

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE
**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s dekompenzovanou mozkovou
aterosklerózou**
Case study of a patient with decompensation of brain atherosclerosis

Leden 2008

Lucie Junová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Praze dne 11.1.2008

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní PhDr. Haně Horové, která mi velice pomohla při konzultacích ohledně mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat paní D., která se velice snažila a aktivně spolupracovala.

OBSAH

A. ÚVOD.....	5
B. KLINICKÁ ČÁST.....	6
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	6
1.1 Ateroskleróza	6
1.1.1 Epidemiologie	6
1.1.2 Etiologie	6
1.1.3 Rizikové faktory	6
1.1.4 Patologická anatomie a patogeneze	8
1.1.5 Příznaky, objektivní nález a diagnóza	8
1.1.6 Prevence aterosklerózy.....	9
1.1.7 Léčba.....	9
1.2 Ischemická choroba srdeční.....	9
1.2.1 Etiologie a patogeneze	9
1.2.2 Rizikové faktory a prevence.....	10
1.2.3 Přehled léčiv používaných v léčbě ICHS	11
1.2.4 Klinická klasifikace ICHS:.....	12
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNĚ.....	12
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY	13
3.1 Lékařská anamnéza	13
3.2 Lékařské diagnózy	14
4. DIAGNOSTICKO TERAPEUTICKÁ PÉČE	14
4.1 Fyziologické funkce	14
4.2 Vyšetření.....	15
4.3 Přehled terapie	17
5. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	19
C. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	19
1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	19
1.1 Základní fyziologické potřeby	19
1.2 Psychosociální potřeby	22
1.3 Vnímání nemoci a hospitalizace pacientkou	23
1.4 Hodnocení pacientky sestrou	24
2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	24
3. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
4. EDUKACE PACIENTKY	32
5. ZÁVĚR A PROGNÓZA	32
D. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	34
E. SEZNAM ZKRATEK	35
F. PŘÍLOHY	36

A. ÚVOD

Pro svou závěrečnou bakalářskou práci jsem si vybrala pacientku po opakovaných pádech při dekompenzaci mozkové aterosklerózy. Cílem mé práce je přiblížení lékařské a ošetrovatelské péče u nemocných s Aterosklerózou a ICHS, s důrazem na nutnost komunikace u této pacientky.

Tato 92 - letá paní byla hospitalizována na interním oddělení , kde pracuji, a proto jsem měla možnost pečovat o ní od prvního dne přijetí. Už při počátečním kontaktu se s pacientkou dobře komunikovalo, ačkoli bylo zřejmé, že bude potřebovat mnohostrannou lékařskou i ošetrovatelskou péči.

Důvodem její hospitalizace byla dekompenzace mozkové aterosklerózy a opakované pády, po jednom z pádů došlo ke zlomenině levé horní končetiny (dále jen LHK). Pacientka, která byla v domácím prostředí částečně soběstačná a zvládala chůzi s pomocí chodítka, je nyní ležící, plně odkázaná na pomoc nemocničního personálu.

Při ošetrování bych chtěla docílit takového stavu, aby se pacientka mohla vrátit do plnohodnotného života a byla schopna se o sebe v rámci svých možností postarat.

Paní M.D. souhlasí s vypracováním ošetrovatelské kazuistiky.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Ateroskleróza

Ateroskleróza jsou proměnlivé změny v intimě a medii tepen, způsobené nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, vaziva a vápníku. / 6 /

1.1.1 Epidemiologie

Cévní choroby s projevy postižení mozku, srdce, ledvin a dalších životně důležitých orgánů a končetin jsou, i přes pokrok v prevenci a léčbě, hlavní příčinou morbidity a mortality.

1.1.2 Etiologie

Hlavními rizikovými faktory aterosklerózy jsou:

- a) zvýšená koncentrace sérových lipidů - a to zvýšená koncentrace lipoproteinu o nízké denzitě (dále jen LDL) a snížená hladina lipoproteinu o vysoké denzitě (dále jen HDL)
- b) hypertenze
- c) kouření cigaret
- d) obezita
- e) tělesná inaktivita
- f) diabetes mellitus

Výše uvedené rizikové faktory řadíme mezi ovlivnitelné.

- g) věk
- h) mužské pohlaví
- ch) pozitivní rodinná anamnéza

Tyto faktory řadíme mezi neovlivnitelné.

/ 4 /

1.1.3 Rizikové faktory

Ovlivnitelné faktory:

Cholesterol a lipidy - závislost koncentrace celkového sérového cholesterolu a LDL cholesterolu a celkového rizika ischemické choroby srdeční je přímá a kontinuální.

Hlavní příčiny sníženého HDL jsou kouření cigaret, obezita, tělesná inaktivita, genetické faktory. Koncentraci HDL zvyšuje snížení váhy a zvýšená tělesná zátěž.

Důkazy o tom, že snížení sérového LDL cholesterolu zpomaluje nebo obrací progresi ischemické choroby srdeční a omezuje vznik koronárních příhod, přineslo asi 20 randomizovaných studií.

Přínos snížení hladiny cholesterolu je největší u pacientů s dalšími rizikovými faktory např. kouření cigaret, s hypertenzí. / 1 /

Vysoký krevní tlak - rizikový faktor cévní mozkové příhody, infarktu myokardu a srdečního i ledvinového selhání. Léčba pacientů se zvýšeným krevním tlakem snižuje mortalitu na cévní mozkové příhody i mortalitu celkovou. / 1 /

Kouření cigaret - zvýšené riziko nemoci periferních tepen, ischemické choroby srdeční, cerebrovaskulárních chorob.

Mezi rizikem ischemické choroby srdeční a počtem vykouřených cigaret za den existuje závislost dávky a účinku. Riziko u těch, kteří přestanou kouřit, je pouze poloviční oproti těm, kteří kouří dál, nezávisle na tom, jak dlouho kouřili.

Kouření cigaret snižuje koncentraci HDL, zvyšuje LDL a zvyšuje koncentraci oxidu uhelnatého v krvi. Zvyšuje také reaktivitu destiček a zvyšuje koncentraci fibrinogenu v plazmě a hematokrit, což vede ke zvýšení krevní viskozity. / 1 /

Obezita - zmnožení tukové tkáně v organismu v důsledku pozitivní energetické bilance, vznik obezity je výsledkem metabolické poruchy, respektive výsledkem porušené rovnováhy mezi lipogenezí a lipolýzou. / 4 /

Tělesná inaktivita - řada randomizovaných studií prokázala, že mírné cvičení prováděné pravidelně, omezuje klinickou manifestaci ischemické choroby srdeční u rizikových pacientů.

Diabetes mellitus (dále jen DM) - metabolické důsledky nedostatečné sekrece či nedostatečného účinku inzulínu se promítají nejen do metabolismu sacharidů, často se projeví i jako porucha v metabolismu proteinů nebo jako porucha metabolismu lipidů.

Neovlivnitelné faktory:

Pohlaví - vyšší riziko u mužů

Věk - vyšší riziko u mužů nad 45 let, u žen nad 55 let

Pohlaví - vyšší riziko u mužů

Pozitivní rodinná anamnéza

/ 4 /

1. 1. 4 Patologická anatomie a patogeneze

Ateroskleróza postihuje střední a velké tepny a je charakterizována ložiskovým intramurálním ztluštěním subintimi, která zasahuje do lumen tepny a v nejtěžší formě způsobuje její obstrukci. Aterosklerotický plát se skládá z nahromaděných lipidů, buněk hladké svaloviny, pojivové tkáně a glykosaminoglykanů.

Nejčastější změnou při ateroskleróze jsou lipidové proužky, ze kterých se vyvíjejí fibrózní pláty.

Aterosklerotické cévy mají sníženou systolickou expanzi a abnormálně rychlou propagaci tepové vlny. Aterosklerotické tepny hypertoniků mají rovněž sníženou elasticitu, která s progresí aterosklerózy dále klesá. DM je spojen s časnějším a rozsáhlejším rozvojem aterosklerózy, která je součástí rozsáhlé metabolické poruchy s dyslipidemií a glykosylací pojivové tkáně.

Aterosklerotický plát může růst pomalu několik let a způsobit těžkou stenózu nebo úplný uzávěr. Časem se plát kalcifikuje a mohou vznikat spontánní fisury nebo ruptura s expozicí jeho obsahu protékající krvi. Prasklý plát stimuluje trombózu. Tromby mohou embolizovat, rychle uzavírají lumen nebo se postupně inkorporují do plátu a přispívají ke zvětšení jeho objemu a riziku vzniku uzávěru. / 1 /

1. 1. 5 Příznaky, objektivní nález a diagnóza

Ateroskleróza zůstává klinicky až do rozvoje kritické stenózy, trombózy, aneurysmatu nebo embolie němá.

Příznaky a objektivní nález zpočátku odrážejí neschopnost zvýšení krevního průtoku při zvýšení metabolických potřeb tkání (např. námahová angina pectoris, intermitentní klaudikace). Tyto příznaky se obvykle rozvíjejí postupně, jak aterom pomalu zasahuje do lumen cévy. Při akutním uzávěru velké cévy trombózou, embolií nebo disekujícím aneurysmatem mohou být příznaky i objektivní nález dramatické.

Hyperlipidémie - častými klinickými projevy jsou příznaky a objektivní nálezy předčasného obliterujícího ateromatózního postižení tepen mozku (přechodné ischemické ataky nebo cévní mozková příhoda), srdce (angina pectoris, infark myokardu), střev a dolních končetin (intermitentní klaudikace).

Rodinná anamnéza hyperlipidémie nebo začátek kardiovaskulární choroby před 60. rokem věku je indikací k vyšetření. / 1 /

1. 1. 6 Prevence aterosklerózy

Nejúčinnějším způsobem předcházení kardiovaskulárním a cerebrovaskulárním komplikací tepenné trombózy je prevence aterosklerózy pomocí minimalizace rizikových faktorů. / 1 /

1. 1. 7 Léčba

Léčba aterosklerózy se zaměřuje na její komplikace (např. anginu pectoris, infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a uzávěry periferních tepen). / 1 /

1. 2 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je souhrnné označení chorob, jimž je společná přítomnost ischémie myokardu vzniklá na podkladě patologického procesu v koronárním řečišti.

1. 2. 1 Etiologie a patogeneze

Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS) je klinický pojem označující stavy s odlišnou etiopatogenezí, ale se stejnými důsledky, to je kritickým snížením průtoku krve koronárním řečištěm. Porucha perfúze může mít podklad organický (aterosklerotické postižení, trombus, embolie, arteriitida, koronární píštěl a disekce) či funkční (koronární spazmy).

Na výsledném klinickém obrazu ICHS se podílejí tři faktory: aterosklerotický plát, spasmus a trombus.

V praxi nejčastěji vidíme kombinaci různých patogenetických momentů. Obvykle je to aterosklerotický plát (popř. s nasedajícím trombem nebo spazmem). Protrahovaný spasmus může být také podkladem vzniku trombu nebo může vést k ruptuře plátu. Tímto mechanismem může do té doby nevýznamná léze vést k infarktu myokardu. Rovněž samotný trombus, zejména destičkový, může působit uvolňováním vazoaktivních látek vazokonstrikci. Agregace destiček a dysfunkce endotelu s uvolňováním růstových faktorů je jedním z faktorů vývoje aterosklerózy.

Primárním momentem je u většiny nemocných ateroskleróza, respektive aterosklerotický plát v části věnčité tepny. Typický plát je lokalizován excentricky, zbytek cévy má zachovalou muskulární vrstvu schopnou relaxace či kontrakce. Změny tonusu cévy v okolí léze jsou zodpovědné za kolísání průsvitu stenózy v průběhu dne (vyšší

napětí ráno), či reakce na vazospastické podněty (chlad, psychickou a fyzickou zátěž, jídlo, kouření).

Velmi důležitý je poznatek, že u nemocných s koronární aterosklerózou dochází při fyzické zátěži ke zvýšení tonusu věnčité tepny, a tím ke zvýraznění stenózy, zatímco u zdravých lidí zátěž vede ke koronární dilataci.

Průsvit věnčité tepny může být zásadně ovlivněn rovněž trombózou. Trombus zpravidla nasedá na ateroskleroticky změněnou věnčitou tepnu s poškozeným endotelem, nejčastěji na prasklinu sklerotického plátu. O dalším osudu trombu rozhoduje poměr trombogenních a trombolytických pochodů (vedoucích k okluzi či rekanalizaci tepny).

Zjistilo se, že k prasknutí inklinují pláty tzv. měkké, tvořené převážně lipidy. Naopak pláty s vysokým podílem kolagenních vláken bývají stabilní. / 4 /

1. 2. 2 Rizikové faktory a prevence

ICHS je nejčastější příčinou úmrtnosti v naší populaci. Vysoká prevalence je výsledkem působení řady rizikových faktorů.

Některé rizikové faktory jsou ovlivnitelné (arteriální hypertenze, hyperlipoproteinémie, kouření, diabetes mellitus, stres, obezita, nedostatek fyzické aktivity), jiné ovlivnit nelze (věk, pohlaví, rodinná zátěž).

1. Arteriální hypertenze a hyperlipoproteinémie jsou nejzávažnější rizikové faktory. Důležité je si uvědomit, že při kombinaci hypertenze či hyperlipoproteinémie s jinými rizikovými faktory se jednotlivá rizika nesčítají, ale násobí.
2. Kouření je u nás nejrozšířenější rizikový faktor. Má významnou úlohu nejen v rozvoji aterosklerózy, ale i provokaci akutní koronární příhody. Opakovaně byla prokázána aktivace destiček a koronární spazmy u kuřáků. Přestane-li kuřák kouřit, již po roce se pravděpodobnost koronární příhody snižuje.
3. ICHS je mnohem častější u diabetiků. Pro diabetes je typické, vedle postižení velkých tepen, vznik mikroangiopatie postihující mikrocirkulaci. U diabetu je nutná důsledná a komplexní prevence, to je úprava diety (výrazné omezení tuků), pravidelná kontrola diabetu, nekouření a redukce nadváhy
4. Stres může nejen podporovat aterogenezi, ale jako výrazný vazokonstrikční podnět může vyvolat koronární příhodu. Dlouhodobý stres může vyústit v infarkt myokardu.
5. Tělesná inaktivita je také také důležitým rizikovým faktorem, s fyzickou aktivitou je spojena řada pozitivních momentů (ovlivnění hyperlipoproteinémie, nadváhy).

Vedle těchto nezávislých rizik známe faktory, které působí zprostředkovaně: např. vyšší přísun soli či alkoholu zvyšuje riziko hypertenze. Mechanismus působení rizikových faktorů je sice rozdílný, ale výsledkem je endoteliální dysfunkce, která vede či přispívá k atherogenezi.

Je nutné zdůraznit, že bez změny životního stylu (stravovacích návyků, nekuřáctví, fyzické aktivity) a bez zlepšení kontroly hypertenze, hyperlipoproteinémie a diabetu nelze očekávat snížení úmrtnosti na kardiovaskulární choroby.

Opatření ovlivňující rizikové faktory nazýváme prevencí.

/ 4 /

1. 2. 3 Přehled léčiv používaných v léčbě ICHS

Následující farmakoterapie ovlivňuje kvalitu života i prognózu nemocných.

1. Nitráty - v koronárním řečišti působí zejména v epikardiální části, zásadní je pokles tonusu hladké svaloviny v místě excentrické stenózy. V systémovém řečišti navodí venodilataci s následným poklesem žilního návratu, poklesem metabolických nároků a redistribucí krve. Tento mechanismus se uplatní pouze při podání krátkodobě působících nitrátů.

2. Blokátory kalciových kanálů - obecným účinkem je blokáda kalciového kanálu v hladké svalovině cévní stěny a v kontraktilních i vodivých buňkách myokardu. Výsledným účinkem je relaxace, respektive snížení stažlivosti v kontraktilních elementech a snížení dráždivosti a vodivosti v převodním systému. Důsledkem je snížení tonusu věnčitých tepen v místě excentrické stenózy a v oblasti rezistenčních arteriol.

Dilatace arteriol v systémovém řečišti vede k poklesu krevního tlaku. Snížení kontraktility myokardu vede ke snížení metabolických nároků.

3. Beta - blokátory - základním účinkem je snížení kontraktility s následným poklesem metabolických nároků a požadavků na perfúzi.

4. Antiagregancia - tzv. protidestičkové léky, např. kyselina acetylsalicylová

5. Antikoagulancia - účinná antikoagulace v časném i pozdním období po infarktu myokardu může snížit mortalitu i výskyt reinfarktů, vhodné je podávat antikoagulancia u nemocných po srdečním infarktu s anamnézou trombembolie, s aneurysmatem levé komory srdeční či s průkazem nástěnného trombu v levé komoře. Menší dávky antikoagulancií s cílovými hodnotami INR kolem 2 jsou vhodné k prevenci embolizace u nemocných s fibrilací síní.

/ 4 /

Vedle konzervativní terapie jsou nedílnou součástí péče o nemocné s ICHS také intervenční postupy:

1. Perkutánní transluminární koronární angioplastika (dále jen PTCA) - spočívá v zavedení balónkového katétru (cestou a. femoralis) do zúžené, případně i uzavřené věnčité tepny, rozepnutím balónku dilatujeme stenozovanou tepnu

2. Chirurgická intervence ICHS - zahrnuje několik technik:

- a) implantaci aorto-koronárního bypassu - nejvýznamější, jde o implantaci žilní spojky mezi aortou a věnčitou tepnou distálně od stenózy
- b) implantaci a. mammae do koronární tepny
- c) endarterektomii
- d) resekci aneurysmatu levé komory
- e) ošetření ruptury mezikomorového septa

/ 4 /

1. 2. 4 Klinická klasifikace ICHS:

Akutní (nestabilní) formy:

nestabilní angina pectoris
akutní infarkt myokardu
náhlá smrt

Chronické (stabilizované) formy:

angina pectoris
variantní angina pectoris
němá ischemie myokardu
syndrom X
ICHS manifestovaná srdeční nedostatečností
ICHS manifestovaná arytmiemi

/ 4 /

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M D

Oslovení: paní D

Věk: 92 let

Stav: vdova

Vyznání: římskokatolické

Pojišťovna: VZP- 111

Národnost: česká

Adresa: Praha 8

Vzdělání: vyučena prodavačkou

Povolání: starobní důchodkyně, dříve dětská sestra (za války si udělala kurz pro sestry)

Osoba kterou lze kontaktovat: syn

Doba ošetřování: od 12.11.2007- 18.11.2007

/ 7, 10 /

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 Lékařská anamnéza

AA: negativní

GA: porody 2, operace neměla, potíže nemá

SA: bydlí sama, dochází syn a švagrová

PA: starobní důchodce, dříve pracovala jako dětská sestra

Abusus: nekouří, alkohol nepije

RA: nevýznamná

OA: AS cerebri et universalis I 67.2 I 70.8

Ischemická choroba srdeční, st. p. IM I 25.3

Arteriální hypertenze I 10

Paroxysmus tachyfibrilace síní, spontánní verze na sinusový rytmus I 48

st. p. fraktury LHK před 2 dny, sádrová fixace

Polyartrosa M 15.3

FA: Pankreolan, Algifen, Ergotop, Furon, Mono mack, Enap

NO: V posledních dnech opakované pády („udělá se jí mlha a je na zemi“), před 2 dny fraktura LHK, sádrová fixace. Dnes doma opět upadla, nemohla vstát, našel jí syn a volal RZP. Pacientka dále udává, že jí od rána bolí na hrudi - ukazuje na hrudní kost, která je výrazně palpačně bolestivá, dušná nebyla.

Objektivní nález: tlak: 160/90 puls: 70 teplota: 36,6°C saturace: 96%

Při vědomí, orientovaná, spolupracuje, bez ikteru a cyanozy, v klidu bez dušnosti, dehydratovaná, obézní, bez kožních eflorescencí. Neurologicky bez zjevné lateralizace, ameningeální, sama se ani neposadí. Hlava bez traumatu, spojivky růžové, skléry anikterické, zornice izokorické, reagují na oba podněty, hlavové nervy inervují správně. Jazyk plazí středem, oschlý, bez povlaku, hrdlo klidné. Pulsace karotid symetrické, bez šelestů, náplň krčních žil přiměřená. Poklep plic sonorní, dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů, AS reg., 2 ozvy ohraničené, kostosternální spojení palpačně nebolestivé. Břicho v niveau, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence, játra k oblouku, slezinu

nehmatám, tapotm. bilat. negativní. LHK v sádrové fixaci, DKK- symetrické perimal. otoky, bez zn. TEN, periferie prokrvená, periferní pulsace hmatné. / 10 /

3. 2 Lékařské diagnózy

1. AS cerebri et universalis I 67.2 I 70.8
2. Ischemická choroba srdeční, st. p. IM I 25.3
3. Arteriální hypertenze I 10
4. Paroxysmus tachyfibrilace síní, spontánní verze na sinusový rytmus I 48
5. St. p. fraktury LHK před 2 dny, sádrová fixace
6. Polyartrosa M 15.3 / 10 /

4. DIAGNOSTICKO TERAPEUTICKÁ PÉČE

4. 1 Fyziologické funkce

DATUM	TK	P/min	D/min	TT	Diuréza
12.11.	P 160/90	70´	16	36,6°C	1000 ml
	V 160/100	95´	15	36,9°C	
13.11.	R 155/60	80´	14	38,0°C	1500 ml
	P 160/80	78´		37,4°C	
	V 150/55	70´		38,5°C	
14.11.	R 145/80	70´	14	37,0°C	1500 ml
	P 150/80	72´		37,3°C	
	V 140/70	70´			
15.11.	R 180/65	82´	16	36,9°C	1500 ml
	P 155/65	65´		36,7°C	
	V 150/60	68´			
16.11.	R 140/70	70´	15	36,4°C	2000 ml
	P 140/65	68´		36,6°C	
	V 135/60	65´			

Stav vědomí: Pacientka plně při vědomí, orientovaná osobou, časem i místem, spolupracuje při veškerých vyšetřeních i ošetrovatelské péči / 7, 8 /

BMI: Pacientka si myslí, že má „nějaké to kilo navíc“, bohužel se nám jí nepodařilo zvážit a ona sama svoji váhu ani výšku nezná / 7 /

4.2 Vyšetření

Laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření:

	12.11.2007	13.11.2007	16.11.2007	
glykémie	6,77 mmol/l	6,45 mmol/l		3,3 - 6,1 mmol/l
natrium	141,70 mmol/l	141,00 mmol/l	143,30 mmol/l	132 - 149 mmol/l
kalium	4,09 mmol/l	4,14 mmol/l	4,04 mmol/l	3,8 - 5,5 mmol/l
chloridy	107,00 mmol/l	108,00 mmol/l	111,00 mmol/l	97 - 108 mmol/l
urea	8,77 mmol/l	9,53 mmol/l	9,97 mmol/l	2,0 - 7,5 mmol/l
kreatinin	120,00 umol/l	120,00 umol/l	117,00 umol/l	35 - 100 umol/l
bilirubin	29,00 mmol/l			0 - 20 mmol/l
troponin I	neprokázán			ug/l
AST	0,44 ukat/l			0 - 0,50 ukat/l
ALT	0,32 ukat/l			0 - 0,55 ukat/l
ALP	2,10 ukat/l			0,5 - 2 ukat/l
GMT	0,19 ukat/l			0 - 0,6 ukat/l
amylasa	0,59 ukat/l			0,46 - 1,66 ukat/l
CRP		118,00 mg/l	62,90 mg/l	0 - 8 mg/l

V biochemickém vyšetření je zvýšená hodnota urey, kreatininu, bilirubinu, ALP a CRP, u kterého 16.11. již došlo k poklesu (14.11. nasazeny antibiotika).

Biochemické vyšetření moče:

12.11.

Moč chemicky		Moč sediment	
glukóza	normální nález	erytrocyty	0
bílkovina	2	leukocyty	0
bilirubin	negativní	drť	1
urobilinogen	negativní		
pH	5		

krev	2		
ketolátky	negativní		
nitráty	negativní		
leukocyty	negativní		
hustota	1.015		

Hematologické vyšetření:

	12.11.2007	16.11.2007	
Leukocyty	13,10 $10^9/l$	5,80 $10^9/l$	4,0-10,0 $10^9/l$
Erytrocyty	3,89 $10^{12}/l$	3,07 $10^{12}/l$	4,20-5,40 $10^{12}/l$
Hemoglobin	119,00 g/l	95,00 g/l	120-160 g/l
Hematokrit	0,365 l/l	0,282 l/l	0,370-0,460 l/l
Trombocyty	147 $10^9/l$	184 $10^9/l$	140-440 $10^9/l$

V krevním obraze z 12.11. je zvýšená hodnota leukocytů a snížené hodnoty erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu. 16.11. již klesla hladina leukocytů (od 14.11. nasazeny antibiotika), hodnoty erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu stále klesají.

14.11.2007

Mikrobiologické vyšetření: moč kultivačně + citlivost – primokultivace sterilní.
Kultivace MRSA negativní

RTG plic

12.11.2007

Závěr: Dilatace stínu srdečního, hyperemie hilů, žilní měštnání v plicích

Ortopedické konzilium

9.11. 2007

Dg: fractura radii dist. l.sin, repozice v lokální anestezii

Dop: lokálně ledovat, elevace, kontrola periferie, fixace na 6 týdnů

14.11. 2007

Vyšetření indikováno pro otok prstů LHK pod sádrovou fixací

Závěr: Dle RTG v příznivém postavení, prokrvení a inervace periferie bez deficitu, nadále stejný režim, kontrola za 5 týdnů na spádové ortopedické ambulanci k sejmutí sádrové fixace, při obtížích kontrola ihned

Plánovaná vyšetření

UZ PDK

4.3 Přehled terapie

12.11.2007

FR 1000ml + 20ml 7,46% KCl po 12 hod. i.v.

Heparin 3000 j s.c. po 8 hod.

13.11.2007

stejně + Novalgin 1 amp i.v. při teplotě nad 38°C

14.11.2007

změna infúzní terapie : FR 1000ml na 12 hod. i.v.

Augmentin 1,2 g i.v. po 8 hod.

Heparin a Novalgin zůstává

15.11.2007

stejně +

Enap 5 mg tbl. per os 1 – 0 - 0

Furon 40 mg tbl. per os ½ - 0 – 0

16.11.2007

stejně +

Heparin 3000 j s.c. po 8 hod.ex

Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1x za 24 hod

Augmentin 1,2 g i.v. po 8 hod. ex

Augmentin 625 mg tbl. po 8 hod

/ 10 /

1. Heparin

Heparinum

Indikační skupina: antikoagulans

Nežádoucí účinky: trombocytopenie, alergická reakce, vzácně krvácení z místních lézí, orgánové krvácení, alopecie, po dlouhodobé terapii osteoporóza

2. Fraxiparine 0,3 ml

Nadroparinum calcicum

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

Nežádoucí účinky: zjevné či skryté krvácení, vzácně se může vyskytnout snížení počtu krevních destiček, hematomy v místě vpichu, celková přecitlivělost, vzácně hypoaldosteronismus

3. Enap 5 mg

Enalaprili maleas

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor

Nežádoucí účinky: závratě, bolest hlavy, únava, hypotenze, ortostatická hypotenze, synkopa, nevolnost, průjem, svalové křeče, exantém

4. Furon 40 mg

Furosemidum

Indikační skupina: diuretikum

Nežádoucí účinky: poruchy elektrolytového a vodního hospodářství (hypokalcémie, hyponatrémie, hypokalémie), hypovolémie s hypotenzí, křečové stavy při zvýšené exkreci vápníku

5. Augmentin 625 mg

Amoxicillinum natricum, Kalii clavulanas

Indikační skupina: antibiotikum

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, reakce přecitlivělosti, zvýšení hodnot jaterních testů, zřídka hepatitida a cholestatická žloutenka

6. Novalgin inj.

Metamizolum natricum monohydricum 500mg v 1ml

injekčního roztoku

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolesti břicha, sucho v ústech, alergické kožní reakce, vzácně agranulocytóza nebo trombocytopenie, zhoršení funkce až akutní selhání ledvin

/ 11 /

5. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Paní D. byla na naše oddělení přivezena RZP dne 12.11.2007, kterou ji přivolal syn, když jí našel, po opakovaném pádu, doma na zemi.

Pacientka byla při příjmu ležící, spolupracovala.

V průběhu hospitalizace aktivně rehabilitovala, pro zlomeninu LHK potřebuje dopomoci jak s posazením, hygienou, se stravováním, tak i s oblékáním.

Zdravotní stav se podstatně zlepšil.

Doma byla schopna chodit v chodítku, což se jí zatím nedaří, nemá možnost se podepřít oběma rukama a sádra jí dost přitěžuje.

Po domluvě se synem se bude žádat o doléčení v gerontocentru nebo rehabilitačním ústavu.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

1.1 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Paní D. před přijetím na naše oddělení neměla potíže s dýcháním, nikdy nekouřila.

Nyní je bez dušnosti, dýchání je pravidelné, frekvence 16 dechů / min., hrudní pohyby při dýchání jsou souměrné.

Pacientka má slabou rýmu, serózní sekrece, kašel nemá, nevykašlává. / 7, 8 /

Hydratace

Paní D. doma vypila 500 ml tekutin, necítí potřebu pít, říká, že ví, že by měla pít více.

Alkohol nepije, kávu si dá občas.

Při přijetí dehydratovaná, má oschlá ústa, sliznice v dutině ústní je suchá, příjem tekutin 500 ml je nedostačující. / 7, 8 /

Výživa

Pacientka má horní i dolní zubní protézu, potíže s ní nemá, používá jenom horní a dolní si schovává, jak říká, „na horší časy“.

Má ráda dobrou polévku a brambory s masem, jídlo jí připravuje švagrová. Doma se zvládla najíst sama, dietu nedodržovala, přestože jí byla doporučena již při poslední hospitalizaci, potíže se zažíváním nemá. Dle dokumentace užívala Pankreolan a Algifen. Při přijetí byla předepsaná dieta č. 4 (žlučnicková) s omezením tuků.

Paní D. si myslí, že má nějaké to kilo navíc, váha je v poslední době stejná, neví kolik váží, pozná to prý na věcech.

BMI nelze vypočítat, neznáme váhu ani výšku a jelikož je paní ležící, tak se nám ji nepodařilo zvážit. Pacientku považuji za obézní. / 7, 8, 10 /

Osobní péče

Paní D. s hygienou doma pomáhala švagrová, která docházela denně.

Je zvyklá se sprchovat vždy dopoledne.

Kůži má suchou, nikdy jí nesvědila, doma si jí občas promazala niveou.

Kůže bez defektů, vyrážky, bez jizev, po opakovaných pádech nejsou známky hematomů.

Před přijetím RZP zaveden periferní žilní katétr do PHK.

Paní působí upraveným dojmem, vlasy krátce ostříhané, nehty ostříhané, čisté. / 7, 8 /

Vyprazdňování moče

Pacientka si na problémy s močením doma nestěžovala, na toaletu si došla s pomocí chodítka a nedělalo jí to žádné potíže.

Z důvodu zhoršeného zdravotního stavu zaveden na příjmové ambulanci permanentní močový katétr – moč čirá, bez příměsy.

Vyprazdňování stolice

Paní D. se doma vyprazdňovala pravidelně 1x za 2 dny, po ránu, měla spíše zácpovitou stolicí.

Projímadla neužívala.

Poslední stolice den před přijetím. / 7 /

Odpočinek a spánek

Paní D. ráda spí, spí tak 8 hod. denně, s usínáním potíže nemá, v noci se nebudí, léky na spaní nebere.

Občas se prospí i během dne, tak na půl hodiny.

Unavená se necítí.

Působí odpočínutě. / 7, 8 /

Fyzická a psychická aktivita

Paní D. dříve pracovala jako dětská sestra. Práce jí chybí, měla ji moc ráda.

Po domácnosti se pohybovala s chodítkem, nyní je po pádu doma ležící, odkázána na naši pomoc, doufá, že jí tu dáme dohromady a bude zase schopná chodit s pomocí chodítka.

Paní D. tráví většinu času doma, ráda čte a sleduje televizi, chodí pouze s doprovodem k lékaři. / 7, 8 /

Vypracovala jsem s pacientkou mini mental test. Hodnocení 23 bodů, což je považováno za normální výkon, kdy nejsou narušeny psychické funkce (viz příloha 5). / 2 /

Teplo a pohodlí

Paní D. se na lůžku cítí pohodlně.

Teplota na pokoji pacientce vyhovuje. / 7 /

Bolest

Po zlomenině LHK přetrvávají bolesti v této končetině, které jsou řezavého charakteru, sádrová fixace je pro paní D. nepohodlná a těžká, nezvládne si nic udělat, pod sádrovou fixací má oteklé prsty.

Na škále bolesti hodnotí číslem 4,5 (škála je od 0 - 10) viz analgetický list v příloze 3 a.

Paní D. trápí asi půl roku bolesti DKK, konkrétně chodidel, bolest je vždy při chůzi, uleví se jí v sedě, bolest popisuje jako silnou, doma analgetika nežívala.

Na škále bolesti hodnotí číslem 8, viz analgetický list v příloze 3 b.

Při příjmu si stěžovala lékaři na bolesti na hrudi, nyní je již bez potíží. / 7, 8 /

Sexualita

Paní D. je vdova, je jí 92 let a tak jsem tyto otázky nepokládala.

Porodila 2 syny, oba žijí a jsou v kontaktu.

Gynekologické problémy nemá.

/ 7 /

Smyslové funkce

Paní D. používá na čtení brýle, občas vidí 2x nebo se jí dělá před očima mlha.

Brýle jí na obličejí nesedí, jsou uvolněné, padají.

Slyší vše, na co se ptám.

/ 7, 8 /

1. 2 Psychosociální potřeby

Jistota a bezpečí

Paní D. důvěřuje zdravotnickému personálu.

Jelikož žije sama, syn se švagrovou pouze docházejí, má trochu obavy, co bude dál a jestli bude schopna se o sebe postarat.

K synovi má plnou důvěru, vždy jí velice pomáhal a jak říká „ on je moje jistota“.

/ 7 /

Soběstačnost

Paní D. se o sebe doma starala sama s pomocí švagrové a syna, kteří denně docházeli.

Po bytě chodila s chodítkem, obědy jí připravovala švagrová a tak prý nemusela nic moc dělat. S hygienou jí také pomáhala denně švagrová.

Nevyužívala služeb pečovatelské služby ani jiných podobných služeb.

/ 7 /

Dle Barthelova testu základních všedních činností je nyní vysoce závislá - 20 bodů, viz příloha 4 a.

/ 5 /

Komunikace

Pacientka nemá žádný problém s komunikací, mluví ráda, kontakt byl navázán bez problémů.

Paní D. spolupracuje při sestavování ošetrovatelského plánu.

Slyší dobře vše, na co je tázána. / 7 /

Informace

Paní D. byla při přijetí informována, kde se nachází, o chodu oddělení, o probíhající léčbě, ošetrovatelských úkonech, o dietě a pohybovém režimu. / 7 /

Rodina a sociální zázemí

Paní D. žije sama, v přízemním bytě na Praze 8.

Pravidelně za ni dochází syn a švagrová, v rodině mají harmonické vztahy.

Stýká se s sousedkou.

Jako kontaktní osobu uvedla paní D. svého syna.

Duchovní potřeby

Paní D. je římskokatolického vyznání.

Dříve chodívala do kostela pravidelně, nyní už nechodí. / 7 /

1.3 Vnímání nemoci a hospitalizace pacientkou

Hospitalizaci vnímá jako nutnou věc a doufá, že ji tu „dáme zase dohromady“.

Chtěla by tu strávit co nejméně času, ale zároveň chápe, že se sama o sebe nyní nepostará.

Před hospitalizací si po pádu zlomila LHK, sádrová fixace jí dost vadí, zatěžuje jí, nezvládne si plno věcí udělat sama. Je si vědoma skutečnosti, že dokud bude mít sádrovou fixaci, tak jí bude muset neustále někdo pomáhat.

Přesto všechno se paní D. velice snaží, rehabilituje a doufá, že se vše vrátí do stavu, v jakém byla před hospitalizací, že se zvládne o sebe postarat s dopomocí syna a švagrové a bude se moci vrátit domů.

Byla informována, že půjde na doléčení do gerontocentra nebo rehabilitačního ústavu. To se jí moc nezamlouvá, ale chápe to jako nutnost a říká, že se „aspoň rozhýbe“.

/ 7, 8 /

1. 4 Hodnocení pacientky sestrou

U paní D. se jedná o opakovanou hospitalizaci, naposledy v květnu 2007.

Pacientka byla přivezena na naše oddělení ležící, od začátku hospitalizace aktivně spolupracovala a na vše se vyptávala.

Spolupracovala při veškerých ošetřovatelských a léčebných úkonech, aktivně se také podílí na tvorbě ošetřovatelského plánu.

Barthelův test v den přijetí - 20 bodů (vysoce závislá).

Pacientka je plně orientovaná časem, místem i osobou.

Paní D. je bez známek cyanózy, dušnosti, kůže je bez lézí, suchá, na těle nejsou známky žádných hematomů po pádech doma.

Při příjmu je dehydratovaná, má suché rty a sliznici v dutině ústní, paní D. vypije pouze 500 ml denně, což je nedostačující.

Na LHK je sádrová fixace, prsty pod sádrovou fixací jsou oteklé, ale bez známek cyanózy, LHK je bolestivá.

DKK jsou oteklé, stěžuje si na bolest chodidel při chůzi.

Paní D. spí v noci dobře, občas se prospí i přes den. Ráda čte, syn jí donese nějaké knihy a časopisy, od nás nic půjčit nechce.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

12.11.2007

1. Snížená soběstačnost po opakovaných pádech a z důvodu sádrové fixace na LHK
2. Akutní bolest LHK po zlomenině se sádrovou fixací
3. Nedostatečná hydratace z důvodu sníženého pocitu žízně a snížené soběstačnosti
4. Změna ve vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru
5. Riziko pádu z důvodu omezené hybnosti
6. Riziko vzniku dekubitů vzhledem k imobilizaci
7. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru

13.11.2007

8. Strach ze závislosti na druhých osobách
9. Obavy z budoucnosti vzhledem ke snížené soběstačnosti
10. Změna tělesné teploty z důvodu neznámého infektu

3. CÍL, PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelská diagnóza č. 1:

Snížená soběstačnost po opakovaných pádech a z důvodu sádrové fixace na LHK

Ošetřovatelský cíl:

Pacientka se do 3 dnů s pomocí posadí, zvládne se sama najíst, zvládne s částečnou pomocí ranní hygienu.

Pacientka se zapojí do rehabilitační léčby.

Pacientka se s pomocí do 5 dnů postaví.

Plán ošetřovatelské péče:

- posadit pacientku na lůžku
- posadit pacientku s nohama svěřenými dolů z lůžka
- připravit pomůcky k ranní hygieně, pomoc při hygieně
- připravit stravu
- povzbuzovat, podporovat pacientku
- zkusit stoj s pomocí fyzioterapeutky

Realizace:

Paní D. jsme posadily nejdříve na lůžku.

Druhý den jsme zkoušely sed s nohama svěřenými z lůžka, prvních pár pokusů bylo bezvýsledných, ale pak se udržela a seděla.

3. den jsme paní D. připravily vše potřebné k hygieně, a s naší pomocí se zvládla omýt.

Při snídani a při obědě jsme vše připravily tak, aby se byla paní D. schopna najíst pravou horní končetinou (dále jen PHK), kterou běžně jí.

Při cvičení s fyzioterapeutkou se snažila zvládnout co nejvíce.

Zkusily jsme s fyzioterapeutkou paní D. postavit, ale stoj se nezdařil.

Po celou dobu jsme paní D. povzbuzovaly a podporovaly ve všem, co udělala nebo se snažila udělat.

12.11. Barthelův test základních všedních činností 20 bodů (vysoce závislá)

viz příloha 4 a.

15.11. Bartelův test základních všechních činností 35 bodů (vysoce závislá)

viz příloha 4 b.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Paní D. zvládla sed na lůžku s nohama svěšenýma z postele.

Po přípravě stravy se sama zvládne najíst PHK, s hygienou potřebuje větší pomoc, jednou rukou jí to nejde.

Aktivně se zapojila do rehabilitační léčby, protože ví, že je to nutné a nechce být úplně závislá na někom druhém. Uvědomuje si, že dokud bude mít sádrou fixaci, tak se jí vše bude dělat hůř.

Stoj se paní D. zatím nezdařil.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Akutní bolest LHK po zlomenině se sádrou fixací

Ošetrovatelský cíl:

Pacientka udává zmírnění bolesti LHK.

Zmírnění otoku prstů LHK.

Plán ošetrovatelské péče:

- podložit LHK, zda dojde ke zmírnění bolesti
- kontrola prstů pod sádrou fixací, které jsou oteklé, jakoukoliv změnu barvy prstů nebo zvětšení otoku ihned nahlásit lékaři
- konzultace s lékařem ohledně bolesti, analgetik

Realizace:

Pacientka pociťuje řezavou bolest LHK, popisuje ji jako středně silnou, na škále bolesti udává číslo 4,5, viz příloha 3 a.

LHK jsme daly do zvýšené polohy, podložily jsme končetinu molitanovými čtverci, paní D. se bolesti zmírnily, bolest popisuje jako mírnou, na škále bolesti hodnotí číslem 3.

Při každé návštěvě pokoje jsme kontrolovaly prsty pod sádrou fixací, prsty jsou stále oteklé, beze změny barvy, prsty ledovány.

Konzultovala jsem s ošetrujícím lékařem bolesti LHK a otok prstů.

Pro neustupující otok prstů LHK pod sádrou fixací bylo 14.11. provedeno ortopedické konzilium, bez nálezu.

Na bolesti nebylo nic naordinováno, pouze Novalgin 1 amp. i.v. při teplotě nad 38°C, který pomohl i na bolesti LHK.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Paní D. pociťuje při podložení LHK zmírnění bolesti.

Sádrová fixace je pro ní nepříjemná.

Prsty pod sádrovou fixací jsou stále oteklé, bez změny barvy.

Po Novalginu je bez bolesti.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3:

Nedostatečná hydratace z důvodu sníženého pocitu žízně a snížené soběstačnosti

Ošetrovatelský cíl:

Paní D. je dostatečně hydratovaná.

Vypije alespoň 1,5 l tekutin.

Plán ošetrovatelské péče:

- dát do dostatečné vzdálenosti láhev s pitím tak, aby na ni dosáhla PHK
- pobízet k pití
- vysvětlit nutnost pitného režimu

Realizace:

Paní D. jsem vysvětlila, že je důležité vypít alespoň 1,5l tekutin, že není vhodné pít kávu a černý čaj, který dehydratují.

Vzhledem k hypertenzi nejsou pro ní vhodné ani minerální vody.

Dostatečný příjem tekutin ovlivní i charakter stolice, pacientka má sice pravidelnou, ale zácpovitou stolicí.

Vzhledem k zavedení permanentního močového katétru je také důležitý dostatečný příjem tekutin, který může ovlivnit i případnou infekci.

Po vysvětlení důležitosti pitného režimu jsem dala na stoleček láhev s pitím tak, aby na ní paní D. dosáhla PHK a zkusila jsem, jestli když jí pobídnu k pití, se sama zvládne napít a zvládla to.

Při každé návštěvě pokoje jsme paní D. pobízely k pití.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Paní D. je dostatečně hydratovaná.

Potřebuje neustálou kontrolu a vybízení k napití, sama pít zapomíná.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4:

Změna ve vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Ošetřovatelský cíl:

Krátkodobý cíl: katétr funkční, odvádí

pacientka bez známek uroinfekce

Dlouhodobý cíl: obnova normálního vyprazdňování

Plán ošetřovatelské péče:

- vysvětlit důvod zavedení permanentního močového katétru (dále jen PMK)
- dohled nad hydratací
- kontrolovat močový katétr, jak odvádí, jakou má moč barvu, jaké množství odvede za 24 hod.
- ptát se na pocity související se zavedením PMK
- nácvik normálního vyprazdňování po odstranění PMK

Realizace:

Paní D. jsem vysvětlila, že PMK má zaveden dočasně s ohledem na její zhoršený zdravotní stav a pro nutnost kontroly diurézy.

Opět jsem jí vysvětlila důležitost pitného režimu.

Pravidelně jsme kontrolovaly katétr, jak odvádí, množství a barvu moče – moč čirá, bez příměsí, množství 1500 ml/24 hod.

Ptala jsem se na pocity v souvislosti se zavedením močového katétru a po počátečních nepříjemných pocitech (pálení, svědění) je nyní bez potíží.

13.11. se u pacientky objevily febrilie, 14.11. nabrána moč na kulturační vyšetření s negativním výsledkem.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Katétr funkční, odvádí 1500 ml/24hod., moč čirá, bez příměsí

Pacientka bez známek uroinfekce

Ošetřovatelská diagnóza č. 5:

Riziko pádu z důvodu omezené hybnosti

Ošetřovatelský cíl:

Pacientka neupadne

Plán ošetřovatelské péče:

- vysvětlit pacientce možné riziko pádu
- na noc dát zábrany (se souhlasem pacienty, po konzultaci s ošetřujícím lékařem)

- signalizační zařízení v dosahu pacientky

Realizace:

Paní D. jsem vysvětlila možné riziko pádu s ohledem na její dočasně sníženou soběstačnost, poučila jsem jí, aby se zatím sama neposazovala ani nepostavovala.

U lůžka má paní D. signalizační zařízení, vysvětlila jsem jí, že kdyby cokoliv potřebovala, stačí zazvonit, my přijdeme a se vším jí pomůžeme.

Konzultovala jsem s ošetřujícím lékařem i pacientkou možnost podání zábran na noc.

Pacientka souhlasila, říkala, že by nechtěla upadnout.

Ošetřující lékař si také promluvil s pacientkou, s podáním zábran souhlasil a udělal záznam do dokumentace.

Hodnocení:

Po dobu mého ošetřování nedošlo k pádu.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6:

Riziko vzniku dekubitů vzhledem k imobilizaci

Ošetřovatelský cíl:

Zachovaná integrita kůže

Plán ošetřovatelské péče:

- zhodnotit riziko vzniku dekubitů
- posazovat, polohovat
- vybavit lůžko antidekubitárními pomůckami (antidekubitární matrace, molitanové čtverce)

Realizace:

Dle stupnice Nortonové dosáhla paní D. 19 bodů, což je zvýšené riziko vzniku dekubitů

Paní D. přes den posazujeme, pokud leží, tak polohujeme.

Lůžko jsme vybavily antidekubitární matrací, pod paty a LHK dávány molitanové čtverce.

Sakrální oblast je promazávána Menalind pastou, kontroluji oblasti rizikových částí těla (sakrální oblast, lopatky, paty).

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Prevence byla úspěšná.

Paní D. nemá porušenou integritu kůže.

Ošetřovatelská diagnóza č. 7:

Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru

Ošetřovatelský cíl:

Pacientka bez známek infekce

Plán ošetřovatelské péče:

- periferní žilní katétr sterilně převázán
- výměny periferního žilního katétru dle standardu - nejdéle 3. den
- kontrolovat okolí místa vpichu

Realizace:

Paní D. měla periferní žilní katétr (dále jen PŽK) zaveden zdravotníkem ze záchranné služby, na oddělení jsme ho sterilně zafixovali.

Při každé manipulaci s katétrejsem kontrolovala místo vpichu, zda nejeví známky zánětu.

13.11. se objevují febrilie,

14.11. nasazen Augmentin 1,2 g i.v. po 8 hod., zaveden nový PŽK.

16.11. periferní žilní katétr zrušen a Augmentin podáván ve formě tbl. 625 mg per os po 8 hod.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Okolí periferního žilního katétru nejeví lokálně žádné známky zánětu.

Ošetřovatelská diagnóza č. 8:

Strach ze závislosti na druhých osobách

Ošetřovatelský cíl:

Potlačit nebo alespoň zmírnit strach ze závislosti na druhých osobách.

Plán ošetřovatelské péče:

- promluvit si s pacientkou o příčinách strachu
- nechat vyjádřit její pocity a obavy
- konzultace s lékařem ohledně možností další péče

Realizace:

Povídám si s paní D., je velice vděčná a moc se jí ulevilo.

Vysvětlila jsem jí, že i když nebude vše v pořádku tak, jak to bylo před přijetím, nemusí mít obavy, že existují zdravotní zařízení k doléčení jako např. rehabilitační centrum. Dále existují i služby, kdy pracovníci těchto služeb docházejí domů a např. obstarají nákupy, obědy, pomůžou s hygienou nebo poradí.

Konzultovala jsem s ošetřujícím lékařem možnosti další péče, doporučil mi kontakt se sociální pracovnící a připsal sociální šetření do dokumentace.

Sociální pracovníce si promluvila s pacientkou i synem paní D. a vysvětlila jim možnosti další péče.

Syn paní D. si také přeje její doléčení v nějakém zařízení k tomu určeném.

Hodnocení:

Strach se zmírnil, paní D. moc děkovala.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9:

Obavy z budoucnosti vzhledem ke snížené soběstačnosti

Myslím si, že v předchozím bodě jsme společně s paní D. vyřešily i tento problém

Ošetrovatelská diagnóza č. 10:

Změna tělesné teploty z důvodu neznámého infektu

Ošetrovatelský cíl:

Udržet teplotu v normálním rozmezí

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelné kontroly teploty
- při teplotě nad 38°C dle ordinace lékaře Novalgin 1 amp. i.v.
- sledovat laboratorní ukazatele zánětu
- kontrolovat a sledovat známky zánětu u PŽK a PMK

Realizace:

Teploty kontrolujeme 2x denně, samozřejmě je-li třeba, tak víckrát.

Při teplotě nad 38°C podáme dle ordinace Novalgin 1 amp. i.v.

Dohlížím na hydrataci a opět připomínám, že je nutné více pít.

Sleduji PŽK a PMK (nejeví známky infekce).

Kontroluji laboratorní výsledky, kde je zvýšená hladina leukocytů a CRP.

Hodnocení:

Vždy po vystoupení teploty se nám ji podařilo snížit pod 37 °C.

PŽK a PMK nejeví známky zánětu, přesto se 14.11. zavádí nový PŽK.

14.11. nasazen Augmentin 1,2 g po 8 hod. i.v.

Teploty 15.11. ustoupily.

4. EDUKACE PACIENTKY

Paní D. byla edukována v průběhu ošetrovatelského procesu. Jelikož už při poslední hospitalizaci byla poučena o léčebném a dietním režimu, který nedodržovala, rozhodla jsem se, že budu edukovat i syna, který za ní pravidelně dochází. Synovi jsem vše vysvětlila v přítomnosti pacientky, dala jsem mu prospekty ohledně aterosklerózy, ICHS a hypertenze.

Obdržel také materiály ohledně diety vhodné při onemocnění aterosklerózou a hypertenzní nemocí, doporučila jsem mu, že by bylo vhodné informovat ohledně diety i osobu, která paní D. vaří (švagrová).

Upozornila jsem na nutnost dodržování pitného režimu, vysvětlila jsem mu, že káva a černý čaj nejsou vhodné, vzhledem k hypertenzi by pacientka neměla pít ani minerální vody.

Vysvětlila jsem synovi, že pokud bude paní D. v domácím prostředí, bylo by vhodné, vzhledem k opakovaným pádům, toto prostředí přizpůsobit pacientce (madla v koupelně, na toaletě, odstranit prahy, o které by mohla pacientka zakopnout, aby nebyly kluzké podlahy).

Syn měl možnost pohovořit se sociální pracovníci ohledně dalších možností péče.

Zdůraznila jsem nutnost pravidelných kontrol u lékaře.

Doporučila jsem mu zajít s paní D. k očnímu lékaři, neboť jsem si všimla, že brýle jí nesedí a padají z obličeje.

Syn si přeje zlepšení zdravotního stavu matky, a tak se k edukaci postavil kladně.

5. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Paní D. si přeje, aby byla soběstačná, proto se po celou dobu mého ošetřování snažila maximálně spolupracovat. Výsledkem jsou pomalé, ale viditelné pokroky.

Bohužel má paní D. LHK v sádrové fixaci, kterou bude mít ještě 5 týdnů, což jí značně přitěžuje v nácvičku sebeobsluhy. Momentálně se sama nezvládne posadit ani postavit. Potíže bude mít i s chůzí, neudrží se opřená o chodítko jednou horní končetinou.

Není příznivý ani pokročilý věk pacientky. Paní D. bude imobilizovaná delší dobu a v případě nedostatečné rehabilitace se obávám, že bude mít v budoucnu s pohyblivostí potíže. Tomuto možnému problému jsme se snažily předejít pravidelnou rehabilitací. Nacvičovaly jsme i stoj, který se zatím nezdařil.

Pacientka měla strach, jak bude sama zvládat pobyt doma. Poté, co jsme si pohovořily o tomto problému a nastínila jsem jí možnosti další péče, se jí znatelně ulevilo, protože zřejmě netušila, jaké alternativy se jí nabízejí.

Moje dosavadní zkušenosti včetně případu paní D. potvrzují, jak je důležité komunikovat a umět naslouchat pacientům. Pokud nemocní s ošetřujícím personálem prodiskutují záležitosti, kterých se obávají, a dostanou uspokojivé vysvětlení, obvykle spatří své potíže z jiného úhlu.

Bohužel podle mého názoru ani v současné době sestry dostatečně s pacienty při ošetřování nekomunikují.

Po 16 - ti denní hospitalizaci byla pacientka přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných.

D. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Berkow, R.; Fletcher, A.: *Kompendium klinické medicíny*, Praha, X - Egem, 1996, ISBN 80 - 85395 - 98 - 3
2. Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M.: *Speciální psychologie*, Brno, NCO NZO, 2003, ISBN 80 - 7013 - 386 - 4
3. Doenges, M.; Moorhouse, M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha, Grada, 1996, ISBN 80 - 7169 - 294 - 8
4. Klener, P. a kol.: *Vnitřní lékařství*, Praha, Galén, 1999, ISBN 80 - 7262 - 007 - X
5. Staňková, M.: *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*, Brno, IDVPZ, 2001, ISBN 80 - 7013 - 323 - 6
6. Šafránková, A.; Nejedlá, M.: *Interní ošetřovatelství I*, Praha, Grada, 2006, ISBN 80 - 247 - 1148 - 6

DALŠÍ ZDROJE INFORMACÍ:

7. Pacientka - rozhovor
8. Pacientka - pozorování
9. Rodina - syn
10. Dokumentace
11. AISLP - pravidelně aktualizovaná databáze hromadně vyráběných léčivých přípravků registrovaných v ČR

E. SEZNAM ZKRATEK

ACE	enzym konvertující angiotenzin
AS	ateroskleróza
BMI	body mass index
CRP	C reaktivní protein
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
HDL	lipoprotein o vysoké denzitě
ICHS	ischemická choroba srdeční
INR	mezinárodní normalizovaný poměr pro QUICKA
LDL	lipoprotein o nízké denzitě
LHK	levá horní končetina
MRSA	methicilin rezistentní stafylokokus aureus
PDK	pravá dolní končetina
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
PTCA	perkutánní transluminární koronární angioplastika
PŽK	permanentní žilní katétr
RZP	rychlá záchranná pomoc
TEN	tromboembolická nemoc
UZ	sonografie

F. PŘÍLOHY

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Analgetický listy - analgetický list a) bolest LHK
- analgetický list b) bolest DKK
4. Barthelův test základních všedních činností a) ze dne 12.11.
b) ze dne 15.11.
5. Mini mental test