



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

**Bakalářská práce**

případová studie

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE  
O NEMOCNOU S DIAGNÓZOU  
SYMPTOMATICKÝ SICK SINUS SYNDROM**

*Nursing Care of the Patient  
with sick sinus syndrome*

Hana Nejedlá

Praha, únor 2009

**Autor práce:** Hana Nejedlá  
**Studijní program:** Ošetrovatelství  
**Bakalářský studijní obor:** Zdravotní vědy  
**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Zvoníčková  
**Odborný konzultant:** MUDr. Václav Bufka  
**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav ošetrovatelství 3. LF UK  
**Datum a rok obhajoby:** 2. 4. 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

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

V Praze dne 15. 2. 2009

Hana Nejedlá

## **PODĚKOVÁNÍ**

Za ochotu a pomoc při zpracování této bakalářské práce bych chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové. Dále děkuji za cenné rady MUDr. Václavu Bufkovi.

# OBSAH

---

|  |    |
|--|----|
| <b>OBSAH</b> .....   | 5  |
| <b>ÚVOD</b> .....  | 6  |
| <b>1. KLINICKÁ OBECNÁ ČÁST</b> .....                                 | 7  |
| 1.1. STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE.....                        | 7  |
| 1.2. SRDCE A KREVŇNÍ ZÁSODENÍ.....                                   | 8  |
| 1.3. PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDCE.....                                      | 8  |
| 1.4. SRDEČNÍ REVOLUCE.....   | 9  |
| 1.5. PATOFYZIOLOGIE SRDEČNÍCH ARYTMÍÍ.....                           | 9  |
| 1.6. SYNDROM CHORÉHO SYNU.....                                       | 9  |
| 1.7. VYŠETŘOVACÍ METODY V KARDIOLOGII.....                           | 11 |
| 1.8. TRVALÁ KARDIOSTIMULACE.....                                     | 12 |
| <b>2. KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ</b> .....                              | 13 |
| 2.1. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....  | 13 |
| 2.2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....                                       | 16 |
| <b>3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....                                  | 20 |
| 3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....                                      | 20 |
| 3.2. MODEL ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ<br>PÉČE PODLE V.A. HENDERSON..... | 20 |
| 3.3. SLOŽKY ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....                        | 21 |
| 3.4. AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....                           | 25 |
| 3.5. POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....                      | 33 |
| <b>4. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO</b> .....                                | 37 |
| 4.1. HODNOCENÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB PACIENTA.....                      | 37 |
| <b>5. ZÁVĚR</b> .....  | 38 |
| <b>6. POUŽITÁ LITERATURA</b> .....                                   | 39 |
| <b>7. SEZNAM PŘÍLOH</b> .....  | 41 |
| PŘÍLOHY  |    |

## ÚVOD

---

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou K. Š. (68 let), která byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče, k plánové primoimplantaci kardiostimulátoru (KS) pro symptomatický sick sinus syndrom s paroxysmální fibrilací síní, sinoatriálními (SA) blokádami a pauzami. Druhý den po implantaci dvoudutinového kardiostimulátoru byl stav pacientky komplikován iatrogením plášťovým pneumothoraxem po zavedení KS, který se léčil pouze konzervativně. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu 10. den hospitalizace.

Klinická část obsahuje anatomii a fyziologii srdce, patofyziologii a klinické příznaky arytmií, používané vyšetřovací metody. Dále následuje stručný popis stavu pacientky při příjmu, diagnostika a terapie dle lékařské dokumentace. V ošetrovatelské části se zabývám hodnocením nemocné podle modelu Základní ošetrovatelské péče Virginie Avenell Henderson. Konkrétně popisují 1. den hospitalizace, den primoimplantace kardiostimulátoru.

## 1.1. STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

Srdce je dutý svalový orgán, tvořený čtyřmi oddíly, uložený v mezihrudí (mediastinu). Srdeční hrot směřuje k hrudní stěně dopředu doleva a dolů k 5. mezižebří v oblasti levé medioklavikulární čáry. Srdce dělíme na pravostranné a levostranné srdeční oddíly. Pravostranné oddíly pumpují krev do malého (plicního) oběhu, levostranné vypuzují krev do velkého (systémového) oběhu. Vnitřní výstelku tvoří endokard, střední vrstvou stěny je myokard a vnější vrstva se nazývá epikard, který přechází podél cév vstupujících a vystupujících ze srdce v zevní obal, v perikard. Mezi perikardem a epikardem je dutina s malým množstvím tekutiny, umožňujícím hladký a klouzavý pohyb. Srdeční svalovina je z morfologického hlediska syncytiem (soubuním), neboť jednotlivé svalové buňky jsou propojeny plazmatickými můstky. Buněčná jádra jsou uložena centrálně jako u svalů hladkých, v myofibrilách je patrné příčné pruhování, obdobně jako je tomu u svalu kosterního.

Tloušťka stěny jednotlivých srdečních dutin je rozdílná. Nejmohutnější svalovina se nachází v levé komoře, poněkud slabší stěnu má pravá komora. Stěna předsíní je tenká. Mezi komorami a síněmi je síňokomorová přepážka tvořící oporu chlopněmu aparátu. Chlopně působí jako ventily zajišťující jednosměrný průtok krve v srdci. Dvě poloměsíčné chlopně (semilunární) sestávají ze tří pohyblivých segmentů. Oddělují prostor velkých cév, aorty a plicní tepny, od dutin srdečních komor. Nazývají se chlopně aortální a chlopně pulmonální. Chlopně atrioventrikulární (trikuspidální a mitrální) oddělují prostor předsíní a komor, jsou podporovány šlašinkami a papilárními svaly. K základním fyziologickým vlastnostem srdeční svaloviny patří automacie, vodivost, dráždivost a stažlivost. (7, s.23)

Automacie (chronotropie) představuje schopnost vytvářet vzruchy. Výsledkem vzruchové aktivity je sled pravidelných rytmických srdečních stahů i bez vnějšího podráždění.

Vodivost (dromotropie) znamená, že se vzruch přenáší na celou srdeční jednotku (síně i komory), čímž je zajištěn synchronní stah všech svalových vláken.

Dráždivost (bathmotropie) je možnost vyvolat svalový stah dostatečně silným, nadprahovým podnětem. Zatímco podprahový podnět stah nevyvolá, nadprahový podnět různé intenzity vyvolá vždy stejnou odpověď.

Stažlivost (inotropie) znamená schopnost svalové kontrakce a její závislost na dalších faktorech, např. na výchozím napětí svalového vlákna. (15, s.110)

## 1. 2. SRDCE A KREVNÍ ZÁSOBNÍ

Srdce je zásobeno věnčitými tepnami, odstupujícími z kořene aorty. Obvyklý odstup levé a pravé koronární tepny je nad levým a pravým cípem aortální chlopně. Kmen levé koronární artérie odstupuje z levého předního aortálního sinu, probíhá mezi ouškem levé síně a výtokovým traktem pravé komory k přednímu mezikomorovému žlábkem, kde se větví na dvě hlavní tepny: ramus interventricularis anterior (RIA - přední sestupnou větev) a ramus circumflexus.

Ramus interventricularis zásobuje svalovinu přední a částečně boční stěny levé komory (diagonální větve). Z RIA odstupují do septa větve prokrvující mezikomorovou přepážku (septální větve). Ramus circumflexus probíhá po odstupu RIA síňokomorovým žlábkem mezi ouškem levé předsíně a levé komory, stáčí se dolů a dozadu a vytváří marginální větve. Pravá koronární artérie odstupuje z pravého aortálního sinu a probíhá dopředu a doprava v pravém síňokomorovém žlábkem a ohýbá se směrem dolů, kde obvykle odstupuje jedna či více větví pro pravou komoru. (7, s.26)

## 1. 3. PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDCE

Srdeční činnost zajišťují dva typy srdečních buněk. Prvním typem jsou buňky pracovní svalové, provádějící kontrakci. Druhým typem jsou buňky převodního systému, který má schopnost vytvářet vzruchy, vyvolávat kontrakci pracovního myokardu a rozvádí vzruchy do srdeční svaloviny. Struktura buněk převodního systému se liší od myokardu nižším obsahem myofibril, vysokým obsahem glykogenu a elektrofyziologickými vlastnostmi.

### **Převodní systém tvoří:**

1. sinoatriální uzel (vtoková oblast pravé předsíně)
2. atrioventrikulární uzel (ústí trojcípé chlopně)
3. Hissův svazek (odstupuje z atrioventrikulárního (AV) uzlu a probíhá síňokomorovou přepážkou)
4. pravé a levé Tawarovo raménko (směřují do příslušné komorové svaloviny)
5. Purkyňova vlákna (zajišťují kontakt se svalovinou komor)

Krevní zásobení SA uzlu zajišťuje pravá věnčitá tepna nebo circumflexní větve levé věnčité tepny. AV uzel zásobuje v 90% AV nodální tepna odstupující z pravé koronární tepny. Mezikomorovou část převodního systému prokrvuje ve většině případů pravá koronární tepna a septální větve RIA. Dvojí zásobování má i Hissův svazek a část Tawarových ramének. Konečné části převodního systému pak zásobují pouze větve RIA. (7, s.29)



## 1. 4. SRDEČNÍ REVOLUCE

Srdeční činnost je neustále se opakující děj, probíhající v cyklech, které se nazývají srdeční revoluce. Srdeční revoluci dělíme na systolu a diastolu.

Na počátku diastoly jsou tlaky v komorách a síních vyrovnané a nízké. Chlopně mezi síněmi a komorami jsou otevřené, nastává rychlé plnění komor vlivem tlakových rozdílů mezi síněmi a komorami.

Další fází je pomalé plnění komor, které je ukončeno aktivním stahem síní a uzávěrem atrioventrikulárních chlopní. Objem komor na konci diastoly je 120-140ml. Posléze začíná systola komor.

První fází je isovolumická část (zvýšení nitrokomorového tlaku bez změny objemu komor). V okamžiku, kdy tlak v komorách převyší tlak v artériích, dochází k ejekční fázi (po otevření semilunárních chlopní) a rychlému vypuzování krve do velkých cév.

Následuje fáze pomalého vypuzování, je ukončena uzávěrem poloměsíčitých chlopní. Cyklus pokračuje izovolumickou relaxací ( snížení nitrokomorového tlaku bez změny délky svalových vláken).

Objem vypuzené krve při jedné systole je 70-80ml = systolický tepový objem. Poměr mezi konečným diastolickým objemem a systolickým tepovým objemem nazývá ejekční frakce (norma je 60%). ( 15, s.113)

## 1.5. PATOFYZIOLOGIE SRDEČNÍCH ARYTMÍÍ

Arytmie znamená poruchu v normálním sledu srdečních stahů. Mohou vznikat buď z abnormální tvorby vzruchů, nebo následkem poruch vedení vzruchu v srdci. Jejich příčinou jsou nejčastěji onemocnění srdce, poruchy elektrolytové rovnováhy, léky, endokrinní poruchy, vegetativní dysfunkce nebo vzácnější příčiny.

Arytmie omezují čerpací schopnost srdce, stupeň závisí na typu arytmie a na funkčním stavu srdce.

Klinicky se arytmie projevují subjektivním pocitem rychlého, nebo nepravidelného tepu, známkami snížení minutového objemu (hypotenzí, plicním městnáním, poruchami funkce orgánů), nebo známkami z krátkodobého, nebo dlouhodobého přerušení oběhu krve (synkopa, náhlá smrt).

Diagnostikují se nejčastěji hodnocením echokardiografického záznamu, monitorováním srdečního rytmu (Holterovo monitorování).

## 1.6. SYNDROM CHORÉHO SINU – SICK SINUS SYNDROME

Jde o symptomatický výskyt pomalých rytmů (bradykardická forma) nebo střídání pomalých a rychlých rytmů (tachykardicko-bradykardická forma) na podkladě poruchy normální funkce sinusového uzlu.

Na vzniku se může uplatňovat celá řada srdečních chorob. Časté je poškození sinusového uzlu a převodního systému při ischemii, ateroskleróze věnčitých tepen, zánětem (myokarditida), revmatické procesy, vzácně i metastázy.

### **patofyziologie**

Porucha tvorby vzruchu v sinusovém uzlu a jeho vedení v síních se projevuje bradyarytmiemi, tachyarytmiemi a někdy i poruchami převodu vzruchu ze síní do komor. Pomalé rytmy: sinusová bradykardie, sinoatriální blokáda I.-III. stupně, zástava sinusového uzlu.

Rychlé rytmy: paroxysmální fibrilace síní, flutter síní, síňová tachykardie. Ostatní poruchy: AV blokády I.-III. stupně. Hemodynamické důsledky: pokles minutového srdečního objemu.

### **klinický obraz**

Bradykardie: celková slabost, snadná únavnost, nevykonnost, u nemocných s postiženou funkcí levé komory se může projevit manifestací srdečního selhávání. V asystolických pauzách jsou v popředí poruchy prokrvení CNS: ekvivalenty synkop nebo kardiální synkopy.

Tachykardie: palpitace (bušení srdce), často provázené celkovou slabostí. Komplikací fibrilace síní mohou být embolické příhody (do velkého oběhu, CNS).

### **diagnostika**

Vedle typického klinického obrazu je základem diagnózy elektrokardiografický obraz. Je-li výskyt pomalých rytmů nepravidelný a náhodný, je nutné provést nejméně jednodenní Holterův záznam EKG.

Na EKG křivce bývá přítomna sinusová bradykardie, nebo se objevuje různě dlouhá systolická pauza při vyšším stupni sinoatriální blokády či sinusové zástavě. U tachykardicko-bradykardické formy nacházíme paroxysmy fibrilace či flutteru síní, méně často síňovou tachykardii.

### **léčba**

Suverénní léčbou závažných bradykardií je v současnosti trvalá kardiostimulace.

U nemocných bez tachykardií, s normální funkcí síňokomorového převodu používáme stimulaci síňovou. U bradykardicko-tachykardického syndromu a u nemocných s AV blokádou používáme stimulaci dvoudutinovou. Vzhledem k časté chronotropní nedostatečnosti se používají frekvenčně reagující kardiostimulátory, které dovedou zrychlit srdeční frekvenci během fyzické námahy.

U nemocných s tachykardicko-bradykardickým syndromem je komplexní léčba kombinací antiarytmik (betablokátory, popř. digitalis) a implantace kardiostimulátoru, jenž pokrývá bradykardickou složku.

Farmakologická léčba: léky používané v léčbě arytmií se nazývají antiarytmika. U nemocných s paroxysmy fibrilace síní je indikována antikoagulační léčba Warfarinem (prevence trombembolie). (7, s.196)

## **1.7. VYŠETŘOVACÍ METODY V KARDIOLOGII POUŽÍVANÉ PŘI ARYTMIIÍCH**

### **EKG**

Elektrokardiografie je vyšetřovací metoda zaznamenávající pomocí elektrokardiografu bioelektrické potenciály srdečních buněk. Přístroj, který k tomu slouží: elektrokardiograf, grafická křivka vznikající při záznamu: elektrokardiogram.

Při vyšetření se používají čtyři končetinové a šest hrudních elektrod.

### **HOLTEROVO MONITOROVÁNÍ EKG (AMBULANTNÍ MONITOROVÁNÍ)**

Elektrokardiografická metoda umožňující zaznamenávat po dobu 24 a více hodin elektrickou aktivitu srdce vyšetřované osoby při její obvyklé denní činnosti.

### **RTG VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU**

Radiodiagnostika je neinvazivní vyšetřovací metoda, využívající odlišné vychytávání rentgenového záření v různých tkáních těla. Prostý snímek hrudníku je nejčastějším RTG vyšetřením na interních odděleních, pro svoji spolehlivost při zjišťování především počínající srdeční nedostatečnosti i pro kontrolu účinnosti léčby.

### **ECHOKARDIOGRAFIE**

Jde o neinvazivní vyšetřovací metodu využívající k zobrazení srdečních struktur a velkých cév ultrazvukové vlnění o frekvenci 2,5–10MHz. Princip metody vychází z rozdílného šíření ultrazvuku v tkáních a tělních tekutinách a na jeho zpětném odrazu, ke kterému dochází na tkáňových rozhraních. Při echokardiografickém vyšetření je nejčastěji používán transtorakální přístup a v indikovaných případech semiinvazivní jícnová echokardiografie, kontrastní a zátěžová echokardiografie.

### **ELEKTROFYZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

Je to invazivní vyšetřovací metoda sloužící k upřesnění diagnostiky poruch srdečního rytmu a testování účinku zavedené antiarytmické léčby. Toto vyšetření spočívá v zavedení elektrodových katétrů venózní nebo arteriální cestou do jednotlivých srdečních oddílů, snímání jejich srdeční aktivity a jejich stimulaci. Často představuje poslední stupeň vyšetřování nemocného s arytmií a mělo by být indikováno až po vyčerpání všech neinvazivních vyšetřovacích metod. Z výsledků by měl vyplynout léčebný postup (antiarytmika, kardiostimulace, ablace katetrem..).

## **1.8. TRVALÁ KARDIOSTIMULACE**

Léčebná metoda chronických pomalých rytmů. K trvalé kardiostimulaci se používají kardiostimulátory implantované do podkoží, nejčastěji do podkličkové krajiny, a elektrody zaváděné do hrotu pravé síně, komory nitrožilním přístupem. U jednodutinové kardiostimulace se zavádí elektroda do pravé komory, u dvoudutinové kardiostimulace se používají dvě elektrody, jedna je umístěna v síni, druhá v komoře.

### **TYPY KARDIOSTIMULÁTORŮ:**

První kardiostimulátor s pevnou frekvencí byl implantován r. 1958. „on demand“ stimulátory programovatelné dle potřeby, různé parametry nastavení přístroje lze ovládat elektromagnetem.

### **Stimulátory se speciálními funkcemi:**

Sekvenční stimulátory - dvoudutinové, které stimulují postupně síně a komory.

Frekvenčně reagující stimulátory – vybavené čidlem, umožňujícím automaticky zrychlit stimulaci při tělesné námaze.

### **INDIKACE:**

Zvažuje se, zda bradyarytmie nebo EKG abnormalita může nemocného ohrozit na životě, nebo zda ho omezuje v denní aktivitě.

1. Hledisko elektrokardiografické – zjištění určitého druhu převodní poruchy.
2. Hledisko klinické – založené na přítomnosti příznaků. (7, s.133)

## KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ

---

Údaje zpracované z lékařské dokumentace.

Pacientka K.Š. narozena r. 1939, byla přijata na jednotku intenzivní péče (dále JIP) z interní ambulance.

### 2.1. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA:

#### Nynější onemocnění:

NO: Pacientka přichází k plánovanému příjmu na doporučení, k primoimplantaci dvoudutinového kardiostimulátoru. Dle pacientky v dubnu 2008 v rámci vyšetření před rehabilitačním pobytem zjištěna porucha srdečního rytmu. Dle Holter elektrokardiogramu střídání fibrilace síní a sinusového rytmu o frekvenci 46-154, pausy opakovaně maximálně 6,77 sec. Subjektivně bez krvácivých projevů, bez teplot, bez zimnice, bez třesavky, bez zažívacích obtíží. Kašel má dlouhodobý.

#### Anamnéza:

OA: V dětství ani mládí vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci bez komplikací, zhruba asi 15 let stavy slabosti, léčena pro arytmií, delší dobu užívala Propanorm, neguje infarkt, neguje cukrovku, neguje TBC, neguje infekční žloutenku, neguje onemocnění štítné žlázy, neguje art. hypertensi.

OPERACE: appendektomie asi v 5 letech věku, operace děložního čípku cca roku 1993, jiné operace neguje.

ÚRAZY: závažnější neguje.

TRANSFUZE: 0

GA: 1 porod bez komplikací, menstruace cca do 50 let, gynekolog. je sledována.

FA: Propanorm vysadila v pátek 7.11. 2008, Warfarin vysadila 7. 11. 2008 užívala 3 mg, střídala je dle INR 1,5 tbl a 1 tbl, Egilok 25 mg ½-0-0, ještě další lék, snad Digoxin užívá nadále 1-0-0 i dnes.

RA: 1 syn, zdrav, sestra se léčí s rakovinou plic, otec zemřel cca v 83 letech po mozkové mrtvici, matka žije, 94 let.

SA: dříve pracovala na Britské ambasádě v administrativě.

AA: neguje léky, neguje ATB, neguje lokální anestetika.

ABUSUS: kouří od mládí asi 20-25 cigaret/den, alkohol pije občas víno.

#### Status praesens:

TK: 160/70, TF: irreg cca 88/min, TT: 36,7°C, hmotnost 52 kg, výška 164 cm

Při vědomí, orientovaná, spolupracuje, bez klidové dušnosti, bez cyanosy, ashen habitum hydratace normální, ameningeální.

**Hlava:** na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu, zornice iso, foto +, citlivost. bilat. Souměrná, výstupy n. V. nebolestivé, n. VII. inervuje správně, jazyk vlhký, lehce tmavě povleklý u kořene, plazi středem, na levém patrovém oblouku drobný polyp, jinak hrdlo klidné.

**Krk:** šije volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň žil v normě, štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatám.

**Hrudník:** souměrný, poklep sonorní, dýchání sklípkové, AS nepravidelná cca 88/min, ozvy ohraničené, šelest neslyším, axil. nadklíčky bez adenopatie.

**Břicho:** poklep dif. bubínkový, palp. měké, prohmatné, nebolestivé, hepar + lien nehmatám, bez resistance, tapott. bilat. Neg

**DK:** bez otoků, bez trofických změn, lýtka palpačně nebolestivá, pulsace na periférii slabě hmatné.

Orient. neurologicky: stoj, chůze v normě, Minazzini bez poklesu, mening., čítí, hýbnost v normě.

## VYŠETŘENÍ:

**Fw: 12/31**

**Ko+diff:**

|                            |                            |                      |                          |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| Leukocyty                  | 5.9 x 10 <sup>9</sup> /l   | Trombocyty           | 165 x 10 <sup>9</sup> /l |
| Erytrocyty                 | 3,84 x 10 <sup>12</sup> /l | Neutrofilní segmenty | 56%                      |
| Hemoglobin                 | 125 g/l                    | Neutrofilní tyče     | 0%                       |
| Hematokrit                 | 0,364                      | Eosinofilní segmenty | 1%                       |
| Střední objem ERY-MCV      | 95 fl                      | Basofilní segmenty   | 1%                       |
| Střední koncentrace HGB    | 32,5 pg                    | Monocyty             | 9%                       |
| Koncentrace HGB erytrocyty | 343,00 g/l                 | Lymfocyty            | 33%                      |
|                            |                            | Součet diferenciálu  | 100%                     |

## Biochemie:

|        |             |           |             |
|--------|-------------|-----------|-------------|
| S-Na   | 142 mmol/l  | S-K       | 4,20 mmol/l |
| S-UREA | 5,0 mmol/l  | S-KREA    | 65 umol/l   |
| S-BILI | 21,5 umol/l | S-ALT     | 0,17 ukat/l |
| S-AST  | 0,31 ukat/l | S-ALP     | 0,89 ukat/l |
| S-AMS  | 1,01 ukat/l | S-CK      | 2,10 ukat/l |
| S-Ca   | 2,35 mmol/l | S-TAG     | 0,88 mmol/l |
| S-Cl   | 105 mmol/l  | HDL-Ch    | 1,68 mmol/l |
| S-P    | 1,23 mmol/l | LDL-Ch    | 2,72 mmol/l |
| S-Gluk | 4,60 mmol/l | S-Digoxin | 1,00 nmol/l |
| S-GMT  | 0,29 ukat/l | S-CB      | 58,4 g/l    |
| S-Chol | 4,80 mmol/l | S-CRP     | 4,2 mg/l    |

**Štítná žláza:**

|     |             |         |             |
|-----|-------------|---------|-------------|
| TSH | 0,803 mIU/l | free T4 | 13,7 pmol/l |
|-----|-------------|---------|-------------|

**M+S:**

|                |          |                    |                         |
|----------------|----------|--------------------|-------------------------|
| U-pH           | 5,0      | U-Leu              | 1 arb.j.                |
| U-Glu na lačno | 0 arb.j. | U-SG               | 1,025 kg/m <sup>3</sup> |
| U-Prot         | 0 arb.j. | MS-Erytrocyty      | 45-50                   |
| U-Keto         | 0 arb.j. | MS-Leukocyty       | 25-30                   |
| U-Bil          | 0 arb.j. | MS-Ostatní částice | bakterie , hlen 1       |
| U-UBG          | 0 arb.j. | dl. epitelie       | 15-20                   |
| U-Krev         | 2 arb.j. |                    |                         |

**Koagulace:**

|        |          |        |      |
|--------|----------|--------|------|
| INR    | 1,22 inr | APTT   | 40 s |
| QUICK  | 14,8 s   | NoAPTT | 36,0 |
| NQUICK | 12,1 s   |        |      |

**RTG S+P:**

11. 11. 2008 Plíce jsou bez ložisek, bránice hladká, srdce nezvětšeno se sklerotickou aortou.

**EKG:**

11. 11. 2008 Fibrilace síní, frekvence 70-88/min, osa levá, QRS 0,08, qT 0,34 ploché T a VL, naznačena desc deprese do 1 mm V4, a horizontální deprese ST asi 0,5 mm V6.

**Dg:**

Symptomatický sick sinus syndrom s paroxysmální fibrilací síní, SA blokádami a pauzami k implantaci dvoudutinového kardiostimulátoru  
CHOPN, nikotinismus  
stp. APPE, stp. Operaci cervicis uteri

**TERAPIE PŘI PŘÍJMU:****Terapeutická opatření:**

- Dieta racionální č.3
- Monitorace EKG, TK, SpO2
- Zavedení i.v. kanyly

**Medikace:**

\*Antibiotika: i.v. **Cefazoline** 1 gr á 12 hodin

IS: Baktericidní cefalosporinové antibiotikum se širokým antibakteriálním spektrem.

I: Cefazolin je lékem první volby pro profylaxi infekcí ran v rámci chirurgických výkonů u rizikových pacientů.

KI: Absolutní: přecitlivělost na cefalosporinová antibiotika.

NÚ: Trávicí obtíže: nauzea, zvracení, průjem. Kožní a celkové alergické projevy: alergické kožní reakce, léková horečka, pruritus vulvae, vzácně anafylaktický šok.

\*INF: R 1/1 500 ml rychlostí 100 ml/hod

## **2.2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE:**

### **1. den hospitalizace**

Pacientka K.Š. byla přijata k plánované implantaci dvoudutinového kardiostimulátoru pro symptomatický sick sinus syndrom. Pacientka byla na JIP přijata dopoledne, byla jí zavedena intravenózní (i.v.) kanyla, podáno i.v. antibiotikum Cefazoline 1gr ve 20 ml F1/1 a následně Ringerův roztok 500 ml rychlostí 100 ml/hod k zajištění dostatečné hydratace. Pacientka lační, je napojena na monitor, kde jsou monitorovány fyziologické funkce: EKG, TK, dech, SpO<sub>2</sub>. Ve 12 hodin je pacientka připravena na kardiostimulačním sálku, začíná implantace kardiostimulátoru. Délka výkonu: 75 minut.

#### **Průběh výkonu:**

V lokální anestezii punkční technikou cestou v. subclavia vpravo, pod kontrolou RTG zavedena elektroda SELOX ST60 do pravé komory srdeční, po kontrole stability dobrý el. kontakt (napětí 0,6 V, šířka 0,5 ms, proud 0,5 mA, odpor 1600, potenciál R 11,2), fixace dvěma stehy. Do pravé síně srdeční zavedena elektroda SELOX JT 53, po kontrole stability a el. kontaktu (napětí 0,4 V, šířka 0,5 ms, proud 0,5 mA, odpor 1200, potenciál P 4,1), fixace dvěma stehy. Po preparaci podkožní kapsy v pravém podklíčku připojen kardiostimulátor CYLOS 990 DR a umístěn do připravené kapsy. Po kontrole hemostázy sutura kůže 4 stehy. Výkon ukončen bez komplikací. Podané léky: Mesocain 1% 50 ml s.c.

Ze sálku byla pacientka sestrou převezena na JIP, kde byla ihned napojena na monitor, EKG: srdeční akce stimulovaná, ojedinělá supraventrikulární extrasystola, TK 190/90 Torr, kontrolní přeměření ukazuje pokles a stabilizaci na hodnotě 160/80 Torr, dech 20/min, SpO<sub>2</sub> 96% bez podávání O<sub>2</sub>.

Pacientka je ve stabilizovaném stavu, nestěžuje si na subjektivní obtíže, analgetickou medikaci odmítá.

### **2.den hospitalizace**

Při ranní vizitě byla převázána rána: rána se hojí per primam, v okolí mírný hematoma velikosti 2cm, bez zarudnutí. Byla provedena kontrola funkce kardiostimulátoru přiložením hlavice programérem ERA nad kardiostimulátor: funkce kardiostimulátoru je v režimu DDD-CLS správná.



**RTG S+P:** vpravo je patrná částečně kolabovaná plíce, apikálně šíře 55 mm, laterobazálně 14 mm. Plíce jsou bez ložisek, bránice hladká, srdce nezvětšeno. Vpravo je stín dvoudutinového kardiostimulátoru.

Závěr: Plášťový pneumothorax vpravo.

Pacientka je bez subjektivních obtíží, pouze pociťuje mírnou tupou bolest v oblasti pravé lopatky, bez návaznosti na dýchací pohyby. Bez dyspnoe. Krevní plyny v normě, SpO<sub>2</sub> v normě 91%. Pacientce podáváme kyslík 5 l/min. ARO konsilium: pacientka s v.s. iatrogenním pneumothoraxem po zavedení kardiostimulátoru. Pneumothorax vpravo plášťově apikálně do 55 mm, basálně 10 mm, plíce jinak bez ložisek. Auskultační nálezy bez zhoršení, klinicky bez subjektivních obtíží. V laboratoři krevní plyny v normě, SpO<sub>2</sub> 91%. T.č. není indikace k hrudnímu sání.

EKG: během dopoledne akce srdeční nepravidelná, pro recidivu fibrilace síní nasazena antiarytmická terapie Betaloc SR 200 mg 1-0-0 p.o. Při této medikaci k další recidivě fibrilace síní již nedochází.

### **Medikace:**

#### **\*Betaloc SR 200 mg p.o.**

IS: Antihypertenzivum, sympatolytikum

I: Betaloc SR je určen:

k léčbě vysokého krevního tlaku (hypertenze),  
k léčbě poruch srdečního rytmu

KI: Přípravek se nesmí užívat, při přecitlivělosti na metoprolol.

Přípravek se dále nesmí užívat při těžké srdeční  
nedostatečnosti, při závažných poruchách vedení srdečního  
vzruchu, při výrazně nízké tepové frekvenci.

NÚ: Únava, závratě, bolest hlavy.

K prevenci tromboembolických komplikací je nasazen Clexane 0,4 ml s.c. á 12 hodin.

#### **\*Clexane 0,4 ml**

IS: Antitrombotikum, antikoagulant.

I: Profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní  
trombózy (HŽT) s plicní embolizací nebo bez ní, léčba  
nestabilní anginy pectoris a nonQ infarktu myokardu.

KI: Hypersenzitivita na enoxaparin sodný nebo jeho deriváty včetně  
ostatních nízkomolekulárních heparinů. Krvácivé stavy či zvýšené  
riziko krvácení v souvislosti s poruchami hemostázy. Aktivní  
peptický vřed nebo jiné organické poškození s rizikem krvácení.

NÚ: Krvácení, trombocytopenie, lokální reakce

**\*Tritace 2,5 mg p.o.**

IS: antihypertenzivum

I: Tritace se užívá k léčbě vysokého krevního tlaku (hypertenze), městnavé srdeční nedostatečnosti.

KI: Přecitlivělost na ramipril, jiný ACE inhibitor nebo některou z pomocných látek Tritace. Porucha cév zásobujících krví ledviny. Nízký krevní tlak nebo labilní krevní oběh. Gravidita, kojení.

NÚ: Důsledek přílišného či náhlého poklesu krevního tlaku (točení hlavy, slabost až závratě, poruchy koncentrace, poruchy rovnováhy).

**\*Sotalex mitte p.o.**

IS: Neselektivní beta-sympatolytikum, antiarytmikum.

I: Sotalex se používá k předcházení i léčení některých poruch rytmu, projevujících se zrychlenou nebo nepravidelnou srdeční činností.

KI: Sotalex se nesmí užívat při těžkém srdečním selhání, při šoku, při těžkých poruchách převodu vzruchu v srdci (při tzv. síňokomorovém bloku 2. a 3. stupně a při tzv. syndromu sinusového uzlu), při zpomalené činnosti srdeční pod 50 tepů za minutu, při nízkém krevním tlaku.

NÚ: Závratě, únava, bolesti hlavy, mravenčení, pocit chladu v končetinách.

**\*Anopyrin 100 mg p.o.**

IS: Antitrombotikum ze skupiny inhibitorů agregace trombocytů.

I: Nestabilní angina pectoris, akutní srdečním infarkt, po operacích nebo jiných výkonech na tepnách.

KI: Přecitlivělost na kyselinu acetylsalicylovou, žaludeční nebo dvanáctníkových vřed.

NÚ: Žaludeční a střevní obtíže, nevolnost, zvracení a průjemy.

**NÁSLEDUJÍCÍ PRŮBĚH HOSPITALIZACE:**

V následujících dnech byla medikace stejná, pacientka stabilizovaná.

RTG kontroly:

**3. den hospitalizace** (2. pooperační den): Ve srovnání s předchozím snímkem nález zcela beze změn.

**4. den hospitalizace** (3. pooperační den): Cefazolin 1gr ex.

**8. den hospitalizace** (7. pooperační den): Apikálně je vzdálenost od hrudní stěny 35 mm, plíce se mírně rozvíjí.

**10. den hospitalizace** (9. pooperační den): Regrese apikálního pneumothoraxu vpravo, vzdálenost plicního parenchymu od hrudní stěny apikálně 30 mm. Clexane ex.

**11. den hospitalizace** byla pacientka ve stabilizovaném celkovém stavu propuštěna domů, subjektivně bez potíží, tlakově a oběhově kompenzovaná.

Medikace při propuštění:

Tritace 2,5 mg 1-0-0, Betaloc SR 200 mg 1-0-0, Sotalex mitte 1-0-1, Anopyrin 100 mg 0-1-0. Pacientka byla poučena o nutném zákazu kouření, pravidelných kontrolách u praktického lékaře, případně obvodního internisty či kardiologa. Kontrola v kardiostimulační poradně naší nemocnice + kontrolní RTG snímek za 14 dní po propuštění.

# OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

---

## 3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematický a aktivní přístup k ošetřování nemocných. Je to celkové hodnocení potřeb nemocného, vycházející z jeho individuálních problémů. Pohybuje se v tělesné, psychické, sociální a duchovní rovině. „Lze ho charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným, tedy její jednání i vlastní ošetřovatelskou péči.“ (17)

**Skládá se z pěti částí, které na sebe navazují, vzájemně se doplňují a ovlivňují.**

- a) zhodnocení nemocného – zjišťování informací
- b) stanovení ošetřovatelské diagnózy
- c) plánování ošetřovatelské péče-intervence
- d) provedení navržených opatření-realizace
- e) zhodnocení efektu poskytnuté péče-hodnocení

## 3.2. MODEL ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PODLE VIRGINE AVENELL HENDERSON

V. A. Henderson se na základní ošetřovatelskou péči dívá jako na službu, kterou odvozujeme z analýzy lidských potřeb, které jsou ovlivněny kulturou a osobností jedince. Každý jedinec uspokojuje své potřeby různě, pokud je v tomto soběstačný a nezávislý, pak vede plnohodnotný život. Dostane-li se do situace, že nemá dost sil, vůle, vědomostí, dojde k porušení nezávislosti a k projevům neuspokojených potřeb, spojovaných s poruchami zdraví a přítomností choroby. V tomto okamžiku se obvykle dostane do kontaktu se zdravotníky. Sestra hodnotí nesoběstačnost v oblasti 14-ti potřeb, naplánuje vhodné zásahy, realizuje je a hodnotí. Svůj plán péče přizpůsobuje dle stavu a vývoje potřeb pacienta.

Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejdříve pomůže získat nezávislost. (4, s.3)

### 3.3. SLOŽKY ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

#### 1. Pomoc pacientovi s dýcháním

Paní K. Š. při přijetí dýchala normálně, bez klidové dušnosti, bez cyanózy. Subjektivně necítí žádné obtíže s dechem. Vzhledem k implantaci kardiostimulátoru, ke které byla přijata jsem paní seznámila s nutností podávání O<sub>2</sub> kyslíkovou maskou během implantace kardiostimulátoru na sálku. Dále s možnou komplikací zavedení kardiostimulátoru a to s pneumothoraxem. Vysvětlila jsem, že v tomto případě by paní dostala kyslíkovou masku, eventuelně kyslíkové brýle s O<sub>2</sub> na podporu a pomoc při dýchání a okysličení krve. Paní jsem požádala, aby si před výkonem odličila obličej a nepoužívala mastný krém. Paní K. Š. chápe nutnost podání O<sub>2</sub> na nezbytně dlouhou dobu, ale kyslíková maska jí není příjemná, předávám tedy kardiostimulační sestře informaci o tom, dovolí-li to situace, aby použila kyslíkové brýle.

Paní je zvyklá na časté větrání, má ráda čerstvý vzduch, vyhovuje jí lůžko u okna. Po dohodě se spolupacienty tedy větráme pokoj.

Během druhého dne po zavedení kardiostimulátoru je pacientka bez subjektivních potíží, na dotaz udává mírné tupé bolesti v oblasti pravé lopatky, bez návaznosti na dýchací pohyby. Sledujeme mírný pokles SpO<sub>2</sub> na 91%, na kontrolním RTG popisují plášťový pneumothorax vpravo - pacientce podáváme O<sub>2</sub> kyslíkovými brýlemi 5 l/min, upravíme polohu do polosedě se správným držením těla, umožňujícím roztažení hrudníku. Pacientka vnímá změnu stavu jako nepříjemnou, ale ne nějak zatěžující. Dýchá se jí dobře i bez kyslíkových brýlí, často větráme, pacientka je i přes tuto komplikaci optimisticky naladěna.

#### 2. Pomoc pacientovi při jídle a pití

Paní K. Š. přišla plně soběstačná, schopná uspokojit všechny své potřeby. Po kardiostimulaci a s tím spojeným klidem na lůžku po 12 hodin, obzvláště klidem pravé horní končetiny se tento stav mění. Pacientka je nucena jíst a pít hlavně levou rukou, na což není zvyklá. Pomáhám jí upravit polohu do polosedě, k levé ruce připravím noční stolek a na výsuvnou plochu připravím sklenku s čajem. Pacientka na ni dosáhne a může se pohodlně napít. Po dopití dolévám z konvice, která je na pacientku těžká další sklenku. Uschovaný oběd pacientce před ní nakrájím dle jejích pokynů a poté lžící jí sama.

Pacientka jí ráda obyčejná jídla, hodně ovoce a jogurtů, které si i s sebou do nemocnice přinesla. Jogurty označím a uložím do lednice a omyji ovoce, které položím na talíř na noční stolek, na dosah ruky.

Protože je pacientka zvyklá pít před spaním teplou meltu, kterou si též donesla, připravím ji.

### **3. Pomoc pacientovi při vyměšování**

V době po výkonu (12 hodin klid na lůžku) byla pacientka odkázána na pomoc při vyměšování na ošetřovatelský personál, což bylo pro pacientku nepříjemné, jelikož jde o intimní záležitost. Rozhovorem a úpravou prostředí, jsem se pokusila alespoň minimalizovat nepříjemné pocity. Po podání mísy jsem nechala pacientce soukromí a poté jí umožnila hygienu rukou, což zvýšilo její komfort. Doma má občas pacientka problémy s únikem moče, proto nosí hygienické vložky a bála se přijetí této skutečnosti ošetřujícím personálem. Její obavy byly zbytečné a pacientka se uvolnila. Důležité také bylo, že omezení soběstačnosti v tomto směru je pouze krátkodobé a ráno druhého dne po výkonu, může být odvezena již na WC.

### **4. Pomoc pacientovi při udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení a polohy těla při ležení; pomoc při změnách jedné polohy v druhou**

Pacientka leží na takovém typu lůžka, které umožňuje i na dobu klidu na lůžku pohodlí a komfort. U lůžka je ovladač poloh, s kterým jsem pacientku naučila pracovat, a který má při ruce, takže si může sama upravit polohu dle vlastních potřeb.

Pacientka si pochvaluje svoji nezávislost při změně polohy lůžka, to že nemusí „stále obtěžovat.“

Při posazování po výkonu pacientce pomáhám, protože se nemůže opřít o pravou ruku, nahrazuji ji.

### **5. Pomoc pacientovi při odpočinku a spánku**

Při rozhovoru jsem zjistila, že paní je zvyklá si před spaním číst. Rozsvítím tedy lampičku umožňující číst si i při rozsvíceném pouze nočním osvětlení pokoje. Večer vyvětráme a snažíme se odstranit, nebo alespoň minimalizovat rušivé zvuky.

Pacientka odmítá užití jakékoliv medikace a pravidelně usíná kolem půlnoci. Ráno se necítí vždy odpočatá (dle chodu oddělení: noční příjmy, plnění medikací.), byla však připravena na to, že v nemocnici se moc nevyspí. Nedá se tedy mluvit o neuspokojené potřebě spánku, naopak je pacientka příjemně překvapena z nocí, které jsou klidné a ze snahy personálu o ohleduplnost a minimalizaci hluku.

### **6. Pomoc pacientovi s výběrem oděvu, oblékáním a svlékáním**

Pacientka si donesla svoje vlastní pyžamo i župan, v kterém se cítí komfortně. K výkonu ovšem pacientka musela mít na sálku „anděla“ ústavní košili s rozepínáním na zádech. Pacientka se v ní necítěla dobře, proto jsme ji oblékli až přímo na sálku a po převozu na pokoj JIP, jsem pacientku opatrně převlékla zpět do jejího pyžama. Pacientka se podle vlastních „hned cítí víc zdráva a sama sebou.“

## **7. Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty v rámci normálních mezí**

Pacientce není chladno, ani horko, teplota ve větrané místnosti, oděv a deka jí plně vyhovují. Pacientka má hodnoty tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí.

## **8. Pomoc pacientovi při udržování čistoty, upravenosti těla a při ochraně pokožky**

Pacientka je i v lůžku upravená dle svých zvyklostí, kvůli podávání O<sub>2</sub> je však omezen make-up obličeje, což je pacientce nepříjemné, avšak respektuje toto bezpečnostní opatření. Večer po výkonu jsem pacientce pomohla s hygienickou péčí a nachystala jí všechny pomůcky k tomu potřebné na stoleček k lůžku. Následující ráno, již pacientka sedí, nohy dolů z lůžka a hygienickou péčí zvládá sama, podávám pomůcky. Pacientce vyhovuje soukromí, takže komunikace při této příležitosti není příliš možná.

## **9. Pomoc pacientovi při vyvarování se nebezpečí v okolí a při ochraně ostatních před každým potenciálním nebezpečím pocházejícím od pacienta**

Při ošetřování pacientky dodržuje veškerý personál zásad asepse, před každým kontaktem si myjí ruce. Návštěvy pacientky používají ochranný oděv, myjí si ruce též. To vše slouží jako prevence přenosu nozokomiálních nákaz. Pacientku též chráníme před fyzickým zraněním-prevence nebezpečí pádu. Jsou používány postranice lůžka, pacientka je edukovaná, používá signalizaci na sestry.

## **10. Pomoc při komunikaci s ostatními, při sdělování potřeb a pocitů**

Pacientka nemá problém komunikovat se spolupacienty, ani personálem. Pouze v komunikaci s lékařem působím jako prostředník, protože lékař není často přítomen na oddělení ve chvíli, kdy pacientku napadne nějaký dotaz. V tomto případě se pokouším sama tento problém vyřešit, nenáleží-li to do kompetence sestry, zprostředkuji odpověď lékaře.

## **11. Pomoc pacientovi při vyznávání náboženské víry, nebo přijímání jeho pojetí dobra a zla**

Pacientka není aktivně věřící křesťanka a proto se bála, že prostředí církevní nemocnice jí bude nepříjemné svým apelem na víru. Je příjemně překvapena diskrétními projevy víry a to v ní naopak vzbuzuje zvědavost a osměluje se komunikovat o otázkách víry s mým kolegou řádovým bratrem. V těchto chvílích ponechávám rozhovoru soukromý ráz.

## **12. Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti**

Pacientka se obávala, že po implantaci kardiostimulátoru nebude moci vykonávat oblíbené činnosti-zahradničit, rybařit, plavat, cestovat letadlem. Pacientku jsem před výkonem spolu s kardiostimulační sestrou edukovala mimo jiné i o omezeních, které kardiostimulátor znamená. Z nich se zásadně pacientky žádné netýkalo a ta se konečně zbavila svých obav z budoucnosti. Nejasnosti ještě pacientka konzultovala s lékařem. Celkově je uklidněna a bez původních obav.

## **13. Pomoc pacientovi s poskytováním odpočinkových činností**

Jelikož se jedná o krátkodobou hospitalizaci a soběstačnou pacientku, tak rozptylování cíleně zařazené do programu dne sestrou není aktuální. Pacientka si hodně čte, odpoledne hovoří se synem, večer může chodit na vedlejší pokoj k pacientům na televizní noviny.

## **14. Pomoc pacientovi při učení**

Pacientku jsem edukovala ohledně života s kardiostimulátorem, způsobu kontrol, medikace při propouštění.

Pacientku jsem se také snažila přesvědčit o změnách v životosprávě, a to konkrétně o důvodech, proč přestat kouřit. Pacientka kouří již asi od svých 20 let a kromě fyzické potřeby cítí také psychickou míru svobody v udržování si této neřesti. Pokoušela se již v minulosti kouření omezit, ale vždy to bylo pouze krátkodobé. Nyní, jak sama tvrdí, se pokusí snížit množství cigaret po „půstu“ v nemocnici také, ale sama tomu moc nevěří.



### 3.4. AKUTNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

#### OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: AKUTNÍ BOLEST

z důvodu operační rány po implantaci kardiostimulátoru.

##### CÍL:

Pacient nemá po implantaci kardiostimulátoru po dobu 3 hodin bolest intenzivnější, než stupeň 2 dle hodnotící škály bolesti.

##### INTERVENCE:

Zhodnoťte stav operační rány a hematomu v okolí, proveďte záznam do ošetřovatelské dokumentace.

Naučte pacientku hodnotit bolest na desetistupňové škále.

Určete druh, charakter a stupeň bolesti, určete faktory vyvolávající bolest: pohyb končetiny nad úroveň ramene.

Pomozte pacientce najít úlevovou polohu.

Vysvětlíte možnost podání analgetika, jeho doporučené dávkování, nežádoucí účinky.

Hodnoťte s pacientkou efekt léčby bolesti.

Vysvětlíte příčiny bolesti. Včas upozorněte na možné objevení se bolesti.

Snažte se nezpůsobovat bolest ošetřovatelskou péčí, např. při převazech.

Sledujte projevy nemocného-svalové napětí, grimasování, změny vitálních funkcí.

##### REALIZACE:

Po převozu pacientky z kardiostimulačního sálku na pokoj JIP jsem zkontrolovala krytí operační rány v pravé podkličkové oblasti. Krytí neprosakuje, v okolí nespátřuji hematoma. Skutečnosti zaznamenávám do ošetřovatelské dokumentace.

Pacientku jsem seznámila se způsobem hodnocení bolesti na desetistupňové škále. Pacientka se naučila hodnotit bolest a hodnocení prováděla kdykoliv se bolest objevila nebo se výrazněji měnil její charakter.

Po převozu z výkonu na pokoj JIP pacientka hodnotí bolest stupněm 2 na škále bolesti. Bolest charakterizuje jako tupou, při pohybu pravé horní končetiny, bodavou v místě operační rány.

Pacientka hodnotí účinek analgetik na svou bolest jako dobrý. Nyní analgetikum odmítá, ale doma si občas, při bolestech hlavy bere Ibuprofen 200mg a pochvaluje si jeho účinek jako rychlý a spolehlivý. Tvrdí, že „na ni působí všechno dobře.“

Pacientka pocítovala nejpohodlněji polohu mírně zvýšenou na zádech, pravou horní končetinu položenou na břicho.

Pacientka byla informována o možnosti podání analgetika ( Tramal 1 cps p.o.) v případě změny intenzity bolesti. Pacientka zatím tuto možnost odmítá: „nechce žádné prášky navíc, něco vydrží.“

Pacientce jsem vysvětlila příčinu bolesti v operační ráně. Byla již informována při výkonu lékařem a kardiostimulační sestrou.

Pacientku jsem informovala o tom, že bolest se může zvýšit při pohybu pravé paže, obzvláště pak při pohybu nahoru v ramenním kloubu. Dále se může bolest zvýšit po odeznění účinku místního analgetika (Mesocain 1%) aplikovaného při kardiostimulaci. Bolest se také zvyšuje při převazu operační rány.

S pacientkou jsem manipulovala při kontrole krytí rány i při hledání nejpříjemnější polohy šetrně, pacientce jsem nezpůsobila bolest.

Podle verbálních i nonververbálních projevů pacientka netrpí bolestí. Fyziologické funkce: tepová frekvence, krevní tlak, saturace O<sub>2</sub>, dech jsou stabilizované.

#### HODNOCENÍ:

Pacientka za mojí služby, tedy v prvních 5 hodinách po výkonu hodnotí bolest stupněm 2 na škále bolesti. Pacientka odmítá podání analgetika, bolest mírníme úlevovou polohou pravé horní končetiny.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO INFEKCE

z důvodu porušení kožní integrity při operačním výkonu a zavedení i.v. kanyly.

**CÍL:** U pacientky nedojde k vzestupu tělesné teploty nad 37,0 °C.

### INTERVENCE:

Při zavádění i manipulaci s kanylou dbejte o aseptický přístup.

Zvolte vhodnou sílu kanyly, podle stavu žil a množství tekutiny, která má být aplikována.

Používejte jen převazový materiál určený pro kanyly, a to krytí Veca C se stříbrem, které umožňuje 5 – ti denní zavedení kanyly. Používejte biokonektor od firmy Vygon, který zabraňuje mikroembolizaci vehicul z infúzního okruhu.

Před každou aplikací bolusových léků či infúzí proveďte dezinfekci biokonektoru do zaschnutí.

Infúzní okruh měňte jedenkrát za 24 hodin.

Při manipulaci s kanylou používejte rukavice.

Před i po manipulaci s kanylou si důsledně umyjte ruce a proveďte desinfekci Steriliem vtíráním, do zaschnutí.

Kontrolujte místo vpichu při každém intravenózním podání léku, nejdéle pak jedenkrát za 12 hodin.

Kontrolujte stav krytí, v případě odlepení či znečistění převažte.

Proveďte výměnu kanyly vždy po 5 – ti dnech, ev. dle potřeby.

Při známce zánětu okamžitě odstraňte kanylu, proveďte zápis do dokumentace a informujte lékaře.

Proveďte zápis o zavedení, použitém převazovém materiálu, síle kanyly a místě zavedení do realizace ošetrovatelského plánu a do záznamu o zavedení invazivního vstupu.

Poučte pacientku o známkách zánětu (bolestivost, otok, zarudnutí, pálení v místě vpichu) a o minimální péči o kanylu (neodlepovat, nenamáčet, nemanipulovat s infúzními kohouty).

Doporučte pacientce hlásit bolest spojenou s aplikací léků, infúzí do i.v. kanyly.

Pravidelně kontrolujte operační ránu-sledujte proces hojení, hodnot'te stav rány, sledujte známky infekce, proveďte záznam do dokumentace.

Při převazech rány postupujte dle zásad asepse, používejte pouze sterilní materiál.

Dvakrát denně měřte pacientce tělesnou teplotu, zaznamenejte do dokumentace.

Chraňte pacientku před možnou nozokomiální infekcí.

Dodržujte bariérovou ošetrovací techniku.

Zajistěte adekvátní hygienickou péči.

Zajistěte podávání medikace antibiotik.

#### REALIZACE:

Pacientce K.Š. jsem při příjmu na lůžko JIP vysvětlila nutnost zavedení i.v. kanyly k zajištění žilního přístupu, aplikaci antibiotik a infuzních roztoků. Společně jsme vybraly místo na pravém předloktí, kde bude kanyla pacientce nejméně překážet. Asepticky jsem zavedla intravenózní kanylu do pravého předloktí. S ohledem na stav žil jsem zavedla růžovou kanylu 20G 1 1/4" (61ml/min.) od firmy B/Braun Vasocan Braunüle. Byla fixována speciálním krycím převazovým materiálem BD Veca – C, určeným pouze pro kanyly.

Před zavedením a před každou následující manipulací s kanylou jsem si umyla ruce a odezifikovala je Steriliem. Pacientka byla poučena o známkách zánětu (bolest, zarudnutí, otok, pálení) a o péči o kanylu (neodlepovat, nenamáčet). Kontrolu místa vpichu jsem prováděna vždy při podání léků do žíly, a to vizuální kontrolou krytí a okolí kanyly a verbálním dotazem k pacientce zaměřeným na pocity při aplikaci. Do realizace ošetrovatelského plánu a do záznamu o zavedení invazivního vstupu jsem zaznamenala zavedení kanyly, místo zavedení, použitou sílu kanyly a převazový materiál.

Po návratu pacientky na JIP z kardiostimulačního sálku, jsem zkontrolovala stav krytí operační rány. Krytí neprosakuje, ránu tedy nepřevazuji. V okolí krytí nevidím zarudnutí, tedy nepozoruji známky infekce. O stavu rány, respektive krytí rány, provádím záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Pacientce jsem přeměřila tělesnou teplotu, ta byla 36,8 °C. Hodnotu jsem zaznamenala do teplotní tabulky a denního dekurzu pacientky.

Před manipulací s pacientkou si veškerý personál dezinfikuje ruce Steriliem. Syn, který přišel pacientku navštívit dostal návleky, plášť, umyl si ruce a taktéž si je vydezinfikoval Steriliem.

Jako prevenci infekce po zavedení kardiostimulátoru lékař naordinoval i.v. podání ATB: Cefazolin 1 gr á 12 hodin. Tuto medikaci dodržuji, podávám 1. dávku ATB před výkonem.

#### HODNOCENÍ:

Během mojí služby nedošlo k projevům infekce pooperační rány, ani i.v. kanyly. Pacientka nemá tělesnou teplotu vyšší než 37,0 °C.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: PORUCHA SRDEČNÍHO RYTMU** spojená se zaváděním kardiostimulátoru

**CÍL:** zavčas odhalíme poruchy srdečního rytmu

### **INTERVENCE:**

Sledujte srdeční rytmus pacientky: frekvenci, pravidelnost, možné extrasystoly, účinnost kardiostimulátoru na EKG, tvar EKG křivky.

Pravidelně měřte krevní tlak.

Sledujte dechovou frekvenci, saturaci O<sub>2</sub>. Při poklesu SpO<sub>2</sub> podejte kyslík maskou, informujte lékaře.

Kontrolujte stav vědomí pacientky.

Dbejte na dodržení klidového režimu pacientky po výkonu. Při jeho nedodržení hrozí riziko dislokace elektrody kardiostimulátoru a tím způsobení jeho omezené funkce.

### **REALIZACE:**

Pacientku jsem si vyzvedla na kardiostimulačním sálku, kde mi stav pacientky a průběh výkonu předala kardiostimulační sestra. Na sálku jsem zkontrolovala na monitoru křivku EKG, srdeční akce byla pravidelná, stimulovaná, frekvence 78/min. Během převozu na JIP jsem s pacientkou komunikovala a sledovala možnou změnu vědomí. Po příjezdu na JIP jsem pacientku napojila na monitor, na kterém kontinuálně sledujeme EKG, krevní tlak, jenž se po výkonu kontroluje standartně po 30 minutách, dech, SpO<sub>2</sub>. Pacientka má srdeční akci pravidelnou, stimulovanou, ojediněle se objeví extrasystola, frekvence 75/min. Krevní tlak po výkonu vyšší 190/90 Torr, přeměřuji tedy tlak po 10 minutách, ten během následujících 30 minut klesá a stabilizuje se na hodnotě kolem 160/70 Torr. Dechová frekvence 20/min, SpO<sub>2</sub> 96 %. Pacientka si nestěžuje na obtíže při dýchání, nepocítuje palpitace, ani jiné nepříjemné pocity spojené se srdeční akcí.

Pacientka je orientovaná. Při každé manipulaci s pacientkou komunikuji a vysvětluji své činnosti.

Pacientka byla s klidovým režimem seznámena již před výkonem. Nyní jej dodržuje, je „ráda, že už to má za sebou a může si v klidu poležet.“ Pacientka je seznámena s tím, že nemůže zvedat pravou horní končetinu. Při jakýchkoliv subjektivních obtížích pacientka umí použít signalizaci a uvědomit sestru.

Nepřetržitě monitorujeme fyziologické funkce pacientky, obzvláště pak EKG křivku.

### **HODNOCENÍ:**

Po dobu mé služby jsem nezaznamenala při monitorování fyziologických funkcí pacientky žádné změny ukazující na poruchu srdečního rytmu.

**OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA:**  
**PORUCHA SOBĚSTAČNOSTI** z důvodu operačního výkonu

**CÍL:**

Pacientka se naučí spolupracovat a přijímá pomoc po nezbytně nutnou dobu 12 hodin.

**INTERVENCE:**

Vysvětlíte pacientce nutnost klidu na lůžku po nezbytně dlouhou dobu po implantaci kardiostimulátoru.

Zajistíte pomocná zařízení lůžka pacientce nadosah: hrazdička, stolek, ovladač polohy lůžka, signalizace. Vybídněte pacientku k jejich vyzkoušení, popř. upravte jejich polohu.

Rozhovorem zjišťujte, co pacientce nejvíce vadí. Dbejte na její pohodlí.

Při hygienické péči sledujte fyziologické funkce pacientky: EKG, dušnost.

Zkontrolujte a připravte osobní pomůcky k hygieně.

**REALIZACE:**

Pacientku jsem seznámila s nutností klidového režimu v prvních 12 hodinách po implantaci kardiostimulátoru ještě před výkonem. Pacientka pochopila, že klid je nutný pro správnou funkci kardiostimulátoru, jako prevence dislokace elektrody. Pacientka klid na lůžku plně respektuje.

Současně pacientka akceptuje použití postranic na lůžku. Pacientka ovládá signalizaci na sestry, má ji v dosahu levé ruky.

Pacientka umí ovládat polohu lůžka ovladačem, též v dosahu levé ruky.

Přesto po edukaci měla pacientka zpočátku obavy říci si o pití, nakrájení jídla: „nechtěla obtěžovat.“ Znovu jsem pacientku ujistila, že nejde o obtěžování. Lůžko jsem pomohla pacientce upravit pomocí ovladače do polohy v polosedě, k levé ruce jsem nachystala stoleček a na výsuvné rameno položila pacientce na dosah sklenici s vodou, i ohřáté a nakrájené jídlo. Za těchto podmínek se již pacientka najedla a napila sama levou rukou.

Obtížná byla pro pacientku pomoc při vyprazdňování, ale rozhovorem a zajištěním intimního prostředí byl tento problém vyřešen. Pacientce jsem pečlivě upravila zástěny kolem lůžka, po vložení mísy jsem odešla a po signalizaci jsem se vrátila vynést mísu. Pacientce jsem potom donesla umyvadlo s teplou vodou a mýdlem, aby si mohla umýt ruce, což zvýšilo její pocit komfortu.

Vzhledem k operativnímu výkonu, nebyla večer prováděná celková hygienická péče. Pacientce jsem pouze pomohla v umyvadle u lůžka umýt si obličej, ruce, vyčistit zuby. Lůžko jsme upravily s pacientkou do polosedě, na výsuvné rameno stolku jsem položila umyvadlo, mýdlo, ručník žínku, kelímeček na čištění zubů, kartáček na zuby a pastu měla pacientka svoje. V této poloze pacientka dosáhla na všechny pomůcky a s hygienou pomoci nepotřebovala. Během hygienické péče jsem sledovala EKG a fyziologické funkce, které byly stabilní. Ráno se, nedojde-li ke komplikacím, bude moci pacientka posadit sama a vykonávat hygienickou péči za asistence sestry pohodlněji.

#### HODNOCENÍ:

Pacientka během mé přítomnosti ve službě, tedy během prvních 5 hodin po výkonu, pomoc respektovala, stejně jako klid na lůžku.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO PÁDU**

jako následek medikace při operačním výkonu

**CÍL:** Pacientka nebude ohrožena pádem, bude bezpečně odpočívat na lůžku v prvních 12 hodinách po výkonu, nedojde ke zranění v důsledku pádu.

### **INTERVENCE:**

Zhodnoťte riziko pádu v hodnotící škále, příloha v ošetřovatelské dokumentaci.

Poučte pacientku o riziku pádu.

Vysvětlete pacientce, jaké účinky na vědomí, únavu mohou mít léky použité při operačním výkonu.

Zajistěte potřebné pomůcky (postranice), včetně signalizace k lůžku pacientky. Seznamte pacientku s užitím signalizace na sestru, doporučte, aby zvonila při jakémkoliv problému, potřebě.

Seznamte pacientku s použitím postranic u lůžka. Vysvětlete důvod jejich použití, že jde o bezpečnost pacientky a zabránění pádu.

Sledujte fyziologické funkce na monitoru.

Na pokoji nechte i přes noc svítit noční světlo, kvůli lepší orientaci pacientky. Při každé příležitosti chodte k pacientce, kontrolujte její stav a plňte eventuální potřeby.

### **REALIZACE:**

Po převozu z kardiostimulačního sálku byla pacientka zcela orientovaná, při vědomí. Během výkonu nebyla pacientce podána žádná medikace ovlivňující stav vědomí. V ošetřovatelské dokumentaci jsem vyhodnotila riziko pádu číslem 2 (pomoc k pohybu 1, medikace –antihypertenziva 1).

Seznámila jsem pacientku s možností a nebezpečím pádu a použila jsem postranice u lůžka, s čímž pacientka souhlasí. Znovu jsme s pacientkou vyzkoušely dostupnost a funkci signalizace.

Jelikož nebyly podány žádné opiáty, ani anxiolytika během operačního výkonu, neseznamuji pacientku s jejich účinkem.

Pacientka je monitorovaná, nepřetržitě sleduji fyziologické funkce. Komunikuji při každé příležitosti s pacientkou a plním její potřeby.

Při odchodu ze služby svítí na pokoji noční světlo a pacientka si čte u lampičky.

### **HODNOCENÍ:**

Během mé služby nedošlo k pádu pacientky, pacientka respektuje klid na lůžku, je orientovaná, využívá signalizace na sestru, cítí se komfortně.



### 3.5. POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

**OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: PORUCHA SPÁNKU** z důvodu hospitalizace spojené s bolestí, strachem, nezvyklým prostředím apod.

#### CÍL:

Pacientka bude mít klidný nepřerušovaný spánek trvající minimálně 5 hodin.  
Pacientka se bude ráno cítit odpočatá.

#### INTERVENCE:

Zabezpečte vhodné podmínky pro klidný spánek (ztlumte světlo, minimalizujte hluk).

Zajistěte optimální teplotu pokoje 18 – 20°C.

Snažte se co nejvíce přizpůsobit zažitým domácím rituálům získaných z anamnestického rozhovoru.

Eliminujte rušivé podněty ze strany provozu oddělení (pokud bude možno).

Zajistěte pohodlnou polohu lůžka.

Podejte hypnotika dle ordinace lékaře a zvyklosti pacienta.

Proveďte záznam o podání hypnotik do realizace ošetrovatelské péče.

#### REALIZACE:

Ve večerních hodinách zhasínáme světla na pokojích pacientů a rozsvěcujeme světla noční, která svítí kvůli provozu JIP a orientaci pacientů na pokoji celou noc.

Na pokojích pacientů tlumíme na noc osvětlení monitorů a zvukovou signalizaci monitorů.

Před spaním větráme pokoje. Pokud je pacientovi zima, nabízíme deku navíc. S pacientkou jsme hovořila o jejích zvycích a spánkovém režimu. Pacientka je zvyklá si zhruba do 23 hodin číst, nebo se dívat na televizi. Pacientka si tedy večer četla při lampičce knihu, poté usnula.

Pacientku jsem předem upozornila na léčebný režim spojený s noční službou (měření tlaku, aplikace časovaných léků).

Pacientka si pomocí ovladače polohuje lůžko sama do pohodlné polohy.

Pacientka doma neužívá hypnotika, zde je také odmítá užívat “aby si na ně nezvykla,” také má obavy “co by to s ní udělalo.”

Vzhledem k provozu oddělení (akutní příjem) nebylo možno dosáhnout klidného spánku. Celková doba nerušeného spánku byla 4 1/2 hodiny. Pacientka se ráno necítí plně odpočatá. Pacientka i přesto kladně oceňuje snahu zdravotnického personálu o zachování spánkového režimu.

#### HODNOCENÍ:

Pacientka si dlouho čte, potom usíná bez medikace. Bohužel se vzhledem k akutnímu příjmu na JIP nepodařilo dodržet noční klid. I přes to pacientka spala 4 1/2 hodiny, ale necítí se plně odpočatá. Chápe situaci a cení si citlivého přístupu personálu.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: STRACH Z BUDOCTNOSTI

z důvodu nedostatku informací o kardiostimulátoru

### CÍL:

Pacientka je edukována o životě s kardiostimulátorem, jsou jí zodpovězeny všechny dotazy, nemá nejasnosti ani obavy.

### INTERVENCE:

Edukujte pacientku o léčebném režimu, o průběhu hospitalizace, o kardiostimulátoru a životě s ním. Zodpovězte všechny dotazy.

Buďte pacientce často nablízku.

Umožněte kontakt s rodinou.

Dodávejte pocit důvěry ve zdravotnický personál.

Zajistěte klidné a tiché prostředí pro pacientku a rodinu.

Sledujte verbální a neverbální projevy strachu.

Mluvte na pacientku jasně a zřetelně, buďte trpěliví.

Využijte podpory poučených pacientů, po tomtéž výkonu.

### REALIZACE:

Po přijetí pacientky na JIP jsem spolu s kardiostimulační sestrou seznámila pacientku s funkcí kardiostimulátoru, důvodem zavedení, způsobem zavedení, průběhu hospitalizace, následných kontrol v kardiostimulační poradně. Hovořily jsme o možných komplikacích výkonu.

Pacientka měla dotazy ohledně omezení v budoucnosti a uklidnilo ji, že k žádnému omezení nedojde.

Pacientka měla obavu, že nebude moci používat mobilní telefon, a z toho byla bezradná. Vysvětlily jsme jí, že nebude vůbec omezena v používání mobilního telefonu, pouze jej nesmí nosit v náprsní kapse nad kardiostimulátorem. Bylo evidentní, že tato informace pacientku velmi potěšila.

Pacientce jsme dali informační brožurku s vyobrazením kardiostimulátoru a s odpověďmi na nejčastějšími dotazy. Dále jsem pacientce dala edukační materiál o životě s kardiostimulátorem. (viz. příloha)

Pacientce jsem byla neustále na blízku a ona se dále průběžně dotazovala, její dotazy jsem zodpovídala.

Pacientku do nemocnice doprovázel syn, který ji povzbuzoval a dodával odvahy.

Před výkonem znovu zašla za pacientkou kardiostimulační sestra, ptala se na dotazy. Pacientka se ptala na pana doktora, byla ujištěna, že jde o zkušeného odborníka s bohatou praxí. Lékař sám se před výkonem přišel pacientce představit a ujistit se, zda nemá nějaké nejasnosti. Pacientčinu důvěru v personál to evidentně posílilo, na výkon odjížděla klidná.

### HODNOCENÍ:

Pacientka je informována o výkonu i životě s kardiostimulátorem, nemá strach, obavy, ani nejasnosti.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO VZNIKU KOMPLIKACÍ souvisejících s operačním výkonem

### CÍL:

U pacientky nedojde v průběhu hospitalizace k příznakům ani rozvoji kardiologických, infekčních, trombembolických a jiných komplikací.

U pacientky nedojde k rozvoji pneumotoraxu v souvislosti s implantací kardiostimulátoru do 48 hodin po implantaci.

### INTERVENCE:

Sledujte nepřetržitě fyziologické hodnoty pacientky TK, EKG, frekvenci pulsu, dechu, hodnotu SpO<sub>2</sub>, zaznamenávejte je do dokumentace.

Sledujte projevy eventuálních komplikací: nepravidelnou srdeční akci, dušnost, sníženou hodnotu SpO<sub>2</sub>, zvýšenou tělesnou teplotu. V případě výskytu informujte lékaře.

Sledujte subjektivní potíže pacientky.

Zabezpečte podávání Anopyrinu.

Zvyšujte postupně zátěž nemocného, provádějte rehabilitaci dle zásad rehabilitačního ošetřování cvičení DK, dechovou rehabilitaci, časně pooperační vstávání.

Spolupracujte s fyzioterapeutem.

Poučte pacientku o vlivu životosprávy na únavu, zdravotní stav.

Vysvětlíte nutnost odpočinku, aby nedošlo k přetěžování.

Pečujte o pohodlí pacientky, zabezpečte větrání, sledujte kvalitu spánku.

Podporujte psychiku pacientky, motivujte ji ke spolupráci.

### REALIZACE:

Fyziologické funkce pacientky jsou nepřetržitě monitorovány a zaznamenávány do dokumentace.

Druhý den po výkonu sledujeme mírný pokles SpO<sub>2</sub> na 91 %, pacientka udává pocit mírné tupé bolesti v oblasti pravé lopatky, bez návaznosti na dýchací pohyby, jinak bez subjektivních obtíží. Informovali jsme lékaře, který indikuje kontrolní RTG plic, poslechový nález pacientky je v normě. Závěr RTG: plášťový pneumothorax vpravo, plíce jinak bez ložisek. Odebíráme krev na ABR na STATIM z kapilární krve prstu levé ruky, pacientce upravíme lůžko do zvýšené polohy v sedě, kyslíkovými brýlemi (pacientka netoleruje kyslíkovou masku) podáváme zvlhčený kyslík 5 l/min. S nálezem RTG a výsledkem ABR vyšetření kontaktujeme ARO lékaře na konzilium u pacientky. Ten konstatuje iatrogenní pneumothorax vpravo po zavedení kardiostimulátoru, krevní plyny v normě, SpO<sub>2</sub> v normě: t.č. není indikace k hrudnímu sání.

V dalších dnech byla pacientka dále bez subjektivních potíží, SpO<sub>2</sub> měla v normě i bez použití kyslíkových brýlí. RTG vyšetření bylo opakováno následující den: nález beze změn, po 5 dnech hospitalizace a konzervativní léčby se závěrem: plíce se mírně rozvíjí, po dalších 2 dnech: zmenšení pneumothoraxu.

Během druhého dne po kardiostimulaci došlo k recidivě fibrilace síní, na EKG záznamu jsme pozorovali nepravidelnou stimulovanou srdeční akci, vlastní srdeční akci a extrasystoly. Z tohoto důvodu byla pacientce nasazena antiarytmická terapie, při této léčbě k arytmiím již nedochází.

Podávání Anopyrinu 100 mg p.o., jako prevence trombembolických komplikací bylo zajištěno 1 denně, a to v poledne.

S pacientkou jsme prováděli dechovou rehabilitaci, od druhého dne mohla opustit lůžko na WC s doprovodem, třetí pooperační den, po stabilizaci EKG křivky byla pacientka plně soběstačná, chodící.

Od prvního pooperačního dne za pacientkou jednou denně chodil fyzioterapeut.

Pacientku jsem poučila o důležitosti správné výživy, zejména pak v jejím případě o důležitosti přestat kouřit.

Během dne větrám pokoj, zjišťuji, jestli má pacientka pohodlí.

Pacientka velmi ochotně spolupracuje, nabízí svoji pomoc i ostatním nemocným.

#### HODNOCENÍ:

Během druhého pooperačního dne došlo k rozvoji iatrogenního pneumothoraxu v souvislosti se zaváděním kardiostimulátoru. Tento plášťový pneumotorax, bez subjektivních obtíží, změny poslechového nálezu, nezměněným ABR, byl léčen pouze konzervativně. Po deset dní se za RTG kontroly pneumothorax vstřebává. Desátý den po diagnóze pneumotoraxu, byla pacientka ve stabilizovaném stavu s zmenšeným pneumothoraxem propuštěna domů.

Pacientka je seznámena s podstatou pneumothoraxu a s tím souvisejícím prodloužením hospitalizace, tímto prodloužením netrpí.

Druhý den po zavedení kardiostimulátoru došlo též k recidivě fibrilace síní, s nutností nasadit antiarytmickou terapii. Při této léčbě již k další fibrilaci síní nedochází.

U pacientky nedošlo k trombembolickým komplikacím v průběhu hospitalizace. Pacientka užívá i nadále Anopyrin v pravidelné medikaci.

Edukace o tom, jak je důležité nekouřit a jak kouřit přestat, neměla na životosprávu pacientky žádný vliv.

# PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

---

## 4.1. HODNOCENÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB PACIENTA PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Pro pacientku nemoc znamená více fyzickou zátěž (pocívala častěji únavu, slabost), nežli psychickou.

### POSTOJ K NEMOCI

Pacientka má tendenci své onemocnění spíš bagatelizovat (své obtíže přiznává, ale podceňuje je).

### REAKCE NA POBYT V NEMOCNICI

Pacientka byla připravena na kratší pobyt v nemocnici, avšak její stav se zkomplikoval a byla hospitalizovaná 10 dní. Jelikož byla od 3. dne hospitalizace plně soběstačná, pojala pobyt dle svých slov „jako dovolenou od úklidu a starostí o domácnost.“ Pacientka čte, odpočívá, seznámila se s pacientkou, kterou chodí navštěvovat na vedlejší pokoj.

### ZHODNOCENÍ KOMUNIKACE

Pacientka komunikuje otevřeně se sestrami, které zná a jež jí věnují dostatek času. Pojmenovává své obtíže přímo, je otevřená jiným názorům, komunikuje ráda.

### ZVLÁDÁNÍ KOMUNIKACE

Nonverbální projevy odpovídají obsahu komunikace mluvené. Pacientka zvládá komunikaci výborně, jak s ošetřujícím personálem, tak s rodinou, pacienty.

### ZVLÁDÁNÍ STRESU

Pacientka zvládá stres odváděním pozornosti jinou činností (četbou, procházkou, v soukromí mimo nemocnici kouřením).

### OBRANNÉ MECHANISMY

Potlačení - pacientka potlačuje negativní vzpomínky na nemocnice. Nepříjemná je pro ni souvislost s umíráním otce v nemocnici. Nemocniční prostředí ji také připomíná nemoc její sestry (léčí se s rakovinou plic). Svůj pobyt v nemocnici si racionalizuje (zdůvodňuje svými obtížemi, jednoznačným přínosem kardiostimulátoru).

### MOTIVACE K LÉČBĚ

Motivací k léčbě jsou pro pacientku především její blízcí. Chce být v pořádku, aby se mohla starat o svoji 94 letou matku. Současně chce být co nejužitečnější matkou svému synu, a babičkou vnukovi.

## ZÁVĚR

---

Pacientka je ve stabilizovaném stavu, plně soběstačná propuštěna domů. V průběhu hospitalizace se nám podařilo dosáhnout vytčených cílů. Pacientka je klidná, plně poučena a informovaná. Kardiostimulátor jí zajistí komfort a předejde nepříjemným slabostem, které ji obtěžovaly.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

---

1. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada, Praha 2001, ISBN: 80-247-0242-8
2. DYLEVSKÝ, I: Somatologie, Epava, Olomouc 2000, ISBN: 80-86297-05-5
3. HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika, Galén, Praha 1997, ISBN: 80-85824-54-X
4. HENDERSON, V. A.: Základní principy ošetrovatelské péče, ICN pro Mezinárodní radu sester, London, 1960
5. KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči, Praha, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1830-9
6. KLENER, P. et al.: Vnitřní lékařství, Praha, Galén a Karolinum, 1999, ISBN 80-7262-007-X (G), ISBN80-7184-853-0 (K)
7. KOLÁŘ, J. et al.: Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny, Akcenta, Praha 2003, ISBN: 80-86232-06-9
8. KŮBLER-ROSSOVÁ, E.: O smrti a umírání, Arica, Trutnov 1992, ISBN: 80-900134-6-5
9. MAREČKOVÁ, J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Praha, Grada 2006, ISBN 80-247-1399-3
10. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče, díl 1., Praha, Grada 2006
11. NIGHTIGALE, F.: Kniha o ošetrování nemocných, Praha, nakladatelství J.Otty, 1974
12. NEČAS, E.: Patofyziologie orgánových systémů I., Praha, Karolinum, 2004, ISBN
13. PACOVSKÝ, V.: O moderním ošetrovatelství, Praha, Avicenum, 1981, ISBN 08-066-81
14. PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada 2006, ISBN 80-247-1211-3
15. ROKYTA, R. et al.: Fyziologie, Praha, ISV nakladatelství, 2008, ISBN 80-86642-47-X

16. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 3 (Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe), Brno 2004, ISBN: 80-7013-282-5.
17. STAŇKOVÁ, M.: Základy teorie ošetrovatelství, Praha, Karolinum 1996
18. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J.: Kardiologie pro obor ošetrovatelství, Grada, Praha 2004, ISBN: 80-247-1009-9.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: Interní ošetrovatelství I. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1148-6
20. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: Interní ošetrovatelství II. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1777-8
21. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno, NCO NZO, 2004, ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
22. VOKURKA, M., HUGO, J.: Praktický slovník medicíny, Maxdorf, Praha 2000, ISBN: 80-85912-38-4.
23. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., TRČKOVÁ, M.: Miss Virginia Avelen Hendersonová, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.1, 1/2005, str. 25-26
24. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H.: Pomoc nemocnému při jídle podle Virginie Hendersonové, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.1, 2/2005, str. 87-88
25. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H.: Pomoc nemocnému při udržování žádoucí polohy v leže, vsedě, při chůzi, pomoc nemocnému při změnách polohy dle Virginie Hendersonové, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.1, 3/2005, str. 124-125
26. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., HEŘMANOVÁ, J.: Pomoc nemocnému při ochraně před nebezpečím z okolí a pomoc ostatním v ochraně před nebezpečím pocházejícím od nemocného (úrazy, násilím, nákazami) podle Virginie Hendersonové, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.1, 4/2005, str. 187-188
27. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H.: Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.2, 3/2006, str. 133
28. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H.: Pomoc nemocnému při udržování čistoty a upravenosti a při ochraně pokožky podle Virginie Hendersonové, Diagnóza v ošetrovatelství, roč.2, 5/2006, str. 214-215



## **SEZNAM PŘÍLOH:**

---

**1. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**2. EDUKAČNÍ MATERIÁL KE KARDIOSTIMULACI**

**2. EDUKAČNÍ MATERIÁL JAK PŘESTAT KOUŘIT**

**4. OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE**

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

APPE – apendektomie

ARO – anesteziologicko- resuscitační oddělení

AS – akce srdeční

ATB – antibiotika

EKG – elektrokardiogram

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

RTG – rentgenové vyšetření

SpO<sub>2</sub> – saturace periferní krve kyslíkem

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

## **EDUKAČNÍ MATERIÁL KE KARDIOSTIMULACI**

### **Co máte vědět o kardiostimulátoru (pro pacienty)**

Právě se lékař rozhodl implantovat Vám, z důvodu nepravidelného pulsu – arytmie, kardiostimulátor (pacemaker). Kardiostimulátor je malý přístroj, který upraví tep na normální frekvenci a rytmus. Kardiostimulátor vydává, kdykoliv je to nutné, malé elektrické impulsy, které ovládají stahování srdečního svalu. Kardiostimulátor se skládá z baterie a miniaturních elektronických obvodů uložených v nealergizujícím titanovém pouzdře. Kardiostimulátor vydává elektrické impulsy přes jednu nebo dvě elektrody.



#### **KARDIOSTIMULÁTORY SE TEDY DĚLÍ NA:**

**Kardiostimulátor jednodutinový** - přístroj s jednou stimulační elektrodou zavedenou do pravé srdeční komory.

**Kardiostimulátor dvoudutinový** - přístroj se dvěma elektrodami. Jedna je zavedena do pravé síně a druhá do pravé komory srdeční.

To, jaký typ kardiostimulátoru obdržíte, je závislé na typu arytmie.

Elektroda-izolovaný elektrický vodič, který je zaveden žílou do některé ze srdečních dutin. Zajišťuje přenos elektrických signálů za stimulátoru a opačně.

#### **Většina kardiostimulátorů má tři různé funkce:**

a) Funkce stimulační: kardiostimulátor vydává elektrické impulsy, což zachovává činnost srdečního vypuzování.

b) Funkce detekční: kardiostimulátor detekuje (zjišťuje), kdy tepe srdce spontánně, a tímto způsobem rozpoznává, kdy je elektrická stimulace potřebná a kdy ne. Někteří nemocní potřebují kardiostimulátor pouze ojedinele. Kardiostimulátor automaticky detekuje, kdy potřebuje vydat impuls.

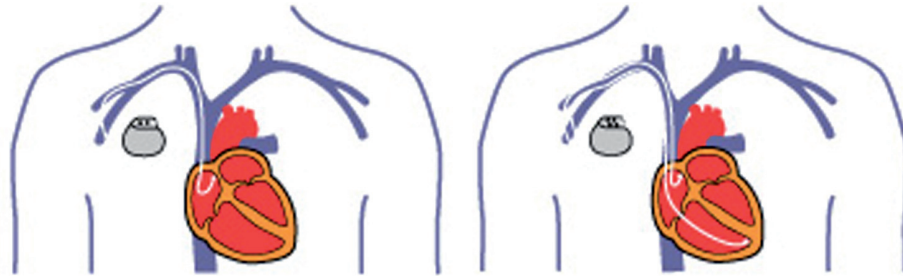
c) Funkce frekvenční odpovědi: zabudovaný senzor detekuje, jak velká zátěž organismu je vykonávána, a přizpůsobuje srdeční frekvenci tak, aby byla vhodná stupni zatížení. Je-li zatížení velké, kardiostimulátor reaguje rychlejším vydáváním elektrických impuls (puls se zrychluje). Je-li organismus v klidu, kardiostimulátor funguje o pomalejší frekvenci.

## **IMPLANTACE KARDIOSTIMULÁTORU**

Implantace kardiostimulátoru je malá operace a bude potřeba, abyste v nemocnici zůstali jen několik dnů. Implantace probíhá na kardiostimulačním sálku pod rentgenovou kontrolou. Trvá asi jednu hodinu, v místní anestezii. Kardiostimulátor je implantován pod kůži (subkutánní) implantace, nejčastěji pod pravou klíční kost.

Pro implantaci kardiostimulátoru je vytvořen pod klíční kostí kožní řez (incize) dlouhý asi 5-10 cm. Pod řezem je vytvořen prostor, který je nazýván kapsa. Kardiostimulátor je uložen tak, aby pohodlně spočinul v kapse. Elektroda je zavedena do srdce přes podklíčkovou nebo krční žílu. Jsou-li užívány dvě elektrody, jsou často zaváděny přes stejnou žílu. Jakmile je elektroda umístěna, je připojena ke kardiostimulátoru.

Provede se ověření, že kardiostimulátor funguje správně. Rána je zašita několika stehy. Výkon je nebolestivý a během něj máte možnost s lékařem i sestrou komunikovat. Práci kardiostimulátoru nebudete nijak pociťovat.



## **MOŽNÉ KOMPLIKACE**

Operace vždy představuje riziko. Zabránění komplikací je pochopitelně věnováno veškeré úsilí, ale nikdy není stoprocentní záruka, že se komplikace neobjeví.

### **Možné komplikace jsou:**

#### a) Vytvoření modřiny

Je-li při řezání kůže zasažena céva, v tomto místě bude vytvořena modřina. Tato obvykle zmizí po několika dnech.

#### b). Infekce

Někdy se rána infikuje. Rána je pochopitelně dobře vyčištěna, ale přesto zde stále může zůstat ponechána bakterie. K prevenci infekce se podávají antibiotika do žíly před výkonem

a nejméně 24 hodin po výkonu (dle ordinace lékaře a zvyklostí oddělení). Přemístí-li se infekce do kapsy kardiostimulátoru, může být nutné přemístění kardiostimulátoru a elektrod. Poté bude na jiné místo organismu umístěn nový kardiostimulátor.

#### c) Dislokace elektrody

Elektroda se může dislokovat (změnit umístění) krátce po implantaci, není-li hrot elektrody pevně připojen k srdeční stěně. Toto může vést k nepravidelné stimulaci kardiostimulátoru. Váš lékař ihned elektrodu přemístí.

#### d). Svalové záškuby

Zpočátku mohou být elektrické impulsy kardiostimulátoru z bezpečnostních důvodů nastaveny na relativně silné (vysoké) úrovně. Vaše srdce bude poté přijímat impuls, který je o něco větší než je bezpodmínečně nutné. Toto může způsobit to, že budete škytat. Toto je nazýváno stimulací bránice. Objeví-li se u Vás škytání nebo svalové záškuby, spojte se svým kardiologem, který to může spravit.

## **PO IMPLANTACI KARDIOSTIMULÁTORU**

Ihned po výkonu je nutné zachování klidu na lůžku, a to z důvodu zabránění pohybu elektrody na méně účinné místo v srdci. Druhý den již můžete chodit, sprchovat se.

V nemocnici musíte ještě pár dní zůstat kvůli sledování a dalšímu programování kardiostimulátoru. Ke sledování funkce srdce a kardiostimulátoru je užíván přístroj na srdeční monitorování (programer). Kardiostimulátor je programován za užití programátoru se speciálním počítačovým softwarem. Pomocí užití tohoto programátoru může být sledována nebo upravena funkce kardiostimulátoru.

Místo, kde byl implantován kardiostimulátor, bude zatím citlivé, ale toto zmizí během několika dnů. Budete schopni pocítovat stimulační elektrodu (-y) během napínání hrudníku, paží nebo ramen. Doporučuje se, abyste se během několika úvodních týdnů po operaci vyvarovali náhlých pohybů pažemi nebo rameny. Toto dává elektrodě čas, aby přirostla k srdeční stěně.

Po implantaci kardiostimulátoru musíte pravidelně docházet do nemocnice na kontrolu do Kardiostimulační poradny. Při propuštění z nemocnice Vám sdělíme datum první kontroly.

## **ŽIVOT S KARDIOSTIMULÁTOREM**

V prvních týdnech po zákroku nenoste těžké předměty, nezvedejte ruce nad hlavu. Do měsíce se nedoporučuje cestování letadlem. Po několik málo měsíců po implantaci je dobré být opatrný na nadměrné pohyby a příliš velké vyčerpání. Poté budete schopni zvládnout všechny běžné činnosti.

S kardiostimulátorem můžete chodit, jezdit na kole a sportovat. Bez obav můžete používat všechny elektrické přístroje, pokud by jste přesto měli nepříjemné pocity okamžitě je vypněte nebo ihned opusťte místo, kde se nachází.

Mobilní telefony přikládejte k uchu na opačné straně než máte stimulátor a nenoste jej v náprsní kapse. Před cestou letadlem informujte personál letiště, že máte kardiostimulátor. Používejte v automobilech bezpečnostní pásy, Vašemu kardiostimulátor to neuškodí. Před každým vyšetřením nebo zákrokem informujte lékaře, že máte implantovaný kardiostimulátor, případně konzultujte svého kardiologa.

Činnosti, které vyžadují poradu s Vaším lékařem. Práce s těžkými vibrujícími stroji/např. se zbiječkou/, používání střelných zbraní, používání elektrické svářečky, práce nebo pobyt v blízkosti přístrojů se silným elektromagnetickým polem (pozor! S kardiostimulátorem nesmíte podstoupit vyšetření Magnetická rezonance!) nebo vysokým elektrickým napětím.

Je důležité, abyste s sebou nosili průkazku, pokud možno v několika jazycích, kde je uvedeno, že jste nositelem kardiostimulátoru. Toto zajistí, že pokud by se Vám mohlo cokoliv stát, bude brán v potaz Váš kardiostimulátor.

## **VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU**

Životnost kardiostimulátoru (jak dlouho kardiostimulátor vydrží) je určována jeho užíváním. Podporuje-li kardiostimulátor Váš srdeční rytmus neustále, baterie se vybije rychleji, než když Váš kardiostimulátor potřebuje být v činnosti pouze některých okamžicích. Životnost většiny kardiostimulátorů je mezi šesti a osmi lety. Váš kardiolog nebo kardiostimulační technik bude schopen Vám říci, jak dlouhou životnost Vašeho kardiostimulátoru odhaduje.

Dojde-li k vybití baterie, bude vyměněn celý kardiostimulátor. Elektrody budou ponechány na místě tak jak jsou; tyto budou připojeny k novému kardiostimulátoru. K výměně kardiostimulátoru budete opět muset zpět do nemocnice. Starý kardiostimulátor bude vyňat (obvyčejně v místním znecitlivění) a bude implantován nový kardiostimulátor.

# **EDUKAČNÍ MATERIÁL JAK PŘESTAT KOUŘIT**

---

## **JAK PŘESTAT KOUŘIT?**

Kouření je především naučené chování. Chcete-li přestat kouřit, je třeba změnit své zvyky - aktivně, na základě vlastního rozhodnutí. Rodina, partner ani léky vaše rozhodnutí nemohou nahradit. Je to dlouhodobý úkol, na několik měsíců, někdy i let. Vzpomeňte si, jak dlouho trvalo, než jste se naučili kouřit a zařadili cigaretu do svého denního stereotypu. Nyní je třeba naučit se zase žít bez cigaret. Závislost na tabáku začíná jako závislost psychosociální (na cigaretě jako takové, bez ohledu na její složení). Po určité době se většinou připojuje závislost fyzická (klasická drogová závislost na nikotinu). Drogová závislost může později převažovat. Takový kuřák už nekouří pro příjemný pocit či aby mu bylo lépe, ale aby mu přestalo být hůř, aby se zbavil abstinenčních příznaků.

## **JAK PŘEKONAT PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST?**

Zamyslete se, které situace jsou pro vás typicky „kuřácké“, a připravte si předem náhradní řešení, abyste se neocitli v situaci „Co budu teď dělat místo kouření?“ To musíte vědět! Pokud jde o momenty, kterých se lze vyvarovat, zkuste se jim skutečně alespoň na tři měsíce vyhnout. Změňte své zvyky. Například káva: změňte její chuť – turecká místo překapávané, cukr, mléko, pijte ji vestoje nebo ji tři měsíce nepijte vůbec, nahraďte ji zeleným čajem. Jestliže se kritické „kuřácké situaci“ vyhnout nemůžete, přichystejte si předem jinou činnost. Po jídle vyčistěte zuby, trénujte s masážní gumovou kuličkou do ruky, zapalte si svíčku, namočte si ruce, naučte se dechová cvičení, vyběhněte patro nahoru a dolů, vymačkejte si citron. Zkrátka cokoli – hlavně nekuřte!

## **JAK POZNÁTE, ZDA JSTE ZÁVISLÍ NA NIKOTINU?**

Kouříte-li denně minimálně 10 cigaret a po probuzení si musíte do hodiny zapálit, pravděpodobně jste na nikotinu závislí a léky vám usnadní odvykání. Pozor - léky vás neodnaučí kouřit, ale zabrání abstinenčním příznakům. Po dobu tří měsíců, kdy byste je měli užívat (nejméně tři měsíce v dostatečné dávce), se můžete plně věnovat změnám svých návyků a stereotypního chování, aniž byste se trápili abstinenčními příznaky. Jsou to především: nezvladatelná touha kouřit, „bažení“ (anglicky „craving“) po cigaretě, špatná nálada, deprese, nespavost, podrážděnost, frustrace, zlost, úzkost, neschopnost soustředění, neschopnost odpočívat, zvýšená chuť k jídlu. Při odvykání kouření můžete mít i zácpu nebo afty.

## NÁHRADNÍ LÉČBA NIKOTINEM

Je běžně dostupná v lékárnách ve formě volně prodejných žvýkaček, náplastí, špiček (inhalátorů) a podjazykových tablet. Přečtěte pečlivě návod k užívání. Recept nepotřebujete, ale je dobré konzultovat dávkování a jiné dotazy s vaším lékařem. Informace popsané v příbalovém letáku berete na vědomí s tím, že z cigaret jste nikotin vdechovali také, s ním však navíc ještě několik tisíc dalších škodlivých látek. Cigareta vždy znamená mnohonásobně vyšší riziko než samotný nikotin!

Stanovte si den D, kdy se probudíte jako nekuřák, večer si připravte vybranou náhradní formu nikotinu a hned po probuzení ji začněte užívat. U silných kuřáků je vhodná kombinace náplasti s některou ze tří ostatních forem – žvýkačkou, inhalátorem nebo tabletou. Při určité stálé celodenní hladině nikotinu v krvi, kterou poskytuje náplast, je tak možné uspokojit pocit okamžité potřeby „dávky“ v určité situaci (kuřácká společnost, stres atp.). Každá léčba závislosti na tabáku by měla trvat nejméně dva, ještě lépe tři měsíce; jinak neplatí, že zdvojnásobí vaši šanci na úspěch!

## JINÉ MOŽNOSTI LÉČBY

Další možností léčby je lék vázaný výhradně na lékařský předpis. Lékař (kterýkoli) posoudí, zda je pro vás vhodný. I tato léčba by měla trvat nejméně dva, či tři měsíce, u silně závislých i déle, a lze ji kombinovat s náhradní léčbou nikotinem.

## SHRNUTÍ

V každém věku má smysl přestat, vždy to znamená snížení rizika. Čím dříve, tím lépe!

Ujasněte si, proč chcete přestat. Nechte si od lékaře vysvětlit, jak vás kouření ovlivňuje, jak souvisí s vaším onemocněním, s jeho vývojem a s tím, jak se cítíte.

Jasně a pevně si ujasněte, co si přejete: přestat kouřit nebo dál kouřit?

Stanovte si den D a přijměte představu, že tento den se probudíte jako nekuřák a už nikdy v životě si nezapálíte. I když to je těžké, nevnímejte to útrpně, naopak, radujte se, že se vám konečně podařilo to, co jste chtěli: stát se nekuřákem!

Jste-li závislí na nikotinu, začněte po poradě s lékařem užívat léky, které zmírní vaše abstinенční příznaky.

Sportujte, chodte na procházky.

Pijte hodně tekutin, vyhýbejte se kávě, alkoholu a slazeným nápojům.

Jezte lehká jídla, hodně zeleniny, ovoce a ryb, omezte cukry a tuky.

Požádejte o podporu v nekouření svoji rodinu, přátele, spolupracovníky.



Připravte si dopředu náhradní řešení svých typicky kuřáckých situací.  
Poučte se z vlastních předchozích neúspěchů – zamyslete se nad tím, jak  
příště ve stejné situaci cigaretě odoláte.  
Za každý den bez cigarety se odměňte drobnou radostí.  
Pamatujte, že jediná cigareta vás nejspíš vrátí ke kouření, a to v jakkoli  
vzdálené budoucnosti (i po letech).

## **PROČ PŘESTAT KOUŘIT?**

Závislost na tabáku je nemoc, která navíc způsobuje desítky dalších nemocí  
ve všech oborech medicíny. Zeptejte se svého lékaře! Informace o vlivu  
kouření na zdraví a seznam poraden pro odvykání kouření najdete také na  
webových stránkách [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz), nebo na webových stránkách Českého  
občanského sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci [www.copn.cz](http://www.copn.cz).  
Navíc při velkých nemocnicích vznikají specializovaná centra léčby závislosti  
na tabáku.

(zdroj: [www.copn.cz](http://www.copn.cz))