

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav Teorie a praxe ošetřovatelství

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
ID:Studijního oboru: 5341R003

Jarmila Dudíková

Název závěrečné práce

Ošetřovatelská kazuistika u pacienta se srdečním selháním

Nursing Case Study of Patient with Heart Insufficiency

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Iva Šafránková

Datum práce

Praha, 20.03.2009

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité zdroje.

V Praze, 20. 3. 2009

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala za trpělivost, cenné rady a připomínky vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Ivě Šafránkové.

OBSAH :

A. ÚVOD	6
B. KLINICKÁ ČÁST.....	7
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	7
1.1 DEFINICE	7
1.2 CHARAKTERISTIKA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....	7
1.3 PŘÍČINY SRDEČNÍHO SELHÁNÍ	8
1.4 PATOFYZIOLOGIE.....	8
1.5 KOMPENZAČNÍ MECHANIZMY	9
1.6 DĚLENÍ SRDEČNÍHO SELHÁNÍ	10
1.7 PRŮBĚH A PROJEVY.....	10
1.8 DIAGNOSTIKA	12
1.9 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	13
1.10 LÉČBA	13
1.11 PREVENCE	14
2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNĚHO	15
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY	16
3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	16
3.2 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA	17
4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DIAGNÓZ A VÝZNAMNÝCH VÝSLEDKŮ	17
4.1 OBJEKTIVNÍ NÁLEZ PŘI VYŠETŘENÍ	17
4.2 FYZIOLOGICKÉ HODNOTY	19
4.3 BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ	19
4.4 VYŠETŘENÍ ARTERIÁLNÍ KRVE.....	21
4.5 HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	22
4.6 DALŠÍ VYŠETŘENÍ	22
5. TERAPEUTICKÁ PÉČE	23
5.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE	23
5.2 DIETOTERAPIE	27
5.3 FYZIOTERAPIE	27
5.4 OXYGENOTERAPIE	27
6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	28
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	29
1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA	29
1.1 SUBJEKTIVNÍ NÁHLED NA NEMOC A HOSPITALIZACI.....	29
1.2 BIOLOGICKÉ POTŘEBY.....	30

1.3	AKTIVITA PSYCHICKÁ A FYZICKÁ.....	33
1.4	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	34
1.5	DUCHOVNÍ POTŘEBY.....	35
2.	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	36
3.	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	37
4.	EDUKACE.....	48
5.	ZÁVĚR A PROGNÓZA	49
D.	LITERATURA	50
E.	PŘÍLOHY.....	52
F.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	53

A. ÚVOD

Pracuji již 10 let v regionální nemocnici v Hranicích na Moravě jako zdravotní sestra, na jednotce intenzivní péče - JIP.

Pro svoji závěrečnou práci jsem si vybrala 69letého pacienta, s diagnózou srdečního selhání.

Toto onemocnění se velmi často vyskytuje na našem oddělení.

Srdeční selhání patří do skupiny nemocí označovaných jako Ischemické choroby srdeční.

Výskyt Ischemických chorob srdečních v populaci nadále stoupá a stále více postihuje lidi nižších věkových kategorií.

Ischemické choroby jsou celospolečenským zdravotním problémem.

V naší republice se kardiovaskulární onemocnění podílejí na celkové mortalitě více jak 56% .

I přes velký vědecký pokrok v medicíně, má nenahraditelné místo primární a sekundární prevence.

Pacient, pan G. byl informován o mém záměru použít jeho případ pro bakalářskou práci a s tímto mým záměrem souhlasil.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 DEFINICE

Srdeční nedostatečnost označuje stav, kdy abnormální srdeční funkce má za následek neschopnost srdce, přečerpávat krev v míře vyžadované danou metabolickou aktivitou tkání, za předpokladu dostatečného žilního krevního návratu. Krevní oběh není schopen zajistit v přiměřené míře ani přívod kyslíku a živin do tkání, ani odvod oxidu uhličitého a zplodin metabolismu z tkání.

(4, 6, 13)

1.2 CHARAKTERISTIKA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

1) vzestup plicního tlaku: a) levé komory

b) pravé komory

2) známky městnání:

a) v malém oběhu - RTG známky žilního městnání

chrůpky

b) ve velkém oběhu - zvýšená náplň krčních žil

hepatomegalie

splenomegalie

otoky

pohrudniční výpotek

3) snížený minutový výdej

1.3 PŘÍČINY SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

I. Mechanické příčiny

a) tlakové přetížení: systémová hypertenze

plicní hypertenze

koarktace aorty

aortální stenóza

stenóza plicnice

b) objemové přetížení: nedomykavost chlopní

zkratové vady: defekt septa síní, nebo komor

abnormální vyústění plicních žil

c) překážka plnění komor: mitrální, trikuspidální stenóza

tamponáda

II. Myokardiální příčiny

- kardiomyopatie
- infarkt myokardu
- toxické postižení
- metabolické postižení

III. Arytmie

(4, 6, 13)

1.4 PATOFYZIOLOGIE

- zvyšuje se plnicí objem levé komory
- zvyšuje se množství krve v plicích
- zvyšuje se tlak v levé komoře
- zvyšuje se tlak v levé síni, plicních žilách, kapilárách = postkapilární hypertenze

Obraz srdeční nedostatečnosti je ovlivněn kombinací:

- a) známek transudace tekutiny z kapilár do intersticia
- b) nedokrevnost orgánů
- c) přítomnost kompenzačních mechanismů

(4, 6)

1.5 KOMPENZAČNÍ MECHANIZMY

Modifikují obraz srdeční nedostatečnosti

1) aktivace sympatoadrenálního systému:

- zvýší se srdeční frekvence
- vazokonstrikce
- zvýší se srdeční kontraktilita

2) zapojení systému renin-angiotenzin-aldosteron:

- arteriální vazokonstrikce
- retence sodíku a vody
- zvýší se srdeční kontraktilita

3) retence tekutin:

- zvýšení plicního tlaku nebo objemu

4) dochází k srdeční hypertrofii:

- a) koncentrická hypertrofie - při tlakovém přetížení
- b) dilatace komory - u objemovém přetížení

5) zvyšuje se periferní dodávka kyslíku do životně důležitých orgánů

6) využíván anaerobní metabolismus

(4)

1.6 DĚLENÍ SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

I. Podle postižení

- a) levá srdeční komora - projevuje se městnáním krve v plicích
- b) pravá srdeční komora - projevuje se městnáním krve v perifériích
- c) oboustranná srdeční nedostatečnost

II. Podle časového průběhu

- a) akutní
- b) chronické

III. Další srdeční nedostatečnost

- a) latentní - srdeční nedostatečnost je vyvolána zátěží
- b) kompenzovaná - došlo k obnově normální srdeční výkonnosti
- c) městnavá - dochází k transudaci tekutin z kapilár do intersticiálního prostoru

(4, 6)

AKUTNÍ LEVOSTRANNÉ SELHÁNÍ

Nejčastější příčiny vzniku: Akutní infarkt myokardu

Neléčená systémová hypertenze

Mitrální stenóza

1.7 PRŮBĚH A PROJEVY

A. SUBKLINICKY - projeví se jako vzestup plicního tlaku levé komory a pokles

minutového objemu

- diagnostikováno náhodně, spíše u monitorovaných pacientů na JIPu

B. MANIFESTNÍ FORMA

I. KARDIÁLNÍ ASTMA = PAROXYSMÁLNÍ NOČNÍ DUŠNOST

- Klinický obraz:
- vznik dušnosti několik hodin po usnutí
 - dechová tíseň, musí se posadit
 - úzkost
 - bolesti na hrudi
 - pocit bušení srdce

- Kardiální astma:
- odezní
 - progreduje do plicního edému

II. PLICNÍ EDÉM

Dochází k přestupu tekutiny z plicních kapilár do intersticiálního prostoru, plicních alveolů a dýchacích cest.

- Klinický obraz:
- stupňující se dušnost
 - výrazná úzkost
 - studený pot
 - chladná, bledá akra
 - vpadávání supraklavikulární jamky
 - výdech prodloužený se spastickými bronchitickými fenomény
 - začínající chrůpky nad plicními bázemi, šířící se po celých plicích
 - vykašlávání zpěněného, někdy i narůžovělého sputa
 - zrychlená srdeční činnost
 - časté arytmie: supraventrikulární
komorové
 - TK postupně klesá
 - nebezpečí rozvoje kardiogenního šoku

III. KARDIOGENNÍ ŠOK:

Vzniká při náhlém vyřazení z činnosti větší části levé komory srdeční

- Klinický obraz:
- somnolence až kóma
 - pulz rychlý a nitkovitý
 - oligurie až anurie
 - selhání mikrocirkulace orgánů

IV. ELEKTROMECHANICKÁ DISOCIACE :

Krajní případ vyústění selhání levé komory

- chybí mechanická funkce LK
- během krátké doby smrt

(4, 6)

1.8 DIAGNOSTIKA

a) **anamnéza:** obtíže jsou velmi různorodé.

b) **klinické vyšetření:** - pohledem

- poslechem

- poklepem

c) **laboratorní vyšetření:**

1) biochemie: základní vyšetření: G, Urea, Kreatinin, CRP

mineralogram: Na, K, Cl, Ca, Mg

jaterní testy: AST, ALP, ALT, GMT

myokardiální soubor + kreatinfosfokináza a její MB
frakce, Troponin I

2) Astrup: pH

pCO₂

pO₂

BE - Base excess

HCO₃ - Bikarbonáty standardní, aktuální

O₂ saturovaný

3) hematologie: FW, KO

d) RTG srdce a plic - nacházíme:

žilní hyperemii

obraz intersticiálního plicního edému

alveolární edém

zvětšený srdeční stín

e) EKG

f) ECHO - po odeznění akutního stavu

- potvrzuje příčinu srdeční nedostatečnosti

- sleduje se: kinetika

velikost a tloušťka stěn LK

(4)

1.9 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

BRONCHIÁLNÍ ASTMA: vykašle malé množství vazkého sputa na konci záchvatu.

PLICNÍ EMBOLIE

SPONTÁNNÍ PNEUMOTORAX

NEKARDIÁLNÍ PLICNÍ EDÉM:

může vzniknout: - při poklesu plazmatického onkotického tlaku

- při hypalbuminemiích

- při toxickém poškození alveokapilární membrány

- vzniká blokáda lymfatických cest

(4, 6)

1.10 LÉČBA

Akutní levostranné srdeční selhání je závažný, bezprostředně život ohrožující stav, proto je nutné zahájit účinnou léčbu co nejdříve.

a. hospitalizace na JIP

b. poloha vsedě, v polosedě, absolutní klid

- c. monitorování: ekg a saturace O₂ kontinuálně
TK: dle stavu á 15 minut
- d. oxygenoterapie
- e. snížení žilního návratu: podvaz 2-3 končetin na 10-15 minut
- f. farmakologická léčba:
 - Diuretika: Furosemid 40-80 mg intravenózně, možno opakovat, do dosažení diurézy
eventuálně ultrafiltrace = snížení objemu intravaskulární tekutiny.
 - Anodyna: MO 1% 10 mg intravenózně, nehrozí-li hypoventilace
 - Kaliové preparáty: 7,46% KCl, Cardilan intravenózně v 5% G 500 ml
 - náhrada ztrát Kalia po diuretické terapii.
 - Vazodilatantia: - bolusově
kontinuálně, pomocí infuzní pumpy
kontroly TK
 - Digitalis: intravenózně u pacientů s fibrilací síní
- g. bilance tekutin

(4, 13)

1.11 PREVENCE

Primární: důsledná léčba všech chorob, které mohou snížit srdeční práci
trvalé užívání léků

Sekundární: ovlivnitelné faktory:

- režimová opatření: snížení tělesné hmotnosti
omezení kuchyňské soli
abstinence alkoholu
abstinence kouření
kondiční cvičení
lázeňská rekonvalescence
- dietní terapie: racionální dieta, dostatečný příjem ovoce a zeleniny

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉHO

Jméno a příjmení: K. G.

Oslovení: pane G

Věk : 69

Národnost: česká

Stav: ženatý

Bydliště: Brno

Pojišťovna: Česká národní = 222

Povolání: SD, dříve řidič MHD

Vzdělání: vyučený

Vyznání: ateista

Kontaktní osoba: manželka, paní A. G.

Důvod přijetí: ICHS - levokomorové srdeční selhání

Den přijetí: 2. 12. 2008

Ošetřován ve dnech: 2. - 6. 12. 2008

Hospitalizován ve dnech: 2. - 22. 12. 2008

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Osobní anamnéza

Běžné dětské onemocnění, chronická Ischemická choroba srdeční, stav po QIM spodní stěny, stav po 2x CABG, poinfarktový syndrom 9/O8, nevhodné přemostění 10/O8, systolická dysfunkce levé komory 40 %, hypertenze III. stupně dle WHO, porucha glukosové tolerance, hepatopatie anamnesticky, kombinovaná ventilační porucha s převahou restriktce, chronická renální insuficience - retence dusíkatých látek.

Abusus

Nekouří, alkohol příležitostně.

Rodinná anamnéza

Pro sledované nemoci nevýznamná, děti zdravé.

Sociální anamnéza

Nyní důchodce, dříve pracoval jako řidič MHD. Žije s manželkou v rodinném domě se synem, vztahy v rodině kladné.

Alergická anamnéza

Lékovou alergii neguje.

Potravinová alergie - jahody.

Farmakologická anamnéza

Anopyrin 100 mg 0-1-0

Concor COR 5 mg 1-0-0

Prestarium 4 mg 1-0-0

Verospiron 25 mg 0-0-1

Furon 40 mg 1-0-1

Lescol 80 mg 0-0-1

Nynější onemocnění

Pacient přivezen RZP z lázní Teplice nad Bečvou, kde je po operačním výkonu CABG. Od noci dušný, se zhoršením po ulehnutí, vsedě lepší. Bolesti na hrudi od rána. Byl v péči ošetřujícího lékaře lázní, kde podán Clexane, Isoket a Furosemid, po zaléčení částečný ústup obtíží. Dle laboratorních hodnot vyšší hladina Troponinu I a D-dimerů, proto odeslán na naši ambulanci. Lázeňský pobyt toleroval dobře. Nachlazený nebyl, černou stolicí neguje.

3.2 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA

Selhání levé komory

Aterosklerotická nemoc srdeční - stav po QIM spodní stěny

Esenciální hypertenze III. st. dle WHO

Bronchopneumonie I. dextra

Insuficience mitrální chlopně

CHRI s retencí dusíkatých látek

4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DIAGNÓZ A VÝZNAMNÝCH VÝSLEDKŮ

4.1 OBJEKTIVNÍ NÁLEZ PŘI VYŠETŘENÍ

Pacient normostenického habitu, orientovaný časem i prostorem, afebrilní.

Chůze přirozená, výška 172 cm, váha 83 kg.

KŮŽE: prokrvená, bez cyanózy či ikteru a jiných patologických eflorescencí. Kožní turgor nesnížen. Jizvy po odběrech žilních štěpů jsou klidné.

HLAVA: poklepové výstupy nervů nebolestivé, inervace VII. nervu symetrická.

Oči: bulvy ve středním postavení bez nystagmu, zornice isokorické obě reagující, skléry anikterické, spojivky růžové.

Jazyk: růžový, mírně povleklý, plazí se ve střední rovině.

Patrové oblouky a tonzily: růžové.

Chrup: používá horní zubní protézu, se kterou nemá žádné obtíže.

KRK: šije bez opozice, pulzace karotid symetrická, bez šelestu, náplň krčních žil nezvětšena.

Štítná žláza: nehmatná.

HRUDNÍK: normostenický.

Dýchání: alveolární, chrůpky do poloviny plicního pole, vlevo oslabené dýchání.

Srdeční akce: pravidelná 70 tepů/minutu.

BŘICHO: souměrné, klidné, měkké, nebolestivé bez peritoneálních příznaků.

Slyšitelná peristaltika.

Játra a slezina: nehmatná.

MOČOVÝ MĚCHÝŘ: nebolestivý, uretra bez výtoku. Delší dobu močí častější v noci.

DKK: bez otoků či flebitidy, pulzace hmatná oboustranně do periferií, kůže teplá.

Lýtka: volná, palpačně nebolestivá. Jizvy po odběrech žilních štěpů klidné.

Klouby: volně pohyblivé

PER RECTUM: vyšetření pacient odmítá.

4.2 FYZIOLOGICKÉ HODNOTY

Sledované funkce	2.12.2008 při přijetí	3.12.	4.12.	5.12.	6.12.
TK:	105/60	135/75	140/85	160/85	100/65
TF:	106/min	96/min	105/min	110/min	115/min
Sat. O ₂ :	94 %	87 %	85 %	78-84 %	85 %
Sat. O ₂ s oxygenoterapií		95 %	95 %	90 %	92 %
DF:	18/min	20/min	20/min	32/min	28/min
TT:	36,9 °C	37,2 °C	37,6 °C	36,9 °C	37,8 °C

4.3 BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ

	2.12. 2008	3.12. 2008	4.12. 2008	5.12. 2008	6.12. 2008	Referenční hodnoty
Sedimentace		33 /60		105/112		
CRP	15,2		162,3	159,74	120,05	0-8 mg/l
Urea	8,8	9,6	15,2	17,3	12,5	2-7,6 mmol/l
Kreatinin	129	125		113	108	35-100 µmol/l
Natrium	126	135	133	136	130	132-139 mmol/l
Kalium	4,2	3,9	3,3	3,4	3,3	3,8-5,5 mmol/l
Chloridy	102	98	92	95	95	98-108 mmol/l
Calcium	2,33	2,39		2,11	2,15	2-2,5 mmol/l

	2.12. 2008	3.12. 2008	4.12. 2008	5.12. 2008	6.12. 2008	Referenční hodnoty
Magnesium	0,84			0,99	1,11	0,7-1,07 mmol/l
Osmolalita	293	298	304	298	285	275-295 mmol/l
Kys. Močová			725			120-360 μmol/l
Bilirubín	20	21		24	22	0-20 μmol/l
ALT	0,40	0,27		0,44	0,39	0-0,55 μkat/l
AST	0,29	0,39		0,45	0,44	0-0,5 μkat/l
ALP	1,18					0,5-2 μkat/l
Cholesterol	3,69					3,1-5,2 mmol/l
Triacylglycerol	0,94			1,24	1,44	0-1,55 mmol/l
Kreatinkinasa CK	1,59	1,20				Do 2 μkat/l
CK-izoenzym MB	0,80	0,37				0,5 μg/l
Troponin	0,40	0,44				0-0,2 ng/l
Glykemie R	8,2	7,7	10,9	7,6	6,4	3,6-6,0 mmol/l
P			12	9,6	7,2	
V			6,6	8,6	6,8	

4.4 VYŠETŘENÍ ARTERIÁLNÍ KRVĚ

ASTRUP- Vyšetření vnitřního prostředí

	3. 12.	4. 12.	5. 12. 6:00	5. 12. 18:00	6. 12.	Referenční hodnoty
PH	7,501	7,558	7,559	7,546	7,555	7,34-7,45
pCO ₂	4,15	4,10	4,05	3,80	4,1	4,8- 6,4 kPa
pO ₂	5,8	8,3	13,9	11,5	14,2	9,5-14 kPa
HCO ₃ aktuální	23,8	28,6	26,5	24,1	26,6	23,6-27,6 mmol/l
CO ₂ celkové	24,8	27,7	27,5	25	27,5	
Base excess krve	1,5	5,2	5	2,9	5	-2,3- +2,3 mmol/l
Base excess tekutiny	0,6	4,5	4,3	1,7	4,3	
HCO ₃ standartní	25,5	29,1	29	27	29	22-26,9 mmol/l
O ₂ saturovaný- výpočet	84,1	94,7	98,4	97,6	98,5	
laktát	2,91			3,280	2,27	0,5-2,0 mmol/l

4.5 HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Krevní obraz

	2.12. 2008	3. 12.	4.12.	5.12.	6.12.	Referenční interval
Leukocyty	14,5	15,8	15,7	16,8	13,8	4,0-10
Erytrocyty	4,35	4,78	4,15	4,27	4,35	4,2-5,4
Hemoglobin	130	137	123	122	115	120-160 g/l
Hematokrit	0,373	0,396	0,342	0,349	0,352	0,37-0,46
Trombocyty	194	215	196	187	156	140-440

Koagulace

	2.12. 2008	3. 12.	4.12.	5.12.	6.12.	Referenční interval
QUICK	13,3			14,2	13,8	10-13 s
INR	1,11			1,18	1,15	0,8-1,2 s
APTT	31,9		21,4	36,9	27,8	25-39 s
D-dimery	780				832	do 200 µg/l

4.6 DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Echokardiografie - transtorakální

Dilatace levé komory s difúzní hypokinezou svaloviny a pokles ejekční frakce, mitrální regurgitace s rozšířením levé síně, středně výrazná plicní hypertenze.

EKG

Sinus rytmus, frekvence 100/min., PQ 0,14, QRS 0,08, QT 0,36, neg. T II, III, aVF, V5, V6.

CT Angio plicnice

Bez nálezů pulmonální embolie, nehomogenní infiltráty plicního parenchymu bilaterálně, v segmentech S6, S9, S10 více vlevo při překrvení v malém oběhu postkapilárního typu, hraniční CT obraz ARDS.

Infiltrát plicního parenchymu vpravo v segmentu S5, S4, pleurální výpotek bilaterálně.

PNO I. dx., ventrálně v malém rozsahu.

Kontrolní RTG

Známky regrese v malém oběhu a ústup výpotků.

5. TERAPEUTICKÁ PÉČE

5.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

5.1.1. PERORÁLNÍ PODÁNÍ

Název - obchodní generický	Síla	Dávkování Aplikován	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Anopyrin Acidum acetylsalicylicum	100 mg	0-1-0 od 2. 12.	Antiagregační látka	Nutné sledování okulního krvácení.
Concor COR Bisoprololi fumaras 5 mg, Hydrochloro-thiazidum 12,5 mg	5 mg	½-0-0 od 2. 12.	Antihypertenzivum (kombinace betablokátoru a thiazidového diuretika)	Možnost hypotenze, bradykardie, syndrom chladných končetin, hypokalemie, hyponatremie

Název - obchodní generický	Síla	Dávkování Aplikován	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Prestarium Perindoprilum erbuminum	4 mg	½-0-0 od 2. 12.	Antihypertenzivum, ACE Inhibitor	Mírné než. účinky. Bolesti hlavy, závratě.
Verospiron spironolactonum	25 mg	1-1-1 od 2. 12.	Diuretikum šetřící draslík	Při dlouhodobém užívání - hormonální poruchy.
Neurol Alprazolamum	0,25 mg	1-1-1 od 4. 12.	Anxiolytikum, antidepresivum	Může ovlivňovat koordinaci a rychlé rozhodování.
Carvediol Carvediolum	6,25 mg	1-0-1 od 6. 12.	Antihypertenzivum	
Lescol XL Fluvastinum natricum	80 mg	0-0-1 od 2. 12.	hypolipidemikum	Dyspepsie, únava
KCL Kalium chloratum	500 mg	2-2-2 od 4. 12.	Kaliový přípravek	Při předávkování : parestezie končetin, svalová slabost, zvracení, nevolnost.

5.1.2. INTRAVENÓZNÍ APLIKACE

INFUZNÍ TERAPIE

název	dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	aplikováno
FR 500 ml+ 30 ml 7,46% KCl Fyziologický roztok.	R na 6 hod. 3x denně	Izotonický roztok.		3. 12. od 4. 12.

APLIKACE LINEOMATEM

název- obchodní generický	dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Aplikováno
Nitro-pohl 20 mg Glyceroli trinitras	Kontinuálně, dle TK, 4 ml/hod	Vazodilatans		Od 3. 12.
FR 20 ml + Furosemid 80 mg furosemidum	Kontinuálně dle stavu	Diuretikum	Svalové křeče, zřídka GIT potíže.	Od 3. 12.

ANTIBIOTIKA

název- obchodní generický	dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Aplikováno
Fr 20 ml + Amoksiklav 1,2 mg Amoxicillinum	á 8 hod 10:00- 18:00- 2:00	Širokospektré penicilínové antibiotikum	GIT potíže, alergické projevy.	Od 4. 12.
Fr 100 ml+Klacid 500 mg clarithromycinum	á 12 hod 8:00 - 20:00	Makrolidové antibiotikum	Zřídka GIT potíže.	Od 5. 12.

PŘÍMÁ APLIKACE

název- obchodní generický	dávkování	Indikační skupina	Vedlejší Účinky	Aplikováno
Ambrobene ambroxoli hydrochloridum	1-1-1	Expekto- rantium, mukolytikum	Ojediněle bolest hlavy	od 5. 12.
Morfin 1% Morphini hydrochloridum	Dle přímé ordinace lékaře	Analgetikum - anodynum	Nauzea, vomitus, sucho v ústech....	od 5. 12.
Dipidolor 15 mg Piritramidum	Dle přímé ordinace lékaře	Analgetikum - anodynum	Zpomalení střevní motility...	od 5. 12.
FR 20 ml+ Hydrokortizon 200 mg hydrocortisonum	Bolusově	Glukokortikoid	Obvykle se nesetkáváme s vedlejšími účinky.	od 5. 12.

5.1.3. SUBKUTÁNNÍ APLIKACE

název	dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Aplikováno
Clexane 0,8 ml enoxaparinum	á 12 hod. 8:00 - 20:00	Antikoagulantium	Krvácení	Od 2. 12.

5.2 DIETOTERAPIE

Pan G., vzhledem k jeho chorobám, by měl dodržovat dietu s omezením tuků, uhlovodanů a soli. Pacient nebyl dostatečně informován o dietě, proto ve svém stravování omezil pouze příjem soli. Při příjmu dle zvyklosti lékaře byla naordinována dieta číslo 2 - šetřící. Pitný režim omezený nebyl, doporučený příjem tekutin do 2 litrů/den. Bilance tekutin byla měřena po 6ti hodinách.

5.3 FYZIOTERAPIE

Pan G. v den přijetí byl soběstačný, ale pro nutnost monitorování fyziologických funkcí byla jeho pohybová aktivita omezena na pohyb kolem lůžka.

3. 12. se začal pacientův stav zhoršovat a pohybová aktivita byla omezena na pohyb na lůžku a pouze s dopomocí kolem lůžka. Pan G. byl seznámen s dechovou rehabilitací, kterou prováděl pomocí gumové rukavice k tomuto účelu upravené. Na prevenci tromboembolické nemoci, prováděl cviky dolních končetin. Byla provedena funkční bandáž dolních končetin elastickými obinadly. Pacient rehabilitoval několikrát během dne s kontrolou správnosti provádění cviků.

Od 5. 12. výrazné zhoršení zdravotního stavu pacienta, proto rehabilitace vynechána a prováděna oxygenoterapie.

Po odeznění akutního stavu, byla rehabilitace domluvena a prováděna pod dohledem fyzioterapeuta.

5.4 OXYGENOTERAPIE

Pan G. v den přijetí oxygenoterapii nepotřeboval, zadýchal se pouze při komunikaci, stav se spontánně upravil během krátké chvíle.

Od 3. 12. byla nasazena oxygenoterapie pomocí kyslíkových brýlí, s průtokem kyslíku 2-10 litrů/minutu dle aktuálního stavu a tolerance pacienta. Pro špatnou toleranci oxygenoterapie pomocí kyslíkových brýlí, zvolena aplikace zvlhčeného kyslíku pomocí kyslíkové masky.

Saturace tkání kyslíkem byla měřena kontinuálně pomocí saturačního čidla, připevněném na pacientově prstě, záznam prováděn do dekurzu po 1 hodině.

6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pan G. byl do naší nemocnice v Hranicích na Moravě přivezen sanitou RZP z lázní Teplice nad Bečvou, pro levostranné srdeční selhání. V lázních byl na rekonvalescenci po nedávném aortokoronárním bypassu.

Od večera 1. 12. pociťoval tlakovou bolest na hrudi, reagující na změnu polohy. Byl klidově dušný se zhoršením po ulehnutí, vsedě mírné zlepšení, proto spal vsedě. Pan G. byl ošetřen lázeňským lékařem 2. 12. ráno a poté odeslán sanitou na ambulanci do naší nemocnice.

Celková délka hospitalizace činila 20 dní, poté přeložen na interní oddělení spádové nemocnice v Brně.

V den přijetí byl pacient soběstačný, dušnost pouze při komunikaci, bez výrazných obtíží.

Poté následovalo výrazné zhoršení dušnosti a celkového zdravotního stavu, doprovázené depresemi.

Pacient byl monitorován, na podpůrné terapii kyslíkem, diuretické a vazodilatační terapii, aplikovány ATB. Rehabilitace zaměřena na dechové cvičení a prevence TEN, prováděna na lůžku. Zavedená terapie byla bez výrazného efektu, naopak progresse dušnosti a zhoršování celkového zdravotního stavu. Pro výraznou hypotenzi byla naordinovaná podpora dobutaminy. Pacientova soběstačnost se postupně snižovala, proto jsme napomáhali a v nutném případě převzali iniciativu péče v různých oblastech soběstačnosti.

Výrazné zlepšení nastalo po provedení pleurální punkce.

Od té doby se pacientův stav zlepšoval, opět se zahájila rehabilitace.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA

1.1 SUBJEKTIVNÍ NÁHLED NA NEMOC A HOSPITALIZACI

Pan G. byl do naší nemocnice v Hranicích na Moravě přivezen sanitou RZP z lázní z Teplic nad Bečvou, pro levostranné srdeční selhání. V lázních byl na rekonvalescenci po nedávném aortokoronárním bypassu.

Od večera 1. 12. pociťoval tlakovou bolest na hrudi, reagující na změnu polohy. Byl klidově dušný se zhoršením po ulehnutí, vsedě mírné zlepšení, proto spal vsedě. Pan G. byl ošetřen lázeňským lékařem 2. 12. ráno a poté odeslán sanitou na ambulanci do naší nemocnice.

Své potíže připisuje neadekvátní zátěži v lázeňském programu.

Pacientův život se výrazně změnil po infarktu myokardu a následných operacích. Každé zhoršení svého stavu nese velmi depresivně. Má strach, že se operace opět nepovedla. Uvědomuje si, že se jeho život změnil.

Hospitalizace je pro pacienta velmi nepříjemná, neboť je v poslední době opakovaná. Pacient má, po předchozí hospitalizaci v jiném zdravotnickém zařízení, negativní zkušenosti a tím zaujímá negativní postoj ke všem zdravotnickým zařízením. K negativním pocitům přispívá neznalost naší nemocnice, protože je u nás poprvé a také vzdálenost od rodiny.

Délku hospitalizace nedovede odhadnout, ale doufá, že na vánoce bude doma.

1.2 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

1.2.1. Dýchání

Pan G. před prvotním onemocněním neměl problémy s dýcháním, nikdy nekouřil.

Až po operaci aortokoronárního bypassu se projevila dušnost klidová, která se po druhé operaci aortokoronárního bypassu upravila. Od té doby pacient udává dušnost pouze po námaze, která se v klidu rychle upraví.

Od večera 1. 12. dušnost klidová s výrazným zhoršením po ulehnutí, proto nemocný spal vsedě. 2. 12. ráno po terapii lázeňským lékařem stav zlepšen.

2. 12. pacient je při přijetí eupnoický, ale při řeči se zadýchává. Dechová frekvence je v klidu 18 dechů/minutu, saturace O₂ 96 %. Při komunikaci dechová frekvence 28 dechů/minutu se saturaci O₂ 84 %. Cyanóza akrálních částí není přítomna. Poslechově je dýchání alveolární, s chrůpky bilaterálně do půli plic. Odkašlává hleny žlutého zbarvení. Aplikace kyslíku není nutná.

Po celou dobu hospitalizace byla měřena saturace tkání kyslíkem, zpočátku kontinuálně se zápisem po 1 hodině, poté po 2-4 hodinách.

3. 12. pacientův stav zhoršen, nutná aplikace kyslíku, dle zvyklosti oddělení pomocí kyslíkových brýlí. Kyslík aplikován intermitentně o rychlosti 2-5 litrů/minutu dle aktuálního stavu nemocného, tolerance a hodnot saturace tkání kyslíkem.

5. 12. výrazné zhoršení dušnosti, pro lepší toleranci aplikace kyslíku pomocí kyslíkové masky, průtok kyslíku až 15 litrů/minutu.

Dušnost trvala několik dní, poté se vyskytovala v atacích v průběhu 24 hodin, častěji v ranních hodinách. Byla nasazena terapie kličkovými diuretiky a antibiotická léčba.

Plánovalo se provedení pleurální punkce, která se také provedla.

1.2.2. Výživa / příjem potravy

Nemocný při své výšce 172 cm, váží 83 kg, jeho BMI dle uvedených hodnot = 28. Nemocný před onemocněním nedodržel žádnou dietu, či zásady zdravé životosprávy. Mezi oblíbené potraviny patří veškeré masové a tučné výrobky, chipsy. Nemá rád ovoce, zeleninu občas s výjimkou papriky, kterou také nemá rád. Stravu přijímal v nepravidelných intervalech, jedl hlavně večer, nebyl zvyklý snídat. Po onemocnění, i přes nedostatečnou informovanost o dietě, se snažil dodržovat zásady životosprávy. Pacient se naučil snídat a snaží se rozvrhnout stravu do několika porcí za den. Do této doby již zhubl 12 kg, tento váhový úbytek přivítal.

Používá horní zubní protézu, se kterou nemá žádné obtíže, nemá žádné poranění v dutině ústní, bez potíží přijímá tuhou stravu. Nechutenství nepocituje.

Při příjmu byla zvolena dieta číslo 2, šetřící.

Pacient během hospitalizace, při zhoršování zdravotního stavu trpí nechutenstvím i nauzeou, proto byl snížen příjem potravy.

Při zlepšení zdravotního stavu připravené jídlo s chutí snědl.

Byla domluvena edukace o dietě s dietní sestrou.

1.2.3. Hydratace

Pan G. přiznává nedostatečný pitný režim před onemocněním, který se pohyboval od 0,5-1 litru tekutin za den, z toho 3-4 silné kávy. Nemá rád ovocné šťávy, protože mu způsobují pálení žáhy. Nemá rád teplé mléko, studené občas vypije. Má rád neperlivé vody, jemně ochucené sirupem. Jednou za týden si rád vypije 1-2 piva, a při rodinných oslavách vypije 2 skleničky červeného vína. Nyní se snaží o dostatečnou hydrataci, vypije 1-1,5 l/den, kávu omezil na 1 za den.

Při příjmu hydratace přiměřená.

V průběhu hospitalizace nebyl z léčebného režimu omezen příjem tekutin, naopak pacient byl pobízen k příjmu tekutin. Při nedostatečném příjmu tekutin byly nasazeny infuze.

Dle zvyklosti oddělení se měřila bilance tekutin po 6ti hodinách. Pacientův příjem tekutin per os, se pohyboval 20-1 000 ml/24hod.

Pacient měl tekutiny na dosah ruky v dostatečném množství. Rodina zajistila oblíbené vody, i čaj připravený v nemocnici panu G. chutnal.

Při zhoršení zdravotního stavu, kdy pacient pro únavu, nebyl schopný sám si podat tekutiny, byly tekutiny nabízeny zdravotnickým personálem pomocí slámky.

1.2.4. Vyprazdňování

Pan G. měl doma stolicí pravidelnou, každé ráno, bez obtíží. Stoličky byla formovaná, bez příměsí krve a hlenů. Projímadlo nikdy neužíval, pouze v nutném případě mu postačil kefír. Při změně prostředí trpí obstipací i několik dní. Na plynatost netrpí.

U vyprazdňování stolice je riziko zácpy.

Pacient přiznává, že už delší dobu močí častěji v noci, se zvýšeným úsilím a potřebná doba na vyprázdnění je delší. Návštěvu urologa nepodstoupil, své problémy lékaři nesdělil, protože se stydí.

V den přijetí byl pacient schopný pohybu a kvůli nutnosti monitorování vitálních funkcí, mu byl pohyb omezen pouze kolem lůžka. Proto měl k dispozici močovou láhev u lůžka. Výdej moče činil 600 ml za 24 hodin.

Od 3. 12. pro zhoršení dušnosti, bylo naordinováno kontinuální aplikace diuretik, se souhlasem pacienta byl zaveden permanentní katétr číslo 18. Permanentní katétr odváděl moč čirou, v množství 4 500-5 500 ml/24hod.

1.2.5. Hygiena

Nemocný hygienu zvládal sám bez pomoci. Dává přednost sprchování před koupelí. Sprchoval se každý večer chladnější vodou. Mytí vlasů 1 krát za týden. Suchou kůži na rukách ošetřoval Indulonou. Péči o chrup provádí 3 krát za den. Používá horní zubní protézu, kterou na noc vkládá do kelímku s vodou.

Pacient upravený, čistý, vlasy, nehty upravené a čisté. Kůže normální bez ekzémových projevů, na HKK a DKK je spíše sušší. Jizvy po odběrech žilních štěpů jsou klidné.

V průběhu hospitalizace nemocný prováděl hygienu sám, s dopomocí, ale byla i plně prováděna sestrou.

1.2.6. Bolest

Pan G. trpí bolestí zad v oblasti L-S krajině několik let. Bolest je závislá na poloze, ulevuje po běžných analgetikách. Pravidelně chodil na plavání a cvičení. Léčen pouze obvodním lékařem.

1. 12. večer náhle vznikla tlaková bolest na hrudi, reagovala na pohyb. Bolest přetrvávala až do rána 2. 12.

Při přijetí nemocný již bolest nepociťoval.

Během pobytu u nás se chronické bolesti zad zhoršovaly, pro nepohodlné lůžko. Při léčbě dušnosti MO 1% intravenózně, byla bolest příznivě ovlivněna.

1.2.7. Spánek a pohodlí

Pacient se spaním problémy neměl, rád si pospal i během dne. Pocit vyspání má po 10 hodinách. Večer chodil spát později, mezi 22-24 hod. V noci se nebudil a ani rámus při otevřeném okně ho nerušil. Je zvyklý na tvrdší matrace a péřový polštářek, se kterým spí na hlavě, má rád teplo na uši. Hypnotika neužíval.

Postel v nemocnici není pohodlná, při dušnosti má strach usnout.

1.2.8. Teplo

Pan G. upřednostňuje chladnější a vyvětraný pokoj, protože se mu tak lépe spí a dýchá. Má rád otevřené okno tak, aby nebyl průvan.

Pan G. je sám na pokoji, proto teplotu a větratelnost si reguloval první den hospitalizace sám, podle své potřeby.

Od 3. 12. otvíráme okno dle přání pacienta.

Od 4. 12. regulujeme větrání s ohledem na pacientův stav při vzestupu teploty.

1.3 AKTIVITA PSYCHICKÁ A FYZICKÁ

Pan G. je důchodce. Obvyklé denní činnosti v domácnosti zvládal dobře. Rád sleduje sport v televizi, rekreačně jezdí na kole, pravidelně chodí plavat, s manželkou každý den chodí na procházky nebo pracuje na zahrádce. Má každodenní rituál,

při ranní kávě pročítat noviny. Televizi sleduje rád, hlavně zprávy a dokumentární filmy.

S pohybovým režimem spojeným s onemocněním byl seznámen a jeho dodržování se mu moc nezamlouvá.

Dle pacientova stavu se v průběhu dne vhodně zaměstnával. Po zhoršení stavu a při dlouhodobém nezlepšování zdravotního stavu, nemocný ztrácel zájem o okolní svět.

1.3.1. Sexualita

Pan G. bydlí s manželkou v harmonickém vztahu. Jejich vztah se upevnil po klientově první operaci. Na další položené otázky pacient neodpověděl.

1.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

1.4.1. Potřeba být zdravý

Pan K. G. si je vědom své nemoci, bojí se možných komplikací a každého zhoršení stavu. Rád by byl plně zdravý. Uvědomuje si změny, které nastaly vlivem nemoci. Chtěl by jít co nejdříve domů, ale předpokládá, že bude delší dobu hospitalizován.

1.4.2. Potřeby jistoty a důvěry

Pan G. je v posledním půlroce opakovaně hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. V naší nemocnici je poprvé. Poslední hospitalizaci má spojenou s nepříjemnými zkušenostmi, které vyústily až v nedůvěru ke zdravotnickému personálu. O důvodech svého postoje nechtěl mluvit.

Má strach z návštěvy lékaře.

Jeho oporou je rodina.

1.4.3. Potřeba lásky

Pan G. žije s manželkou v harmonickém vztahu, proto při hospitalizaci má potřebu, aby manželka byla na blízku a mohl se s ní poradit. Sám nemocný

vypráví, že bez podpory manželky by se vzdal, že všechno co dělá, dělá pro ní a pro děti. Ví, že v celé rodině najde oporu.

Pro nemocného je stresující velká vzdálenost od příbuzných. Byl by rád, kdyby na návštěvu jezdili každý den. Na návštěvy se těší, ale po jejich odchodu se bojí o jejich bezpečný příjezd domů. Uklidní se až po telefonním rozhovoru s rodinou.

1.4.4. Potřeba kognitivní

Pan G. problémy se sluchem nemá, na čtení používá dioptrické brýle, které má s sebou.

Pacient se zajímá o svou nemoc. Informace poskytnuté v jiném zdravotnickém zařízení jsou neúplné. Pročítá odborné články, které jsme mu poskytli.

Z naší ambulance podané informace jsou uspokojivé.

Na našem oddělení seznámen s domácím řádem, ošetřovatelskou péčí i s terapeutickým plánem.

1.5 DUCHOVNÍ POTŘEBY

Pan G. je bez vyznání.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- 1. klidová dušnost z důvodu srdečního selhání**
- 2. nedůvěra ke zdravotnickému personálu z důvodu špatných zkušeností z hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení**
- 3. potenciální riziko vzniku infekce ze zavedené periferní kanyly**
- 4. riziko vzniku infekce z důvodu zavedení močového permanentního katétru**
- 5. bolest zad z důvodu nepohodlného lůžka**
- 6. riziko vzniku zácpy ze změny prostředí**
- 7. porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu**
- 8. beznaděj ze stálého zhoršování zdravotního stavu**

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Klidová dušnost z důvodu srdečního selhání

Ošetřovatelský cíl:

Zmírnit dušnost

Plán ošetřovatelské péče:

Zajistit vhodnou polohu

Zajistit oxygenoterapii dle tolerance a ordinace lékaře

Sledovat fyziologické funkce a jejich záznam

Poskytnout psychickou podporu

Edukovat o dechovém cvičení

Plnit ordinace lékaře

Realizace:

2. 12. pan G. byl přijat na JIP a uložen na jednolůžkovém pokoji. Pacient při přijetí dušný pouze při komunikaci, aplikaci kyslíku odmítal, lékař byl informován. Zvolili jsme polohu se zvýšením pod hlavou, seznámila jsem pacienta s možností a způsobem polohování lůžka. Nemocnému jsem vysvětlila nutnost a důvody monitorování vitálních funkcí, poté jsem ho napojila na monitor.

Na dostupném místě jsem umístila signalizaci s názornou ukázkou, domluvili jsme se, že při vzniku obtíží nám to ihned oznámí.

Pro omezení pohybu kolem lůžka, byla připravena močová láhev na dostupném místě.

Větratelnost pokoje si pacient reguloval dle svých aktuálních potřeb. Edukovala jsem o dechové rehabilitaci a k tomu jsem připravila gumovou rukavici.

Po celou dobu hospitalizace byly sledovány fyziologické funkce, bilance tekutin, projevy dušnosti a psychický stav. Saturace tkání kyslíkem byla měřena kontinuálně

se zápisem á 1 hod., bilance tekutin dle zvyklosti oddělení měřeno á 6 hodin. Všechny zjištěné hodnoty a projevy byly zaznamenány do dokumentace.

Změny stavu pacienta byly hlášeny ošetřujícím lékařem eventuálně lékařem majícím službu.

3. 12. od rána se dušnost zhoršovala, pacient uložen do polohy v polosedě až vsedě. Pohybová aktivita omezena na pohyb na lůžku. Po domluvě, jsem minimalizovala možnost pádu, zajištěním postele bočními postranicemi.

Dle stavu, tolerance, ordinace lékaře a saturace tkání kyslíkem aplikován kyslík o průtoku od 2-10 l/min., za pomoci kyslíkových brýlí.

Dle ordinace, jsem zahájila kontinuální aplikaci diuretik intravenózně, pacient seznámen s účinkem diuretik, to je časté a větší množství moče. Pro obtížné močení vleže a stále se zhoršující dušnost, lékařem zaveden močový permanentní katétr číslo 18. Pacient s výkonem souhlasil.

4. 12. dušnost se stále zhoršovala, vzestup tělesné teploty a zánětlivých parametrů, proveden RTG plic s doprovodem sestry a podporou kyslíku pomocí kyslíkové láhve.

Pro špatnou toleranci kyslíkových brýlí a dýchání ústy, jsem vyměnila kyslíkové brýle za kyslíkovou masku. Aplikoval se zvlhčený kyslík. Informovala jsem o péči dutiny ústní, a prováděla péči pomocí štětiček k tomuto účelu určených. Pacient byl unavený, nebyl schopný se sám napít, proto tekutiny nabízeny pomocí slámky a později i stříkačkou.

5. 12. trvale dušnost, s progresí v atakách. Pacientovi se aplikovaly anodyna intravenózně, po kterých se stav zmírnil. Dle ordinace, jsem provedla podvaz 3 končetin, s pomocí Esmarchových obinadel. Podvaz končetin trval 15 minut. Sledovala jsem účinek podané terapie a provedla záznam do dekurzu, dále plnění dle přímé ordinace lékaře. Pacient byl unavený, nebyl schopný se sám napít, proto tekutiny nabízeny pomocí slámky, ale převážně už stříkačkou. Zajištěna hygienická péče.

6. 12. stav nezměněn, kyslík intermitentně, intravenózní terapie dle ordinace.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Cíle dosaženo nebylo.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Nedůvěra ke zdravotnickému personálu z důvodu špatných zkušeností z hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení

Ošetřovatelský cíl:

Získat si důvěru

Zlepšit psychický stav pacienta

Plán ošetřovatelské péče:

Zjistit příčiny nedůvěry

Vytvořit důvěryhodný vztah

Získat pacienta pro spolupráci

Promluvit si o příčinách strachu

Zajistit kontakt s rodinou

Realizace:

2. 12. při přijetí jsem se panu G. představila, seznámila jsem ho s prostředím, s domácím řádem, provozem oddělení a s právy pacientů. Vysvětlila jsem základní ošetřovatelské výkony a postupy (zajištění žilní linky, pohybový režim, monitoring atd.), vytvořila jsem si zpětnou vazbu o srozumitelnosti podaných informací.

Podle pacientova postoje, jsem se zeptala na negativní pocity a možnosti zmírnění negativního prožívání. Dozvěděla jsem se, že k nám neměl důvěru, protože je u nás hospitalizován poprvé a s předchozím zdravotnickým zařízením má nepříjemné zkušenosti, o kterých nechce mluvit.

Při sepisování vstupní anamnézy, jsem kladla otevřené otázky, a tím nechala prostor pro sdělení pacientových informací v rozsahu jemu potřebných.

Pacienta jsem ujistila o naší pomoci, bude-li potřebovat, že nemá mít strach si nás přivolat pomocí signalizace.

Zajistila jsem kontakt s rodinou. Návštěvní hodiny jsme po domluvě s lékařem upravili.

Zajistili jsme kontakt s psychologem - bylo to přání i pana G.

Pacient byl rád, že se zajímáme o jeho potřeby. A věděl, že jsme mu kdykoliv k dispozici.

Snažili jsme se dostatečně informovat o prováděných a plánovaných výkonech, o podané terapii a o způsobu zapojení do ošetrovatelského plánu.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíle bylo dosaženo, pacientovu důvěru jsme si získali. I při vážném zhoršení stavu věděl, že se mu snažíme pomoci.

Ošetrovatelská diagnóza č.3

Potenciální riziko vzniku infekce ze zavedené periferní kanyly

Ošetrovatelský cíl:

Pacient nebude mít projevy infekce

Plán ošetrovatelské péče:

Pracovat asepticky

Kontroly místa vpichu

Dodržování standardu

Realizace:

K zavedení periferní kanyly, jsem si na podnos připravila tyto pomůcky: Esmarchovo obinadlo, podložku pod ruku, gumové rukavice, emitní misku, nádobu na infekční materiál, periferní kanyly dvou velikostí, spojovací set prostříknutý fyziologickým roztokem, mulové čtverečky, dezinfekci používanou na oddělení - Softasept N, krycí materiál cosmopor.

Pacienta jsem informovala o výkonu a uložila jsem ho do pohodlné polohy.

K zavedení flexily, jsem zvolila nedominantní končetinu, oblast předloktí, pro minimální omezení pohybu končetiny.

Při zavádění a další manipulaci s flexilou, jsem pracovala za aseptických podmínek. Dostatečně jsem fixovala kanylu a zabránila tak nežádoucí dekanylaci.

Označila jsem flexilu a zaznamenala do dekurzu datum zavedení flexily.

Nejsou-li známky infekce v místě a v okolí vpichu, flexila se ponechává 72 hodin.

V den přijetí pacient neměl intravenózní terapii, proto jsem prováděla proplach flexily fyziologickým roztokem po 6ti hodinách.

Od 3. 12. intravenózní aplikace léků, proto byl pacient seznámen s projevy paravenózní aplikace a o nutnosti nás informovat při výskytu nežádoucích projevů.

Časté kontroly stavu a okolí kanyly. Proveden převaz flexily, se změnou krycího materiálu. Zvolen Tegaderm pro lepší kontrolu místa vpichu.

4. 12. jsem původní flexilu zrušila a zavedla novou do předloktí pravé HK.

5.-6. 12. byla flexila opakovaně zaváděna, kvůli opakovanému prasknutí žíly v průběhu infuzí. Pacient nás včas informoval o projevech paravenozního podání.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíle bylo dosaženo, infekce v místě vpichu flexily nebyla.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení močového permanentního katétru

Ošetrovatelský cíl:

Pacient nebude mít známky infekce související s permanentním katétre

Plán ošetrovatelské péče:

Pracovat sterilně, sterilní příprava pomůcek

Dostatečná hygiena genitálu

Sledovat příměsi a barvy moče

Sledovat bilanci tekutin

Realizace:

3. 12. byl pacientovi pro zhoršující se dušnost a zavedenou kontinuální terapii diuretiky, zaveden Folleyův permanentní katétr číslo 18.

Nemocný byl informován o důvodech, nutnosti a postupu zavedení močového katétru.

K zavedení močového permanentního katétru jsem připravila sterilně tyto pomůcky: sterilní cévkovací set, obsahující rukavice, tampony, pinzetu, sterilní čtverce mulu. Dále připraven Mesocain gel, antiseptický roztok, na našem oddělení používán Skinsept, Folleyův katétr vhodné velikosti, sběrný sáček a stříkačka naplněna 10 ml fyziologického roztoku pro fixaci.

Uložila jsem pacienta do polohy vleže s mírně pokrčenými dolními končetinami a asistovala jsem lékaři.

Sledovali jsme průchodnost PMK a charakter moče, bilanci tekutin po 6ti hodinách.

Bylo nutné opakovaně edukovat pacienta o nutnosti příjmu tekutin.

Pacient byl seznámen se zvýšenou hygienou genitálu. Hygienu zvládal sám.

Sběrný sáček jsem měnila po 24 hodinách.

4. 12. jsme permanentní katétr pomocí pásky fixovali k DK.

5.12. tekutiny byly pacientovy nabízeny pomocí slámky na pití, při vyčerpanosti pomocí stříkačky.

Při zhoršeném zdravotním stavu nemocného, byla hygiena genitálu provedena ošetřovatelským personálem.

Sledovali jsme ústí močové trubice.

Provedla jsem odběr moče na mikrobiologické vyšetření, s dodržáním postupu práce dle ošetřovatelského standardu .

Po dobu ošetřování byla moč čirá bez přítomnosti sedimentů.

Celkovém množství moče za 24 hodin bylo 4 500-5 500 ml.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Cíle bylo dosaženo, nebyly známky infekce.

Pacient nepociťoval žádné nepříjemné pocity spojené s močovým katétrem.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Bolest zad z nepohodlného lůžka

Ošetrovatelský cíl:

Zmírnit bolest zad

Plán ošetrovatelské péče:

Péče o lůžko

Sledovat projevy a záznam bolesti

Ošetření bolestivého místa

Informovat lékaře

Realizace:

Pacient trpí několik let chronickou bolestí zad v L-S krajině. Je zvyklý spát na tvrdší matraci, v nemocnici je matrace nevhodná pro pacientovy požadavky.

Dle zvyklosti oddělení, jsme bolest sledovali a zaznamenávali podle analogové stupnice intenzity bolesti upravené do tabulky, viz záznam v příloze.

Naslouchala jsem, co mi pacient sdělí o bolesti.

Umožnili jsme použití relaxačních metod.

4. 12. bolesti zad se zvýraznily, stupeň bolesti 3-6. Dle stavu jsem umožnila protažení a procvičení. Dbala jsem o lůžko, aby bylo upravené a nikde netlačilo. Pacient sám zaujímal úlevovou polohu, prováděli jsme masáže zad kafrovou emulzí.

Lékař byl informován. Pan G. podání analgetik odmítl.

5. 12. stupeň bolesti byl 4.

Pacientovi jsem dopomáhala ke změně polohy. Bolesti byly mírnější, protože při atakách dušnosti bylo aplikováno MO 1% a Dipidolor 15 mg intravenózně, které příznivě ovlivňovaly bolesti zad. Prováděny masáže zad.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl částečně splněn. Bolesti zad přetrvávaly, nebyly tak intenzivní.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6

Riziko vzniku zácpy ze změny prostředí

Ošetřovatelský cíl:

Zabránit vzniku zácpy

Plán ošetřovatelské péče:

Zajistit intimitu

Umožnit fyziologickou polohu

Zjistit zvyklosti v této oblasti

Správná volba potravin

Realizace:

Pacientova intimita byla zajištěna pobytem na jednolůžkovém pokoji, s možností zatažení žaluzií i mezi okny pokojů pacientů.

V prvních dnech měl pan G. možnost použít pojízdného WC, při zhoršení stavu byla podávána podložní mísa.

Podporovala jsem pravidelnou defekaci. V čase, kdy byl nemocný zvyklý vykonávat potřebu, měl k dispozici pojízdné WC nebo podložní mísu.

Doporučovali jsme cviky břišních svalů, stahovat břicho a vydržet se staženým břichem 10 sekund, poté povolit a opakovat několikrát během dne. Provádění jemné masáže břicha. Vhodně prováděna rehabilitace s ohledem na zdravotní stav.

Informovala jsem o významu příjmu tekutin, které pan G. opomíjel. Byl seznámen s potravinami podporující vznik zácpy a naopak jsme doporučili vhodné potraviny. Rodina zajistila kefír a jogurty, na který byl zvyklý.

Zajistila jsem dostatečnou hygienu.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Cíle bylo dosaženo, vzniku zácpy jsme zabránili.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu

Ošetrovatelský cíl:

Má pocit spokojenosti v oblasti hygieny

Pacient je soběstačný

Plán ošetrovatelské péče:

Zjistit stav soběstačnosti

Zajistit hygienickou péči

Získat pacienta pro spolupráci

Podporovat motivaci k soběstačnosti

Realizace:

Provedla jsem ADL test: při příjmu činil 95 bodů. 5. 12. ADL test 45 bodů.

4. 12. podle aktuálního stavu jsem pouze dopomáhala při hygienické péči.

V dostatečné blízkosti byly připraveny všechny pomůcky na provádění hygienické péče.

Hygiena byla prováděna dle potřeby, minimálně 2 krát denně.

Hygienu jsem s panem G. prováděla na lůžku, za vytvoření intimního prostředí se zajištěním přiměřené teploty okolí.

5. 12. pacient byl velmi unavený pro stálé zhoršování dušnosti a vzestupu teploty. Neměl sílu provést hygienickou péči sám, proto jsem provedla celkovou hygienickou péči.

Prováděné kroky jsem slovně popisovala, aby se mohl i pacient zapojit, třeba jen zvednutím ruky atd.

Při zlepšení stavu jsem povzbuzovala a motivovala pacienta ke spolupráci.

Zajistila jsem péči o horní zubní protézu.

Během prováděné hygieny jsem si všímala stavu pokožky.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient měl pocit čistoty a sám se snažil zapojovat.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

Beznaděj ze stálého zhoršování zdravotního stavu

Ošetrovatelský cíl:

Věří ve zlepšení zdravotního stavu

Plán ošetrovatelské péče:

Sledovat projevy beznaděje

Povzbuzovat a zdůrazňovat pozitivní změny

Dostatečná informovanost

Ponechat kontrolu rozhodování

Realizace:

Nemocný při stálém zhoršování zdravotního stavu a vyčerpanosti propadal pocitům beznaděje. Přestal věřit, že se uzdraví.

Nemocný byl málomluvný, ztrácel zájem o okolí, o prováděných léčebných výkonech.

I při návštěvách byl pan G. velmi pasivní. Rodinní příslušníci měli pocit, že je pan G. ani nevnímá.

Nemocného jsme povzbuzovali, sebemenší pokrok jsme pochválili a zdůraznili jeho význam. Snažili jsme se získat pacientovu pozornost a zapojit ho do činnosti.

Informovali jsme pacienta o prováděných činnostech i přes jeho nezájem.

Byla plánovaná konzultace s psychologem.

Spolupracovali jsme s rodinou, získali jsme více informací o jeho zálibách. Zajistila jsem možnost poslouchání oblíbené hudby, upravili jsme návštěvní hodiny.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Zhodnocení úspěšnosti poskytnuté ošetrovatelské péče nebylo provedeno, pro nedostatek času na realizaci plánu.

4. EDUKACE

PAN G. BYL:

Seznámen s právy pacientů.

Seznámen s provozem na oddělení, s denním řádem.

Informován o pohybovém režimu, monitoringu, způsobu signalizace, možnosti polohování lůžka, o úschově oděvu do centrální šatny a o možnosti využití trezoru pro cennosti.

Seznámen s ošetrovatelskými výkony, odpovídala jsem na kladené dotazy.

Dle mých pravomocí jsem informovala o léčbě, o podaných léčivech a upozornila na jejich nežádoucí účinky.

Vysvětlila jsem důležitost pitného režimu, oxygenoterapie, rehabilitace.

Informován o možnostech rehabilitace na lůžku, o dechové rehabilitaci.

Informován o manipulaci s permanentním močovým katétrem a periferní žilní linkou při provádění hygieny.

Zdůraznila jsem nutnost informovat zdravotnický personál při zhoršování zdravotního stavu.

Informovala jsem rodinu o denním řádu, o možnostech zapojení do ošetrovatelského procesu a významu společné péče.

5. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Stav pacienta po skončení mého ošetřování byl nadále velmi vážný. Zavedená terapie antibiotiky nevykazovala velký vliv na stav pacienta. Nutné bylo přehodnocení terapie, dle aktuálního stavu, místo podávaných vazodilatancí byly aplikovány na podporu dobutaminy, furosemid byl korigován dle aktuálního stavu. Byl měřen invazivní tlak v plicnici pomocí Swan-Ganzového plovoucího termodilučního katétru. K výraznému zlepšení stavu pacienta došlo po pleurální punkci. Punkci bylo odstraněno 1 150 ml výpotku, vzorek byl odeslán na vyšetření.

Od provedené punkce se stav pacienta zlepšoval, a ke konci hospitalizace byl téměř bez dušnosti. Odeslán sanitou RZP na spádové interní oddělení v Brně. Pan G. byl velmi rád, protože byl poblíž rodině, která pro něho byla velkou oporou. Další vývoj pacientova zdravotního stavu nám bohužel nebyl znám.

Pan G. byl ochotný změnit dosavadní životní styl a eliminovat ovlivnitelné negativní faktory. Měl silnou podporu rodiny a chuť do života, věděl, že se o něho rodina postará bude-li to zapotřebí. Z toho usuzuji, že bude žít plnohodnotný život.

D. LITERATURA

A. SEZNAM LITERATURY

- 1) ADAMS, B.; HAROLD, C. E. A KOLEKTIV. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-893-8
- 2) DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2001, ISBN 80-247-0242-8
- 3) KAPOUNOVÁ, G. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1830-9
- 4) KLENER, P. A KOLEKTIV. Vnitřní lékařství I. kardiovaskulární onemocnění. Praha: Karolinum, 1998, ISBN 80-7066-867-9
- 5) KLENER, P. A KOLEKTIV. Základy Vnitřního lékařství pro bakalářské studium. Praha: Karolinum, 1998, ISBN 80-7184-571-X
- 6) KOLÁŘ, J. A KOLEKTIV. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. Praha: AKCENTA s. r. o., 1998, ISBN 80-86232-01-8
- 7) MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetřovatelské péče I. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1442-6
- 8) MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetřovatelské péče II. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1443-4
- 9) NEJEDLÁ, M. Fyzikální vyšetření pro sestru. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1150-8
- 10) STAŇKOVÁ, M. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4. Jak provádět ošetřovatelský proces. Brno: NCO NZO, 2004, ISBN 80-7010-283-2
- 11) STAŇKOVÁ, M. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: NCO NZO, 2004, ISBN 80-7013-323-6

- 12) ŠAMÁNKOVÁ, M.; HUŠKOVÁ, M.; MATOUŠOVIC, K. Základy ošetrovatelství pro studující Lékařských fakult II. díl. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0477-9
- 13) ŠTEJFA, M. A KOLEKTIV. Kardiologie. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1385-4
- 14) TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2005, ISBN 80-7013-324-4

Internetové adresy: <http://www.kardio-cz.cz/>

<http://www.ltnb.cz/>

B. SEZNAM ZDROJŮ

- a) chorobopis
- b) pacient
- c) rodinní příslušníci
- d) zdravotnický personál

E. PŘÍLOHY

- 1) Vstupní ošetřovatelský záznam**
- 2) Plán ošetřovatelské péče**
- 3) Záznam sledování bolesti**
- 4) ADL test**
- 5) Hodnocení rizika pádu**
- 6) Nutriční skóre**
- 7) Nortonova stupnice**
- 8) Lázně Teplice nad Bečvou**

F. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB: Antibiotika

ADL: Activity daily living

ARDS: Syndrom dechové tísně dospělých, šoková plíce

BMI: Body mass index

CABG: Aortokoronární bypass

CT: Počítačová tomografie

DF: Dechová frekvence

DKK: Dolní končetiny

ECHO: Echokardiografie

EKG: Elektrokardiogram

FR: Fyziologický roztok

CHRI: Chronická renální insuficience

HKK: Horní končetiny

ICHS: Ischemická choroba srdeční

LK: Levá komora srdeční

LS: Levá síň srdeční

O₂: Kyslík

PMK: Permanentní močový katétr

PNO dx.: Pneumotorax vpravo

QIM: Infarkt myokardu

RTG: Rentgenové vyšetření

RZP: Rychlá zdravotnická pomoc

Sat. O₂: Saturace kyslíkem

TEN: Trombembolická nemoc

TF: Tepová frekvence, tep, pulz

TK: Tlak krve

TT: Tělesná teplota

WHO: Světová zdravotnická organizace