



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

Zuzana Kostrunková

Ošetřovatelská péče o nemocného s diagnózou nestabilní angina
pectoris

Nursing care of the patient with diagnosis nonstable angina pectoris

Bakalářská práce

Případová studie

Praha, Duben 2011

Autor práce:	Zuzana Kostrunková
Studijní program:	Ošetrovateľství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Milena Vaňková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovateľství 3. LF UK v Praze
Odborný konzultant práce:	MUDr. Tomáš Indruch
Pracoviště odborného konzultanta:	III.interní – kardiologická klinika, FNKV
Datum a rok obhajoby:	Červen 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do studijního informačního systému 3. LF UK, jsou totožné. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 13. května 2011

Zuzana Kostrunková

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat svým konzultantům bakalářské práce, Mgr. Mileně Vaňkové a MUDr. Tomáši Indruchovi za ochotu a vstřícnost, stejně jako za profesionální radu a odborné vedení při vypracování této práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 Klinická část	8
1.1 Základní anatomie a fyziologie kardiovaskulárního systému.....	8
1.2 Ischemická choroba srdeční	9
1.2.1 Klasifikace ICHS	10
1.2.2 Patogeneze ischemické choroby srdeční.....	11
1.2.3 Ateroskleróza	11
1.2.4 Patofyziologie	11
1.2.5 Rizikové faktory aterosklerózy	13
1.2.6 Prevence aterosklerózy.....	14
1.3 Nestabilní angina pectoris	14
1.3.1 Charakteristika onemocnění.....	14
1.3.2 Patofyziologie	15
1.3.3 Klinický obraz.....	16
1.3.4 Diagnostika NAP	17
1.3.5 Léčebné postupy u nestabilní anginy pectoris	20
1.4 Základní údaje o nemocném:	23
2 Ošetrovatelská část	30
2.1 Ošetrovatelský proces	30
2.2 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví	32
2.3 Ošetrovatelská anamnéza	33
2.3.1 Vnímání zdraví.....	33
2.3.2 Výživa a metabolismus	34
2.3.3 Vylučování	35
2.3.4 Aktivita, cvičení	35
2.3.5 Spánek, odpočinek	35
2.3.6 Vnímání, poznávání	36
2.3.7 Sebepojetí, sebeúcta	36
2.3.8 Role, vztahy.....	36
2.3.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	37

2.3.10	Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.....	37
2.3.11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty	37
2.4	Ošetřovatelské diagnózy k 1. dni hospitalizace.	38
2.5	Dlouhodobý ošetřovatelský plán.....	51
2.6	Psychologická a sociální část	53
2.6.1	Psychologie zdraví a nemoci.....	53
2.6.2	Psychologie nemocného.....	54
2.7	Sociální hodnocení	55
2.8	Edukace	56
2.8.1	Definice edukace.....	56
2.8.2	Edukace nemocného.....	56
3	Závěr a prognóza	59
	SEZNAM ZKRATEK.....	60
	SEZNAM LITERATURY:.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Cílem práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o 50-ti letého pacienta přijatého na koronární jednotku kardiologické kliniky v Praze s diagnózou nestabilní angína pectoris.

Práce je rozdělena na dvě části, na část klinickou a na část ošetrovatelskou. V klinické části je popsána anatomie a fyziologie srdečních oddílů, koronárního oběhu, patofyziologie onemocnění, jeho diagnostika a léčebné postupy.

V ošetrovatelské části práce vycházím z metodiky ošetrovatelského procesu a modelu Funkčního zdraví M. Gordonové. Podle informací, které jsem získala od nemocného, ze zdravotnické dokumentace a od dalších členů ošetrovatelského týmu jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy pacienta. Dále popisují realizaci plánu a hodnocení jednotlivých ošetrovatelských intervencí. Tato část obsahuje také edukační informace, psychologickou a sociální problematiku.

1 Klinická část

1.1 Základní anatomie a fyziologie kardiovaskulárního systému

Srdce

Srdce (**cor**) je dutý svalový orgán, podobný kuželi. Je uložené v mezihrudí, srdeční baze naléhá na bránici, srdeční hrot směřuje doleva, dolů a dopředu. Lidské srdce má 4 dutiny, které se v navazujícím sledu plní a vyprazdňují. Pravá síň (**atrium dextrum**) a pravá komora (**ventriculus dexter**) tvoří tzv. pravé srdce, které je síňokomorovou přepážkou oddělené od levé síně (**atrium sinistrum**) a komory (**ventriculus dexter**), které tvoří tzv. levé srdce. Pravostranné oddíly pumpují krev do malého (plicního) oběhu, levostranné vypuzují krev do velkého (systémového) oběhu. Krev přitéká do síní v době jejich ochabnutí (diastoly), pak následuje smrštění (systola), při které je krev vypuzována do ochablých komor. V této fázi se síňokomorové chlopně, vlivem stoupajícího tlaku, uzavírají. Tlak krve stoupá a krev je vypuzována systolou přes poloměsíčitě chlopně do plicní tepny, nebo do aorty. Srdeční dutiny vystýlá **endokard**, který mezi síněmi a komorami tvoří cípate chlopně. Mezi pravou síní a pravou komorou je trojcípá chlopeň (**valva tricuspidalis**), mezi levou síní a levou komorou je chlopeň dvojcípá (**valva bicuspidalis, mitralis**). Střední vrstva srdeční stěny je nazývána **myokard**. Jeho trámčitá struktura umožňuje rychlý a dokonalý rozvod nervových vzruchů, které vedou k postupnému smršťování srdečního svalu. Na povrchu srdce je vazivový list (**epikard**), který podél vstupujících a vystupujících cév ze srdce přechází v zevní vazivový obal (**perikard**). Mezi oběma listy je malá štěrbina vyplněná malým množstvím tekutiny, která dovoluje klouzavý pohyb obou listů. Výživa srdečního svalu je uskutečňována krví z koronárních tepen, které jsou větvemi aorty. Pravá věnčitá tepna (**a. coronaria cordis dextra**) zásobuje pravou polovinu srdce, levá věnčitá tepna (**a. coronaria sinistra**) přivádí okysličenou krev do levé poloviny srdce. Žilami srdečního svalu je odváděna žilní krev srdečního svalu do pravé síně.(4)

Krevní oběh

Krevní oběh je uspořádán do dvou okruhů - malého, plicního oběhu a velkého systémového oběhu. Oba okruhy jsou navzájem propojeny. Horní a dolní dutou žílou (**vena cava inferior a superior**) je odkysličená krev přiváděna do pravé síně. Smrštěním pravé síně je krev vypuzena přes trojcípou chlopeň do pravé komory a po její kontrakci přes poloměsíčitou chlopeň do plicní tepny. Zde začíná malý, plicní oběh. Odkysličená krev je přiváděna pravou a levou plicní tepnou, které do plic vstupují plicními hily. Podél bronchů se postupně větví až na síť kapilár, která omývá alveoly. K okysličení krve dochází na alveokapilární membráně. Z této sítě kapilár se postupně vytváří čtyři plicní žíly, které odvádí okysličenou krev do levé síně, ze které je přes dvojcípou chlopeň přečerpána do levé komory. Takto je malý, plicní oběh propojen s velkým, systémovým oběhem. Z levé komory je krev mohutným stahem přes poloměsíčitou chlopeň vypuzena do aorty, která se postupně dělí na menší tepny, které vyživují tkáň a orgány, dále pak na arterioly až na kapiláry. Ze sítě kapilár pak vzniká žilní část oběhu. Začíná tkáňovými kapilárami, z těch vznikají venuly, které pak přecházejí do větších žil a odvádí odkysličenou krev systémem horní a dolní duté žíly do pravé síně.(4)

1.2 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je souhrnné označení chorob, které se projevují ischemií myokardu na podkladě patologického procesu v koronárním řečišti. Její příčinou je nejčastěji ateroskleróza koronárních tepen, proto jsou příčiny ICHS totožné s příčinami aterosklerózy. Na vzniku ICHS se mohou podílet i další příčiny např. koronární spazmy, poruchy humorální regulace koronárního průtoku, embolie do koronárního řečiště, anemie, infekce atd. K zúžení nebo uzavření koronární tepny může dojít náhle nebo postupně. Důsledkem je pak nedostatečné prokrvení oblasti, kterou tepna zásobuje. Nedostatečný přívod krve znamená snížené zásobení tkáň kyslíkem, živinami a nedostatečný odtok zplodin látkové výměny. Dráždění nervových zakončení

odpadními látkami se u nemocného projeví anginózní bolestí. Úplný uzávěr koronární tepny vede k odumření svaloviny v místě postižené tepny a ke vzniku nekrózy, která se projeví jako infarkt myokardu s typickou bolestí na hrudi. Jednotlivé formy ICHS se od sebe liší etiologií, klinickým obrazem, léčbou a prognózou podle toho, jak rozsáhlá je ischemie myokardu. Z klinického hlediska se ICHS dělí na formu akutní (srdeční infarkt, nestabilní angina pectoris, náhlá smrt) a chronickou formu (němá ischemie, stabilní angina pectoris, její variantou může být tzv. vasospastická angina, dále stav po infarktu myokardu, dysrytmická forma, chronické srdeční selhání). (9)

1.2.1 Klasifikace ICHS

Akutní formy (nestabilní)

- náhlá smrt – bez varovných příznaků, nebo do jedné hodiny po vzniku příznaků dojde k zástavě oběhu. Příčinou může být komorová tachykardie, fibrilace komor, nebo srdeční ruptura. Může být způsobena i neischemickými příčinami – srdeční vady, kardiomyopatie
- STEMI – infarkt myokardu se ST elevacemi (transmurální infarkt), obvykle vede k rozvoji Q na EKG, proto se někdy uvádí Q infarkt myokardu
- NSTEMI – infarkt myokardu bez ST elevací (subendokardiální infarkt)
- minimální myokardiální léze (tzv. mikroinfarkt, od výše uvedených se liší laboratorními parametry; v novějších členěních se někdy neuvádí)
- nestabilní angina pectoris (9)

Chronické formy (stabilní)

- stabilní angina pectoris (námahová) – tento typ je charakteristický anginózní bolestí, která se objeví při námaze, kdy vzniká nepoměr mezi potřebou a přísunem kyslíku v myokardu. Příčinou je trvalé zúžení nebo spazmy koronárních tepen způsobené aterosklerózou.

- variantní angina pectoris (Prinzmetalova nebo spastická angina pectoris) – je způsobena spazmy tepen postižených aterosklerózou, ale i tepen bez aterosklerózy. Příčinou je endotelová dysfunkce, při které je tepna náchylnější k vazokonstrikci. Často se objevuje v klidu, v noci nebo k ránu nebo po emočním stresu.
- srdeční selhání – je stav, při kterém srdce selhává jako pumpa. Srdce není schopno přečerpávat takové množství krve, které organismus potřebuje.
- arytmie – je porucha tvorby a vedení vzruchu v srdečním převodním systému.
- Němá ischemie – bez klinických známek ischemie myokardu (ale pozitivní např. zátěžová vyšetření, změny na EKG apod.) (9)

1.2.2 Patogeneze ischemické choroby srdeční

V patogenezi ischemické choroby srdeční má hlavní význam ateroskleróza. Je to zánětlivé, degenerativní onemocnění cév. Probíhá zpravidla němě desítky let. Plát nejdříve roste ve stěně tepny a nezpůsobuje zúžení tepny. Po dosažení 30 – 40% lumina stěny, začne výrazněji prominovat do lumenu tepny.(1)

1.2.3 Ateroskleróza

Ateroskleróza jsou proměnlivé změny v intimě a medii tepen, které jsou způsobené ukládáním lipidů, sacharidů, krevních buněk a vápníku. Nejčastěji jsou postiženy tepny velkého a středního průměru. Tento proces probíhá po řadu let bez klinických příznaků.(9)

1.2.4 Patofyziologie

Proces, při kterém dochází, ke vzniku aterosklerotických změn na cévách se nazývá, aterogeneze. Na jejím začátku stojí endotelová dysfunkce a zvýšená propustnost pro lipidové molekuly. Poškozené endotelové buňky navíc snižují tvorbu oxidu dusnatého (NO), který

fyziologicky vytváří. NO je důležitý vasodilatační faktor, který zároveň zabraňuje pronikání lipidových molekul do endotelu. Změny, které následují, se dělí na tři vývojová stádia.(16)

- I. stadium – **lipidový proužek** – vzniká tak, že do intimy endotelu a medie tepen pronikají z krve lipoproteiny o nízké hustotě. Jejich přítomnost ve stěně cévy přitahuje makrofágy, které pohlcují lipidy.
- Makrofágy jsou nazývány pěnovité buňky. Toto stádium probíhá bez klinických příznaků. Některé lipidové proužky mizí, některé přechází do II. stadia.(16)
- II. stadium – **fibrózní plát** – vzniká mezi 30. - 40. rokem. Je tvořen buňkami hladkých svalů, vazivem, lipoproteiny a makrofágy. Z části vyplňuje průsvit cévy a začínají se objevovat první příznaky z neprokrvení orgánů. Do tohoto stádia patří i další vývojové stádium, u kterého se již vyskytují příznaky typické pro zúžení tepny- **aterosklerotický plát**. Vyskytuje se po 50. roce věku, může se však vyskytnout i u mladších lidí. Je charakterizován přítomností ateromu – dutiny ve ztluštělé intimě, která je vyplněna žlutavou, mazlavou kaší. Ateromové pláty se podle rizika prasknutí dělí na nestabilní (maligní, měkké), které mají vysokou tendenci k prasknutí a na stabilní (fibrózní, tvrdé, staré), které ohrožují pacienta zužováním cévy a vytváří podklad pro vznik anginy pectoris. (16)
- III. stadium – **ateromový vřed**- vzniká z ateromového plátu, jehož povrch se stal smáčivý. Dochází ke shlukování trombocytů s následným vznikem trombu, který může uzavřít tepnu.

Poslední fází aterogeneze je kalcifikace ateromového plátu, kdy cévy ztrácí poslední zbytky pružnosti.(16)

1.2.5 Rizikové faktory aterosklerózy

Příčiny vzniku aterosklerózy nejsou zcela jasné, jsou však známy faktory, které její vznik a rozvoj urychlují anebo jejich působením vzniká onemocnění častěji. Tyto faktory dělíme na neovlivnitelné a ovlivnitelné.

Neovlivnitelné faktory:

- věk a pohlaví – větší riziko u mužů nad 45 let
- dědičná dispozice - rodinný výskyt

Ovlivnitelné faktory:

- **hyperlipoproteinemie** – zvýšená hladina LDL. Příčinou je nadměrný příjem cholesterolu a nasycených mastných kyselin v potravě.
- **Hypertenze** - vede k dysfunkci endotelu a dochází tak ke zhoršené odpovědi na endotelindependentní vazodilatační látky, vede ke zvýšené propustnosti pro molekuly lipidů.
- **kouření cigaret** – kromě toxického vlivu oxidu uhelnatého na endotel, způsobuje i zvýšené vyplavování katecholaminů, je prokázána i aktivace destiček a zvyšuje cévní tonus.
- **diabetes mellitus** – změněný metabolismus lipidů a sacharidů zrychluje aterogenezi. Kromě velkých cév poškozuje i drobné tepny a tepénky.
- **obezita centrálního typu** – obézní pacienti mají často hyperlipoproteinemie.
- **psychosociální zátěž** – negativní emotivní reakce a stres způsobují vyplavování katecholaminů. Jejich cílem je zmobilizovat zdroje energie z tkání (mastné kyseliny, glukózu). Nedojde-li však k jejich spotřebování, přetrvává v krvi jejich zvýšená hladina po několik hodin a působí tak jako jeden z faktorů aterogeneze.

- **homocystein** (neesenční aminokyselina) – způsobuje chemické poškození endotelu.
- **nízká fyzická aktivita** - podílí se hlavně na vzniku obezity, horší kompenzaci cukrovky, snížené kardiovaskulární výkonnosti, je také spojena s nižší hodnotou HDL cholesterolu.(16)

1.2.6 Prevence aterosklerózy

Cílem primární prevence je odstranění rizikových vlivů, které toto onemocnění vyvolávají nebo urychlují. Bylo prokázáno, že jejich odstranění může rozvoj aterosklerózy nejen výrazně zabrzdit, ale i zvrátit. U pacientů, kteří již prodělali onemocnění způsobené aterosklerózou, je důležitá sekundární prevence, která se zaměřuje na snižování rizika nových příhod a úmrtí. Kromě medikamentózní léčby jsou velice důležité i obecné zásady úpravy životního stylu. Mezi hlavními jmenujme dietní zvyklosti, kuřácké návyky a postoj nemocných k celoživotní léčbě hypertenze.(9)

1.3 Nestabilní angina pectoris

1.3.1 Charakteristika onemocnění

Nestabilní angina pectoris (NAP) je jednou z forem akutního koronárního syndromu. Charakteristickými příznaky jsou ischemická bolest, dynamické změny ST úseků EKG (tzn., objevují se při bolesti) a normální hodnoty kardiomarkerů. NAP dělíme takto:

- nově vzniklá angina pectoris
- jakkoliv zhoršená již existující angina pectoris
- tzv. klidová angina pectoris, která se objevuje bez námahy, v klidu (dělíme na akutně vzniklou v posledních 48hod., dále klidovou AP objevující se v posledním měsíci)

NAP je projevem pokračující obstrukce koronárních tepen, které jsou zpravidla způsobené změnami v aterosklerotickém plátu a po určitou dobu představuje zvýšené riziko úplného uzávěru spazmem nebo trombem (tzv. nestabilní plát). Během několika hodin, dnů nebo týdnů může dojít k rozvoji akutního infarktu myokardu. K akutnímu infarktu myokardu dochází u 10 – 15% sledovaných nemocných s nestabilní anginou pectoris. Během prvních hodin je mortalita akutního infarktu myokardu nejvyšší, proto je vhodné nemocné s nestabilní anginou pectoris monitorovat na jednotce koronární péče alespoň po dobu 2 dnů, kdy může dojít k rozvoji akutního infarktu nebo vážné komorové arytmií.(12)

1.3.2 Patofyziologie

Podstatou NAP je přechodná, opakovaná ischemie myokardu, která trvá déle než u stabilní anginy pectoris a často není ani vyprovokovaná námahou. Přechod ze stabilní AP do nestabilní AP může být způsoben:

- poškozením aterosklerotického plátu fisurou, na kterou navazuje agregace trombocytů.
- aktivací aseptické zánětlivé reakce v místě plátu, při které místní otok způsobí zúžení průsvitu koronární tepny.
- mimokoronární příčinou – tachykardie, anemie, horečka, hypotenze, hypovolemie, bradyarytmie, hypertyreóza.

Nejčastěji je NAP způsobena agregací trombocytů na poškozeném aterosklerotickém plátu. Ke změně stabilního v nestabilní plát dochází na podkladě vzniku fisury, která poškodí nesmáčivý endotelový kryt plátu. Na poškozeném povrchu se začnou shlukovat trombocyty a nastanou podmínky vhodné pro vznik trombu. U většiny nemocných s nestabilní anginou pectoris a klidovými stenokardiemi je přítomna obstrukce tepny, ale asi u jedné třetiny se na vzniku stenokardií spolupodílí i spasmus koronární tepny. Při agregaci a aktivaci destiček dochází k uvolňování vasoaktivních látek (serotonin, tromboxan A^2), které vyvolávají vazokonstrikci. Vzniklá vazokonstrikce a

zpomalení krevního proudu cévou, může celý proces vytváření trombu urychlit. Navíc agregované tromby mohou embolizovat do periferie tepny. Osud myokardu v povodí postižené tepny je za tohoto stavu závislý na délce doby kritického zmenšení průtoku krve tepnou a na kvalitě kolaterálního řečiště. Neúplný uzávěr tepny nebo krátce trvající úplný uzávěr a funkční kolaterální oběh vedou jen k dočasné ischemii, která se projeví jako nestabilní angina pectoris. Dlouhotrvající úplný uzávěr tepny trombem vede k nekróze myokardu, tedy k infarktu myokardu.(9)

1.3.3 Klinický obraz

Angina pectoris je definovaná jako svíravá, tlaková či pálivá bolest na hrudi, ne přesně ohraničená. Nemocní ji většinou pociťují za hrudní kostí nebo nalevo od ní. Nejčastěji vyzařuje do levého ramene, levé paže, ale také do krku nebo nadbřišku. Často je spojena s pocitem nedostatku vzduchu nebo obtížným dýcháním (dušností), tísní, často s nevolností, někdy i pocitem na zvracení a studeným opocení. Trvá několik minut až několik málo desítek minut, při delším trvání je vždy na místě podezření na akutní infarkt myokardu. Podstatou anginózních obtíží je nedostatek kyslíku. Proto se bolest nejčastěji objevuje při námaze (chůze do schodů, nesení i malé zátěže, vyjití z teplé místnosti na chladný vzduch) nebo při rozrušení. Po odpočinku nebo zklidnění bolest ustoupí. Pacienti s chronickými obtížemi většinou anginózní bolest dobře rozpoznají od jiných obtíží (např. bolestí páteře) a ví, kdy ho nejspíše postihnou. Neplatí to samozřejmě vždy a největší problémy dělá toto rozlišení (tzv. diferenciální diagnóza) u lidí, kteří mají takové obtíže poprvé nebo se jejich charakter změnil (nestabilní angina pectoris). Nejzávažnější typ nestabilní anginy je ten, u kterého se vyskytují v posledních 48 hodinách, klidové bolesti. Bolest má podobnou lokalizaci, má však jinou kvalitu. Nemocný zpravidla udává, že bolest je častější, silnější, trvá delší dobu, že bolest ustoupí po námaze v klidu pomaleji než dříve, anebo že se bolest objevuje i v klidu na lůžku bez fyzické a psychické zátěže. Někteří pacienti udávají bolest, která se vlnovitě zvětšuje a zmenšuje po několik hodin. Na potlačení bolesti potřebují mnohem větší dávky nitroglycerinu, anebo je nitroglycerin neúčinný. Část nemocných udává bolest, která je spojena

s pocitem těžkého dechu, s výraznou dušností nebo s pocitem bušení srdce. Klinický obraz klidové nestabilní anginy pectoris je často téměř shodný s obrazem akutního infarktu myokardu.(9)

1.3.4 Diagnostika NAP

1.3.4.1 Základní vyšetření nemocného

I v moderní kardiologii, má kvalitně odebraná anamnéza klíčové místo pro stanovení diagnózy a léčebného postupu. Stanovení diagnózy nestabilní angina pectoris je postavené na správném zhodnocení anamnézy bolesti na hrudi (stenokardie). Ptáme se na **okolnosti vzniku** bolesti na hrudi, které jsou pro NAP charakteristické, zda vznikly při fyzické námaze, v klidu se zhoršením po námaze nebo zda nebylo spouštěcím momentem rozčilení či pobyt v chladu. Zjišťujeme **charakter** bolestí, jestli je to tlaková bolest, svíravá nebo pálivá. Důležitý je i fakt zda bolest **vyzařuje** a kam (do krku, mezi lopatky, epigastria, levé horní končetiny). Vyzařování nemusí být však vždy přítomno a někteří pacienti udávají bolest v těchto lokalitách, aniž by cítili bolest na hrudi. Neméně důležitý je i údaj o **délce trvání** bolesti. Bolest, která trvá řádově minuty, svědčí pro AP (bolest trvá většinou 1-5 min, ne déle než 15-20 min), bolest trvajíc až hodiny, svědčí pro IM (při IM trvá bolest většinou 20 min. až 12 hodin). Naopak bolesti v řádu sekund či více jak 24 hodin nejsou již typické stenokardie. Získání přesného údaje o tom, zda bolest trvá nepřetržitě či přestávkami a jak dlouho ataky trvají, je důležité pro rozlišení stenokardie od jiných příčin bolesti a u stenokardií pomohou odhadnout co se děje v koronární tepně. Dalšími neméně důležitými vyšetřovacími metodami, kterými získáme důležité údaje o zdravotním stavu pacienta, je vyšetření srdce auskultací a palpací. Pokud pečlivá anamnéza, fyzikální vyšetření a klidové EKG nevede k přesvědčivému diagnostickému závěru, podle kterého se pak řídí další postup, je nutné přistoupit k dalším vyšetřením.(5)

1.3.4.2 Vyšetřovací metody

Laboratorní vyšetření

Nemocní s NAP mají opakovaně negativní hodnoty kardiomarkerů (troponin, celková kreatinkináza a její izoenzymová frakce MB). Jejich vyšetřování má spolu s EKG velký význam, protože klidovou „neinfarktovou“ formu NAP nelze od AIM v prvních hodinách rozlišit nejen klinicky, ale ani elektrokardiograficky (při blokádě Tawarových ramének, po prodělaném IM s trvalou elevací ST úseku). Opakovaně normální hodnoty kardiomarkerů a troponinu potvrzují dg. NAP

Elektrokardiografie – EKG

Neinvazivní vyšetřovací metoda, která pomocí elektrografu zaznamenává bioelektrické potenciály srdečních buněk. Při záchvatu NAP bývá odchylka úseku ST od izoelektrické linie, obvykle to jsou deprese úseku ST, vzácněji se vyskytují elevace úseku ST. Při depresi úseku ST se často vyskytuje i přechodná negativita vln T. Oba tyto nálezy obvykle mizí do 6 - 12 hodin. Přetrvávají-li déle, je nutné pomýšlet na subendokardiální infarkt. Řada nemocných s prokázanou nestabilní anginou pectoris nemusí mít na EKG žádné změny, negativní nález na EKG tedy nestabilní anginu nevylučuje.

Echokardiografické vyšetření

V době bolesti se prokáže přechodná porucha stažlivosti stěny v místě ischemie. Toto vyšetření umožní neinvazivně posoudit celkový rozsah ischemického poškození srdce a srdeční funkci.

Koronarografické vyšetření

Provádí se v rámci akutní hospitalizace (obvykle do 48 hod., řídíme se klinickým stavem pacienta). Koronarografie je invazivní katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen, při níž jsou tyto tepny zobrazovány rentgenograficky po selektivním nástřiku kontrastní látky do jejich odstupů z aorty. Tato metoda slouží k zobrazení anatomie věnčitých tepen a jejich vrozených anomálií, přináší

informace o výskytu, rozsahu a závažnosti aterosklerotických změn. Zobrazuje i kolaterální oběh a umožňuje diagnostiku spazmů věnčitých tepen. Koronarografický nález má zásadní význam v rozhodování o dalších léčebných postupech u nemocných. Na základě nálezu z koronarografie spolu s klinickým nálezem a výsledky neinvazivních testů docházíme k rozhodnutí o indikaci chirurgické revaskularizace či léčby metodou perkutánní koronární angioplastiky. Za typický nález u nemocných s NAP se považuje excentrická stenóza s úzkým krčkem, což odpovídá tepně částečně uzavřené trombem. Okraje stenóz mohou být nerovné, rozmazané, to může být znakem shlukování destiček nebo trombu. Na koronarografických nálezech u nemocných s NAP je často celé spektrum aterosklerotických změn, jako u stabilní formy. Nemocní s NAP mají většinou na rozdíl od pacientů s AP postiženy všechny tři hlavní tepny. (9)

Holterovo monitorování EKG

Umožňuje zaznamenávat elektrickou aktivitu srdce 24 hodin při obvyklé denní činnosti nemocného. U nemocných s NAP se často vyskytují ataky němé ischemie. Přítomnost těchto němých ischemií, které přetrvávají po maximální léčbě, je známkou nepříznivé prognózy v následujícím období. Bylo zjištěno, že u většiny nemocných po prodělané atace NAP s přetrvávající němou ischemií je zvýšené riziko v následujících dvou až čtyřech měsících výskytu infarktu nebo náhlé smrti. U pacientů přijatých pro nestabilní anginu pectoris však obvykle toto vyšetření neprovádíme. Pacienti jsou monitorováni na jednotce intenzivní péče.

Koronární angioskopie

Tato metoda se používá jen výzkumně. Spočívá v zavedení speciálního katetru s fibrooptickými vlákny do koronárního řečiště a s jeho pomocí přímo prohlednout endotelový povrch hlavních koronárních tepen, posoudit přítomnost stav, rozsah a stabilitu koronárního plátu.

Intravaskulární ultrazvuk

Pomocí miniaturní sondy zavedené do věnčité tepny umožňuje posoudit kvalitu cévní stěny, stupeň stenózy a zjistit disekci tepny i její hloubku.

Zátěžové EKG (ergometrie)

Toto vyšetření se provádí po stabilizaci stavu. Pozitivní ergometrický test je po odezdnělé atace NAP známkou pokročilého aterosklerotického postižení a nepříznivé prognózy.

Scintigrafické vyšetření thaliem²⁰¹

Toto vyšetření je indikováno až po odezdnění NAP. Je důležitá kombinace scintigrafického vyšetření v klidu a po provokaci ischemie (zátěž na ergometru, infuze dopaminu). (9)

1.3.5 Léčebné postupy u nestabilní anginy pectoris

Nemocné je nutné především seznámit s podstatou onemocnění a příčinami, které vedly k jejich nemoci. Je nutné pacientovi zdůraznit, že dodržováním léčebného režimu může zhoršování nemoci věnčitých tepen zpomalit, nebo odvrátit. Cílem rozhovoru by měla být pozitivní motivace, která je mnohdy účinnější než zdůrazňování závažných, nebo i smrtelných komplikací. Někteří pacienti jsou přehnaně úzkostliví a i občasnou bolest považují za velmi vážný stav se špatnými vyhlídkami, které jim pak brání vykonávat i běžné denní činnosti. Tuto skupinu nemocných je vhodné uklidnit, že bolest je varovný signál, který má upozornit a zabránit vážnějšímu poškození srdce z neúměrné zátěže. Všem nemocným je nutné zdůraznit, aby se vyvarovali překročení hranice pracovní zátěže, při které předtím vznikla angina pectoris. (9)

U prevence rozvoje aterosklerózy koronárních tepen platí stejné zásady jako u aterosklerózy: léčba hyperlipoproteinemie, hypertenze, obezity, diabetu, zákaz kouření a přiměřená fyzická aktivita. Velmi důležitá je dietní léčba, která spočívá v omezení potravin se zvýšeným obsahem cholesterolu a doporučit příjem rybího masa, zeleniny a ovoce.(9)

Hlavním cílem léčby nemocných s NAP je zabránit vzniku AIM a náhlé smrti. Nemocný s nestabilní anginou pectoris by měl být hospitalizován na

jednotce intenzivní péče, protože je ohrožen infarktem myokardu. Při léčbě se podávají nitráty, antikoagulancia (Heparin), antiagregancia (ASA, clopidogrel, β -blokátory, statiny, ACE inhibitory. Volba léku, dávka a léková kombinace se řídí podle závažnosti onemocnění a výsledku vyšetření, respektujeme kontraindikace podání jednotlivých léků.(9)

Medikamentózní léčbu obvykle následuje koronarografie. Její indikace se posuzuje na základě anamnézy, klinického stavu pacienta a provedených vyšetření. Nález při koronarografickém vyšetření rozhodne o léčbě katetrizační (PCI), nebo o léčbě chirurgické (aortokornární bypas), či o léčbě konzervativní u pacientů u kterých je invazivní léčba nevhodná.

Medikamentózní léčba:

- **Nitráty** - vyvolávají vazodilataci v žilách i tepnách. Podávají se pro výrazný efekt snížení ischemických atak a stenokardií. K nežádoucím účinkům patří především hypotenze, bolesti hlavy a léková intolerance (snížení či vymizení účinku léku po delší době aplikace).(9)
- **Antikoagulancia** – léky ovlivňující srážlivost krve, zabraňují tvorbě a narůstání trombu. Používají se především k profylaxi žilní a nitrosrdeční trombózy a následné embolie.(9)
- **β -blokátory** – snižují četnost záchvatů anginy a zvyšují práh pro vznik stenokardií, zlepšují prognózu pacientů s ICHS. Tlumí některé funkce sympatiku, snižují tepovou frekvenci, tím i hodnoty krevního tlaku a zlepšují prokrvení myokardu. Mají výrazný antiarytmický účinek, zvyšují fibrilační práh (snížení vzniku fibrilace komor). Mezi nežádoucí účinky patří bradykardie, síňokomorová blokáda, přechodné zhoršení srdečního selhání. Mohou vyprovokovat astmatický záchvat a bronchokonstrikci u nemocných s bronchiálním onemocněním.(9)
- **Blokátory kalciových kanálů** – podávají se u pacientů v případě, že β - blokátory jsou kontraindikované či nevhodné. Blokují kalciový kanál v hladké svalovině cév, tím vyvolávají vazodilataci. Mají antihypertenzní a antiarytmický účinek, omezují stažlivost srdečních vláken.(9)

- **ACE – inhibitory** – je skupina léků, která potlačuje renin – angiotensinovou kaskádu tím, že brání přeměně neúčinného angiotenzinu I v účinný angiotenzin II, který má vazokonstrikční vlastnosti. Prokazatelně zlepšují prognózu pacientů.(9)
- **Antiagregancia** – snižují shlukování trombocytů (9)
- **Statiny** – prokazatelně zlepšují kvalitu a prodlužují délku života pacientů s ICHS, ovlivňují lipidový metabolismus. Vedou ke stabilizaci aterosklerotických plátů a zlepšení endoteliální funkce.(9)

Invazivní léčba:

PCI – percutaneous coronary intervention – je souhrnné označení pro katetrizační výkony, které směřují ke zlepšení průtoku zúženými věnčitými tepnami. V současné době balónkovou dilataci téměř vždy doplňuje nebo nahrazuje implantace koronárního stentu. Základním arteriálním přístupem je pravá nebo levá stehenní tepna, stále častěji je užíván přístup přes a. radialis, vzácně je výkon prováděn přes a. ulnaris, a. brachialis nebo a. axilaris. V místě vstupu do artérie je umístěn zavaděč, který slouží k atraumatické výměně instrumentária. K sondáži a proniknutí přes stenózu příslušné věnčité tepny se používá ultratenký zavaděč s měkkým koncem. Po vodiči je zaveden PTCA balónek do místa stenózy, kde je pomocí tlakového zařízení provedena dilatace. Takto rozšířená tepna se zajistí stentem. Stent je kovová výztuž, která se jako trvalý implantát zavádí do věnčité tepny. Nejčastěji se používají čistě kovové stenty. Revoluční změnu znamená zavedení „drug-eluting“ stentů (DES), kdy je klasický stent potažen polymerem, který je nosičem látky, která se postupně uvolňuje a snižuje tím riziko restenózy .(9)

Aortokoronární bypas – je rekonstrukční výkon na koronárních tepnách, kdy se kritické zúžení věnčité tepny překlene bypassesem. Bypass je štěp vytvořený z **vena saphena** nebo z jiné vhodné arterie (např. arteria mammaria). Jeden konec se implantuje do stěny aorty a druhý pod zúžené místo na tepně.(9)

1.4 Základní údaje o nemocném:

Základní identifikační údaje

Jméno: J. H.

Věk: 50 let

Pohlaví: muž

Rodinný stav: ženatý, 2 děti

Pojišťovna: VZP

Datum přijetí: 15. 1. 2011

Datum propuštění: 20. 1. 2011

Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci

Od r. 2001 glaukom

Od r. 2006- zjištěna hypertenze

Farmakologická anamnéza:

Pacient užívá tyto léky včetně dávkování: Lozap 50 1-0-1 p. o., Agen 5 1-0-0 p. o, Arutimol gtt 0,5 % 2x denně 1 kapku do obou očí

Alergie:

Pacient má alergii na PNC

Abusus:

Pacient je nekuřák, alkohol pouze příležitostně

Sociální anamnéza:

Pacient je ženatý, bydlí s manželkou a dvěma dětmi v panelovém domě bez výtahu, ve třípokojovém bytě.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 70 letech na CMP. Matka zemřela v 80 letech na CMP. Sourozenci zdraví. Děti jsou zdraví.

Pracovní anamnéza

Vedoucí pracovník v ČEZ

Nynější onemocnění

54 letý pacient přivezen RZP. Dnes okolo 16 hodiny náhle vzniklá bolest na hrudi. Trvala asi hodinu, pacient se zpotil, poté bolest odezněla. Bez iradiace, bez vazby na námahu, bez dušnosti. Podobné potíže měl 2x včera, byly kratší, odezněly samy. Při chůzi do kopce se zadýchává.

Objektivně při přijetí:

Krevní tlak: 130/100mm/Hg

Tepová frekvence: 72/ min - pravidelný

Dechová frekvence: 16/ min

Teplota: 36,7°C

Výška: 184 cm, Váha: 115 kg, BMI 34 - obezita 1. stupně

Při přijetí pacient při vědomí, orientován, spolupracuje. Kůže je růžová, přiměřeného turgoru, bez eflorescencí, bez dušnosti a cyanózy.

Hlava: pokleповě nebolestivá, inervace nervus facialis zachována. Bulby oční ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu. Zornice izokorické, reagují. Spojivky růžové, skléry bílé. Jazyk vlhký, bez povlaku. Nosohltan klidný, tonsily nezvětšené.

Krk: Uzliny nejsou hmatné, karotidy tepou souměrně, bez šelestu, náplň krčních žil nezvětšená, štítná žláza není hmatná.

Hrudník: souměrný. Mammy bez rezistence. Plíce: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové. Srdce: akce pravidelná, 2 ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez známek ascitu. Játra a slezina nezvětšeny. Israeli a tapottement negativní. Moč světlá, močení

normální. Stolice pravidelná, hnědá, bez hlenu a příměsí. Krvácení v anamnéze nemá.

Páteř: poklepově nebolestivá

Končetiny: Horní končetiny: bez otoků, pulsace hmatná na aa. radialis i na aa. ulnares bilat. Dolní končetiny: bez otoků, kůže srovnatelné barvy i teploty bilat. Palpace lýtek nebolestivá. Homansův příznak negativní. Varixy nejsou přítomny. Pulsace na a. femoralis dx, sin., periferních tepnách na DK hmatné. Šelesty v tříslech ani v podbříšku nejsou slyšitelné.

Per rectum: bez patologického nálezu.

Neurologický nále: bez lateralizace, bez meningeálních příznaků.

Preventivní onkologická prohlídka: zevně negativní

Na koronární jednotku byl pan J. H přivezen RZP, pro náhle vzniklou bolest, která trvala asi hodinu. Bolest sama odezněla. V RZP natočeno EKG, které bylo bez akutních ischemických změn. Byl zaveden periferní žilní katetr a podán Kardegic 1 amp. i. v.. Při přijetí byl pan J. H bez potíží, při vědomí, spontánně ventilující.

Diagnostický závěr při přijetí:

Bolesti na hrudi - NAP

Esenciální (primární) hypertenze

Glaukom

Průběh hospitalizace terapeutická opatření.

První den – pacient byl uložen na lůžko, vyšetřen kardiologem, který jej informoval o zdravotním stavu a naplánované léčbě. Pacientovi bylo natočeno vstupní EKG, změřen TK, byl napojen na kontinuální monitoraci EKG, TK a saturaci O₂. Pacientovi byla odebrána krev na statimové vyšetření kardiospecifických enzymů, koagulace, krevního obrazu a mineralogramu. Hodinu po přijetí pacient opět udává bolest, bylo natočeno EKG a informován

lékař. Dle ordinace podán Fentanyl 2 ml i. v. Během pěti minut bolest ustoupila. Lékař vysvětlil pacientovi příčinu bolesti a doporučil provedení koronarografie. Pacient souhlasil, podepsal informovaný souhlas s vyšetřením. Byla provedena příprava na vyšetření a pacient byl převezen na angiologický sál. Akutní srdeční katetrizace prokázala 70% zúžení na RIA a 100% uzávěr na ACD. Byla provedena PCI s implantací stentu na ACD. Během vyšetření byl aplikován Heparin i. a 13000 j., Aspegic 0,5 g i. v a podáno 8 tbl. Plavixu p. o. Ve 20 hod. byl pacient přivezen ze sálu. Po příjezdu ze sálu by pacient uložen do polohy na zádech s nataženou pravou dolní končetinou. Pacientovi byla vysvětlena nutnost dodržování polohy. Pacient je napojen na monitor, zaznamenávající životně důležité funkce, byl aplikován kyslík, natočeno kontrolní EKG a podány ordinace lékaře. Pravá dolní končetina byla zabezpečena proti pohybu. Pacientovi je odebrána krev na hemokoagulační vyšetření. Ve 23 hodin byl vytažen sheat a přiložena na třísko komprese na tři hodiny. Během noci pacient spával, byl bez stenokardií. V 1 hodinu si stěžoval na bolest zad z vynucené polohy. Byl informován lékař a podána 1 tbl. Ibalginu a proveden záznam do dokumentace. Třísko bylo kontrolováno á 1 hodinu do sejmutí komprese. Po sejmutí komprese bylo třísko kontrolováno hodinu po 15 minutách. Vždy byl proveden záznam do dokumentace.

Druhý den – Pacient se subjektivně cítil dobře, bolesti se již neopakovaly. Pacient měl do 7 hodin ráno klidový režim. Ráno bylo pacientovi natočeno EKG a odebrána krev na statimové vyšetření kardiospecifických markerů. Ranní toaletu provedl s pomocí sestry na lůžku. Snídani a příjem tekutin zvládl pacient sám. Třísko bylo klidné, bez hematomu. Infuzní terapie byla zrušena, periferní kanyla byla převázána a ponechána na heparinové zátce. Třísko bylo klidné bez hematomu. Pacientovi byl udělán Rtg S+P. Pacient byl oběhově stabilní, bez dušnosti, afebrilní. Během dne bez potíží, k večeru byl pacient unavený a úzkostný, lékař byl informován.

Třetí den – Pacient se cítil dobře, byl oběhově stabilní, bolest a dušnost neudává. Ranní hygienu pacient provedl sám u umyvadla. Příjem tekutin a stravy zvládá sám. Bylo natočeno kontrolní EKG a provedeny

odběry krve. Periferní katetr převázán, okolí vpichu klidné, bez zarudnutí. Ponechán na heparinové zátce. Pacient měl povolenou chůzi na WC s doprovodem. Po odpolední návštěvě manželky se pacient uklidnil.

Čtvrtý den – pacient zcela bez potíží, je zlepšen i po psychické stránce. Pacient je oběhově stabilní, afebrilní, bolest ani dušnost neudává. Periferní kanyla je čtvrtý den vytažena, okolí vpichu bez známek infekce. Zaveden nový periferní katetr, ponechán na heparinové zátce. Ranní toaletu a běžné denní činnosti zvládá pacient sám. Pacientovi povolena chůze po oddělení s doprovodem. V odpoledních hodinách byl pacient přeložen na standartní oddělení. Na zítřejší den je plánovaná dimise.

Pátý den -- je plánovaná dimise, pacient bez bolestí, dušnosti. Oběhově stabilní, afebrilní. Tříslo v pořádku. Periferní katetr odstraněn, okolí vpichu klidné, bez známek zánětu. Pacient obdržel propouštěcí zprávu, léky na tři dny, byl poučen o dalších kontrolách u lékaře a režimu v domácím ošetření. Pacient obdržel edukační materiál o onemocnění a výkonu PCI. Odvoz pacienta zajistila manželka.

Přehled farmak užívaných během hospitalizace:

Heparin - antikoagulans	13 000 j. i. a - aplikován na sále
Aspegic – antiagregans	0,5 g. i. v - aplikován na sále
Plavix 75 mg. – antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů	8 tablet – podáno p. o. na sále
Infuze á 6 hod	FR 500 ml + 1 amp. Cardilanu i. v.
Fentanyl – opioid	2 ml i. v. při bolesti
Ibalgín 1 tbl – nesteroidní antirevmatikum	při bolesti zad 1 tbl p. o.
Helicid - antiulcerozum	0-0-1 p. o.
Godasal – antitrombotikum, antiagregans	0-0-1 p. o.
Plavix 75 mg (antiagregans)	1-0-0 p. o.
Anopyrin 100 mg (antiagregans)	0-1-0 p. o.
Lozap 50 mg – antagonist angiotensinu II	1-0-1 p. o.
Agén 5 – blokátor kalciových kanálů	1-0-0 p. o.
Arutimol 1 gtt	1-0-1
Egilok 25mg - β - blokátor	0-1/2-1/2 p. o.
KCL – přípravek obsahující draslík	0-1-1 p. o.
Sortis 20mg - statin	0-0-1 p. o.

Frontin 0,25 mg - anxiolitikum	0-0-1 p. o.
--------------------------------	-------------

Monitorování:

	1. den	2. den	3. den	4. den
Krevní tlak	á 1 hodinu 140/100 mm/ Hg po terapii 120/80mm/Hg	á 2 hodiny 135/70mm/Hg	á 3 hodiny 115/70mm/Hg	á 3 hodiny 125/70mm/Hg
Puls	á 1 hodinu 72 – 80/min	á 2 hodiny 82/min	á 3 hodiny 80/min	á 3 hodiny 78/min
Saturace O ₂	á 1 hodinu 96 – 99%	5x denně 97 – 99%	3x denně 99%	3x denně 100%
Tělesná teplota	3x denně 36,6°C	3x denně 36,7°C	3x denně 36,5°C	3x denně 36,6°C
Příjem a výdej tekutin á 24 hodin	Př. 1000 ml i. v 1000 ml p. o. V. 2100 ml	Př. 2700 ml p. o. V. 2900 ml	Př. 1750 ml p. o. V. 1900 ml	Př. 1800 ml p. o. V. 1850 ml

Přehled odběrů krve - biochemická vyšetření:

	Naměřená Hodnota1. den	Naměřená Hodnota3. den	Referenční hodnoty	Hodnoceni
Natrium	139 mmol/l	139 mmol/l	135 - 146	v normě
Kalium	4.42 mmol/l	3,80 mmol/l	3.80 – 5.40	v normě
Chloridy	107 mmol/l	105 mmol/l	97 - 109	v normě
Urea	5.60 mmol/l	4.36mmol/l	2.83 – 8.35	v normě
Kreatinin	80 μmol/l	76μmol/l	71 - 133	v normě
Alt	0.56 μkat/l		0.10 – 0.75	v normě
Ast	0.37μkat/l		0.10 – 0.75	v normě
CK – MB	0.06μkat/l	0.22μkat/l	0.02 – 0.26	v normě
Kreatinkinasa	0.92μkat/l	1.55μkat/l	0.30 – 3.20	v normě
Glukosa	5.02mmol/l	5.6 mmol/l	3.60 – 6.10	v normě
C-reaktivní protein	7.2 mg/l	8.1 mg/l	0.0. – 12.0	v normě
Troponin	<0.2μg/l	0.2μg/l	0.00 – 0.50	v normě
Triacylglyceroly		2.33 mmol/l	0.60 – 1.70	↑
Cholesterol	3.90 mmol/l		3.60 – 5.20	v normě

Krevní obraz

	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty	Hodnocení
Leukocyty	8.5 x 10	4.0 – 10.0	v normě
Erytrocyty	5.28 x 10	4.30 – 5.70	v normě
Hemoglobin	15.7g/dl	13.5 – 17.2	v normě
Hematokrit	46.8 %	38 - 52	v normě
Trombocyty	323 x 10	135 - 400	v normě

Hemokoagulační vyšetření

	Naměřená hodnota 1. den	Referenční hodnoty	Hodnocení
APTT - test	35.7 s	28.0 – 38.0	v normě
APTT - kontrola	31.0 s	28.0 – 38.0	v normě
INR	1.02	0.80 – 1.20	v normě
D dimery kvantit.	280 ng/ mL	0 - 500	v normě

2 Ošetřovatelská část

2.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metoda, která je společná všem sestřám, jež pečují o pacienty s různými potřebami. Nabízí způsob, jak nejlépe vyřešit problémy a uspokojovat potřeby pacienta, systematicky plánovat, poskytovat a hodnotit ošetřovatelskou péči.

Ošetřovatelský proces se odráží v činnostech sestry, ke kterým se rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, jenž své potřeby nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav, nebo proto, že je signalizovat neumí anebo z různých důvodů nechce. Ošetřovatelský proces potřebuje aktivní (nabízenou) ošetřovatelskou péči. (2,14)

Ošetřovatelský proces má pět fází:

1. Zhodnocení nemocného

- ošetřovatelská anamnéza,
- posouzení nemocného pomocí: rozhovoru, fyzikálního vyšetření, pozorování, testování, měření.

2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy

- roztřídění informací získaných od pacienta a jeho rodiny,
- popsání současných i potencionálních problémů,
- stanovení pořadí priorit ošetřovatelských diagnóz.

3. Vypracování individualizovaného plánu ošetřovatelské péče

- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti ošetřovatelských diagnóz,
- stanovení cílů péče,
- určení, jakým způsobem dosáhne pacient cílů,

- určení priorit při řešení problémů,
- zápis ošetrovatelského plánu.

4. Realizace ošetrovatelské péče

5. Zhodnocení ošetrovatelské péče

- zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle,
- změření úspěchu poskytnuté péče,
- analýza jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a jejich nezbytná korekce,
- získání dalších informací o pacientovi a naplánování další péče, pokud nebylo cíle úplně dosaženo.

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, což znamená, že každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Slovo „proces“ je myšleno, jako logický průběh ošetrovatelských činností, jako způsob práce s nemocným. Ošetrovatelský proces je kontinuální a cyklický. Sestry znají pacienta mnohem lépe než ostatní ošetroující personál. Prohlubující se poznávání pacienta jako osoby umožňuje sestře, aby ho nechápala jen jako „diagnózu“, ale aby byl pro ni člověk se svými individuálními potřebami a trápeními.

Plánovaná, individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stavu, u kterých již nelze očekávat vyléčení.

U pacientů, s nimiž se velmi špatně spolupracuje, pomáhá ošetrovatelský proces lépe pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat.(14)

2.2 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví

Zhodnocení pacienta jsem realizovala na základě modelu Majory Gordon. Tento model představuje komplexní pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Model je odvozený ze vzájemného působení osoby a prostředí. Při kontaktu s pacientem sestra určuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování pacienta v daném čase. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která je funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec je projevem onemocnění pacienta, nebo může být známkou potencionálního problému. V případě, že sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetřovatelskou diagnózu a pokračovat v dalších fázích ošetřovatelského procesu.(2)

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

1. **vnímání zdraví** – udržování zdraví – obsahuje vnímání zdraví a pohody jedince a způsoby jakými se stará o své zdraví.
2. **výživa** – metabolismus – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin, dietní omezení a stravovací návyky. Patří sem i stav kůže, sliznic a chrupu.
3. **vylučování** – zahrnuje informace o funkci střev a močového měchýře (užívání projímadel, pravidelnost vyměšování).
4. **aktivita** – cvičení – zahrnuje aktivity denního života (sebepéče, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie. Obsahuje typy cviků jejich kvantitu i kvalitu, faktory které brání pacientovi ve vykonávání aktivit (dušnost, bolest, křeče). Zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost.
5. **spánek** – odpočinek - popisuje způsob spánku, jeho kvalitu a délku. Ptáme se na způsob navození spánku, usínání, obvyklé činnosti před spaním, eventuálně na užívání léků na spaní. Zahrnuje také vnímání životní energie získané odpočinkem.

6. **vnímání** – poznávání – zahrnuje způsob smyslového vnímání (sluch, zrak, čich, hmat, užívání kompenzačních pomůcek), úroveň vědomí, mentálních funkcí, orientace, místem, časem, osobou. Patří sem i hodnocení kognitivních schopností (schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, schopnost komunikace).
7. **sebepojetí** – sebeúcta – popisuje emocionální ladění a vnímání sama sebe, individuální názor na sebe. Zahrnuje objektivní pozorování neverbálních projevů pacienta (držení těla, způsob chůze, oční kontakt, hlas a způsob řeči).
8. **role** – vztahy - obsahuje způsob přijetí a plnění životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti. Rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci.
9. **reprodukce** – sexualita - zahrnuje reprodukční období a sexualitu, spokojenost, potíže a s nimi spojené změny.
10. **stres, zátěžové situace** – zvládání, tolerance – popisuje způsob tolerance a zvládání stresových situací.
11. **víra** – životní hodnoty – popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry a transcendentna.
12. **Jiné** (2)

2.3 Ošetřovatelská anamnéza

Informace o zdravotním stavu jsem získala rozhovorem s nemocným, vlastním pozorováním, od ošetřujícího lékaře, prací s dokumentací a při předání služby od kolegyň. Nemocný byl přijat pro opakovaně vzniklý pocit tlaku na hrudi na koronární jednotku.

2.3.1 Vnímání zdraví

Pacient J. H byl do současného onemocnění soběstačný a cítil se zdravý. Při chůzi do kopce se zadýchával, ale to přičítal své nadváze. Před 5 lety u něj byla diagnostikována hypertenze. Dostal léky a lékařka pacientovi doporučila nízkocholesterolovou dietu a snížení váhy. Léky užívá pravidelně, ale nezhubl a

dietu také příliš nedodržíje. Po nasazení léků se pacient cítil dobře, žádné potíže neměl. Na kontroly dochází pravidelně, pravidelně se nechává očkovat proti chřipce. Pacient je nekuřák, alkohol pije příležitostně, denně vypije 3-4 šálky kávy. V minulosti neměl žádné úrazy. Myslí si, že za současný zdravotní stav může jednak jeho nadváha, stres, „ne příliš zdravý jídelníček“, nedostatek pohybu a rodinné dispozice.

Včera ráno a odpoledne měl pocit zhoršeného dechu a „šimrání na hrudi“, které samo odeznělo. Po zbytek dne byl bez potíží. Dnes odpoledne měl opět pocit „krátkého“ dechu a tlaku na hrudi, který trval hodinu. Byl delší než ty předchozí a zpotil se. Manželka zavolala RZP, která pacienta s dg. nestabilní angína pectoris odvezla do FNKV na III. kardiologickou jednotku na koronární jednotku.

Během transportu byl bez bolestí, ty se objevily až po přijetí na koronární jednotku.

2.3.2 Výživa a metabolismus

Svůj obvyklý denní příjem stravy popsal pacient takto: k snídani pije kávu s mlékem a k jídlu si dává chleba s pomazánkou nebo se sýrem, ke svačině, když má čas, si dává kávu s mlékem. Obědvá ve firemní jídelně. Preferuje maso s přílohou. Dalším jídlem je až večeře, protože večeří pozdě snaží se jíst lehká jídla, což se ne vždy podaří. Nízkocholesterolovou dietu nedodržíje. Denně vypije 2 l tekutin, většinou neslazené minerálky, občas pije čaj. Chuť k jídlu má dobrou a potíže s příjmem potravy neudává.

Po dobu hospitalizace má dietu č. 8.

Váhu má 115 kg je vysoký 184 cm. BMI 34, což je obezita I. stupně.

Kožní turgor v normě, barva kůže normální. V pravém třísle má zavedený sheath.

Chrup je sanován, k zubaři chodí pravidelně.

Vlasy má husté, prošedivělé, silné. Nehty má pečlivě upravené, nelámavé, sliznice má vlhké, růžové bez povlaků.

2.3.3 Vylučování

Pan J. H doma nikdy s vylučováním problémy neměl. Na stolicí chodí pravidelně každý den, barva stolice je hnědá, normální konzistence, bez příměsí hlenu či krve. Projímadla nikdy neužíval, protože je nepotřeboval.

Močení je také bez problémů, barva moče je slámová, nezapáchá.

Nyní po výkonu je pacient informován, že musí močit vleže. Pacient má obavy, zda zvládne vleže vykonat potřebu, bojí se, aby neznečistil lůžkoviny. Močovou láhev má připravenou tak, aby na ní bez námahy dosáhl. Ujistila jsem ho, že po každém vymočení láhev vždy vyprázdníme. Sledujeme příjem a výdej tekutin.

2.3.4 Aktivita, cvičení

Do onemocnění byl pacient samostatný ve všech denních činnostech. Když studoval, tak sportoval, jezdil na kole, plaval a věnoval se turistice. Postupně všeho zanechal. Nyní občas šlape na rotopedu, na jaře a v létě jezdí s rodinou na Šumavu, odkud pochází, a podnikají výlety. Ví, že je to málo, pracuje v ČEZu , má sedavé zaměstnání, spoustu času tráví u počítače a do práce jezdí autem. Říká, že je tak unavený a vyčerpaný z práce, že večer je rád, že nikam nemusí. Svou malou pohybovou aktivitu omlouvá i tím, že se zadýchává.

Po výkonu není zcela soběstačný v oblasti vyprazdňování, hygieny a příjmu tekutin. Bodové hodnocení podle Barthelova testu základních denních činností je 30 – vysoce závislý.

2.3.5 Spánek, odpočinek

Doma spí v samostatné místnosti s manželkou. Spí špatně. Trvá dlouhou dobu, než usne a 2-3x se v noci probudí. Většinou je to způsobené problémy v práci nebo stavbou rodinného domu, které místo toho aby spal, řeší. Ráno se pak samozřejmě necítí odpočínutý. Pokud spí celou noc, spí tak 6 hodin, déle ne, i když o víkendu by si rád přispal, vždy se vzbudí v 5:30, jak je zvyklý. Hypnotika pacient nechce užívat. Ani v nemocnici nespí celou noc. Je to způsobené hlavně

tím, že pacient je v jiném prostředí, nemůže ležet na boku, jak je zvyklý, ale musí ležet ve vodorovné poloze na zádech. Také mu vadí hluk z monitoru a provozu oddělení.

Volný čas tráví četbou, rád luští sudoku, nebo jezdí na stavbu, kde rád pomáhá, říká, že „tou námahou si vyčistí hlavu“.

2.3.6 Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá. Má brýle na dálku. Před lety, při pravidelné kontrole mu zjistili zvýšený nitrooční tlak bilaterálně. Od té doby si pravidelně 2x denně kape do obou očí Arutimol 0,5%.

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou. Se zapamatováním nových věcí problémy nemá.

Rozhoduje se rychle, pocit nejistoty nemá. O svém zdravotním stavu i zákroku je poučený. Chápe, že nechce-li, aby se potíže opakovaly, je nutné snížení hmotnosti, dodržování nízkocholesterolovou dietu a zařazení více pohybu do svých denních aktivit.

2.3.7 Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se po fyzické stránce před onemocněním cítil dobře. Nyní bolesti nemá a těší se na propuštění do domácího léčení. Jediné z čeho má obavy je, zda zvládne pracovní vypětí. Má velké obavy z opětovných potíží, stále opakuje, že si nemůže dovolit dlouhé marodění. Říká, že dlouhodobá neschopenka by měla pro něj fatální následky. Je introvert a o problémech v práci doma nehovoří. Zároveň si uvědomuje, že změnou životosprávy a životního stylu může průběh nemoci hodně ovlivnit.

2.3.8 Role, vztahy

Pacient bydlí s manželkou a dvěma dospělými dětmi, které studují VŠ, v bytě 3+1. V manželství je spokojený, je rád, že obě děti studují a „že přežil jejich pubertu“. Z návštěvy manželky a dětí se těší, i když při odchodu do

nemocnice jim říkal, ať si nedělají starosti, že mají určitě dost práce a že za ním nemusí chodit. Pocitem osamělosti netrpí, v nemocnici je v kontaktu i se svými sourozenci, kteří všichni žijí na Šumavě. Také se těší, že až dostaví dům, kde se budou všichni scházet i na delší dobu než jen na víkend.

2.3.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Potíže s prostatou pacient nemá. Má dvě děti a spokojený manželský život.

2.3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

O stresu říká, že „je jeho každodenní host“. Nejvíce stresových situací zažívá pacient v práci. Doma se o těchto problémech nehovoří, říká, že „mu stejně pomoci nemohou“. Rád by v budoucnu naučil relaxační techniky, aby „to s ním nepraštilo“. Oba jeho rodiče zemřeli na CMP, ale spíš než smrti se bojí toho, že by zůstal nemohoucí, odkázaný na pomoc druhých.

2.3.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient je nevěřící. Jeho prioritou je rodina, na které velmi lpí a teď už i zdraví. Věří, že když dodrží všechna doporučení lékaře, jeho zdravotní stav selepší a bude soběstačný jako před onemocněním.

2.4 Ošetřovatelské diagnózy k 1. dni hospitalizace.

Ošetřovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů. Popisuje reakci na nemoc, je orientována na člověka jako jedince s poruchou soběstačnosti. Provázejí ji samostatné ošetřovatelské činnosti a doplňuje lékařskou diagnózu.(14)

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazené po dohodě s pacientem dle priorit. Stanovila jsem je 1. den hospitalizace.

1. Bolest z důvodu ischemie myokardu.
2. Strach z náhlé změny zdravotního stavu a nutnosti hospitalizace
3. Retence moče z důvodu nepřírodní polohy při močení.
4. Porušený spánek z důvodu změny prostředí, nepohodlí.
5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného sheatu a periferní kanyly.
6. Riziko krvácivých projevů z důvodů invazivního výkonu a ponechání zavaděče v pravém třísele.
7. Riziko aspirace z důvodu vynucené polohy.

1. Bolest z důvodu ischemie myokardu

Cíl:

- minimalizace bolesti po aplikaci analgetika i. v.

Plán:

- informuj pacienta, aby vždy, když se objeví bolest, nebo při změně charakteru bolesti, informoval sestru
- sleduj verbální a neverbální projevy bolesti
- urči stupeň bolesti podle VAS (vizuální analogová škála)
- informuj lékaře o vzniku bolesti
- podej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek podaného analgetika

- zaznamenej do dokumentace stupeň bolesti, léčbu a účinek analgetika
- sleduj nežádoucí účinky analgetik (nauzea, zvracení, hypotenze)

Realizace:

Pacient byl přijat na koronární jednotku a napojen na monitorovací systém. Při přijetí byl pacient úzkostný, zpotený. Po uložení na lůžko si pacient stěžoval na bolest, která vyzařovala do krku (VAS 6). Provedla jsem EKG záznam, informovala lékaře a podle jeho ordinace jsem aplikovala 2 ml Fentanylu i. v. Vysvětlila jsem pacientovi, že lék by měl účinkovat během několika minut. Vše jsem zapsala do dokumentace. Lékař pacientovi sdělil příčinu bolestí a doporučil pacientovi koronarografii. Vysvětlil pacientovi důležitost tohoto vyšetření, jeho průběh i rizika. Pacient s výkonem souhlasil. Provedla jsem přípravu na vyšetření (vyholení třísel, podepsání souhlasu s vyšetřením, kontrola periferního katetru), poté byl pacient převezen na katetrizační sál. Po návratu z katetrizačního sálu byl pacient unavený, v pravém třísele měl zavedený sheath. Pacientovi jsem vysvětlila, že nyní musí ležet na zádech s nataženou pravou nohou, kterou nesmí krčit v třísele a v koleni. Vysvětlila jsem pacientovi, za jak dlouho mu bude vytažen sheath a následně přiložena komprese a za jak dlouho mu bude komprese odstraněna. Během této doby si pacient stěžoval na bolest zad a hlavy (VAS 3). Informovala jsem lékaře a upravila polohu pacienta pomocí speciálního podhlavníku. Dle ordinace lékaře jsem podala Ibalgin 1 tbl. Pacienta jsem informovala, po jak dlouhé době by mělo dojít k úlevě. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Po odstranění komprese jsem pacientovi pomohla zaujmout vhodnou polohu. Po hodině jsem šla zkontrolovat účinek analgetika. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

Na vizuální analogové stupnici (VAS) od 0 - do 10, kdy 0 není žádná bolest, 10 je bolest nesnesitelná, pacient bolest na hrudi označil číslem 6. Analgetika podaná i. v. při stenokardii pomohla během několika minut, pacient byl bez bolestí (VAS st. 0), po odeznění bolesti se cítil unavený. Po návratu z katetrizačního sálu se bolest již neobjevila. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Během klidového režimu si pacient stěžoval na bolest hlavy a zad. Na stupnici VAS ji pacient označil č. 3. Po podání Ibalginu 1 tbl. p. o. a úpravy polohy, bolest hlavy a zad ustoupila do hodiny, dle jeho slov, na snesitelnou míru. Na stupnici VAS označil tuto bolest stupněm 1. Úplně se pacientovi ulevilo až po sejmutí komprese, kdy mohl změnit polohu. Ošetrovatelské cíle byly splněny.

2. Strach z náhlé změny zdravotního stavu a nutnosti hospitalizace

Cíl:

- zbavit pacienta vnitřního napětí
- pacient hovoří o problémech

Plán:

- zjistí pacientovi pocity a obavy
- vytvoř klidné prostředí
- mluv klidně a pomalu
- poskytni čas na zodpovězení otázek
- ujisti pacienta, že pomoc je vždy v dosahu
- informuj pacienta o režimu před a po výkonu PCI
- informuj pacienta o monitoraci

Realizace:

Při přijetí byl pacient rozrušený, pocítil strach, cítil se ohrožený na životě. Pacient byl nesoustředěný, zajíkávě odpovídal na otázky, opakovaně zatínal ruce v pěst. Lékař informoval pacienta o příčinách jeho potíží. Vysvětlil pacientovi způsob léčby, který je pro něj vhodný. Seznámil ho s jeho průběhem i možnými komplikacemi. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost monitorování životních funkcí, informovala jsem pacienta o režimu po SKG. Na rozhovor s pacientem jsem si vyhradila čas, aby rozhovor nebyl přerušovaný a aby pacient neměl pocit, že zdržuje, nebo že na něj nemám čas. Snažila jsem se působit uklidňujícím dojmem. Během rozhovoru jsem ztlumila hlasitost alarmu, snažila jsem se vytvořit klidné prostředí. Při rozhovoru jsem se zajímala o příčiny strachu, během rozhovoru jsem pacienta nepřerušovala, nechala jsem pacienta mluvit. Dávala jsem pozor, abych mluvila pomalu, srozumitelně, nepoužívala odborné termíny, abych nehodnotila jeho pocity (nesmíte být smutný), nebo je nebagatelizovala (to nic není). Po rozhovoru jsem pacienta ujistila, aby se v případě jakýchkoliv nejasností a pochyb, obrátil na ošetřující personál.

Hodnocení

Pacient je o svém zdravotním stavu informován lékařem. Sestra pacienta informovala o přípravě na vyšetření a o režimu související s výkonem (PCI). Rozhovor probíhal v relativním klidu, který lze na koronární jednotce zajistit. Po výkonu byl pacient klidný a soustředěný. Pacient subjektivně udával částečné uklidnění, ale obavy z budoucnosti připouští. Je nutné v ošetrovatelských intervencích pokračovat, cíl byl splněn částečně.

3. Retence moče z důvodu nepřírodní polohy při močení.

Cíl:

- pacient se vymočí do 6 hodin po výkonu

Plán:

- zajisti pacientovi soukromí
- připrav močovou láhev k lůžku
- připrav k lůžku signalizační zařízení
- použij techniky podporující mikci (př. zvuk tekoucí vody)
- sleduj příjem a výdej tekutin

Realizace:

Pacient vyjádřil obavy, zda se dokáže vymočit vleže. Měl strach, aby neznečistil lůžkoviny. Vysvětlila jsem pacientovi způsob vyprazdňování na lůžku a ubezpečila jsem ho, že po každém použití močovou láhev vyprázdníme. Pacienta jsem také poučila, že je velmi důležitý dostatečný příjem tekutin, aby došlo k vyloučení kontrastní látky, která byla použita při vyšetření. Močovou láhev a signalizaci jsem připravila tak, aby na ně pacient bez problémů dosáhl. Pro dostatek soukromí jsem u pacienta zatáhla látkovou zástěnu.

Hodnocení:

Pacient pochopil nutnost dostatečného příjmu tekutin a i přes velké potíže z nedostatku soukromí se vymočil do 6- ti hodin po výkonu. Příjem tekutin za 24 hodin byl 2100 ml, výdej 2000ml.

4. Porušený spánek z důvodu změny prostředí, fyzického nepohodlí a psychické nepohody.

Cíl:

- pacient spí 6 hodin bez probuzení
- pacient se ráno cítí odpočínutý

Plán:

- naplánuj ošetrovatelskou činnost tak, aby nenarušovala noční spánek
- zajisti pohodu nemocného – úprava lůžka, zabránit nechtěnému pohybu a posunutí komprese v třísele
- použij v noci tlumené osvětlení
- udržuj tiché a klidné prostředí
- umožni pocit soukromí (zatažení zástěny)

Realizace:

Pacient přijel z katetrizačního sálu se zavedeným sheathem, který byl ve 23 hodin vytažen a přiložena komprese. Tu měl pacient tři hodiny. Pro navození pocitu bezpečí jsem PDK zabezpečila proti pohybu, aby nedošlo k dislokaci sheatu a později k posunutí komprese. Pacienta jsem ubezpečila, že tříselo budu pravidelně kontrolovat a že se může pokusit usnout. Pro zvýšený pocit soukromí jsem zatahla látkovou zástěnu, ztlumila jsem akustickou signalizaci alarmů. Při příchodu na pokoj jsem používala tlumené osvětlení. V 1 hodinu po půlnoci pacient zazvonil, že má bolesti zad a hlavy (VAS 3). Informovala jsem lékaře. Pacient dostal 1 tbl. Ibalginu, upravila jsem polohu hlavy, zkontrolovala kompresi. Ve dvě hodiny ráno byla pacientovi sundána komprese. Upravila jsem lůžko a vyměnila lůžkoviny, které měl pacient propocené, zkontrolovala tříselo. Protože i odpočinek je důležitý, poradila jsem pacientovi, aby se druhý den snažil přes den nespát a zabavil se četbou nebo jinou odpočinkovou činností.

Hodnocení:

Pacientovi se bohužel nepodařilo usnout na delší dobu, pro plnění ošetrovatelských intervencí, které se po PCI musí provádět (kontrola třísla, odběr krve, přiložení komprese). Pacient má i doma potíže se spánkem. Zde se k nim přidal i strach z nemoci a nepohodlí, které bylo způsobené vynucenou polohou a ztrátou soukromí. Ošetrovatelské cíle nebyly splněny, je nutné v ošetrovatelských intervencích pokračovat.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného sheatu a periferní kanyly.

Cíl:

- nemocný nemá známky infekce

Plán:

- kontroluj místa vpichu periferního žilního katetru a sheatu
- při manipulaci s invazivními vstupy pracuj asepticky
- prováděj převazy asepticky 1x denně (nebo dle potřeby)
- dodržuj hygienicko-epidemiologický režim
- kontroluj krytí sheatu a 1 hod
- kontroluj tělesnou teplotu
- při komplikacích informovat lékaře (krvácení, hematom, bolest, pálení)
- sleduj příznaky celkové infekce (horečka, třesavka)
- edukuj pacienta o projevech infekce v místě vpichu (bolest, pálení, zarudnutí, zduření)

Realizace:

Po příjezdu pacienta z katetrizačního sálu, jsem zkontrolovala krytí sheathu. Sheath jsem pravidelně kontrolovala á 1 hodinu. Ujistila jsem pacienta, aby kdykoliv bude mít pocit, že není něco v pořádku (pálení, bolest), zazvonil. Pacient měl signalizaci připevněnou tak, aby na ní lehce dosáhl. Po vytažení sheatu bylo místo vpichu ošetřeno Framykoinovým zásypem a byla přiložena komprese. Po sejmutí komprese, jsem místo vpichu ošetřila Jodcollodiem, překryla sterilním čtvercem a zalepila.

Zkontrolovala jsem perifení kanylu, přesvědčila jsem se, že okolí vpichu není zarudlé a bolestivé, aspirací jsem zkontrolovala její průchodnost. K dezinfekci místa vpichu jsem použila Cutasept forte, který je určen k ničení choroboplodných zárodků na kůži. Po zaschnutí jsem periferní žilní katetr přelepila krytím i. v Dressing 3M, které je hypoalergenní a prodyšné. Pacienta

jsem informovala, aby v případě, že pocítí pálení nebo bolest při aplikaci léků do kanyly tuto skutečnost okamžitě nahlásil.

Při všech manipulacích s invazivními vstupy jsem postupovala asepticky.

Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k rozvoji infekce. Po sejmutí komprese bylo tříslo klidné, bez známek infekce (bolest, zarudnutí, otok).

Periferní kanyla byla průchodná, pacient necítil při převazu bolest, okolí vpichu bylo klidné bez zarudnutí. Pacient byl afebrilní, ranní TT byla 36,6°C.

Ošetrovatelské cíle byly splněny.

6. Riziko krvácivých projevů z důvodů invazivního výkonu a ponechání zavaděče v pravém třísele.

Cíl:

- pacient nebude mít krvácivé komplikace
- známky krvácení budou včas odhaleny
- nedojde k dislokaci zavaděče
- odstranění zavaděče při hodnotě APTT 38 – 70 sekund.

Plán:

- pravidelně kontroluj místa vpichu a sterilní krytí (prosáknutí)
- fixuj PDK pomocí kurtu
- kontroluj prokrvení PDK (pulzace, citlivost, hybnost)
- proved' odběr krve na hemokoagulační vyšetření
- sleduj fyziologické funkce
- po odstranění zavaděče přiložení komprese na dobu tří hodin
- informuj lékaře o odstranění komprese a požádej ho o poslech tříselné tepny a kontrolu třísla

Realizace:

Po provedení PCI byl pacientovi v třísele ponechán zavaděč (sheath). Sheath byl zaveden v pravém třísele do arteria femoralis. Z místa uložení vyplývá riziko krvácení. Pacienta jsem informovala o nutnosti ležet na zádech s nataženou nohou. PDK jsem zabezpečila proti pohybu pomocí kurtu. Pravidelně jsem kontrolovala, zda neprosakuje krytí sheatu a jestli nedošlo k jeho dislokaci. Podle protokolu z katetrizačního sálu, jsem odebrala krev na statim na vyšetření koagulačních parametrů. Hodnota APTT byla ve fyziologickém rozmezí 39 – 70 sekund. Sestra katetrizačního sálu odstranila sheath a společně jsme přiložily kompresivní obvaz na tři hodiny. Po odstranění komprese lékař poslechem vyloučil šelest ve stehenní tepně. Následující dvě hodiny měl pacient ještě klidový režim.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo ke krvácení, třísko bylo klidné bez otoku a hematomu.

Cíl byl splněn.

7. Riziko aspirace z důvodu vynucené polohy

Cíl:

- pacient přijímá tekutiny bez potíží

Plán:

- seznam pacienta s možností přijímání tekutin na lůžku
- uprav polohu nemocného
- upozorni na možnost vzniku aspirace
- připrav tekutiny tak, aby byly dosažitelné
- pacientovi připrav na dosah signalizační zařízení
- sleduj bilanci tekutin

Realizace:

Po uložení na lůžko, jsem pacientovi vysvětlila důležitost dostatečného příjmu tekutin, aby došlo k vyloučení kontrastní látky. Upravila jsem polohu pacienta a připravila noční stolek s tekutinou tak, aby na něj lehce dosáhl. Po vyprázdnění sklenice jsem vždy dolila její obsah. Na dosah měl i signalizaci a pacienta jsem ubezpečila, že bude-li mít potíže s příjmem tekutin, aby zazvonil a že mu pomohu.

Hodnocení:

Ošetrovatelské cíle byly splněny, během doby kdy se pacient nemohl posadit, nedošlo k potížím s příjmem tekutin. Příjem tekutin za 24 hodin byl 2100 ml, výdej 2000ml.

2.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Cílem dlouhodobého ošetrovatelského plánu je motivace pacienta k dodržení léčebného režimu a pravidelnému užívání medikace. Edukace probíhá v postakutní fázi a před propuštěním pacienta do domácího ošetření. Dlouhodobý plán byl zaměřen na správnou léčbu hypertenze, úpravu a dodržování životosprávy. Pan J. H. byl hospitalizován na kardiologické klinice s diagnózou nestabilní angina pectoris. Nemocní s touto diagnózou jsou ohroženi náhlou smrtí. Pro opakování stenokardií po přijetí byla pacientovi provedena PCI. Vlivem časného revaskularizačního výkonu uzavřené koronární tepny nedošlo k poškození myokardu. Po výkonu se potíže již neopakovaly. První den hospitalizace byly stanoveny 4 aktuální a 3 potenciální diagnózy. U aktuálních diagnóz byly dvě splněny úplně (bolest, retence moče), jedna částečně (strach) a jednu diagnózu (spánek) se splnit nepodařilo. Hypnotika pacient odmítal s tím, že „si na ně nechce zvykat“. U potenciálních diagnóz došlo ke splnění všech cílů. V následujících dnech byla pacientovi provedena další vyšetření (RTG srdce a plic, ECHO, odběry krve, každý den bylo vyhotoveno kontrolní EKG). Na počátku onemocnění byl pacient velmi úzkostný, měl velké obavy, zda zvládne bez problémů své povolání, které je po psychické stránce zatěžující. Snažila jsem se pacientovi vysvětlit, že úpravou životního stylu (zařazení pohybových aktivit, změna jídelníčku, nácvik relaxačních metod) může výrazně ovlivnit průběh svého onemocnění. Po dobu hospitalizace se aktivně zajímal o všechna preventivní opatření. Pocit, že může svůj zdravotní stav ovlivnit, ho uklidnil. Velmi pozitivní vliv na psychický stav pacienta měly návštěvy manželky, která ho uklidňovala a dodávala mu odvalu, že spolu tuto nelehkou, ale neřešitelnou situaci zvládnou. Po dobu hospitalizace byly podávány medikace dle ordinace lékaře, pacienta jsem informovala o účincích léků a o vedlejších účincích. Přípravovala jsem pacienta na vyšetření, pečovala o invazivní vstupy. Zdravotní stav pacienta se zlepšoval. Pátý den byl propuštěn do domácího léčení. Před propuštěním byl poučen o dalších kontrolách u lékaře a režimu v domácím prostředí (užívání léků, o důležitosti klidového režimu po 8 týdnů, aby nedošlo ke komplikacím - hematom,

poškození tepny v místě vpichu při koronarografii). Pacient byl poučen o důležitosti dodržovat antiagregační terapii (viz edukace nemocného). Pacient byl objednáán na rekoronarografii za 6 měsíců, byl poučen, že při recidivě obtíží má vyhledat okamžitě lékaře. Pacientovi, byla předána propouštěcí zpráva, edukační materiál o jeho onemocnění a výkonu PCI, léky na 3 dny.

2.6 Psychologická a sociální část

2.6.1 Psychologie zdraví a nemoci

Zdraví představuje významnou životní hodnotu. Je-li člověk zdravý, lépe snáší životní nepohodu, fyzickou zátěž, dokáže vydržet určitou dobu bez jídla, odpočinku a spánku. Může cestovat bez nároku na pohodlí, nehledět na únavu, může podnikat náročné horské túry, může jíst a pít to, na co má chuť. Jeden z častých bonmotů říká, že pokud se po čtyřicítce ráno probudíme a nic nás nebolí, nejsme už mezi živými. Věk je jistým limitujícím faktorem v uspokojování našich často neskromných tužeb, ale pokud člověk netrpí nějakou chorobou, není ani příliš omezena kvalita jeho života. S věkem nastupují různé problémy, které v případě, že nezasahují do běhu života, člověk vnímá jako součást své životní cesty. Přijímá jako fakt a ne jako zdravotní handicap, že začne po čtyřicítce používat brýle na čtení, že potřebuje častěji oddech při fyzické námaze, že některá jídla „mu nedělají dobře“ a že ho občas něco bolí.(6)

Nemoc, podobně jako tělesné postižení, klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a motivaci, neboť u nemocného nejde jen o to, smířit se s faktem svého onemocnění a přijmout vše, co s sebou nemoc přináší. Nemocný je také postaven před úkol vyrovnat se se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijmout, i jako fakt další nutné, nepříjemné i bolestivé, diagnostické a terapeutické postupy. (6)

Pro nemocného je jeho nemoc těžkým břemenem a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků, stejně jako členů rodiny a přátel. Duševní stránka nemocného (způsob prožívání vlastní choroby, psychické reakce na nemoc) je důležitým článkem při léčbě a ošetřování nemocných, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění.

U akutních onemocnění, kterým nestabilní angina pectoris bezpochyby je, zvláště pokud jsou doprovázeny intenzivní bolestí, předpokládáme častější výskyt neadekvátních reakcí, protože nemocnému obvykle v počátku onemocnění chybí dostatek informací, týkající se jeho zdravotního stavu. Nezbytná pracovní

neschopnost, nutnost hospitalizace a tím i vytržení pacienta z normálního životního rytmu vedou mnohdy až k panickým reakcím s výraznými motorickými, někdy až agresivními projevy anebo naopak uzavření se okolnímu světu, stažení se do sebe a rezignaci. (6)

Psychický stav pacienta se během hospitalizace mění a pacient prochází několika fázemi. Po přijetí pacienta do nemocnice na jednotku intenzivní péče bývají nemocní výrazně úzkostní. Díky intenzivní léčbě včetně aplikace anxiolytik, přítomnosti zdravotnického personálu a přístrojového vybavení se obavy během prvního dne zmenší. Nastoupí obranné mechanismy popření. U některých pacientů pozorujeme nepřiměřené až nebezpečné chování. Toto období je postupně vystřídáno obavami a depresí v souvislosti s budoucností. Nemocný přemýšlí o smrti, má obavy o pracovní uplatnění, sexuální potenci, stává se pesimistickým. Tyto pocity jsou odezvou na reálný stav, jsou projevem ohrožení sebepojetí pacienta.

U některých pacientů se v prvních dnech můžeme setkat s projevy hněvu (proč právě já?). Tyto projevy jsou nejsilnější třetí až čtvrtý den, poté postupně odeznívají. Mohou se objevit i po propuštění v domácím prostředí. U některých pacientů dochází v pohospitalizačním období k psychickému obrannému mechanismu popření a proto nedodržují doporučená opatření, která se týkají životního stylu. Menší část pacientů reaguje hypochondricky, úzkostně až depresivně. Tyto stavy se střídají a jejich průběh je závislý i na vnějších okolnostech, jako je vliv rodiny nebo přátel. (6)

2.6.2 Psychologie nemocného

Psychický stav nemocného se během hospitalizace měnil. Při přijetí byl úzkostný a neklidný. Nechtěl si připustit, že by ve svých letech mohl mít „problémy se srdcem“ a bylo pro něj velmi těžké uvěřit, že byl ohrožen na životě. Tento stav vystřídal, pocit úlevy po sdělení lékařem, že výkonem (PCI) se zabránilo poškození myokardu. Pacient byl unavený, ale spokojený. Ekg a hodnoty enzymů byly v normě. Pravé třísllo bylo bez hematomu. Pacientovi byl povolen i pohyb okolo lůžka a odvoz na toaletu v případě potřeby. Během dne se cítil dobře, bolesti se už neopakovaly, měl radost z návštěvy rodiny. Večer se cítil

unavený a začal mít obavy, zda zvládne „zápřah v práci“, jestli nemoc nebude mít vliv na jeho výkonnost a zda se nevrátí bolesti. Měl velký strach, že nebude moci finančně zabezpečit rodinu. Snažila jsem se pacienta uklidnit a vysvětlit mu, že únava po takové příhodě je pochopitelná a hlavně přechodná. Informovala jsem lékaře o stavu pacienta a podala dle ordinace Frontin 0,25 mg 1 tbl. Pacientovi se asi za dvě hodiny ulevilo. Vše jsem zapsala do dokumentace. Třetí den pacienta navštívila manželka. Sestra, která ošetřovala pacienta, jí sdělila, z čeho má její manžel velké obavy. Po návštěvě byl pacient výrazně klidnější. Čtvrtý den se pacient cítil dobře i únava se mu zdála menší a věřil, že vše zvládne bez problémů. Byl pevně rozhodnut radikálně změnit svůj nezdravý způsob života. Také ho potěšil fakt, že další den měl být propuštěn do domácího ošetření. Následující den byl pacient propuštěn.

2.7 Sociální hodnocení

Pacient J. H je ženatý, žije s manželkou a dvěma dětmi ve třípokojovém bytě v Praze. Má spokojené manželství bez problémů. Pracuje jako vedoucí pracovník v ČEZ, manželka pracuje jako účetní v soukromé firmě. Obě děti studují vysokou školu. Protože rodiče manželky pomalu přestávají být soběstační, rozhodli se s manželkou před dvěma lety, tuto situaci vyřešit stavbou rodinného domu, aby mohli všichni společně bydlet. Rodina je pro pacienta prioritou. Má hezký vztah se svými sourozenci, kteří žijí na Šumavě a vzájemná soudržnost mezi nimi je pro něj velmi důležitá.

2.8 Edukace

2.8.1 Definice edukace

Edukaci lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince.(6)

2.8.2 Edukace nemocného

V moderní ošetrovatelství není možné vystačit jen s kvalitním diagnostickým nebo léčebným výkonem, její součástí je již také po mnoho let edukace pacienta.

Ve zdravotnictví edukaci nejčastěji provádí sestry, které jsou s v úzkém kontaktu s pacientem i jeho rodinou. Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá specifika, protože se zabýváme především péčí o zdraví svých klientů. Úspěch edukace může ovlivnit řada faktorů, na které musíme při realizaci pamatovat.(6)

- **Fyziologicko-biologické faktory:** pohlaví, věk, míra soběstačnosti, zdravotní stav, smyslové poruchy.
- **Psychicko-duchovní faktory:** psychický stav nemocného, jeho osobnost, postoje, návyky, zkušenosti a víra
- **Sociálně-kulturní faktory:** zaměstnání, vzdělání, rodinné faktory, ekonomická situace, kulturní a etnická příslušnost
- **Faktory prostředí:** edukační prostředí a jeho vybavení (6)

Vliv na realizaci edukace má také zdraví klienta. V akutním stádiu onemocnění, které velmi často probíhá bouřlivě, se zaměřujeme jen na podání informací, týkajících se momentální situace, ve které se klient nachází a které mu slouží k „přežití“. Pro pacienty s chronickým onemocněním je typické, že se u

nich v průběhu života střídá období, kdy dodržují naše doporučení a kdy je zcela ignorují.(6)

První den, v akutní fázi, byla edukace pacienta J. H. zaměřena na přípravu před koronarografií a na léčebný režim po vyšetření. Následující dny, kdy pacient byl ve stabilizovaném stavu, neměl bolesti, jsem s ním hovořila o dalších opatřeních.

- **změna jídelníčku** – pacient se v minulosti již několikrát pokusil o snížení své hmotnosti, bohužel bez výsledku. Protože pacient váží 115 kg a jeho BMI je 34, což je obezita 1. stupně, navrhla jsem pacientovi konzultaci nutriční terapeutky. Pacient tuto nabídku velmi rád přijal a požádal, zda by se jí mohla zúčastnit také manželka, která nakupuje potraviny a v 99% připravuje jídlo pro rodinu.
- **hladina cholesterolu** – je potřeba, aby minimálně 1x ročně si pacient nechal zkontrolovat hladinu cholesterolu.
- **kouření** – pacient je nekuřák a v rodině také nikdo nekouří. Pouze jsem pacientovi vysvětlila rizika pasivního kouření a doporučila, aby se vyhýbal pobytu v zakouřených místnostech.
- **zařazení pohybových aktivit** – pacient jezdil do práce autem a svou pracovní dobu (více než 8 hodin) trávil sezením u počítače nebo na poradách. Doporučila jsem pacientovi, aby vyhledával v práci i mimo ni více pohybu (nepoužívat výtah, místo zatelefonování do sousední kanceláře, si tam dojít, část cesty do práce jít pěšky.) Vysvětlila jsem, že chůze je ideální způsob cvičení, zlepšuje svalové napětí a sílu a působí příznivě na krevní oběh. Doporučená vzdálenost pro chůzi je asi 2 km denně, vhodnou aktivitou je i pomalá jízda na kole, plavání. Tyto činnosti však není vhodné provozovat, pokud venkovní teplota klesne pod -5°C nebo stoupne nad 25°C.
- **pravidelné kontroly** - pacient byl poučen o nutnosti pravidelných kontrol v kardiologické ambulanci a o kontrolách krevního tlaku. Byl poučen, že správná léčba hypertenze snižuje počet možných komplikací: srdečního selhání, cévních mozkových příhod, infarktů myokardu.

- **stres** – pacient vede tým pracovníků a není možné se stresovým situacím zcela vyhnout. Doporučila jsem pacientovi nácvik technik relaxačního dýchání. Zavřít oči, zhluboka se nadechnout do břicha, na chvíli zadržet dech a pak dlouze vydechnout po dobu pěti sekund. Toto opakovat 5 - 6x za sebou. Další možností je nácvik hlubokého dýchání spojeného se zatínáním a povolováním svalových skupin. Postupně zatínáme ruce v pěst, nohy, hýždě, břicho a obličejové svaly. Poté naráz všechny svaly uvolníme a zhluboka vydechneme. Ke snížení stresu také napomáhá najít si koníčka, který nesouvisí s prací, dostatečně spát a dopřát si dovolenou nejlépe několikrát v roce.
- **antiagregační léčba** – pacientovi jsem při propuštění připomněla, že Plavix, může vyvolat různé nežádoucí účinky např. kožní vyrážka, bolesti břicha, poruchy trávení, pálení žáhy. Mohou se vyskytnout krevní podlitiny pod kůží, krvácení z nosu, krev v moči. Připomněla jsem pacientovi, aby užíval lék vždy ve stejnou dobu. Při vynechání dávky, pokud interval nebude delší jak 12 hodin, užil lék a druhý den pokračovat v užívání ve stejnou dobu. Pokud je interval delší jak 12 hodin, aby si vzal lék následující den ve stejnou dobu. Poučila jsem, ho aby při výskytu nežádoucích účinků, vyhledal lékaře.

Jako metodu jsem použila metodu rozhovoru, vysvětlování a edukační brožury, které jsou na našem oddělení k dispozici. Po rozhovoru jsem se pacienta vždy zeptala, zda všemu porozuměl. Ubezpečila jsem ho, aby se v případě jakéhokoliv dotazu nebo pochybností obrátil na ošetřující personál.

3 Závěr a prognóza

Kardiovaskulární onemocnění patří k nečastějším diagnostickým údajům, které čteme na úmrtních listech - u nás i v celém západním světě. Do této skupiny patří jak nemoci srdce tak i nemoci krevního oběhu. Za většinou z těchto chorob stojí ateroskleróza, která je podmíněna řadou rizikových faktorů. Z části nám „cosi“ bylo dáno do vínku již při narození, avšak z velké části můžeme svůj osud ovlivnit my sami.

Po pěti denní hospitalizaci byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. Cítil se dobře. Pacient byl edukován v rámci sekundární prevence, aby se minimalizoval další výskyt kardiovaskulárních příhod. Pacient toto onemocnění sám vnímá jako „první vážné varování“ a je si vědom, že může svůj zdravotní stav, úpravou životního stylu výrazně ovlivnit.

SEZNAM ZKRATEK

- ACD** – arteria coronaria dextra
AIM – akutní infarkt myokardu
AP - angina pectoris
APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas - arterie
amp - ampule
BMI – body mass index
CMP – cévní mozková příhoda
CK – MB – celková kreatinkináza
DK – dolní končetina
EKG – elektrokardiografie
ECHO – echokardiografie
FR- fyziologický roztok
g. – gram
j. – jednotka
ICHS - ischemická choroba srdeční
NAP – nestabilní angina pectoris
NO - oxid dusnatý
LDL – Low Density Lipoprotein
mg - miligram
NAP – nestabilní angina pectoris
NO - oxid dusnatý
RZP – rychlá zdravotnická pomoc
TK – krevní tlak
i. v. – intravenózně
i. a - intrarteriální
O₂ - kyslík
dx. – pravá
RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RTG - rentgen

sin. - levá

SKG – selektivní koronarografie

S+P – srdce a plíce

PCI – perkutánní koronární intervence

p. o. – per os

VAS – vizuální analogová škála

TT - tělesná teplota

P - puls

tbl. - tableta

SEZNAM LITERATURY:

1. Aschermann M. a kol.: Kardiologie 1. díl, Praha, Galén, 2004, ISBN 80-7262-290-0
2. Archalousová A. a kolektiv: Ošetrovatelská péče, 1. vydání, Praha, Karolinum, 2006, 295 s., ISBN80-246-1113-9
3. Dylevský I. :Somatologie, 2. přepracované a doplněné vydání, Olomouc, Epava, 2000, 480 s., ISBN 80-86297-05-5
4. Dylevský I.: Funkční anatomie, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2009, 544 s., ISBN978-80-247-3240-4
5. Gregor Pavel, Petr Widimský et al.: Kardiologie, Galen, 1999, 595s. ISBN 80-7262-021-5
6. Jobánková M. a kolektiv autorů: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 2. přepracované vydání, Brno, IDV PZ, 2002, 225 s., ISBN 80- 7013-365-1
7. Juřeníková Petra: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 80 s., 2010, ISBN 978-80-247-2171-2
8. Kapounová G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2007, 368 s., ISBN 978-80-247-1830-9
9. Kolář Jiří et al.: Kardiologie pro sestry intenzivní péče, 4. doplněné a přepracované vydání, Praha, Galén., 2009, 480 s., ISBN 978-80-7262-604-5
10. Křivohlavý J. Psychologie nemoci, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2002, 198 s., ISBN 80-247-0179-0
11. Křivohlavý J.: Psychologie zdraví, 2. vydání, Praha, Portál, 2001, 279 s., ISBN 80- 7178-774-4
12. Melvin D.Cheittlin, Maurice Sokolow, Malcolm B. Mellroy :Klinická kardiologie, H & H Vyšehradská, 2005, 847 s., ISBN 80-7319-005-2
13. Pavlíková S.: Modely ošetrovatelství v kostce, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2010, 150s., ISBN 978-80-247-1211-6

14. Staňková M.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, NCO NZO Brno, 2005, 49s., ISBN 80-7013-282-5
15. Staňková M.: Jak provádět ošetrovatelský proces, 1. vydání, NCO NZO Brno 2009, 66 s., ISBN 80-7013-283-3
16. Špaček R., Widimský P.: Infarkt myokardu, 1. vydání, Praha, Galén, 2003, 231 s., ISBN 80-7262-197-1
17. Vymětal J.: Základy lékařské psychologie, 1. vydání, Praha, Psychoanalitické nakladatelství, 1994, 185 s., ISBN 80-901601-3-1

SEZNAM PŘÍLOH

Se souhlasem staniční sestry pracoviště JIP kardiologické kliniky pražské nemocnice jsou použité následující přílohy.

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č 2: Plán ošetřovatelské péče

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci)

PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Hlavní důvod přijetí: <i>Bolus va Budy; klesající angina pectoris</i>			
Datum přijetí: <i>15.9.2011</i>	Čas: <i>14⁰⁰</i>	Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Hospitalizace: <input checked="" type="checkbox"/> první <input type="checkbox"/> opakovaná: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> plánovaná			
Překlad: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Pacient přeložen z:		
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	Jaká: <i>PNC</i>		
Nesnášenlivost léčivých přípravků: <i>NE</i>			
Informace podávat komu: <i>HANŽELKA</i>			

SHRnutí RIZIK

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> zrakové postižení | <input checked="" type="checkbox"/> riziko pádů, skóre: <i>3</i> |
| <input type="checkbox"/> sluchové postižení | <input type="checkbox"/> riziko dekubitů, Norton skóre: |
| <input type="checkbox"/> tělesné postižení | <input checked="" type="checkbox"/> stupeň závislosti, Barthelův test, skóre: <i>60 - STŘEDNÍ</i> |
| <input type="checkbox"/> mentální postižení | <input type="checkbox"/> alergie na desinfekční prostředky: |
| <input type="checkbox"/> problémy s řečí | <input type="checkbox"/> nutriční riziko |
| <input type="checkbox"/> neznalost jazyka (cizinec) | |

1. DÝCHÁNÍ

Potíže: ano ne Dušnost: noční, námahová, klidová, cyanóza Kašel: ano, jaký ne

2. VÝŽIVA, HYDRATACE

Dieta: ne ano, jaká: *8* Diabetik: ne ano PAD: Inzulin

Příjem potravy: p.os: sám s pomocí NGS/od: PEG/ od: i.v./ od: *5.1* umělý chrup: ano ne

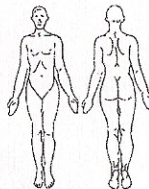
Výška: cm Váha: kg BMI: Denní příjem tekutin p.o. / 24 hodin cca:

Kůže: v normě suchá vlhká
 otoky opruzeniny hematomy
 léze, rány, jizvy

Dekubity: ne ano, stupeň, lokalizace –

Sliznice: vlhké suché afty
 soor krusty

Dehydratace: ne ano



3. VYLUČOVÁNÍ

Močení: spont., bez obtíží pleny PMK stomie: typ.....
 inkontinence retence časté močení bolestivé močení nykturie – frekvence

Stolice: bez obtíží pravidelná nepravidelná zácpa průjem nadýmání
 inkontinence stomie, typ
 poslední stolice.....
 užívá projímadlo

Pocení: v normě nadměrné

4. AKTIVITA

chodí sám chodí s pomocí ležící nepohyblivý *po PCI*

Tělesný handicap: amputace / paréza / plegie onemocnění pohybového aparátu

Kompenzační pomůcky: hůl/berle chodítko vozík

Úroveň soběstačnosti: soběstačný nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti podle Barthelova testu)

0 – 40 vysoce závislý 45 – 60 závislost středního stupně 65-95 lehká závislost 96-100 nezávislý

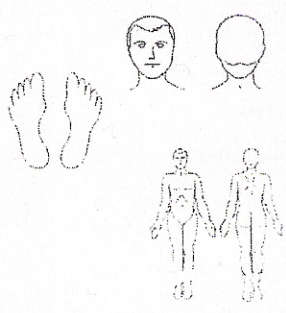
Abusus: alkohol *PRI LEŽITOSTI* cigarety...../den jiné návykové látky.....

5. SPÁNEK

průměrně *6*...hod problémy s usínáním časté buzení nespavost únava

Užívá hypnotika ne ano – jaká návyk noční zmatenost

6. SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> orientován pouze <input type="checkbox"/> dezorientovaný/zmatený/neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně/fyzicky <input type="checkbox"/> porucha vědomí : somnolence / sopor / koma	Smyslový handicap: <input checked="" type="checkbox"/> porucha zraku <input type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko
Bolest: <input type="checkbox"/> nemá bolest <input checked="" type="checkbox"/> bolest akutní / chronická Kde/kdy (v souvislosti s) : <i>na kůži - vyražený do šcu VAS 6</i> <i>... bolest kůže a zad VAS 3</i> Analgetika: <i>Fentanyl 2mcg iv. ; Kalgina 100 mg po.</i> Intenzita bolesti : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Riziko pádu : <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (dle zjištění skóre rizika pádu)	

7. SEBEPOJETÍ

Pacient při příjmu: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> má strach <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input type="checkbox"/> klidný <input checked="" type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup	Komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> obtížná – bariéra <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nelze
---	---	--

8. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Bydlí: s rodinou sám asistence pečovatelské služby podpora charitou bezdomovec
 zanedbaný z domova zanedbaný z jiného zařízení
Kontakt sociální sestra: ne ano , proč.....

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Žena: <input type="checkbox"/> menstruace: pravidelná/nepravidelná/silná/slabá <input type="checkbox"/> antikoncepce <input type="checkbox"/> menopauza,event. obtíže	Muž: <input type="checkbox"/> obtíže s prostatou : ano/ne <input type="checkbox"/> jiné obtíže.....
--	---

10. OSTATNÍ

přeje si návštěvu duchovního
 byl seznámen Právy pacienta, domácím řádem a službami nemocnice ano ne /proč

Anamnézu zpracoval/a:

KOSTRUNKOVÁ

Datum a čas:

15.1.11 21:30

Podpis:

Kostrunková

Propouštěcí rozhovor dne:

Pacient informován o propuštění Doprava pacienta zajištěna: vlastní <input type="checkbox"/> sanitka <input type="checkbox"/> Předány uložené cennosti a osobní věci Vydány léky a recepty Předány zdravotní pomůcky Předána propouštěcí zpráva / PN,lístek na peníze/ Péče HC zajištěna:	Pacient (rodina) poučen/i o: režimu v domácím prostředí stravování užívání LP, poslední podání ve FNKV: další kontrole: Podpis pacienta
Podpis sestry	Podpis pacienta

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

identifikační štítek

datum	oš.problém	oš.cíl	oš.plán	hodnocení	podpis
stanovení 15.1	BOLEST <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input checked="" type="checkbox"/> zmírnění bolesti do <input checked="" type="checkbox"/> odstranění bolesti do	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí lokalizaci, charakter, trvání, stupeň <input checked="" type="checkbox"/> založ záznam sledování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> informuj o úlevové poloze, prevenci bolesti <input checked="" type="checkbox"/> sleduj účinek podávaných analgetik <input checked="" type="checkbox"/> věnuj pozornost psych. stavu nemocného <input type="checkbox"/> zajisti vhodný způsob rehab. oš. polohování, lokomoce, cvičení	18.5 Bolest na úrovni VAS 6 Dle bolesti říkat a zadat VAS 3 18 podání analgetik, bolest na úrovni VAS 0, bolest říkat a zadat VAS 1, kupte tablety VAS 0 pacient bez bolesti	stanovil ukončil
ukončení 16.1.	č.oš.dg.				
stanovení	PORUCHA SOBĚSTAČNOSTI V OBLASTI				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> mobility <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin <input type="checkbox"/> oblékání	<input type="checkbox"/> osvojení způsobu umožňující opětné provádění činností <input type="checkbox"/> rozpoznání a uspokojení individ. potřeb	<input type="checkbox"/> zjistí stupeň soběstačnosti nemocného <input type="checkbox"/> prováděj hygienickou péči, oblékání <input type="checkbox"/> podávej nápoje a stravu <input type="checkbox"/> uprav okolí lůžka <input type="checkbox"/> zajisti signalizaci <input type="checkbox"/> zajisti rhb.oš. (aktivní nácvik sebeobsluhy) <input type="checkbox"/> spolupráce s fyzioterapeutem <input type="checkbox"/> spolupráce s ergoterapeutem <input type="checkbox"/> používání kompenzačních pomůcek <input type="checkbox"/> zajisti bezpečnost nemocného <input type="checkbox"/> motivuj nemocného <input type="checkbox"/> aktivně zapoj rodinu		ukončil
	č.oš.dg.				
stanovení 15.1	PR VZNIKU INFEKCE z důvodu <input checked="" type="checkbox"/> zavedení PŽK, CŽK, AŽK <input type="checkbox"/> moč.katetru <input type="checkbox"/> epicystomie <input type="checkbox"/> epidurál.katetru <input checked="" type="checkbox"/> dréna SHEATH <input type="checkbox"/> operační rány	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný nebude ohrožen infekční komplikací	<input checked="" type="checkbox"/> kontroluj místo vstupu min. 1x denně <input checked="" type="checkbox"/> sleduj funkčnost a délku zavedení i.v. vstupu <input checked="" type="checkbox"/> při manipulaci postupuj asepticky <input checked="" type="checkbox"/> dbej na řádnou hygienu rukou <input checked="" type="checkbox"/> převazy prováděj dle potřeby/indikace <input checked="" type="checkbox"/> včas diagnostikuj místní známky infekce <input type="checkbox"/> sleduj barvu a příměsi moče <input checked="" type="checkbox"/> sleduj příznaky celkové infekce (horečka, třesavka)	Bez známek infekce, bílé, čisté, ubolestivé bez ložisků a obli. PŽK - převazy - obli. uplně čisté	stanovil ukončil
ukončení 16.1	č.oš.dg.				
stanovení	PORUCHA VÝŽIVY z důvodu				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> ↓ příjmu potravy <input type="checkbox"/> nechutenství <input type="checkbox"/> poruchy polykání <input type="checkbox"/> mechani. příčiny	<input type="checkbox"/> zajištění nutriční výživy <input type="checkbox"/> pacient je schopen přijímat stravu <input type="checkbox"/> získání optimální hmotnosti	<input type="checkbox"/> zjistí stravovací návyky <input type="checkbox"/> zajisti výběr vhodné diety <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou úpravu stravy <input type="checkbox"/> konzultace dietní sestrou <input type="checkbox"/> sleduj příjem a výdej (potravy, tekutin) <input type="checkbox"/> zajisti správnou hygienu DÚ <input type="checkbox"/> dodržuj zásady správného stolování a úpravy stravy		ukončil

	č.oš.dg.		střední intenzita DMH, rozšířil cíle edukace pacienta (rodiny)		
stanovení	ÚZKOST, STRACH z důvodu				
15.1	<input checked="" type="checkbox"/> nedostatku informací	<input checked="" type="checkbox"/> zmírnění strachu a úzkosti	<input checked="" type="checkbox"/> promluví s pacientem o jeho obavách		Pacient je vypraven číslem i sestrou; pacient klidnější, ale pi psuk obavy z budoucnosti - obava, ale spíše dás kiení
ukončení	<input checked="" type="checkbox"/> změny prostředí <input checked="" type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> sociální nejistoty	<input checked="" type="checkbox"/> odstranění strachu a úzkosti	<input checked="" type="checkbox"/> seznam nemocného s novým prostředím <input checked="" type="checkbox"/> informují nemocného o výkonech, léčebném plánu <input checked="" type="checkbox"/> zajistí konzultaci s lékařem <input checked="" type="checkbox"/> zajistí konzultaci se sociální pracovníci <input checked="" type="checkbox"/> sledují bolest		
stanovení	č.oš.dg.				
stanovení	PORUCHA SPÁNKU z důvodu				
15.1	<input type="checkbox"/> bolesti	<input checked="" type="checkbox"/> nepřerušovaný spánek 6 hod.	<input checked="" type="checkbox"/> sledují spánek		Ošetřovatelské cíle velký spánek - ulehčí převzat ošetřovatelské intervence.
ukončení	<input checked="" type="checkbox"/> změny prostředí <input checked="" type="checkbox"/> strachu, úzkosti <input checked="" type="checkbox"/> hluku <input type="checkbox"/> nevhodného osvětlení <input type="checkbox"/> provozu na pokoji <input type="checkbox"/> teploty na pokoji	<input checked="" type="checkbox"/> zajištění správného biorytmu	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí návyky pacienta <input checked="" type="checkbox"/> zajistí úpravu lůžka, vyvětrej pokoj <input type="checkbox"/> podej hypnotika dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> sledují účinek hypnotik <input checked="" type="checkbox"/> zajistí noční klid		
stanovení	č.oš.dg.				
stanovení	RIZIKO PÁDU, ÚRAZU z důvodu				
ukončení	<input type="checkbox"/> onemocnění <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> celkové slabosti <input type="checkbox"/> nesprávného používání reh.pomůcek	<input type="checkbox"/> snížit riziko <input type="checkbox"/> zabránit pádu	<input type="checkbox"/> pouč nemocného o riziku pádu, úrazu <input type="checkbox"/> uprav vhodně okolí lůžka <input type="checkbox"/> zajistí pomůcky pro bezpečnost <input type="checkbox"/> zajistí potřebné pomůcky k lůžku <input type="checkbox"/> zajistí k ruce signalizaci <input type="checkbox"/> vysvětlí techniku chůze <input type="checkbox"/> zajistí doprovod <input type="checkbox"/> doporučí vhodnou obuv <input type="checkbox"/> zajistí edukaci fyzioterapeutem <input type="checkbox"/> provádějí oš.rehabilitaci		
stanovení	č.oš.dg.				
stanovení	PR KRVÁČIVÝCH PROJEVŮ z důvodu				
15.1	<input checked="" type="checkbox"/> antikoagulační léčby SHEATH	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný je informován o krvácivých projevech	<input type="checkbox"/> informují o antikoagulační léčbě a krvácivých projevech		Ludská le Bivacii, Risko ke krvácení - spíše
ukončení	<input type="checkbox"/> antikoagulační léčby	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný není ohrožen krvácivými projevy	<input checked="" type="checkbox"/> sledují krvácivé projevy <input checked="" type="checkbox"/> Bumba PDK; pabveni, pulsa rychlost, cirkost, FF;		
stanovení	č.oš.dg.				
stanovení	PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE z důvodu				
ukončení	<input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> účinku léku <input type="checkbox"/> zpomalené střevní peristaltiky <input type="checkbox"/> nedostatku soukromí <input type="checkbox"/> změny v příjmu a složení stravy <input type="checkbox"/> infekce	<input type="checkbox"/> pravidelně se vyprazdňuje <input type="checkbox"/> nestěžuje si na bolest břicha, plynatost	<input type="checkbox"/> zaznamenávají frekvenci a charakter stolice <input type="checkbox"/> zajistí soukromí při defekaci <input type="checkbox"/> zajistí edukaci o vhodné stravě <input type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu <input type="checkbox"/> zhodnotí účinek podávaných léků <input type="checkbox"/> provádějí oš. rehabilitaci		
stanovení	č.oš.dg.				

datum	os.probleem	os.cil	os.plan	nodnoceni	podpis
stanovení	PORUCHA MOCENÍ z důvodu				stanovil
15.1.	<input type="checkbox"/> infekce <input checked="" type="checkbox"/> operačního výkonu <i>PC1</i> <input type="checkbox"/> obstrukce- <input type="checkbox"/> neurologické <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> traumatu, defektu <input type="checkbox"/> inkontinence	<input checked="" type="checkbox"/> dosažení fyziol. vyprazdňování <input type="checkbox"/> zabránění vzniku moč.infekce	<input checked="" type="checkbox"/> sleduj P,V tekutin, charakter moče <input checked="" type="checkbox"/> zajisti soukromí při vyprazdňování <input checked="" type="checkbox"/> posiluj přirozené reflexy vyprazdňování <input type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu. <input type="checkbox"/> zajisti péči o moč. Katetr	<i>Pacient se ymoaic do 6 hodin p výkonu. Prijem a ydob krevni yprazdňuj ac splnen</i>	<i>Kostup</i>
ukončení	<input type="checkbox"/> neurologické <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> traumatu, defektu <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> č.oš.dg.		<input type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu. <input type="checkbox"/> zajisti péči o moč. Katetr		<i>Kostup</i>
stanovení	PR-TEN z důvodu				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> upoutání na lůžko <input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> varixů <input type="checkbox"/> tromboembolické nemoci <input type="checkbox"/> č.oš.dg.	<input type="checkbox"/> nemocný nebude ohrožen komplikacemi	<input type="checkbox"/> informuj o nezbytnosti cvičení DK, názorně ukaž <input type="checkbox"/> sleduj funkčnost bandáže DK <input type="checkbox"/> sleduj příznaky TEN <input type="checkbox"/> časně mobilizuj nemocného <input type="checkbox"/> podávej antikoagulancia dle ordinace <input type="checkbox"/> sleduj projevy krvácivosti <input type="checkbox"/> sleduj barvu a teplotu DK <input type="checkbox"/> zajisti hygienu DK		ukončil
stanovení	PR-PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY z důvodu				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> poruchy výživy, kachexie, obezity <input type="checkbox"/> onemocnění kůže <input type="checkbox"/> poruchy CNS <input type="checkbox"/> č.dg.	<input type="checkbox"/> není porušena kož. Integrita <input type="checkbox"/> nemocný má dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži	<input type="checkbox"/> sleduj stav výživy, hydratace <input type="checkbox"/> pečuj o hygienu kůže <input type="checkbox"/> udržuj lůžko v čistotě a suchu <input type="checkbox"/> polohuj nemocného <input type="checkbox"/> cvičení, lokomoce <input type="checkbox"/> při vzniku rány či dekubitu založ záznam		ukončil
stanovení	PORUCHA DÝCHÁNÍ z důvodu				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> plicního postižení <input type="checkbox"/> srdečního selhání <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> těžké infekce <input type="checkbox"/> šokového stavu <input type="checkbox"/> č.oš.dg.	<input type="checkbox"/> nemocný dosáhne účinného dýchání <input type="checkbox"/> nemocný má dostatečně okysličené tkáně <input type="checkbox"/> nemocný bude mít průchodné dýchací cesty	<input type="checkbox"/> zvol vhodnou polohu <input type="checkbox"/> podej zvlhčený O2 dle ordinace <input type="checkbox"/> odsávej sekrety, sleduj vzhled spůta <input type="checkbox"/> prováděj dechovou rehabilitaci <input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí oxidaci <input type="checkbox"/> podávej léky, inhalaci dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> poskytni pacientovi psychickou podporu, klidné prostředí		ukončil
stanovení	ZTÍŽENÁ KOMUNIKACE A ORIENTACE z důvodu				stanovil
ukončení	<input type="checkbox"/> smyslové poruchy <input type="checkbox"/> poruchy psychické <input type="checkbox"/> poruchy CNS <input type="checkbox"/> poruchy chování <input type="checkbox"/> č.oš.dg.	<input type="checkbox"/> zlepšení komunikace s nemocným <input type="checkbox"/> obnovení a udržení orientace v realitě	<input type="checkbox"/> zhodnoť rozsah poruchy orientace a komunikace <input type="checkbox"/> dle smyslové poruchy zajisti pomůcky <input type="checkbox"/> urči míru ohrožení nemocného <input type="checkbox"/> zajisti zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zajisti kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> buď trpělivá vstřícná		ukončil
stanovení	DEFICIT INFORMACÍ v oblasti				

stanovení	DEFICIT INFORMACÍ v oblasti				stanovil	
	onemocnění vyšetření léčbě	<input type="checkbox"/> nemocný má dostatek informací	<input type="checkbox"/> zjistí jaké informace nemocnému chybí <input type="checkbox"/> zjistí o čem byl informován lékařem <input type="checkbox"/> zajistí kontakt s lékařem <input type="checkbox"/> poskytne informace v rámci sesterské kompetence <input type="checkbox"/> poskytne informace o sdružení pacientů <input type="checkbox"/> zajistí informační letáky			ukončil
ukončení	č. oš. dg.					
15.1.	RIZIKO ASPIRACE	Pacient připraven debativou bez pláče	X	seznámí pacienta s možností příjmu léků na lůžku	Celá skupina, pacient během doly aby se se včel pladit kredit plise s příjmem léků	dosud
	= 2 důvody vynechání		X	upraví příjem nemocného	Příjem a výdej léků by upraveny	
	pečlivě		X	upraví ve možnost vstupu a výdeje		
			X	připraví léky aby byly dosažitelné		
			X	pacienta připraví na desat signálů a dalších		dosud
16.1.			X	skládá si o účel léků.		