

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Anna Dunajová Jurčová

**Ošetřovatelská kazuistika u pacienta s chronickým srdečním selháním
indikovaného k transplantaci srdce**

*Nursing Case Report of Patient with Chronic Cardiac Failure
Indicated for Heart Transplantation*

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Hana Horová

Praha, 05. 03. 2009

Prohlášení

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

V Praze, 05. 03. 2009

Podpis

Poděkování

Děkuji své rodině za podporu a pomoc po celou dobu studia a PhDr. Haně Horové za vedení a pomoc při psaní bakalářské práce.

OBSAH

A ÚVOD.....	6
B KLINICKÁ ČÁST.....	7
1 Charakteristika chronického srdečního selhání a srdeční transplantace.....	7
1.1 Chronické srdeční selhání (CHSS).....	7
1.1.1 Definice a etiologie.....	7
1.1.2 Rozdělení.....	8
1.1.3 Klinický obraz.....	8
1.1.4 Diagnostika.....	9
1.1.5 Léčba.....	10
1.1.6 Prognóza.....	12
1.1.7 Edukace.....	12
1.1.8 Ošetrovatelská péče.....	12
1.2 Ortotopická transplantace srdce.....	13
1.2.1 Charakteristika.....	13
1.2.2 Indikace k ortotopické transplantaci srdce.....	13
1.2.3 Kontraindikace k ortotopické transplantaci srdce.....	13
1.2.4 Vyšetření kandidáta transplantace srdce a zařazení na čekací listinu.....	14
2 Identifikační údaje.....	16
3 Lékařská anamnéza a diagnózy.....	16
3.1 Lékařská anamnéza.....	16
3.2 Lékařské diagnózy.....	17
4 Přehled provedených diagnosticky významných vyšetření	18
4.1 Antropometrické údaje.....	18
4.2 Fyzikální vyšetření.....	18
4.3 Fyziologické funkce.....	18
4.4 Laboratorní vyšetření.....	19
4.5 Zobrazovací metody.....	20
5 Přehled terapie	21
5.1 Farmakoterapie.....	21
5.2 Dietoterapie.....	23

5.3 Pohybový režim	23
6 Průběh hospitalizace.....	24
C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	25
1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	25
1.1 Náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci.....	25
1.2 Základní biologické potřeby.....	25
1.3 Psychosociální potřeby.....	28
2 Ošetřovatelské diagnózy.....	29
3 Plán ošetřovatelské péče.....	30
4 Ošetřovatelský závěr a prognóza.....	42
D SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	43
SEZNAM LITERATURY.....	43
INFORMAČNÍ ZDROJE.....	44
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	45
SEZNAM PŘÍLOH.....	47

A ÚVOD

Pro svou závěrečnou práci jsem si zvolila zpracování ošetrovatelské kazuistiky 63letého pacienta s chronickým srdečním selháním, indikovaného k ortotopické transplantaci srdce.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mi je tato problematika blízká, neboť pracuji jako zdravotní sestra na oddělení kardiologie 5 let. Na tomto oddělení jsou pacienti přijímáni převážně k invazivním diagnostickým výkonům, přičemž nejčastějším vyšetřením jsou selektivní koronarografie, pravostranná srdeční katetrizace a elektrofyzilogické vyšetření. Zvláštní skupinu tvoří kandidáti srdeční transplantace. Poslední skupinou jsou pacienti po transplantaci srdce.

Srdeční selhání je významným medicínským problémem. Udávaná prevalence 0,04 - 0,2 % znamená, že v populaci ČR je 40 - 200 tisíc nemocných limitovaných obtížemi, které toto onemocnění vyvolává.

Dnes víme, že chronické srdeční selhání se týká většinou levé srdeční komory a má progresivní charakter. Dlouhodobější sledování nemocných ukazuje, že i přes správně vedenou léčbu neumíme většinou zabránit dalšímu nepříznivému vývoji a nemocný se dostává do stavu, který zhodnotíme jako terminální srdeční selhání. V takovém stavu nelze konzervativními postupy průběh onemocnění ovlivnit a jedinou možností jak zlepšit prognózu je srdeční transplantace. (6)

Pacientovi, kterého jsem si zvolila pro svou závěrečnou práci, bylo už v minulosti opakovaně navrženo vyšetření se zvážením možnosti zařazení na čekací listinu transplantace srdce. Pacient však navržený postup odmítal. Nyní při hospitalizaci danou možnost zvažuje, ale neumí se rozhodnout. Svého pacienta jsem si vybrala i proto, že jsem mu chtěla poskytnout psychickou podporu, informace a věcné argumenty pro tak závažné rozhodnutí.

V této závěrečné práci jsem zachytila období od 29. 10. do 2. 11. 2008, tedy 5 dnů. Pacient uvítal zvýšený zájem o svou osobu a snažil se spolupracovat. Závěrečnou práci jsem vypracovala se souhlasem pacienta.

B KLINICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ A SRDEČNÍ TRANSPLANTACE

1.1 Chronické srdeční selhání (CHSS)

1.1.1 Definice a etiologie

Srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopno při normálním žilním návratu a plicním tlaku přečerpávat krev v souladu s aktuální metabolickou potřebou tkání. Ve většině případů se jedná o srdeční selhání s nízkým srdečním výdejem. Vzácně diagnostikujeme srdeční selhání se zvýšeným srdečním výdejem, kde je primárním momentem pokles periferní cévní rezistence (např. při rozsáhlé periferní arteriovenózní píštěli či hyperthyreóze).

Definice chronického srdečního selhání je založena na přítomnosti symptomů (v klidu nebo při zátěži) a na objektivním průkazu systolické nebo diastolické dysfunkce. Chronické srdeční selhání je syndromem a je třeba vždy stanovit základní diagnózu, která k tomuto stavu vedla.

Nejčastější příčinou CHSS u nás je ischemická choroba srdeční, často ve spojení s hypertenzí, a to obzvláště ve vyšším věku. Na druhém místě stojí dilatační kardiomyopatie.

(6, 10)

Tabulka č. 1 Přehled etiologie srdečního selhání

Společný mechanismus	Klinické jednotky
1. tlakové přetížení	arteriální hypertenze, koarktace aorty, aortální stenóza, stenóza plicnice, plicní hypertenze (plicní arteriální hypertenze, při plicním onemocnění, tromboembolická nemoc, venookluzivní plicní nemoc aj.)
2. objemové přetížení	aortální, mitrální, plicnicová a trikuspidální regurgitace, zkratové vady (perzistující Botalova dučej, defekt septa komor, defekt septa síní, abnormální vyústění plicních žil), hypervolémie (např. u chronického selhání ledvin)
3. porucha plnění komor	mitrální či trikuspidální stenóza, konstriktivní perikarditida, tamponáda, restriktivní kardiomyopatie

4. postižení myokardu	ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie, myokarditida, toxické či metabolické poškození aj.
5. arytmie	tachyarytmie, bradyarytmie
6. hyperkinetická cirkulace	hyperthyeróza, rozsáhlá periferní arteriovenózní píštěl, těžká anémie, jaterní cirhóza, Pagetova choroba aj.

(6)

1.1.2 Rozdělení

Chronické srdeční selhání dělíme podle ejekční frakce levé komory srdeční na srdeční selhání systolické (EF LKS < 45 %) nebo na diastolické (EF LKS ≥ 45 %).

Pokud převažuje plicní kongesce, hovoříme o levostranném srdečním selhání. Při převaze systémové kongesce stav označujeme jako pravostranné srdeční selhání. Ve většině případů jsou vyjádřeny známky oboustranného srdečního selhání.

Podle pokročilosti rozdělujeme CHSS na mírné, středně těžké a pokročilé. Termín refrakterní srdeční selhání je vyhrazen pro stavy nereagující na standardní léčebné postupy. (6)

1.1.3 Klinický obraz

Chronické levostranné srdeční selhání může zpočátku probíhat bez příznaků, je charakterizované pouze snížením minutového srdečního objemu. Postupně se však rozvíjí:

- a) hypoxie, a proto se zhoršuje výkonnost, koncentrace, paměť, spánek, nemocný je neklidný, zmatený a unavený. Ve spánku se objevuje Cheynovo-Stokesovo dýchání,
- b) městnání krve v plicním oběhu, neboť srdce nestíhá vyčerpat dostatečný minutový objem krve při námaze a přidává se námahová dušnost s kašlem,
- c) doprovodnými příznaky bývá aktivace sympatiku, provázená:
 - tachykardií a periferní vazokonstrikcí, a proto hypertenzí
 - hypertrofií levé komory charakterizovanou zvedavým úderem srdečního hrotu.

Se zhoršující se výkonností levé komory srdeční se prohlubuje hypoxie tkání a městnání v plicích a námahová dušnost přechází v klidovou. V pokročilých fázích levostranného selhání se objevují příznaky hypoxie dalších orgánů, zejména ledvin (sníží se diuréza ve dne a objeví se nykturie) a trávicího traktu (anorexie a malabsorpce).

Chronické pravostranné srdeční selhání se projevuje příznaky, vznikající v důsledku:

1. nízkého minutového objemu, který způsobí svalovou hypoxii, ta se projevuje slabostí a zvýšenou únavností svalů až svalovou atrofií,
2. městnání krve (tzv. venostázy) v povodí horní a dolní duté žíly:

- příznaky městnání v povodí horní duté žíly: závratě, spavost, neklid a zmatenost v důsledku hypoxie mozku, zvýšená náplň krčních žil, hepatojugulární reflux, může být též lehký exoftalmus a akrocyanóza,

- příznaky městnání v povodí dolní duté žíly – otoky: perimaleolární u chodících pacientů, zpočátku jen večer, později trvale i na bérkách, na zádech u ležících; celkový otok všech tkání se nazývá anasarka, snížená diuréza během dne a nykturie ze zvýšeného žilného návratu v horizontální poloze, ascites, hepatosplenomegalie příp. s ikterem a bolestí v pravém podžebří,

- nechutenství, pocit plnosti, nauzea, zvracení až tzv. kardiální kachexie a zácpa. (9)

1.1.4. Diagnostika

Klinické příznaky srdečního selhání – dušnost, únava a periferní otoky vedou lékaře k podezření na srdeční selhání.

Ke stanovení tíže nebo funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá *klasifikace NYHA* rozdělená na čtyři funkční třídy. Kvantifikuje výkonnost a subjektivní obtíže nemocného, především dušnost, palpitace nebo anginózní bolest.

Tabulka č. 2 Funkční klasifikace NYHA

NYHA I	Potíže vznikají při mimořádné, běžně nedosahované pracovní zátěži.
NYHA II	Potíže vznikají pravidelně při větší zátěži (např. chůze do schodů do 3. patra, dobíhání autobusu).
NYHA III	Potíže vznikají při malé zátěži (např. klidná chůze po rovině, chůze do 1. patra, běžné denní úkony).
NYHA IV	Potíže vznikají i v klidu a zhoršují se jakoukoliv činností (prakticky znemožňují tělesnou činnost).

Laboratorní vyšetření: u pacientů s CHSS by mělo být provedeno vyšetření krevního obrazu, základní koagulace, elektrolytů, urey, kreatininu, glykémie, jaterních testů, acidobazické rovnováhy, kyseliny močové a vyšetření moče a sedimentu. Při fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor je třeba vyšetřit hormony štítné žlázy. Novinkou v laboratorní diagnostice je stanovení plazmatických koncentrací natriuremických peptidů, či jejich fragmentů, zejména BNP a NT-proBNP. Jejich normální koncentrace u neléčeného pacienta činí diagnózu srdečního selhání jako příčinu symptomů nepravděpodobnou.

Klidové EKG: u většiny nemocných s CHSS se vyskytují rozličné supraventrikulární i komorové arytmie, blokády na všech úrovních, přetížení síní, přetížení a hypertrofie komor aj.

RTG srdce a plic často ukazuje rozšířený srdeční stín při CHSS, nebo rozšíření plicních hilů či redistribuci plicní kresby při plicní hypertenzi.

Echokardiografie patří k základním vyšetřovacím metodám v diagnostice CHSS, neboť umožňuje prokázat a kvantifikovat poruchu funkce levé i pravé srdeční komory.

Spiroergometrie je indikovaná k posouzení funkčního stavu a prognózy nemocných s CHSS. Nejčastěji je zátěž prováděna na bicyklovém ergometru či běhátku.

Zátěžová echokardiografie (dobutaminová) slouží k posouzení viability myokardu u klidově těžce dysfunkčních segmentů LK.

Perfúzní scintigrafie myokardu dovoluje posouzení relativního prokrvení jednotlivých oblastí myokardu v klidu i při zátěži.

Pozitronová emisní počítačová tomografie představuje zlatý standard pro hodnocení viability myokardu.

Selektivní koronarografie je u nemocných s CHSS indikovaná především k objasnění příčiny onemocnění a k posouzení prognózy. (4, 11)

1.1.5 Léčba

Léčení srdečního selhání spočívá v zavedení správné medikace. Volba dalších postupů je určována v závislosti na onemocnění, které k rozvoji srdečního selhání vedlo. Důležitá je korekce faktorů zhoršujících základní onemocnění: jako hypertenze, interkurentní infekt nebo arytmie.

Dietní opatření

Srdeční selhání je stav, při němž je zadržován chlorid sodný. Omezení příjmu soli patří k základním léčebným zákrokům. U mírného srdečního selhání je příjem soli omezován na 5 - 6 g, u pokročilého na 3 - 4,5 g denně. K restrikci tekutin se přistupuje pouze u refrakterních otoků nebo u stavů spojených s hyponatrémií, kdy doporučený příjem tekutin je 1 - 1,5 l tekutin denně.

Dalším důležitým opatřením je omezení příjmu alkoholu a poučení nemocného o škodlivosti kouření.

Tělesná aktivita a cvičení

Je prokázán pozitivní vliv aktivní pohybové intervence na závažnost a prognózu srdečního selhání. Cvičení na úrovni 40 - 75 % vrcholové spotřeby kyslíku zvyšuje toleranci zátěže a

zlepšuje kvalitu života. Rehabilitační program, ať prováděný doma, nebo v příslušném zdravotnickém zařízení, zlepšuje kondici i psychický stav nemocných.

Farmakoterapie

Diuretika stimulují exkreci sodíku. Základem léčby jsou kličková diuretika (furosemid), která účinkují v ascendentním raménku Henleovy kličky. Nejčastějším nežádoucím účinkem diuretik je hypokalémie často provázená hyponatrémií, a proto se kombinují kličková diuretika se spironolaktonem.

Inhibitory renin-angiotenzin-aldosteronového systému: inhibitory ACE, blokátory AT₁ receptoru pro angiotenzin II a antagonisté aldosteronu. Inhibitory ACE jsou nejvíce prověřenou skupinou léků. Řada velkých klinických studií ukázala, že inhibitory ACE zlepšují průběh srdečního selhání a snižují úmrtnost.

Betablokátory se staly důležitým lékem v léčbě CHSS. Snižují napětí sympato-adrenálního systému, snižují srdeční frekvenci a mají antiarytmický účinek. Jsou kontraindikovány při akutním srdečním selhání, bronchiálním astma, bradykardií aj.

Srdeční glykosidy (digoxin) zvyšují kontraktilitu myokardu a intracelulární koncentraci kalcia. Důležitá je též schopnost blokovat převod vzruchu v síňokomorovém uzlu a snížit aktivitu sympatiku. Podávají se u nemocných s fibrilací síní s rychlou odpovědí komor.

Antiarytmika se využívají k prevenci náhlé srdeční smrti, způsobené nejčastěji komorovou tachykardií nebo fibrilací komor. Nejvýznamnější preventivní účinek mají betablokátory, z antiarytmik lze uvažovat pouze o amiodaronu.

Pozitivně inotropní látky (inhibitory PDE, katecholaminy, levosimendan).

Vazodilatancia – nejčastěji jsou používány nitráty.

Antikoagulační a antiagregační léčba snižuje riziko tromboembolických komplikací u nemocných se srdečním selháním.

Nefarmakologická léčba

- alternativní chirurgické metody:
 - chirurgická revaskularizace myokardu (aortokoronární bypass)
 - výkony na srdečních chlopních
 - výkony na srdečních komorách
- katetrizační revaskularizace myokardu (PTCA)
- biventrikulární kardiostimulace – srdeční resynchronizační léčba
- implantace automatického kardioverteru-defibrilátoru
- mechanické srdeční podpory
- kontinuální arteriovenózní nebo venovenózní hemofiltrace

1.1.6 Prognóza

Srdeční selhání představuje celou škálu stavů od asymptomatické dysfunkce levé komory až po velmi pokročilé, život ohrožující onemocnění. V každém z těchto období je třeba najít optimální postup, který může zajistit uspokojivou kvalitu života nemocného i zlepšení jeho prognózy. Prognóza je závislá na klinické závažnosti srdečního selhání vyjádřené třídou klasifikace NYHA. Roční mortalita se odhaduje ve funkční třídě NYHA I pod 5 %, NYHA II 5–10 %, NYHA III 10–20 %, NYHA IV 20–40 %.

Prognóza pacienta s manifestním srdečním selháním je závažná, neboť polovina pacientů umírá během čtyř let. (3, 5, 6)

1.1.7 Edukace

Z ošetrovatelského hlediska je potřeba pacienty s chronickým srdečním selháním edukovat v oblasti dietního a pitného režimu. Také je podstatné poučení o pravidelném užívání léků a pravidelných kontrolách zdravotního stavu. Neméně důležité je poučení nemocného o omezení příjmu alkoholu a o škodlivosti kouření, o zdravém životním stylu, o vhodném pohybu a vyvarování se námahy. (9)

1.1.8 Ošetrovatelská péče

U nemocných s dekompenzací CHSS je nutná hospitalizace. Je potřeba zavést intravenózní vstup a parenterální podávání léků.

Pokud je vývoj onemocnění nepříznivý i po odstranění zhoršujících faktorů a správně vedené medikaci, je nutné zvážit u nemocného transplantaci srdce. Nemocní jsou pak vyšetřováni jako kandidáti OTS a následně zařazeni na čekací listinu – tzv. Waiting list. Po zhodnocení jejich stavu jsou buď propouštěni domů, kde čekají jako ambulantní kandidáti, nebo jsou po celou dobu hospitalizováni a čekají na transplantaci srdce v urgentním pořadí.

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s pokročilým srdečním selháním je složitá a často dlouhodobá. Spočívá ve sledování FF (pulz, krevní tlak, dechová frekvence, tělesná teplota), EKG, saturace O₂, vědomí, často i invazivní měření (arteriální TK, CŽT), sledování bilance tekutin, tělesné váhy, podávání léků ordinovaných lékařem a sledování jejich účinku. Sestra aplikuje nemocnému kyslík, dbá o průchodnost dýchacích cest, zajistí dechovou rehabilitaci. Pečuje o invazivní vstupy, odebírá biologický materiál a odesílá jej na vyšetření, sleduje výsledky laboratorních a diagnostických vyšetření. Připravuje nemocného k diagnostickým a

léčebným výkonům, asistuje při nich lékaři, pečuje o nemocného po výkonu. Zhodnotí stupeň soběstačnosti, pečuje o hygienu nemocného, zajistí podmínky k dostatečnému spánku a odpočinku. Zajistí podávání vhodné stravy, poučí nemocného o omezení soli v potravě a o příjmu tekutin. Sleduje vyprazdňování moče a stolice.

Sleduje psychický stav nemocného, snaží se ho podpořit. Uspokojuje individuální potřeby nemocného.

1.2 Ortotopická transplantace srdce

1.2.1 Charakteristika

Transplantace srdce je chirurgická metoda léčení nemocných, kteří dospěli do konečné fáze srdečního selhání.

První úspěšná transplantace srdce byla provedena prof. Christianem Barnardem v roce 1967 v Kapském Městě v Jihoafrické republice. Později došlo k rozvoji transplantačního programu ve světě, přičemž vedoucím centrem bylo pracoviště Stanfordské univerzity v USA.

V ČR byl klinický program transplantace srdce zahájen 31. ledna 1984 v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. První operovaný nemocný pak žil 13 let. Do roku 2008 zde bylo provedeno více než 700 transplantací. Později, v roce 1992, zahájil program transplantací srdce tým brněnského Ústavu kardiovaskulární a transplantační chirurgie. (5, 6)

1.2.2 Indikace k ortotopické transplantaci srdce

Transplantace je indikována u nemocných ve velmi pokročilé fázi srdečního selhání, které je již refrakterní na medikamentózní léčbu a nelze ho řešit jiným způsobem. Velmi pokročilá fáze srdečního selhávání je obvykle charakterizovaná výrazným omezením kvality života nemocného (NYHA III–IV), velmi pokročilým stupněm dysfunkce levé srdeční komory a špatnou prognózou. Z hlediska diagnózy jsou indikováni k OTS nejčastěji nemocní s dilatační kardiomyopatií a s ischemickou chorobou srdeční. (6)

1.2.3 Kontraindikace k ortotopické transplantaci srdce

Absolutní kontraindikace: probíhající nebo chronická infekce, jiné závažné onemocnění (malignita v posledních 5 letech), fixovaná plicní hypertenze, závislost na alkoholu, drogová závislost, psychóza, BMI > 40 kg/m².

Relativní kontraindikace: věk nad 60–65 let, diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi, povšechná ateroskleróza, předpoklad špatné spolupráce (nedodržování léčebného režimu, poruchy chování, deprese), špatné sociální zázemí, BMI > 30 kg/m². (6)

1.2.4 Vyšetření kandidáta transplantace srdce a zařazení na čekací listinu

První vyšetření (pokud pacient není ve velmi těžkém stavu) je obvykle provedeno v ambulanci, kde lze získat informace o funkci levé komory a o toleranci zátěže nemocného. Součástí vyšetření je vždy echokardiografie a spirometrie. Pokud je stav posouzen jako pokročilé srdeční selhání, je nemocný pozván k podrobnému vyšetření při hospitalizaci. Je-li vyloučená možnost jiného způsobu léčby a nejsou shledány důvody proti transplantaci, nemocný je podrobně informován o možném přínosu, riziku a o omezeních, která může po zařazení do programu očekávat.

V případě kladného postoje nemocného jsou provedena obvyklá vyšetření:

- podrobná anamnéza a objektivní vyšetření
- EKG, echokardiografie, rentgen hrudníku
- spirometrie, spiroergometrie
- pravostranná katetrizace, sonografie karotid a břicha
- vyšetření/ošetření fokální infekce: - stomatologické vyšetření
 - ORL vyšetření
 - gynekologické vyšetření u žen
- laboratorní vyšetření – krevní skupina, krevní obraz, koagulační vyšetření, základní biochemie, moč chem. a sediment, glomerulární filtrace, bakteriologie – kultivace krk, nos, moč, imunologie – protilátky proti panelu lymfocytů, HLA typizace, protilátky ATG, markery hepatitid, virologie, Borrelia IgG, IgM, Toxoplasma IgG, IgM, event. doplňující vyšetření – onkomarkery, hormony štítné žlázy.

Výsledky vyšetření jsou poté předloženy na klinické konferenci a na společném indikačním pohovoru, kde jsou již přítomni kardiochirurgové. Pokud nemocný s transplantací srdce souhlasí, je zařazen na čekací listinu.

Na čekací listině jsou nemocní řazeni podle krevních skupin a váhových kategorií v pořadí, v jakém byli indikováni. Je vyčleněna kategorie urgentních příjemců, kteří mají vždy v nabídce přednost. To jsou pacienti, jejichž stav vyžaduje pobyt v nemocnici a parenterální podávání léků, často katecholaminů.

Nemocní na čekací listině v ambulantním pořadí jsou sledováni ve spolupráci se spádovým kardiologem obvykle v intervalech 2 - 3 měsíců. V některých případech se klinický stav

zlepší natolik, že je možné uvažovat o vyřazení z čekací listiny. Vyřazení je často pouze dočasné. Pokud dojde k opětovnému zhoršení stavu, nemocný se vrací na listinu v pořadí, na němž figuroval před vyřazením. (6)

2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: F. H.

Oslovení: pan H

Věk: 63 let

Adresa: Praha

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Vzdělání: vyučen

Povolání: invalidní důchodce, dříve potrubář

Národnost: česká

Stav: ženatý

Náboženské vyznání: bez vyznání

Datum přijetí na kardiologické oddělení: 28. 10. 2008

Hlavní důvod přijetí: dekompenzace srdečního selhání

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka

V této práci jsem zachytila péči o pacienta od 29. 10. do 2. 11. 2008.

3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 70 letech na IM, matka zemřela v 71 letech na rakovinu tlustého střeva, sourozence nemá, dcera údajně zdravá (neví přesně, není s ní v kontaktu). Rodinnou anamnézu jsem doplnila na základě rozhovoru s pacientem.

Osobní anamnéza: prodělal běžné dětské nemoci, v r. 1999 zjištěna vředová choroba žaludku, t. č. v klidu, cholecystolithiasa, dyslipidemie

4/2000 pneumonie dle dokumentace

5/2000 hospitalizován na interní klinice pro atypické bolesti na prsou, kde zjištěna těžká postinfarktová dysfunkce LK s EF pod 20 %. Dle SKG uzávěr RIA, RC, ACD, průchodný pouze stenotický RIM. Pacient předveden na kardiologickém indikačním pohovoru a nález shledán jako chirurgicky nerekonstruovatelný. Do roku 2007 při pravidelných ambulantních kontrolách bez epizody pravostranné srdeční insuficience.

5/2007 poprvé dekompenzace pravostranné srdeční insuficience. Pacientovi při hospitalizaci doporučeno vyšetření jako kandidáta OTS, pacient by si však případnou transplantaci nepřál.

2/2008 hospitalizace pro oboustrannou srdeční insuficienci, s převahou PSI a s ascitem, retence tekutin + 22 kg, primoimplantace 1D ICD pro běhy nesetrválé komorové tachykardie v rámci prevence náhle smrti. Pacientovi opět navrženo vyšetření se zvážením možnosti zařazení na čekací listinu OTS. Pacient navržený postup opět odmítá.

Osobní anamnézu jsem doplnila dle předešlých dokumentací.

Abusus: kouřil 40 let, nekouří od února 2008

Pracovní anamnéza invalidní důchodce, dříve potrubář

Sociální anamnéza: žije s manželkou v družstevním bytě

Alergologická anamnéza: alergie neudává

Farmakologická anamnéza: Preductal 1-0-1, Hydrochlorothiazid 1-0-0, Milurit 100 mg 1-0-0, Godasal 1-0-0, Furon 40 mg 1-1-0, Verospiron 0-1-0, Coryol 6,25 mg 1/2-0-1/2.

Nynější onemocnění

63letý nemocný s pokročilým srdečním selháním přichází na ambulanci Akutního příjmu pro zhoršující se dušnost v trvání asi 6 dní, motání hlavy, progresivní otoků DK. Hůře se mu dýchá i přes noc, často se musí posazovat. Palpitace nepozoroval, poslední výboj z ICD dostal dne 12. 9. 2008.

Na ambulanci zavedená i.v. kanyla a aplikován Furosemid 40 mg intravenózně. Po dohodě s vedoucím lékařem LPS pacient přijat na naše oddělení k další léčbě.

3.2 Lékařské diagnózy

Chronické srdeční selhání na podkladě ICHS

ICHS, stav po IM 5/2000

Stav po OSI s převahou PSI s ascitem 2/2008

Stav po implantaci 1 D ICD z primární profylaxe 2/2008

Městnavá hepatopatie

Cholecystolithiasa

Chronická renální insuficience

Porucha metabolismu lipidů

Vředová choroba žaludku, t. č. v klidu

4 PŘEHLED PROVEDENÝCH DIAGNOSTICKY VÝZNAMNÝCH VYŠETŘENÍ

4.1 Antropometrické údaje

Výška: 180 cm

Váha: 105 kg při přijetí, hmotnost se pohybovala po dobu mého ošetřování v rozmezí 100 - 105 kg

BMI 32,4 kg/m² při přijetí

4.2 Fyzikální vyšetření

Pacient je orientován osobou, místem i časem, spolupracuje. Je obézní, známky hyperhydratace až anasarka.

Hlava: normálně konfigurovaná, poklep na dutiny nebolestivý, neurologicky bez ložiskového nálezu.

Oči: uložení symetrické, víčka bez otoků, spojivky růžové, zornice izokorické, dobře reagují oba zornicové reflexy. Pacient používá brýle na čtení (+ 1 dioptrie na obě oči).

Uši, nos: bez patologické sekrece, sluch dobrý.

Dutina ústní: jazyk vlhký, bez povlaku, zubní protéza horní i dolní, cyanóza rtů.

Krk: pulzace karotid symetrická, zvýšená náplň krčních žil, uzliny a štítná žláza nezvětšeny.

Hrudník: symetrický, klenutý, vlevo jizva po implantaci 1 D ICD.

Dýchání: tiché, alveolární, vpravo inspirační chrůpky do ½ plic, vlevo do ⅓.

Akce srdce: mírně nepravidelná, ozvy 2, neostré, tiché, bez šelestu.

Břícho: měkké, hůře prohmatné při obesitě, ascites, hepar nehmatný, pokleповě asi + 6 cm, tpt bilat. negativní, peristaltika přítomná.

Kůže: čistá, mírně ikterická, bez cyanózy, hyperpigmentace DK.

Horní končetiny: volně pohyblivé, v PHK zavedená intravenózní kanyla.

Dolní končetiny: otoky bilaterálně až do třísel.

Páteř: postavení poměrně rovné, chůze pomalá.

4.3 Fyziologické funkce

Při přijetí byl pacient napojený na monitor vitálních funkcí. Pulz byl kontinuálně monitorován a zaznamenáván v hodinových intervalech. Frekvence srdce se pohybovala v rozmezí 82 - 120/min., po celou dobu přítomné četné komorové extrasystoly až triplety a několikrát byly zaznamenány běhy nesetrvalé komorové tachykardie s frekvencí 169 - 189/min. Krevní tlak byl měřen a zaznamenáván každou 1 hodinu. Hodnoty TK se pohybovaly v rozmezí

85/50 - 115/80 mmHg. Tělesná teplota byla měřena 2 x denně. Pacient byl celou dobu afebrilní. Čtvrtý den hospitalizace zaveden CŽK a měřen CŽT 2 x denně. První den se hodnoty pohybovaly v rozmezí 20 - 22 mmHg, další dny v rozmezí 17 - 19 mmHg. Saturace O₂ byla měřena a zaznamenávána 3 x denně. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí 93 - 99 %.

Elektrokardiografické vyšetření

29. 10. 2008: sinusový rytmus 73/min. PR 160, QRS 160, QTc 490, RBBB, četné komorové extrasystoly

31. 10. 2008: sinusový rytmus 95/min. PR 168, QRS 168, QTc 493, RBBB, velice četné komorové extrasystoly

4.4 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 3 Biochemická vyšetření

	29. 10	30. 10.	31. 0	1. 11.	2. 11.	Refer. interval Jednotky
Na	131,5	132,8	130,6	132,8	134,5	137-144 mmol/l
K	^{6:00} 3,53 ^{15:00} 3,25	^{6:00} 3,10 ^{17:00} 3,34	3,97	3,65	4,07	3,5-5,10 mmol/l
Cl	89,8	91,6	90,6	93,6	95,6	98-107 mmol/l
Bilirubin celk.	79,8	70,1	68,5	63,7	61,1	3,4-20 μmol/l
AST	0,95	0,82	0,76	0,61	0,60	0,17-0,75 μkat/l
ALT	1,30	1,25	1,02	0,77	0,69	0,17-1,17 μkat/l
ALP	1,93					0,58-1,75 μkat/l
GMT	2,14					0,20-1,75 μkat/l
Celk. bílkovina	71,1					64-79 g/l
Albumin	36,5					36-45 g/l
Kreatinin	172,3	178,2	189,9	170,9	154,6	60-100 μmol/l
Urea	16,6	19,3	21,9	19,9	16,2	3,0-9,2 mmol/l
Kys.močová	416					210-420 μmol/l
Glykovaný Hb	4,6					2,8-4,0 %
Glukosa	6,67	5,34		5,69		3,6-5,59 mmol/l
CRP	12,8				8,7	0,2-5 mg/l
Triglyceroly	0,97					0,5-2,2 mmol/l
HDL-cholesterol	0,68					1,1-2,59 mmol/l
LDL-cholesterol	2,88					2,0-3,88 mmol/l
Cholesterol	4,10					4,0-5,2 mmol/l
CK	1,13					0,50-3,33 μkat/l
Troponin I	< 0,10					0,0-0,1 μg/l
BNP	1744,5					10,4-104 ng/l
Ca	2,28					2,15-2,51 mmol/l
Mg	0,90					0,74-0,91 mmol/l
Moč chem. + sed. – negat.						

Hematologická vyšetření ze dne 29. 10. 08

KO: trombocyty $98 \times 10^9 /l$, ostatní v normě, koagulace: Quick 75 %, INR 1,2, krvácivost Ivy 15 min..

Vyšetření acidobazické rovnováhy ze dne 29. 10. 08: PH 7,481, pO_2 8,64, pCO_2 5,58, BE +7,1, HCO_3^- 30,9, saturace artérie 0,95.

Ostatní laboratorní vyšetření ze dnů 29.-31. 10. 08

tumorové markery: CA 125 97,8 kU/l, CEA 4,3 $\mu g/l$, ostatní v normě, okultní krvácení – negat.,

markery hepatitid negat., hormony štítné žlázy v normě, HLA metody – výsledek není k dispozici, protilátky proti panelu lymfocytů – výsledek není k dispozici,

imunologie: protil. ATG 1,5 IP, EBV VCA IgG 45 kU/l, EBV VCA IgM, EBV EA IgG, EBNA IgG v normě, Borrelia IgG > 240 k AU/l, Borrelia IgM, Toxoplasma IgG, IgM v normě,

kultivace: nos, krk, moč – negat.

4.5 Zobrazovací metody

RTG hrudníku ze dne 28. 10. 2008 vleže: ložisko neprokázáno, kresba plicní v normě. Stín srdce výrazně rozšířen doleva, bez progresu. PM zleva do PK.

RTG hrudníku ze dne 31. 10. 2008 ve stoje: bránice je hladká, klenutá. Ložiskové změny ani PNO v plicním parenchymu neprokázány. Plicní kresba je v hilech akcentovaná. Srdeční stín rozšířen s převahou doleva. Aorta je přiměřená. CŽK je zavedena zprava transjugulárně, hrotem do HDŽ. Vlevo ICD.

RTG VDN ze dne 31. 10. 2008: VDN mají přiměřenou transparenční a pneumatizaci.

Echokardiografie ze dne 28. 10. 2008 se závěrem: těžká dilatace a dysfunkce obou komor srdečních, vysoké plnicí tlaky obou komor, významné AV regurgitace.

Spirometrie ze dne 29. 10. 2008 se závěrem: středně těžká obstrukční ventilační porucha.

Sono břicha s dopplerem ze dne 31. 10. 2008 se závěrem: Cholecystolithiasa, hraniční šíře stěny žlučníku. Výrazná dilatace lumen a zpomalení toku v hepatálních vénách a v dolní duté žíle, odpovídá městnavým projevům. Játra zvětšená, není ascites. Inip. chronická nefropatie.

Sono karotid s dopplerem ze dne 31. 10. 2008: Na extrakraniálním povodí karotid bilat. bez významněji stenotizujících plátů, bez urychlení toku. Nepravidelné arteriální tokové křivky při arytmií. Širší průchodné lumen obou vnitřních jugulárních žil.

Kontrola ICD ze dne 30. 10. 2008. se závěrem: funkce ICD je správná, rána je klidná.

5 PŘEHLED TERAPIE

5.1 Farmakoterapie

Tabulka č. 4 Léky aplikované intravenózně

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Dávkování a doba aplikace	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Furosemid forte	Furosemidum	injekční roztok	125 mg 1 x denně R dle CŽT od 31. 10.	Diuretikum	poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy
Furosemid 20 mg	Furosemidum	injekční roztok	60-40-40mg, od 28 - 31. 10. od 31. 10. 0-40-40 mg dle CŽT	Diuretikum	poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy, svalové křeče
Aldacton	Kalii canrenoas	injekční roztok	200 mg 1 x denně R dle CŽT	Diuretikum šetřící draslík	poruchy elektrolytové rovnováhy, svalová slabost, křeče
Tensamin	Dopamini hydrochloridum	injekční roztok	200 mg v 50 ml FR kontinuálně rychlostí 4,5 ml/hod	Sympatomi- metikum	tachykardie, palpitace, anginózní obtíže, nauzea, bolesti hlavy
Dobutrex	Dobutamini hydrochloridum	Prášek k přípravě injekčního roztoku	250 mg v 50 ml FR kontinuálně rychlostí 6,3 ml/hodn od 31. 10.	Sympatomi- metikum	zvýšení srdeční frekvence, zvýšený TK, komorové extrasystoly
Kalium chloratum 7,45%	Kalii chloridum	koncentr. infúzní roztok	30 ml 7,45% KCl do 250 ml FR rychlostí 30 ml/hod 29. - 30. 10.	Přípravek obsahující draslík	zvýšení hladiny draslíku v krvi, nevolnost, zvracení, průjem

Cardilan	Kalii hydrogenoaspartas hemihydricus Magnesii hydrogenoaspartas tetrahydricus	injekční roztok	1 amp dle iontů 29. - 30. 10.	Kardiakum	při předávkování možnost vzniku hyperkalémie a hypermagnézémie, nevolnost, průjem
----------	--	-----------------	----------------------------------	-----------	---

Tabulka č. 5 Léky aplikované podkožně

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Dávkování a doba aplikace	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Clexane	Enoxaparinum natricum	injekční roztok	0,4 ml 1 x denně od 29. - 30. 11., 0,2 ml 1 x denně od 1. 11.	Antitrobotikum Antikoagulans	krvácení. trombocytopenie, lokální reakce

Tabulka č. 6 Léky podávané perorálně

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Dávkování a doba aplikace	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Preductal	Trimetazidini dihydrochloridum	potahovaná tableta	1 x 20mg	Cytoprotektivní antiischemikum	ojediněle nevolnost, zvracení
Milurit	Allopurinolum	tableta	1 x 100 mg	Antiuraticum	kožní reakce, průjem, bolesti břicha

Kalnormin	Kalii chloridum	tablety s prodlouženým uvolňováním	3 x 1g dle iontů	Minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem	zažívací obtíže, zvýšení hladiny draslíku v krvi
Coryol	Carvedilolum	tableta	2 x 6,25 mg	Betablokátor	bolest hlavy, svalová bolest, závratě, únava, zpomalený srdeční tep
Helicid	Omeprazolum	tvrdá tobolka	2 x 20mg	Antiucerozum, Inhibitor proton.pumpy	bolest hlavy, závratě, zažívací obtíže
Hypnogen	Zolpidemi tartras	potahovaná tableta	1 tbl na noc dle potřeby	Lék ke krátkodobé léčbě nespavosti	točení hlavy, bolest hlavy, ospalost během dne, nauzea
Godasal	Acidum acetylsalicylicum, glycinum	tableta	1 x 100mg	Antitrombotikum	zažívací potíže, alerg. projevy, zvýšená krvácivost
Magnesium	Magnesii oxidum ponderózum	šumivá tableta	1 x 250 mg	Minerální přípravek	řidší stolice, nevolnost

5.2 Dietoterapie

Panu H byla předepsána dieta č. 3 – racionální. Žádné jiné přání ohledně diety pacient neměl.

5.3 Pohybový režim

Pan H měl první tři dny omezený pohyb pouze kolem lůžka. Ve spolupráci s fyzioterapeutkou byla zahájena rehabilitace dle pokynů ošetřujícího lékaře. U pacienta jednou denně prováděla léčebnou tělesnou výchovu a dechová cvičení.

6 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pan H byl přijat dne 28. 10. 2008 na naše oddělení pro dekompenzaci chronického srdečního selhání na podkladě ICHS. V době přijetí pacient klidově dušný, přítomné výrazné otoky dolních končetin, závratě. Pacientovi bylo navrženo vyšetření se zvážením možnosti zařazení na čekací listinu OTS. Pacient navržený postup (stejně jak i při minulé hospitalizaci) odmítá s tím, že to ještě zváží. Byla zahájena léčba diuretiky a renální dávkou Dopaminu. Zlepšení stavu pouze částečné, a proto 31. 10. 2008 zaveden CŽK a přidán Dobutamin.

Pacient od 30. 10. 2008 souhlasí s možností transplantace srdce a následně zahájen vyšetřovací program v rámci zařazení na čekací listinu OTS. Na základě vyšetření nebyla shledána absolutní kontraindikace k transplantaci srdce a pacient byl dne 25. 11. 2008 indikován k OTS v urgentním pořadí a zapsán na WL OTS.

Vzhledem k četným komorovým extrasystolám provedena dne 5. 12. 2008 RFA, která však byla neúspěšná. V průběhu hospitalizace, při kombinované inotropní podpoře zlepšení stavu, a proto Dobutamin od 18. 11. postupně vysazen. To však pacient netoleroval – rychlý rozvoj známek PSI, a tak podávání Dobutaminu znovu zahájeno.

V současné době hospitalizace trvá, pacient je relativně stabilizován na kombinované inotropní podpoře a čeká na transplantaci srdce v urgentním pořadí.

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

1.1 Náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci

Pan H vnímá svou nemoc jako důsledek stresu a starosti, které v životě prožil. Se svou nemocí se naučil žít. Uvědomuje si, že postižení jeho srdce je velice závažné a že jediným východiskem z tohoto život bezprostředně ohrožujícího stavu je transplantace srdce. Přesto ji v minulosti odmítal. Nyní danou možnost zvažuje, ale chybí mu rozhodnost či impuls ke konečnému rozhodnutí. Hospitalizaci vnímá pozitivně a věří, že mu pomůžeme zmírnit jeho potíže. (12, 13)

1.2 Základní biologické potřeby

Dýchání

Pan H mi sdělil, že dušnost ho trápí nepřetržitě od roku 2000, kdy mu bylo zjištěno, že prodělal infarkt. Nejprve pozoroval dušnost při námaze, ale po chvíli odpočinku se mu dýchalo znovu dobře. Postupně se dušnost objevovala i při menší námaze (např. chůze po rovině) a za poslední rok pociťuje výrazné zhoršení i při běžných denních činnostech. Proto přestal od února 2008 kouřit. Pan H kouřil téměř 40 let, kolem 10 - 20 cigaret denně. Poslední týden to už nemohl vydržet, často se v noci pro dušnost budil, musel se posazovat. V den přijetí téměř celou noc nespál, špatně se mu dýchalo, a proto se rozhodl jít k lékaři. Při rozhovoru je pacient klidově dušný, občas pokašlává, bez expektorace a rýmy, přítomná cyanóza rtů. Frekvence dechů je 24/min, saturace kyslíku kolem 94 - 96 %. (12, 13, 14)

Hydratace

Pan H má omezený příjem tekutin max. do 1500 ml denně. Dodržování pitného režimu mu však dělá potíže. Má rád polévky a domníval se, že pokud je polévka hustější konzistence, nepokládá se za tekutinu. Rád pije minerálky, čaj a občas si dá studenou kolu. Nemá rád kávu, protože mu dělá žaludeční potíže. Alkohol si dá příležitostně, ale jen velice málo.

Nyní pan H jeví známky výrazné retence tekutin v organismu – dušnost, otoky dolních končetin až k tříslům, ascites. Kůže v oblasti bérků je lesklá a napjatá.

V příjmu tekutin je pacient soběstačný. (12, 13, 14)

Výživa

Na doporučení lékaře se pan H snažil dodržovat nízkocholesterolovou dietu. Za poslední 3 měsíce však přibral na váze přibližně 8 kg. Domnívá se, že to souvisí se zadržováním vody v organizmu. Se svou váhou je nespokojen a rád by zhubnul.

Pan H jí rád různé omáčky, maso spíše kuřecí a ryby. Velice rád má sladká jídla jako např. dukátové buchtičky s vanilkovým krémem. Nemá rád uzeniny, smažená jídla a brokolici.

Pan H používá horní i dolní zubní protézu, která mu prý nečiní při jídle potíže.

Pacient je schopen se najíst sám, netrpí nechutenstvím.

BMI při přijetí: 32,4 kg/m², což značí obezitu I. stupně (příloha č. 2). (12, 14, 15)

Vyprazdňování stolice

Pan H udává, že se vyprazdňuje většinou pravidelně každé ráno. Problémy s vyprazdňováním mu dělá jenom změna prostředí. Projímadla ani laxativa zatím nežíval. Poslední stolice byla včera ráno. Peristaltika přítomná, větry odcházejí. (12, 14)

Vyprazdňování moče

Pan H si stěžuje na časté močení v noci. Doma močil 3 - 4 x za noc, někdy i častěji. Jiné potíže s močením neudává.

Nyní močí pacient na pokoji do močové nádoby. Množství moče je pravidelně sledováno a zaznamenáváno. Močí dostatečně, moč je čirá, bez zápachu a patologických příměsí. (12, 13)

Osobní péče a hygiena

Pan H je zvyklý se mýt dvakrát denně, dává přednost sprchování před koupelí. Obvykle se sprchuje večer před spaním. Po sprchování si kůži na rukou a nohou ošetřuje modrou indulonou. Vlasy mu pravidelně stříhá manželka.

Vzhledem k zdravotnímu stavu se pacient nyní myje v umyvadle, které má připravené u lůžka. Osobní hygienu zvládá na lůžku sám, ale rád by se osprchoval.

Vlasy má krátké, upravené. Nehty na rukou a nohou čisté a ostříhané. Kůže v oblasti bérců je lesklá, napjatá se zvýšenou pigmentací.

V levé kubitě je malý hematoma po odběrech krve. Na pravém předloktí má pacient od přijetí zavedenou periferní kanylu. Okolí vpichu je klidné, bez známek zánětu. Na levé straně hrudníku malá jizva po implantaci ICD zhojená a klidná. (12, 13)

Fyzická a psychická aktivita

Pohybová aktivita pana H je limitována dušností. Doma zvládal běžné denní činnosti sám. Problémy mu dělají nákupy, protože již po 200 m se zadýchává a musí často odpočívat. Na doporučení lékaře, se ale pan H snaží v rámci svých individuálních možností hodně pohybovat. Doma chodil každé ráno a každý večer s pejskem na krátké procházky. Poslední týden to však už nezvládal.

Při vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností vyšla panu H závislost středního stupně (příloha č.4). S fyzioterapeutkou provádí dechová cvičení a léčebnou tělesnou výchovu dle ordinace ošetřujícího lékaře. S rehabilitací mu pomáhá také manželka, která je bývalá fyzioterapeutka.

Velkým koníčkem pana H je chata. S manželkou tam tráví celé léto. Mají tam spoustu přátel, s kterými si rádi povídají. Rád hraje karty, čte noviny a sleduje televizi. (12, 14, 15, 16)

Spánek a odpočinek

Doma pan H spí v průměru 8 hodin denně, z toho 1 - 2 hodiny odpoledne. Lépe se mu spí v polosedě. Usíná bez problému, většinou u televize. Během spánku ho ruší časté močení. Protože se cítí unavený, odpoledne si rád zdřímne. Prášky na spaní nebere pravidelně, občas užívá Hypnogen. Udává, že během posledního týdne se vůbec nevyspal, protože nemohl dýchat.

Pan H působí unaveně, během dne pospává. V noci usíná později, kolem půlnoci.

Je umístěn na trojlůžkovém pokoji, na němž je intenzivní monitorování pacientů.

(12, 13, 16)

Bolest

Pan H mi sdělil, že když ještě pracoval, míval problémy s bolestí v zádech. Pomáhalo mu, když mu je manželka namasírovala masážní emulzí. Občas užil Ibalgin. Když údajně překonal infarkt myslel si, že bolest na hrudníku souvisí se zády a k lékaři nešel.

Nyní udává, že žádnou bolestí netrpí. Stěžuje si však na křeče v prstech horních končetin, které dosud neměl. Při rozhovoru pacient pohybuje prsty horních končetin, jakoby se snažil je rozcvičovat, z čeho lze usuzovat, že jde o neverbální projev přítomnosti křečí. (12)

Teplota a pohodlí

Pan H má raději chladnější prostředí. Teplota v pokoji je 22 °C a je s ní spokojen.

Má lůžko u okna a to mu vyhovuje. Lůžko je polohovací a pomocí ovládače si může pacient sám nastavit vhodnou polohu. Panu H vyhovuje poloha v polosedě. (12)

Sexualita

Pan H má jednu dceru z prvního manželství. Na otázku sexuality odpověděl, že se ho to už dávno netýká. (12)

1.3 Psychosociální potřeby

Zdraví

Pan H si dobře uvědomuje, že jeho zdravotní stav se zhoršuje. O své diagnóze a léčbě je informován. Navzdory tomu však odmítá možnost transplantace srdce, která mu byla doporučena již dříve. Důvodem je strach o manželku, která překonala nádorové onemocnění. Nechce, aby se kvůli němu stresovala.

Na ambulantní kontroly chodí pravidelně, doporučení lékaře se snaží dodržovat. Dlouholetý kuřák, nyní nekouří od února 2008. Alkohol pije velice málo, příležitostně. (12, 14)

Jistota a bezpečí

Pan H se cítí v nemocničním prostředí bezpečně, ale nejlépe se cítí doma. V práci zdravotnického týmu, který se o něho stará, má naprostou důvěru. Nyní pacient pocítuje nejistotu. Neví, zda jeho rozhodnutí odmítnout transplantaci je správné. (12, 16)

Informace a komunikace

Potřebu informací o svém zdravotním stavu má pan H plně saturováno lékařem. O ošetrovatelské péči je informován sestrami. Pokud něčemu nerozumí, nedělá mu problémy se na to zeptat.

Pan H je komunikativní a společenský. Rád si povídá se sestrami i se spolupacienty.

(12, 13, 16)

Rodina a sociální zázemí

Pan H žije společně s manželkou v panelovém bytě s výtahem ve 3. patře. Má jednu dceru z prvního manželství, s níž však není vůbec kontaktu. S manželkou si většinou poradí sami, když potřebují pomoc, mohou se obrátit na manželčinu sestru. Vztahy se sousedy mají velmi dobré. Vzájemně si pomáhají. (12, 15, 16)

Láska a souměřitost

Myslím, že potřebu lásky má pan H dostatečně saturovanou. Z jeho chování k manželce a z chování manželky k němu je zřejmé, že mají láskyplný vztah. (13)

Duchovní potřeby

Pan H není věřící. Nejdůležitějším člověkem je pro něj jeho manželka. (12)

2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Seřazené podle priorit pacienta a závažnosti od 29. 10. - 2. 11. 2008.

29. 10. 2008

1. Křeče v prstech horních končetin z důvodů iontové disbalance při zavedené diuretické léčbě.
2. Porucha dýchání způsobená nedostatečným vylučováním tekutin z organismu projevující se dušností.
3. Srdeční výdej snížený v důsledku poruchy kontraktility srdečního svalu a extrasystol na základě chronického srdečního selhání.
4. Nejistota v souvislosti s transplantací srdce projevující se odmítáním zákroku.
5. Snížená soběstačnost vlivem zhoršení zdravotního stavu, klidového režimu a mechanických zábran projevující se v oblasti hygieny a vyprazdňování.
6. Porucha spánku z důvodu nedostatku soukromí, dušnosti a častého močení, projevující se únavou a pospáváním během dne.
7. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly a centrálního žilního katétru.
8. Riziko porušení integrity kůže z důvodu otoků dolních končetin při základním onemocnění.

31. 10. 2008

9. Pocit žízně z důvodu omezeného příjmu tekutin.

1. 11. 2008

10. Obstipace vlivem snížené aktivity, změny denního režimu a nutnosti omezení příjmu tekutin.

3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské diagnózy dne 29. 10. 2008

Křeče v prstech horních končetin z důvodů iontové disbalance při zavedené diuretické léčbě

Ošetřovatelský cíl:

Pacient je bez křečí.

Pacient chápe příčinu vzniku křečí.

Hladina kalia v krvi je v normě.

Plán ošetřovatelské péče :

- zjištění místa, intenzity a trvání křečí
- informování lékaře o výskytu křečí u pacienta
- vyšetření hladiny iontů v krvi dle ordinace lékaře
- aplikace léků/infúze dle ordinace lékaře
- vysvětlit pacientovi příčinu vzniku křečí a poučit ho, aby jich výskyt vždy hlásil
- sledování účinku podaných léků
- sledování změn srdečního rytmu v souvislosti s hypokalémií

Realizace:

Při rozhovoru mi pan H sdělil, že od oběda ho trápí zvláštní křeče v prstech horních končetin. Je to poprvé, co se mu to stalo. Udává, že nejsou moc intenzivní, ale hodnotí je jako nepříjemné.

Panu H jsem vysvětlila, že příčinou křečí může být snížená hladina iontů (K, Mg) v krvi, v důsledku zvýšeného močení po aplikaci diuretik. O jejich výskytu jsem ihned informovala lékaře.

Dle ordinace lékaře jsem odebrala krev a odeslala ji na statimové vyšetření iontů a o výsledcích jsem lékaře informovala.

Dle ordinace lékaře jsem aplikovala intravenózně Cardilan a infúzi s KCL. Panu H jsem podala jednu tabletu šumivého Magnesia a vysvětlila mu, že před užitím ji má rozpustit ve 150ml vody. Aplikaci všech léků jsem zaznamenala.

Sledovala jsem účinek podaných léků a pacienta jsem se opakovaně ptala, zda křeče ustupují.

Pana H jsem poučila o nutnosti hlásit křeče ihned, jak se objeví.

Následující den při ranní vizitě pan H sdělil lékaři, že se mu křeče znovu objevily. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala stejnou medikaci, jako předchozí den. Po celou dobu jsem sledovala laboratorní výsledky a patologické hodnoty hlásila lékaři. Pacient byl od přijetí kontinuálně napojený na monitor vitálních funkcí. Po celou dobu jsem sledovala, zde se na EKG nevyskytují změny v souvislosti s hypokalémií. U pacienta byly přítomné četné komorové extrasystoly, které se však vyskytovaly i při normálních hodnotách kalia.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Ošetrovatelský cíl byl splněn v plném rozsahu. Pacient udává ústup křečí do půl hodiny od podání ordinovaných léků. Pacient chápe příčinu vzniku křečí a jich výskyt ihned hlásí. Od třetího dne se křeče již neobjevovaly a hodnoty kalia byly v normě.

Porucha dýchání způsobená nedostatečným vylučováním tekutin z organismu projevující se dušností

Ošetrovatelský cíl:

Zmírnění dušnosti.

Pacient je bez klidové dušnosti.

Pacient zná pitný režim a dodržuje ho.

Plán ošetrovatelské péče :

- aplikace O₂
 - kontrola saturace kyslíku 3 x denně dle ordinace lékaře
 - intravenózní aplikace diuretik dle ordinace lékaře
 - sledování a záznam příjmu a výdeje tekutin
 - poučení pacienta o pitném režimu
 - ve spolupráci s fyzioterapeutkou nácvič dechových cvičení
- od 31. 10. měření centrálního žilního tlaku 2 x denně dle ordinace lékaře

Realizace:

Z centrálního rozvodu kyslíku je pacientovi aplikován kyslík přes kyslíkové brýle rychlostí 2 l/min. Saturaci kyslíku jsem pacientovi měřila 3 x denně, a to s O₂ i bez O₂ dle ordinace lékaře. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí 93 - 95 % bez O₂ a 97 - 99 % s O₂.

Čtvrtý den hospitalizace byl panu H vzhledem k nižší diuréze a zvyšujícím se hodnotám renálních funkcí zaveden centrální žilní katétr. Dle ordinace lékaře, který dávku diuretika ordinoval každý den podle bilance příjmu a výdeje tekutin a od 4. dne i podle aktuální hodnoty centrálního žilního tlaku, jsem aplikovala Furosemid a Aldacton intravenózně. Každou aplikaci léků jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. CŽT jsem měřila a zaznamenávala 2 x denně.

Pacienta jsem poučila o pitném režimu s omezením tekutin max. do 1500 ml/den. Vysvětlila jsem mu, že vyšší příjem tekutin způsobí prohloubení dušnosti. Bilanci tekutin jsem sledovala a zaznamenávala každých 6 hod. Fyzioterapeutka panu H vysvětlila techniku dechových cvičení, která jsme společně s pacientem prováděli několikrát denně.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pana H dušnost postupně ustupovala. Od pátého dne je pacient bez klidové dušnosti. Pacient chápe nutnost omezení příjmu tekutin a pitný režim dodržuje. Cíl byl splněn.

Srdeční výdej snížený v důsledku poruchy kontraktility srdečního svalu a extrasystol na základě chronického srdečního selhání

Ošetrovatelský cíl:

Pacient má hemodynamické parametry v normě.

U pacienta dojde k snížení srdeční zátěže.

Plán ošetrovatelské péče :

- monitorování základních fyziologických funkcí
- aplikace O₂ a léků dle ordinace lékaře, sledování účinku podaných léků
- monitorování srdečního rytmu
- při výskytu maligní arytmie zjištění stavu vědomí a kontrola funkce ICD
- sledování laboratorních výsledků (srdečních enzymů, iontů, urey, kreatininu aj.) a výsledků diagnostických vyšetření
- sledování příjmu a výdeje tekutin
- denní sledování tělesné hmotnosti pacienta
- vysvětlení nutnosti dietní stravy a omezení pitného režimu
- dbát na dostatek odpočinku a pohodlí pacienta

Realizace:

Pan H byl od přijetí kontinuálně napojený na monitor ke sledování srdeční frekvence a krevního tlaku. Uvedené fyziologické funkce jsem sledovala a zaznamenávala v hodinových intervalech. Pacientovi jsem podávala všechny léky ordinované lékařem a jejich aplikaci vždy zaznamenala. Sledovala jsem výsledky laboratorních a diagnostických vyšetření. Už od přijetí byl pacient na katecholaminové podpoře (Tensamin). U pacienta byla potřeba intenzivního monitorování srdečního rytmu vzhledem k četným komorovým extrasystolám. Třetí den hospitalizace se u pacienta objevily běhy nesetrválé komorové tachykardie (příloha č. 6). Ihned jsem zkontrolovala stav vědomí pacienta dle GCS (příloha č. 5) a informovala lékaře. Pan H udává, že cítil palpitace, výboj z ICD nedostal. Pacientovi jsem aplikovala kyslík přes kyslíkové brýle a sledovala saturaci O₂. Následně byla zkontrolována funkce ICD. Pana H jsem poučila, aby v případě výskytu palpitací, motání hlavy či opocení si lehl a zazvonil na sestru. Další dny mého ošetřování se běhy nsKT ještě několikrát objevily. U pacienta je zvažována RFA arytmogenního substrátu.

Vzhledem k zhoršení renálních funkcí a jen částečnému zlepšení stavu, byl panu H čtvrtý den hospitalizace zaveden do pravé jugulární žíly centrální žilní katétr. Před výkonem jsem pacientovi všechno podrobně vysvětlila. Při výkonu jsem asistovala lékaři, s pacientem mluvila a uklidňovala ho. Výkon byl proveden rychle a bez komplikací. Po výkonu jsem ošetřila místo vpichu a změřila CŽT. Pacientovi byla nasazena kombinovaná katecholaminová podpora (Tensamin + Dobutrex).

Pana H jsem denně vážila, sledovala u něj příjem a výdej tekutin každých 6 hodin a všechno zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace. Poučila jsem ho o nutnosti omezení příjmu tekutin a o dietních opatřeních.

Abych snížila srdeční zátěž, pečovala jsem o jeho potřeby a pohodlí. Pomohla jsem mu zaujmout polohu v polosedě, všechno jsem mu po celou dobu vysvětlovala, uklidňovala ho a snažila se ho psychicky podpořit.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacient tlakově stabilní, dušnost postupně ustupuje, ale vzhledem k četným komorovým extrasystolám a opakovaným běhům nesetrválých komorových tachykardií se nepodařilo docílit plné hemodynamické stability. V dalším období je plánovaná RFA arytmogenního substrátu. Ošetřovatelský cíl nebyl splněn v plném rozsahu.

Nejistota v souvislosti s transplantací srdce projevující se odmítáním zákroku

Ošetrovatelský cíl:

Pacient si uvědomí pozitivní i negativní aspekty výběru.

Pacient zhodnotí reálně danou situaci a všechny okolnosti.

Pacient vyjadřuje své pocity spojené s volbou.

Plán ošetrovatelské péče:

- rozhovor s pacientem a vytvoření důvěryhodné atmosféry
- aktivní naslouchání a určení důvodu nerozhodnosti pacienta
- zjištění současné úrovně informovanosti pacienta o svém zdravotním stavu
- podrobné informování pacienta lékařem o současném zdravotním stavu a možnostech léčby
- poskytnout pacientovi časový prostor na otázky
- rozhovor s manželkou pacienta
- ve spolupráci s manželkou poskytnout pacientovi psychickou podporu a pochopení v jeho rozhodování
- využití dostupných informačních a edukačních materiálů v souvislosti s transplantací srdce a životem člověka po transplantaci

Realizace:

Při rozhovoru s panem H jsem se snažila vytvořit bezpečné a vstřícné prostředí a navázat vztah založený na důvěře. Pan H mi sdělil, že hlavním důvodem, proč transplantaci odmítá, je obava o manželku, která před sedmi lety překonala nádorové onemocnění. Nechce ji vystavovat dalšímu stresu, který by představovala tak závažná operace. Říká: „chudinka, tolik si toho vytrpěla, nechci jí přidělovat starosti“.

Pan H je o své nemoci dostatečně informován a ví, že jeho zdravotní stav se zhoršuje. Ošetřující lékař opakovaně probral s pacientem celou situaci a vysvětlil mu, co všechno transplantace srdce obnáší, její přínos ale i možné komplikace. Obeznámil ho se skutečností, že transplantace je v jeho případě jedinou reálnou nadějí na přežití. Další den opětovně probrala s pacientem celou situaci přednostka oddělení.

Od přijetí pacienta jsem byla v kontaktu s jeho manželkou. Při rozhovoru mi sdělila, že je velice nešťastná z toho, že její manžel transplantaci odmítá. Vysvětlila jsem jí, jak velmi je důležitá psychická podpora a opora blízkého člověka v tak závažném rozhodnutí.

Při každé příležitosti jsme pacienta psychicky podporovaly a nechávaly mu příležitost k vlastnímu rozhodování.

Panu H jsem poskytla všechny dostupné brožury o pacientech před a po transplantaci srdce. Umožnila jsem mu rozhovor s pacientem, který je už rok po transplantaci.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pan H si plně uvědomuje závažnost svého stavu. Zná možnosti řešení situace a uvědomuje si následky svého rozhodnutí. Uvítal možnost rozhovoru s pacientem po transplantaci srdce a byl udiven z toho, jak může transplantace výrazně změnit kvalitu života. Třetí den hospitalizace pacient souhlasí s vyšetření před transplantací. Cíl byl splněn v plném rozsahu.

Snížená soběstačnost vlivem zhoršení zdravotního stavu, klidového režimu a mechanických zábran projevující se v oblasti hygieny a vyprazdňování

Ošetrovatelský cíl:

Maximální soběstačnost pacienta.

Pacient má saturované běžné potřeby.

Plán ošetrovatelské péče:

- zjištění míry soběstačnosti pacienta (Barthelův test)
- zajištění hygienické péče se spoluprací pacienta
- zajištění cvičení na lůžku dvakrát denně
- nácvik chůze po pokoji ve spolupráci s fyzioterapeutkou
- využívání pomůcek a úprava prostředí pacienta
- edukace a zapojení manželky pacienta do péče o zvýšení jeho soběstačnosti
- podpora pacienta v jeho snaze o zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti

Realizace:

Při vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností jsem zjistila, že pan H má závislost středního stupně při vykonávání běžných činností (příloha č. 4).

Každé ráno jsem pacientovi připravila k lůžku umyvadlo s vodou, ve kterém se pacient sám umyl. Pak jsem mu pomohla umýt a osušit záda.

Od druhého dne hospitalizace cvičil pan H s fyzioterapeutkou na lůžku. Jeho fyzickou aktivitu jsme dále rozvíjely tím, že při každé úpravě lůžka jsme pana H postavily, přidržely jsme mu injekční dávkovač s infúzí a pomalu s ním lůžko obešly. Pak jsme ho posadily na židli, na které počkal, až lůžko upravíme. Poté jsme ho uložily zpět na lůžko.

Infúzní sety a kabely od monitoru byly dostatečně dlouhé, aby se pacient mohl volně na lůžku pohybovat a nevytrhl si je.

Dle ordinace lékaře jsme od čtvrtého dne s panem H společně s fyzioterapeutkou začaly nacvičovat chůzi po pokoji. Vzhledem k nutnosti kontinuálního monitorování EKG jsem po dohodě s lékařem pacienta napojila na telemetr a odpojila ho od monitoru. Injekční dávkovače jsem upevnila na mobilní infúzní stojan, s nímž mohl pacient bez potíží chodit. Pak jsme s pacientem přešly dvakrát celý pokoj.

Další den ráno jsem pana H doprovodila do sprchy, po dohodě s lékařem na chvíli odpojila telemetr a pomohla pacientovi vysprchovat se. Pak pacient sám bez pomoci, jenom pod mým dohledem, došel k lůžku.

Manželka pana H podle instrukcí fyzioterapeutky s pacientem každý den odpoledne cvičila. Pana H jsem povzbuzovala k soběstačnosti a každou jeho snahu a pokrok ocenila pochvalou.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu přiměřeně soběstačný. Je schopen vykonávat běžné potřeby samostatně. Sám se nají, napije, umyje, s dohledem sestry zvládá pohyb po pokoji. Cíl byl splněn.

Porucha spánku z důvodu nedostatku soukromí, dušnosti a častého močení, projevující se únavou a pospáváním během dne

Ošetrovatelský cíl:

Pacient konstatuje zlepšení svého spánku.

U pacienta dojde k zlepšení pocitu celkové pohody.

U pacienta dojde k zmírnění dušnosti.

Plán ošetrovatelské péče:

- sledování průměrné délky spánku

- zajištění aktivizace a vhodného pohybového režimu pacienta přes den

- zabezpečení klidného a tichého prostředí, omezení rušivých podnětů z okolí před spaním
- nerušit zbytečně spánek pacienta
- dle ordinace lékaře aplikace léků na spaní a sledování jejich účinku a efektivity
- doporučit pacientovi, aby po 18. hodině omezil příjem tekutin
- zabezpečení vhodné polohy, pohody a relaxace

Realizace:

Pana H nebylo možné z organizačních důvodů přestěhovat na jednolůžkový pokoj.

Během dne jsem pacienta aktivizovala, ve spolupráci s fyzioterapeutkou jsem s pacientem denně cvičila. Při každé příležitosti jsem si s ním povídala. Nabádala jsem ho k četbě časopisů a luštění křížovek, což patří mezi jeho záliby.

Pana H trápila dušnost a časté močení, pro které se v noci několikrát budil. Doporučila jsem mu, aby po 18. hodině už nepil žádné tekutiny a také, aby se před spaním ještě vymočil.

Každý den před spaním jsem panu H upravila lůžko a po večerní hygieně namasírovala záda.

Pomohla jsem mu zaujmout polohu v polosedě a aplikovala kyslík přes kyslíkové brýle. Dle ordinace lékaře jsem panu H vždy před spaním podala jednu tabletu Hypnogenu.

Vyvětrala jsem pokoj, eliminovala rušivé faktory a ztlumila světlo. Dle možnosti jsem se snažila respektovat noční klid.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient se první dva dny budil v průměru 2 - 3 x za noc, ale po probuzení usnul do 15 minut.

Kvalita spánku se zlepšila a pacient se ráno cítil odpočínutý. I dušnost se postupně zmenšovala. Pátý den spal pacient v noci téměř pět hodin bez probuzení. Cíle bylo dosaženo.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly a centrálního žilního katétru

Ošetrovatelský cíl:

Okolí intravenózní kanyly a CŽK nejeví známky zánětu.

Plán ošetrovatelské péče :

- aseptický převaz CŽK a intravenózní kanyly 1 x denně a vždy podle potřeby, např. při krvácení z místa vpichu
- sledování okolí místa vpichu a pátrání po známkách infekce (zarudnutí, otok, sekrece)

- dodržování zásad asepse při ředění a podávání infúzí a léků
- měnění infúzních setů za aseptických podmínek 1 x denně
- monitorování TT 2 x denně

Realizace:

Pan H má na pravém předloktí intravenózní kanylu, která mu byla zavedena při příjmu na ambulanci. Každé ráno, po hygienické péči, jsem kanylu převazovala. Zhodnotila jsem místo vpichu (stupnice dle Maddona) a ošetřila dle ošetrovatelského standardu oddělení. Při každé aplikaci léků jsem kontrolovala stav kanyly. Pana H jsem poučila o nutnosti hlásit neobvyklé pocity a projevy, jako bolest, zarudnutí, pálení. Léky a infúze jsem ředila za aseptických podmínek. Infúzní sety a stříkačky v lineárních dávkovačích jsem měnila po 24 hodinách při ředění a podávání nových infúzí. Tělesnou teplotu jsem měřila a zaznamenávala 2 x denně. Stejně tak jsem postupovala po zavedení centrálního žilního katétru. Místo vpichu jsem ošetřila dle ošetrovatelského standardu oddělení. V den napíchnutí centrálního žilního katétru jsem každou hodinu kontrolovala, zda místo vpichu nekrvácí.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Intravenózní kanyla byla panu H vytažena čtvrtý den od napíchnutí, hodnocení dle Maddonovy stupnice - 0 (příloha č. 3). Okolí centrálního žilního katétru po celou dobu mého ošetřování nevykazovalo známky zánětu. Cíl byl splněn.

Riziko porušení integrity kůže z důvodu otoků dolních končetin při základním onemocnění

Ošetrovatelský cíl:

Kůže neprokazuje poruchu integrity.

U pacienta dojde k zmírnění otoků.

Plán ošetrovatelské péče:

- poučení pacienta a pomoc v péči o hygienu dolních končetin
- zdůraznění významu omezení příjmu tekutin
- pravidelná kontrola povrchu kůže
- dbát na bezpečnost pacienta při chůzi i během různých terapeutických procedur, při nichž hrozí poranění kůže

- poučení pacienta o pravidelném cvičení pro povzbuzení krevního oběhu
- doporučit zvednutí dolních končetin při sezení, aby se zvýšil žilní návrat
- informovat pacienta o důležitosti přiměřené a netísňící obuvi

Realizace:

Panu H jsem vysvětlila, že výrazné otoky dolních končetin způsobují zvýšené napětí kůže končetin a tím riziko jejího porušení. Zdůraznila jsem mu význam omezení příjmu tekutin pro zmenšení otoku dolních končetin. Dále jsem mu doporučila v péči o pokožku používat jemná mýdla bez detergentů, jemně a důkladně kůži po umytí osušit a vetřít zvláčňující kosmetický krém nebo mast např. Nivea, Indulona aj. Každý den při ranní hygieně jsem zkontrolovala, zda nedošlo k porušení povrchu kůže. Pak jsem pomohla panu H kůži na dolních končetinách jemně natřít.

Při nácvičku chůze a při všech terapeutických výkonech jsem dbala na bezpečnost pacienta, aby nedošlo k porušení celistvosti kůže.

Panu H jsem doporučila, aby při sezení zvedl dolní končetiny a tím podpořil žilní návrat.

Informovala jsem ho o důležitosti přiměřené a netísňící obuvi.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. V průběhu mého ošetřování nedošlo u pacienta k porušení integrity kůže dolních končetin. Otoky dolních končetin mírně ustupují, ale stále sahají až ke kolenům.

Ošetřovatelské diagnózy dne 31. 1. 2008

Pocit žízně z důvodu omezeného příjmu tekutin

Ošetřovatelský cíl:

Pacient zná možnosti řešení problému.

U pacienta dojde ke zmírnění pocitu žízně.

Plán ošetřovatelské péče:

- vysvětlit pacientovi potřebu sníženého příjmu tekutin při srdečním selhávání
- vysvětlit pojem „skrytá voda“
- doporučení různých metod, jak se dá potlačit pocit žízně
- vypracování plánu denního příjmu tekutin

Realizace:

Pana H jsem poučila o denním příjmu tekutin do 1500 ml/den a vysvětlila mu, proč je důležité jej dodržovat.

Na odpoutání od pocitu žízně jsem mu doporučila cucat ledové kostky, nebo přidat led do pití. Ve spolupráci s pacientem jsem vypracovala denní plán příjmu tekutin. Shodli jsme se na tom, že je v jeho silách plán dodržet. Panu H jsem vysvětlila pojem „skrytá voda“. Poučila jsem ho, že do příjmu tekutin je nutné započítat také polévku, kterou pacient vůbec nebral v potaz jako zdroj vody.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacient chápe nutnost omezení příjmu tekutin. Rozumí pojmu „skrytá voda“ a byl udiven, kde všude se v potravinách může vyskytovat. Uvítal možnost cucat ledové kostky pro snížení pocitu žízně. Několikrát za den si kostku ledu ode mne vyžádal. Udává, že mu to výrazně pomáhá a pocit žízně přes den téměř necítí. Cíl byl splněn.

Ošetřovatelské diagnózy dne 1. 11. 2008

Obstipace vlivem snížené aktivity, změny denního režimu a nutnosti omezení příjmu tekutin

Ošetřovatelský cíl:

Vyprázdnění pacienta do dvou dnů.

Obnovení pravidelné defekace.

Ošetřovatelský plán:

- aplikace glycerinového čípku
- zabezpečení dostatku stravy bohaté na vlákninu – ovoce, zelenina, celozrnné pečivo
- zdůraznění nutnosti zvýšené tělesné aktivity nebo cvičení přiměřené pacientovým schopnostem
- ve spolupráci s fyzioterapeutkou nácvik posílení břišního svalstva k lepšímu využití břišního lisu.

Realizace:

Při vykonávání ranní hygieny si pan H postěžoval, že od přijetí do nemocnice nebyl ještě na stolici. Proto jsem mu zavedla glycerinový čípek. Čípek panu H však nepomohl a tak jsem mu navrhla použít projímadlo. To ale prozatím odmítl. Informovala jsem o tom lékaře. Vzhledem k tomu, že v ten den jsme začaly s panem H společně s fyzioterapeutkou nacvičovat chůzi po pokoji, jsme jej doprovodily na WC. Pacientovi se však ani tak vyprázdnění nepodařilo.

Poradila jsem mu, ať mu manželka přinese potraviny s vysokým obsahem vlákniny. Druhý den pan H posnídal zakysané mléko a celozrnné pečivo. Dopoledne jsem mu zavedla znovu čípek a doprovodila ho na WC.

Požádala jsem dietní sestru, aby panu H místo bílého pečiva objednala pečivo celozrnné.

Manželce pana H jsem doporučila přinášet mu dostatek ovoce a zeleniny.

Fyzioterapeutka panu H vysvětlila a následně ukázala cviky na posílení břišního svalstva k lepšímu využití břišního lisu.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacient se následující den dopoledne vyprázdnil po aplikaci glycerinového čípku.

Vyprazdňování v dalších dnech je pravidelné, bez aplikace čípku. Cíl byl splněn.

4 OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA

Pan H byl přijat na naše oddělení pro pokročilost chronického srdečního selhání. Vzhledem ke chronické povaze a další progresi pacientova onemocnění je transplantace srdce jedinou možností, jak zlepšit jeho prognózu.

Při přijetí však pacient možnost transplantace srdce spíše odmítal. Během hospitalizace jsem s pacientem navázala vztah založený na důvěře. Zpočátku byl pacient nejistý a nerozhodný v tom, zda by transplantaci srdce měl podstoupit. Hlavním důvodem jeho nerozhodnosti byly obavy o manželku, která před sedmi lety překonala nádorové onemocnění. Nechtěl, aby musela prožívat další stres.

Od počátku hospitalizace jsem byla ve spojení s pacientovou manželkou. Celou situaci jsme společně probraly a snažily se pacientovi poskytnout psychickou podporu a pochopení. Nakonec se pacient rozhodl pro transplantaci a tak byl zahájen vyšetřovací program v rámci zařazení na čekací listinu transplantace srdce.

Po celou dobu jsem pacientovi vše vysvětlovala, seznamovala ho se všemi výkony z ošetřovatelského hlediska a odpovídala na otázky. Stav pacienta se postupně zlepšoval, dušnost ustupovala a pacient rehabilitoval. Vzhledem k nutnosti parenterálního podávání léků nemohl být pacient propuštěn do domácí péče. Pan H byl dne 25. 11. 2008 indikován k OTS v urgentním pořadí.

V současné době hospitalizace pacienta trvá a transplantace dosud neproběhla.

Prognóza jeho stavu je vážná. Další průběh onemocnění a kvalita života se budou odvíjet od transplantace srdce – kdy proběhne a jak bude úspěšná.

D SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

SEZNAM LITERATURY

1. DOENGES, M.E. - MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepracované a rozšířené vydání.* Praha: Grada Publishing, 2001, 568 s. ISBN80-247-0242-8.
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy.* 3. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 165 s. ISBN 80-7013-358-9
3. HRADEC, J. - BÝMA, S. Praktický lékař a chronické srdeční selhání. *Practicus*, 2008, roč. 7, č.7, s. 15-20.
4. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní medicíny I. a II. díl. 3. aktualizované a rozšířené vydání.* Praha: Akcenta, 2003, 416 s. ISBN 80-86232-06-9.
5. MÁLEK, I. *Transplantace srdce. Pohled kardiologa.* 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 103 s. ISBN 80-7254-510-8
6. PIRK, J. - MÁLEK, I. a kol. *Transplantace srdce.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 288 s. ISBN 978-80-246-1606-3
7. SOVOVÁ, E. - ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 156 s. ISBN 80-247-1009-9
8. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001, 55 s. ISBN 80-247-0500-6
9. ŠAFRÁNKOVÁ, A. - NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrování I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6
10. ŠPINAR, J. - VÍTOVEC, J. Kombinační léčba srdečního selhání. *Remedia*, 2006, roč. 16, č. 3, s. 245-250. ISSN 0862-8947
11. ŠPINAR, J. - HRADEC, J.- MELUZÍN, J. - ŠPÁC, J. - ŠPINAROVÁ, L. - VÍTOVEC, J.- LUPÍNEK, P. - MÁLEK, I. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Cor Vasa* 2007; 49(1): K5-K34

INFORMAČNÍ ZDROJE

12. rozhovor s pacientem
13. vlastní pozorování pacienta
14. zdravotnická dokumentace
15. manželka pana H
16. zdravotnický personál

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

1D ICD	jednodutinový implantabilní kardioverter/defibrilátor
ACD	arteria coronaria dextra
ACE	enzym konvertující angiotenzin
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AP	angina pectoris
AST	aspartátaminotransferáza
AT ₁	inhibitor receptorů angiotenzinu II
ATG	antithymocytární globulin
BMI	body mass index
BNP	natriuretický peptid typu B-mozkový (brain)
CA 125	nádorový marker
CEA	karcinoembryonální antigen (nádorový marker)
CK	kreatinkináza
CRP	C-reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
CŽT	centrální žilní tlak
DK	dolní končetina
EA	časný antigen
EBNA IgG	IgG protilátky proti EB virovému nukleárnímu antigenu
EBV	virus Epstein-Barr
EBV VCA	EB virový kapsidový antigen
EF LK	ejekční frakce levé komory
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgow Coma Scale
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza
HDŽ	horní dutá žíla
HLA	Human Leukocyte Antigen (hlavní histokompatibilní systém člověka, přítomný ve všech buňkách)
CHSS	chronické srdeční selhání
IgG, IgM	imunoglobuliny (protilátky) třídy G a M
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
INR	mezinárodní normalizovaný poměr (internacional normalized ratio)
KO	krevní obraz
LK	levá komora
PK	pravá komora
LPS	lékařská pohotovostní služba
nsKT	nesetrvalá komorová tachykardie
NT- proBNP	N-terminál BNP
NYHA	New York Heart Association
O ₂	kyslík
OSI	oboustranná srdeční insuficience
OTS	ortotopická transplantace srdce
PDE	fosfodiesteráza
PHK	pravá horní končetina

PK	.....	pravá komora
PM	.....	pace maker, kardiostimulátor
PNO	.....	pneumotorax
PSI	.....	pravostranná srdeční isuficience
PTCA	.....	perkutánní transluminární angioplastika
RBBB	.....	right bundle branch block, blokáda pravého Tawarova raménka
RCx	.....	ramus cirkumflexus
RFA	.....	radiofrekvenční ablace
RIA	.....	ramus interventricularis anterior
RIM	.....	ramus intermedius
RTG	.....	rentgenové vyšetření
SKG	.....	selektivní koronarografie
TK	.....	krevní tlak
tpt	.....	tapottement
TT	.....	tělesná teplota
VDN	.....	vedlejší dutiny nosní
WL	.....	waiting list, čekací listina

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	.....	Vstupní ošetřovatelský záznam a plán individualizované péče
Příloha č. 2	.....	BMI
Příloha č. 3	.....	Stupnice dle Maddona
Příloha č. 4	.....	Barthelův test ADL
Příloha č. 5	.....	GCS
Příloha č. 6	.....	Nesetrvalá komorová tachykardie

Příloha č. 2

BMI (body mass index) $\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost v kg}}{\text{druhá mocnina výšky v m}} = \frac{105}{3,24} = 32,4 \text{ kg/m}^2$

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méně než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Příloha č. 3

Klasifikace tíže flebitis dle Maddona

II.- IV.- extrakce PŽK

stupeň	reakce
0.	není bolest ani reakce v okolí
I.	pouze bolest, není reakce v okolí
II.	bolest a zarudnutí
III.	bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Hodnocení: od 29.10.- 31. 10. stupeň 0

Barthelův test základních všedních činností ADL

	provedení činnosti	bodové skore
1. najedení napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně ned 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů

45 – 60 bodů

65 – 95 bodů

100 bodů

vysoce závislý

závislost středního stupně

lehká závislost

nezávislý

**Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GCS (Glasgow Coma Scale)**

1. otevření očí

spontánní	4 body
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1

2. slovní odpověď

orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1

3. reakce na bolest

provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (dekortikační reakce)	2
nereaguje	1

celkem 15

hodnocení:	15 – 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 – 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 – 3 body	závažná porucha vědomí

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce

