

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2008

Beáta Kredatusová

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská kasuistika pacienta
s chronickým selháním ledvin**

**Nursing care for a patient with
chronic renal failure**

2007/2008

Beáta Kredatusová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Prohlašuji, že práci jsem vypracovala sama, s použitím literatury, která je v práci uvedena.

V Praze dne: 13.3.2008

OBSAH

A. Úvod	5
B. Klinická část	
1.1 Diabetická nefropatie	6
1.2 Ischemická choroba dolních končetin	10
1.3 Základní identifikační údaje	13
1.4 Lékařská anamnéza a diagnózy	13
1.5 Diagnosticko terapeutická péče	15
1.6 Průběh hospitalizace	17
C. Ošetrovatelská část	
1.1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu pacienta	19
1.2 Ošetrovatelské diagnózy	23
1.3 Ošetrovatelský cíl, plán, realizace a hodnocení	23
1.4 Edukace	32
1.5 Závěr a ošetrovatelská prognóza	33
Literatura a jiné zdroje informací	
Seznam zkratk	
Přílohy	

A. ÚVOD

Pro svou závěrečnou práci jsem si zvolila pacienta (75 let) v chronickém dialyzačním programu. Pracuji jako sestra specialista na dialyzačním oddělení sedm let. Na našem pracovišti se provádějí akutní a chronické dialýzy a také příprava pacienta před transplantací ledviny.

Dialyzační léčba jako taková není léčbou v pravém slova smyslu, pouze nahrazuje určitou funkci ledvin, které z různých příčin přestaly fungovat. Je to očišťovací metoda krve, která pomocí speciálního přístroje, nebo vlastního peritonea pacienta odvádí z těla metabolity tak, jak by to dělaly funkční ledviny. Ostatní funkce, jako je např. podílění se na krvetvorbě, dialyzační léčba bohužel nahradit neumí. Má také další přidružené komplikace, ale i tak je to mimo transplantace nejúčinnější náhrada funkce ledvin.

Prevalence onemocnění ledvin se za posledních padesát let zvyšuje. Není to jenom stále postupující modernizací dialyzačních přístrojů, ale i různých vyšetřovacích a diagnostických metod. Tyto metody dokážou odhalit začínající ledvinovou nedostatečnost, popřípadě i jiné onemocnění ledvin. Dále je to také lepší dostupností dialyzační léčby a prakticky žádné nebo jen minimální kontraindikace při jejím započítí.

Pacienta, kterého jsem si zvolila pro závěrečnou práci, znám dva roky. Důvodem pro výběr byla pacientova komunikativnost a ochota podílet se na této práci. Pán má celou řadu potíží, v poslední době je jeho největší problém bolest dolních končetin. V práci jsem zachytila období od 11.12 do 27.12, vcelku 9 dnů. Pán dochází na dialýzu třikrát týdně: v pondělí, čtvrtek a sobotu vždy odpoledne. Pán je přivážen na dialýzu sanitkou, odvoz domů je rovněž sanitním vozidlem.

Práce byla vypracovaná se souhlasem pacienta, pán je ochotný spolupracovat. Očekává, že jeho problémy budou, vzhledem k povaze onemocnění, dostatečně řešeny.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. 1. Diabetická nefropatie

Definice onemocnění

Onemocnění ledvin u pacientů s dg. Diabetes mellitus je časté. Diabetická nefropatie je mikroangiopatická komplikace cukrovky charakterizovaná postižením glomerulů, tubulů a mezangia, spojená se zbytněním bazální membrány, expanzí mezangia a hyalinizací interkapilárního pojiva glomerulů. (5)

Příčiny onemocnění

V etiopatogenezi diabetické mikroangiopatie se uplatňuje řada faktorů. Dlouhodobá hyperglykémie vede k vzestupu množství glykoproteinů v bazální membráně glomerulů i tubulů a mezangiální matrix (neenzymatická glykace). Dochází tím postupně ke ztluštění bazální membrány a expanzi mezangia. Další mechanismus je enzymatická redukce glukózy za vzniku vysoké intracelulární koncentrace sorbitolu a jeho nepříznivý účinek na buňky, dále přímý toxický účinek vysokých koncentrací glukózy na buňky. Velký význam mají i změny hemodynamické (zvýšený intraglomerulární tlak) a nepochybně i faktory genetické. (4,5)

Klinický obraz onemocnění

Na základě klinického obrazu a laboratorních nálezů můžeme vznik a rozvoj diabetické nefropatie rozdělit do několika stádií:

I. stadium latentní, hyperfiltračně-hypertrofické. Toto stadium je potencionálně reverzibilní, je charakterizováno zvýšením glomerulární filtrace o 10 - 40 % ve srovnání s hodnotami zdravých osob stejného věku. Histologicky nalézáme zvětšené glomeruly s dilatací kapilárních kliček. Objevuje se mikroalbuminurie.

II. stadium incipientní diabetické nefropatie. Stadium je charakterizováno trvalou mikroalbuminurií, glomerulární filtrace klesá k normálním hodnotám a posléze i sníženým. Objevuje se hypertenze (především diastolická). Morfologicky progreduje ztluštění bazální membrány glomerulů i tubulů s expanzí mezangia a následnou okluzí glomerulárních kliček. Stadium trvá v průměru deset let a plynule přechází do stadia manifestní nefropatie.

III. stadium manifestní diabetické nefropatie. Pro třetí stadium je charakteristický již rozvoj proteinurie vedoucí až k rozvoji nefrotického syndromu. Dochází k postupné progresi renálního poškození a míra kompenzace cukrovky v této fázi již není pro rychlost poklesu glomerulární filtrace rozhodující. Pro manifestní formu diabetické nefropatie je charakteristické též většinou trvalé závažné zvýšení systémového krevního tlaku. Morfologicky dále progredují změny v ledvinách vedoucí ke konečné sklerotizaci většiny glomerulů.

IV. stadium chronické renální insuficience a selhání. Terminální fáze tohoto stadia s možným rozvojem uremické symptomatologie se objevuje u diabetiků dříve než u ostatních nemocných s nefrologickými chorobami. Zpravidla se v této fázi začíná s pravidelnou dialyzační léčbou. (5)

Diagnostické metody

Anamnéza: V rodinné anamnéze zjišťujeme výskyt hypertenze, častá úmrtí či onemocnění ledvin. V osobní předchozí ledvinná onemocnění, infekce, chronické hnisavé procesy, cukrovku, urolitiázu, celková systémová onemocnění, hypertenzi, úrazy a operace v oblasti břicha a malé pánve, léky užívané dlouhodobě, nefrotoxické léky, ale i drogy, různá hematologická či onkologická onemocnění a onemocnění jater.

Fyzikální vyšetření: Hodnotíme stav hydratace, kolorit kůže, otoky, uremický foetor. Fyzikální nález na hrudníku může vykazovat známky fluidotoraxu, perikardiální třecí šelest, viditelný úder hrotu. Vyšetření břicha může prokázat ascites, hepato a splenomegalii, dále se provádí bimanuální palpce ledvin, palpce uretrálních bodů. Na končetinách se vyšetřují otoky, průchodnost cév, nožní klenbu. Změří se tlak krve.

Laboratorní metody: Biochemické vyšetření moče a močového sedimentu na přítomnost buněčných elementů, válců a krystalů.

Vyšetření funkční schopnosti ledvin: glomerulární filtrace, vyšetření tubulárních funkcí.

Biochemické vyšetření krve základní: urea, kreatinin, Na, K, Ca, P, kyselina močová, acidobazická rovnováha.

Biochemické vyšetření krve rozšířené: amylázy, enzymy, lipidové spektrum, markery hepatitid, CRP, sedimentace erytrocytů, glykémie.

Hematologické vyšetření krve: krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, základní koagulační faktory.

Mikrobiologické vyšetření moče: bakteriurie.

Neinvazivní a invazivní diagnostika: Sonografické vyšetření za podmínek dobré hydratace a po vyprázdnění močového měchýře, zjišťování cyst a hematomů v okolí ledviny, posouzení velikosti a tvarových odchylek ledvin, rozpoznání nekontrastních konkrémentů.

Rentgenové vyšetřovací metody: nativní nefrogram, intravenózní urografie, ascendentní pyelografie, cystografie, renální angiografie.

Výpočetní tomografie a magnetická rezonance k posouzení detailů v anatomických odchylkách ledvin s kontrastní látkou nebo bez, podezření na nádor ledviny a celou řadu dalších patologických stavů. (4,5)

Léčba

Dietní opatření. U nemocných s diabetickou nefropatií je z hlediska dietologického třeba postupovat přísně individuálně. V časném stadiu diabetické nefropatie, při objevení mikroalbuminurie, se redukuje přísun proteinů na 0,8 - 1,0g /kg/den, přičemž zastoupení živočišných a rostlinných proteinů má být zhruba 1:1.

Při dalším poklesu renálních funkcí se dále snižuje přísun proteinů na 0,6 - 0,7g proteinů /kg/den, přičemž zastoupení živočišných bílkovin má být kolem 70%. Energetická potřeba se hradí ve formě lipidů a sacharidů jako u diet při hyperlipoproteinemii. V případě potřeby se zvyšuje přísun sacharidů a upravuje dávka inzulínu.

Přísně nízkobílkovinnou dietu obsahující 0,3-0,4g bílkovin /kg/den lze individuálně použít u kompenzovaného diabetu II. typu.

V dietě se omezuje přísun fosfátů (do 0,8g/den). U obézních diabetiků II. typu lze při kontrole metabolických parametrů krátkodobě podat nízkobílkovinnou dietu s nižší energetickou hodnotou (100kJ/kg/den).

Příjem tekutin řídíme podle objemu moči, jestliže nemocný je ve vyrovnané vodní bilanci. V oligoanurické fázi se doporučuje pouze 0,5l tekutin na den. (5)

Farmakoterapie. Kontrola hyperglykémie formou inzulínových režimů. Při hyperlipidemii se podávají hypolipidemika v redukované dávce a to statiny nebo fibráty. Léčbu hypertenze je potřeba začít už při hraničních hodnotách. Z medikamentů se používají ACE inhibitory, kardioselektivní beta-blokátory, kalciové blokátory, antagonisté beta-receptorů. (5)

Očišťovací metody. Při renálním selhání je nutné včas zahájit dialyzační léčbu buď formou hemodialýzy nebo peritoneální dialýzy.

Hemodialýza: při procesu hemodialýzy je krev odváděna z vhodného cévního přístupu nemocného a pomocí krevní pumpy se dostává do vlastní dialyzační membránové jednotky. Oddialyzovaná krev se vrací nemocnému sety, ve kterých je zabudován detektor pro vzdušnou embolií.

Dialyzační mixážní jednotka zajišťuje přesné složení dialyzačního roztoku z upravené čisté vody a elektrolytového koncentrátu tak, aby se přibližoval svým chemickým a osmotickým složením

extracelulární tekutině. Nejčastěji užívaným nárazníkovým systémem je Natrium bikarbonát. Roztok je dále ohřátý na tělesnou teplotu.

Membránová jednotka může být různého typu s různě velkým povrchem dialyzační membrány, clearancovými charakteristikami a hydraulickým koeficientem pro ultrafiltraci.

K prevenci srážení krve v dialyzačním systému je nutno podávat heparin. Klasická doba trvání jedné dialýzy představuje 3-5 hodin. Během ní klesá hladina urey na 50% a dočasně se upravuje metabolická acidóza a hyperkalemie. Většina nemocných v terminální fázi chronického selhání ledvin vyžaduje dialyzační cyklus 3x týdně, aby mohli zůstat v dobrém klinickém stavu. Absolutní indikací pro dialyzační léčbu je pokles reziduální glomerulární filtrace k hodnotám mezi 5 - 10ml/min. Hladina sérového kreatininu většinou přesahuje 600 umol/l, u diabetiků již při hodnotách kreatininu 400 - 500 umol/l.

Peritoneální dialýza využívá k separaci metabolitů vlastní peritoneum nemocného. Princip peritoneální dialýzy je založen na napuštění speciální tekutiny do peritoneální dutiny přes speciální peritoneální kateter a jejím periodickým vypouštěním a znovunapuštěním. Koncentrace solutů v peritoneálním dialyzátu se vyrovnávají pomalu. (4)

Transplantace. Indikovaní nemocní by měli být co nejdříve transplantováni buď kombinovanou formou (transplantace segmentu pankreatu a ledviny), či samotné ledviny. Absolutní kontraindikací je pouze jiná progredující, život ohrožující choroba.

Základním problémem transplantace je imunitní reakce příjemce na transplantovanou cizí ledvinu, která by mohla vést až k jejímu úplnému odloučení. Aby pravděpodobnost této nepříznivé imunitní reakce byla co nejmenší, je výběr dárce - příjemce prováděn tak, aby byla vždy kompatibilita v systému AB0 krevních skupin a vždy musí být negativní tzv. křížová zkouška (cross-match), která záleží na reakci séra příjemce s lymfocyty dárce. Dále se vyšetřuje genotyp HLA (antigenů hlavního histokompatibilního systému) a titr cytotoxických protilátek.

Kvalita života i úprava klinického stavu je po úspěšné transplantaci obvykle daleko dokonalejší než při chronickém dialyzačním léčení. Úspěšně fungující transplantovaná ledvina se plně vyrovná ledvině zdravé, včetně metabolických funkcí. (4,5)

Prognóza

Včasná diagnostika latentní preklinické fáze onemocnění má zásadní význam pro další osud nemocných. Účinná a dlouhodobá úprava hyperglykémie, dietní opatření s edukací nemocných a včasné ovlivnění hypertenze zpomalují či přechodně zastavují rozvoj diabetické nefropatie.

Započatá dialyzační léčba značně prodlouží život nemocného, nevede však k uzdravení a značně omezuje denní režim pacienta, bez ní ale vede k jisté smrti. (5)

Edukace

Z ošetřovatelského hlediska je potřeba pacienty se selháním ledvin a v pravidelném dialyzačním programu edukovat v oblasti dietních režimů, pitného režimu a kontroly glykemických hodnot. Neméně důležité je poučovat pacienty i v péči o cévní přístupy, zvláště jedná-li se o permanentní cévní přístup cestou vena subclavia.

1.2. Ischemická choroba dolních končetin

Definice onemocnění

Ischemická choroba dolních končetin je onemocnění tepen, při kterém dochází k nedostatečnému prokrvování dolních končetin.

Příčiny onemocnění

Hlavní příčinou onemocnění je ateroskleróza, nebo-li kornatění tepen. Ateroskleróza postihuje všechny tepny v těle. ICHDK je nejčastější projev aterosklerózy periferních tepen.

Rizikové faktory pro vznik ischemie končetin: - zvýšená hladina cholesterolu a krevních tuků (urychluje arteriosklerotické změny).

- kouření
- vysoký krevní tlak
- nedostatek pohybu a špatná péče o nohy (9)

Klinický obraz onemocnění

Příznaky ICHDK se rozdělují do několika stádií podle závažnosti onemocnění.

1. stádium bezpříznakové: bývá náhodným nálezem při jiném vyšetření, občas se projevuje pocitem chladných končetin.

2. stádium klaudikační: při chůzi se dostaví svalová bolest až křeč nejčastěji v lýtku (tzv. klaudikační bolest), méně často ve stehně, hýždí nebo prstech. Bolest mnohdy zabrání další chůzi a mizí až po určité době odpočinku.

3. stádium klidových bolestí: bolesti končetin, často doprovázené barevnými změnami (vleže bledá, vstoje nebo sedě načervenalá), bývají nejhorší v noci. Ruší spánek nemocného. Částečnou úlevu přináší svěšení končetiny z lůžka.

4. stádium gangrény a trofických defektů: dochází k odumření tkání v menším či větším rozsahu. Tvoří se vředy, černají prsty. Tento proces může postihnout postupně celou dolní končetinu. (9)

Diagnostické metody

Anamnéza. V rodinné anamnéze se zjišťuje genetická zátěž. V osobní pátráme po rizikových faktorech. Zjišťujeme přítomnost bolesti a vzdálenost, kterou je schopen pacient urazit před objevením bolesti.

Fyzikální vyšetření. Celková prohlídka, atrofie svalů, ztráta ochlupení, stav a kvalita nehtů. Pohmatem se zhodnotí pulsace tepen v třísle, pod kolenem, za vnitřním kotníkem a na nártu. Poslechem pulsace v třísle pomocí fonendoskopu. Změření tlaku v různé výši končetin.

Laboratorní metody. Biochemické vyšetření krve na lipidové spektrum. Hemokoagulační vyšetření krve.

Zobrazovací metody. Angiografie je nejspolehlivější metodou v diagnostice ICHDK. (9)

Léčba

Konzervativní postup. Trénink chůze, péče o nohy, omezení rizikových faktorů, změna životního stylu.

Farmakoterapie. Antiagregační léčba, vasodilatační léčba. Úprava glykémie formou PAD (perorální antidiabetika), nebo inzulínu. Úprava hladiny lipidů - hypolipidemika (statiny, fibráty)

Invazivní metody. Léčba spočívá v pokusu o obnovení průtoku krve postiženou cévou. Přemostění cévní protézou, nebo zhotovení obchvatu vlastní žilou pacienta (bypase). PTA-perkutánní transluminální angioplastika a zavedení stentu. (9)

Prognóza

Pro osud nemocného a jeho končetiny je rozhodující především včasná diagnóza a průběžné sledování stavu cév. Prohlubující se ischemie u neléčené choroby vede postupně ke změnám tkání. Noha ztrácí svalovinu, kůže je suchá, ztrácí své přirozené ochlupení. Každé i drobné poranění hrozí vznikem rozsáhlé nehojící se rány. V konečných stádiích onemocnění dochází k odumření tkání a následné amputaci. (9)

Edukace

Edukace v prevenci rozvoje ICHDK je především změna životního stylu: pohyb, úprava jídelníčku, nekouřit.

Důležitá je následná péče o dolní končetiny. Základem je vyhnout se poranění a vzniku infekce. Končetiny udržovat v suchu a teple (nepoužívat žádné elektrické podušky), používat pohodlnou obuv, vyhnout se ponožkám, které škrtní nohy. Při stříhání nehtů si počínat nanejvýš opatrně a předcházet poranění. I malé nehojící se defekty je potřeba konzultovat s lékařem. (9)

1. 3. Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. F

Oslovení: pan F.

Věk: 75

Stav: ženatý

Vyznání: bez vyznání

Vzdělání: vysokoškolské

Povolání: starobní důchodce, dřív náměstek ředitele výzkumného ústavu

Národnost: česká

Pojišťovna: všeobecná

Adresa: Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka, dcera

Pacient je v chronickém dialyzačním programu od 5.9.2005, v práci je zachycena péče od 11.12 do 27.12.2007

1. 4. Lékařská anamnéza a diagnózy

Lékařská anamnéza

RA: matka + 70 let, DM II. typu, arteriální hypertenze, otec + 81 let selhání srdce, sourozence nemá, tři dcery zdravé.

OA: v dětství běžné dětské nemoci

1973 cholecystektomie a operace tříselné kýly

1982 opakované resekce střeva pro divertikulitidu, diagnostikován DM II. typu, nejprve dieta, PAD, nyní inzulinoterapie, rozvoj orgánových komplikací: diabetická nefropatie, retinopatie, polyneuropatie, dlouholetá arteriální hypertenze, ICHS, ICHDK

11/2003 sledování v nefrologické ambulanci pro chronickou renální insuficienci při DM

5/2005 zařazen do pravidelného dialyzačního programu, HD na dialyzační dvoucestnou kanylu, založení brachioaxilární AVF

1/2006 stenokardie s hypotenzí, tachykardií a dechovými potížemi, SKG- nález pouze okrajových nerovností, pro opakované kolapsové stavy a netypické bolesti na hrudníku podrobné

kardiologické vyšetření: etiologie uzavřena jako ortostatické kolapsové stavy při neurovegetativní dystonii

3/2006 sériová fraktura žeber- úraz

4/2006 založení brachiocefalické AVF protézou (goretex), funkční pouze rok, opakovaně snaha založit funkční A-V spojku neúspěšná, zaveden permanentní cévní přístup cestou vena subclavia (permcath), HD via permcath

10/2006 operace katarakty

4/2007 hospitalizace na interním oddělení pro kolapsový stav po hemodialýze, SKG pouze okrajové nerovnosti, neurologický nález negativní

PA: důchodce, dříve náměstek ředitele

SA: žije s manželkou a mladší dcerou v činžovním domě ve společné domácnosti

AA: Augmentin (6)

Nynější onemocnění

Pacient v chronickém renálním selhání na podkladě diabetické nefropatie byl zařazen do pravidelného dialyzačního programu od 9.5.2005, 3x týdně (pondělí, čtvrtek, sobota vždy odpoledne) na 4,5 hod. Přibližně od poloviny prosince 2007 zhoršení stavu ICHDK projevující se bolestmi nohou a následně snížením hybnosti. (6)

Diagnózy

Diabetes mellitus II. typu závislý na inzulínu

Konečné stadium ledvinného onemocnění

Sekundární hypertenze

Chronická ischemická choroba srdeční

Chronická ischemická choroba dolních končetin

Ortostatická hypotenze (6)

1. 5. Diagnosticko-terapeutická péče

Diagnostika

Fyzikální vyšetření: Pacient je orientován osobou, místem i časem. Pohybuje se s obtížemi pomocí francouzské berle. Stav výživy je spíše zvýšený, hydratace omezená vzhledem k onemocnění. Hlava normálně konfigurovaná, poklep na dutiny nebolestivý. Uložení očí symetrické, zornice izokorické, pacient je po operaci katarakty na obou očích, používá brýle s tmavšími skly pro světloplachost, dále brýle na čtení (+1 dioptrie na obě oči). Spojivky bledé, jazyk vlhký bez povlaku, zubní protéza horní, dolní část chrupu zachovalá. Uši bez sekrece, sluch snížený. Nos bez sekrece. Krk: pulsace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvýšená, uzliny, štítná žláza nezvětšeny, jizvy po opakovaných kanylacích v. jugularis.

Hrudník: symetrický, vpravo zaveden permcath pro provádění HD, dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů, poklep plný, jasný, srdeční akce nepravidelná. Břicho: jizva po operaci žlučníku, známky nadváhy, jinak měkké, pohmat nebolestivý, játra a slezina nehmatné. Kůže čistá, suchá, známky šupinatění a mírné dehydratace. Horní končetiny volně pohyblivé, mírná asymetrie, LHK jakoby mírně oteklá, stav po opakovaných pokusech zavádění AVF nativní i protézou goretex, PHK jizva po brachioaxilární AVF. Dolní končetiny: omezená pohyblivost v kyčelních i kolenních kloubech, bez otoků, známky ischemie. Páteř: postavení páteře nelze přesně určit, pacient neudrží postoj bez pomoci hole, patrný mírný předklon, chůze obtížnější, pomalá.

Fyziologické funkce: TK 190/95, P 93/min. TT 36,1°C, D 21/min. (6)

Laboratorní vyšetření: Měsíční kontrola před HD: biochemie: Urea 9,6 mmol/l, kreatinin 456,1 umol/l, feritin 686,0 umol/l, markery hepatitid negat., glykémie 6,8mmol/l, ALT, AST, GMT, AMS, albumin, bilirubin, kyselina močová, CRP, Na, K, P, Fe, PTH, v normě. Hematologie: hemoglobin 135,0 mg/l, ostatní v normě. Astrup: pH 7,320, pO₂ 6,5 kPa, pCO₂ 6,29 kPa, ostatní v normě.

Měsíční kontrola po HD: urea , Ca, P v normě.

Měsíční kontrola před následující HD: urea 13,0 mmol/l, Ca, P v normě. (6)

Výpočetní hodnoty: URR (urea reduction ratio) 76,396 %, KT/V zjednodušený výpočet 1,57, KT/V ekvilibrovaný 1,39, kalcium fosfátový součin 2,67 mmol/l, tělesný povrch BSA dle du Boise 2,05, tělesný index BMI 30,31 kg/m², PCR (Garred) 0,57g/kg/den. (6)

Zobrazovací metody: Pravidelná kontrola pacientů v dialyzačním programu.

RTG ze dne 5.11.2007 ve stoje: z pravé v. subclavia zaveden i.v. katétr s hrotem v HDŽ. Obě křídla plicní jsou rozvinuta do periferie, PNO neprokazujeme. Pruhoitý stín v levém dolním plicním poli-nejspíš plotýnková atelaktáza. Pruhoité stíny vpravo basálně - nejspíše fibrózní proužky. Jinak je kresba plicní přiměřená. Lehce výše uložená pravá polovina bránice. Stín srdeční hraniční velikosti, kalcifikace v obloučku aorty. Vinutá hrudní aorta. Esovitá skolióza Th páteře.

Echokardiografické vyšetření ze dne 30.10.2007: LK nezvětšena, tloušťka stěn 9 - 10mm, bez hrubší klidové reg. poruchy kinetky, normální klidová EF. LS dilatovaná, MiR asi nevýznamná sklerosa annulů a cípů, bez kalcifikací (E/Em=7, porucha relaxace LK). Aortální chlopeč sklerotická, bez vady, proxim. asc. aorta 37mm. PK nezvětšena s hraniční systolickou funkcí. Není perikardiální výpotek.

EKG ze dne 14.12.2007: AS pravidelná, PQ 0,16, QRS 0,12, RBBB- stac.nález. (6)

Farmakoterapie

ACTRAPID PENFIL 100 IU/ml, 0-12j.-0 s.c., denně, insulinum humanum biosynthetikum, insulinum, injekční roztok humánního inzulinu. Vedlejší účinky: hypoglykémie, alergická reakce na některou ze složek v přípravku.

APO-BUPROFEN 400mg, 1x denně při bolesti, p.o, ibuprofenum, analgetikum, antiflogistikum, nesteroidní antirevmatikum. Vedlejší účinky: gastrointestinální obtíže, zadržování vody u pacientů s renální nedostatečností a vysokým krevním tlakem.

ANOPYRIN 100mg, 0-1-0, denně, p.o., acidum acetylsalicylikum, antitrombotikum. Vedlejší účinky: žaludeční a střevní potíže, drobná krvácení do GIT.

CLEXAN 0,4ml, 1-0-0, s.c. denně, 3x týdně při HD i.v., enoxaparinum natrium, antitrombotikum, antikoagulans. Vedlejší účinky: krvácení, lokální reakce.

DOBICA 1-0-1, denně, p.o., kalcii dobesilas monohydricus, venofarmacum. Vedlejší účinky: zřídka zažívací obtíže.

FUORESE 250, 2-2-0, denně, p.o., furosemidum, diuretikum. Vedlejší účinky: zažívací potíže, pokles tlaku, únava, u diabetiků úprava perorálních antidiabetik.

HELICID 20, 1-0-1, denně, p.o., omeprazolom, antiulcerózom, inhibitor protonové pumpy. Vedlejší účinky: vyjimečně zažívací obtíže, bolest hlavy.

NaHCO₃ 500mg, 1-0-1, denně, p.o., natrii hydrogenocarbonans, infundabilium.

NEORECORMON 2000 IU, 2x týdně po HD, i.v., epoetin beta, hormon. Vedlejší účinky: velmi vzácně alergické projevy.

NOVOMIX 30 PENFIL 100 IU/ml, 14j.-0-14j., denně, s.c., insulinum aspartum, insulin.

Vedlejší účinky: hypoglykémie

PANCREOLAN FORTE, 0-1-1, denně, p.o., pancreatinum, digestivum, pankreatické enzymy.

Vedlejší účinky: nejsou zaznamenány.

SORTIS 10mg, 0-0-1, denně, p.o., atorvastatinum calcicum trihidricum, hypolipidemikum.

Vedlejší účinky: velmi vzácně poruchy trávení.

TBL. CALCII CARBONICI PRAEC. 0,5 MEDICAMENTA, 0-1-1, denně, p.o., kalciový přípravek, doplňuje hladinu vápníku v organismu. Vedlejší účinky: hyperkalcémie, občasně zácpa.

VASOCARDIN 50, $\frac{1}{2}$ -0 - $\frac{1}{2}$, denně, p.o., metropololi tartas, antihypertenzivum, beta-blokátor.

Vedlejší účinky: zažívací obtíže, únava, slabost, pomalá tepová frekvence. (6)

Dialyzační léčba

Parametry dialyzační léčby: HD monitor AK 200 Gambro

Dialyzátor: FX 10

Dialyzační roztok: BIK-F64, BIA-F8,4%, Na 140 mmol/l,

K 4,0mmol/l, Ca 1,50 mmol/l, HCO₃ 32 mmol/l, G 1 mmol/l

Antikoagulace: Clexan 0,4 ml

Napojení: permcath

Délka dialýzy: 4,5 hod.

Optimální váha: 88 kg (6)

1. 6. Průběh hospitalizace

Pacient dochází na dialýzu třikrát týdně na 4,5 hodiny. Po celou dobu dialyzační procedury je potřebná pomoc sestry při zvládnání základních úkonů z důvodu připoutání pacienta k dialyzačnímu přístroji. Pacient rád využívá služeb sester a pomocného personálu i když by některé úkony zvládl docela dobře i sám. Je komunikativní a rád si krátí čas povídáním se spolupacienty i ošetřovatelským personálem.

Pacient není zařazen do transplantačního programu, lékaři o této možnosti neuvažují vzhledem k horšícímu se stavu ischémie dolních končetin. Obávají se zhoršení stavu po operaci. Pacient

má o transplantaci velký zájem, věří, že by se kvalita jeho života zvýšila. Proto se na přání pacienta postupuje dál ve vyšetřování k možné transplantaci.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. 1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení pacienta

Náhled pacienta na nemoc

Pacient chápe svou nemoc jako nespravedlnost. Nemoc ukončila jeho pracovní, ale i soukromé aktivity. Všechny svoje potíže dává za vinu cukrovce, která podle něj způsobila všechny jeho problémy. Dialýzu chápe jako nutné zlo. Ani po dvou letech není schopen se vyrovnat s nutností dialýzy. Současně si je vědom, že bez ní by zemřel. Velké naděje vkládá do transplantace a dá se říct, že se na tuto možnost docela upnul.

Základní biologické potřeby

Dýchání

Pan F. má problémy s dýcháním, trpí dušností, která je průvodním jevem jeho onemocnění srdce, ale je i potencována retencí vody z důvodu onemocnění ledvin. Dušnost se projevuje při námaze, hlavně při chůzi. Pán to pociťuje jako dost velký problém a řeší to tím, že se snaží chodit co nejméně. Pacient je exkuřák, před třiceti lety udává, že kouřil i 30 cigaret denně.

V klidu a při hovoru dušnost není patrna, dýchání je pravidelné, frekvence je 20 dechů za minutu, rýma ani kašel nejsou přítomny.

Hydratace

Pro základní diagnózu má pacient omezený příjem tekutin, max. 500 ml volné tekutiny na den. Pacient má potíže s dodržováním přísného omezení tekutin. Má velmi rád polévky, které vůbec nebral v potaz jako tekutinu, také má rád čaje, ať už ovocný nebo černý, rád si vypije i kávu. Používá ale výhradně meltu. Alkohol si pán dá příležitostně, ale jen velice málo.

Nyní má pan F. projevy mírné hyperhydratace, jeho váhový přírůstek je 3,8 kg. Takové i vyšší přírůstky má pán dlouhodobě.

Výživa

Pacient udává, že od doby, co onemocněl, přibral 10 kg. Nespokojen se svou váhou není. Trápí ho fakt, že od doby, co chodí na pravidelnou dialyzační léčbu, se mu výrazně zhoršila chuť k jídlu. Nemůže pozřít maso, má k němu doslova odpor, když už nějaké sní, tak pouze malý kousek kuřecího masa. Má rád sýry a sýrová jídla a mléčné výrobky obecně. Není to moc vhodné vzhledem k jeho dietě dialyzovaného pacienta, protože tyto produkty obsahují hodně fosforu, zvláště pak tvrdý sýr. Je pro něho velký problém skloubit diabetickou dietu a pro dialyzované. Tyto dvě diety si v mnoha bodech odporují.

Pacient má chrup částečně v dobrém stavu, má horní protézu, je plně schopen se najíst sám.

BMI je 30,3 - obezita.

Vyprazdňování

Vyprazdňování střeva. Pacient udává, že se vyprazdňuje pravidelně vždy ráno. Má stolice kašovitě konzistence i 3x po sobě, občas i přes den, ale jako problém to nepopisuje. Pán má v lékařské anamnéze stav po divertikulitídě.

Na dialýze jsme problém s vyprazdňováním u pacienta nezaznamenali.

Vyprazdňování močového měchýře. Pacient je v pravidelném dialyzačním programu dva roky, diuréza začala u něj postupně klesat už v predialyzační péči.

Nyní je pan oligurický, jeho diuréza v mezidialyzačním období nepřesahuje 500 - 700 ml.

Osobní péče a hygiena

Při vykonávání osobní hygieny pacient potřebuje pomoc manželky. Sám zvládá pouze holení a mytí u umyvadla, ale i to pouze v sedě. Vzhledem k tomu, že má zaveden dialyzační katétr, je u něho koupání vyloučeno, může se pouze sprchovat. Po sprchování si kůži neošetřuje, kůže je suchá, šupinatá, místy jsou patrné i drobné ragády. Nehty mu ošetřuje manželka, vlasy pravidelně stříhá sousedka.

Na ruce jsou patrné četné jizvy po opakovaných pokusech o zavedení cévního přístupu, hematomy přítomné nejsou.

Stav kůže na břiše a zádech nebylo možné prohlédnout, pán se nerad odhaluje pokud to není nezbytně nutné.

Aktivita

Pohybová aktivita

Pacient má sníženou pohybovou aktivitu. Pro dušnost pán omezuje pohyb, chodí málo, pomalu, často odpočívá.

Další jeho problém je bolest obou dolních končetin, která, jak pán popisuje, se za poslední dobu výrazně zhoršila. Pán se pohybuje s obtížemi pomocí francouzské berle, zvládá krátké vzdálenosti. Doma používá jako oporu nábytek.

Na našem oddělení jsme zaznamenali fakt, že pán sice má problémy s chůzí, ale když se sestra nedívá, tak jsou jeho problémy výrazně nižší. Rád využívá služeb pomocného personálu a do šatny pro pacienty se nechává dovést na sedačce.

Psychická aktivita

Pán byl dlouho zaměstnán, dokonce i jako starobní důchodce pracoval ve vědeckém ústavu. Práce mu vyplňovala všechny volný čas, byla jeho koníčkem. Pravidelná dialyzační léčba a zhoršení stavu jeho činnost ukončily. Pán to těžce psychicky nese, i když se snaží nedávat to moc najevo. Dříve byl i společensky dost aktivní a rád se zúčastňoval různých společenských akcí.

Teď se věnuje vaření, poslouchá hudbu. Někdy sleduje i televizi, moc nečte, má potíže se zrakem. Rád navštěvuje sousedy v domě, jejich sousedské vztahy se dají hodnotit jako dobré.

Pan F. i navzdory svému věku a snížené pohybové schopnosti je psychicky velmi aktivní, má velký smysl pro humor, je komunikativní, rád si popovídá s kýmkoliv.

Odpočinek a spánek

Pan F. neudává potíže se spaním. Usíná a spí celkem dobře, ráno se sice dřív vzbudí, ale ještě nevstává, pustí si rádio nebo televizi a vstává tak kolem osmé hodiny ranní. Přes den taky odpočívá, nejraději při rádiu. Únavu nepocítuje, spíš nudu, má hodně volného času a někdy neví, jak ho využít.

Bolest a nepohodlí

Bolest je pacientův velký problém. Má chronické bolesti nohou, které ho velmi obtěžují. Řeší to vyhýbáním se pohybové aktivitě a sezením při všech činnostech, které takto může zvládnout.

Udává, že bolest je mírnější v sedě nebo leže s vypodloženými končetinami. Další bolest pán pocítuje v zádech při vynucené poloze při dialýze.

Hodnocení bolesti 2 – 3, na škále 0 – 5.

Nemocniční lůžko hodnotí pán jako pohodlné, může si nastavit polohu záhlaví i nožní části, což i rád využívá.

Teplo

S teplotou na oddělení není pán moc spokojen. Lůžka jsou uložena pod klimatizačním zařízením, které je řízeno centrálně. Někdy z něho na lůžka pacientů dost nepříjemně fouká. Vzhledem k organizačně - technickému řešení oddělení nelze tento stav změnit.

Sexualita

Pán má tři dcery, z toho jedna, nejmladší, je členkou domácnosti. Otázka sexuality pacienta dobře pobavila, říká: „já už jsem starý, to už mám za sebou!“

Psychosociální potřeby

Jistota a bezpečí

Pan F. si velice dobře uvědomuje, že jeho zdravotní stav se bude postupně zhoršovat, je rád, že má možnost dialyzační léčby. Velice se zajímá o možnost transplantace ledviny, věří, že by se jeho zdravotní stav zlepšil.

K zdravotnímu personálu má naprostou důvěru a cítí se v bezpečí.

Sebeúcta, sebehodnocení

Pán velice těžce nese skutečnost, že už se nemůže zabývat činnostmi, které měl rád. Byla to především jeho práce. Má to neblahý vliv na jeho psychický stav, cítí se zbytečný a neschopný. Rád by něco dělal, ale jeho zdravotní stav mu to nedovoluje. I když to jako velký problém pociťuje, nechce o tom víc mluvit a dávat to moc najevo.

Komunikace a informace

Potřeba informace pacienta o jeho zdravotním stavu je plně saturována lékařem, o prováděné ošetrovatelské péči je zase informován sestrami. Pán se o svůj zdravotní stav zajímá, všechno konzultuje jak s lékařem, tak se sestrami.

Pán je velice komunikativní, rád si popovídá se spolupacienty, dodává, že by přivítal víc pozornosti ze strany sester, co se týče komunikace. Vzhledem k provozu oddělení se snažíme pacientovi vyhovět v co největší míře.

Láska a sounáležitost

Pan F. žije se svou manželkou ve společné domácnosti už víc než 40 let. Z rozhovoru jsem nabyla dojmu, že jde o vztah přátelský. Tak ho popisuje i pacient.

Spirituální potřeby

Pán na otázky o duchovních potřebách pouze odpověděl, že je bez vyznání a nechtěl o tom dál mluvit. Jeho přání jsem respektovala.

1. 2. Ošetrovatelské diagnózy

Seřazené podle priorit pacienta a závažnosti od 11.12. do 27.12.

1. Snížení hybnosti z důvodu chronické bolesti dolních končetin (11.12.)
2. Dušnost-námahová z důvodu ischemické choroby srdeční, prohloubená retencí tekutin na základě selhání ledvin (11.12.)
3. Pocit nepohodlí z důvodu snížené teploty okolí (11.12.)
4. Riziko infekce z důvodu invazivního vstupu při pravidelné dialyzační léčbě (11.12.)
5. Riziko porušené integrity kůže při základním onemocnění (11.12.)
6. Porucha sluchového vnímání z nejasných důvodů, projevující se změnou komunikace (11.12.)
7. Pocit žízně z důvodu omezeného příjmu tekutin (15.12.)
8. Potencionální riziko snížené sebeúcty (22.12.)
9. Nedostatek komunikace (25.12.)

1. 3. Ošetrovatelský cíl, plán, realizace, hodnocení

Ošetrovatelská diagnóza

Snížení hybnosti z důvodu chronické bolesti dolních končetin

Ošetrovatelský cíl

Pacient zná možné komplikace z důvodu snížené hybnosti

Pacient chápe důležitost vlastní aktivity

Pacient je schopen se pohybovat sám

Dlouhodobý cíl: hybnost se nebude zhoršovat

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12. do 27.12. a pro každou dialýzu

- vysvětlit pacientovi příčinu bolesti a jaké důsledky může mít snížení hybnosti
- doporučit pacientovi vhodný pohybový režim, případně rehabilitační cvičení po domluvě s lékařem
- pomáhat pacientovi při pohybu na oddělení, zároveň se vyhnout používání sedačky
- zjistit, zda pacient pravidelně navštěvuje podiatrickou ambulanci a dodržuje plán kontrol
- doporučit pacientovi snížit tělesnou hmotnost
- sledovat stav hybnosti při každé dialýze

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi jsem vysvětlila, že bolesti nohou souvisejí s jeho onemocněním (ICHDK). Dále, že je důležité, aby pro zabránění progresi onemocnění a dalších komplikací chodil a pohyboval se v maximální míře jak mu to organismus dovolí. Doporučila jsem mu, aby nevyužíval při pohybu na oddělení sedačku a snažil se co nejvíc pohybovat sám. Také aby na to nezapomínal i doma.

Zdůraznila jsem pacientovi, že je důležité, aby řádně dodržoval kontroly na podiatrické ambulanci a jejich doporučení ohledně péče o dolní končetiny.

Nabídla jsem pacientovi, aby pouvažoval o snížení hmotnosti a vysvětlila jsem mu, že je to jeden z faktorů omezení pohyblivosti.

Po domluvě s lékařem byl pacient dne 18.12. odeslán na vyšetření EMG a do cévní ambulance, k vyloučení progresi ischemických změn a dalších komplikací. Na základě výsledků bude naplánováno vhodné rehabilitační cvičení.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Cíl byl dosažen v bodě edukačním. Pacient chápe, že když se nebude pohybovat, tak se jeho problémy prohloubí. Na oddělení se snaží pohybovat bez pomoci sedačky, pouze v doprovodu sestry nebo pomocného personálu.

Pacient přivítal možnost rehabilitačního cvičení, doufá, že se tím sníží jeho problémy s bolestí končetin.

O změně, resp. snížení hmotnosti pacient zatím neuvažuje, nepovažuje ji za problém.

Ošetrovatelská diagnóza

Dušnost - námahová, z důvodu ischemické choroby srdeční, prohloubená retencí tekutin na základě selhání ledvin

Ošetrovatelský cíl

Pacient zná pitný režim a dodržuje ho

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12. do 22.12. a pro každou dialýzu

- poučit pána o pitném režimu pacientů na dialýze, opakovaně edukovat
- vysvětlit souvislost mezi retencí tekutin a zhoršujícím se pocitem dušnosti
- vysvětlit přítomnost dušnosti i jako komplikaci onemocnění srdce

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi jsem vysvětlila, že dušnost je komplikací onemocnění srdce a také, že je to jev přechodný, po zklidnění námahy opět vymizí. Opětovně jsem pana F. poučila o pitném režimu a retenci tekutin v organizmu. Vysvětlila jsem mu, že příliš velký příjem tekutin způsobí prohloubení dušnosti a bude ji pociťovat i v klidu, ne jenom při námaze.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient chápe dušnost jako jednu z komplikací svého onemocnění srdce. Ke snížení příjmu tekutin však nedochází. Plán nebyl splněn v plném rozsahu, je potřeba pacienta neustále poučovat o pitném režimu a sledovat vývoj dušnosti při zvýšení příjmu tekutin.

Ošetrovatelská diagnóza

Pocit nepohodlí z důvodu snížené teploty okolí

Ošetrovatelský cíl

Pacient neudává pocit nepohodlí

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12.

- umožnit pacientovi využití další přikrývky při pocitu chladu
- ujistit se, že není otevřené okno, kterým by mohl na pacienta proudit studený vzduch
- zvýšit teplotu dialyzačního roztoku na přístroji

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi bylo umožněno použití druhé přikrývky. Také jsem mu zvýšila teplotu dialyzačního roztoku na přístroji o 0,5 °C.

Ujistila jsem se, že nikde v okolí pacientova lůžka není otevřené okno ani dveře, aby nenastal průvan, který by zvyšoval u pacienta pocit nepohodlí.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Plán byl splněn v celém rozsahu. Pán neudává pocit chladu ani nepohodlí.

Ošetrovatelská diagnóza

Riziko infekce z důvodu invazivního vstupu při pravidelné dialyzační léčbě

Ošetrovatelský cíl

Okolí vyústění katétru nevykazuje známky infekce

Ošetrovatelský personál zná a dodržuje aseptický postup práce při manipulaci s katétrem dle ošetrovatelských standardů

Pacient umí pečovat o katétr v domácím prostředí

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12. a pro každou dialýzu

- všichni ošetrovatelský personál pracuje dle ošetrovatelských standardů při práci s katétrem
- pacient je poučen o péči o katétr v domácím prostředí

Realizace ošetrovatelského plánu

Všichni ošetrovatelský personál pracuje dle vypracovaných ošetrovatelských standardů při manipulaci s invazivními vstupy při dialyzační léčbě. Okolí vyústění katétru nevykazuje známky zánětu.

Pacienta jsem poučila jak má pečovat o katétr doma. Ví, že má preferovat sprchování před koupelí, koupání je povoleno pouze v mořské vodě. Je přísně zakázáno koupání v přírodních nádržích a koupalištích. Také ví, že katétr nemá zbytečně dlouho namáčet. Pro případ porušení krytí je pán vybaven obvazovým materiálem a je poučen o jeho používání.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelský cíl byl splněn v plném rozsahu, okolí katétru nevykazuje známky zánětu. Pacient zvládá péči o katétr v domácím prostředí, velkou mírou mu pomáhá manželka.

Ošetrovatelská diagnóza

Riziko porušení integrity kůže z důvodu svědění

Ošetrovatelský cíl

Pacient umí pečovat o suchou pokožku

Kůže neprokazuje poruchu integrity a suchost.

Pacient udává zmírnění obtíží - svědění

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12. do 25.12.

- poučit pacienta v péči o suchou pokožku
- vysvětlit možné komplikace z důvodu metabolických změn při základním onemocnění (DM, selhání ledvin)
- doporučit vhodné krémy a masti, event. aplikaci chladivých obkladů

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi jsem vysvětlila, že vzhledem k základnímu onemocnění má kůže změněný metabolismus a tím i větší nároky na péči. Pacient pochopil, že kůže musí být nejenom čistá, ale i správně ošetřena vhodným kosmetickým přípravkem. Doporučila jsem mu vhodné přípravky k ošetřování suché a namáhané kůže, např. Silonda lipid - ochranný krém s regeneračním účinkem, nebo Indulona mast. Pocit svědění lze částečně snížit i aplikací chladivých obkladů.

Pro snížení pocitu svědění udržovat pokožku promaštěnou. Dále jsem pacientovi vysvětlila, že při škrabání si může způsobit ragády a další drobná poranění, která mohou vést k infekci.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Cíl byl dosažen jen částečně. Pacient uvítal edukaci v péči o pokožku, při jejím provádění mu pomáhá manželka.

Pocit svědění se nesnížil. Svědivka je částečně způsobena i ukládáním uremických metabolitů do kůže, což je komplikace dialyzační léčby.

Ošetrovatelská diagnóza

Porucha sluchového vnímání z nejasných důvodů, projevující se změnou komunikace

Ošetrovatelský cíl

Zjistit příčinu poruchy sluchového vnímání

Ošetrovatelský personál zná pacientův problém a umí s ním komunikovat

Uvědomit lékaře o pacientovým problému a hledat řešení- ORL

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 11.12. do 18.12., 27.12.

- oznámit lékaři skutečnost, že pacient hůř slyší, zajistit ORL vyšetření
- obeznámit personál oddělení, že pán sniženě vnímá sluchové podněty a změnit způsob komunikace

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacient o tomto problému nikomu neřekl. Stav byl nahlášen lékaři, který pacienta odeslal k vyšetření na ORL ambulanci.

Všechn personál byl poučen, že při komunikaci s pacientem musí být vidět do obličeje a musí správně artikulovat.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pán o problému zhoršení sluchu neměl potřebu mluvit. Zjistilo se to až při vypracovávání vstupního ošetrovatelského záznamu. Personál dialyzačního oddělení neměl tušení, že pacient hůř slyší. Přizpůsobili jsme komunikaci pacientovu problému a pacient je spokojen.

Plán nebyl splněn v bodě ORL vyšetření. Pán na vyšetření nedošel a opět nikomu nic neřekl. Zjistilo se to až při přímé otázce (lékař požadoval výsledek). Pán nevěří, že mu bude pomůženo, myslí si, že snížení sluchu je výsledkem procesu stárnutí, o sluchadle zatím neuvažuje.

Ošetrovatelská diagnóza

Pocit žízně z důvodu omezeného příjmu tekutin

Ošetrovatelský cíl

Pacient zná možnosti řešení problému

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 15.12. do 18.12., 25.12., 27.12.

- vysvětlit pacientovi potřebu sníženého příjmu tekutin při dialyzační léčbě
- vysvětlit pojem „skrytá voda“
- doporučit různé metody, které pomohou potlačit pocit žízně
- vypracovat plán denního příjmu tekutin
- váhové přírůstky v mezidialyzačním období nepřesahují 2000 ml

Realizace ošetrovatelské péče

Pacienta jsem poučila o denním příjmu tekutin při dialyzační léčbě a proč je důležité jej dodržovat.

Na odpoutání od pocitu žízně jsem mu doporučila cucat ledové kostky, nebo přidat led do pití. Ve spolupráci s pacientem jsem vypracovala denní plán příjmu tekutin, shodli jsme se, že se to dá praktikovat. Pojem „skrytá voda“ jsem pacientovi vysvětlila ve spolupráci s dietní sestrou, která mi pomáhala i při vypracovávání pitného režimu pro pacienta.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient byl udiven, kde všude v potravinách se může vyskytovat voda. Už chápe, že voda není jen pití, ale i jogurt, kefír a také polévka, kterou pán vůbec nebral v potaz jako zdroj vody. Dost ho to mrzí, protože polévky má velmi rád a jejich omezení bere jako problém v už tak přísném pitném režimu.

Pacient uvítal možnost používání ledu do pití a používání ledových kostek ke snížení pocitu žízně.

Cíl nebyl splněn úplně, k výraznému snížení váhových přírůstků bohužel nedochází.

Ošetrovatelská diagnóza

Potencionální riziko snížení sebeúcty

Ošetrovatelský cíl

Zapojení do společenských aktivit

Pěstování vztahů, které pacient považuje za smysluplné

Plán ošetrovatelské péče

Platný od 22.12. do 25.12., 27.12.

- zjistit do jaké míry se snížila společenská aktivita pacienta
- zjistit jaké společenské aktivity pacient provozuje a dále je rozvíjet
- najít nové vhodné společenské aktivity a kontakty a zapojit do nich i pacientovu rodinu

Realizace ošetrovatelského plánu

Při rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že jeho společenské aktivity se snížily pouze na krátké návštěvy u sousedů.

Doporučila jsem mu možnost členství ve Společnosti dialyzovaných a transplantovaných, která má působiště i na našem oddělení. Navrhla jsem mu zda i manželka by nebyla nápomocná při rozvíjení společenských aktivit, např. víc kontaktovat společné známé a zvát je na návštěvy.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient vzhledem k onemocnění a v poslední době i k problémům s chůzí, značně omezil společenské kontakty se svými přáteli. Někteří ho sice navštěvují, ale nemůže už provozovat aktivity, které měl rád. Možnost členství ve Společnosti dialyzovaných a transplantovaných ho nadchla a bude o ní uvažovat, určitě se poradí s manželkou. S manželkou ani dcerou jsem bohužel neměla možnost mluvit.

Dá se hodnotit, že cíl byl splněn, i když je potřeba na něm dál pracovat.

Ošetřovatelská diagnóza

Pocit nedostatku komunikace v průběhu dialýzy

Ošetřovatelský cíl

Pacientova potřeba komunikace je uspokojena

Plán ošetřovatelské péče

Platný pro každou dialýzu

- saturovat pacientovu potřebu komunikace vždy když je to možné
- příslib pacientovi, že sestra se mu bude věnovat dle svých pracovních možností, příslib dodržet

Realizace ošetřovatelského plánu

Při vypracovávání ošetřovatelského záznamu jsem zjistila, že pán pociťuje nedostatek komunikace ze strany sester. Vysvětlila jsem mu, že sestra nemůže celou dobu si s ním povídat, že má i jinou práci. Pán chápe, povinnosti sester a ví, že nemůže očekávat, že sestra si s ním bude povídat celou dobu dialýzy. Navrhla jsem mu zda by nechtěl při dialýze poslouchat třeba hudbu, nebo rádio, samozřejmě se sluchátky, aby nevyrušoval ostatní pacienty. Myšlenka se pánovi líbila, příště si sebou přinese walkman.

Zhodnocení ošetřovatelské péče

Pan F. je velice komunikativní člověk, rád si popovídá s kýmkoliv. Bylo mu přislíbeno, že sestry budou saturovat jeho potřebu komunikace vždy, jak jen to provoz oddělení dovolí. Je nutné tento slib dodržet. Pán je velice spokojen, že se jeho problém vyřeší.

1.4. Edukace

U pana F. je velký problém příjem tekutin. Je pro něj těžké dodržovat přísné omezení, které vyplývá z jeho nemoci. Je potřeba opakovaně vysvětlovat kolik může vypít volné tekutiny, a které potraviny obsahují velké množství vody. Dále je potřeba pacienta přesvědčit, že by bylo vhodné upravit hmotnost. Sám ji za problém nepovažuje a nepřipouští, že i obezita má vliv na jeho potíže s chůzí a na bolest dolních končetin. V neposlední řadě, je nutno mu neustále

připomínat potřebu pohybové aktivity jako jednu z prevencí jeho problémů s dolními končetinami.

Edukační činnost sestry v péči o pána je náročná, pán některé rady sester neakceptuje a nepřijímá jako možné řešení jeho problémů.

1.5. Závěr a prognóza

Vzhledem ke chronické povaze pacientova onemocnění nelze do budoucna očekávat zlepšení stavu. Pán je o svém stavu plně informován, je smířen s tím, že jeho nemoc bude dál progredovat. Je si však vědom i toho, že by bez dialýzy zemřel. V poslední době se moc upnul na možnost transplantace. Lékaři jeho přání vyhověli, i když o transplantaci u pacienta neuvažují. Momentálně je pacient ve fázi vyšetřování a čeká se na vyjádření kardiologa a diabetologa.

Pacient ví, že transplantace ho zcela nevyléčí, ale doufá, že bude alespoň odpoután od dialyzačního přístroje. Pán by se pak mohl opět věnovat svým zálibám, které provozoval před onemocněním, hlavně posezení s přáteli, které pro něj tolik znamená.

V případě neúspěchu bude potřeba velkého úsilí rodiny, aby pán překonal zklamání. Rodinné zázemí má pán velice dobré, manželka i dcera se o něj vzorně starají.

Z ošetrovatelského hlediska, v případě neúspěchu zařazení k transplantaci, lze očekávat zvyšování nároků na ošetrovatelskou péči z důvodu progresu onemocnění. Z toho vyplývá, že bude potřeba dál spolupracovat s rodinou a doporučit další možnosti pomoci v péči o pacienta, např. i formou domácí péče, sociální péče apod.

LITERATURA

1. ČERVINKOVÁ, E.: *Ošetrovatelské diagnózy*. MIKADAPRESS Brno 2005., ISBN 80-7013-358-9
2. DOENGES, M., MOORHOUSE, M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. GRADA Praha 2001., ISBN 80-247-0242-8
3. DORSTE, C., PLANTA, M.: *Memorix-vademecum lékaře*. SCIENTIA MEDICA Praha 1992., ISBN 80-85526-04-
4. SULKOVÁ, S.: *Hemodialýza*. MAXDORF Praha 2000., ISBN 80-85912-22-8
5. TEPLAN, V.: *Nefrologie*. TRITON Praha 2003., ISBN 80-7254-422-5

JINÉ ZDROJE INFORMACÍ

6. dokumentace pacienta
7. pozorování
8. rozhovor
9. <http://www.angijh.cz/ichdk.htm> (staženo 6.3.2008)

SEZNAM ZKRATEK

ACE	angiotenzin konvertující enzym
AVF	arterio venózní fistule
A-V	arterio-venózní
ALT	alaninaminotramferáza
AMS	pankreatické amylázy
AST	aspartátamonotransferáza
Ca	calcium
CRP	C reaktivní protein
D	dech
DM	diabetes mellitus
EF	ejekční frakce
EKG	elektrokardiogram
EMG	elektromyograf
GIT	gastrointestinální trakt
GMT	glutamátaminotransferáza
HD	hemodialýza
HDŽ	horní dutá žíla
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdce
K	kalium
LHK	levá horní končetina
LK	levá komora
LS	levá síň
MiR	mitrální chlopeň
Na	natrium
P	fosfor
P	puls
PAD	perorální antidiabetika
pH	acidobáza
pO ₂	parciální tlak kyslíku
pCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého
PQ	srdeční komplex
PHK	pravá horní končetina
PK	pravá komora
PNO	pneumotorax
PTH	parathormon
RBBB	blokáda pravého Tavarova raménka
SKG	selektivní koronarografie
ST	srdeční segment
TK	tlak krve
QRS	srdeční komplex

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

BMI (body mass index)

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost v kg}}{\text{výška v m}^2} = \frac{88,5}{2,92} = 30,3$$

BMI pacienta je 30,3 což se dá klasifikovat jako obezita

Hodnoty: 20 – 24,9	optimální váha
25 – 30	nadváha
nad 30	obezita
nad 40	morbidní obezita

Příloha č. 2

Návrh funkční klasifikace

- 0 – zcela samostatný
- 1 – vyžaduje užívání podpůrných pomůcek a vybavení
- 2 – vyžaduje pomoc druhé osoby, dohled nebo edukaci**
- 3 – vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení
- 4 – zcela závislý, neschopen pohybové aktivity

Příloha č. 3

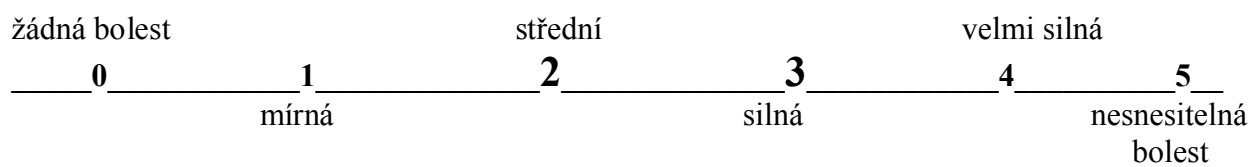
Barthelův test základních všedních činností (ADL- aktivity daily living)

<u>Činnost</u>	<u>provedení činnosti</u>	<u>bodové skóre</u>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně	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 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Pacient dosáhl 70 bodů - lehká závislost

Příloha č. 4

Škála bolesti



Hodnocení pána : stupeň 2-3