... P.P. ABDOMINÁLNÍ HYPERTENZIE

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... ANĚ

Osobní anamnéza: BEŽNÁ DĚTÍ' ONĚH.; 12ME' ČASTO ZYMA A
BROMHITIDY; VRAŽN. O; ALERIE. O; PŮVN. O; GYN -
1x VP. POROD, 1x VP. POTRAT. I. P. PŮV. KONIZACE DEL. CYPKU

Rodinná anamnéza: OTEC - IKM, HYPERTENZE, PŮV. 5 LETY AIT, I;
MATEŘA - DM NA ZAD, PO CHOLESTEROLU, VĚTRÁ ZDRAVA

Vyšetření: KARD. - EKG, HEMAT., HEMORAGICKÝ VDK, IZTNEZ ODOBICE A
VĚROVĚRKE, MIEZODIOL. + MYKOLOG.; TEB; RTG VTP; VĚNO
REYCHA; E. YNEZODR. VYS.

Terapie: INT - H1 3000, NUTRIFLEX VP. 1000, CLINDOLET VP. 1500;
ATB - AMOKSICILAV 3x1,5g; KANAVIT 1x500; KRAYLON 3x1g; AMBRODENE 0,2g;
NIEYNDONE 0,2g; EKACYL 3x1g; QUAMATEL 1x1g; TRAVIPARIN 1x0,3g;
INT - H12 501,8 / 501,8; TUMENÍ' - ZPŮHEVNÍ 50g; VNT 0,5g / 100g

Nemocný má u sebe tyto léky

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus		<u>ne</u>	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		<u>ne</u>	ano	
drogy		<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které.....
	léky	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které.....
	jiné	<u>ne</u>	ano	pokud ano, na co.....

dekubity (změř) DLE NURTONOVÉ 88 b. - P RIZIKO VZNIKU
 pneumonie (změř) RIZIKO KOMPLIKACÍ VDC - TĚLO - VNÚČE DOPROJEKTA

Důležité informace o stavu nemocného: PROKOTANÍ NA LÍZKO; VEDRACI ZRUŠENA -
LEHKA DEZORIENTACE; NUTNÝ P DOHLÉD; INKONTINENCE; INTUBOVANÁ

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? POŘADIT MAMINKU
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍM, PROČ VE MĚ TO VTAHO
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? UŽ NEBUDU MOCT MIT
MALÍ DÍTĚ VTELNĚ UŽ
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? VEDRACI NECHTEĚT
DOMU
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? TĚŽKĚ, CHCI BÝT DOHA V RODINĚ
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? NEVÍM, VÍMĚ TAK TĚŽKĚ
TÝDEN?
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? MYSLÍM ŽE ANO
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?
upřesněte VĚDĚM VE MI VPI, NEJÍ ŽOŽOŽ VNAVENA

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

BARTHELŮV TEST ADL - 15 b. - VNÚČE ZÁVISLÁ

Komunikace:

- stav vědomí	při vědomí	<u>somnolence</u>	korig
- kontakt navázán	<u>rychlě</u>	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<u>bez problémů</u>	<u>bariery</u>	nekomunikuje
- spolupráce	<u>snaha spolupracovat</u>	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?
pokud ano, upřesněte. ano ne
BOLESTI PŘI PŮVLEČENÍ PŘI POHYBU, BOLEST V UZLU
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
pokud ano, upřesněte. ano ne
jak dlouho? *POVLEČENÍ 1-3 MĚSÍCE*
- Na čem je vaše bolest závislá? *NA POHYBU, KAPALI*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *SMORILA NĚM PLAVAT, ODPOČÍVALA NETI*
- Kde pociťujete bolest? *V OPERATIVNÍ ZÁNE, UZLU*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *DÁT MI INJEKCI*

Objektivní hodnocení sestry: PAC. LEŽÍ NA LŮŽKU OD FY HILL-ROM V ANTI-DERUBIT.
Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *MATRACI, HRA' TĚLOU ŽE ŽYVĚU, MENŠÍ POKYTY, MUŽE*
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *VKLADCEM REGULOVAT POLOHU LŮŽKA*
- NA VLADE UVADI' PŘI LLIDU 0-1, POHYBU 01 LAŽLI 1-3 BOLEST JE V PŮVLE
TUŽA' V MINTE' OP. ZÁNY, JE VNĚJŠÍ. V UZLU NĚRA'BE'

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?
pokud ano, upřesněte. ano ne
ANÍ PŘED 1-2 MĚSÍCI ZDANĚT PŮDUŠEL
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?
pokud ano, upřesněte. ano ne
Jak jste je zvládal? *BYLINOVÉ ČAJE, INHALACE, TĚPLO, KLID*
- Máte nyní potíže s dýcháním?
pokud ano, co by vám pomohlo? ano ne
VYNDÁNÍ, TĚDILY, TĚADNE' ODĚVĚAT
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?
 ano ne nevím
- Kouříte?
 ano ne
- Pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.,
PAC. JE NÁPŮJENKA NA VENTILÁTOR FY ŽRÁČEK EVITAXL - BEŽÍM CPAP;
2. FREKVENCE - 15/MIN. DÝCHÁNÍ JE LLIDNĚ, VÝMETRICKĚ, BÝTE'.
VENTILÁČNÍ ŽARAMITRY ŽVĚHUJI' PŘI DLOUHE' HODNOST. PAC. VYKAZUJEVA'
HVNTE' NA ŽLOUTLE VĚTĚH, KTERÉ VE ŽDANĚVA' VŽAČENY' ODSÁVACÍM
VÝVĚTEM.

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete ? vodu mléko čaj nealkoholické nápoje ovocné šťávy ok. čaje minerální vody
kávu
- Co nepijete rád ?
- Kolik tekutin denně vypijete ? 2-3 l.
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

pac. má zátěž nihil p.o.; tekutiny jsou dodávány formou inf. tvrdost líže je dobrá, poloha je vhodná. Pac. má mírně suché sliznice d.u. + v.h.z.u. jsou zúžené, vlhké. Naplácaný oheřkanou

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x za 1-3 dny
- Máte obvykle normální stolicí
čcpu
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? dopoledne
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne
pokud ano, co to je ? tablety lax.
- Berete si projímadlo ? nikdy
příležitostně
často
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit ? dat mi najít a nechat mne chodit

Objektivní hodnocení sestry:

pac. zatím nemá obvyklou střevní peristaltiku, nedochází k plynu ani otokům, břicho je mírně vzedmuté.

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
pokud ano, upřesněte ano ne
Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

pac. má zavedený permanentní močový katetr již předtím, HD v zátěži do- jsou bez potíží diuretický. HD je mírná i bez zápalu a patlog. změní, precipitací hydrát - 10 l.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 10 HODIN
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? 7-9 HODIN
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?.....
- Berete doma léky na spání? ano ne
- pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? POČASU PO OBĚDĚ A/NA 1 HODINU

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

ZAC. JE VPADÁ, VPI VĚTŠINU DNE I NOCI, VINA BYCHLE VPI TVRDE. PO PROBUZENÍ VE CÍTI BYT VTALE UNAVENA, VLÁDA.

13. Sexualita

(otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 - ano ne DLOUHO JMĚ VE VNĚJŠÍ BDUHE
 - pokud ano, upřesněte..... DÍTE, JMĚ MOC ZADÍ, ŽE TO VYVLO
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 - ano ne
 - pokud ano, upřesněte..... PŘEVÍTĚ NE

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|---------|
| - emocionalita | stabilní | <u>spíše stabilní</u> | labilní |
| - autoregulace | <u>(dobře se ovládá)</u> | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | <u>prizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace (časem, osobou, místem) | orientován | <u>dezorientován</u> PO PROBUZENÍ - HINTEM A ČASEM | |
| - celkové ladění | úzkostlivý <u>smutný</u> | rozzlobený | |
| | sklíčený | apatický | |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? V MANŽELÉM A DVOU DĚTÍCH, V PENZÍ JINÝM
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽEL
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? MANŽELU, MAMINCE
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? PŘIJETÍ VE VŠECH POKYBY
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? MANŽEL, RODICE
- Je na vás někdo závislý? NEPŘÍMÝM MŮJ - JINÁD VE JINÉ DOPŘE VTAŽAJÍ
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DOVĚŘAM KE ŽIVOTU
- Kdo se o vás může postarat? MANŽEL, MAMINKA A KŘEMTĚ DOKTORKOU

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci.)

ŽAC. ŽYDÍ V MANŽELÉM A DVOU DĚTÍCH V 3. POKLADNĚM BYTĚ S PODLAŽNÍM
PŘÍMĚM DŮM, VE VŠECHY MÁJÍ VEZMI DOBRĚ VŠECH - NAVŠTĚVUJÍ VE,
RODICE I VĚTŠA ŽENY P. ŽYDÍ NE DÁLEKO, I DĚTI VE VŠECH,
TELEFONUJÍ VE.

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

ŽAC. JE JETĚ V 1. DEN ME PEČE ZOD VLIVEM HMPNOTIK, MINEK PŮMÁLU ODEZVIVA, JE VPAVĚVÍ, ZUZURNŮVIT VDBETI ŽATIM LBATLODOBĚ, VNÁŽÍ VE VZÁHMI VŮCH MOJNŮVIT POLUPRACDIAT A KOMUNIKOVAT. LBĚH JE VTAŽILNI, BEZ ODPORU VATECHOLIAMINŮ, MIBNE VUBFEBRILNI. ŽPĚDEVA PAVDEČNI VONDA JE NA VPAD, PUS ŽATIM NEPĚVIMIA. EZIM ŽIPAP JE HNEV VZANNICH HODINACH ŽHĚNĚN NA ŽPAP - TOLERUJE DOBĚ, Ž ETE VE ŽDPAVA VĚTVI HNUŽYTVI VAZLOVTEHO HUNTEHO VPŮTA, NAVLEDUJICI Ž DEN ME PEČE, ŽE EXTUBOVANNA, ODLAŽLAVANÍ MNI MIBNE PROBLEMY, ŽATINA VERBÁLNE KOMUNIKOVAT. KOMPLEKNI ŽABENTRANŮVIT VŽIVA ŽO ČĚL ŽOŽYVA POTŘEBU ENERŽIE I ŽEKUTIN - ŽEČE Ž INKAZIVNI VITUPY. PERMANENTNI MIBEM VATECH ODVAŽI ŽOVTAČĚNE INOŽYTVI ŽIVTE HOČE. ŽPERANŮVIT ŽAŽNA JE ŽATIM LIDNA, ŽD ŽDIAŽI ŽANQUINOLENTNI ŽEKUTINI (KOD/ŽAK) - ŽDOVAT ŽRŮCHODNOST. ŽAC VDAVA ŽOLEVIT ŽOŽE ŽM ŽOHYBU, A ŽO VĚMI MIBNE (VAT 1-36), ANALGETIVA ŽATIM NEČĚE, ŽPĚVITANŮVIT Ž VAMŮVATANŮVIT JE VĚRŽNE ŽHEŽENA, VĚTVINU ŽINŮVIT ŽATIVIT ŽE ŽR. ŽERSONAL.

Příloha č. 5

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GCS (Glasgow Coma Scale)

33 B^ohod,

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		33

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

Příloha č. 6

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedáčka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod.
 Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: D.P. Celkové bodové hodnocení: 22 Datum: 1.3 B^ohod

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

3.3. 12.2.

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
	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

156

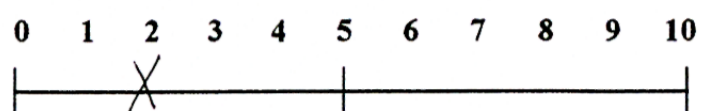
Hodnocení stupně závislosti:

10 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
96 - 100 bodů	nezávislý

Příloha č. 8

Hodnocení bolesti: *J. J. 10^{hod.}*

Vizuální algická škála – VAS



Příloha č. 9

MĚŘENÍ RIZIKA VZNIKU KOMPLIKACÍ

J. J. 14^{hod.}

Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Kritéria	počet bodů 0-3
ochota spolupracovat	1
současné plicní onemocnění	0
prodělané plicní onemocnění	1
oslabení imunity	1
orotracheální manipulace	3
kuřák/pasivní kuřák	0
bolest	0
poruchy polykání	1
pohybové omezení	3
povolání ohrožující plíce	0
umělé dýchání	3
stav vědomí	1
hloubka dechu	0
léky tlumící dýchání	1
dechová frekvence	1
Celkový počet bodů	14

0 – 6 bodů – žádné ohrožení

7 – 15 bodů – ohrožen

15 – 45 bodů – vysoce ohrožen