



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

---



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocnou  
s oboustranným srdečním selháním**

*Nursing Care of the Patient  
with  
Bilateral Heart Failure*

případová studie

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Praha, únor 2009

Zitková Martina

**Autor práce:**

**MARTINA ZITKOVÁ**

**Bakalářský studijní program:**

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Bakalářský studijní obor:**

**ZDRAVOTNÍ VĚDY**

**Vedoucí práce:**

PhDr. Marie Zvoníčková

**Pracoviště vedoucího práce:**

UK v Praze, 3. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

**Odborný konzultant:**

MUDr. Richard Fojt

**Pracoviště odborného konzultanta:**

FN Královské Vinohrady v Praze

III. Interní klinika

**Termín obhajoby:**

**duben 2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předloženou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, dne 28. února 2009

.....

## **Poděkování**

Velice ráda bych poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za podporu a pomoc při zpracování mé bakalářské práce a MUDr. Richardu Fojtovi za ochotu a cenné připomínky ke klinické části této bakalářské práce.

## **OBSAH**

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>2. KLINICKÁ ČÁST - OBECNÁ.....</b>	<b>9</b>
2.1 Stručná anatomie a fyziologie srdce a krevního oběhu.....	9
2.2 Patofyziologie srdečního selhání.....	12
2.2.1 Charakteristika srdečního selhání.....	12
2.2.2 Kompenzační mechanismy.....	12
2.3 Dělení srdečního selhání.....	13
2.4 Funkční klasifikace srdečního selhání dle klasifikace NYHA.....	13
2.5 Chronické levostranné srdeční selhání.....	14
2.5.1 Etiologie.....	14
2.5.2 Klinický obraz.....	14
2.5.3 Diagnostika.....	14
2.6 Chronické pravostranné srdeční selhání.....	15
2.6.1 Etiologie.....	15
2.6.2 Klinický obraz.....	15
2.6.3 Diagnostika.....	15
2.7 Oboustranné srdeční selhání.....	15
2.8 Hemodynamické monitorování.....	16
2.9 Léčba chronického srdečního selhání.....	17
2.10 Prognóza.....	18
<b>3. KLINICKÁ ČÁST - SPECIÁLNÍ.....</b>	<b>19</b>
3.1 Základní identifikační údaje o nemocné.....	19
3.2 Údaje z lékařské anamnézy.....	19
3.3 Diagnostický závěr při přijetí.....	21
3.4 Průběh hospitalizace.....	22
3.5 Přehled významných, diagnosticko – terapeutických výkonů.....	23
3.6 Terapie v průběhu hospitalizace.....	27

<b>4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</b>	<b>32</b>
4.1 Úvod – teorie.....	32
4.1.1 Ošetřovatelský proces – charakteristika.....	32
4.1.2 Virginia Henderson – Teorie základní ošetřovatelské péče...33	
4.2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocné.....	34
4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz.....	40
4.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	40
4.3.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	40
4.4 Krátkodobý plán ošetřovatelské péče – realizace - hodnocení.....	41
4.5 Průběh hospitalizace, dlouhodobý plán ošetřovatelské péče.....	54
4.6 Psychologie nemocné – reakce na nemoc.....	59
<b>5. EDUKAČNÍ PLÁN .....</b>	<b>61</b>
<b>6. ZÁVĚR A PROGNÓZA.....</b>	<b>65</b>
Abecední seznam zkratk.....	66
Seznam použitých anglických pojmů.....	67
Seznam odborné literatury.....	68
Seznam obrázků.....	69
Seznam tabulek.....	70
Seznam příloh.....	70

# 1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou A.B. (74 let), která byla přeložená ze standardního oddělení na oddělení koronární jednotky s trvajícím a postupně se zhoršujícím oboustranným srdečním selháním.

Pacientka souhlasila s hospitalizací (*viz příloha č. 4*).

V klinické části obecně předkládám stručnou anatomii a fyziologii srdce a krevního oběhu, patofyziologii srdečního selhání a stručný popis levostranného a pravostranného srdečního selhání – příznaky, diagnostiku, léčbu. Tuto část zakončuji prognózou onemocnění.

V klinické části speciální předkládám údaje o paní A.B. získané z lékařské dokumentace, stručný průběh hospitalizace a přehled provedených, významných diagnosticko – terapeutických výkonů. Tuto část zakončuji přehledem terapie v průběhu hospitalizace.

V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu. Při hodnocení nemocné vycházím z modelu Virginie Hendersonové. První den hospitalizace jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, následuje podrobný krátkodobý plán ošetrovatelské péče. Poté se zabývám dlouhodobým ošetrovatelským plánem – stručným popisem dalšího průběhu hospitalizace. Ošetrovatelskou část zakončuji psychologickým zhodnocením nemocné.

Dále se věnuji edukaci pacientky v oblasti strachu z kardiochirurgické operace a stručně v oblasti zdravé výživy.

Závěr bakalářské práce věnuji závěrečnému shrnutí a prognóze.

Práce je doplněna abecedním seznamem zkratk, použitou odbornou literaturou, obrázky, tabulkami a přílohami.

## Vnější vzhled srdce

Obrázek č. 1 Vnější vzhled srdce





## **2. KLINICKÁ ČÁST – OBECNÁ**

### **2.1 Stručná anatomie a fyziologie srdce a krevního oběhu**

Srdce je dutý svalový orgán uložený v mezihrudí v obalu zvaném pericardium – osrdečník. Je tvořeno čtyřmi oddíly - pravá síň, pravá komora, levá síň, levá komora – má stěnu silnou 1,5 cm.

U dospělého člověka je srdce asi 12 cm dlouhé a 8-9 cm široké. Hmotnost srdce se liší podle pohlaví, u muže se pohybuje kolem 280-340 gramů, u žen kolem 230-280 gramů.

#### **Na srdeční stěně rozeznáváme tři vrstvy**

- Endokard – vystýlá nitro srdce
- Myokard – svalová vrstva tvořená příčně pruhovanou svalovinou srdeční
- Epikard – serózní povrchový povlak srdeční stěny

Srdce pohání krev v krevním oběhu tím, že se rytmicky smršťuje a ochabuje. Systola je stah srdce, diastola je ochabnutí, uvolnění stahu. Uvnitř srdce jsou mechanická zařízení, srdeční chlopně, které při systole umožňují tok krve do tepen, při diastole je zabráněno zpětnému proudění a krev ze žil je nasávána do srdce. (1)

Srdeční kontrakci zajišťují buňky myokardu, myocyty. Synergie kontrakce je důležitá pro kvalitu stahu. Tam, kde není stah správně koordinován od apexu srdce k jeho bázi, dochází k poklesu tepového objemu až o 10 %. (4)

#### **Fyziologické vlastnosti srdeční svaloviny**

- Srdeční frekvence - automacie – chronotropie = schopnost automaticky generovat vlastní vzruch
- Síňokomorový převod – vodivost – dromotropie = rychlé šíření vzruchu po srdeční svalovině

- Vzrušivost myokardu – dráždivost – bathmotropie = schopnost reagovat na podráždění
- Srdeční frekvence – stažlivost – inotropie = schopnost reagovat stahem

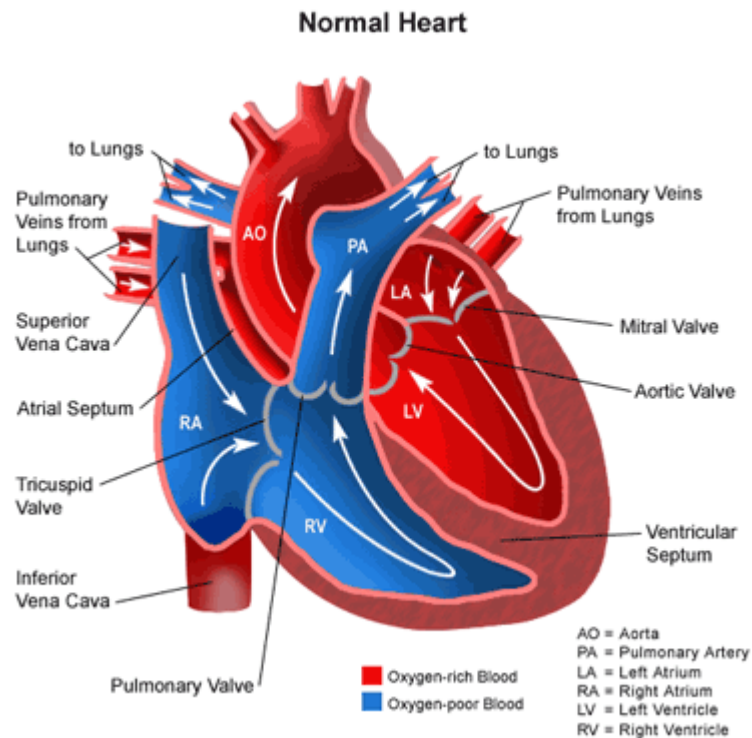
(15)

### Krevní oběh

Při diastole síň přitéká krev dutými žilami do pravé síně, do levé síně přitéká krev z plicních žil. Poté následuje systola síň, při které je krev vypuzena skrz chlopně do komor.

Mezi pravou síní a pravou komorou je chlopeň trojcípá – trikuspidální, mezi levou síní a levou komorou je dvojcípá chlopeň – mitrální. Při systole pravé komory se krev vypudí skrz poloměsíčitou chlopeň do plicnice a do plic (neokysličená krev), systola levé komory umožňuje tok krve přes aortální chlopeň do systémového oběhu (okysličená krev). (15)

Obrázek č. 2 Průtok krve srdečními oddíly



Každou systolou srdce vypudí průměrně 70 ml krve (tepový, systolický objem). Množství krve, které jedna komora přečerpá za minutu se nazývá minutový srdeční výdej. Vypočítá se podle vzorce tepový objem  $\times$  srdeční frekvence, u zdravého dospělého člověka je to 5 – 6 l za minutu. Poměr tepového objemu k objemu komory na konci diastoly se nazývá ejekční frakce (normální hodnota = 60 %), která je ukazatelem mechanické funkce levé komory. (15)

### **Koronární oběh**

Srdce je zásobeno hlavními tepnami. Z kořene aorty odstupuje levá a pravá věnčitá tepna. Levá věnčitá tepna se dále dělí na dvě hlavní větve – přední sestupnou a cirkumflexní větev.

Většina žilní krve je drénována velkou srdeční žilou do koronárního sinu, který ústí v pravé síni.

### **Vodivý systém srdce**

Vodivý systém srdce vytváří vzruchy, vyvolává kontrakci a rozvádí vzruchy srdeční svalovinou. Srdeční činnost zajišťují buňky pracovního myokardu (svalové, kontraktilní = myocyty) a buňky vodivého - převodního systému (schopné vzruchu bez předchozího podráždění).

- Sinusový uzel (SA – sinoatriální) = primární centrum srdeční automacie, tvoří podněty o frekvenci 60–100/min
- Síňokomorový uzel (AV – atrioventrikulární) = náhradní centrum automacie (junkční oblast) – tvoří vzruchy o frekvenci 40–60/min
- Hisův svazek – odstupuje z dolní části AV uzlu – převádí vzruch ze síní na komory
- Pravé a levé Tawarovo raménko – převodní systém v komorách = třetí náhradní centrum, pokud selže tvorba vzruchu v nadřazených centrech (v SA a AV uzlu). Frekvence těchto vzruchů je 20-40/min (6)

## **2.2 Patofyziologie srdečního selhání**

Srdeční selhání je definováno jako neschopnost srdce přečerpávat krev v míře vyžadované danou aktuální metabolickou aktivitou tkání za předpokladu dostatečného žilního krevního návratu. Krevní oběh není schopen zajistit v přiměřené míře přívod kyslíku a živin do tkání, odvod oxidu uhličitého a zplodin metabolismu z tkání.

### **2.2.1 Charakteristika srdečního selhání**

Srdeční nedostatečnost je charakterizovaná:

- Vzestupem plicního tlaku levé anebo pravé srdeční komory
- Známkami městnání v plicním (rtg známky plicního žilního městnání, chrůpky, pohrudniční výpotek) či v systémovém oběhu (přírůstek hmotnosti, zvýšená náplň krčních žil, hepatomegalie...)
- Sníženým srdečním minutovým objemem a srdečním indexem, popř. chybí dostatečný vzestup srdečního minutového objemu při zátěži – známky nedokrevnosti orgánů a přítomnost kompenzačních mechanismů (krátkodobé příznivé ovlivnění hemodynamiky u srdečního selhání, ale dlouhodobě nepříznivé efekty - zvýšení srdeční práce, zhoršení perfúze myokardu, vznik otoků, ztráty draslíku a vznik arytmií)

### **2.2.2 Kompenzační mechanismy**

- Aktivace sympatoadrenálního systému s následným zvýšením srdeční frekvence, arteriální a žilní vazokonstrikcí, zvýšením srdeční kontraktility
- Zapojení systému renin-angiotenzin-aldosteron, mající za následek arteriální vazokonstrikci, retenci sodíku, vody a rovněž přímé zvýšení srdeční kontraktility
- Dochází k srdeční hypertrofii
- Uplatnění Frankova-Starlingova mechanismu
- Je využíván anaerobní metabolismus (4)

## 2.3 Dělení srdečního selhání

### Podle selhávající srdeční komory

- Levostranné
- Pravostranné
- Oboustranné

### Dle časového průběhu

- Akutní
- Chronické

### Podle charakteru srdeční dysfunkce

- Systolické - klesá stažlivost myokardu, srdeční výdej a ejekční frakce
- Diastolické - ztížené plnění srdečních komor při poklesu poddajnosti myokardu

## 2.4 Funkční klasifikace srdečního selhání dle klasifikace NYHA

Tabulka č. 1

NYHA	Definice	Činnost
Třída I	Bez omezení tělesné aktivity. Běžná námaha nepůsobí pocit vyčerpání, dušnost, palpitace nebo anginu pectoris	Nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze nebo běhu rychlostí 8 km/hod.
Třída II	Menší omezení tělesné aktivity. Běžná námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris	Nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná aktivita již vyvolá potíže
Třída III	Značné omezení tělesné aktivity. Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris	Nemocní mají potíže při základních činnostech, jako je oblékání, mytí apod.
Třída IV	Obtíže se objevují při jakékoliv tělesné aktivitě, dušnost, palpitace nebo angina pectoris se objevují i v klidu	Nemocní mají klidové potíže

(16)

## **2.5 Chronické levostranné srdeční selhání**

Chronické levostranné srdeční selhání je charakterizováno postupným vzestupem plicního tlaku levé komory srdeční, městnáním v plicním oběhu, hypoxémií a sníženou perfúzí periferních tkání.

### **2.5.1 Etiologie**

Hypertenze, aortální a mitrální srdeční vady, ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie, myokarditidy.

### **2.5.2 Klinický obraz**

Zpočátku může probíhat bezpříznakově, později se rozvíjí:

- Hypoxie – nemocný je unavený, zmatený
- Městnání krve v plicním oběhu – námahová dušnost s kašlem
- Aktivace sympatiku – tachykardie, periferní vasokonstrikce, hypertenze, hypertrofie levé komory – zvedavý úder hrotu
- Později námahová dušnost přechází v dušnost klidovou, na plicích slyšíme chrůpky
- V pokročilých fázích se objevují příznaky hypoxie ledvin a trávicího traktu - oligurie a nykturie, anorexie a malabsorbce (12)

### **2.5.3 Diagnostika**

- Symptomy
- Ekg - hypertrofie a přetížení levé komory, ischemické změny, jizvy po infarktu
- Rtg srdce a plic - plicní žilní hyperémie, obraz plicního intersticiálního edému, srdeční stín bývá zvětšen především v oblasti levé komory
- Echo – k potvrzení příčiny selhání, zhodnocení velikosti a funkce levé komory
- Laboratorní vyšetření – renální funkce, iontogram, atd...(4)

## **2.6 Chronické pravostranné srdeční selhání**

Postupný vzestup plicního tlaku pravé komory srdeční a městnání v povodí horní a dolní duté žíly.

### **2.6.1 Etiologie**

Levostranné srdeční selhání s plicní hypertenzí přenesené doprava, mitrální vady, perikarditida, onemocnění plic – CHOPN, plicní emfyzém, tuberkulóza, embolizace plic, hypertyreóza, anémie, cirhóza.

### **2.6.2 Klinický obraz**

- Nízký minutový objem = svalová hypoxie = únavnost svalů až svalová atrofie
- Městnání krve v povodí horní a dolní duté žíly: spavost, neklid, zmatenost, zvýšená náplň krčních žil v klidu, lehká akrocyanóza, otoky – symetrické perimaleolární u chodících pacientů, zpočátku jen večer. Celkový otok = anasarka, oligurie, nykturie, ascites, hepatosplenomegalie
- Nechutenství, nauzea, zvracení, kardiální kachektizace a zácpa (12)

### **2.6.3 Diagnostika**

- Přítomné symptomy
- Ekg - hypertrofie a přetížení pravé komory, může být i přetížení levé komory, fibrilace síní, blokáda pravého Tawarova raménka
- Rtg srdce a plic - dilatace pravé komory a síně
- Echo - velikost srdečních oddílů, trikuspidální regurgitace
- Dopplerovská echokardiografie - proudění v plicnici – plicní hypertenze
- Swan - Ganzův katétr - tlaky v plicnici, v zaklínění plicních kapilár
- Laboratorní vyšetření – renální funkce, iontogram, atd... (4)

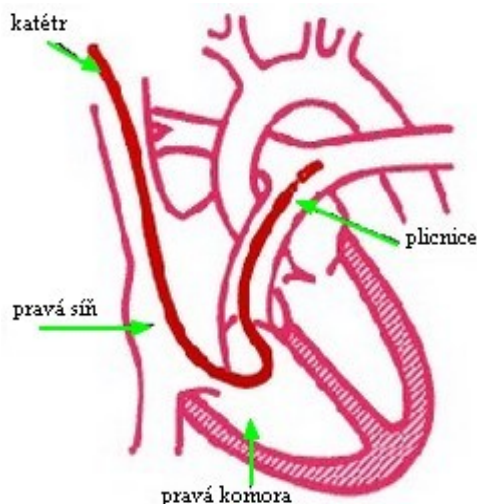
## **2.7 Oboustranné srdeční selhání**

Kombinace příznaků plicní a systémové hemostázy.

## 2.8 Hemodynamické monitorování

- ❖ **Arteriální krevní tlak** – měřený manžetou či kanylací arteriálního řečiště
- ❖ **Centrální žilní tlak** –  $\geq 6$  mmHg - odpovídá střední hodnotě tlaku v pravé síni, katétr se zavádí zpravidla do horní duté žíly. Snížená hodnota svědčí nejspíše o hypovolemii, zvýšená hodnota může svědčit o primární poruše funkce pravé komory srdeční, popř. přeneseně může dojít ke zvýšení tohoto tlaku při selhání levé komory srdeční.
- ❖ **Pravostranná katetrizace** – Swan – Ganzův balónkový katétr zaveden horní dutou žílou do pravé síně, pravé komory a plicnice
  - Tlak v pravé komoře =  $\geq 6$  mmHg
  - Tlak v plicnici (systolický, diastolický, střední) =  $\geq 30 / \geq 12 / \geq 20$  mmHg
  - Tlak v zaklínění v plicnici =  $\geq 12$  mmHg
  - Minutový srdeční výdej = 4,5-5,5 l/min
  - Srdeční index = 2,5-3,5 l/min/m<sup>2</sup>
  - **Komplikace pravostranné katetrizace:** punkce tepny, pneumothorax, hemothorax, závažné arytmie, odlomení částí katétru, infekce, trombóza, embólie, poškození srdečních chlopní, endokardu, plicnice

Obrázek č. 3 Pravostranná katetrizace





## 2.9 Léčba chronického srdečního selhání

- ❖ Diagnostika a odstranění příčin srdečního selhání, či onemocnění kompenzovat
- ❖ Pohybová aktivita
  - Snížení pohybové aktivity, určovat individuálně
- ❖ Dieta
  - Omezit příjem soli (do 5 g/den, popř. do 2–4 g/den)
  - U obézních redukce hmotnosti
  - Abstinence kouření, omezení příjmu alkoholu
- ❖ Farmakoterapie
  - Inhibitory ACE – prodlužují přežívání, snižují počet hospitalizací, zlepšují kvalitu života a zlepšují toleranci zátěže
  - Blokátory receptorů AT 1 pro angiotenzin II (tzv. sartany) - Sartany zůstávají alternativou pro nemocné, kteří mají kontraindikace nebo netolerují inhibitory ACE
  - Betablokátory - snižují mortalitu, zejména riziko náhlé smrti, prodlužují přežívání nemocných, snižují nutnost hospitalizací, zlepšují funkční třídu NYHA
  - Diuretika - snižují nebo odstraňují symptomy, zlepšují kvalitu života, snižují četnost hospitalizací, ale neovlivňují příznivě mortalitu. Při mírnějším srdečním selhání stačí thiazidová diuretika, při těžším selhání se používají diuretika kličková nebo kombinace kličkového a thiazidového diuretika.
  - Blokátory receptoru pro aldosteron - u nemocných s pokročilým srdečním selháním (funkční třída NYHA III–IV) na podkladě systolické dysfunkce, snižuje mortalitu i morbiditu
  - Digoxin - u nemocných s chronickým srdečním selháním při systolické dysfunkci levé srdeční komory a fibrilaci síní s rychlou komorovou odpovědí. Neovlivňuje mortalitu, ale může snížit potřebu hospitalizací, zejména pro zhoršení srdečního selhání.

- Antiagregační léčba
- Antikoagulační léčba
- Hypolipidemická léčba

❖ Chirurgická léčba

- Revaskularizace myokardu (implantace aortokoronárních by-passů)
- Aneuryzmektomie symptomatické poinfarktové výdutě
- Plastika mitrální chlopně, náhrada aortální chlopně
- Ortotopická transplantace srdce (OTS) – nemocných v terminálním stadiu srdečního selhání, u nichž již byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby

❖ Přístrojová léčba

- Srdeční resynchronizační léčba (biventrikulární stimulace) – u nemocných s pokročilým srdečním selháním (NYHA III–IV), nízkou ejekční frakcí a širokým komplexem QRS na EKG křivce, event. echokardiograficky prokázanou dyssynchronií kontrakce myokardu obou srdečních komor
- Implantace kardioverteru/defibrilátoru (ICD) - u nemocných s vysokým rizikem náhlé srdeční smrti (16)

## **2.10 Prognóza**

Chronické srdeční selhání je závažným kardiovaskulárním onemocněním. Jeho incidence i prevalence ve všech rozvinutých zemích stoupají. Léčba tohoto onemocnění musí být komplexní. Cílem léčby je zlepšení kvality života a zlepšení prognózy. Prognóza srdečního selhání je i přes pokroky v léčbě nepříznivá. Je závislá na klinické závažnosti srdečního selhání vyjádřené klasifikací NYHA. 5 let po stanovení této diagnózy přežívá jen něco málo přes 40 % mužů. U žen je dlouhodobá prognóza o něco lepší, než u mužů. (16)

### **3. KLINICKÁ ČÁST - SPECIÁLNÍ**

#### **3.1 Základní identifikační údaje o nemocné**

- Jméno a příjmení: A.B.
- Věk: 74 let
- Pohlaví: žena
- Pojišťovna: VZP
- Stav: vdaná
- Vyznání: bez vyznání
- Povolání: důchodce, dříve sekretářka
- Bydliště: Praha
- Kontaktní osoba: manžel
- Oslovení: přeje si být oslokována paní B.
- Oddělení: Koronární jednotka
- Důvod přijetí: Zhoršení chronického oboustranného srdečního selhání
- Doba hospitalizace: 14.6. - 28.6.2007
- Datum přijetí ze standardního oddělení: 14.6.2007
- Datum překlady z koronární jednotky na kardiologii: 28.6.2007

#### **3.2 Údaje z lékařské anamnézy**

##### Osobní anamnéza

- Před 10 lety stanovena diagnóza DKMP (dilatační kardiomyopatie), se sníženou systolickou funkcí levé komory srdeční, EF 30-35 %
- Stav po diphterii komplikované myokarditidou v dětství
- Stav po implantaci KS v režimu DDD (trvalý, 2 dutinový stimulátor) pro A-V blok III. stupně před 3 lety

- Stav po strumektomii pro hypertyreózu, trvalá substituční léčba
- Stav po infekční hepatidě B
- Exnikotinismus
- Opakované hospitalizace na klinice v roce 2007 pro oboustrannou srdeční nedostatečnost (dvakrát při atypické pneumonii, poslední při paroxysmální fibrilaci síní). Zvažována resynchronizační terapie, vzhledem k nepřítomnosti asynergie kontrakce tato nebyla realizována.

#### Rodinná anamnéza

- Otec zemřel na rakovinu plic, matka stáří v 81 letech, 1 syn zdravý, 2 vnoučata zdravá

#### Alergická anamnéza

- Neudává

#### Pracovní a sociální anamnéza

- V důchodu, žije s manželem v rodinném domku za Prahou

#### Abusus

- Dříve kouřila 10-12 cigaret denně, od 55 let nekouří. Alkohol příležitostně, káva jedenkrát denně

#### Gynekologická anamnéza

- Menses od 18 let po hormonální stimulaci, klimakterium ve 44 letech bez obtíží
- 1958 porod syna koncem pánevním

#### Farmakologická anamnéza – poslední ze dne 13.6.2007

Tabulka č. 2 Farmakologická anamnéza ze dne 13.6.

Medikace	Ráno	Poledne	Večer
Neurol 0,25 mg – tbl.	½	–	½
Euthyrox 150 mg – tbl.	½	–	–
Kalnormin – tbl.	1	–	1
Fraxiparin 0,4 ml – s.c.	0,4 ml	–	0,4 ml
Furosemid 20 mg - i.v.	20 mg	–	–

Zdravotní stav při přijetí: 14.6.2007 07:00 hodin

- Subjektivní nález

Klidová dušnost poslední 2 hodiny, nauzea, úzkost. Bolesti na hrudi nemá, teplotu nemá.

- Objektivní nález

Klidová dušnost, systolický šelest na hrotě s propagací do axily, bilaterálně bazálně inspirační chrůpky, jugula +, DK bez otoků, břicho nafouklé, oligurie, SpO<sub>2</sub> 84 % (bez O<sub>2</sub>).

Tabulka č. 3 Tělesné hodnoty při přijetí

Váha	52 kg
Výška	162 cm
TK	100/60 mmHg
DF	30/min
TF	80/min, rytmus stimulovaný
TT	36,7 °C
BMI	19,8 kg/m <sup>2</sup>

### **3.3 Diagnostický závěr při přijetí**

- Trvající a postupně se zhoršující oboustranné srdeční selhání u pacientky s DKMP (postdiphtherické postižení)
- Výrazná mitrální regurgitace
- V.s. (velmi suspektní) městnavá hepatopatie
- Fibrilace síní, DDD stimulace
- Zvažován kardiochirurgický výkon - plastika mitrální a trikuspidální chlopně

### **3.4 Průběh hospitalizace**

1. den hospitalizace - 74 letá pacientka s těžkou systolickou dysfunkcí levé komory (EF 30-35 %) při dilatační kardiomyopatii po difterické myokarditis a v posledních letech se zhoršující, nyní již těžkou mitrální a trikuspidální insuficiencí s chronickou dušností NYHA III-IV st., byla přijata přes standardní oddělení na KJ pro recidivu oboustranného srdečního selhání. Na standardním oddělení byl stav komplikován katérovou sepsí (13. května).

Na koronární jednotce byly pacientce nabrány krevní odběry – základní biochemie, krevní obraz, koagulace. SpO<sub>2</sub> bez kyslíku se pohybovala kolem 84 %, s kontinuálně podávaným kyslíkem 4 l/min byla 97 %, krevní tlak – 100/60 mmHg. Pacientka byla anxiózní, trpěla nauzeou. Paní A.B. byl proveden RTG srdce a plic, zaveden permanentní močový katétr číslo 18. Zavedeným Swan-Ganzovým katétreem byly sledovány hemodynamické parametry, kontinuálně se podával Furosemid i.v. a k prevenci infekce se aplikoval Ofloxin i.v. Odpoledne byla pacientce nasazena parenterální výživa pro nauzeu a nedostatečný příjem p.o.

2. den hospitalizace nauzea přetrvávala, provedla se punkce hrudního výpotku 1. sin – 300 ml žlutavé tekutiny. Nemocná byla bez klidové dušnosti, kyslík se aplikoval kyslíkovými brýlemi rychlostí 2 l/min, SpO<sub>2</sub> 98 %, TK 100/50 mmHg.

4. den hospitalizace byla paní A.B. bez klidové dušnosti, odmítala stravu pro nauzeu. Pacientka byla stále anxiózní, Neurolog tbl. se podával pouze na vyžádání z důvodu únavy. Pod DDD stimulátorem byla zřejmě fibrilace síní. Stimulovaný rytmus se pohyboval kolem 85/min. Při kontinuálním podávání Furosemidu i.v. poklesly hodnoty CŽT, PA, PCW. TK byl v průměru 100/60 mmHg. Zvýšené jaterní testy postupně klesaly.

5. den hospitalizace byla u pacientky provedena EKV v CA bifazickým výbojem 120J s nastolením SR. EKG po EKV: DDD stimulace 66/min. Cítila se dobře, bez dušnosti. Byl podáván levosimendan i.v. z důvodu mobilizace rezerv LK po kterém se zlepšil minutový srdeční výdej.

6. den hospitalizace se cítila lépe, byla bez dušnosti, měla větší chuť k jídlu, ale mírná nauzea stále přetrvávala.

8. den hospitalizace se dopoledne provedla TEE a byl podán antitrombin III i.v. Kontinuálně se pokračovalo s aplikací levosimendanu i.v. Swan-Ganzův katétr se odpoledne odstranil a byl zaveden CŽK. Měla větší chuť k jídlu, byla bez nauzey, eupnoická, hovorná.

12. den hospitalizace se provedlo ECHO, pacientka měla obavy z operace.

14. den hospitalizace byla zastavena parenterální realimentace, chuť k jídlu měla dobrou.

15. den hospitalizace cítila se dobře, bez dušnosti, bez otoků. V 6:30 hodin byla přeložena na kardiochirurgické oddělení (plastika mitrální a trikuspidální chlopně, MAZE operace).

### **3.5 Přehled významných, diagnosticko – terapeutických výkonů**

#### **• Odběry biologického materiálu** – 14.6.2007 - 1. den hospitalizace

Tabulka č. 4 Krevní obraz

Metoda	Naměřená hodnota	Hodnocení	Referenční meze
Leukocyty	8,07 $10^9/l$	norma	4,00 – 10,7
Erytrocyty	4,24 $10^{12}/l$	norma	3,54 – 5,18
Hemoglobin	122 g/l	norma	116 - 163
Hematokrit	0,366 l	norma	0,33 – 0,47
Trombocyty	127 $10^9/l$	↓	131 – 364
Lymfocyty	10,6 %	↓	25 - 40
Lymfocyty abs.	0,90 $10^9/l$	↓	1,00 – 4,80

Tabulka č. 5 Biochemie

Metoda	Naměřená hodnota	Hodnocení	Referenční meze
Natrium	137 mmol/l	↓	137 - 146
Kalium	3,5 mmol/l	↓	3,8 – 5,0
Cl	91 mmol/l	↓	97 – 108
Ca	2,02 mmol/l	norma	2,00 – 2,75
P	1,08 mmol/l	norma	0,65 – 1,61
Mg	0,99 mmol/l	norma	0,70 – 1,00
Urea	8,0 mmol/l	↑	2,0 – 6,7
Krea	120 umol/l	↑	44 - 104
Bili	35,8 umol/l	↑	2,0 – 17,0
ALT	12,66 ukat/l	↑	pod 0,78
AST	7,24 ukat/l	↑	pod 0,72
GMT	0,66 ukat/l	norma	pod 0,68
ALP	0,86 ukat/l	norma	0,66 – 2,20
Gl	7,2 mmol/l	↑	4,2 – 6,0
CRP	40 mg/l	↑	pod 7,0
OSMO	283 mmol/kg	norma	275 - 295
CB	67,0 g/l	norma	65,0 – 85
Albumin	33,0 g/l	↓	35,0 – 53,0
Prealbumin	0,08 g/l	↓	0,20 – 0,40

Tabulka č. 6 Koagulace

Metoda	Naměřená hodnota	Hodnocení	Referenční meze
INR	1,54	↑	0,80 – 1,25
APTT	39,3 s	norma	25,9 – 40,0



- **Swan - Ganzův katétr** - zaveden 1. den hospitalizace, odstraněn 8. den hospitalizace

Tabulka č. 7 Hemodynamické hodnoty naměřené při pravostranné katetrizaci

	<u>CŽT</u> (mmHg)	<u>PCW</u> (mmHg)	<u>PA</u> (mmHg)	<u>CO</u> (l/min)	<u>CI</u> (l/min/m <sup>2</sup> )
Referenční meze	≥ 6	≥ 12	≥30/≥12/≥20	4,5 – 5,5	2,5 – 3,5
1. den	24	40	70/41/54	2	1,6
4. den	14	20	56/29/40	2	1,6
5. den	10	25	35/23/27	3,1	1,8
6. den	7	17	37/13/26	2,8	2,0
8. den	7	14	30/14/20	3,6	2,3

- **RTG srdce + plíce**

**1. den** – nález – interlobární výpotek vpravo, nevelkého rozsahu. Plicní kresba nesvědčí pro městnání v malém oběhu, cestou v.jug.sin. zaveden katétr do dolní větve a. pulmonalis dx, srdce oběma směry rozšířené, trvalý kardiostimulátor vpravo.

**5. den** – nález - srdce doleva rozšířené, ale rozšíření je menší oproti předešlému rentgenu, pleurální dutiny bez výpotku. Náplň plicního oběhu je přiměřená. Obraz je zlepšen.

- **EKV** - elektrokardioverze

**5. den** - EKV v CA bifazickým výbojem 120J s nastolením SR - DDD stimulace 66/min.

- **EKG** – elektrokardiografické vyšetření

**2. den** – na EKG stimulovaný rytmus (75/min), pod stimulovaným rytmem fibrilace síní, 85/min, bez komorových extrasystol.

**5. den** po EKV- DDD stimulace 66/min.

- **TEE** – transezofageální echo

**8. den** – nález - dilatovaná levá komora, hypokinetická, EF 35 %, mitrální regurgitace, dilatace levé síně, trikuspidální regurgitace 3. stupně, lehká dilatace pravé síně, stimulační elektrody.

- **Kardiologicko-anesteziologické konsilium**

**9. den** – doporučení - 12. den zopakovat echo, s otázkou dyssynchronie levé komory k posouzení možnosti maximálního zlepšení systolické funkce levé komory založením levokomorové stimulace ještě před vlastním kardiochirurgickým výkonem. V případě předpokládaného nízkého efektu resynchronizační terapie by navzdory vysokému perioperačnímu riziku (nad 30 %) kardiochirurgický výkon měl být realizován.

- **ECHO** – echokardiografie

**12. den** – nález - vyšetření cíleno na dyssynchronii levé komory. Není přítomna interventrikulární dyssynchronie, ale stopová aortální regurgitace, dilatace levé síně, těžká plicní hypertenze, dilatace pravostranných oddílů, mitrální a trikuspidální regurgitace 3/4 stupně.

### 3.6 Terapie v průběhu hospitalizace

#### A/ Farmakoterapie

##### ❖ P.O.

- **Verospiron tbl. 25 mg**

S: Spironolactonum 25 mg v jedné tabletě

IS: Diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu

NÚ: Hyperkalémie, hyponatrémie, křeče v břiše, průjem, krvácení, bolesti hlavy

- **Kalnormin tbl. 1,0 g**

S: Kalii chloridum (chlorid draselný) 1,0 g v jedné tabletě

IS: Soli a ionty pro perorální i parenterální aplikaci

NÚ: Hyperkalémie, zvracení, průjem, plynatost

- **Neurol tbl. 0,25 mg**

S: Alprazolamum 0,25 mg v jedné tabletě

IS: Anxiolytikum, antidepresivum

NÚ: Ospalost, únavnost, závratě, podrážděnost, zvýšená nebo snížená chuť k jídlu, zvýšení nebo snížení hmotnosti, pocení, kožní alergie, svědění, nebezpečí psychické či somatické závislosti

- **Euthyrox tbl. 150 µg**

S: 150 µg levothyroxinum natrium v jedné tabletě

IS: Hormon štítné žlázy, syntetický levothyroxin

NÚ: Příznaky hyperthyreózy: třes prstů, tachykardie, neúměrné pocení, průjem, úbytek na váze

- **Helicid tbl. 20 mg**

S: Omeprazolom 20 mg v jedné tobolce

IS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

NÚ: Bolest hlavy, bolest břicha a průjem

❖ **S.C., I.V**

- **Fraxiparine s.c. 0,4 ml** – dvakrát denně, 1. – 14. den hospitalizace

**S:** Nadroparin

**IS:** Antikoagulans, antitrombotikum

**NÚ:** Krvácivé projevy v různých místech, trombocytopenie, zvýšení transamináz (většinou přechodné), malé krevní výrony v místě vpichu

- **Degan i.v.** – třikrát denně ½ ampule před jídlem, 1. – 10. den hospitalizace

**S:** Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum 10,5 mg v jedné ampuli o obsahu 2 ml

**IS:** Antiemetikum, prokinetikum

**NÚ:** Únava, ospalost, neklid, zažívací potíže, pocit sucha v ústech, po parenterálním podání se mohou vyskytnout místní reakce v místě aplikace (bolestivost, flebitida)

- **Hypnomidate i.v. 2,5 ml**

**S:** Etomidatum

**IS:** Anestetikum celkové

**NÚ:** Přechodná bolest v místě aplikace, nauzea, zvracení, škytavka, kašel nebo zimnice, hypotenze, dýchací obtíže nebo alergická reakce

- **Apaurin i.v. 2,5 ml**

**S:** Diazepamum 10 mg v jedné ampuli

**IS:** Anxiolytikum

**NÚ:** Únava, spavost, závratě a svalová ochablost, zmatení, deprese, ztráta paměti, dysartrie, poruchy krvetvorby

- **Aldactone i.v. 200 mg** - 1 ampule v den příjmu

**S:** Kalii canrenoas 200 mg v jedné ampuli

**IS:** Kalium šetřící diuretikum, antagonist aldosteronu

**NÚ:** Elektrolytová nerovnováha - srdeční arytmie, svalová slabost, křeče nebo závratě, potíže GIT, zvýšení koncentrace močoviny a kreatininu v séru

## ❖ INFUZNÍ TERAPIE

- **Ofloxin i.v. 200 mg do 100 ml FR** – jedenkrát denně, 1. – 5. den hospitalizace

S: Ofloxacinum

IS: Fluorochinolon

NÚ: Zvracení, průjem, bolest břicha, bolest hlavy, poruchy spánku, pruritus

- **Simdax i.v. 5 ml + G 5% 500 ml** – kontinuálně, 5. - 11. den hospitalizace

S: 5 ml lahvička obsahuje 12,5 mg levosimendanum

IS: Jiná kardiotonika (kalciové senzitivizéry)

NÚ: Nejčastější jsou tachykardie, bolesti hlavy, hypotenze, dále hypokalemie, nespavost, závratě, fibrilace síní, nevolnost, snížený počet krevních elementů, vzácně fibrilace komor

- **Antitrombin III i.v. 500j** – jedenkrát denně, 8. a 9. den hospitalizace

S: Humanum antithrombinum III 500 I.U./10 ml

IS: Nejdůležitější inhibitor krevní koagulace

NÚ: Horečka, kopřivková vyrážka, nauzea, zvracení, dyspnoe, anafylaktický šok

## ❖ LINEÁRNÍ DÁVKOVAČE

- **Furosemid i.v. 250 mg ad 50 ml** – neředěný, kontinuálně, 1. - 5. den hospitalizace

S: Furosemidum 125 mg v 10 ml

IS: Sulfonamidové diuretikum

NÚ: Hypotenze, pocit tlaku v hlavě, závrať, tromboflebitida, hyperglykémie, hypokalemie, hyponatremie a metabolická alkalóza, hypokalcemie, zvýšení jaterních transamináz

- **Cordarone i.v. 2 amp + 5%G ad 20 ml** – kontinuálně, 3. - 7. den hospitalizace

S: Amiodaroni hydrochloridum 150 mg

IS: Antiarytmikum (III. třída podle Vaughan-Williamsovy klasifikace)

**NÚ:** Bradykardie, hypotenze, reakce v místě vpichu injekce - bolest, zarudnutí kůže, otok, nekróza, infiltrace, zánět, zatvrdnutí, tromboflebitida, flebitida

- **KCl 7,5% 50 ml i.v.** – neředěný, kontinuálně, 2. - 5. den hospitalizace

**S:** Kalii chloridum 750 mg v 10 ml injekčního roztoku

**SI:** Chlorid draselný

**NÚ:** Hyperkalémie - bradykardické arytmie, srdeční zástava, svalová slabost až paralýza, únavnost, parestezie končetin

## ❖ VÝŽIVA

- **Nutriflex basal 2000 ml + 20% intralipid 500 ml + 1 amp. Multibionta i.v.**  
– kontinuálně, 1. - 14. den hospitalizace

- **Nutriflex basal 2000 ml**

**Celková energie** = 5255 kJ (1255 kcal)

**IS:** Roztoky pro parenterální výživu, kombinace

**NÚ:** Vzácné, příležitostně se může vyskytnout nauzea a zvracení

- **20% Intralipid 500 ml**

**S:** Sojae oleum fractionatum

**IS:** Tuková emulze k parenterální výživě

**NÚ:** Vzestup tělesné teploty a méně často třesavka, pocity mrazení, nauzea nebo zvracení

- **Multibionta i.v.**

**S:** 1 ampule obsahuje: vitamin A, vitamin B1, vitamin B2, Nicotinamid, Dexpantenol, vitamin B6, vitamin C, vitamin E

**IS:** Polyvitaminový přípravek

**NÚ:** Přecitlivělost na vitamin B1, benzylalkohol (kožní reakce, angioedémy, šokový stav)

## B/ Dietní opatření

- 1. den hospitalizace: dieta č. 4 po dohodě pacientky s dietní sestrou, nutridrinky k dispozici - odmítá
- 3. – 14. den hospitalizace: dieta výživná dle chuti a tolerance
- 1. – 14. den hospitalizace: parenterální výživa (viz výše)

## C/ Rehabilitace

Tabulka č. 8 Rehabilitace - režimy na oddělení během hospitalizace

Den hospitalizace	Režim
1. den	Klid na lůžku – 2a
2. den	Cvičit dle tolerance, vertikalizace – 2b
3. den	Může se posadit na lůžku s nohama dolů, dochází rehabilitační sestra – 2b
4. – 8. den	Stoj u postele s asistencí, později zvládá chůzi po pokoji s dopomocí – 2c
10. – 14. den	Krátká chůze po oddělení s dopomocí, později bez dopomoci – 3

## D) Ostatní

- Aplikace zvlhčeného kyslíku
- Monitorace SpO<sub>2</sub>, TK, TF, EKG
- Sledování příjmu a výdeje tekutin
- Zaveden Swan–Ganzův katétr – sledování hemodynamických hodnot
- Zaveden PMK č. 18

## **4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **4.1 Úvod – teorie**

V ošetřovatelské části popisují péči o pacientku metodou ošetřovatelského procesu. Používám model Virginie Hendersonové.

#### **4.1.1 Ošetřovatelský proces – charakteristika**

Ošetřovatelský proces lze charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice. Ovlivňuje práci sestry s nemocným – její jednání a vlastní ošetřovatelskou péči. Je to logický, systematický přístup k celkové péči o nemocného. (11)

Ošetřovatelský proces má 5 fází, které na sebe navazují

##### 1. Posouzení a zhodnocení pacienta

Posouzení potřeb pacienta pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením, informacemi od příbuzných, z dokumentace pacienta.

##### 2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Analýza informací, formulace aktuálního či potenciálního problému (reakce na nemoc či jiný patologický stav) pacienta, seřazení ošetřovatelských diagnóz podle priorit.

##### 3. Plánování ošetřovatelské péče

Stanovení očekávaných výsledků – cílů, volba ošetřovatelských intervencí a informování ostatních členů týmů o ošetřovatelském plánu.

##### 4. Realizace ošetřovatelské péče

Činnost zaměřená na dosažení výsledků – cílů.

##### 5. Hodnocení ošetřovatelské péče

Porovnání stavu pacienta se stavem pacienta při formulaci cíle. Cíl může být splněn zcela, částečně nebo vůbec ne.



#### **4.1.2 Virginia Henderson - Teorie základní ošetrovatelské péče**

Její Teorie základní ošetrovatelské péče bývá často označovaná jako suplementárně-komplementární model.

Tento model vychází z faktu, že každý jedinec má základní potřeby, které jsou ovlivněné kulturou a jeho vlastní osobou. Tyto potřeby si lidé uspokojují různě. V situaci, kdy nemá dostatek sil, vůle či dovedností, dochází k projevům neuspokojených potřeb.

Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti 14-ti potřeb, při kterých potřebuje nemocný pomoc, zhodnotí podmínky a patologické stavy, které ovlivňují potřeby pacienta. Následně plánuje vhodné zásahy, které realizuje.

Cílem ošetrovatelského týmu je co nejdříve obnovit soběstačnost a nezávislost nemocného na okolí tak, aby byl schopný žít plnohodnotný život. Není-li to možné, provází ho na cestě ke klidné smrti. (10)

##### Základní potřeby

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodný oděv, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení (10)

## **4.2 Ošetrovatelská anamnéza - hodnocení nemocné**

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala první den hospitalizace. Získané informace jsou zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci (*viz příloha č. 5*). Hodnocení dle modelu Virginie Hendersonové jsem provedla po přijetí pacientky na oddělení první den hospitalizace.

### **❖ Anamnéza**

Otec zemřel na rakovinu plic, matka stárím v 81 letech, 1 syn zdravý, 2 vnoučata, zdravá. Alergii neudává. Žije s manželem v rodinném domku za Prahou, oba jsou v důchodu. Dříve kouřila 10-12 cigaret denně, od 55 let nekouří. Alkohol příležitostně, káva jedenkrát denně. Menses měla od 18 let po hormonální stimulaci, klimakterium ve 44 letech bez obtíží. V roce 1958 porodila syna koncem pánevním.

Zdravotní stav při přijetí: 14.6.2007 07:00 hod.

- Subjektivní nález - klidová dušnost poslední 2 hodiny, nauzea, úzkost, bez bolestí
- Objektivní nález - klidová dušnost, jugula +, DK bez otoků, břicho nafouklé, oligurie. SpO<sub>2</sub> 84 % bez aplikace kyslíku

Váha	52 kg	DF	30/min
Výška	162 cm	TT	36,7 °C
TK	100/60 mmHg	BMI	19,8 kg/m <sup>2</sup>
TF	80/min, rytmus stimulovaný	Vědomí	Plně při vědomí

### Závěr při přijetí

74 letá pacientka s těžkou systolickou dysfunkcí levé komory (EF 30-35 %) při dilatační kardiomyopatii po difterické myokarditis a v posledních letech se zhoršující, nyní již těžkou těžkou mitrální a trikuspidální insuficiencí s chronickou dušností NYHA III–IV st. přijatá přes standardní oddělení na koronární jednotku pro recidivu oboustranného srdečního selhání.

## ❖ **Hodnocení pacientky**

### ➤ Pomoc pacientce normálně dýchat

Přibližně 10 let trpí námahovou dušností (při chůzi do kopce, na delší tratě), klidová dušnost se vyskytovala během tohoto roku již několikrát. Vždy byla nutná hospitalizace. Dříve kouřila 12 cigaret denně, od 55 let nekouří. Ráda spí při otevřeném okně.

14 dní je dušná více než obvykle. V noci spí na lůžku v polosedě. Při chůzi na WC se často zastavuje, aby nabrala síly. Při hygieně se trochu zadýchává, je soběstačná, ale občas potřebuje doprovod při chůzi do sprchy. Přesun z lůžka k umyvadlu na pokoji zvládá vždy samostatně, někdy se zadýchá, jindy je bez dušnosti.

Poslední 2 hodiny pacientka pociťuje postupně se zhoršující klidovou dušnost, která jí nutí setrávat na lůžku v sedě. Veškerý pohyb mimo lůžko je vyloučen. Na standardním oddělení aplikován kyslík pomocí kyslíkových brýlí rychlostí 3 l za minutu – SpO<sub>2</sub> poté byla 91 %. SpO<sub>2</sub> bez aplikace kyslíku byla 84 % (měřeno saturačním čidlem).

Paní A.B. jsem uložila do polohy v sedě na lůžku, podala jsem jí zvlhčený kyslík pomocí kyslíkové masky (rychlostí 4 l/min) a Furosemid 40 mg i.v. Frekvence dýchání byla při příjetí na koronární jednotku 30 dechů za minutu, kašel nemá, není cyanotická. Paní A.B. jsem poučila o nutnosti dodržování klidového režimu na lůžku po celý dnešní den. Bude potřebovat pomoc při hygieně, oblékání a vyprazdňování.

### ➤ Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin

Chuť k jídlu má dobrou, až na chvíli, kdy se zhorší srdeční selhání. Jí spíše menší porce. Dietu nedrží. Pacientka doma vypije kolem 1,5 l tekutin za den. Má ráda ovocné čaje a neperlivou vodu. Stravu si nakupuje sama, vaří každý druhý den. Chrup má svůj.

14 dní trpí mírnou nauzeou. Sní ½ množství z podané stravy. Pije málo, kolem 800 ml za 24 hodin.

Poslední 2 dny udává zhoršení nauzey, sní ¼ množství z podávané stravy. Vypije 2 skleničky čaje (300 ml) za 12 hodin. Na začátku hospitalizace na standardním oddělení byla paní A.B. aplikována infuze FR 500 ml i.v., dále dle stavu pacientky podáván Furosemid 20 mg i.v. Hodnoty příjmu a výdeje tekutin ze včerejšího dne jsou: příjem tekutin p.o. – 600 ml, výdej tekutin – 1300 ml (výdej je ovlivněn aplikovaným ranním Furosemidem 20 mg i.v.)

Nyní nejeví známky dehydratace, kožní turgor je přiměřený, jazyk vlhký. Nabízené nutridrinky jí nechutnají. Zvažuje se aplikace parenterální výživy. Hmotnost pacientky je 52 kg, BMI je 19,8 kg/m<sup>2</sup> (měření provedeno před 3 dny na standardním oddělení). Pacientku převážíme a přeměříme až po zlepšení stavu, nyní je nutný klidový režim na lůžku.

➤ Pomoc pacientovi při vylučování

Na stolici chodí dvakrát týdně, problémy nemá. Močí malé množství moče třikrát denně. Na standardním oddělení měla k dispozici gramofon vedle lůžka, který využívala během noci. Pomoc nepotřebovala. V průběhu dne chodila sama či s dopomocí na WC.

Nyní, pro přesnější sledování příjmu a výdeje a pro předpokládané časté močení po Furosemidu i.v. (v 7:00 hodin aplikován Furosemid 40 mg i.v., dále se plánuje kontinuální podávání neředěného Furosemidu 250 mg i.v.) byl pacientce zaveden za sterilních podmínek PMK č. 18. S pacientkou jsme se domluvily, že pokud bude potřebovat na stolici, využije prozatím podložní mísu.

➤ Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy

V období, kdy je její zdravotní stav stabilní, zvládá krátké procházky a nákupy pouze s mírným zadýcháváním.

14 dní potřebuje občasnou dopomoc při chůzi na WC a zpět kvůli zhoršenému dýchání a slabosti. U lůžka má křeslo, do kterého se sama přes den posazuje.

Poslední 2 hodiny pacientka toleruje pouze polohu v sedě na lůžku kvůli klidové dušnosti.

Po přijetí na koronární jednotku dodržuje režim číslo 2a – klid na lůžku. Za záda jsem pacientce vložila polštář, mezi paty dolních končetin a pelest' lůžka polohovací válec pro lepší stabilitu polohy v sedě. Na lůžko jsem připevnila hrazdičku, za kterou se bude moc pacientka přitáhnout více do sedu. Kvůli snadnější změně polohy a riziku pádu pro únavu, slabost a dušnost, jsem na lůžko připevnila postranice.

➤ Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

Při atakách dušnosti spí pacientka hůře, preferuje polohu v polosedě na lůžku. V období, kdy netrpí klidovou dušností, spí celou noc s velkým polštářem pod hlavou. Preferuje polohu v mírném polosedu na lůžku kvůli lepšímu dýchání.

Poslední týden je pacientka úzkostná, trápí jí nejistota, kdy a jestli se provede kardiochirurgická operace. Paní A.B. je každé ráno a večer podávána Neurol 0,25 mg ½ tbl. Spí většinou celou noc, probouzí se kolem šesté hodiny ranní a přes den se cítí unavená a slabá. Bolesti nemá.

Dnešní noc spala dobře, ale brzy ráno se probudila pro postupně se zhoršující klidovou dušnost. Cítí se velice unavená a slabá.

➤ Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Doma se sama obleče, má ráda volný oděv.

Na standardním oddělení nosí košilky, které jí přinesl manžel. Při převlékání byla pacientka soběstačná.

Při příjmu na koronární jednotku jsme pacientku převlékli do volného, nemocničního oděvu. Sama by převlékání kvůli klidové dušnosti nezvládla.

➤ Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Pacientka je afebrilní, s udržením tělesné teploty problémy nemá. V místnosti má ráda pokojovou teplotu 22°C.

➤ Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Hygienu doma zvládala sama. Každý den se omývala žínkou, koupala se dvakrát týdně.

Na standardním oddělení jí při atakách mírné klidové či námahové dušnosti hygiena trvala déle, ale zvládala jí sama. Při pohybu po pokoji dopomoc nepotřebovala, sama se umyla u umyvadla. Při chůzi do koupelny doprovod pro únavu a dušnost při chůzi občas potřebovala.

Od včerejška má s hygienou potíže, při hygieně u umyvadla se zadýchávala, byla nutná dopomoc (sestra pomohla pacientce připravit všechny hygienické pomůcky). Paní A.B. si zvládla sama omýt horní polovinu těla, genitálie a vyčistit zuby. Dolní končetiny a záda jí omývala sestra.

➤ Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Klientka je plně při vědomí. Nosí brýle na blízko, na dálku vidí dobře. Se sluchem problémy nemá. Doma pomoc nepotřebovala, byla plně soběstačná.

Posledních 14 dní jí dělá problém chůze na WC a do koupelny. Často se zastavovala, opírala se o stěny. Při chůzi mimo pokoj potřebovala občas dopomoc, chůzi po pokoji zvládala vždy sama bez opory.

Včera potřebovala oporu i při chůzi po pokoji pro únavu a námahovou dušnost.

Na koronární jednotce jsem pacientce připevnila na lůžko postranice, pro větší pocit bezpečí a pro riziko pádu z důvodu únavy, slabosti a dušnosti. Paní A.B. mi sdělila, že by se chtěla co nejdříve začít pohybovat.

➤ Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními

Pacientka je komunikativní, pociťuje úzkost, potí se, má bušení srdce, neví, co s ní bude, bojí se o svůj život. Je rozhodnutá bojovat za každou cenu. Trápí jí nejistota, jestli se operace uskuteční. Tvrdí, že není dostatečně informovaná, co se s ní bude dít, chtěla by vědět, jak bude případná kardiokirurgická operace probíhat, má z ní strach. S rodinou má dobré vztahy, jsou jí oporou.

➤ Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry

Klientka je nevěřící, vyrůstala v ateistické rodině.

➤ Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Pacientka chce s onemocněním bojovat. Dříve pracovala jako sekretářka, nyní je v důchodu. Až jí bude lépe, těší se na rehabilitaci, četbu knih a luštění křížovek.

➤ Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Doma ráda chodí na krátké procházky s manželem. Čte knihy, časopisy, dívá se na televizi, luští křížovky a hraje si s vnoučaty. Těší se na návštěvu manžela, který jí vždy vyslechne a podpoří.

Poslední 2 dny nemá do aktivních činností chuť, je unavená.

➤ Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

Dříve pracovala jako sekretářka. Práce jí velice bavila. Pacientka bude ráda za veškeré rady a informace. Chtěla by vědět více o zvažované kardiochirurgické operaci. Léčebný klidový režim bude dodržovat, ale chtěla by se začít pohybovat co nejdříve.

### **4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila k 1. dni hospitalizace v 8:00 hodin. Tento den byla pacientka přeložena ze standardního oddělení na koronární jednotku.

#### **4.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

1. Klidová dušnost v souvislosti se zhoršeným srdečním selháním
2. Porucha výživy v souvislosti s nauzeou a nedostatečným příjmem potravy p.o.
3. Úzkost v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a nejistotou ohledně provedení kardiochirurgické operace
4. Porucha sebezpečí při zajištění hygieny, oblékání a vyprazdňování v souvislosti s dušností, únavou a nutností dodržení klidového režimu
5. Únava v souvislosti se srdečním selháním

#### **4.3.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy**

6. Nebezpečí pádu a poranění v souvislosti s únavou a svalovou slabostí
7. Nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy
8. Nebezpečí poruchy spánku v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem
9. Nebezpečí dehydratace v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin a diuretickou terapií



#### **4.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče – realizace - hodnocení**

U nemocné jsem stanovila plán ošetrovatelské péče k 1. dni hospitalizace. Plán ošetrovatelské péče jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č. 6).

#### **✚ Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

##### **1. Klidová dušnost v souvislosti se zhoršeným srdečním selháním**

###### Cíl

- SpO<sub>2</sub> s kyslíkovou maskou bude nad 96 % - do 2 hodin
- pacientka nebude udávat potíže s dýcháním v klidové poloze na lůžku – do 2 hodin
- bude mít dechovou frekvenci 16-20 dechů/min – do 2 hodin
- výměna kyslíkové masky za kyslíkové brýle – před večerní hygienou

###### Plán péče

- vysvětlit pacientce důvod dodržování klidového režimu
- uložit pacientku do polohy v sedě na lůžku
- aplikovat zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou rychlostí 4 l za minutu (dle ordinace lékaře)
- měřit a sledovat hodnoty TK, DF, TF, SpO<sub>2</sub>
- podat ordinace dle lékaře
- zajistit pohodlí na lůžku pomocí kompenzačních pomůcek – hrazdička, zábrany, polštář
- sledovat barvu sliznic a periferních částí těla
- všechny zjištěné hodnoty zapisovat do dokumentace
- po zlepšení stavu a po dohodě s lékařem vyměnit kyslíkovou masku za kyslíkové brýle

### Realizace péče

Po příjmu pacientky na koronární jednotku jsem nemocnou uložila na lůžko do polohy v sedě. Pacientce jsem připevnila na obličej kyslíkovou masku a aplikovala jsem zvlhčený kyslík rychlostí 4 l za minutu. Paní A.B. byla napojena na monitor, kde jsme kontinuálně sledovali TF, která byla kolem 80/min. Nemocná má trvalý kardiostimulátor. Saturačním čidlem, které jsme pacientce připevnila na prostředníček pravé ruky, jsme kontinuálně měřili SpO<sub>2</sub>. Hodnota SpO<sub>2</sub> byla do 2 hodin 97 %. Na pravé paži byl měřen TK po půl hodině. Hodnoty TK po přijetí byly kolem 100/60 mmHg. Paní A.B. bylo vysvětleno, že klidový režim je součástí léčebného procesu. Dále jsem pacientce podala Furosemid 40 mg i.v. (po kterém za 2 hodiny vymočila 400 ml), infuzní terapii (500 ml 5% Gl + 20 ml 7,5% KCl) Degan 1 amp. i.v. z důvodu nauzey. Nemocné jsem připevnila k lůžku hrazdičku a zvedla postranní zábrany, aby mohla v případě potřeby snadněji změnit polohu. Signalizační zařízení pro přivolání sestry měla pacientka po levé ruce. Po celou dobu jsem sledovala frekvenci dýchání (ze 30 dechů za minutu frekvence do 2 hodin klesla na 20 dechů za minutu), barvu sliznic a periferních částí těla – bez cyanózy. V 16:00 hodin jsem pro větší pohodlí pacientky, dobré hodnoty SpO<sub>2</sub> (97 %) a po dohodě s lékařem vyměnila kyslíkovou masku za kyslíkové brýle (rychlost kyslíku jsem nastavila na 3 l/min). Hodnota SpO<sub>2</sub> s kyslíkovými brýlemi byla 96 %. Všechny zjištěné hodnoty byly průběžně zapisovány do dokumentace.

Hodnocení: 8:00 – 18:00 hodin – cíle splněny

- hodnota SpO<sub>2</sub> za současné aplikace zvlhčeného kyslíku (rychlost 4 l za minutu) pomocí kyslíkové masky byla 97 % - do 2 hodin
- udávala zlepšení dýchání, klidová dušnost ustoupila – do 1 hodiny
- dechová frekvence se pohybovala kolem 20 dechů za minutu, pacientka dýchala klidně, nebyla cyanotická – do 2 hodin
- kyslíková maska byla v 16:00 hodin vyměněna za kyslíkové brýle – kyslík podáván rychlostí 3 l za minutu, SpO<sub>2</sub> 96 %

## **2. Porucha výživy v souvislosti s nauzeou a nedostatečným příjmem potravy p.o.**

### Cíl

- pacientka udá zmírnění nauzey – do 2 hodin
- nebude zvracet – do 10 hodin
- vypije 500 ml tekutin – do 10 hodin
- sní alespoň ½ večeře – do 10 hodin

### Plán péče

- sledovat výskyt a intenzitu nauzey
- připravit na noční stolek pacientce emitní misku s buničinou
- nabízet tekutiny
- zajistit návštěvu dietní sestry u pacientky
- zjistit stravovací návyky nemocné
- dbát na estetickou úpravu pokrmů
- doporučit jíst častěji a malé porce
- nabídnout pacientce k jídlu energeticky bohaté přípravky (Nutridrink)
- podávat ordinace dle lékaře (před každým jídlem – Degan 1 amp. i.v.)
- sledovat a zapisovat příjem tekutin a potravy
- zhodnotit tělesnou hmotnost, BMI
- zhodnotit svalovou sílu
- zajistit rehabilitaci za účelem posílení svalů
- sledovat výskyt otoků
- sledovat laboratorní hodnoty
- aplikovat parenterální výživu dle ordinace lékaře
- poskytnout pacientce informace o zdravé, energeticky bohaté výživě

### Realizace péče

U paní A.B. jsem po celý den jsem sledovala intenzitu nauzey. Na noční stolek jsem připravila emitní misku s buničinou pro případ zvracení. Pacientce jsem nabízela čaj, který tolerovala pouze po doušcích. Udržovala jsem v pokoji svěží vzduch. Zajistila jsem návštěvu dietní sestry, se kterou se paní A.B. domluvila prozatím na dietě č. 4 (dieta s omezením tuku). Dle ordinace lékaře jsem aplikovala třikrát denně Degan 1 amp. i.v. (před každým jídlem) po kterém přišla pouze mírná úleva. Pacientce jsem nabízela malé množství esteticky upravené stravy, k dispozici měla nutridrink k popíjení. Za 10 hodin snědla ¼ večeře, vypila 250 ml tekutin, nutridrink odmítala pro nechutenství. BMI (19,8 kg/m<sup>2</sup>) bylo naposledy měřené na standardním oddělení. Pro nutnost zachování klidového režimu jsem pacientku nemohla přeměřit. Kožní turgor byl přiměřený, jazyk vlhký, paní A.B. otoky neměla, hladina albuminu v krvi byla 33 g/l (snížené), hladina absolutních lymfocytů 0,90 10<sup>9</sup>/l (snížené).

V den příjmu u pacientky nebyla prováděna rehabilitace. Paní A.B. byla zesláblá, unavená. Dle ordinace lékaře jsem paní A.B. začala od 15:00 hodin podávat parenterální výživu (Nutriflex basal 2000 ml + 20% intralipid 500 ml + 1 amp. Multibionta i.v.) rychlostí 35 ml za hodinu.

Množství příjmu a výdeje tekutin jsem zapisovala do dokumentace a o všem jsem informovala lékaře.

Hodnocení: 8:00 – 18:00 hodin - cíle splněny částečně

- pacientka udávala pouze mírné zlepšení pocitu nauzey – i po aplikacích Deganu i.v.
- během dne pacientka nezvracela, nauzea ale stále přetrvávala
- vypila 250 ml za 10 hodin
- během dne snědla pouze ¼ večeře, od 15:00 hodin byla podávána kontinuálně parenterální výživa

### **3. Úzkost v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a nejistotou ohledně provedení kardiochirurgické operace**

#### Cíl

- bude informovaná o dalším léčebném plánu, bude se cítit klidněji – do 10 hodin
- úzkost zhodnotí jako ustupující – do 10 hodin

#### Plán péče

- zjistit pozorováním a rozhovorem s pacientkou reakci na úzkost
- postarat se o klidné prostředí na pokoji
- vysvětlit pacientce výkony, které jí budou prováděny
- umožnit návštěvu manžela, rodiny
- podávat léky dle ordinace lékaře (Neurol 0,25 mg ½ tbl. ráno, večer)
- vést záznamy o stavu pacientky do dokumentace
- zajistit rozhovor mezi pacientkou a lékařem, týkající se plánů léčby

#### Realizace péče

Pacientka byla komunikativní, trápila jí nejistota, jak bude léčba dále probíhat, bála se o svůj život, potila se, byla roztřesená. Při komunikaci s paní A.B. jsem se snažila navodit příjemnou, klidnou a ničím nerušenou atmosféru, poskytla jsem jí podporu a naslouchala jí. Vše, co bylo u paní A.B. během dne prováděno, jí bylo předem vysvětleno. Ošetřující lékař pacientce načrtl přibližný plán léčby a ujistil jí, že jí budeme o všech změnách i plánech informovat průběžně po celou dobu hospitalizace. Dle ordinace lékaře jsem paní A.B. podala v 10:00 hodin Neurol 0,25 mg ½ tablety p.o., po kterém se úzkost zmírnila na - pro pacientku - snesitelnou hranici. Paní A.B. působila odpoledne klidněji, velice jí potěšila návštěva manžela, který jí byl velkou oporou.

Hodnocení: 8:00 – 18:00 hodin - cíle splněny částečně

- ošetřujícím lékařem byla informovaná o přibližném plánu léčby, sdělila mi, že je klidnější
- po podání Neurolu 0,25 mg ½ tbl. hodnotila úzkost jako zmírňující se, ale stále ji mírně pociťovala.

#### **4. Porucha sebezpečí při zajištění hygieny, oblékání a vyprazdňování v souvislosti s dušností, únavou a nutností dodržování klidového režimu**

##### Cíl

- omyje si sama horní část těla – do 10 hodin
- sama si svleče a obleče nemocniční oděv, tzv. „andělíčka“
- bude se cítit čistá – do 10 hodin
- během činností nebude pacientka klidově dušná
- bude znát důvod zavedení PMK
- při potřebě na stoličce si požádá o podložní mísu

##### Plán péče

- zjistit, s čím pacientka potřebuje dopomocť
- dbát na soukromí
- zajistit pomůcky dle potřeby
- zajistit vhodnou teplotu pokoje
- vybrat oděv, který bude pacientce pohodlný
- zajistit dostatek času při zajišťování potřeb
- aktivizovat pacientku
- pomoci uvázat tkanice od oděvu
- během činností kontrolovat hodnoty DF, TF
- měřit TK, SpO<sub>2</sub> – před a po hygieně
- vysvětlit pacientce, že pro případ potřeby na stoličce bude nutné požádat si o podložní mísu
- vysvětlit pacientce důvod zavedení PMK

### Realizace péče

Pacientce jsem při hygieně zatáhla závěsy kolem lůžka pro dostatečné soukromí. Teplota pokoje pacientce vyhovovala. Připravila jsem hygienické pomůcky a teplou vodu do lavoru. Paní A.B. si zvládla sama omýt obličej, horní část těla, genitálie, vyčistila si zuby a namazala obličej krémem. Pacientce jsem dopomohla umýt dolní končetiny a záda. Záda jsem promazala mentolovou mastí. Paní A.B. si připravený čistý nemocniční oděv sama oblékla, tkanice od oděvu jsem jí pomohla zavázat. Hygiena byla dokončena závěrečnou úpravou lůžka. Po celou dobu jsem sledovala DF (pohybovala se kolem 20/min) a TF (80/min). Hodnoty SpO<sub>2</sub> byly před i po hygieně 96 % (s kyslíkem aplikovaným rychlostí 4 l/min pomocí kyslíkových brýlí), hodnota TK byla před hygienou 100/55 mmHg, po hygieně 110/60 mmHg. Paní A.B. se po hygieně cítila unavená, ale byla celkově spokojená, bez klidové dušnosti. Pacientce jsem vysvětlila důvod zavedení PMK (časté močení po Furosemidu i.v., přesnější měření diurézy) a využití podložní mísy pro případ stolice. Se zavedením PMK souhlasila, o podložní mísu si v případě potřeby požádá.

Hodnocení: 8:00 – 18:00 hodin - cíle splněny

- večer si sama umyla horní polovinu těla
- sama si nemocniční oděv při večerní hygieně svlékla a oblékla
- během ani po hygieně nebyla dušná
- byla spokojená, cítila se čistá
- akceptovala zavedení PMK
- na stolici nebyla, o podložní mísu by si v případě potřeby požádala

### **5. Únava v souvislosti se srdečním selháním**

#### Cíl

- únavu bude hodnotit jako nezhoršující se – do 10 hodin
- bude se cítit odpočatá – do 10 hodin

### Plán péče

- aplikovat zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou rychlostí 4 l za minutu
- sledovat SpO<sub>2</sub> pomocí saturačního čidla - kontinuálně
- sledovat stav vědomí
- zajistit pacientce dostatečný odpočinek a klid
- po domluvě s pacientkou na pokoji pravidelně větrat
- podporovat psychiku pacientky
- zapisovat hodnoty saturace a stav vědomí do dokumentace

### Realizace péče

Paní A.B. jsme aplikovali kyslík pomocí kyslíkové masky rychlostí 4 l/min, sledovali hodnoty SpO<sub>2</sub> a stav vědomí. Hodnoty SpO<sub>2</sub> se během dne pohybovaly okolo 98 %, pacientka byla při vědomí, komunikovala, během dne pospávala, nenamáhala se. Vše jsme průběžně zapisovali do dokumentace. Snažila jsem se pacientce zajistit dostatek klidu a odpočinku, pokoj byl pravidelně větrán.

Hodnocení: 8:00 – 18:00 hodin - cíle splněny

- paní A.B. hodnotila únavu jako nezhoršující se, ale stále se cítila unavená
- sdělila mi, že si dnes odpočinula

### Potenciální ošetřovatelské diagnózy

#### **6. Nebezpečí pádu a poranění v souvislosti s únavou a slabostí**

##### Cíl

- po celou dobu hospitalizace nedojde k poranění
- při pohybu mimo lůžko požádá sestru o pomoc
- po zlepšení stavu zvládne chůzi po pokoji a později po oddělení bez pomoci
- pacientka sdělí, že se po celou dobu hospitalizace cítila bezpečně



### Plán péče

- poskytnout pacientce kompenzační pomůcky (postranice, hrazdička, signalizační zařízení)
- zajistit dostatečnou výživu
- postupně pacientku mobilizovat
- zajistit každodenní návštěvy fyzioterapeutky
- odstranit překážky, které mohou přivodit úraz
- přes den zajistit dostatečné osvětlení pokoje
- sledovat stav vědomí
- případný pád či poranění hlásit lékaři a zapsat do dokumentace

### Realizace péče

Po příjmu a uložení pacientky na lůžko jsem pacientce pro lepší pocit bezpečí připevnila na lůžko postranice. K levé ruce jsem paní A.B. položila signalizační zařízení a ujistila jí, že může kdykoliv v případě potřeby toto zařízení použít a zavolat nás. Pacientka byla unavená a slabá. Pro nedostatečný příjem potravy p.o. byla paní A.B. byla od prvního do dvanáctého dne hospitalizace aplikována parenterální výživa. Do třetího dne hospitalizace paní A.B. vypila kolem 300 ml tekutin za 12 hodin denně, postupně se množství vypitých tekutin zvyšovalo, až na 600 ml za 12 hodin (10. den hospitalizace).

K paní A.B. od druhého dne hospitalizace docházela fyzioterapeutka, která pacientku na lůžku postupně vertikalizovala. Další den pacientka seděla s nohama dolů z lůžka, pomalu se začala za pomoci sestry či fyzioterapeutky posazovat do křesla. Od čtvrtého dne jsme s pacientkou cvičili stoj a pomalou chůzi kolem lůžka. Od pátého dne hospitalizace se paní A.B. cítila lépe, únava ustupovala, pacientka byla plná energie, optimistická. Šestý den zvládala chůzi po pokoji s doprovodem sestry či fyzioterapeutky, další dny se za doprovodu sestry procházela po oddělení, sama se osprchovala ve sprše, za asistence si došla na WC. Při pohybu bylo nutné odstranit všechny překážky v pokoji i na chodbě oddělení, zajistit dostatečné osvětlení a poskytovat pacientce oporu. Paní A.B. byla po celou dobu hospitalizace při vědomí, komunikovala, měla chuť do pohybu,

spolupracovala. Od 13. dne se sama procházela po oddělení. Sdělila, že se po celou dobu hospitalizace se cítila bezpečně.

Hodnocení: cíle splněny

- po celou dobu hospitalizace nedošlo k pádu, poranění
- pacientka se nebála požádat nás o pomoc a doprovod při pohybu mimo lůžko
- od 13. dne zvládala chůzi po pokoji a po oddělení bez doprovodu
- pacientka sdělila, že se po celou dobu hospitalizace cítila bezpečně

## **7. Nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy**

Cíl

- místo vpichu nebude zarudlé, bolestivé – po dobu zavedení S-G katétru
- nedojde ke vzniku infekce – po dobu zavedení S–G katétru
- nedojde ke vzniku infekce močových cest – po dobu zavedení PMK
- pacientka bude bez zvýšené teploty – po celou dobu hospitalizace

Plán péče

- kontrolovat místo vpichu – třikrát denně
- provádět převazy místa vpichu - dle potřeby
- dodržovat sterilitu při výměně infuzních setů
- dbát na dostatečnou hygienu v okolí močové trubice a perineální oblasti
- zajistit sterilní připojení sběrného sáčku na močový katétr
- provádět výměnu močového sáčku – dle potřeby
- provádět úpravu lůžka a dbát na jeho čistotu – třikrát denně
- kontrolovat tělesnou teplotu, známky infekce – dvakrát denně

Realizace péče

Pacientce byl po přijetí zaveden za sterilních podmínek Swan-Ganzův katétr do a. pulmonalis (cestou v. jugularis sin.). Místo vpichu jsem kryla

sterilním čtvercem a omnifixem. Jelikož rána nekrvácela, za 24 hodin byla kryta tegadermem. Místo vpichu jsme kontrolovaly třikrát denně (bylo klidné, nekrvácelo) a dle potřeby jsme S–G katétr převazovaly (třikrát denně). Vše jsem zapisovala do dokumentace.

Hygiena genitálií byla prováděna dvakrát denně. Močový sáček jsme měnili jedenkrát týdně. Moč byla čirá, bez zápachu. Tělesná teplota byla měřena dvakrát denně, pacientka byla po celou dobu afebrilní. Po celou dobu hospitalizace jsme udržovali čistotu lůžka. Od 10. dne hospitalizace byla paní A.B. bez močového katétru, k infekci močových cest nedošlo.

### Hodnocení

- místo vpichu S–G katétru nebylo zarudlé, ani bolestivé
- nedošlo ke vzniku infekce
- nedošlo ke vzniku infekce močových cest – po dobu zavedení PMK
- pacientka byla bez teplot – po celou dobu hospitalizace

## **8. Nebezpečí poruchy spánku v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem**

### Cíl

- bude spát celou noc – alespoň 6 hodin – do 2 dnů
- po probuzení se bude cítit odpočatá – do 2 dnů

### Plán péče

- věnovat pozornost činnostem pacientky před spaním
- dbát na pohodlný nemocniční oděv, na čistotu a úpravu lůžka
- postarat se o svěží vzduch
- dbát na bezpečí pacientky (postranice, signalizační zařízení, noční osvětlení)
- zajistit klid na pokoji po 21. hodině
- popř. podat hypnotika dle ordinace lékaře

### Realizace péče

Paní A.B. celý den polehávala, byla unavená, neměla energii na žádnou činnost. Po večerní hygieně jsme pacientce nabídli čistý nemocniční oděv, upravili lůžko a vyvětrali pokoj. Pro větší pocit bezpečí jsme připevnili na lůžko postranice a k levé ruce jsme pacientce položili signalizační zařízení. Na pokoji byl dodržován noční klid a zapnuto tlumené noční světlo. Před spánkem paní A.B. dostala Neuro 0,25 mg ½ tbl., po kterém usnula a spala až do rána. Přes den byla ale stále unavená.

### Hodnocení

- po aplikaci Neuro 0,25 mg ½ tbl. spala celou noc
- ráno se cítila odpočatá, ale stále unavená a slabá

## **9. Nebezpečí dehydratace v souvislosti se sníženým příjmem tekutin a diuretickou terapií**

### Cíl

- bude dostatečně hydratovaná – po celou dobu hospitalizace
- nebude mít pocit žízně – po celou dobu hospitalizace

### Plán péče

- nabízet dostatečné množství tekutin – dle stavu pacientky a dle ordinace lékaře
- zjistit, jaký druh tekutin pacientka preferuje
- kontrolovat kožní turgor – denně
- kontrolovat vlhkost sliznic
- sledovat hodnoty CŽT
- měřit příjem výdej tekutin
- podávat parenterální výživu dle ordinace lékaře
- všechny zjištěné hodnoty zapisovat do dokumentace

### Realizace péče

Od počátku hospitalizace jsme pacientce nabízeli dostatečné množství tekutin. Paní A.B. podávaný nemocniční čaj chutnal. Příjem tekutin byl ovlivněn nauzeou, která pacientku trápila od přijetí na koronární jednotku až do 7. dne hospitalizace. První den hospitalizace paní A.B. vypila 570 ml za 24 hodin. Příjem tekutin spolu s příjmem tekutin aplikovaných i.v. byl 1575 ml za 24 hodin. Výdej tekutin byl 1250 ml za 24 hodin. Výdej tekutin byl ovlivněn kontinuálním podáváním neředěného Furosemidu 250 mg i.v. lineárním dávkovačem (od 1. do 5. dne hospitalizace).

Od 2. dne se množství vypitých tekutin zvyšovalo až na 1800 ml za 24 hodin (14. den hospitalizace). Příjem tekutin spolu s příjmem tekutin aplikovaných i.v. byl 14. den hospitalizace 3400 ml za 24 hodin, výdej tekutin byl 3200 ml za 24 hodin.

Pacientce byla od 1. do 14. dne hospitalizace podávána parenterální výživa (Nutriflex basal 2000 ml + 20% Intralipid 500 ml + 1 amp. Multibionta i.v.).

Hodnoty CŽT se pohybovaly od 24 mmHg (1. den hospitalizace) do 7 mmHg (14. den hospitalizace). Kontrolovaný kožní turgor byl přiměřený, sliznice dostatečně vlhké.

### Hodnocení: cíle splněny

- paní A.B. byla dobře hydratovaná
- neměla pocit žízně

#### **4.5 Průběh hospitalizace, dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Předkládám zde všechny ošetrovatelské diagnózy řešené během hospitalizace na koronární jednotce a zabývám se jejich vývojem po celou dobu hospitalizace. Pacientka byla hospitalizovaná na koronární jednotce 15 dní. Dne 28.6. byla s ošetrovatelskými diagnózami – strach z operace a riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným CŽK - přeložena s vyplněnou ošetrovatelskou překládovou zprávou (*viz příloha č.7*) na kardiochirurgické oddělení.

##### **Dg.č.1 Klidová dušnost v souvislosti se zhoršeným srdečním selháním**

Bez klidové dušnosti byla pacientka až do konce hospitalizace. Od 4. dne nebylo potřeba pacientce dodávat kyslík kyslíkovými brýlemi, hodnoty SpO<sub>2</sub> bez aplikace kyslíku byly 95–98 %. Paní A.B. zvládala další dny hospitalizace hygienu (na lůžku, u umyvadla) i chůzi po pokoji (s doprovodem) bez projevů dušnosti, mírná námahová dušnost, která se objevovala při chůzi po oddělení a při chůzi na WC (od 10. dne - s doprovodem), pacientku neomezovala. Paní A.B. jsem zdůraznila důležitost rehabilitace a postupného zvyšování zátěže.

##### **Dg.č.2 Porucha výživy v souvislosti s nauzeou a nedostatečným příjmem potravy p.o.**

Paní A.B. jsme dvakrát týdně vážili a hodnotili BMI. Váha se pohybovala kolem 52 kg, BMI bylo 19,8 kg/m<sup>2</sup>. Od prvního dne jsem pacientce kontrolovala kožní turgor. Byl přiměřený, jazyk byl vlhký. Fyzioterapeutka prováděla s pacientkou pasivní a aktivní cvičení na lůžku pro posílení svalové síly. Paní A.B. byla po dohodě s dietní sestrou podávána dieta číslo 4, později dieta výživná. Od 4. dne hospitalizace měla větší chuť k jídlu, snědla ½ množství z podávané stravy. Po aplikacích Deganu i.v (třikrát denně 1 ampule před každým jídlem) pacientka udávala mírné zlepšení pocitu nauzey, avšak pocit nauzey přetrvával až do 7. dne hospitalizace. Od 8. dne měla dobrou chuť k jídlu, jedla ¾ množství

z podané stravy, byla bez nauzey. Věděla, že je potřeba dodržovat zdravou stravu a pitný režim. Dokázala mi vyjmenovat 5 energetických potravin.

Parenterální výživa byla pacientce podávána od 1. do 14. dne hospitalizace. Paní A.B. jsem informovala o zdravé výživě a zajistila jsem návštěvu dietní sestry, která s pacientkou tuto problematiku probrala podrobněji. Po celou dobu hospitalizace neměla otoky, hladina albuminu a absolutních lymfocytů se postupně zvyšovala, na konci hospitalizace byla v normě. Tělesná hmotnost byla 53 kg, BMI 20,2 kg/m<sup>2</sup>.

### **Dg.č.3 Úzkost v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a nejistotou ohledně provedení kardiochirurgické operace**

Do 4. dne hospitalizace byl pacientce každý ráno a večer podáván Neurol 0,25 mg ½ tbl. Od pátého dne byla paní A.B. optimističtější, přes den se cítila odpočatě. Úzkost popisovala jako snesitelnější, ale stále přetrvávající pro nejistotu, zda se operace provede či ne. Dvanáctý den hospitalizace kardiochirurgicko-anesteziologické konzílium rozhodlo, že operace se realizovat bude. Paní A.B. byla velice ráda, úzkost z nejistoty ustoupila.

### **Dg.č.4 Porucha sebeděže při zajištění hygieny, oblékání a vyprazdňování a v souvislosti s dušností, únavou a nutností dodržení klidového režimu**

Od 2. dne hospitalizace se u paní A.B. začalo s postupnou rehabilitací. Od 3. dne prováděla pacientka hygienu na lůžku samostatně, sama se svlékla a oblékla. Při potřebě stolice paní A.B. využívala gramofon, který měla vedle lůžka po pravé straně (přesun z lůžka na gramofon do 10. dne hospitalizace s dopomocí). Další dny jsme pacientku doprovázeli k umyvadlu, kde se sama omývala. Od 10. dne zvládla hygienu sama ve sprše a vyprazdňovala se na WC. Byla plně soběstačná, spokojená.

## **Dg.č.5 Únava v souvislosti se srdečním selháním**

Paní A.B. hodnotila únavu po 3 dnech jako „pomalou ustupující“, uvědomovala si nutnost střídání mírné tělesné zátěže a odpočinku, a že je potřeba dodržovat zdravou a vyváženou stravu. 5. den hospitalizace byla provedena EKV v celkové anestezii bifazickým výbojem 120J s nastolením sinusového rytmu (EKG po EKV: DDD stimulace 66/min), dle ordinace lékaře byl podáván levosimendan z důvodu mobilizace rezerv LK po kterém se zlepšil minutový srdeční výdej. Pacientka se cítila lépe, ale mírná únava stále přetrvávala. Od 8. dne pacientka přijímala 1500 ml tekutin za 24 hodin denně, oznámila, že se cítí výborně, bez únavy.

## **Dg.č.6 Strach ze zvažované kardiologické operace v souvislosti s nedostatečnou informovaností**

### Cíl

- bude znát průběžný léčebný plán a výsledky rozhodnutí kardiologicko – anesteziologického konzília
- o kardiologické operaci bude dostatečně informovaná, oznámí zvýšení psychické a fyzické pohody – do konce hospitalizace
- zhodnotí alternativy pro a proti provedení operace – do konce hospitalizace

### Plán péče

- umožnit pacientce vyjádření pocitů
- zjistit vědomosti pacientky týkající se průběhu kardiologické operace
- zajistit při rozhovoru klidné prostředí
- mluvit klidně, pomalu
- zajistit dostatečné informace o zvažované operaci, o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu
- zapojit rodinu
- vymyslet pro pacientku aktivity na odreagování



## Realizace a hodnocení

S pacientkou jsme hovořili o zvažované operaci a ujistili jsme ji, že strach a obavy z neznámé situace jsou naprosto přirozené. Při rozhovoru jsme zajistili klidné prostředí a dostatek času. Paní A.B. má velký strach, protože neví, co ji čeká, jak bude operace probíhat. Zjistila jsem, že pacientka špatně nese kardiochirurgicko-anesteziologická konzília u lůžka, dohady lékařů, zda operaci provést, či ne. Zajímala se o celý průběh operace. Paní A.B. jsme poskytli letáčky obsahující informace o chirurgické léčbě postižených srdečních chlopní, o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu. S pacientkou situaci pravidelně rozebírali ošetřující lékaři a kardiochirurgové. V průběhu hospitalizace byla průběžně informovaná o plánu léčby, znala rozhodnutí kardiochirurgického konsilia. O svém stavu se radila s rodinou, která jí byla velkou oporou. Zhodnotila dostupné varianty léčby a pro a proti kardiochirurgického zákroku a oznámila nám, že by si provedení kardiochirurgické operace moc přála.

12. den hospitalizace kardiochirurgicko-anesteziologické konzílium rozhodlo, že u paní A.B. kardiochirurgická operace provedena bude. Pacientka toto rozhodnutí velice přivítala, ale mírné obavy přetrvávaly.

Klientku jsme s ošetřovatelskou diagnózou strach z operace přeložili na kardiochirurgické oddělení.

### **Dg.č.7 Nebezpečí pádu v souvislosti s únavou a slabostí**

Po celou dobu hospitalizace k pádu ani k poranění nedošlo. Od 13. dne hospitalizace pacientka nabyla jistoty a sama se procházela bez potíží po pokoji a po oddělení.

### **Dg.č.8 Nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy**

Převazy S-G katétru jsme prováděli třikrát týdně za sterilních podmínek tegadermem. Místo vpichu nekrvácelo, bylo klidné, bez známek infekce. Osmý

den hospitalizace byl S-G katétr odstraněn, poslán na kultivaci, za sterilních podmínek zaveden CŽK. Do konce hospitalizace bylo místo vpichu klidné, bez známek infekce. PMK byl odstraněn 10. den hospitalizace, ke vzniku infekce nedošlo. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace afebrilní.

S diagnózou riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným CŽK byla pacientka přeložena na kardiochirurgii.

#### **Dg.č.9 Nebezpečí poruchy spánku v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem**

Do 4. dne hospitalizace byl pacientce každý večer podáván Neurol 0,25 mg ½ tbl., po kterém usnula a spala celou noc. Od pátého dne až do konce hospitalizace neměla se spánkem problémy, spala celou noc (6 hodin) a ráno se cítila odpočatě.

#### **Dg.č.10 Nebezpečí dehydratace v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin a diuretickou terapií**

Od 2. dne hospitalizace se množství vypitých tekutin postupně zvyšovalo. 14. den se příjem tekutin p.o. (1800 ml za 24 hodin) spolu s příjmem tekutin aplikovaných i.v. zvýšil na 3400 ml za 24 hodin, výdej tekutin byl 3200 ml za 24 hodin. Pro riziko dehydratace byla 5. den hospitalizace ukončena kontinuální aplikace Furosemidu 250 mg i.v.

Hodnoty CŽK se pohybovaly od 24 mmHg ( 1. den hospitalizace) do 7 - 9 mmHg (14. den hospitalizace). Kontrolovaný kožní turgor byl přiměřený, sliznice dostatečně vlhké.

Ke konci hospitalizace na koronární jednotce vážila pacientka 53 kg, byla dobře hydratovaná, neměla pocit žízně.

## **4.6 Psychologie nemocné - reakce na nemoc**

Hovoří-li se o nemocných lidech, často máme na mysli lidi s akutním onemocněním. Jejich nemoc se objeví rázem, po zahájení léčby se v relativně krátké době očekává návrat k původnímu stavu totálního zdraví.

Chronická nemoc mnohdy přichází plíživě. Často si daný člověk ani nestihne uvědomit, že je vlastně nemocný. Daný člověk se může na onemocnění dívat jako na akutní onemocnění. Na něco, co v krátké době odezní a bude zase dobře. Ale s chronickou nemocí bude ve skutečnosti žít dlouho, s velkou pravděpodobností až do smrti. (7)

Paní A.B. je v osobním životě spokojená. Je v důchodu a žije spokojeně s manželem v rodinném domku za Prahou. V průběhu roku je navštěvují syn s manželkou, vnoučaty a ostatní příbuzní. Celá rodina jí byla v nemocnici oporou.

- 1. Prožívání nemoci** – paní A.B. je se svou chronickou nemocí stále rozhodnutá bojovat. Potíže se srdcem má již roky. Vždy, když přijde zhoršení srdečního selhání, trpí pocity úzkosti. Paní A.B. velice dobře během celé hospitalizace spolupracovala, měla zájem o rehabilitaci, co nejdříve se osamostatnit a nebyť závislá na pomoci druhých. Velkou oporou jí byl manžel a syn s rodinou.
- 2. Postoj k nemoci** – pacientka nemoc nepodceňuje. Jakmile byla více unavená a v noci se jí v klidu hůře dýchalo, šla brzy ráno k doktorce, která jí odeslala k hospitalizaci do nemocnice. Během hospitalizace spolupracovala, byla ráda za všechny rady a doporučení, dodržovala léčebný režim. Nejvíce ji trápila otázka, zda bude či nebude provedena kardiochirurgická operace. Velice se zajímala o její průběh. Po poskytnutí informací, ze stran lékařů a sester, se cítila klidnější, zhodnotila dostupné varianty léčby, pro a proti kardiochirurgického zákroku. Od 12. dne hospitalizace, kdy se dozvěděla, že kardiochirurgická operace provedena bude, byla optimističtější a veselejší. Provedení operace si moc přála, ale obavy z toho, jestli se operace vydaří, stále přetrvávaly.

3. **Reakce na pobyt v nemocnici** – paní A.B. nemocniční prostředí znala, jelikož byla během roku hospitalizovaná více než jednou. Neměla problémy s přizpůsobením se nemocničnímu režimu, dobře vycházela se spolupacienty i se zdravotnickým personálem.
4. **Zhodnocení komunikace** – od začátku hospitalizace byla pacientka komunikativní, měla zájem dozvědět se co nejvíce o svém zdravotním stavu, zajímala se o průběh kardiochirurgické operace a zda jí přinese nějaká pozitiva. Se zájmem naslouchala vysvětlení všech výkonů, které jsme během hospitalizace u pacientky prováděli.
5. **Zvládání komunikace** – pacientka neměla s komunikací problémy. Cokoliv jí trápilo, nebála se nás zeptat, či požádat o pomoc.
6. **Zvládání stresu** - paní A.B. trpěla od začátku hospitalizace úzkostí zejména v souvislosti s dušností a v souvislosti s nejistotou, zda bude či nebude operovaná. Bála se o svůj život, byla rozhodnutá bojovat za každou cenu. Do 4. dne hospitalizace byl pacientce podáván Neuro 0,25 mg tbl. dvakrát denně (ráno, večer). Další dny byla pacientka optimističtější, klidnější, určitá míra úzkosti stále přetrvávala pro nejistotu, zda bude operace provedena, jestli se operace vydaří a zda bude žít. Paní A.B. jsme ubezpečili, že všechny výkony, které u ní budeme provádět, jí nejdříve řádně vysvětlíme. Dála jsme jí ujistili, aby se nebála vyslovit jakékoliv dotazy, které bude během hospitalizace mít. Velice jí vždy potěšila návštěva manžela a syna s rodinou.
7. **Obranné mechanismy** – paní A.B. si nemoc velmi dobře uvědomovala, když přijde zhoršení zdravotního stavu, je pokaždé odhodlaná bojovat.
8. **Motivace k léčbě** – motivací k léčbě je právě zlepšení projevů nemoci a snížení počtu hospitalizací během roku. Pacientka si moc přála provedení kardiochirurgické operace.

## 5. EDUKAČNÍ PLÁN

### Strach z kardiologické operace

Paní A.B. trpěla od počátku hospitalizace nejistotou, zda kardiologická operace kvůli zhoršenému srdečnímu selhání proběhne či ne. Měla z operace strach, chtěla vědět více informací týkajících se výkonu. Paní A.B. jsme vysvětlili, že obavy z neznámé situace jsou naprosto normální a přirozené. Po celou dobu hospitalizace byly pacientce vysvětlovány důvody váhání zda výkon provést či neprovést, průběh a zisk z operace. Paní A.B. si výkon moc přála.

12. den hospitalizace kardiologicko-anesteziologické konzilium rozhodlo, že operace může být u paní A.B provedena. Toto rozhodnutí u pacientky snížilo úzkost a neklid. Jako kardiologický výkon byla plánovaná plastika mitrální chlopně, MAZE operace a plastika trikuspidální chlopně. Paní A.B. jsme poskytli veškeré informace ohledně operace, byla spokojená, na operaci se těšila, ale mírné obavy z výsledku zákroku stále přetrvávaly.

### **Mitrální a trikuspidální regurgitace – nedomykavost**

Mitrální nedomykavost = nedomykavost chlopně, která představuje jakýsi ventil, který umožňuje tok krve jedním směrem z levé síně do levé komory.

Trikuspidální nedomykavost = nedomykavost chlopně, která umožňuje tok krve jedním směrem z pravé síně do pravé komory (*viz příloha č.1*).

Při nedomykavosti chlopní se vrací část vypuzené krve zpět do srdečního oddílu, ze kterého byla předtím vypuzena a do oběhu se jí tak dostává menší množství. Daná část srdce se postupně roztahuje, a tím pojme větší objem krve. Část krve se opět vrací, ale celkově se jí do oběhu dostane dostatečné množství. Jakmile se srdce roztáhne nad hranice svých možností, začne selhávat.

Léčba závisí na celkovém stavu pacienta - farmakologická, chirurgická – náhrada chlopní; plastika chlopní (*viz příloha č. 2*). (17)

## **Fibrilace síní a MAZE operace**

Fibrilace síní je jednou z nejčastějších poruch rytmu. Tento výskyt poruchy je častý u nemocných se srdečním selháním, s vadami mitrální chlopně, s vysokým krevním tlakem aj. Jedná se o rychlé a nekoordinované kmitání síní, neboť nefunguje normální převod jednoho impulzu ze síní na komory, ale ve svalovině síní jich vzniká a krouží několik.

Provádí se MAZE operace ( z anglického maze - bludiště) = vytvoření jizev v srdečních síních tak, aby vzruchy nemohly síněmi kroužit, ale aby byla vytvořena pouze jedna cesta. (19)

## **Příprava před kardiochirurgickým výkonem**

Po příjmu na oddělení Vás postupně navštíví několik členů lékařského a sesterského týmu.

- **Dietní sestra** - připraví dietu vhodnou přímo pro Vás. V den těsně před operací doporučujeme omezit množství přijaté potravy a od večera již nejzte. Tekutiny můžete přijímat až do doby cca 3 hodiny před plánovanou operací.
- **Rehabilitační sestra** s Vámi nacvičí dechová cvičení, vstávání z postele a uléhání do ní a tím Vás připraví na pooperační období.
- **Anesteziolog = lékař-specialista**, který Vás připraví co nejlépe k operačnímu výkonu, co nejbezpečněji a bezbolestně Vás převede přes operaci a pomůže Vám překonat úskalí pooperačního průběhu. Před operací s Vámi provede rozhovor.
- **Celková anestezie** (celková narkóza) znamená vyřazení veškerého vnímání lidského organismu jak smyslového tak bolestivého. Jde o lékařem kontrolované říditelné a zvrátané bezvědomí.
- **Rozhovor s operátérem** je součástí předoperační přípravy. Operátor se Vám představí, seznámí Vás s rozsahem plánovaného výkonu a stručně a srozumitelně Vám popíše průběh operace.
- **Sestry na oddělení** - koordinují a zajišťují celý průběh předoperační přípravy, pomohou Vám zvládnout celé období před operací.

Ke zmírnění Vašeho strachu a obav z operace dostanete večer před výkonem a ráno v den výkonu uklidňující léky (tabletky, injekce).

## **Jaký je poměr zisku a rizika?**

Jakmile nález na Vašem srdci vyžaduje operaci, pak zisk z ní může být zásadní – zmírnění či vymizení obtíží, jež vám znepříjemňovaly normální život. Samozřejmě však je i tato operace spojena s možností komplikací. Pravděpodobnost komplikací je malá a většinou znamená pouze prodloužení pobytu v nemocnici (z obvyklého jednoho týdne na délku hospitalizace nezbytně nutnou - např. 2-3 týdny). Z toho důvodu bude velmi důležitá Vaše spolupráce!

## **Operační výkon**

Po příjezdu na sál se Vás ujme lékař - anesteziolog a anesteziologická sestra. Napojí vás na EKG monitor ke sledování srdeční akce, přiloží manžetu k měření krevního tlaku. Lékař Vám zavede epidurální katétr do páteřního kanálu, kam se v pooperačním období podávají léky proti bolesti. Neucítíte žádnou bolest, ale jen tlak v daném místě.

Poté Vás začne uspávat anesteziolog. K zajištění průchodnosti dýchacích cest a k umělému dýchání v průběhu operace Vám bude do dýchacích cest již v anestézii zavedena rourka nutná pro spojení s dýchacím systémem anestetického přístroje. Tato rourka Vám bude po probuzení z anestezie přechodně bránit v mluvení. Zavedení rourky může být zdrojem přechodných bolestí v krku po operaci.

Po celou dobu operace budete spát a nebudete nic cítit. Probudíte se po skončení výkonu na pooperačním pokoji (RES), kde strávíte čas, který si vyžádá Váš zdravotní stav.

## **Po operaci**

Probudíte se na jednotce intenzivní péče, kde strávíte nějaký čas ihned po operaci (většinou 24 hodin). Budete zde připojeni k dýchacímu přístroji, který

za vás nejprve dýchá, pak jen vašemu dýchání asistuje a poté jste odpojeni úplně. Dýchání je zajištěno přes rourku, která Vám znemožňuje mluvit.

Dále budete mít pocit žízně. Potřebné tekutiny jsou dodávány v infuzích. V neposlední řadě ještě budete mít z rány vyvedeny drény, které odvádějí sekret z operační rány.

Velmi důležitá je Vaše spolupráce s ošetřujícím personálem. Budete provádět hlavně dechová cvičení, odkašlávání, pohyb končetinami a další cvičení v rámci prevence komplikací a brzkého návratu do normálního života.

Jakmile Váš pooperační stav nebude vyžadovat intenzivní péči, budete přeložena na několik dní zpět na lůžkové oddělení. Propuštění domů je možné přibližně za týden po operaci (pokud bude vše v pořádku). V některých případech je nutný překlad na kardiologii k dořešení jiného problému. (18)

## Výživa

Paní A.B. na konci hospitalizace vážila 53 kg a BMI byl 20,2 kg/m<sup>2</sup>. Pacientce jsem podala stručné informace týkající se zdravé výživy (*viz příloha č. 3*). Výživu dále probírala podrobněji s dietní sestrou. Velice se zajímala o výpočet BMI.

- **BMI** (Body Mass Index, Queteletův index) =  $hm [kg] / vý^2 (m^2)$   
- posouzení aktuální hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce u dospělých.

Tabulka č. 9 Klasifikace BMI

Kategorie	BMI [kg/m <sup>2</sup> ]
kachexie	< 18,5
normální hodnota	20 - 25
nadváha	25 – 30
obezita	> 30
morbidní obezita	> 40

(5)



## **6. ZÁVĚR A PROGNÓZA**

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie na téma: Ošetrovatelská péče o nemocnou s oboustranným srdečním selháním. Paní A.B. byla na koronární jednotce hospitalizovaná 15 dní.

Pacientku bylo nutno stabilizovat po kardiopulmonální stránce, další problematikou byla snížená výživa pacientky. Byla rozhodnutá bojovat a podstoupit kardiochirurgickou operaci i přes svojí úzkost, strach a rizika s operací spojená. Tlumení jejího strachu a úzkosti byl jeden z úkolů zdravotnického týmu. Po celou dobu hospitalizace spolupracovala, zajímala se o průběh léčby a o veškeré výkony, které jsme u ní vykonávali. Pacientku velice potěšilo rozhodnutí, že operace bude provedena.

S ošetrovatelskými diagnózami - strach z operace a riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným centrálním žilním katétrem – byla 15. den hospitalizace přeložena ve stabilizovaném stavu na kardiochirurgickou kliniku k operačnímu výkonu na srdečních chlopních. Cílem kardiochirurgické operace je zmírnění obtíží, jež znepříjemňovaly normální život pacientky. Pro dobrý pooperační průběh bude velice důležitá aktivní spolupráce nemocné.

 **Abecední seznam zkratk**

CŽK	centrální žilní katétr
CŽT	centrální žilní tlak
CA	celková anestezie
CO	srdeční výdej (cardiac out put)
CI	srdeční index
DDD	dvoudutinová síňokomorová stimulace
DF	dechová frekvence
Dg	diagnóza
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiograf
EKV	elektrokardioverze
EF	ejekční frakce
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
i.v	intravenózně
IS	indikační skupina
KJ	koronární jednotka
KS	kardiostimulátor
l. sin	lateris sinistri
LK	levá komora
NYHA	New York Heart Association
NÚ	nežádoucí účinky
PCW	tlak v zaklínění plicnice
p.o.	perorálně
PA	tlak v plicnici
PCWP	tlak v zaklínění v plicnici
RTG	retgen
s.c	subkutánně

SpO <sub>2</sub>	saturace kyslíku
S	složení
S-G katétr	Swan – Ganzův katétr
TF	tělesná frekvence
TT	tělesná teplota
TK	krvní tlak
TEE	transezofageální echo

 **Seznam použitých anglických pojmů**

Atrium	síň
Heart	srdce
Inferior Vena Cava	dolní dutá žíla
Left	levá
Oxygen rich Blood	okysličená krev
Oxygen poor Blood	odkysličená krev
Right	pravá
Septum	přepážka
Superior Vena Cava	horní dutá žíla
to lungs	do plic
Pulmonary Veins from Lungs	plicní žíly z plic
Ventricle	srdeční komora
Valve	chlopeň

## Seznam odborné literatury

1. **Čihák, R.:** Anatomie 3. Praha, Grada, 2004, ISBN: 80-247-1132-X
2. **Henderson, V.:** Základní principy ošetrovatelské péče. ICN, 1995
3. **Kapounová, G.:** Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha, Grada, 2007, ISBN: 978-80-247-1830-9
4. **Klener, P. et al.:** Vnitřní lékařství. Praha, Galén, Karolinum, 2001, ISBN: 80-7262-101-7 (G), 80-246-0273-3 (K)
5. **Kohout, P.:** Základy klinické výživy. Praha, Krigl, 2005, ISBN: 80-86912-08-6
6. **Kolář, J. a kol.:** Kardiologie pro sestry intenzivní péče. Praha, Akcenta, 1999, ISBN: 80-86232-01-8
7. **Křivohlavý, J.:** Psychologie nemoci. Praha, Grada, 2002, ISBN: 80-247-0179-0
8. **Lemon 1:** Učební texty pro sestry a porodní asistentky. WHO/EURO, Copenhagen 1996, překlad IDVPZ Brno, 1996, ISBN 80-7013-234-5
9. **Pacovský, V.:** Ošetrovatelská diagnostika. Praha, Karolinum, 1994, ISBN: 80-7066-871-7
10. **Pavlíková, S.:** Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
11. **Staňková, M.:** Základy teorie ošetrovatelství. Praha, 1997, ISBN 80-7184-243-5
12. **Šafránková, A., Nejedlá, M.:** Interní ošetrovatelství I. Praha, Grada, 2006, ISBN: 80-247-1148-6
13. **Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J. et al.:** Intenzivní medicína. Praha, Galén, Karolinum, 2000, ISBN: 80-7262-042-8 (G), 80-246-0107-9 (K)
14. **Trachtová, E. a kol.:** Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, NCO NZO, 2006, ISBN: 80-7073-324-4
15. **Trojan, S. a kol.:** Lékařská fyziologie. Praha, Grada, 2004, ISBN: 80-247-0512-5

### **Internetové zdroje** (staženy dne 1.2.2009)

16. Hradec, J., Býma, S.: Chronické srdeční selhání, 2008  
[http://www.svl.cz/Files/nastenka/page\\_4771/Version1/srdecni-selhani.pdf](http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/srdecni-selhani.pdf)
17. IKEM, Mitrální insuficience, regurgitace  
<http://www.ikem.cz/www?docid=1005951>
18. LF UK, 2. chirurgická klinika, instrukce k operaci srdce  
<http://kardiochirurgie.lf1.cuni.cz/article.asp?nDepartmentID=1876&nArticleID=4973&nLanguageID=1>
19. IKEM, Fibrilace síní, MAZE operace  
<http://kardiochirurgie.ikem.cz/cs/spektrum-vykonu/vykony-pro-arytmie/121-vykony-pro-arytmie.html>

### **Seznam obrázků** (internetové zdroje staženy dne 1.2.2009)

- Obrázek č. 1 Vnější vzhled srdce  
<http://library.med.utah.edu/WebPath/CVHTML/CV001.html>
- Obrázek č. 2 Průtok krve srdečními oddíly  
[http://images.main.uab.edu/healthsys/ei\\_0329.gif](http://images.main.uab.edu/healthsys/ei_0329.gif)
- Obrázek č. 3 Pravostranná katetrizace  
<http://www.ikem.cz/www?docid=1003997>

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Funkční klasifikace srdečního selhání dle klasifikace NYHA

Tabulka č. 2: Farmakologická anamnéza ze dne 13.6.2007

Tabulka č. 3: Tělesné hodnoty při přijetí

Tabulka č. 4: Krevní obraz při přijetí

Tabulka č. 5: Biochemie při přijetí

Tabulka č. 6: Koagulace při přijetí

Tabulka č. 7: Hemodynamické hodnoty naměřené při pravostranné katetrizaci

Tabulka č. 8: Rehabilitace - režimy na oddělení během hospitalizace

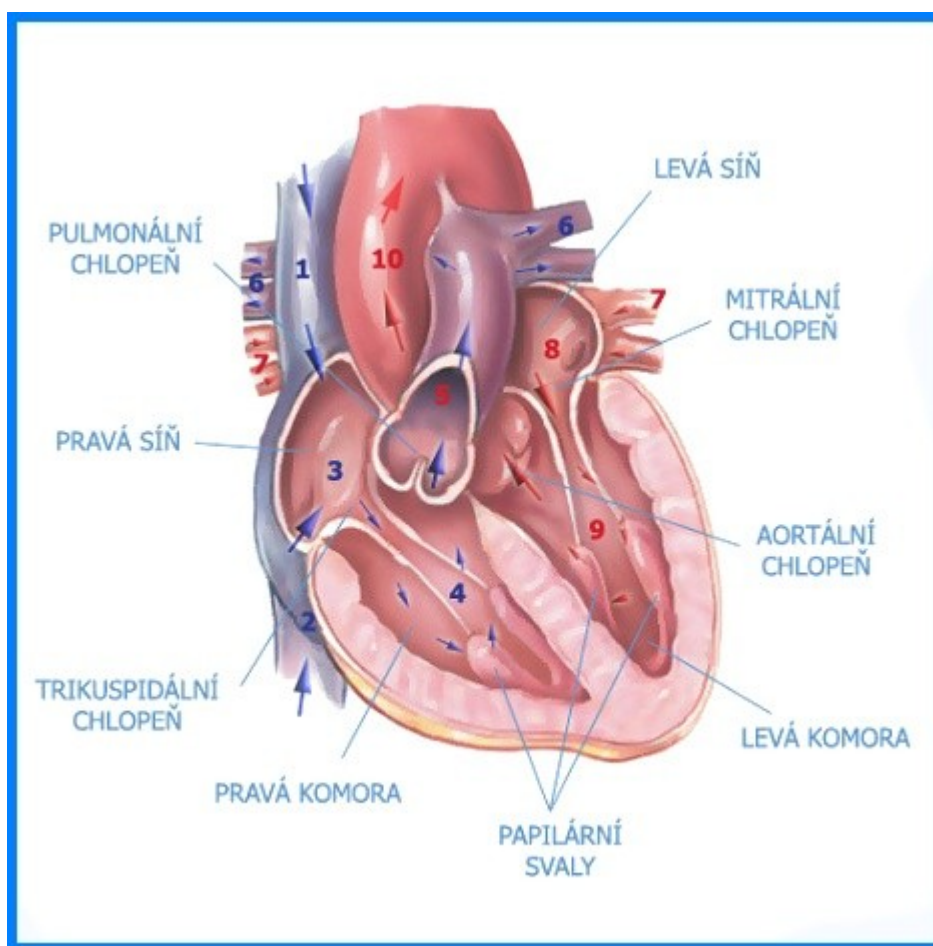
Tabulka č. 9: Klasifikace BMI

## **Seznam příloh** (internetové zdroje staženy dne 1.2.2009)

- *Příloha č. 1* Průtok krve srdečními oddíly  
[http://kardiochirurgie.ikem.cz/dwn/414/461\\_B\\_cs\\_srdce\\_prutok\\_okraj.jpg](http://kardiochirurgie.ikem.cz/dwn/414/461_B_cs_srdce_prutok_okraj.jpg)
- *Příloha č. 2* Dominik, J., Žáček, P.: Plasty srdečních chlopní, 2005  
[http://www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf\\_05\\_02\\_04.pdf](http://www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf_05_02_04.pdf)
- *Příloha č. 3* Česká potravinová pyramida  
[http://www.fzv.cz/files/images/pyramida\\_big.pdf](http://www.fzv.cz/files/images/pyramida_big.pdf)
- *Příloha č. 4* Prohlášení pacienta – souhlas s hospitalizací
- *Příloha č. 5* Ošetrovatelská dokumentace
- *Příloha č. 6* Plán ošetrovatelské péče
- *Příloha č. 7* Překladová ošetrovatelská zpráva JIP

Příloha č. 1 Průtok krve srdečními oddíly

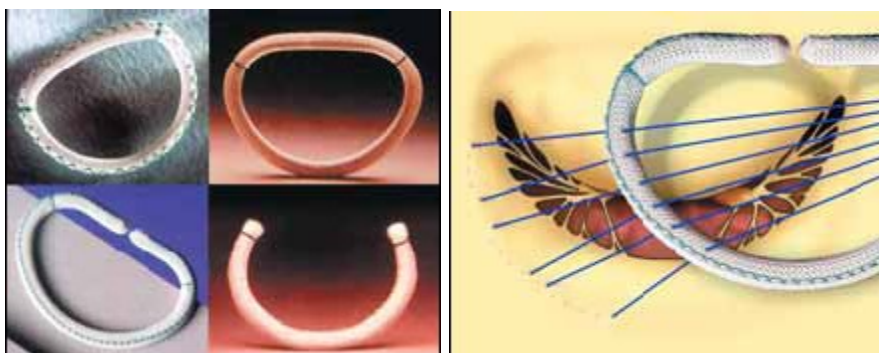
- Modré šipky značí směr toku odkysličené krve přes trikuspidální (trojcípou) chlopeň do plicnice
- Červené šipky značí směr toku okysličené krve přes mitrální (dvojcípou) chlopeň do aorty a celého těla



Příloha č. 2 Plasty srdečních chlopní

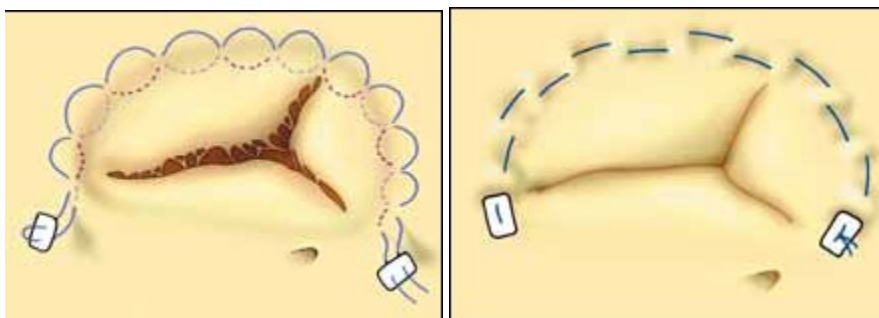
➤ **Plastika mitrální chlopně**

Mitrální anuloplastické prstence    Implantace anuloplastického prstence.



➤ **Plastika trikuspidální chlopně – plastika dle de Vegy = nejznámější a nejpoužívanější plastika trojcípé chlopně**

Založení stehů při plastice dle de Vegy.    Výsledný stav po dotažení založených stehů





## Česká potravinová pyramida



- zásadně jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- zvyšte spotřebu zeleniny /zejména saláty/ a ovoce na množství 0,5 kg denně
- denně konzumujte nejméně 2l tekutin, přednost dávejte vodě
- nezapomeňte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků
- k vaření a přípravě pomazánek používejte pouze rostlinné tuky, do salátů rostlinné oleje
- maso jezte jen libové, bez viditelného tuku
- omezte smažené pokrmy a vyhýbejte se oplatkám, keksům a sušenkám s náplní
- nepřisolujte a ze stejných důvodů konzumujte jen výjimečně instantní polévky a jídla
- udržujte optimální tělesnou hmotnost, horní hranice je výška (v cm) minus 100; pravidelně sportujte

Příloha č. 4 Prohlášení pacienta – souhlas s hospitalizací

	<b>Souhlas s hospitalizací</b>	
--	--------------------------------	--

Jméno, příjmení pacienta .....

RČ .....

trvale bytem .....

Následující údaje vyplnit v případě osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nebo osoby, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena nebo zákonného zástupce nezletilého/opatrovníka

Jméno, příjmení zástupce .....

r.č. ....

trvale bytem .....

Souhlasím po řádném poučení o svém zdravotním stavu a potřebné zdravotní péči s hospitalizací v .....

Dále prohlašuji, že jsem byl seznámen s právem na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve své zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, že mohu do těchto dokumentů nahlížet, že mohu požádat o výpis, opis nebo kopie těchto dokumentů a že mám právo určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu a jí určit rozsah výše uvedených práv.

**Souhlasím / nesouhlasím\*** s tím, že do mé zdravotnické dokumentace mohou v rozsahu nezbytně nutném nahlížet osoby, které v NEHODÍCÍ získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich odborný dohled.

**Souhlasím / nesouhlasím\*** s tím, že při diagnostických a léčebných výkonech mohou být přítomny osoby, které se v NEHODÍCÍ získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich odborný dohled.

\*) nehodící se škrtněte

..... dne .....

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta /  
zákonného zástupce

## OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno	A. B.
Příjmení	
r. č.	74 let
ZP	
dle možností nalepte štítek	

Telefon pacienta:
-------------------

### Příjem na oddělení

Datum:	14/6 2004	Čas přijetí:	7:30 hod	Přijat odkud:	STANDARDNÍ ODĚLENÍ
Kontaktní osoba:	manžel	Telefon:		Adresa:	
Cizinec (hovoří jazykem)					

Lékařská diagnóza při přijetí:	Důvod přijetí:
Trvalé a opakující se chronické onemocnění srdce a cév	Zhoršené chronické onemocnění srdce a cév

Informace o uložení cenností:	celesti mana
<input type="checkbox"/> pokladna	<input type="checkbox"/> trezor na oddělení

Pacient seznámen s:	
<input checked="" type="checkbox"/> ošetrovací jednotkou	<input type="checkbox"/> režimem oddělení

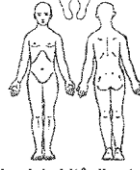
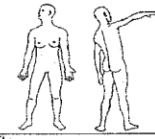
Schopnost edukace:	Kontakt se sociální pracovníci:
Pacient <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
rodina <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Poznámka:

Jiná sdělení:	Alergie (červeně):
	/

3 informacemi seznámila:	Podpis sestry:
Datum: 14/6 2004	[Podpis]



## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<p><b>1. Hodnoty životních funkcí při přijetí:</b> TK: 104/60 P: 80/mi, TT: 36,7 °C Hypertenze v anamnéze: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p>	<p><b>6. Výživa / hydratace:</b> Hmotnost / výška: 58, 162 BMI: 22,8 (BMI=kg/m<sup>2</sup>) Kožní turgor: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> parenterální výživa <input type="checkbox"/> perif. žilní katétr zaveden dne: 11/6 <input type="checkbox"/> centr. žilní katétr zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> implantovaný podkožní žilní katétr <input type="checkbox"/> enterální výživa <input type="checkbox"/> sonda zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> PEG zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> na insulinu Nutriční riziko: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (viz str. 2) <b>(při odpovědi 1x ano a více kontaktovat nutričního terapeuta)</b></p>	<p><b>10. Stav kůže:</b> Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost - nekróza</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Riziko vzniku dekubitů dle st. Nortonové Skóre <u>26</u> (Posouzení viz str. 2) (dále SOP č. 23)</p>
<p><b>2. Psychický stav:</b> <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input checked="" type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený Skóre aktuálního psych. stavu: (viz str. 2) <input type="checkbox"/> vědomí 3a&lt; <input type="checkbox"/> emoce 3a&gt; <input type="checkbox"/> chování 3a&gt; - informovat lékaře</p>	<p><b>7. Dýchání:</b> Potíže: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheostomie Kuřák: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Dušnost: <input checked="" type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční Kašel: <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expectorací</p>	<p><b>11. Bolest:</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Lokalizace: Intenzita: zakroužkujte mírná - nepřijemná - intenziv. - krutá - nesnesit. (1) (2) (3) (4) (5) <b>při chronické bolesti viz SOP č. 24</b></p>
<p><b>3. Vědomí, komunikace:</b> Vědomí Kontakt: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> neverbální <input type="checkbox"/> ne lze navázat Glasgow. skóre: (15) 15 - 13 bodů - lehká porucha vědomí 12 - 8 bodů - střední porucha vědomí 7 - 3 body - závažná porucha vědomí</p>	<p><b>8. Vyprazdňování:</b> Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> noční močení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie močový katétr zaveden dne: 11/6 Problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> příměsí <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p>	<p><b>12. Omezení schopnosti:</b> <input checked="" type="checkbox"/> zrakových <input type="checkbox"/> sluchových <input type="checkbox"/> komunikačních <input type="checkbox"/> motorických <input type="checkbox"/> jiných Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle / hůl, vozík <input type="checkbox"/> protéza (HK, DK, oko) Zvláštní upozornění:</p>
<p><b>4. Soběstačnost / pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný Barthelové test všedních denních činností (viz str. 2) <input checked="" type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 41-60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> nad 60 závislost lehkého stupně (0 - 60 kontaktovat fyzioterapeuta) <input type="checkbox"/> oznámení lékaři</p>	<p><b>9. Spánek:</b> <input checked="" type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> kvalitní <input type="checkbox"/> užívá hypnotika RANO VE DĚZÍ VĚDUPILA KVALI ostatní viz SOP č. 64 DUKOIT</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>
<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>	<p><b>5. Riziko pádu:</b> Skóre rizika pádu: 3 (viz str. 2) (vyšší než 3 - ano)</p>



**Plán ošetrovatelské péče**

Datum	Ošetrovatelský problém (dg.)	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Podpis sestry
Stanovení	<b>Bolest</b>	<input type="checkbox"/> zmírnění bolesti	<input type="checkbox"/> zjistit lokalizaci, trvání bolesti, charakter informovat o úlevové poloze, prevenci (postup při vstávání, změně polohy)	Stanovila:
Ukončení	<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input type="checkbox"/> sledovat účinek podávaných léků <input type="checkbox"/> věnovat pozornost psych. stavu P/K <input type="checkbox"/> založit záznam o sledování bolesti	Ukončila:
Stanovení 14/6	<b>Úzkost</b>	<input checked="" type="checkbox"/> snížení na nejnižší možnou mez	<input checked="" type="checkbox"/> pohovor s P/K <input checked="" type="checkbox"/> seznámení P/K s novým prostředím <input checked="" type="checkbox"/> informace o výkonech a léčebném plánu <input checked="" type="checkbox"/> umožnit častý kontakt s rodinou	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 23/6				
Stanovení 19/6	<b>Porucha soběstačnosti oblast:</b> <input checked="" type="checkbox"/> hygieny <input checked="" type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin <input type="checkbox"/> oblékání a pohybu <input type="checkbox"/> mobility <input checked="" type="checkbox"/> klidového režimu	<input checked="" type="checkbox"/> osvojení způsobů umožňující opět provádění činností <input checked="" type="checkbox"/> rozpoznání a uspokojení individuálních potřeb P/K	<input checked="" type="checkbox"/> zjistit stupeň soběstačnosti P/K a přizpůsobit se jeho schopnostem <input checked="" type="checkbox"/> provádět hygienickou péči, oblékání <input checked="" type="checkbox"/> zajistit krmení a dostatečnou hydrataci <input checked="" type="checkbox"/> upravit okolí lůžka a pomůcky na dosah P/K <input checked="" type="checkbox"/> zajistit pomocná vybavení lůžka (hrazdička, schůdky...) <input checked="" type="checkbox"/> zajistit signalizaci <input type="checkbox"/> polohovat <input type="checkbox"/> naučit používat kompenzační a ortopedické pomůcky P/K i rodinu <input checked="" type="checkbox"/> aktivně zapojit rodinu <input checked="" type="checkbox"/> spolupracovat s fyzioterapeutem a sociální pracovníci	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 24/6				
Stanovení	<b>Ztížená komunikace a orientace</b> <b>důvod:</b> <input type="checkbox"/> smyslové poruchy (slepota, hluchota) <input type="checkbox"/> poruchy CNS	<input type="checkbox"/> zlepšení komunikace s P/K <input type="checkbox"/> obnovení a udržení orientace v realitě	<input type="checkbox"/> zhodnotit rozsah poruchy orientace a komunikace s okolím <input type="checkbox"/> dle smyslové poruchy zajistit pomůcky ke komunikaci <input type="checkbox"/> určit míru ohrožení/bezpečí P/K <input type="checkbox"/> chránit P/K před úrazem/pádem, zajistit zvýšený dohled <input type="checkbox"/> sledovat P/V tekutin, výživu P/K <input type="checkbox"/> spolupracovat s lékařem	Stanovila: Ukončila:
Ukončení				
Stanovení 19/6	<b>Riziko pádu/úrazu</b> <b>důvod:</b> <input type="checkbox"/> neurologické onem. <input type="checkbox"/> postižení smysl. ústrojí <input type="checkbox"/> onem. pohyb. aparátu <input checked="" type="checkbox"/> kardiovaskulární onem. <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> medikace	<input checked="" type="checkbox"/> snažit se zabránit pádu/úrazu	<input checked="" type="checkbox"/> poučit P/K o nebezpečí pádu/úrazu <input type="checkbox"/> upravit okolí lůžka <input checked="" type="checkbox"/> zajistit bezpečí pomůckami <input checked="" type="checkbox"/> zajistit signalizaci k lůžku P/K <input checked="" type="checkbox"/> vysvětlit techniku chůze, zajistit doprovod, vhodnou obuv, ortopedické pomůcky <input checked="" type="checkbox"/> zajistit edukaci fyzioterapeutem	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 27/6				
Stanovení 19/6	<b>Poruch výživy</b>	<input checked="" type="checkbox"/> udržení optimální tělesné hmotnosti	<input type="checkbox"/> sledovat příjem a výdej tekutin (frekvence příjmu, zvracení, odpad z drénů, krvácení) <input checked="" type="checkbox"/> doporučit úpravu stravovacích návyků <input checked="" type="checkbox"/> kontrolovat tělesnou hmotnost, vědomí, FF <input checked="" type="checkbox"/> sledovat kožní turgor, stav sliznic <input checked="" type="checkbox"/> spolupracovat s lékařem a nutričním terapeutem	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 28/6				
Stanovení 19/6	<b>Porucha hydratace</b> <input checked="" type="checkbox"/> dehydratace - riziko <input type="checkbox"/> otoky	<input checked="" type="checkbox"/> udržení optimálního objemu tekutin	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat aktivní ztráty <input checked="" type="checkbox"/> sledovat FF, bilanci tekutin, vědomí, tělesnou hmotnost, pocení <input checked="" type="checkbox"/> sledovat kožní turgor, stav sliznic, otoky <input checked="" type="checkbox"/> při zvracení zajistit vhodnou polohu, pomůcky, péči o dutinu ústní	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 22/6				
Stanovení 14/6	<b>Porucha dýchání</b> <b>důvod:</b> <input type="checkbox"/> plicní postižení - CHOPPN, otok plic, embolie, astma <input checked="" type="checkbox"/> srdeční selhání <input type="checkbox"/> těžké infekce	<input checked="" type="checkbox"/> P/K dosáhne účinného dýchání <input checked="" type="checkbox"/> P/K bude mít dostatečné oxysl. tkáně <input checked="" type="checkbox"/> P/K bude mít průchodné DC	<input checked="" type="checkbox"/> zajistit vhodnou polohu <input checked="" type="checkbox"/> zajistit oxygenoterapii dle ordinace <input checked="" type="checkbox"/> podávat léky, inhalace dle lékařě <input checked="" type="checkbox"/> sledovat FF, stav vědomí <input checked="" type="checkbox"/> poskytovat P/K psychickou podporu <input checked="" type="checkbox"/> provádět dechovou rehabilitaci, nácvik odkašlávání	Stanovila: Ukončila:
Ukončení 14/6				

Plán ošetrovatelské péče

Stanovení 14/6 Ukončení 24/6	<b>Porucha vyprazdňování moče</b> <b>Retence - důvod:</b> <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> chirurgický výkon <input type="checkbox"/> anatomická obstrukce <input type="checkbox"/> neurologické postižení <input type="checkbox"/> inkontinence <input checked="" type="checkbox"/> zavedení PMK	<input checked="" type="checkbox"/> zabránění vzniku moč. infekce <input type="checkbox"/> dosažení fyziol. způsobu vyprazdňování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sledovat P,V/24 hod. diuréza, barvu a příměsí moči <input checked="" type="checkbox"/> dbát na dostatečnou hygienu genitálu <input type="checkbox"/> přikládat dle potřeby plenkové kalhoty <input checked="" type="checkbox"/> kontrolovat průchodnost PMK <input type="checkbox"/> posilovat přirozené reflexy vyprazdňování moče	Stanovila: <i>S.K.</i> Ukončila: <i>S.K.</i>
Stanovení Ukončení	<b>Porucha vyprazdňování stolice</b> <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> P/K netrpí zácpou/průjmem, <input type="checkbox"/> pravidelně se vyprazdňuje	<input type="checkbox"/> zaznamenávat frekvenci a charakter stolice <input type="checkbox"/> zdůraznit pitný režim, sledovat P,V/24 hod. <input type="checkbox"/> kontrolovat účinnost léků <input type="checkbox"/> u ležících P/K zvýšená hygiena <input type="checkbox"/> u stomie založit záznam o stomii, zajistit edukaci	Stanovila: Ukončila:
Stanovení Ukončení	<b>Porucha kožní integrity</b> <b>důvod:</b> <input type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> základní onemocnění (CNS, DM, nádorové)	<input type="checkbox"/> nedojde k porušení kožní integrity <input type="checkbox"/> defekt bude zhojen bez komplikací	<input type="checkbox"/> sledovat stav výživy,hydratace <input type="checkbox"/> pečovat o hygienu kůže <input type="checkbox"/> udržovat suché a čisté lůžko <input type="checkbox"/> sledovat predilekční místa <input type="checkbox"/> polohovat P/K minimálně á 2 hod <input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti <input type="checkbox"/> konzultovat fyzioterapeuta <input type="checkbox"/> při vzniku dekubitů založit záznam... <input type="checkbox"/> při vzniku rány založit záznam...	Stanovila: Ukončila:
Stanovení 14/6 Ukončení 28/6	<b>Riziko vzniku infekce</b> <b>důvod:</b> <input checked="" type="checkbox"/> zavedení J-6 kůže <input checked="" type="checkbox"/> PŽK,CŽK,AK,port <input type="checkbox"/> epidurální katetr <input type="checkbox"/> tracheotomie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> operační rána	<input checked="" type="checkbox"/> snížení rizika vzniku infekce na minimum	<input checked="" type="checkbox"/> dodržovat aseptické zásady při výkonech <input checked="" type="checkbox"/> informovat P/K o dodržování osobní hygieny rukou <input checked="" type="checkbox"/> včas diagnostikovat známky infekce v místě zavedení <input checked="" type="checkbox"/> převazovat dle potřeby a indikace,SOP <input checked="" type="checkbox"/> sledovat systémové infekce (horečka, třesavka)	Stanovila: <i>S.K.</i> Ukončila: <i>S.K.</i>
Stanovení Ukončení				Stanovila: Ukončila:
Stanovení 14/6 Ukončení 22/6	ÚPRAVA V JIHOVÝSLONCI JE NEDEJTEJNÍM VĚSTVÁNÍM	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPRAVA ZHOJENÍ JAKO NEZHOJENÍ JE - BUDE VE CÍTI ODPOČATA	<input checked="" type="checkbox"/> APLIKOVAT ZKRYTÍM KVALITOU DĚLANOU - sledovat stav kůže - zajišťovat dostatečný klid na pokoji - upravit činnost kůže na pokoji - podpořovat rýchlou pacientů - sledovat kvalitu spánku	Stanovila: <i>S.K.</i> Ukončila: <i>S.K.</i>
Stanovení 14/6 Ukončení 18/6	<input type="checkbox"/> NEDEJTEJNÍ PORUCHY SPÁNKU V JIHOVÝSLONCI JE ZHOJENÍM ZHOJENÍM VĚSTVÁNÍ	<input checked="" type="checkbox"/> BUDE STÁT CELOU NOC/6 hodin - po probuzení - NE BUDE CÍTI ODPOČATA	<input type="checkbox"/> VĚSTVÁNÍM PŘEDSTAVU PACIENTŮ PŘED VĚSTVÁNÍM - dbát na osobní a úprava lůžka - vyšetřit je dle vědění - zajišťovat klid na pokoji po 21 hodině - při podání hypnotika dle ordinace lékaře	Stanovila: <i>S.K.</i> Ukončila: <i>S.K.</i>
Stanovení Ukončení				Stanovila: Ukončila:



Příloha č. 7 Překladová ošetrovatelská zpráva JIP

**Překladová ošetrovatelská zpráva JIP**

**INFORMACE O**

Datum: 2/16 04  
Hodina: 6:30

*paní* A.B.  
ID pacienta (štítek)

pacient informován:  ano  ne  
rodina informována:  ano  ne  
informace podal:  
 lékař  sestra  soc. pracovník

Kontaktní osoba: *matka*

Telefon:

Spolupráce s rodinou:  výborná  dobrá  problematická  žádná

Hodnoty životních funkcí při překladu:

TK 110/70 P 80/min SpO<sub>2</sub> 96% DF 19/min TT 36,7 °C

Alergie: *ne*

**PSYCHICKÝ STAV:**

spolupracuje  nespolupracuje

**VĚDOMÍ:**

bezvědomí  ano  ne  tlumení  
 relaxace

při vědomí

**Kontakt:**

verbální  neverbální

**DÝCHÁNÍ:**

Potíže  ano  ne

UPV  řízená  podpůrná  spontánní

Kanyla  orotracheální  tracheotomická

Číslo: ..... Kdy zavedena: ..... poslední výměna: ..... Druh: .....

Mikronebulizace  á 1 hod  á 2 hod

Odsávání:  dle potřeby  časté  cíleně  charakter sekretu: .....

I.V. VSTUPY  v. subclavia  S-G katétr

v. jugularis  sheat

v. femoralis  stim. elektroda

periferní zavedeno kdy: *2/16*

**I.A. VSTUPY**

DRĚNY  redonův drén  hrudní drén  na sání  pod vodou  zašitpnutý

jiná

**VÝŽIVA**

parenterální  PEG

enterální  NJS  NGS  Zaveden kdy: .....

p. o.

diabetik  dieta  PAD  INZULIN

polykání  nepolyká  s obtížemi  jen tekutiny  bez obtíží

chrup  umělý  vlastní

**VYPRAZDŇOVÁNÍ**

moč  močový katétr ze dne: .....  spontánní

.....stomie.....

stolice  formovaná naposledy dne: *2/16*  stomie

průjmovitá

s příměsí  forsáž.....

Příjem tekutin *6:00 3400/24h* Výdej tekutin *6:00 3200/24h* SV *2/16 3,6 l/min*

Příloha č. 7

**HANDICAP**

zrak     sluch     komunikace     jiný

**SOBĚSTAČNOST, POHYBLIVOST**

soběstačný     nesoběstačný

Toaleta     na lůžku     v křesle     ve sprše

**RIZIKO PÁDU**

ano     ne

**STAV KŮŽE**

Změny na kůži     ano     ne

Rány     ano     ne

Dekubity     ano     ne

**HODNOCENÍ RÁNY**

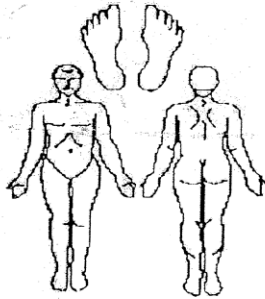
I zarudnutí

II povrchová exfoliace    a) čistá

III porušení kůže    b) sekvestrace

IV porušení podkoží    c) nekróza

V kost, facie, sval



Poslední převaz:

Terapie:

**SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ**

ano     ne

**CENNOSTI**

nemá     depozitum VFN     oddělení

**OSOBNÍ VĚCI**

nemá     šatní lístek

**PN**

ano     ne

**POSLEDNÍ ORDINACE:**

28/6  
EUTHYRAX 150mg 1/2 tbl p.o.  
DIAZEPAM 5mg p.o.

DIAGNÓZA

- ① STRAŠA z OPERACE
- ② RIZIKO VZNIKU INFERCE V JEDNOM z ZAVEDENÝM CÍK

**ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:**

- implantovaný pumpa hydrokórní molekuly
- nová kardiální rezonance 4x EBR, 3x plazma, 4x b.mbo

Datum 28/6 04

Hodina 6:30

Jméno a podpis sestry  
Lilla