

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kazuistika nemocného s infarktem myokardu

Květen 2006

Radka Zemanová
Bakalářské studium ošetrovatelství
Kombinovaná forma

OBSAH

A. Úvod	3
B. Klinická část	
1. Charakteristika onemocnění	4
2. Základní identifikační údaje pacienta	18
3. Lékařská anamnéza a diagnózy	19
4. Přehled diagnostických vyšetření.....	21
5. Přehled terapie	25
6. Stručný průběh hospitalizace	41
C. Ošetrovatelská část	
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	42
2. Ošetrovatelské diagnózy	49
3. Plán ošetrovatelské péče – cíle, plánované zákroky, realizace, hodnocení	51
4. Edukace pacienta	71
5. Závěr a prognóza	72
D. Použité zdroje	73
E. Seznam použitých zkratk	74
F. Přílohy	76

A. ÚVOD

Jak koncem 20. století, tak i na počátku nového milénia je akutní infarkt myokardu ve vyspělých zemích stále jednou z hlavních příčin morbidity a mortality. V roce 2000 bylo v České republice hospitalizováno 22042 nemocných s akutním infarktem myokardu. I přes příznivý trend v posledních letech (snižování celkového počtu případů infarktu myokardu i snižování úmrtnosti na tuto chorobu) zůstávají v České republice onemocnění oběhové soustavy stále nejčastější příčinou smrti, neboť způsobují více než polovinu všech úmrtí. (6)

Pacient, kterého jsem si vybrala pro tuto kazuistiku, byl přijat na ARO v Mostě v kritickém stavu po kardiopulmocerebrální resuscitaci provedené rychlou záchrannou službou pro fibrilaci komor, jejíž příčinou byl právě akutní infarkt myokardu. Stav pacienta neumožňoval transport na specializované kardiologické pracoviště. Přesto však díky včasné komplexní péči na ARO se podařilo pacienta zachránit. a po sedmi dnech ošetřování byl pacient přeložen na koronární jednotku při plném vědomí a ve stabilizovaném stavu. Ze stavu klinické smrti se tak podařilo vrátit pacienta do normálního života, což je jistě ideálem každého zdravotníka a na oddělení našeho typu vždy malý zázrak, neboť anesteziologicko-resuscitační oddělení je a bude vždy spojeno s relativně vysokou mortalitou či následnými komplikacemi po léčbě.

Pacient vyžadoval náročnou lékařskou i ošetrovatelskou péči. Při léčbě byla též použita řízená hypotermie pomocí hemoperfuze. Během pobytu pacienta na ARO bylo stanoveno celkem 9 aktuálních a 3 potenciálních ošetrovatelské diagnózy.

Tato kazuistika byla sepsána s předchozím souhlasem pacienta.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Definice a rozdělení:

Podle patofyziologické definice je **infarkt myokardu (IM)** akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavěru či progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast.

Z klinického hlediska je pro diagnózu *akutního nebo vyvíjejícího se IM* nutná přítomnost alespoň jednoho z následujících kritérií:

1. Patologickoanatomický nález IM.
2. Typický vzestup a následný pozvolný pokles (troponin) nebo vzestup a následný rychlejší pokles (CK-MB) biochemických ukazatelů nekrózy srdečního svalu spolu s minimálně jedním následujícím znakem:
 - klinické symptomy ischemie
 - vývoj patologických kmitů Q na EKG minimálně ve dvou svodech
 - nové elevace segmentu ST ve dvou nebo více svodech nebo deprese segmentu ST nebo abnormální vlny T
 - intervence na věnčité tepně

Pro diagnózu *vyvinutého IM* (staršího data) jsou nutná tato kritéria:

1. Patologickoanatomický nález hojícího se nebo zhojeného IM.
2. Vznik nových patologických kmitů Q minimálně ve dvou svodech. Pacient již nemusí mít žádné klinické symptomy a biochemické ukazatele již mohou být normalizovány.

Termín infarkt myokardu by měl být používán společně s doplňujícími údaji, které upřesňují jeho velikost. Jako mikroskopický IM se označuje fokální nekróza srdečního svalu. Malý IM zasahuje méně než 10 %, střední IM 10 – 30 % a velký IM více než 30 % svaloviny levé

srdeční komory. Podle časových souvislostí se IM dělí na akutní (6 hodin až 7 dnů), hojící se (7 až 28 dnů) nebo zhojený (29 dnů a více). Podle okolností vedoucích k jeho vzniku se IM označuje jako spontánní, nebo jako následek diagnostického nebo terapeutického výkonu na věnčité tepně.

Při prvním vyšetření pacienta stanovujeme předběžnou diagnózu s těmito možnostmi: akutní IM s elevacemi ST (transmurální ischemie, STEIM), akutní IM s depresiemi ST (subendokardiální ischemie, NSTEMI), akutní IM s jinými EKG změnami nebo bolesti na hrudi bez čerstvých EKG změn. Při definitivní diagnóze používáme toto názvosloví: Q-infarkt myokardu (transmurální IM), non-Q-infarkt myokardu (netransmurální, subendokardiální, intramurální IM) nebo minimální myokardiální léze (mikroinfarkt).

(6)

Etiologie

Příčinou IM je uzávěr koronární tepny. Ve více než 95% je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimy a trombózou v místě plátu. V ojedinělých případech může mít IM jiný původ (spasmy, arteritidy, embolie do věnčitých tepen a jiné).

Klinicky prokazatelný IM vzniká vždy uzávěrem některého z hlavních epikardiálních kmenů věnčitých tepen. Nejčastěji ramus interventricularis anterior, ramus circumflexus nebo pravé koronární tepny.

Obvyklý postup dějů při vzniku uzávěru koronární tepny: ruptura, exulcerace či mikroskopická fisura aterosklerotického plátu → agregace krevních destiček → neúplně obturující destičkový trombus → úplně obturující destičkový trombus. Různou měrou se na uzávěru podílí též doprovodný spasmus koronární tepny. Důležitá je zejména aktivace destiček a lokální dysfunkce endotelu. Po uzávěru věnčité tepny přežívají buňky myokardu přibližně 20 minut se schopností úplné reparace po obnovení dodávky kyslíku. Po 20 minutách začínají první buňky podléhat nekróze, přičemž nekróza postupuje zpravidla od endokardu k epikardu a

od centra do periferie ischemické oblasti. Rychlost postupu nekrózy je dále ovlivněna úplností přerušení koronárního průtoku, přítomností kolaterál či spotřebou kyslíku v myokardu (tj. vyšší systolického tlaku a srdeční frekvence).

(6)

Příznaky

Nejčastějším příznakem IM je retrosternální *bolest*, která zpravidla trvá déle než 20 minut. Může mít charakter tlaku, svírání nebo pálení. Intenzita bolesti může být mírná, snesitelná, ale i šokující. Lokalizace může být i atypická (v zádech mezi lopatkami, v epigastriu, v krku, v dolní čelisti, v levé horní končetině apod.). V typickém případě vyzařuje z přední strany hrudníku do některé z výše uvedených lokalizací. Bolest vzniká obvykle bez zjevné vyvolávající příčiny, nejčastěji v klidu a časně ráno, méně často po rozčilení, vzácně pak po námaze.

Přibližně u poloviny pacientů jsou přítomny též *další doprovodné příznaky* – dušnost, nauzea až zvracení, pocení, palpitace, strach, slabost až mdloba.

Asi u 20 – 30% IM jsou příznaky mírné, atypické nebo vzácně příznaky zcela chybí (tzv. němý infarkt). Až 40% IM předchází nestabilní angina pectoris.

(6)

Diagnostika

Základem správné diagnózy je pečlivá *anamnéza* → parametry bolesti, přidružené příznaky, rizikové faktory aterosklerózy, současná i proběhlá související onemocnění.

Fyzikální vyšetření nemůže IM prokázat ani vyloučit. Je užitečné pouze pro diferenciální diagnostiku jiných příčin obtíží (např. akutní perikarditidy) nebo pro diagnózu některých komplikací IM.

Laboratorní vyšetření jsou základem průkazu IM.

Kreatinkináza (CK)

- nízká specifita samotného stanovení CK (přítomna v řadě orgánů a tkání) → nutnost současného stanovení izoenzymu MB, který má vysokou specifitu pro srdeční sval
- vzhledem k vysoké variabilitě normálních hodnot je pro diagnózu akutního IM vyžadováno minimálně dvojnásobné zvýšení plazmatické aktivity CK (problematické u starších nemocných s menší celkovou svalovou hmotností a výrazně nižšími bazálními hodnotami CK, kteří mohou mít při akutním IM vyšší patologické hodnoty CK-MB při normálních nebo pouze nesignifikantně zvýšených hodnotách CK)
- aktivita CK v plazmě se zvyšuje za 4 – 6 hodin a toto zvyšování pokračuje do 12 hodin od počátku akutního IM, vrchol aktivity se objevuje typicky za 18 až 24 hodin, do 36 – 40 hodin se aktivita CK vrací k normě

MB-frakce kreatinkinázy (CK-MB)

- vysoká specifita pro poškození srdečního svalu, zvláště pokud nebyl porušen kosterní sval
- některými autory je doporučováno stanovit též poměr CK-MB / CK (u akutního IM více než 5 %, toto kritérium však zvyšuje specifitu na úkor sensitivity u pacientů s poruchou jak srdečního tak kosterního svalstva); lepším ukazatelem srdečního postižení než uvedený poměr je stanovení CK-MB mass (výsledek uváděn v ng/ml)
- CK-MB má stejný časový průběh jako CK, pokles aktivity je poněkud rychlejší než u CK

Aktivita CK a CK-MB a jejich změny v čase u pacientů s akutním IM ve spojení s klinickými ukazateli mají i prognostickou výpovědní hodnotu. Rychlost uvolnění do plazmy odpovídá rychlosti a stupni rekanalizace infarktové tepny. Čas k dosažení maximální plazmatické koncentrace CK a CK-MB kratší než 12 hodin od začátku obtíží svědčí pro rekanalizaci a čas delší než 16 hodin pro přetrvávající okluzi infarktové tepny. Opětovné

zvýšení plazmatických koncentrací enzymů po jejich normalizaci svědčí pro rekurentní ischemii.

Laktátdehydrogenáza (LD)

- skládá se z podjednotek M (muscle) a H (heart), které vytvářejí celkem 5 izoenzymů
- srdeční sval obsahuje především izoenzym LD1
- specifita vyšetření je však nízká, neboť tento izoenzym se nachází také v erythrocytech, žaludku, ledvinách a pankreatu
- aktivita LD stoupá v průměru za 10 hodin od začátku akutního IM, dosahuje vrcholu za 24 až 48 hodin a přetrvává zvýšená 6 – 8 dní

Myoglobin

- koncentrace myoglobinu začíná stoupat za 1 – 4 hodiny od začátku akutního IM a během 24 hodin se vrací k normě; rychlé uvolňování a metabolismus se odrážejí v rychle se měnících koncentracích v plazmě
- stanovení koncentrace myoglobinu postrádá specifitu pro srdeční sval (zvyšuje se i při poškození kosterních svalů nebo renální insuficienci)
- jako diagnostické kritérium je pro akutní IM doporučováno zvýšení plazmatické koncentrace během první hodiny o více než 2,6 ng/min nebo zvýšení více než 4,6krát během 2 hodin

Troponiny

- plazmatické koncentrace troponinů začínají stoupat za 4 – 6 hodin od začátku akutního IM, vrcholu dosahují za 18 – 24 hodin a přetrvávají 5 – 10 dní
- pro diagnózu akutního IM v subakutní fázi je vyžadována pozitivita troponinu T, troponin I je naopak rozhodující pro časnou diagnózu (4 až 6 hodin po začátku IM)

(6)

Elektrokardiografický nálezn (EKG) je vedle laboratorních a klinických známek jedním ze základních pilířů diagnostiky. Umožňuje posoudit časové hledisko (hyperakutní nebo vyvíjející se IM versus

chronický stav či aneurysma), odhadnout rozsah léze (transmurální versus subendokardiální) a určit její lokalizaci (přední, boční nebo spodní stěna). EKG prokazuje také přítomnost některých komplikací IM (arytmie, převodní poruchy, perikarditida, aneurysma) a nález rekurentní ischemie, který je důležitým prognostickým ukazatelem. (6)

Posloupnost změn na EKG při infarktu myokardu: normální EKG → elevace úseku ST → vznik kmitu Q → normalizace úseku ST → inverze vlny T. (4)

Lokalizace IM: přední infarkt – změny ve V_2 až V_5 , spodní infarkt – změny ve III a aVF, laterální infarkt – změny v I, aVL a V_6 , zadní infarkt – dominantní R ve V_1 . (4)

Echokardiografické vyšetření má významnou úlohu ve vyhodnocování řady srdečních abnormalit včetně IM. Uplatňuje se při určení diagnózy IM, jeho lokalizace a rozsahu, je významným diagnostickým prostředkem při zjišťování komplikací IM a podává prognostické informace sloužící k provádění stratifikace nemocných po IM podle rizika. (6)

Při diagnostice IM echokardiograficky prokazujeme důsledky ischemie srdečního svalu. V průběhu 10 – 20 s po kritickém snížení průtoku koronární artérií nebo jejím uzávěru se objevují regionální poruchy kinetiky srdečního svalu v oblasti za stenózou. Jejich vznik má vysokou sensitivitu pro průkaz akutní ischemie a předchází před vznikem EKG změn i bolesti na hrudi. Specifita těchto poruch pro akutní ischemii srdečního svalu je však relativně nízká, neboť je lze zachytit také např. při stavu po prodělaném IM, při fokální myokarditidě, přetížení pravé komory či bloku levého Tawarova raménka. Regionální poruchy mají charakter hypokineze, akineze nebo dyskineze. Spolu s anamnestickými údaji, EKG a pozitivitou serologických markerů nekrózy srdečního svalu tvoří základ pro včasnou diagnostiku IM. (6)

Léčba

Strategie léčby:

1. předejít úmrtí pacienta – v případě zástavy oběhu či dýchání provést kardiopulmocerebrální resuscitaci, odstranit maligní arytmie (zejména fibrilaci) atd. → velmi důležitá úloha přednemocniční léčby (laická první pomoc, záchranná služba)
2. obnovením a udržením průchodnosti věnčité tepny zastavit postup nekrózy
3. minimalizovat subjektivní obtíže pacienta
4. léčit vzniklé komplikace
5. komplexními opatřeními v rámci sekundární prevence snížit na minimum riziko recidivy IM či pozdějšího úmrtí

Léčebná opatření v přednemocniční fázi (poskytovaná RLP):

- inhalace kyslíku 6 – 8 l/min
- odstranění bolesti opiáty (morphin, eventuelně fentanyl)
- atropin při bradykardii
- kyselina acetylsalicylová
- heparin (pouze před transportem na primární PCI)
- beta-blokátory (účelné především u nemocných s tachykardií, hypertenzí a bez známek srdečního selhání)
- nitráty (při srdečním selhání, při hypertenzi provázející IM a při persistujících či recidivujících stenokardiích)
- diuretika – furosemid (při městnavém srdečním selhání nebo plicním edému)
- katecholaminy – dopamin, adrenalin, noradrenalin (při rozvoji kardiogenního šoku)
- antiarytmika či další medikace dle stavu pacienta
- v případě zástavy oběhu či dýchání – kardiopulmocerebrální resuscitace

Po převozu do nemocnice je ideálním řešením revaskularizační léčba, která nově revaskularizuje ischemické oblasti myokardu. Patří sem

katetrizační revaskularizace (perkutánní koronární intervence = PCI) a chirurgické revaskularizace (bypassy). Oběma musí nejprve předcházet koronografie, která přesně určí morfologický nález na věnčitých tepnách.

Pod PCI rozumíme jakoukoliv katetrizační intervenci na věnčitých tepnách. Nejstarší metodou je balonková angioplastika, která sama o sobě má okamžitý úspěch ve smyslu odstranění stenózy asi v 90 %. Problémem zůstává riziko restenózy, ke kterému dochází asi u 30% pacientů v průběhu tří až čtyř měsíců. Výsledky balonkových angioplastik podstatným způsobem zlepšilo zavedení intrakoronárních stentů spolu se zavedením ticlopidinu jako standardní antitrombotické léčby po implantaci stentu. Dnes je 70 – 90 % angioplastik provázeno implantací stentu, moderní stenty lze dokonce zavádět i bez dilatace balonkem (tzv. primoimplantace).

Bypass je indikován zejména tam, kde koronografický nález není pro PCI vhodný. Zatímco pro provedení PCI u IM platí „čím dříve, tím lépe“, pro provedení bypassu v prvních 14 dnech se rozhodujeme jen při recidivujících stenokardiích. U stabilizovaných nemocných, kteří při správné farmakoterapii nemají recidivy stenokardií, se doporučuje operaci odložit na dobu za dva až čtyři týdny po IM.

Před PCI musí být nemocný s akutním IM léčen kyselinou acetylsalicylovou a heparinem. Před bypassesem by měl dostávat pouze heparin, antiagregancia by měla být vysazena v ideálním případě týden před operací.

Při nedostupnosti PCI přichází v úvahu trombolytická léčba spolu s antiagregancii. Jejich hlavním účinkem je aktivace fibrinolytického systému. V praxi se používají streptokináza a tkáňový aktivátor plazminogenu, nebo bolusová trombolytika retepláza a tenektepláza.

(6)

Ošetrovatelská péče

- Příjem pacienta na lůžko intenzivní péče.
- Zjištění anamnézy – od pacienta nebo od rodiny či jiného doprovodu.

- Napojení pacienta na EKG monitor, změření TK, SpO₂, TT.
- Podle stavu pacienta zajištění základních vitálních funkcí ve spolupráci s lékařem (inhalace kyslíku, intubace, nepřímá srdeční masáž, defibrilace atd.).
- Zajištění periferního žilního vstupu.
- Podání léků dle ordinace lékaře, sledování jejich účinku i nežádoucích účinků.
- Asistence lékaři při zavádění centrálního žilního katétru, arteriálního katétru, močového katétru či dalších invazivních vstupů.
- Je-li pacient při vědomí, snažit se po celou dobu pacienta uklidnit, vysvětlit mu prováděné zákroky, vybízet ke spolupráci.
- Po zvládnutí akutní fáze zahájit ošetrovatelský proces – stanovit aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy, naplánovat spolu s pacientem (je-li toho schopen) a jeho rodinou plán ošetrovatelské péče a začít s jeho realizací.
- Kontakt s rodinou – získat od ní chybějící informace nutné k léčbě a ošetrovatelské péči a samozřejmě rodinu informovat o stavu pacienta (s ohledem na jeho souhlas s poskytováním informací).

Komplikace

1. Arytmie

- Supraventrikulární arytmie
 - Jejich přítomnost většinou oznamuje rozvoj srdeční insuficience nebo naopak jimi vyvolané negativní ovlivnění hemodynamiky může srdeční insuficienci způsobit.
 - Mohou také zhoršovat stávající ischemii srdečního svalu.
 - Sinusová bradykardie (tepová frekvence nižší než 60 tepů za minutu) se vyskytuje až u čtvrtiny nemocných. Nejčastěji ji zachycujeme u nemocných s IM spodní stěny, kde je způsobena zvýšením tonu vagu a trvá pouze krátkodobě.

- Sinusová tachykardie se objevuje až u 30 % nemocných s akutním IM. Většinou je odpovědí na zvýšenou stimulaci sympatického nervového systému při stresu nebo fyziologickou odpovědí na akutně vzniklou srdeční insuficienci.
- Síňové tachyarytmie jsou zachycovány u 10 – 20 % nemocných, především v průběhu prvních 72 hodin. Nejčastější je fibrilace síní.
- Léčba supraventrikulárních tachyarytmií při akutním IM je důležitá, neboť návrat sinusového rytmu zpravidla vede ke snížení spotřeby kyslíku myokardem a zvyšuje srdeční výdej.
- Komorové arytmie
 - Komorové arytmie objevující se v souvislosti s akutním IM jsou často prognosticky závažné. Až 60 % všech úmrtí spojených s IM , jež nastanou během první hodiny od začátku příznaků, je přisuzováno maligním komorovým arytmiím, především fibrilaci komor.
 - Hlavní příčinou je poškozený myokard, který umožňuje vznik reentry okruhů.
- Bradyarytmie a poruchy převodu
 - Jsou způsobeny poruchami autonomní inervace, stimulací vagu nebo ischemií a nekrózou převodního systému.
 - Mohou být pouze přechodné, nebo naopak progredující, ireverzibilní a prognosticky závažné.

2. Srdeční selhání a kardiogenní šok

- Selhání levé komory v akutní fázi IM znamená vždy špatnou krátkodobou i dlouhodobou prognózu. Svědčí pro něj dušnost, cval a chrůpky na plicních bazích.
- Klinicky se stupeň srdečního selhání klasifikuje podle Killipa:
 - Killip I = nejsou chrůpky ani cval
 - Killip II = chrůpky na méně než 50 % plicních polí nebo cval

- Kilip III = chrůpky na více než 50 % plic (plicní edém)
- Kilip IV = kardiogenní šok

3. Infarkt pravé komory

- Vyskytuje se přibližně při jedné třetině infarktů spodní stěny levé komory. Bývá způsoben uzávěrem proximální části pravé koronární artérie nebo vzácně její větve pro pravou komoru. Krátce po jeho vzniku dochází k poklesu poddajnosti pravé komory, zhoršení jejího plnění a následně ke snížení tepového výdeje.
- Sekundárně tyto změny vedou k poklesu plnění levé komory a snížení minutového objemu. nemocný s hemodynamicky významným infarktem pravé komory má typicky systémovou hypotenzi až rozvíjející se kardiogenní šok, dilatované krční žíly a čistý poslechový nález na plicích bez známek venostázy.

4. Perikarditida u IM

- Časná infarktová perikarditida, nazývaná též pericarditis epistenocardiaca, má incidenci okolo 5 %. Projevuje se nejčastěji v prvních třech dnech IM perikardiálním třecím šelestem, teplotou, leukocytózou a recidivou bolestí za hrudní kostí. Tyto symptomy mají většinou pouze krátkodobé trvání a od poinfarktové anginy pectoris nebo recidivy IM je lze odlišit vazbou na hluboký nádech – dochází ke zhoršení. Výskyt časně infarktové perikarditidy koreluje s velikostí infarktového ložiska a se vzestupem mortality.
- Klinicky němý perikardiální výpotek bez známek tamponády se vyskytuje až u 40 % nemocných s IM. Nejčastěji jde o minimální nebo malý výpotek. Stejně jako u časně infarktové perikarditidy je jeho přítomnost spojena s vyšší morbiditou a mortalitou nemocných.

5. Mechanické komplikace po IM

- Ruptura volné srdeční stěny vzniká nejčastěji v oblasti infarzovaného myokardu za věnčitou tepnou, kterou se léčbou nepodařilo rekanalizovat. Dalšími rizikovými faktory pro její vznik jsou elevace segmentu ST na EKG, výrazně zvýšená koncentrace CK-MB a nepřítomnost anginy pectoris nebo IM v anamnéze. Ohroženi jsou tedy především nemocní s nevyvinutým kolaterálním oběhem a vytvořením velkého infarktového ložiska. Také věk nad 70 let, ženské pohlaví a lokalizace IM na přední stěně vykazují pozitivní korelaci s touto komplikací.
- Ruptura mezikomorového septa se vyskytuje u 2 % všech akutních IM. Mortalita je vysoká (až 74 %) a závisí na velikosti levoprávého zkratu. Zpravidla se objevuje 3 – 5 dnů po vzniku akutního IM. Klinicky se manifestuje náhlým vznikem hemodynamické nestability charakterizované hypotenzí, oboustrannou dynamickou insuficiencí a novým systolickým šelestem v prekordiu.
- Vznik akutní mitrální regurgitace má původ v ischemické dysfunkci papilárního svalu mitrální chlopně, dilataci levé komory, vývoji aneurysmatu levé komory či ruptuře papilárního svalu. Klinicky se komplikace nejčastěji manifestuje jako akutní hypotenze, plicní edém a nový šelest nad hrotem s propagací do axily. Síla šelestu nekoreluje se závažností akutní mitrální regurgitace.
- Aneurysma levé komory srdeční je definováno jako dobře ohraničené persistující vyklenutí stěny levé komory, které je tvořeno tenkou hyalinizovanou fibrotickou jizevnatou tkání s vymizelou nebo nekrotickou svalovinou. V 50 % je aneurysma vyplněno organizovaným trombem, který může později zkalifikovat. Zpravidla jde o konečný výsledek hojení transmurálního IM. Aneurysmaticky postižený segment je akinetický nebo dyskinetický. Hlavními komplikacemi vzniklého

aneurysmatu jsou srdeční selhání, maligní komorové arytmie a systémová embolizace.

- Pseudoaneurysma levé komory srdeční vzniká následkem ruptury volné stěny, která je kryta perikardem a později jizevnatou tkání. Stěna pseudoaneurysmatu neobsahuje endokard ani myokard. Klinicky se manifestuje srdečním selháním, bolestí na hrudi, dušností nebo náhlou smrtí.
- Remodelace levé komory po IM znamená změny velikosti levé komory, jejího tvaru a tloušťky jejích stěn, které následují po IM. Po uzavěru koronární tepny záhy nastává expanze infarktového ložiska, která znamená akutní dilataci a ztenčení infarzované oblasti neodpovídající dalšímu zvětšení nekrózy srdečního svalu, a to ještě před vytvořením pevné jizevnaté tkáně. Expanze infarktového ložiska se prokazuje až u 60 % nemocných zemřelých na IM. Časná dilatace levé komory zprvu udržuje tepový objem. Později však dochází v průběhu měsíců až let k nadměrné dilataci myokardu, která vede nejprve k jeho hypertrofii a později, vlivem stoupajícího zatížení pracovního myokardu, k jeho manifestnímu selhávání.

(6)

Prognóza

Prognóza nemocného s IM je ve vztahu s EKG změnami. Studie ukázala, že absolutní počet deviací segmentu ST (elevací i depresí) přesahující 19 mm signifikantně koreluje s 30denní mortalitou nemocných. Významnou výpovědní hodnotu má také tepová frekvence nad 84 tepů za minutu, trvání QRS delší než 100 ms a EKG známky již prodělaného IM.

Nemocní, kteří přežijí IM, mají zvýšené riziko následných srdečních komplikací včetně nestabilní anginy pectoris, reinfarktu, srdečního selhání a náhlé smrti.

Nemocný po nekomplikovaném IM se vrací do zaměstnání obvykle za 2 měsíce, po komplikovaném IM individuálně později, nebo vůbec ne (při těžké dysfunkci levé komory).

(6)

Edukace

Edukace pacienta by měla být zaměřena především na odstranění rizikových faktorů aterosklerózy. Mezi neovlivnitelné faktory aterosklerózy patří věk, mužské pohlaví a genetická zátěž. Tyto faktory nemůžeme ovlivnit, můžeme maximálně dispenzarizovat rizikové pacienty.

Pozornost v oblasti prevence je třeba věnovat faktorům ovlivnitelným:

- systolická i diastolická hypertenze
- zvýšená hladina celkového cholesterolu v plazmě a dále zejména zvýšená hladina frakce cholesterolu s nízkou denzitou (LDL)
- inzulinová rezistence, hyperinzulinémie, porušená glukózová tolerance nebo diabetes mellitus
- obezita (nejvyšší riziko bylo prokázáno u jedinců s tzv. centrálním typem obezity; BMI v rozmezí 25 – 29 znamená 1,8krát vyšší riziko vzniku aterosklerózy a BMI nad 29 dokonce 3,3krát vyšší riziko)
- kouření cigaret (incidence IM je oproti nekuřákům zvýšena šestkrát u žen a třikrát u mužů kouřících 20 a více cigaret denně)

(6)

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACENTA

Jméno a příjmení: K.T.

Rok narození: 1951

Věk: 54 let

Adresa: Most

Telefon: 12345

Pojišťovna: VZP

Národnost: česká

Vyznání: bez náboženského vyznání

Povolání: montér

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka

Hospitalizace v nemocnici Most od: 7.1.2006 – 18.2.2006

Datum přijetí na ARO: 7.1.2006

Tato kazuistika zahrnuje ošetřování od 7.1.2006 do 13.1.2006 na ARO v Mostě.

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

RA: matka zemřela na karcinom prsu, léčila se s hypertenzí; otec zdravý; sourozence nemá.

OA: nestonal, operace žádné, varixy na obou dolních končetinách, stav po tromboflebitidě na pravém bérce v anamnéze, kouří 20 cigaret denně, alkohol příležitostně, námahu snášel prý dobře, bolesti na hrudi nemíval

AA: neudává

FA: nepravidelně užívá Voltaren, jiné léky ne

PA: montér u soukromé firmy v Mostě

SA: žije s manželkou v bytě

NO:

- Dnes kolem 9. hodiny náhle vzniklý tlak na hrudníku, kolaps, pomočen, volána RLP.
- Při příjezdu lékaře fibrilace komor – defibrilován, po krátké srdeční masáži procitá, oslovitelný, apatický, trvá bolest na prsou, hypotenze, arytmie, mramoráž trupu i končetin.
- Po zaléčení transport na ARO Nemocnice Most, během transportu oběhově stabilní, TK 180/80, puls 90'.

Status presens:

- Po převzetí pacienta od RLP – ležící, při vědomí, komunikuje, trvá mírný tlak na hrudi, cyanóza v obličeji, SpO₂ 88 %, lehce snížený kožní turgor, dýchání celkově oslabené, akce srdeční pravidelná 106', ozvy tiché, TK 190/80, břicho měkké, pulzace v třísle hmatná dobře vpravo, vlevo oslabená, dolní končetiny bez otoků.
- Natočeno EKG – bifascikulární blokáda, výrazné deprese ST V₃₋₆, v.s. při AIM, domluven transport do Nemocnice Ústí nad Labem k provedení akutní PCI.

- Těsně před odjezdem ale opětovné vystupňování bolesti, hypotenze, fibrilace komor, ztráta vědomí. Opakovaně defibrilován, orotracheální intubace, neodkladná resuscitace.
- Zrušen proto transport do Ústí nad Labem a pacient přijat na lůžka ARO. Bezvědomí, UPV, TK 115/55, puls 111, afebrilní. Spontánní dechová aktivita, kašlací reflex, na oslovení ani na bolest nereaguje, bulby ve středním postavení, zornice miotické, isokorické, bez fotoreakce, sklery bílé, spojivky růžové, uši a nos bez výtoků, jazyk vlhký, výrazně zvýšená náplň krčních žil, štítná žláza nezvětšená, hrudník symetrický, zvedá se oboustranně, dýchání sklípkové, čisté, symetrické, ozvy velmi tiché, zdá se ohraničené, břicho měkké, bez rezistence, játra nezvětšená, peristaltika 0, genitál klidný, moč po zacévkování čirá, končetiny chladné, mramorované, bez otoků, lýtka symetrická, prohmatná, na trupu též výrazná mramoráž, na levé dolní končetině povrchové odřeniny (koleno, lýtko).

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

Hlavní důvod přijetí na ARO – Stav po kardiopulmocerebrální resuscitaci pro fibrilaci komor při akutním infarktu myokardu.

Další lékařské diagnózy:

- kardiogenní šok
- recidivující fibrilace komor
- septický stav při bronchopneumonii
- varixy na bérkách oboustranně, tromboflebitis pravého lýtka v anamnéze
- organický psychosyndrom
- nikotinismus

4. PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VYŠETŘENÍ

Laboratorní výsledky:

Biochemické vyšetření krve

(první den 3x denně, poté vždy ráno velké odběry a odpoledne denní odběry, viz příloha č. 6.):

Urea, Kreatinin	Po celou dobu v normě
Natrium	Po celou dobu v normě
Kalium	Po celou dobu v normě, eventuelně mírně snížené na maximálně 3,6 mmol/l
Chloridy	Po celou dobu v normě
Calcium	Mírně sníženo (cca 1,90 mmol/l)
Magnesium	Po celou dobu v normě
Bilirubin celkový	Po celou dobu v normě
Bilirubin konjugovaný	Po celou dobu v normě – tj. 0j.
ALT (alaninaminotransferáza)	Po celou dobu v normě
AST (aspartátaminotransferáza)	Po celou dobu zvýšené 1,58 – 4,38 μ kat/l
ALP (alkalická fosfatáza)	Po celou dobu v normě, pouze 11.1.2006 – 0,37 μ kat/l
LD (laktátdehydrogenáza)	7,39 – 11,4 – 17,17 – 16,4 – 13,56 μ kat/l
CK (kreatinkináza)	24,9 – 48,59 – 57,70 – 7,93 μ kat/l
CK-MB	3,11 μ kat/l (7.1.2006)
CK-MB mass	109,7 – 256,58 – 11,08 – 1,22 ng/ml
HBDH	2,12 – 3,4 – 6,51 – 5,8 μ kat/l
Troponin	0,371 – více než 50000 – 18,990 – 2,994 – – 0,953 ng/ml
Myoglobin	758 – více než 1200 – 1197,9 – 896,9 – – 209,8 ng/ml
Cholesterol celkový	Nižší hodnoty (2,20 – 3,6 mmol/l)
LDL-cholesterol	Nižší hodnoty (0,60 – 1,28 mmol/l)
HDL-cholesterol	Po celou dobu v normě (1,1 – 1,67 mmol/l)

Triglyceridy	Po celou dobu v normě
Amyláza v séru	Po celou dobu v normě
Celková bílkovina	Mírně snižená
CRP (C-reaktivní protein)	Zvýšen (24,2 – 47,1 – 262 – 363 – 318 mg/l)
Glukóza	Zvýšená (5,2 – 9,3 mmol/l)

ASTRUP (2x denně):

- Vzorky krve pro vyšetření byly odebírány z arteriální kanyly Picco, pouze poslední dva dny po zrušení kanyly bylo vyšetření provedeno ze vzorku kapilární krve.
- První den dominuje acidóza (pH 7,153), jejíž příčinou je jak složka respirační (pCO₂ 7,03 kPa) tak složka metabolická (BE -11,1 mmol/l).
- Následující den přetrvává acidóza, která se ale postupně upravuje. Již 9.1.2006 je pH ve fyziologickém rozmezí (7,362 ráno; 7,437 odpoledne). Od 10.1.2006 se objevuje tendence k mírné alkalóze, maximální dosažené pH je 7,478.
- Již první den odpoledne klesá BE na -8,7 mmol/l a od druhého dne je ve fyziologickém rozmezí (hodnoty v rozsahu 0,3 – 2,3 mmol/l). Toto dáno jednak léčebným podáním bikarbonátu první den a samozřejmě i odstraněním příčiny (hypoxie tkání) pro vznik laktátové acidózy. Od druhého dne se tedy na probíhající acidóze podílí téměř výlučně složka respirační – pCO₂ přetrvává i po další dva dny nad hranicí normy.
- Od 10.1.2006 se pCO₂ dostává naopak mírně pod svou ideální mez a vysvětluje tak příčinu vzniklé mírné alkalózy – jedná se tedy o respirační alkalózu (BE v normě) vzniklou mírnou hyperventilací pacienta.
- pO₂ se první den pohybuje okolo 14 kPa, což je vzhledem k řízené ventilaci relativně nízká hodnota, ale odpovídající těžkému stavu pacienta s proběhlým IM. Na řízené ventilaci postupně druhý a třetí den hodnoty pO₂ stoupají na v průměru 23 kPa. Po extubaci (tedy na

spontánní ventilaci) se hodnoty pohybují okolo 6 – 7 kPa, což je samozřejmě méně než jsou ideální hodnoty zdravého člověka, ale zde je třeba je hodnotit jako plně postačující a odpovídající stavu pacienta.

- Saturace krve kyslíkem je po celou dobu řízené ventilace ve fyziologickém rozmezí (hodnoty v rozsahu 0,946 – 0,992). Při spontánní ventilaci po extubaci se saturace mírně snižuje (0,855 – 0,946), přesto ji však vzhledem k celkovému stavu pacienta lze hodnotit jako plně uspokojivou.

Krevní obraz (první den 3x, poté 1x denně):

- Hemoglobin: 120 – 139 g/l, 11.1.2006 – 106 g/l, 12.1.2006 – 111 g/l
- Hematokrit: 0,31 – 0,40
- Leukocyty: 10,9 x 10⁹ / l při příjmu, vzestup až na 23,5 x 10⁹ / l, dne 9.1.2006 – 15,2 x 10⁹ / l, 10.1.2006 výrazný pokles na 1,8 x 10⁹ / l, 11.1.2006 postupné zvyšování na 5,2 x 10⁹ / l, 12.1.2006 – 11,4 x 10⁹ / l
- Trombocyty: první tři dny 193 – 260 x 10⁹ / l, 10. a 11.1.2006 pokles na 120 x 10⁹ / l, od 12.1.2006 postupně návrat k normě (129 – 140 x 10⁹ / l)

Koagulace

Uměle udržovány delší koagulační časy (trombolytická léčba), dle výsledků korigována léčba (Actilyse, heparin). Sledovány byly hodnoty APTT, Quick, INR.

Serologie – screeningový test na syphilis (RRR-ELISA) negativní.

Mikrobiologické vyšetření

- **Hemokultura** odebraná 10.1.2006 – kontaminováno staphylococcus epidermidis.

- **Sputum** odebrané 11.1.2006 – vykultivována Klebsiella, Pseudomonada, Escherichia Coli → citlivé na Meronem, který pacient od 12.1.2006 dostával.

Vyšetření moče

- Glykosurie a aceton v moči – po celou dobu negativní.
- Moč biochemicky i močový sediment – po celou dobu v normě.
- Kultivace z moči – negativní.

RTG

- 8.1.2006 – „plíce beze změn, cava katetr možno povytáhnout o 10cm – zasahuje do pravé síně, endotracheální rourka v úrovni bifurkace“
- 11.10.2006 – „infiltrace s maximem perihilárně vlevo“

5. PŘEHLED TERAPIE

Stav pacienta a provedené lékařské výkony:

7.1.2006

- Příjem pacienta na oddělení. Bezvědomí, spontánní ventilační aktivita, zornice izokorické, miotické, bez fotoreakce, hypotenze, mramoráž kůže, tachykardie.
- Připojen k ventilátoru Adult Star – ventilační režim SIMV
- Kontinuální monitorace EKG a SpO₂, TK á 5 minut.
- Zacévkován (močová cévka č. 16), měření diurézy á 1 hodina.
- Příjmové + koronární odběry + koagulace.
- Kanylace vena subclavia l. dx. z infraclaviculárního přístupu Seldingerovou metodou, zavedena trojcestná kanyla. Výkon komplikován atakou fibrilace komor zrušenou jedním výbojem 200 J.
- Pro vykašlání ER nutná reintubace.
- Kanylace arteria femoralis l.dx. k zavedení arteriální kanyly PICCO, napojení a kalibrace.
- Kanylace vena femoralis l.dx. dialyzační kanylou bez komplikací.
- Napojen na hemoperfuzi k zajištění řízené hypotermie – chlazení až na TT 33 °C.
- Vyšetření internistou.
- Opakované odběry – koagulace, ASTRUP

8.1.2006

- Pacient tlumen, bez interference s ventilátorem, dýchání symetrické, čisté, na dolních končetinách stacionárně větší objem pravého lýtko, varixy klidné, ventilační režim: SIMV.
- V 15.00 ukončeno fyzikální chlazení cestou mimotělního oběhu, odpojen od hemoperfuze, spontánní ohřev.
- RTG, velké + koronární odběry + koagulace (odpoledne a ráno).

9.1.2006

- V 11.00 zastaveno tlumení, flektuje spontánně horní končetiny.
- Zavedena nasogastrická sonda – odvádí krvavé šťávy.
- Ve 14.40 se pacient sám extuboval, bazálně vyhoví, při vědomí, oběhově stabilní.
- V 19.30 pacient neklidný s nutností kurtování, vše si strhává, odpovídá jednoslovně.
- Snižovány vazopresory.

10.1.2006

- Spontánní ventilace.
- Ráno pacient ještě tlumen, po zastavení tlumení postupně přechází přes somnolentní stav k vědomí. Pospává. Na oslovení otevírá oči, opakované výzvě vyhoví. Hybnost orientačně symetrická.
- Objevují se horečky, dýchání sklípkové, při bazi ojedinělé chrůpky, mírná tachypnoe, nabrána hemokultura, poté nasazena ATB.

11.1.2006

- Při vědomí. U pacienta se střídají období klidu s velkým neklidem.
- Na plicích dýchání sklípkové, bilaterálně vlhké fenomény, tachypnoe, neodkašle.
- Tachyfibrilace síní.
- Zrušena dialyzační kanyla, komprese třísla, nekrvácí, konec kanyly na K+C.
- Při polohování si pacient vytrhl arteriální kanylu, provedena komprese třísla, nekrvácí.
- Následně si pacient vytrhl i nasogastrickou sondu.
- Večer již klidnější, pospává, probuditelný, výzvě vyhoví, řeč setřelá.

12.1.2006

- Pacient spolupracuje, komunikuje, cítí se dobře, leží, zahájena rehabilitace na lůžku.
- Ventilace spontánní, bez dušnosti, oběhově stabilní.
- Nasazena antibiotika Meronem dle výsledků kultivace sputa

13.1.2006

- Nácvik posazování, stoj u lůžka.
- Stav výrazně zlepšen, není nutná další péče ARO → překlad na koronární jednotku k doléčení.

Medikace:

RLP + ARO před příjmem na lůžka (při čekání na odjezd k PCI):

Morphin 10 mg, Torecan 1 amp., Aspegic 1 amp., Heparin 10 000 j., Dormicum 5mg, Nitroglycerin subling., Cordarone 1 amp., H 1/1 500ml + Noradrenalin 4mg, Prothazin 25mg (vše podáno i. v.)

7.1.2006

- Manitol 20 % 80 ml i. v. (10.50, 22.00)
- Noradrenalin 5 mg ve 100 ml FR i. v. rychlostí dle TK (od 10.50)
- Arduan 4 mg i.v. (10.00) a 2 mg i. v. (16.00)
- Celaskon 2 amp. i. v. (11.30)
- Furosemid 40 mg i. v. (22.00, 24.00)
- NaHCO₃ 4.2 % 80 ml i. v. (14.25)
- Cordarone 150 mg do 10 ml FR i. v. (15:50)
- Dobutamin 250 mg do 20 ml AQ i. v. (1-2 ml/hod)
- Sedacorone 600 mg do 20 ml G 5 % i. v. (0,5 – 1 ml/hod)
- Noradrenalin 10 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1 ml – 2 ml – 5 ml – 6 ml/hod)

- Actilyse 50 mg v 50 ml kontinuálně i. v. (bolus 15 ml v 11.00, od 11.00 do 11.30 kontinuálně 70 ml/hod, od 11.30 do 12.30 kontinuálně 50 ml/hod)
- Sufenta 250 µg + Dormicum 30 mg kontinuálně i. v. 0,5 ml/hod, později 2 ml/hod
- Heparin 20 000 j. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1 ml/hod) po skončení trombolýzy do dialyzačního setu (od 16.00 úprava na 0,5 – 0,2 ml/hod – v 18.00 stop – od 22.00 opět 0,5 ml/hod)
- Nootropil 12 g / 24 hodin i. v. kontinuálně od 13.45

8.1.2006

- Manitol 20 % 100 ml i. v. (6.00, 12.00, 18.00, 24.00)
- Furosemid 40 mg i. v. (6.00, 14.00, 22.00)
- Celaskon 1 amp. i. v. (8.00, 16.00, 24.00)
- Ambrobene 1 amp. i. v. (6.00, 12.00, 18.00)
- Quamatel 1 amp. ve 100 ml FR i. v. (8.00, 20.00)
- CaCl₂ 10 ml i. v. (24.00)
- Nootropil 12 g / 24 hodin i. v. kontinuálně
- Noradrenalin 10 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (6 ml/hod)
- Dobutamin 250 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1,5 ml/hod)
- Sufenta 250 µg + Dormicum 30 mg kontinuálně i. v. (3 ml/hod)
- Heparin 2000 j. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (0,5 ml/hod)
- Sedacoron 600 mg + G 5 % do 20 ml kontinuálně i. v. (0,8 – 1 ml/hod)

9.1.2006

- Manitol 20 % 50 ml i. v. (6.00, 12.00, 18.00, 24.00)
- Celaskon 1 amp. i. v. (8.00)
- Quamatel 1 amp. ve 100 ml FR i. v. (8.00, 20.00)
- Paralen 1 supp. per rectum (11.00)
- Tiapridal 1 amp. i. v. (16.00)

- Aspegic 1 amp. i. v. (17.40)
- Haloperidol 1 amp. i. v. (19.35)
- Plegomazin 1 amp. i. v. (19.35)
- Nootropil 12 g / 24 hodin i. v. kontinuálně
- Noradrenalin 10 mg + AQ do 20ml kontinuálně i. v. (4 – 3 – 2,4 ml/hod)
- Dobutamin 250 mg + AQ do 20ml kontinuálně i. v. (1,2 ml/hod)
- Sufenta 250 µg + Dormicum 30 mg kontinuálně i. v. (3 ml/hod, v 11.00 stop)
- Heparin 2000 j. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1 ml/hod, v 16.00 stop)
- Sedacoron 600 mg + G5% do 20 ml kontinuálně i. v. (1 – 0,6ml/hod)
- Tiapridal 10 amp. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (v 19.00 bolus 4 ml, poté 1 ml/hod)

10.1.2006

- Augmentin 1,2g do 100 ml FR i. v. (12.00, 20.00)
- Manitol 20 % 50ml i. v. (6.00, 12.00, 18.00, 24.00)
- Celaskon 1 amp. i. v. (8.00)
- Quamatel 1 amp. ve 100ml FR i. v. (8.00, 20.00)
- Plegomazin 1 amp. i. v. (1.00, 5.00, 14.00, 18.00, 21.00, 24.00)
- Dipidolor 15 mg ve 100ml FR i. v. (11.30, 18.00, 24.00)
- Betaloc 1 amp. ve 100 ml FR pomalu i. v. (14.30)
- Nootropil 12 g / 24 hodin i. v. kontinuálně
- Noradrenalin 10 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (3 ml/hod, postupně snižován až na 0,5 ml/hod, v 6.00 stop, v 11.00 opět 1 ml/hod a postupně zvyšován až zpět na 3 ml/hod)
- Dobutamin 250 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (0,8 ml/hod, v 15.00 stop)
- Sedacoron 600 mg + G 5 % do 20 ml kontinuálně i. v. (0,6 ml/hod, v 10.00 stop)

- Tiapridal 10 amp. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1 ml/hod, v 10.00 stop, od 15.00 opět 1 ml/hod)

11.1.2006

- Augmentin 1,2 g do 100 ml FR i. v. (8.00, 16.00, 24.00)
- Manitol 20 % 50 ml i. v. (6.00, 12.00, 18.00)
- Celaskon 1 amp. i. v. (8.00)
- Quamatel 1 amp. ve 100 ml FR i. v. (8.00, 20.00)
- Paralen 1 supp. per rectum (4.15)
- Plegomazin 1 amp. i. v. (3.00, poté ex)
- Dipidolor 15 mg ve 100 ml FR i. v. (6.00, 12.00)
- Betaloc 5 mg ve 100 ml FR i. v. na 30' (10.00, 16.00, 24.00)
- Furosemid 60 mg i. v. (2.30)
- Digoxin 1 amp. i. v. (2.30)
- Trimepranol 1 amp. do 10 ml AQ i. v. (4.00, 4.15)
- Nootropil 12 g / 24 hodin i. v. kontinuálně
- Noradrenalin 10 mg + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (3 ml/hod)
- Tiapridal 10 amp. + AQ do 20 ml kontinuálně i. v. (1 ml/hod)

12.1.2006, 13.1.2006

- Augmentin 1,2 g do 100 ml FR i. v. (8.00, 16.00, 24.00)
- Meronem 1 g do 100 ml FR i. v. 3x denně po 8 hodinách
- Paralen supp. 4x denně
- Clexane 0,6 ml s. c. ráno
- Betaloc ZOK 25 mg ½ tbl. ráno
- Nootropil sirup 3x denně 1 lžice

Přehled všech podaných léků (řazeno abecedně):

Obchodní název:	Geuerický název:	Indikační skupina:	Nežádoucí účinky důležité ve vztahu k pacientovi v této kazuistice :
Actilyse	alteplazum	antikoagulancium (fibrinolytikum)	zvýšená krvácivost (povrchové krvácení způsobené vpichy nebo porušenými krevními cévami; vnitřní krvácení do gastrointestinálního nebo urogenitálního traktu, retroperitonea nebo CNS, krvácení do parenchymatózních orgánů)
Agapurin	pentoxifylinum	reologikum, vazodilatancium	bolest hlavy, návaly, gastrointestinální obtíže (nauzea, zvracení, pocit tlaku v žaludku), vzácněji kožní erytém, urtika, pruritus
Ambrobene	ambroxoli hydrochloridum	expektorancium, mukolytikum	ojediněle bolest hlavy, nevolnost, zvracení, průjem, kožní vyrážka
Arduan	pipecuronii bromidum	periferní myorelaxancium	zástava dýchání (nutnost řízeného dýchání), mírná bradykardie
Aspegic	lysinii acetylsalicylias	analgetikum, antipyretikum, antirevmatikum	hučení v uších, různé poruchy sluchu a bolesti hlavy (obvyklé příznaky předávkování), dále krvácení do zažívacího ústrojí (krvavé zvratky, krev ve stolici, melena) a různé další krvácivé příhody (krvácení z nosu a z dásní)

Augmentin	amoxicillinum	antibiotikum	nauzea, zvracení, průjem; bakteriální rezistence; reakce přecitlivělosti (pruritus, exantém, bronchospasmus až anafylaktický šok)
Betaloc	metoprololi tartras	antihypertenzivum, sympatolytikum	bradykardie, posturální poruchy, studené končetiny, palpitace; CNS: únava, závratě, bolest hlavy; nauzea, bolest břicha, zácpa, průjem
CaCl ₂ (calcium chloratum)	calcii chloridum hexahydricum	iontový přípravek	rychlá i. v. aplikace vyvolá vazodilataci; injekce mají lokálně extrémně dráždivý účinek, bolest až nekróza při extravazální aplikaci
Celaskon	acidum ascorbicum	vitamín, antioxidancium	pouze při vysokých dávkách
Clexane	enoxaparinum natricum	antitrombotikum, antikoagulancium	krvácení, mírná trombocytopenie, lokální příznaky – bolest, hematom
Cordarone	amiodaroni hydrochloridum	antiarytmikum	bradykardie, hypotenze, ostatní nežádoucí účinky jsou vzácné
Digoxin	digoxinum	kardiotonikum	kardiální příznaky: komorové arytmie, AV blok, bradykardie i tachykardie, jiné arytmie; gastrointestinální příznaky: anorexie, nauzea, zvracení, bolesti břicha; poruchy CNS: bolesti hlavy, malátnost, únavnost, dezorientace

Dipidolor	piritramidum	analgetikum – opioid	únava, ospalost; nevolnost, zvracení; dechový útlum při větší dávce
Dobutamin	dobutamini hydrochloridum	sympatomimetikum	bolest hlavy, bolest na hrudi, zvýšení systolického TK, nausea, palpitace, dyspnoe
Dormicum	midazolami hydrochloridum	hypnotikum	zejména dechový útlum, zřídka škytavka, nevolnost, zvracení, suchý kašel, bolest hlavy, ospalost
Furosemid	furosemidum	diuretikum	poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy (deplece draslíku, hyponatriémie, hypochloremická alkalóza)
Haloperidol	haloperidolum	antipsychotikum, neuroleptikum.	při dlouhodobém podávání se může rozvinout snížená pohyblivost, třes, svalový rigor nebo jiné parkinsonoidní příznaky
Heparin	heparinum natricum	antikoagulancium	mikroskopické i manifestní krvácení (zejména při vyšším a déletrvajícím podávání)
Meropenem	meropenemum trihydricum	antibiotikum	trombocytémie; gastrointestinální poruchy (nausea, zvracení, průjem); vzestup sérových koncentrací transamináz, bilirubinu, alkalické fosfatázy, laktátdehydrogenázy; tromboflebitida v místě aplikace; méně často eosinofilie, trombocytopenie; bolest hlavy, parestézie, svědění, kopřivka

MgSO ₄ (magnesium sulfuricum)	magnesii sulfas heptahydricus	myorelaxantium, homeostatikum	periferní vazodilatace s hyperemií, pocení, hypotenze až cirkulační kolaps, poruchy srdeční činnosti až vznik totálního AV bloku, snížení až vymizení reflexů, svalová slabost až úplná ochablost, hypotermie, somnolence, nauzea.
Morphin Biotika	morphini hydrochloridum trihydricum	analgetikum – anodynum	nauzea, zvracení; dechový útlum; mioza
Nitroglycerin	glyceroli trinitras	vazodilatantium	bolesti hlavy ("nitratové bolesti hlavy"), návaly nebo zčervenání ve tváři, bušení srdce, tachykardie nebo pokles TK při změně polohy
Nootropil	piracetamum	nootropikum	nervozita, podrážděnost, agitovanost, anxieta, třes, poruchy spánku
Noradrenalin	norepinephrinum	periferní analeptikum, alfa-adrenergní sympatomimetikum	třes, nauzea, sucho v ústech, bolesti hlavy, palpitace, bradykardie, hypertenze, retrosternální a faryngeální bolest, omezení perfuze ledvin a splachnické oblasti
Oxantil	etofyllinum + theophyllinum monohydricum	vazodilatantium	nauzea, krvácení do gastrointestinálního traktu, bolest hlavy, úzkost, neklid, závratě, palpitace (při terapeutických hladinách 10-20 mg/l v séru jsou nežádoucí účinky zřídka)

Paralen	paracetamolum	analgetikum, antipyretikum	málo časté, u citlivých jedinců – kožní vyrážka nebo podráždění konečnicku
Plegomazin	chlorpromazin	neuroleptikum	spavost, mimovolní pohyby, třes, žluté zbarvení kůže a bělma očí, nízký krevní tlak, arytmie, útlum dýchání; dáte pak vyrážka na kůži, citlivost na světlo (u pacientů léčených vysokými dávkami), poruchy vidění, leukopemie, sucho v ústech, nauzea
Prothazin	promethazini hydrochloridum	antihistaminikum	sedace (únava, ospalost až spánek); hypotenze, tachykardie a ortostatická dysregulace
Quamatel	famotidinum	antacidum	vzácné, zřídka průjem, únava a bolesti hlavy
Sedacoron	amiodaroni hydrochloridum	antiarytmikum	návaly horka, pocení, nauzea; hypotenze (mírná, přechodná); středně výrazná bradykardie
Sufenta	sufentanilum	analgetikum – opioid	dechový útlum; bradykardie; hypotenze; závratě, nevolnost, zvracení
Tiapridal	tiapridi hydrochloridum	psychofarmakum, atypické neuroleptikum	ospalost a celkový útlum; extrapyramidové symptomy; parkinsonismus

Torecan	thiethylperazinum	antiemetikum	CNS: somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid a rovněž další závažné nežádoucí účinky, jako jsou křeče a extrapyramidové příznaky (torticollis, opisthotonus, rigidita a grimasy v obličeji); kardiovaskulární nežádoucí účinky: periferní edém končetin, edém obličeje, hypotenze a vzácněji tachykardie
Trimepranol	metipranololi fumaras	sympatikolytikum, antiarytmikum, antihypertenzivum	únava, závratě, bradykardie, hypotenze, Raynaudův fenomén, parestezie

Infuzní terapie:

- **7.1.2006** - RL 500 ml (2x), F 1/1 500ml (2x), HAES STERIL 10 % 500ml
- **8.1.2006** – G 10 % 500ml + 3 amp. Oxantilu + 2 amp. Agapurinu + 50 ml NaCl + 12j. HMR insulínu, HAES STERIL 10 % 500 ml, G 10% 500 ml + 5000 j. heparinu + 2 amp. Agapurinu + 20 ml MgSO₄ 20 %, RL 500 ml
- **9.1.2006** – G 10 % 500 ml + 5000 j. heparinu + 20 ml MgSO₄ 20 % + 50 ml KCl, G 20 % 500 ml + 5000 j. heparinu + 20 ml MgSO₄ 20 % + 50 ml NaCl, Neonutrin 5 % 500ml (2x)
- **10.1.2006** – G 20 % 500ml + 5000 j. heparinu + 20 ml MgSO₄ 20 % + 3 amp. Oxantilu, G 20 % 500 ml + 5000 j. heparinu + 3 amp. Oxantilu, RL 500 ml (5x, z toho 3x chlazený), Neonutrin 5 % 500 ml, Neonutrin 10 % 500 ml, Voluven 6 % 500 ml
- **11.1.2006** – F 1/1 + 5000 j. heparinu + 3 amp. Oxantilu + 50 ml KCl, RL 500 ml + 5000 j. heparinu + 2 amp. Oxantilu, F 1/1 500 ml (2x), RL 500 ml, OliClinomel N7 1000 ml/12 hodin (2x)
- **12.1.2006** – G 5 % 500 ml + 3 amp. Oxantilu, F 1/1 500 ml
- **13.1.2006** – F 1/1 500 ml

Přehled podaných infuzních roztoků:

Název roztoku:	Použití:
RL, FR (F 1/1), H 1/1	krystaloidní infuzní roztoky k zajištění vodní a minerálové rovnováhy v organismu
HAES STERIL 10 %	koloidní infuzní roztok ze skupiny škrobů (aplikuje se zejména při ztrátách krve, dehydratacích a těžkých formách šoku)
NaCl, KCl	infuzní roztoky k úpravě minerálové rovnováhy
G 10 % a 20 %	roztok glukózy pro parenterální zajištění příjmu sacharidů a zároveň nosný roztok pro další léky

Nutramin 5 % a 10 %	roztok aminokyselin pro parenterální výživu
OliClinomel N7	roztok pro parenterální výživu typu „all in one“
Manitol 20 %	osmotické diuretikum
NaHCO ₃	infuzní roztok pro úpravu acidobazické rovnováhy (acidózy)

Vysvětlivky k tabulce na následující straně:

¹ TK – od zavedení arteriální kanyly Picco (v den přijetí) až po její odstranění 11.10.2005 se jedná o TK arteriální měřený právě pomocí této kanyly a přístroje Picco. Před jejím zavedením (cca 2 hodiny) a poté po jejím odstranění se jedná o TK žilní měřený manžetou.

² Hodnoty udávají celkovou diurézu / příjem i. v. za 24 hodin, pouze první den se jedná o údaj za 12 hodin. Poslední den (13.1.2006) zase do předání pacienta na koronární jednotku.

³ Tlak v obturační manžetě endotracheální rourky. K měření používán manometr pro měření tlaku v obturační manžetě (balonku) endotracheálních rourek nebo laryngeálních masek firmy VBM. Doporučená hodnota tlaku pro endotracheální rourku je 22 – 32 cm H₂O.

Fyziologické funkce a některé další měřené hodnoty:

	7.1.2006	8.1.2006	9.1.2006	10.1.2006	11.1.2006	12.1.2006	13.1.2006
TK ¹	90/50 – 130/60	120/50 – 125/55	100/50 – 125/55	105/50 – 138/66	109/50 – 135/70	okolo 120/60	okolo 125/70
Puls	71 – 91'	80 – 100'	93 – 101'	106 – 134'	113 – 134'	95 – 104'	90 – 102'
SpO ₂	96 – 100 %	99 – 100 %	90 – 97 %	90 – 98 %	85 – 90 %	90 – 93 %	89 – 93 %
TT	Postupně snižována na 32,6 °C	33,3 °C, v 15.00 - 35,2 °C od 18.00 - 38 °C	37,5 – 38,9 °C	38,5 – 39,1 °C	37,8 – 38,3 °C	37,5 – 38,1 °C	37,0 – 37,6 °C
CVT (v cm vodního sloupce)	+7 až +10	+6 až +8	+8 v noci, postupně pokles na +3 večer	+1 v noci, +5 až +7 přes den, +12 v noci	+10 v noci, poté v rozmezí +5 až +7	+3 až +6	+2 až +6
Diuréza ²	2050 ml	5340 ml	1645 ml	2280 ml	4870 ml	3320 ml	2950 ml
Příjem i.v. ²	3840 ml	2520 ml	2400 ml	6000 ml	5550 ml	1500 ml	1100 ml
SV moče	1010 – 1016	1010 – 1015, 1027 – 1030 (večer)	1025 – 1030	1024 – 1030	1010 – 1020	1012 – 1018	1013 – 1021
Tlak v manžetě ³	25 cm H ₂ O	22 cm H ₂ O	23 cm H ₂ O	26 cm H ₂ O	25 cm H ₂ O	spontánní ventilace	spontánní ventilace
Odpad z NGS	pacient bez NGS	pacient bez NGS	290 ml/12 hodin (krvavé, pH neměřeno)	470 ml/24 hodin (zelené, hnědé, pH 4 – 7)	130 ml/15 hodin (zelené, pH 4 – 5)	pacient bez NGS	pacient bez NGS

Antropometrické údaje:

Výška: 181 cm

Váha: 95 kg

BMI: 29 → mírná nadváha

Dietoterapie:

Od příjmu dne 7.1.2006 do 8.1.2006 nebylo vzhledem ke stavu pacienta podáváno nic per os. Dne 9.1.2006 byla zavedena nasogastrická sonda a tato byla každé 3 hodiny proplachována 20 ml fyziologického roztoku. 11.1.2006 si pacient sondu vytrhl. Od 12.1.2006 měl pacient dietu číslo 1 (po lžičkách podáván čaj, postupně začal pít z hrnečku). Od 13.1.2006 podávána dieta číslo 2, kterou pacient snášel dobře.

Rehabilitace:

Při příjmu na ARO byl pacient uložen na standardní resuscitační lůžko, vzhledem ke stavu nepolohován. Druhý a třetí den byl ponechán na tomto lůžku, stále nepolohován, ale pod pacienta umístěna gelová antidekubitární podložka a použity další antidekubitární pomůcky (kolečka pod velké klouby, gelová podložka pod zátylek). Od čtvrtého dne pacient umístěn na elektricky ovládanou antidekubitární matraci – stále ponechán jen na zádech, ale nastaven režim změny tlakových bodů matrace po jedné hodině. Od 12.1.2006 zahájeno polohování a rehabilitace. Od 13.1.2006 pacient posazován, odpoledne nácvik stoje u lůžka.

6. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacient byl přijat na ARO po neodkladné resuscitaci pro komorovou fibrilaci při akutním infarktu myokardu. Pro oběhovou nestabilitu nebyl schopen transportu k provedení akutní PCI, proto podána trombolytická léčba. Vstupní zajištění – UPV, CŽK, arteriální kanyla, dialyzační kanyla, vazopresory, antiarytmika. Následně 24 hodin řízená hypotermie prostřednictvím hemoperfuze, po ukončení protokolu vyveden z tlumení a extubován. Dále dominuje zmatenost, hraniční spolupráce – nutno tlumit, spontánní ventilace dostatečná, oběhově na přívodu Noradrenalinu s tendencí k tachykardii, která částečně korigována nasazením betablokátorů, ataka tachyfibrilace síní korigována farmakologicky. Již 3. den dochází k rozvoji septického stavu s poslechovým nálezem na plicích, který posléze verifikován rentgenologicky, odebrány hemokultury a poté naslepo Augmentin. Hemokultura však zřejmě kontaminována. Odebráno sputum, dle výsledků nasazen Meronem. Postupně se ruší invaze. Pacient začíná spolupracovat, rehabilitován, zahájena perorální výživa. Sedmý den překlad na koronární jednotku k doléčení.

Terapie: UPV (7.1. – 9.1.), řízená hypotermie (7. – 8.1.), invaze: CŽK v. subclavia l. dx. od 7.10. dosud, arteriální kanyla a. femoralis l. dx. (7.1. – 11.1.), dialyzační kanyla v. femoralis (7.1. – 11.1.), NGS (9. -- 11.1.), močová cévka od 7.1. dosud. Farmakoterapie – viz přehled léků výše.

Stav při překladu: při vědomí, spontánní ventilace s tachypnoí dostatečná, SpO₂ 90 %, TK 125/60, puls 95', TT 37,0 °C, ospává, snadno probuditelný, vyhoví, komunikace dobrá, hybnost symetrická, zornice izokorické, sklery bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký, náplň krčních žil nezvýšená, dýchání symetrické, dobře slyšitelné, bez vedlejších fenoménů, ozvy ohraničené, břicho měkké, bez rezistence, genitál klidný, moč čirá, diuréza hojná, končetiny dobře prokrvené, bez otoků.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Pro sběr dat pro ošetřovatelskou anamnézu byl použit formulář „Vstupní ošetřovatelský záznam“ vypracovaný ÚTPO 1.LF UK v Praze a dále „Biografická anamnéza“ používaná na ARO v nemocnici v Mostě pro účely bazální stimulace (viz přílohy).

Anamnéza byla odebrána po provedení nezbytných zákroků a ordinací ke stabilizaci stavu a pacient čekal na transport do Ústí nad Labem k provedení PCI. Předpokládalo se totiž, že se pacient přeloží ke zmiňovanému PCI a poté vrátí zpět na naše oddělení k doléčení, jak je to zde běžné. Nicméně těsně před transportem došlo k opětovné fibrilaci komor, pacient upadl do bezvědomí, po neodkladné resuscitaci přijat na lůžka ARO a transport zrušen. Některé informace tak byly získány až od rodiny pacienta (na základě předchozího souhlasu pacienta).

Komunikace

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou, komunikuje dobře, má snahu spolupracovat. Je však vystrašený náhlou změnou svého zdravotního stavu, z jeho projevu je patrná úzkost, strach z dalšího vývoje stavu a plánovaných zákroků (čeká na odjezd do Ústí nad Labem k provedení PCI).

Subjektivní náhled pacienta na své onemocnění

Pacient je zaskočen náhlou změnou svého zdravotního stavu. „Vše se seběhlo tak rychle, začalo mě bolet na prsou a najednou jsem tady. Nikdy jsem si nepomyslel, že skončím s infarktem.“ Pacient se bojí dalšího

zhoršování bolesti, bojí se smrti. Myslí na své blízké, zejména manželku a děti. Bojí se, že ztratí práci, že už nebude schopen pracovat.

Pacient je ale na druhou stranu rád, že se dostal včas do péče zdravotníků, kteří ho úspěšně zresuscitovali.

Na dotaz o možné příčině nemoci odpovídá, že „asi to kouření“.

Obecná rizika

Pacient je kuřák, vykouří asi 20 cigaret denně, příležitostně i více. Alkohol pije občas, je-li příležitost, dle svých slov ale vždy v rozumném množství. Drogy nikdy neužíval.

Dekubity pacient nemá, až do dnešního dne byl zcela mobilní, bez rizika jejich vzniku. Nyní je upoután na lůžko, na škále dle Nortonové dosahuje 25 bodů – tedy hraniční hodnoty, kdy je již nutné brát v úvahu riziko vzniku dekubitů.

Až do dnešního dne byl pacient zcela soběstačný. Dnešním zhoršením zdravotního stavu se stal rázem závislým na pomoci druhých (nyní zdravotníků), neboť je zcela upoután na lůžko.

Alergie neudává.

Základní (biologické) potřeby pacienta

Bolest, nepohodlí

U pacienta stále přetrvává mírná bolest na prsou. Pacient se s takovouto bolestí nikdy předtím nesetkal, je velmi překvapen. Bojí se, že se bolest bude dále zhoršovat, že se opět vrátí bolest, která předcházela jeho kolapsu doma. Cítí se slabý, unavený. Leží na zádech na lůžku, kde bohužel nemůže zaujmout příliš pohodlnou pozici (jednak se cítí příliš slabý, jednak má ordinován přísný klid na lůžku).

Pacientovi bylo předloženo pravítko pro hodnocení intenzity bolesti, kde hodnota 0 znamená žádnou bolest a hodnota 10 největší bolest, kterou si pacient dovede představit. Pacient zhodnotil bolest před svým

kolapsovým stavem jako nesnesitelnou, největší, tedy stupněm 10. Svoji současnou bolest hodnotí stupněm 4 – 5. Pacient říká, že nedokáže slovy vystihnout charakter své současné bolesti. Z nabízených možností (tupá / ostrá / bodavá / pálivá / pulzující / jiná) si nyní nedokáže vybrat, napadá ho pouze označení „velmi nepříjemná, ale již ne nesnesitelná a skličující, jako tomu bylo při začátku obtíží“.

Dýchání

Pacient neměl nikdy žádné výrazné potíže s dýcháním. Udává pouze občasný kašel, který přičítá svému kouření a považuje ho tak za „normální“. Na onemocnění dýchacích cest nikdy netrpěl, za svůj život měl jen několikrát rýmu nebo chřipku, ale nikdy žádné vážnější onemocnění dýchacích cest.

Objektivně je možné pozorovat mírnou tachypnoi, cca 20 dechů za minutu, dýchání je mělčí, pacient se bojí hlubokého nádechu pro bolest na hrudi. Pacient je kuřák.

Osobní péče

Pacient byl zvyklý zajišťovat si osobní hygienu zcela samostatně, nepotřeboval žádnou pomoc okolí. Byl zvyklý se sprchovat 1x nebo 2x denně, zpravidla odpoledne po příchodu z práce nebo večer.

Pacient je nyní opocený, po převzetí od RLP byl pomočený. Toto však bylo způsobeno zhoršením zdravotního stavu, jinak se pacient zdá upravený, čistotný, nezanedbaný. Pacient je oholen, má nakrátko ostříhané vlasy, na sobě čisté oblečení. Na rukách je patrné, že se žije manuální prací, nicméně je patrná snaha o zachování jejich upravenosti.

Nyní je pacient odkázán na kompletní ošetrovatelskou péči, není schopen velké pomoci vzhledem k závažnosti svého zdravotního stavu a nutnosti dodržovat přísný klid na lůžku. Hygienické potřeby donese rodina.

Kůže

Před příchodem do nemocnice netrpěl pacient žádnou poruchou kůže. Jediným problémem je suchost a hrubost pokožky rukou v důsledku pacientova zaměstnání. Pacient toto však za problém nepovažuje, žádné ochranné krémy používat nechce.

Při pádu se pacient poranil na koleno a lýtku levé dolní končetiny. Na koleno je patrná odřenina o velikosti zhruba 3 x 3 cm pokrytá zaschlou krví. Na lýtku je defekt větší (cca 10 x 5 cm), ale pouze povrchový, je sedřená pouze tenká horní vrstva kůže. Jiné porušení kožní integrity nebylo u pacienta shledáno. Pacient je bez opruzenin, dekubitů či jiných problémů.

Strava, dutina ústní

Pacient má vlastní chrup, nemá žádné vyjímatelné zubní protézy.

Chrup má sanován, na preventivní prohlídky chodí pravidelně každých 6 měsíců. Zubní problémy neudává, bolest zubů ani dásní nemá. Zuby si čistí 1x denně vždy večer.

Pacient nemá vyhraněná oblíbená či neoblíbená jídla. Nedrží žádnou dietu. Dle svých slov „jí všechno“. Chutná mu klasická česká strava, o které sám říká, že „asi není moc zdravá“. Pacient jí většinou 3x denně, občas si mezitím dá nějakou svačinu. Problémy s příjmem stravy nemá.

Pacient má mírnou nadváhu (dle BMI). Při pohledu na pacienta se ale tento jeví spíše jako robustní, statný muž. Sám pacient hodnotí svou váhu jako vyšší, „potřeboval by zhubnout asi 10 kg“.

Pacient neví, zda bude muset po návratu z nemocnice dodržovat nějakou dietu. Pokud by k tomu došlo, doufá, že snad by byl schopen ji dodržovat, i když by to asi bylo vzhledem k zaměstnání náročnější.

Příjem tekutin

Pacient byl zvyklý vypít cca 2 litry tekutin denně. Ráno pije k snídani hrnek čaje. V zaměstnání pije různé nealkoholické nápoje

(minerálky, limonády) – kupuje si každý den jednu plastovou láhev (cca 1,5 litru). Během dne si také podle příležitosti dá jednu nebo dvě kávy. Navečer doma již toho moc nevypije – jen asi sklenici nějakého nealkoholického nápoje nebo čaj. Již od dětství mu nechutná mléko.

Na pacientovi nejsou patrné známky dehydratace. Kožní turgor je normální, jazyk i sliznice jsou vlhké. Vzhledem k plánovanému výkonu nyní pacient nepřijímá nic per os.

Vyprazdňování moče a stolice

Pacient nikdy neměl obtíže s močením či stolicí. Stolicí míval pravidelnou (1x denně, zpravidla ráno), normální konzistence i barvy. Projímadla neužíval.

Lokomotorické funkce

Pacient byl do dnešního dne zcela pohyblivý, neměl žádné potíže s chůzí či jiným pohybem. Je pravák. Žádnému sportu se aktivně nevěnuje, říká: „v práci mám pohybu dost, jsem rád, že si pak doma sednu“.

Nyní je pacient upoután na lůžko, hybnost všech končetin je ale zachována, není přítomna žádná paréza či plegie.

Smyslové funkce

Pacient používá asi 7 let brýle na čtení. Současné brýle mu vyhovují, má je asi 2 roky a je s nimi spokojen. Jiné potíže se zrakem pacient neudává. Slyší též dobře, naslouchadla nepotřebuje.

Fyzická a psychická aktivita

Pacient pracuje jako montér u soukromé firmy v Mostě. Jeho práce je fyzicky náročná a tak ve svém volném čase preferuje spíše klidové, pasivní aktivity – jako například posezení s přáteli či sledování televize.

Pohybové obtíže nemá.

Spánek, odpočinek

Pacient je zvyklý spát v ložnici, kde úmyslně netopí, neboť na spaní preferuje chladnou a vyvětranou místnost. K pocitu vyspání mu stačí 6 – 7 hodin spánku. S usínáním ani vlastním spánkem žádné obtíže nemá. Během dne nespí. Většinou usíná a spí na boku.

Psychosociální potřeby pacienta

Bezpečí a jistota

Pacient se v nemocnici cítí nejistě. Má strach z budoucnosti, protože neví, jak se bude dále vyvíjet jeho zdravotní stav, neví, jak dlouho zůstane v nemocnici, co se s ním všechno bude dít atp. K pocitu nejistoty přispívá i fakt, že současný stav vznikl náhle, bez předchozího „varování“, bez jakýchkoliv prodromů.

Sounáležitost a láska

Pacient má dobré rodinné zázemí. O rodině mluví velmi hezky. Je ženatý skoro 30 let, s manželkou mají pěkný vztah, rádi tráví čas spolu. Mají spolu dvě děti – syna a dceru, kteří již žijí samostatně. Obdobně je patrný hezký vztah i z druhé strany – manželka přijela za pacientem téměř okamžitě a ihned se o něj upřímně zajímala.

Uznání a sebeúcta

Pacient je klidnější povahy. Je přátelský, nekonfliktní. Má tendenci ke stabilitě, nemá rád výrazné změny. Je v životě spokojený. V kolektivu dle svých slov nemá problémy, je oblíben pro svůj smysl pro humor a pro „věčný optimismus“. Kolegové v zaměstnání i rodinní přátelé oceňují též jeho manuální zručnost.

Kognitivní potřeby

Pacient rád sleduje různé dokumentární pořady v televizi. Rád si

poslechne zajímavou reportáž v rozhlase. Dalšímu studiu se ale již věnovat nechce „jako mladý jsem rád něco zkoumal, pročítal, studoval, ale teď už jsem na to pohodlný“.

Estetické potřeby

Pacient si nepotrpí na sledování módních trendů, chodí oblékán pohodlně, spíše sportovně. I přes svou nemoc ale působí upraveným dojmem (patrně i z fotografií).

Rád se ale věnuje úpravě svého bytu. Říká, že je „domácí kutil, že si doma vše udělal sám, z čehož má radost“.

Potřeby seberealizace

Celý život se živí manuální prací, v současné době pracuje jako montér u stavební firmy. Se svým postavením je spokojen. Dělá to, co ho baví a i svůj výdělek považuje za dostatečný, i když občas musí svému zaměstnání obětovat poněkud více ze svého volného času.

Vyznání

Pacient je bez náboženského vyznání. Matka prý byla věřící, ale nyní již nikdo z rodiny věřící není.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

7.1.2006

- Akutní bolest z důvodu základního onemocnění (akutní infarkt myokardu)
- Snížená soběstačnost z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu a nutnosti dodržování klidu na lůžku
- Porucha kožní integrity (hlubší odřenina na levém kolenu o velikosti cca 3 x 3 cm pokrytá zaschlou krví a povrchová odřenina na levém lýtku o velikosti cca 10 x 5 cm) z důvodu pádu
- Celková úzkost a strach ze smrti a strach z opakování srdeční příhody z důvodu základního onemocnění

9.1.2006

- Zvýšená TT patrně z důvodu počínajícího septického stavu
- Zmatenost, nespolupráce až agresivita z důvodu přetrvávajícího ovlivnění CNS medikamenty a také vlivem celkového těžkého stavu

10.1.2006

- Ztížené dýchání (projevující se mělkým, zrychleným a namáhavým dýcháním) z důvodu odpojení od ventilátoru a patrně i počínajícího zánětu plic
- Porucha spánku (přerušovaný spánek, obrácený rytmus bdění a spánku) z důvodu změny prostředí

12.1.2006

- Strach ze ztráty zaměstnání z důvodu delší hospitalizace a následné rekonvalescence

Potenciální ošetrovatelské diagnózy (stanoveny 7.1.2006):

- Riziko zanesení infekce do krevního oběhu z důvodu zavedení řady invazivních vstupů (centrální žilní katétr, arteriální katétr, dialyzační katétr)
- Riziko zanesení infekce do močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katétru
- Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko a celkově těžkého stavu

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – CÍLE, ZÁKROKY, REALIZACE, HODNOCENÍ

7.1.2006

Akutní bolest z důvodu základního onemocnění (akutního infarktu myokardu)

Cíl:

→ Pacient pocítí dostatečnou úlevu a postupně se zcela zbaví bolesti.

Plán péče:

- Zjistit charakter a intenzitu bolesti při příjmu pacienta a dále tyto parametry pravidelně sledovat a zapisovat do ošetřovatelské dokumentace.
- Stručně a jasně vysvětlit pacientovi příčinu bolesti.
- Zajistit podání analgetik dle ordinace lékaře, sledovat jejich účinek a případné nežádoucí účinky.
- Snažit se zajistit pacientovi alespoň částečně pohodlnou polohu.
- Podněcovat pacienta ke spolupráci (aby včas hlásil jakékoliv změny své bolesti, účinek léků a podobně).

Realizace:

- Při příjmu byl pacient uložen na standardní resuscitační lůžko do polohy na zádech s mírně vyvýšenou horní polovinou těla. Tato poloha nebyla pacientovi příliš pohodlná, ale vzhledem ke stavu pacienta nebylo možné ho nijak polohovat.
- Již záchrannou službou byla aplikována první dávka analgetik, po příjmu na ARO podána dle ordinace lékaře další analgetika.
- Lékař informoval pacienta o jeho diagnóze (akutní infarkt myokardu), současném stavu a plánovaných lékařských zákrocích. Sestrou byl pacient informován o příčině bolesti (ischémie myokardu), jejím pravděpodobném trvání a znovu o nejbližších výkonech, které pacienta čekají (PCI).

- Pacientovi bylo předloženo pravítko pro hodnocení intenzity bolesti k zhodnocení stavu.
- Následně došlo ke zhoršení pacientova stavu – pacient upadl do bezvědomí, ve kterém byl po úspěšné resuscitaci medikamentózně ponechán.

Hodnocení:

Při příjmu pacienta od záchranné služby stále přetrvávala mírná bolest na prsou. Pacient se s takovou bolestí nikdy předtím nesetkal, byl velmi překvapen. Cítil se slabý, unavený.

Pacient zhodnotil bolest před svým kolapsovým stavem jako nesnesitelnou, největší, tedy stupněm 10. Bolest při příjmu na ARO hodnotil stupněm 4 – 5 se slovním popisem „velmi nepříjemná, ale již ne nesnesitelná a skličující, jako tomu bylo při začátku obtíží“. Po aplikaci analgetik po příjmu na ARO uvádí zlepšení možná o 1 – 2 stupně, přesto však bolest stále pociťuje.

Po vysvětlení příčiny zhoršení svého zdravotního stavu, příčiny bolesti a plánované léčby se pacient trochu zklidnil, přesto však přetrvávala nervozita, nejistota, bál se dalšího zhoršování bolesti, návratu intenzivních obtíží.

Cíl byl splněn pouze částečně, pacient pocítil částečnou úlevu, ale bolest i nadále přetrvávala. Vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu a následnému řízenému bezvědomí byla tato ošetrovatelská diagnóza ukončena, neboť nebylo možno bolest hodnotit.

Po zrušení řízeného bezvědomí již pacient bolestí netrpěl.

Snížená soběstačnost z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu a nutnosti dodržování klidu na lůžku
--

Cíl:

- Krátkodobý: Pacient má zajištěny biologické i psychosociální potřeby.
- Střednědobý: U pacienta se postupně zvyšuje jeho soběstačnost.

→ Dlouhodobý: Pacient je schopen sebeobsluhy ve své domácnosti za přiměřené pomoci rodiny a postupně i bez asistence druhých.

Plán péče:

- Pravidelně hodnotit úroveň soběstačnosti a zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace.
- Vysvětlit pacientovi nutnost dodržení klidu na lůžku. Zároveň ale informovat, že toto opatření je pouze dočasné, že se postupně bude pacientova soběstačnost zvyšovat.
- Zajistit dostatečnou výživu a hydrataci pacienta (dle stavu per os, sondou nebo parenterálně).
- Péče o vyprazdňování moče a stolice.
- Hygienická péče (celková koupel na lůžku 1x denně, po stabilizaci stavu koupel v pojízdné vaně, postupně zapojování pacienta do péče, péče o dutinu ústní – střídat vytírání borax glycerínem, heřmánkem a citrónovými štětičkami, později klasické čištění zubů, omytí obličeje a rukou dle potřeby – minimálně 3x denně, péče o oči – zabránit vysychání aplikací masti O-azulen).
- Polohování, aktivní i pasivní rehabilitace.
- Postupný nácvik sebeobsluhy dle stavu pacienta.
- Podporovat sebevědomí pacienta (zejména v období, kdy je plně odkázán na pomoc druhých), později chválit i za drobné úspěchy.
- Zapojit rodinu do péče o pacienta.

Realizace:

- Pacientova soběstačnost byla hodnocena pomocí tabulky „Testování vývoje soběstačnosti“ (viz použitá literatura č. 5, strany 39 – 42). Hodnocení bylo provedeno při příjmu pacienta, poté znovu v den příjmu při zhoršení jeho stavu a následující dny 1x denně vždy ráno.
- Při příjmu byla pacientova soběstačnost zhodnocena podle této tabulky 16 body, následně vzhledem ke zhoršení stavu pouze jedním bodem. Druhý den zůstal stav stejný, tedy 1 bod, další dny docházelo postupně

ke zlepšování stavu – třetí den 3 body, čtvrtý 9 bodů, pátý 16 bodů, šestý 23 bodů a sedmý den 27 bodů (tabulka viz příloha č. 5).

- První dva dny nebylo podáváno nic per os, tekutiny i výživa byly zajišťovány parenterálně. Třetí den byla pacientovi zavedena nazogastrická sonda. Do této ale nebyla prozatím podávána žádná strava, naopak sonda byla napojena na aktivní sání a pouze proplachována každé 3 hodiny 20 ml fyziologického roztoku. Stejný režim byl ponechán až do pátého dne, kdy byla sonda převedena z aktivního sání na samospád. Ten den odpoledne si ale pacient sondu vytrhl a nová již zavedena nebyla. Během těchto dní byl přísun tekutin i výživy zajišťován pomocí parenterálně podávaných roztoků dle ordinace lékaře. Od šestého dne měl pacient dietu číslo 1 – po lžičkách podáván čaj, postupně začal pít z hrnečku. Od sedmého dne podávána dieta číslo 2, kterou pacient snášel dobře.
- První den nebyla provedena celková koupel, pacient byl pouze oholen, byl omyt obličej, ošetřeny oči O-azulenem a ústa vytírána boraxglycerínem. Druhý a třetí den již byla prováděna celková koupel na lůžku s kompletním vyměněním osobního i ložního prádla., vždy 1x denně. Od čtvrtého dne byla celková koupel prováděna ve vaně, kde byly pacientovi umyty i vlasy. Péče o oči a dutinu ústní byla prováděna dle potřeby, minimálně 4x denně. Denně byl pacient oholen. Vždy po koupeli (ať už na lůžku nebo ve vaně) byla též ošetřena všechna místa invazivních vstupů.
- Polohování a rehabilitace – viz péče k prevenci dekubitů.
- Vyprazdňování moče bylo po celou dobu pobytu pacienta na ARO řešeno zavedením permanentního močového katétru, lékařem byla naordinována hodinová diuréza, specifická váha moče byla měřena každé tři hodiny.
- Stolice odešla pouze 1x v době pacientova bezvědomí – hýždě a genitál očištěn přípravky řady Menalind, vyměněno ložní prádlo.

➤ Rodina donesla hygienické potřeby pacienta.

Hodnocení:

Byly zajištěny základní potřeby pacienta. Předposlední den (12.1.2006) byla zahájena rehabilitace a 13.1.2006 se pacient začal posazovat na lůžku a následně byl nacvičován stoj u lůžka. Krátkodobý a střednědobý cíl byl tedy splněn. Pacientova soběstačnost se postupně zvyšuje. Splnění dlouhodobého cíle zatím nelze hodnotit, nicméně lze předpokládat jeho postupné naplnění v průběhu další léčby a rekonvalescence.

Při hodnocení pacientovy soběstačnosti pomocí uvedené tabulky je též patrné postupné zvyšování jeho soběstačnosti.

Porucha kožní integrity (hlubší odřenina na levém kolenu o velikosti cca 3 x 3 cm pokrytá zaschlou krví a povrchová odřenina na levém lýtku o velikosti cca 10 x 5 cm) z důvodu pádu

Cíl:

→ U pacienta dojde k zahojení odřenin bez vzniku sekundární infekce.

Plán péče:

- Kontrola stavu a velikosti defektů minimálně 1x denně, vždy provést záznam do ošetřovatelské dokumentace.
- Zachovávat zásady asepse při ošetřování defektu.
- Denně provádět převaz defektu – opatrné odstranění původního krytí, dezinfekce, aplikace léčebných látek, sterilní krytí.
- Udržovat okolí rány čisté a suché k zabránění sekundární infekce.
- Po zhojení defektu (obnovení celistvosti pokožky) promazávat např. kalciovou mastí.

Realizace:

➤ První ošetření: Oba defekty byly vyčištěny sterilními čtverci a fyziologickým roztokem. Následně odezinfikovány Cutaseptem. Na oba defekty byl poté přiložen obvaz Inadine, který byl fixován průhlednou

folií – výhodná fixace netraumatizující okolní kůži a umožňující sledování defektu i pod krytím. Odřeninny byly převazovány 1x denně.

- Hojení na lýtku probíhalo relativně rychle, neboť defekt byl pouze povrchový. Druhý den bylo místo ještě při převazu odezinfikováno a poté přiložen Inadine a folie. Již třetí den nebylo potřeba speciální krytí – ponechána pouze folie na prevenci stržení zhojené pokožky. Čtvrtý den ponecháno místo zcela bez krytí. V den překlady na koronární jednotku bylo místo původního defektu pokryto tenkou vrstvou strupu bez známek sekundární infekce. Doporučeno promazávat kalciovou mastí.
- Defekt na koleni byl trochu hlubší než na lýtku. Hojení proto trvalo déle. Místo bylo po celou dobu ošetřováno obvazem Inadine a kryto folií. Při překlady pacienta stále ponecháno toto krytí, nicméně rána vykazovala známky hojení, v sesterské překlady zprávě doporučeno již pouze krytí folií a postupně ponechat zcela volné. Ani zde nedošlo k sekundární infekci.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, oba defekty byly v době překlady pacienta prakticky zhojené. Nedošlo k sekundární infekci ran.

Celková úzkost a strach ze smrti a strach z opakování srdeční příhody z důvodu základního onemocnění

Cíl:

- Krátkodobý cíl: Pacient je klidnější.
- Střednědobý cíl: Pacient zná možnosti prevence infarktu myokardu.
- Dlouhodobý cíl: Pacient pochopí škodlivost kouření a bude se snažit přestat kouřit.

Plán péče:

- Vysvětlit pacientovi, že úzkost a strach ze smrti je zcela normálním projevem a jedním z příznaků infarktu myokardu.

- Vysvětlit pacientovi nutnost dodržení klidu na lůžku jako prevenci dalšího zhoršování stavu, poukázat na fakt, že se všichni personál snaží dělat maximum pro jeho léčbu, že je o něj postaráno a že jeho spolupráce a zklidnění je důležitým faktorem v ošetřování.
- Umožnit alespoň krátkodobý kontakt s rodinou (telefonát, krátká návštěva u lůžka).
- Podat uklidňující léky dle ordinace lékaře.
- Po odeznění akutního stavu vysvětlit pacientovi možnosti prevence IM, v jeho případě se zaměřit především na nikotinismus! Viz edukace.

Realizace:

- Pacient byl poučen o příčině své úzkosti a strachu.
- Byla umožněna krátká návštěva manželky u lůžka pacienta.
- Byla podána medikace dle rozpisu lékaře.
- Poslední den pobytu na ARO byl pacient poučen o škodlivosti svého kouření lékařem, následně byl problém prodiskutován se sestrou.

Hodnocení:

Při příjmu byl pacient velmi neklidný, úzkostný. Po navázání kontaktu a objasnění jeho zdravotního stavu se podařilo pacienta částečně uklidnit a získat pro spolupráci. Krátká návštěva manželky těsně po příjmu pacienta sice potěšila, nicméně zdálo se, že spíše ještě více rozrušila. Začal naříkat, že přiděluje manželce starosti. Vzhledem k následnému zhoršení stavu byla tato diagnóza ukončena (7.1.2006) a následně obnovena po nabytí pacientova vědomí (12.1.2006). Tento předposlední den hospitalizace na ARO již byl pacient mnohem klidnější, již se nebál smrti, nicméně přetrvávaly obavy ze ztráty zaměstnání – stanoveno jako samostatná diagnóza. Pacient byl též opakovaně poučen o škodlivosti svého kouření. Přislíbil, že se bude snažit kouření omezit. Krátkodobý cíl tedy splněn částečně, střednědobý cíl byl splněn, splnění dlouhodobého cíle zatím nelze posoudit.

9.1.2006

Zvýšená TT patrně z důvodu počínajícího septického stavu

Cíl:

→ Pacient bude mít fyziologickou TT.

Plán péče:

- Pravidelně měřit TT a zjištěné hodnoty zapisovat do dokumentace.
- Zajistit dostatečnou hydrataci (nejprve infuzní terapií, později perorálně).
- Pečlivě sledovat příjem a výdej tekutin. Snažit se odhadnout ztráty tekutin pocením.
- Při TT nad 38°C informovat lékaře, zahájit fyzikální chlazení (studené obklady, případně celkový zábal těla), podat antipyretika dle ordinace lékaře → sledovat jejich účinek a případné nežádoucí účinky.
- Zajistit čisté a suché lůžko pacienta – při zvýšeném pocení měnit ložní i osobní prádlo dle potřeby.
- Bude-li pacient při vědomí, informovat ho o příčině zvýšené TT a snažit se ho získat pro spolupráci (aby hlásil subjektivní změny svého stavu – např. pocit chladu / tepla).

Realizace:

- 8.1.2006 byla v 15. hodin zastavena řízená hypotermie. Již ten den večer začal mít pacient zvýšenou TT. Tato ošetrovatelská diagnóza byla ale stanovena až druhý den ráno – čekali jsme, zda nešlo pouze o náhlou krátkodobou reakci organismu při zastavení chlazení.
- TT byla měřena pravidelně po 3 hodinách a zaznamenávána do dokumentace.
- Při horečkách bylo prováděno fyzikální chlazení.
- Antipyretika byla podávána dle ordinace lékaře.
- Dostatek tekutin byl zajištěn infuzní terapií po celou dobu ošetřování, poslední dva dny začal pacient přijímat tekutiny i perorálně.

- Dle ordinace lékaře byly při horečkách podávány chlazené infuzní roztoky.
- Bilance tekutin byla prováděna každých 24 hodin – vždy o půlnoci.
- Při návštěvách byla rodina informována o pacientově zvýšené TT a její pravděpodobné příčině i terapii.

Hodnocení:

9.1.2006 byl pacient prakticky celý den febrilní, obdobně 10.1.2006 přetrvávaly febrilie po celý den. 11.1.2006 se TT pohybovala v rozmezí 37,8 – 38,3 °C. 12.1.2006 již byl pacient po většinu dne subfebrilní, pouze jedenkrát bylo naměřeno 38,1 °C. Poslední den hospitalizace na ARO byl pacient subfebrilní, TT se postupně snižovala, pohybovala se v rozmezí 37,0 – 37,6 °C.

Cíl byl splněn částečně. Při překladu pacienta na koronární jednotku stále přetrvává mírně zvýšená TT, nicméně podařilo se postupně odstranit febrilie a je patrná tendence k normalizaci TT.

Zmatenost, nespolupráce až agresivita z důvodu přetrvávajícího ovlivnění CNS medikamenty a také vlivem celkového těžkého stavu

Cíl:

→ Pacient má zajištěnu bezpečnost a postupně začne spolupracovat při léčbě.

Plán péče:

- Oslovovat pacienta jménem, přistupovat k němu s klidem a jistotou, mluvit na pacienta stručně a jasně, klidným hlasem.
- Trpělivě pacientovi opakovat základní údaje – kde se nachází, co se s ním stalo a co ho dále čeká a že je nutná jeho spolupráce.
- Zajistit podání uklidňujících léků dle ordinace lékaře, sledovat účinek i případné nežádoucí účinky.
- Zajistit bezpečné lůžko – odstranit vše, o co by se mohl pacient poranit.

- V případě nutnosti fixace končetin – pouze na nezbytně nutnou dobu a jen taková fixace, která nezpůsobuje pacientovi další poškození (např. otlaky na ruku).

Realizace:

- Dne 9.1.2006, kdy byla také stanovena tato diagnóza, byl pacient velmi neklidný a svým chováním sám sebe poškozoval – strhával si elektrody na snímání EKG, vytrhl si endotracheální rourku atd. Bylo proto nutné pacienta kurtovat (na základě ordinace lékaře) – horní končetiny byly v oblasti zápěstí šetrně ovázány buničinou a přes ní byl přiložen obvaz fixující ruce k okraji lůžka.
- Byla podána zklidňující medikace dle ordinace lékaře (jednak jednorázová a jednak zahájeno kontinuální podávání Tiapridalu přes injektomat). Vše bylo podáváno i. v.
- Lůžko pacienta bylo ošetřovatelkou či sestrou upravováno dle potřeby, minimálně každé tři hodiny. Byly zvednuty postranice k prevenci případného pádu a přes tyto postranice byla dána další přikrývka, aby se pacient při prudším pohybu nezranil.
- 10.1.2006 byla kurtace zrušena, ponechána pouze zklidňující medikace a postranice na lůžku.
- 11.1.2006 se u pacienta střídala období klidu s velkým neklidem. Pacient nebyl kurtován, bylo ponecháno kontinuální podávání Tiapridalu. Při neklidu si pacient vytrhl arteriální kanylu a následně nasogastrickou sondu. Byla provedena komprese pravého třísla a místo pravidelně kontrolováno pro riziko případného krvácení. Nová sonda již zaváděna nebyla – po domluvě s lékařem zahájeno další den podávání tekutin ústy.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacient se sice nezranil a postupně začal spolupracovat, ale nepodařilo se zabránit tomu, aby se 9.1.2006 sám extuboval a 11.1.2006 vytrhl arteriální kanylu a následně i nasogastrickou

sondu. Ač vše nakonec proběhlo bez komplikací, mohli bychom toto hodnotit vlastně jako poškození pacienta. Od 12.1.2006 již pacient plně spolupracoval a diagnóza tak byla ukončena.

10.1.2006

Ztížené dýchání (projevující se mělkým, zrychleným a namáhavým dýcháním) z důvodu odpojení od ventilátoru a patrně i počínajícího zánětu plic

Cíl:

→ Pacient má obnoveno účinné dýchání.

Plán péče:

- Určit a zaznamenat pravidelnost, frekvenci, typ dýchání a další obtíže (kašel, mělké dýchání atd.).
- Sledovat hodnoty saturace krve kyslíkem (saturační čidlo monitoru u lůžka, hodnoty arteriálního či kapilárního ASTRUPu).
- Určit hlavní subjektivní obtíže nemocného.
- Zvednout záhlaví lůžka pro usnadnění maximální inspirace.
- Zvlhčit vdechovaný vzduch pomocí nebulizátoru, případně zavést po dohodě s lékařem oxygenoterapii.
- Dodržovat pravidelné intervaly větrání, teplotu a dostatečnou vlhkost vzduchu v místnosti.
- Vysvětlit pacientovi příčinu obtíží, snažit se pacienta uklidnit a vybízet ke klidnému dýchání s hlubším nádechem.
- Naučit pacienta zvládat subjektivní pocit dušnosti prohloubením dechu a prodloužením výdechu, naučit různá dechová cvičení.
- Naučit pacienta účinné odkašlávání.
- Zajistit dostatečný příjem tekutin.
- Podávat pravidelně dle lékařova rozpisu léky usnadňující dýchání (expektorancia, mukolytika) a léky proti zánětu (antibiotika).

Realizace:

- Frekvence dýchání byla monitorována kontinuálně díky napojení pacienta na monitor. Obdobně SpO₂ byla sledována nepřetržitě díky saturačnímu čidlu. Ostatní parametry ventilace byly hodnoceny pravidelně lékařem při vizitě a sestrou v průběhu celé služby vzhledem k prakticky nepřetržité přítomnosti sestry u pacienta. Krev na Astrupovo vyšetření byla odebírána dle ordinace lékaře (viz přehled diagnostické péče).
- Byla mírně zvednuta horní část lůžka.
- Při nižších hodnotách SpO₂ byla prováděna oxygenoterapie – kyslík byl podáván maskou, zvlhčován, průtok regulován v rozmezí 5 – 10 l/min.
- Místnost byla pravidelně větrána, teplota a vlhkost v místnosti ponechány na standardním nastavení klimatizace.
- Tekutiny podávány parenterálně dle rozpisu lékaře.
- Antibiotika byla podávána přesně dle rozpisu lékaře (Augmentin od 10.1.2006 – „naslepo“, od 12.1.2006 přidán Meronem dle výsledků kultivace sputa), nežádoucí účinky nebyly pozorovány. Jiné léky (expektorancia, mukolytika) nebyly zatím ordinovány.
- Pacient byl sestrou opakovaně vybízen k odkašlávání.
- Pacientovi byla vysvětlena příčina jeho obtíží (podráždění dýchacích cest po extubaci a možný začínající zánět dýchacích cest). Byl opakovaně vybízen ke hlubokému a pomalému nádechu a výdechu. Opakovaně uklidňován, že se stav upraví a v případě problémů mu vždy bude ihned poskytnuta pomoc (oxygenoterapie, medikace na podporu odkašlávání atd.).

Hodnocení:

10. a 11.1.2006 přetrvávalo u pacienta zrychlené, mělčí, namáhavé dýchání. Pacient měl problém s odkašláváním. Opakovaným vybízením ke zklidnění, nácvikem správného dýchání a odkašlávání, intermitentní oxygenoterapií a účinkem antibiotik se postupně ale podařilo stav

zvládnout. 12.1.2006 přetrvává problém s odkašláváním, ale dušnost již pacient nepocítuje. 13.1.2006 začíná pacient odkašlávat. Subjektivně je již prakticky bez obtíží.

Cíl se podařilo splnit. Nadále je však nutné podávání antibiotik.

Porucha spánku (přerušovaný spánek, obrácený rytmus bdění a spánku) z důvodu změny prostředí

Cíl:

→ Pacient spí klidným, plnohodnotným spánkem bez opakovaného probouzení. Spánek trvá alespoň 6, lépe 8 hodin. Pacient má obnovený správný rytmus bdění a spánku.

Plán péče:

- Zjistit rušivé vlivy, které ovlivňují spánek pacienta, a snažit se je odstranit.
- Pokud nelze některé rušivé elementy odstranit, vysvětlit pacientovi proč.
- V rámci možností se snažit dodržovat noční klid (ztlumit světla, vypnout rádio či televizi, nemluvit nahlas).
- Upravit lůžko pacienta tak, aby mu bylo pohodlné.
- Vyvětrat v místnosti před spánkem.
- Aktivizovat pacienta během dne (rozhovor, rádio, televize, návštěva rodiny, četba atp.).
- Zajistit, aby pacient netrpěl výraznými fyzickými problémy – bolest, dušnost, zvýšená tělesná teplota.
- Pokud to bude možné, umožnit pacientovi jeho „rituály před spaním“, na které je zvyklý (čtení knihy, vyčištění zubů atp.).
- Případně podání hypnotik na noc dle rozpisu lékaře, následně sledovat jejich účinnost a případné nežádoucí účinky.

Realizace:

- Byly omezeny rušivé vlivy na minimum – ztlumení světla na noc, vypnutí rádia, ztišení mluvy personálu. Pacientovi bylo vysvětleno, že

některé zvuky odstranit nelze – alarmy infuzních pump, monitorů a ventilátorů.

- Pacient nebyl vzhledem ke svému zdravotnímu stavu 10. a 11.1.2006 ještě polohován, byl však umístěn na lůžko s možností změny tlakových bodů. Od 12.1.2006 již bylo zahájeno polohování – v noci tak byl pacient polohován z boku na bok (vynechání polohy na zádech), protože je zvyklý spát na boku.
- Před spánkem byla místnost důkladně vyvětrána.
- Pacient byl na noc důkladně odsát z dýchacích cest, při pocitu dušnosti prováděna oxygenoterapie.
- Medikace byla podávána dle rozpisu lékaře.

Hodnocení:

Bylo uděláno maximum pro klidný spánek pacienta, přesto se zpočátku nedařilo cíl plnit. Pacient se v noci neustále budil, byl neklidný. Naopak občas usínal i přes den. Toto však bylo způsobeno jednak přetrvávajícím účinkem sedace i nově podávanou medikací (kontinuální podávání Tiapridalu). Situace se zlepšila až v noci z 12. na 13.1.2006, kdy již pacient nebyl pod vlivem uvedených farmak. V noci se ještě budil, ale již méně a i dle svých slov byla kvalita spánku lepší. 13.1.2006 již byl přes den aktivnější, neusínal. Tento den jsme pacienta překládali na koronární jednotku, proto nelze zhodnotit další vývoj stavu. Nicméně lze předpokládat postupnou úpravu stavu. Cíl se tedy podařilo víceméně splnit.

12.1.2006

Strach ze ztráty zaměstnání z důvodu delší hospitalizace a následné rekonvalescence

Cíl:

→ Zmírnit strach, pomoci pacientovi adaptovat se na novou situaci.

Plán péče:

- Zjistit projevy strachu – verbální i neverbální.
- Zjistit, jak se pacient sám snaží se strachem bojovat.

- Sledovat situace, které vedou ke zvýšení obav a strachu.
- Informovat pacienta ve spolupráci s lékařem o pravděpodobném dalším průběhu jeho choroby, o předpokládané délce ústavního i následného domácího léčení a o případných omezeních vyplývajících z pacientova zdravotního stavu.
- Mluvit na pacienta jasně, zřetelně, klidně, být trpělivá. Vždy zodpovědět všechny dotazy nemocného. Poskytovat naději, snažit se působit pozitivně a optimisticky, ale nedávat falešné naděje, o kterých víme, že nejsou reálné.
- Zajistit podporu rodiny. Zjistit do jaké míry je schopna pacientovi pomáhat a podpořit jeho psychiku.
- Při výrazném strachu podání anxiolytik dle ordinace lékaře (snažit se, aby k podání medikace docházelo co nejméně).

Realizace:

- Při každém kontaktu s pacientem byly vyzdvihovány úspěchy léčby a celkové zlepšování pacientova stavu („antibiotika zabírají“, „dušnost ustoupila“, „výsledky odběru krve jsou již v normálních mezích“, „už se můžete otáčet na lůžku“, „už jste zvládl posadit se“ ...).
- Pacient byl vybízen, aby řekl, čeho a proč se konkrétně obává.
- Rodina byla informována o pacientových obavách a vybídnuť ke spolupráci.

Hodnocení:

Pro pacienta bylo současné prudké zhoršení zdravotního stavu velmi psychicky náročné. Nikdy předtím nebyl vážněji nemocen a až do současné doby se cítil zcela zdrav. Onemocnění přišlo „náhle, bez varování“. Pacient nevěděl, jak se zachová jeho zaměstnavatel.

Pacient byl informován o pravděpodobné době léčení. Promluvil si s rodinou. Manželka pacienta částečně uklidnila (když nesla potvrzení o pracovní neschopnosti pacientovo zaměstnavateli, prý vše proběhlo bez problémů). Manželka se domluvila s pacientem, že nyní znovu zajde za

zaměstnavatelem a sdělí mu předpokládanou dobu léčby a případného opětovného nástupu pacienta do zaměstnání. Při rozhovoru s pacientem jsem měla dojem, že má se zaměstnavatelem dobrý vztah (mimo jiné u něj pracuje již 10 let a zaměstnavatel je s ním spokojen). Při tomto rozhovoru jsem se snažila pacienta uklidnit tím, že si díky mým otázkám utřídil myšlenky.

13.1.2006 byl pacient již mnohem optimističtější, zejména díky zvyšování jeho soběstačnosti. Kladně určitě též zapůsobila další návštěva rodiny a rozhovory s ošetřujícím personálem.

Cíl se tedy podařilo splnit, ale bude zapotřebí i nadále pacienta povzbuzovat a podporovat jeho víru v uzdravení a návrat do aktivního života.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy (stanovené 7.1.2006):

Riziko zanesení infekce do krevního oběhu z důvodu zavedení řady invazivních cévních vstupů (centrální žilní katétr, arteriální katétr, dialyzační katétr)

Cíl:

- Okolí všech invazivních cévních vstupů zůstane klidné, bez začervení, bez defektu pokožky či jiných známek infekce.
- U pacienta nedojde k zanesení infekce do krevního oběhu prostřednictvím těchto vstupů.

Plán péče:

- Okolí vstupů všech katétrů denně (v případě potřeby častěji) asepticky převazovat – tzn. opatrně odstranit původní krytí bez poškození pokožky, odezinfikovat, sterilně vyměnit spojovací set a rampu (u CŽK), přiložit sterilní krytí.
- Dodržovat zásady bariérové ošetřovatelské péče u pacienta a tím ho chránit před nozokomiální nákazou.

- Sledovat jakékoliv známky infekce. V případě jejich výskytu okamžitě informovat lékaře.

Realizace:

- Bezprostředně po zavedení katétrů byla místa vpichu znovu odezinfikována a překryta sterilními gázovými čtverci.
- Od druhého dne byla místa vpichu ošetřována 1x denně vždy po celkové koupeli (odstranění původního krytí → dezinfekce → čtverec Inadine → folie nebo sterilní gázové krytí + výměna spojovacího setu a rampy u CŽK) – vše prováděno přísně asepticky s použitím sterilních pomůcek.
- Byly dodržovány zásady bariérové ošetrovatelské péče (řádné mytí a dezinfekce rukou před každým výkonem u pacienta, používání jednorázových pomůcek atd.).
- Po zrušení arteriálního a dialyzačního katétru byl jejich konec zaslán na mikrobiologické vyšetření.

Hodnocení:

Okolí všech invazivních cévních vstupů zůstala po celou dobu ošetřování klidné, bez známek infekce. Nedošlo k zanesení infekce do krevního oběhu. Výsledky kultivace z konců katétrů byly negativní. Cíl byl splněn.

Riziko zanesení infekce do močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Cíl:

→ U pacienta nedojde ke vzniku uroinfekce.

Plán péče:

- Dodržet přísně aseptický postup při zavádění katétru a při jakékoliv manipulaci s katétrem (např. při odběru moče).
- Sledovat možné příznaky infekce (pálení či řezání v močové trubici, zarudnutí či otok zevního genitálu, zvýšená tělesná teplota atd.).

- Dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče u pacienta a tím ho chránit před nozokomiální nákazou.
- Řádně zapisovat péči o katétr, vést záznam o datu zavedení katétru a v pravidelných intervalech sterilně přecévkovat novým katétre.

Realizace:

- Močový katétr byl zaveden při příjmu pacienta dne 7.1.2006 a byl ponechán po celou dobu hospitalizace pacienta na ARO.
- Denní odběr moče byl prováděn po předchozím odezinfikování odběrové komůrky na močovém katétru a za použití sterilní jehly a stříkačky.
- Ob den byla posílána moč na mikrobiologický rozbor.
- Močový sáček byl měněn 1x za 3 dny, opět dodržen aseptický postup, byl používán močový sáček s bakteriálním filtrem.

Hodnocení:

Cíl splněn. Během pobytu pacienta na ARO nedošlo ke kontaminaci močového systému. Všechna mikrobiologická vyšetření moče byla negativní.

Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko a celkově těžkého stavu

Cíl:

→ U pacienta nedojde ke vzniku dekubitů.

Plán péče:

- Každý den zhodnotit stupeň rizika vzniku dekubitů – stupnice dle Nortonové, zhodnotit stav pokožky pacienta a provést záznam do ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č. 3).
- Pravidelně kontrolovat pokožku na predilekčních místech.
- Uložit pacienta na antidekubitární matraci.
- Provádět častou výměnu ložního a osobního prádla tak, aby pacient byl vždy v čistém, suchém a nezmačkaném lůžku.

- Okamžitě odstraňovat případné nečistoty a vlhkost (moč, stolici, zvratky).
- Provádět pravidelné polohování pacienta.
- Zajistit pravidelnou pasivní i aktivní rehabilitaci.
- Provádět pravidelné poklepové masáže. Používat např. Emspomu (chladivá masážní emulze) nebo kafrovou emulzi.
- Používat gelovou podložku pod záda a hýždě, molitanová kolečka pod lokty, dlaně, paty.
- Aplikovat Menalind krém do sakrální oblasti, na lokty a paty.
- Zajistit plnohodnotnou výživu a dostatečný pitný režim. V případě nemožnosti příjmu per os zajistit výživu přes sondu. Případně hradit nedostatek výživných látek a tekutin infuzními roztoky.
- Vždy vysvětlit pacientovi význam všech ošetrovatelských úkonů.
- Snažit se zapojit do péče i rodinu.

Realizace:

- Stav pokožky pacienta a riziko vzniku dekubitů bylo hodnoceno 1x denně, vždy před celkovou koupelí. K záznamu byl použit Ošetrovatelský záznam používaný na ARO v Nemocnici Most.
- Při příjmu na ARO byl pacient uložen na standardní resuscitační lůžko, vzhledem ke stavu nepolohován. Druhý a třetí den byl ponechán na tomto lůžku, stále nepolohován, ale pod pacienta umístěna gelová antidekubitární podložka a použity další antidekubitární pomůcky (kolečka pod velké klouby, gelová podložka pod zátylek). Od čtvrtého dne pacient umístěn na elektricky ovládnou antidekubitární matraci – stále ponechán jen na zádech, ale nastaven režim změny tlakových bodů matrace po jedné hodině. Od 12.1.2006 zahájeno polohování a rehabilitace. Od 13.1.2006 pacient posazován, odpoledne nácvik stoje u lůžka.

- Osobní a ložní prádlo měněno 1x denně po koupeli. Úprava lůžka (vypnutí lůžkovin) byla prováděna dle potřeby, minimálně 1x za 3 hodiny.
- Výživa i tekutiny byly podávány vzhledem ke stavu pacienta parenterálně, perorální příjem byl zahájen 12.1.2006 dietou č. 1 (podáván čaj), od 13.1.2006 pak podávána dieta č. 2.

Hodnocení:

Při hodnocení rizika vzniku dekubitů podle stupnice dle Nortonové dosáhl pacient první tři dny 17 bodů, 10.1.2006 stav ohodnocen 24 body, 11.1.2006 – 23 bodů, 12.1.2006 – 28 bodů, v den překlady na koronární jednotku (13.1.2006) – 29 bodů.

Cíl byl splněn. Během pobytu pacienta na ARO nevznikl žádný dekubitus, a to i přes opravdu vysoké riziko plynoucí z těžkého stavu pacienta a nemožnosti polohování v prvních dnech hospitalizace.

4. EDUKACE PACIENTA

Hlavním problémem, na který bylo nutné se u pacienta zaměřit, byla jeho závislost na kouření cigaret. Byl zvyklý vykouřit asi jednu krabičku, tedy 20 cigaret, denně. Nevylučoval ale, že si občas dá i více, zejména je-li někde ve společnosti s přáteli.

Pacient byl poučen, že kouření je významným rizikovým faktorem aterosklerózy a tím pádem též infarktu myokardu. Byla informována též rodina. Manželka je nekuřák, což je v tomto případě velká výhoda, neboť sama nemá ráda pacientovo kouření a bude ho tak podporovat v záměru přestat kouřit. Problémem zůstává pracovní prostředí, neboť v zaměstnání je zvyklý si během pauzy jít s kolegy zakouřit.

Z pacientovy anamnézy je též patrné, že se nevěnuje žádnému sportu. Pacient se domnívá, že má pohybu dostatek (v zaměstnání). Nicméně jedná se o pohyb spíše zdraví škodící (nošení břemen, ohýbání se k práci atp.). Pacient byl proto poučen, že by bylo vhodné začlenit do svého života i nějaký druh sportu. Bylo zdůrazněno, že se nemusí jednat o náročný druh sportu, stačí např. pravidelné rychlejší procházky, jóga, strečingové cvičení či plavání.

S pacientem byla též prodiskutována jeho strava. Bylo mu vysvětleno, že je lepší jíst vícekrát denně menší porce, než 3krát denně porce velké. Byla též probrána skladba jeho stravy – zkoušeli jsme navrhnout takový jídelníček, který by byl pacient ochoten tolerovat při respektování zásad zdravé výživy. Zde bylo velkou výhodou, že pacient si sám uvědomoval „nezdravost“ svých stravovacích návyků a měl snahu je změnit, zejména z důvodu touhy po zhubnutí. Rovněž bylo zdůrazněno, že je vhodnější pít neslazených stolních vod a čaje.

5. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Pacient byl přijat na naše oddělení ve velmi těžkém zdravotním stavu. Přesto se podařilo intenzivní lékařskou i ošetrovatelskou péčí pacientův stav stabilizovat a postupně snižovat nutnost lékařských a ošetrovatelských zákroků a zvyšovat pacientovu soběstačnost. Pacienta jsme předali na koronární jednotku v den, kdy již nevyžadoval intenzivní anesteziologicko-resuscitační péči. Byla již zahájena rehabilitace, pacient začal přijímat tekutiny a stravu per os, spolupracoval a komunikoval bez obtíží. Byl relativně stabilizován i po psychické stránce. Byl poučen o rizicích svého kouření.

Během pobytu pacienta na ARO bylo stanoveno celkem 9 aktuálních a 3 potenciální ošetrovatelské diagnózy. Všechny krátkodobé cíle aktuálních ošetrovatelských diagnóz byly buď zcela nebo částečně splněny, dlouhodobé cíle zatím nelze posoudit. Cíle potenciálních ošetrovatelských diagnóz se podařilo splnit plně.

V době překlady pacienta se dalo předpokládat, že se po postupné rehabilitaci bude moci vrátit do běžného života bez výraznějších obtíží, což se také stalo. Na koronární jednotce byl pacient postupně stále více a více soběstačný, byla prováděna intenzivní rehabilitace – postupný nácvik samostatné chůze, byly zrušeny ponechané invazivní vstupy (močový katétr a centrální žilní katétr), byla zrušena infuzní terapie a pacient byl schopen přijímat stravu a tekutiny v dostatečném množství perorálně. Jedinou komplikací byl přetrvávající zánět plic, pro který byl pacient přeložen k doléčení z koronární jednotky na plicní oddělení. Z plicního oddělení byl pak propuštěn do domácího ošetrování s doporučenou kontrolou v kardiologické ambulanci. Výhledově byla naplánována koronografie.

D. POUŽITÉ ZDROJE

1. ADAMS, B.; HAROLD, C., E. a kolektiv. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
2. ČERVINKOVÁ, E. a kolektiv. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : IDVPZ, 2003. ISBN 80-7013-358-9.
3. DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M., F *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
4. HAMPTON, J., R. *EKG stručně, jasně, přehledně*. Praha : Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-153-4.
5. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi* Ediční řada – *Praktické příručky pro sestry*. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
6. ŠPAČEK, R.; WIDIMSKÝ, P. *Infarkt myokardu*. Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-197-1.
7. WIDIMSKÝ, J. *Sekundární prevence po infarktu myokardu*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-058-0.
8. ZDRAVOTNICKÁ (lékařská a ošetrovatelská) DOKUMENTACE PACIENTA K.T.
9. ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL ARO NEMOCNICE MOST, PACIENT K.T. A JEHO RODINA

E. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

(seřazeno abecedně)

Zkratka:	Vysvětlení:
AA	Alergická anamnéza
AIM	Akutní infarkt myokardu
amp.	Ampule
AQ	Aqua pro injectione
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotikum
atd.	A tak dále
atp.	A tak podobně
CNS	Centrální nervový systém
CVT	Centrální žilní tlak
CŽK	Centrální žilní katétr
č.	Číslo
dlp.	dle potřeby
EKG	Elektrokardiografie / elektrokardiogram
ER	Endotracheální rourka
FA	Farmakologická anamnéza
FiO ₂	Fraction of inspired oxygen (inspirační koncentrace kyslíku)
FR = F 1/1	Fyziologický roztok
G	Glukóza (infuzní roztok)
H 1/1	Hartmanův roztok
HES	Hydroxyethylškrob (infuzní roztok)
i. v.	Intravenózně
IM	Infarkt myokardu
K+C	Kultivace a citlivost (mikrobiologické vyšetření)
KCl	Kaliumchlorid (infuzní roztok)

NaCl	Natriumchlorid (infuzní roztok)
např.	Například
NGS	Nasogastrická sonda
O ₂	Kyslík
PA	Pracovní anamnéza
PCI	Perkutánní koronární intervence
PEEP	Positive end expiratory pressure (přetlak na konvi expiria)
RA	Rodinná anamnéza
RL	Ringerlaktát (infuzní roztok)
RLP	Rychlá lékařská pomoc
s.c.	Subkutánně (subkutánní aplikace)
SA	Sociální anamnéza
SIMV	Synchronized intermittent mandatory ventilation (synchronizovaná občasná zástupová ventilace)
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
TK	Tlak krve (krevní tlak)
TT	Tělesná teplota
UPV	Umělá plicní ventilace
v.s.	Pravděpodobný / ě (verisimilis)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

F. PŘÍLOHY

- Příloha č. 1. Vstupní ošetřovatelský záznam.
- Příloha č. 2. Plán ošetřovatelské péče.
- Příloha č. 3. Ošetřovatelský záznam používaný na ARO v Nemocnici Most.
- Příloha č. 4. Biografická anamnéza pro účely bazální stimulace na ARO v Nemocnici Most.
- Příloha č. 5. Testování vývoje soběstačnosti.
- Příloha č. 6. Rozpis odběrů na ARO v Nemocnici Most.
- Příloha č. 7. Biochemické referenční meze používané Oddělením klinické biochemie v Nemocnici Most

Příloha č. 1. Vstupní ošetřovatelský záznam.

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetřovatelský záznam

(materiál k nácvičku ošetřovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... K. T.

Oslovení..... pane T. Pojišťovna..... VZP
Rodné číslo. (nevyplňuj)..... — Povolání..... monter
Věk..... 54 let Vzdělání..... střední odborné učiliště
Vyznání..... bez nábož. vyznání Národnost..... česka
Adresa..... moř Telefon..... 12345
Osoba, kterou lze kontaktovat..... manželka

Datum přijetí:..... 4. 1. 2006
Hlavní důvod přijetí:..... stav po KPCR pro fibrilaci komor při IIT

Lékařská diagnóza:

- 1 STAV PO KPCR PRO FIBRILACI KOMOR PŘI IM
- 2 KARDIOGENNÍ ŠOK
- 3 RECIDIVUJÍCÍ FIBRILACE KOMOR
- 4 SEPTICKÝ STAV PŘI BRONCHOPNEUMonii

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... pane (anižim IM)

Osobní anamnéza..... NESTONAL, OPERACE ŽADNE, VARIXY NA
OBOU DOBKÝCH KONČETINÁCH, STAV PO TROMBO-
FLEBITIDE NA PRAVÉM BĚHU, KOURENÍ 20 cig. denně

Rodinná anamnéza..... MATKA ZEMŘELA NA KARCINOM PRSU, LÉČKA
JE S HYPERTENZÍ, OTEC ZDRAV, SOUŘOZ. NEMA!

Vyšetření

PŘÍKREJEN RLP, DEFIBRILACE, EKG

Terapie

(RLP + ARO PŘED PŘIJMENÍM NA LŮŽKA)
MORPHIN, DOREZAN, ASPEGIC, HEPARIN,
DORMICUM, NITROGLYCERIN, CORDARONE,
MORAPIENAZIN, PROTHAZIN

Nemocný má u sebe tyto léky

nema' u sebe žádné léky

Je poučen,

že je nemá brát
jak je má brát

ano ne
ano ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinismus	ne	(ano)	pokud ano, kolik denně.....	20 cigaret, někdy i více
alkoholismus	(ne)	ano	(alkohol přiležitostně; "rozumně")	
drogy	(ne)	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....	
alergie :	jídlo	(ne)	pokud ano, které.....	
	léky	(ne)	pokud ano, které.....	
	jiné	(ne)	pokud ano, na co.....	

(dekúbity (změř) - NEMA' (dala dle Nortonové: 4+2+2+2+3+4+1+3+4 ⇒ 25 bodů)
pneumonie (změř)

Důležité informace o stavu nemocného:.....
.....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? PŘIVEZLA MĚ RLP, MÁM IM
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? A SI TO KOUŘENÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? BOJÍM SE, ŽE UMRŮU, A NEBO ŽE BUDU MRZAK A NEBUDU MOCI DĚLAT SVOJI PRÁCI
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? SNAD PŘESTANE TA BOLEST A DOUFA'M ŽE TO PŘEŽENU
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? JSEM RAJ, ŽE JSEM SE SEM DOKTAL V ČAS. MĚL JSEM ŠTĚSTÍ, ŽE MANŽELKA ZAVOLALA RLP.
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? TO NEVÍM
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? MÁM LEŽET A PONEJDU DO ÚSTÍ
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ŽATÍM ME
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?
upřesněte..... ŽATÍM ME

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy) - LEŽÍCI'
- 16 bodů

Komunikace:

- stav vědomí	(při vědomí)	somnolence	koma
- kontakt navázán	(rychle)	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	bez problémů	(bariéry) BOLEST	nekomunikuje
- spolupráce	(snaha spolupracovat)	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

ano

pokud ano, upřesněte... *na hrudi* ne

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

ano

ne

pokud ano, upřesněte...

jak dlouho ?

- Na čem je vaše bolest závislá ?

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží) ?

- Kde pociťujete bolest ?

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?

*NIKDY PŘEDTÍM TAKOVOU
BOLEST NEMĚL*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (úžko, teplo)

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

*PŘETRVÁVA' STENOKARDIE,
PŘED KODRSEM - MÝKÁ 10, NYNÍ 4-5. NEDOKÁŽE SLOVY POPISAT,
ŘÍKA' „VELMI NEPŘÍJEMNÁ', ALE JIŽ NE MĚŘITELNÁ' A SKLÍČUNÍ'“*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

ano

ne

pokud ano, upřesněte...

OBČAS KAŠEL "Z CIGARET"

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

ano

ne

pokud ano, upřesněte...

Jak jste je zvládal ?

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

ano

ne

pokud ano, co by vám pomohlo ?

zmením

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

ano

SKÁD ne

nevím

pokud ano, zvládnete to ?

- Kouříte ?

pokud ano kolik ?

20 denně ano

ne

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

- NA OMEM. DO NETRPI' (JEV NĚJAKÝM RÝMA, CHÝPKA)

- KAŠEL Z KOUŘENÍ

- OBI. - TACHYPNOE, MĚLO' DÝCHÁNÍ, f = 20'

- BOJÍ SE HLUBOKÉHO NADĚCHU PRO BOLEST

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při mytí ?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno

nebo odpoledne - 1x denně (ev. 2x)
 večer
 kdykoliv - po práci

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

- mytí oholený, pomocný - ruce → minimální práce
- jinak se ale zda upravěný, neupravený, čistotný, oholený, ostříhaný, čisté oblečení. - mytí lžiček, nesoběstačný

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální (suchá na rukách)
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? ano
- Svědí vás kůže? ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

- koleny LDK - 3x3 cm, kloubní, zaschlá šev
- lýtko LDK - 10x5 cm, proužkové, svědění
- bez opruzenin, derulitů atd.

5. Strava / dutina ústní

a) Jak vypadá váš chrup?

- Máte zubní protézu? dobrý vadný
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ani horní dolní žádnou
- Máte rozbolavělá ústa? ano ne
- Pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne

sanována, čišť 1x denně

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu

- přiměřenou
- vyšší (o kolik?) ano o 10kg
- nižší (o kolik?)

c) Změnila se vaše váha v poslední době?

- ano ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul... přibral

d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?

- Co obvykle jíte? ano ne
- Je něco, co nejíte? ano ne
- Pokud ano, co a proč?
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo váš problém vyřešit?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

- chrup - sanována, bez protéz, 2x do roka / peri. probl.
- mltná nadvážka, "robustní"
- jí 3x denně, ev. svačina

i když to bude málo -> práce!

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl? *nebo rozhodit*
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické napoje
- Co nepijete rád? *mléko*
- Kolik tekutin denně vypijete? *asi 2 litry*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace - ne

- *průhledně - čaj*
- *zaměstnaní - nealkoh. napoje (minerální, limonády); 1-2 kafe*
- *doma - 1 sklenice (čaj, nealko)*

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x denně, ráno*
- Máte obvykle normální stolici
 zácpu
 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ano ne
pokud ano, co to je?
- Berete si projímadlo? nikdy
 příležitostně
 často
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit?

Objektivní hodnocení sestry:

*vyprazdňování bez obtíží, genitál bez opuchů
či jiných defektů*

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

- *močení bez obtíží*
- *rychlé - močový kátek*

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
- pokud ano, upřesněte..... ano akutní 17 → ne hlídka na lůžku
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevim
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

- do dnešního dne bez obtíží, myslím na léčení - hojnějším pohybem bez obtíží
- pravdě
- sport nedělá " v práci mám požítou práci, jsem rád, že si doma sedím "

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne (jeu nosím brýle)
- pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? ano myslím ne
- Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? ne
- Slyšíte dobře ? ano ne
- pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry:

- Vidí a slyší dobře, komunikace bez obtíží.
- Pomůže asi 7 let brýle na čtení, současně brýle má asi 2 roky - myslím mu.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? montér
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? TV, poslechní s přáteli
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ? čtení novin
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? zatím není aktuální

Objektivní hodnocení sestry:

- Fyzicky natrénovaný zaměstnanec - ve volném čase spíše pasivní odpočinek
- Bez pohybových obtíží

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 6-7h
- Máte doma potíže se spánkem ano (ne)
- pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? 6-7h
- Usínáte obvykle těžko? ano (ne)
- Budíte se příliš brzy? ano (ne)
- pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? /
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? chladná, vyvětraná ložnice
- Berete doma léky na spání? ano (ne)
- pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? /

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

Spánek bez probl., usíná a spí na boku

13. Sexualita

(otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 - ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se znění po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 - ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------|------------|
| - emocionalita | stabilní | spíše stabilní | labilní |
| - autoregulace | dobře se ovládá | lůže se ovládá | |
| - adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace (časem, osobou, místem) | orientován | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý
sklíčený | smutný
apatický | rozzlobený |

*↓
dalo aktuální zdravot. stavem*

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *A manželkou*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *manžel, děti - syn, dcera*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *celá rodina*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *bojí se*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *manželka, děti*
- Je na vás někdo závislý? *ne - děti vydrží samy*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *mluvím s ní, budu*
- Kdo se o vás může postarat? *manželka, moji pracovníci*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

*ovuzteom' byt, menší dům, se sousedy se zna',
s nedělní chodí "na pivo"*

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

- BOLEST, kterou pacient zažívá poprvé, je pro něj velmi stresující.
- NIKOTINISMUS
- NYNÍ MESOBĚSTNĚMÍ, UPOUTANÍ NA LŮŽKO, RIZIKO PRO VZNIK DEKUBITU DLE STUPNICE PODLE NORTONOVÉ - 25 bodů
- MÍRNÁ NADVAHA
- STRACH Z DÁLŠÍHO VÝVOJE STAVU, BOLESTI, OBAVY ZE ZTRÁTY ZAMĚSTNÁNÍ
- BRÝLE NA BLÍŽKO (na čtení)
- INFORMACE - manželka, děti
- OŘEŠENINY NA LDK

Příloha č. 2. Plán ošetrovatelské péče.

Plán ošetrovatelské péče – list č. 1

Datum	Ošetrovatelské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
7.1.2006	Akutní bolest z důvodu základního onemocnění (akutního infarktu myokardu)	Pacient pocítí dostatečnou úlevu a postupně se zcela zbaví bolesti.	<ul style="list-style-type: none"> • Zjistit charakter a intenzitu bolesti při příjmu pacienta a dále tyto parametry pravidelně sledovat a zapisovat do ošetrovatelské dokumentace. • Stručně a jasně vysvětlit pacientovi příčinu bolesti. • Zajistit podání analgetik dle ordinace lékaře, sledovat jejich účinek a případné nežádoucí účinky. • Snažit se zajistit pacientovi alespoň částečně pohodlnou polohu na úžku. • Podněcovat pacienta ke spolupráci (aby včas hlásil jakékoliv změny své bolesti, účinek léků a podobně). 	<p>7.1.2006 Při příjmu pacienta: od záchranné služby stále přetrvávala mírná bolest na prsou. Pacient se s takovou bolestí nikdy předtím nesetkal, byl velmi překvapen. Cítil se slabý, unavený.</p> <p>Pacient zhodnotil bolest před svým kolapsovým stavem jako nesnesitelnou, největší, tedy stupněm 10. Bolest při příjmu na ARO hodnotil stupněm 4 – 5 se slovním popisem „velmi nepříjemná, ale již ne nesnesitelná a sklízející, jako tomu bylo při začátku obtíží“. Po aplikaci analgetik po příjmu na ARO uvádí zlepšení možná o 1 – 2 stupně, přesto však bolest stále pociťuje.</p> <p>Po vysvětlení příčiny zhoršení svého zdravotního stavu, příčiny bolesti a plánované léčby se pacienti trochu zklidnili, přesto však přetrvávala nervozita, nejistota, bál se dalšího zhoršování bolesti, návratu intenzivních obtíží.</p> <p>Cíl byl splněn pouze částečně, pacient pocítil částečnou úlevu, ale bolest i nadále přetrvávala. Vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu a následnému řízenému bezvědomí byla tato ošetrovatelská diagnóza ukončena (7.1.2006), neboť nebylo možno bolest hodnotit. Po zrušení řízeného bezvědomí (10.1.2006) již pacient bolesti nezpřel.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 2

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb schvázené v poradí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
7.1.2006	<p>Snížená soběstačnost z důvodů náhlého zhoršení zdravotního stavu a nutnosti dodržování klidu na lůžku</p>	<p>Krátkodobý: Pacient má zajištěny biologické i psychosociální potřeby.</p> <p>Střednědobý: U pacienta se postupně zvyšuje jeho soběstačnost.</p> <p>Dlouhodobý: Pacient je schopen sebeobsluhy ve své domácnosti za přiměřené pomoci rodiny a postupně i bez asistence druhých.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelně hodnotit úroveň soběstačnosti a zaznamenávat do ošeft. dokumentace. • Vysvětlit pacientovi nutnost dodržení klidu na lůžku. Zároveň ale informovat, že toto opatření je pouze dočasné, že se postupně bude pacientova soběstačnost zvyšovat. • Zajistit dostatečnou výživu a hydrataci pacienta (dle stavu per os, sondou nebo parenterálně). • Péče o vyprazdňování moče a stolice. • Hygienická péče (celková koupel na lůžku 1x denně, po stabilizaci stavu koupel v pojižděné vaně, postupně zapojování pacienta do péče, péče o dutinu ústní – střídání vytrání borax glycerínem, heřmánkem a citrónovými šťeťičkami, později klasické čištění zubů, omytí obličeje a rukou dle potřeby – min. 3x denně, péče o oči – zabránit vysychání aplikací masti O-azulen). • Polohování, aktivní i pasivní rehabilitace. • Postupný návčik sebeobsluhy. • Podporovat sebevědomí pacienta (zejména v období, kdy je plně odkázán na pomoc druhých), později chválit i za drobné úspěchy. • Zapojit rodinu do péče o pacienta. 	<p>7.1.2006 – tekutiny i výživa podávány parenterálně. Nebyla provedena celková koupel, pacient byl pouze ohořen, byl omyt obličej, ošetřeny oči O-azulenem a ústa vytírána boraxglycerínem.</p> <p>8.1.2006 – tekutiny i výživa podávány stále parenterálně. Celková koupel na lůžku, kompletní výměna osobního i ložního prádla.</p> <p>9.1.2006 – zavedena nazogastrická sonda, do této ale nebyla pro:raim podávána žádná strava, naopak sonda byla napojena na aktivní sání a pouze doplachována každé 3 hodiny 20 ml fyziologického roztoku. Celková koupel na lůžku, kompletní výměna prádla.</p> <p>10.1.2006 – celková koupel ve vaně, pacientovi umyty i viasy, ohořen. NGS stále na aktivní sání.</p> <p>11.1.2006 – nazogastrická sonda převedena z aktivního sání na samospád. Odpole dne si pacient sondu vytrhl, nová zavedena nebyla. Celková koupel ve vaně.</p> <p>12.1.2006 – dieta číslo 1 – po lžičkách čaj, postupně začal pít z hr:čku. Koupel ve vaně. Zahájena RHB.</p> <p>13.1.2006 – nasazena dieta číslo 2, kterou pacient snáší dobře. Celková koupel ve vaně. Pacient se začal posazovat na lůžku, poté byl nacvičován stoj u lůžka.</p> <p>Péče o oči a dutinu ústní byla prováděna dle potřeby, minimálně 4x denně. Denně byl pacient ohořen. Vždy po koupeli (ať už na lůžku nebo ve vaně) byla též ošetřena všechna místa invazivních vstupů.</p> <p>Byly zajištěny základní potřeby pacienta. Krátkodobý a střednědobý cíl byl tedy splněn. Pacientova soběstačnost se postupně zvyšuje. Splněn dlouhodobý cíle zatím nelze hodnotit, nicméně lze předpokládat jeho postupné naplnění v průběhu další léčby a rekonvalescence.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 3

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálné a potenciálne ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v poradí jejich dôležitosti	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestery zajišťujúcej dosaženú cieľ	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vzťahu k cieľom) Datum Podpis sestry
7.1.2006	<p>Porucha kožnej integrity (hlubší odřevina na levém koleni o velikosti cca 3 x 3 cm pokrytá zaschlou krví a povrchová odřevina na levém lýtku o velikosti cca 10 x 5 cm) z důvodu pádu</p>	<p>U pacienta dojde k začatí ošetření bez vzniku sekundární infekce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola stavu a velikosti defektů minimálně 1x denně, vždy provést záznam do ošetrovateľské dokumentace. • Zachovávat zásady asepse při ošetřování defektu. • Denně provádět převaz defektu – opatrně odstranění původního krytí, dezinfekce, aplikace léčebných látek, sterilní krytí. • Udržovat okolí rány čisté a suché k zabránění sekundární infekce. • Po zhojení defektu (obnovení celistvosti pokožky) promazávat např. kalciovou masťou. 	<p>7.1.2006 – první ošetření: Oba defekty vyčiřeny sterilními čverci a fyziologickým roztokem. Následně odezinfikovány Cutaseptem. Na oba defekty poté přiložen obvaz Inadine, který fixován průhlednou folií – výhodná fixace neiraumatizující okolní kůži a umožňující sledování defektu i pod krytím.</p> <p>8.1.2006 – defekty odezinfikovány a poté přiložen Inadine a folie.</p> <p>9.1.2006 – na lýtku již nebylo potřeba speciální krytí – ponechána pouze folie na prevenci stržení zhojené pokožky; na koleno Inadine + folie.</p> <p>10.1.2006 – lýtko ponecháno zcela bez krytí; koleno stále Inadine + folie, nicméně hojení pokračuje dobře.</p> <p>11. a 12.1.2006 – lýtko bez krytí, koleno Inadine + folie, téměř zhojeno.</p> <p>13.1.2006 -- místo původního defektu na lýtku pokryto tenkou vrstvou strupu bez známek sekundární infekce. Doporučeno promazávat kalciovou masťou.</p> <p>Cíl byl splněn, oba defekty byly v době překladi pacienta prakticky zhojené. Nedošlo k sekundární infekci ran.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 4

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potrieb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
7.1. 2006	<p>Celková úzkost a strach ze smrti a strach z opakování srdeční příhody z důvodu základního onemocnění</p>	<p>Krátkodobý cíl: Pacient je klidnější.</p> <p>Střednědobý cíl: Pacient zná možnosti prevence infarktu myokardu.</p> <p>Dlouhodobý cíl: Pacient pochopí škodlivost kouření a bude se snažit přestat kouřit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vysvětlit pacientovi, že úzkost a strach ze smrti je zcela normálním projevem a jedním z příznaků infarktu myokardu. • Vysvětlit pacientovi nutnost dodržení klidu na lůžku jako prevenci dalšího zhoršování stavu, poukázat na fakt, že se všechnen personál snaží dělat maximum pro jeho léčbu, že je o něj postaráno a že jeho spolupráce a zklidnění je důležitým faktorem v ošetrování. • Umožnit alespoň krátkodobý kontakt s rodinou (telefonát, krátká návštěva u lůžka). • Podat uklidňující léky dle ordinace lékaře. • Po odeznění akutního stavu vysvětlit pacientovi možnosti prevence IM, v jeho případě se zaměřit především na nikotinismus! Viz edukace. 	<p>Při příjmu byl pacient velmi neklidný, úzkostný. Po navázání kontaktu a objasnění jeho zdravotního stavu se podařilo pacienta částečně uklidnit a získat pro spolupráci. Krátká návštěva manželky těsně po příjmu pacienta sice potěšila, nicméně zdálo se, že spíše ještě více rozrušila. Začal naříkat, že přídělává manželce starosti. Vzhledem k následnému zhoršení stavu byla tato diagnóza ukončena (7.1.2006)</p> <p>Následně diagnóza obnovena po nabytí pacientova vědomí (12.1.2006). Tento předposlední den hospitalizace na ARO již byl pacient mnohem klidnější, již se nebal smrti, nicméně přetrvávají obavy ze ztráty zaměstnání – stanoveno jako samostatná diagnóza. Pacient byl též opakovaně poučen o škodlivosti svého kouření. Přislíbil, že se bude snažit kouření omezit. Krátkodobý cíl tedy splněn částečně, střednědobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl zatím nebyl posouzen.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 5

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v poradí jejich dôležitosti	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestier zajišťujúci dosazeni cili	Hodnoceni poskytnuté péče Efekt (ve vzťahu k ciliim) Datum Podpis sestry
7.1. 2006	<p>Riziko zaneseni infekce do krevního oběhu z důvodu zavedení řady invazivních cévních vstupů (centrální žilní katétr, arteriální katétr, dialyzační katétr)</p>	<p>Okolí všech invazivních cévních vstupů zůstane klidné, bez začervenání, bez defektu pokožky či jiných známek infekce.</p> <p>U pacienta nedojde k zanesení infekce do krevního oběhu prostřednictvím těchto vstupů</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Okolí vstupu všech katétrů denně (v případě potřeby častěji) asepticky převazovat – tzn. opatrně odsranit původní krytí bez poškození pokožky, odezinfikovat, sterilně vyměnit spojovací set a rampu (u CŽK), přiložit sterilní krytí. • Dodržovat zásady bariérové ošetrovateľské péče u pacienta a tím ho chránit před nozokomiální nákazou. • Sledovat jakékoliv známky infekce. V případě jejich výskytu okamžitě informovat lékaře. 	<p>7.1.2006 – po zavedení katétrů místa vpichu znovu odezinfikována a překryta sterilními gázovými čtverci.</p> <p>8.1.2006 – místa vpichu ošeiřena po celkové koupeli (odstranění původního krytí → dezinfekce → čtverec Inadine → folie nebo sterilní gázové krytí + výměna spojovacího setu a rampy u CŽK) – vše prováděno přísně asepticky s použitím sterilních pomůcek.</p> <p>9.1.2006 – 13.1.2006 ošetrování stejné jako 8.1.2006. Místa vpichu bez známek infekce.</p> <p>Po zrušení arteriálního a dialyzačního katétru 11.1.2005 byl jejich konec zasián na mikrobiologické vyšetření.</p> <p>Okolí všech invazivních cévních vstupů zůstalo po celou dobu ošetrování klidné, bez známek infekce. Nedošlo k zanesení infekce do krevního oběhu. Výsledky kultivace z konců katétrů byly negativní. Cíl byl splněn.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 6

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálné a potenciálne ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajiřující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
7.1. 2006	Riziko zanesení infekce do močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katétru	U pacienta nedojde ke vzniku uroinfekce.	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržet přísně aseptický postup při zavádění katétru a při jakémkoliv manipulaci s katétre (např. při odběru moče). • Sledovat možné příznaky infekce (pálení či řezání v močové trubici, zarudnutí či otok zevního genitálu, zvýšená tělesná teplota atd.). • Dodržovat zásady bariérové ošetrovateľské péče u pacienta a tím ho chránit před nozokomiální nákazou. • Řádně zapisovat péči o katétru, vést záznam o datu zavedení katétru a v pravidelných intervalech sterilně přecévkovat novým katétre. 	<p>7.1.2006 zaveden močový katétru č. 16. Napojen na močový sáček s bakteriálním filtrem.</p> <p>Denní odběr moče byl prováděn po předchozím odezinfikování odběrové komírky na močovém katétru a za použití sterilní jehly a stříkačky.</p> <p>Ob den byla posílána moč na mikrobiologický rozbor.</p> <p>Močový sáček byl méněn 1 x za 3 dny, opět dodržen aseptický postup, byl používán močový sáček s bakteriálním filtrem.</p> <p>Cíl splněn. Během pobytu pacienta na ARO nedošlo ke kontaminaci močového systému. Všechna mikrobiologická vyšetření moče byla negativní.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 7

Datum	Ošetrovateľské diagnózy akutní a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
7.1. 2006	Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko a celkově těžkého stavu	U pacienta nedojde ke vzniku dekubitů.	<ul style="list-style-type: none"> • Denně zhodnotit stupeň rizika vzniku dekubitů – stupnice dle Nortonové, provést záznam do dokumentace. • Pravidelně kontrolovat pokožku na predilekčních místech. • Uložit pacienta na antidekubitární matraci. • Provádět častou výměnu ložního a osobního prádla tak, aby pacient byl vždy v čistiém, suchém a nezmačkaném lůžku. • Okamžitě odstraňovat: případné nečistoty a vlhkost (moč, stolici, zvratky). • Provádět pravidelné pohovávání pacienta. • Zajistit pravidelnou pasivní i aktivní RHB. • Provádět pravidelné polleповé masáže. • Používat např. Emspomu (chladivá masážní emulze) nebo kařovovú emulzi. • Používat gelovou podložku pod záda a hýždě, molitanová kolečka pod lokty, dlaň, paty. • Aplikovat Menalind krém do sakrální oblasti, na lokty a paty. • Zajistit plnohodnotnou výživu a dostatečný pitný režim. V případě nemožnosti příjmu per os zajistit výživu přes sondu. Případně hradit nedostatek výživných látek a iekutin infuzními roztoky. • Vždy vysvětlit pacientovi význam všech ošetrovateľských úkonů. • Snažit se zapojit do péče i rodinu. 	<p>7.1.2006 – při příjmu 25 bodů, poté 17 bodů (bezvědomí). Nepohován vzhledem ke stavu.</p> <p>8.1.2006 – 17 bodů, stále nepohován, ale pod pacienta umístěna gelová antidekubitární podložka a použity další antidekubitární pomůcky (kolečka pod velké klouby, gelová podložka pod zábytek). Bez dekubitů.</p> <p>9.1.2006 – stejné jako 8.1.2006.</p> <p>10.1.2006 – 24 bodů, pacient umístěn na elektricky ovládnou antidekubitární matraci – stále ponechán jen na zádech, ale nastaven režim změny tlakových bodů matrace á 1 hodina.</p> <p>11.1.2006 – 23 bodů, beze změn, dekubity nemá.</p> <p>12.1.2006 – 28 bodů, zahájeno pohování a rehabilitace, zahájen příjem per os.</p> <p>13.1.2006 pacient posazován, odpoledne nácvik stoje u růžka, riziko dle Nortonové – 29 bodů.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 8

Dátum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v poradí jejich dôležitosti	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestier zajišťujúcej dosiahnutie cieľu	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vzťahu k cieľom) Datum Podpis sestry
9.1. 2006	Zvýšená TT patrne z dôvodu počínajúceho septického stavu	Pacient bude mať fyziologickou TT.	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelne riešiť TT a zjištěné hodnoty zapisovať do dokumentace. • Zajištit dostatečnou hydrataci (nejprve infuzní terapii, později perorálné). • Pečlivě sledovat příjem a výdej tekutin. • Snažit se odhadnout ztráty tekutin pocením. • Při TT nad 38 °C informovat lékaře, zahájit fyzikální chlazení (studené obklady, případně celkový zábal těla), podat antipyretika dle ordinace lékaře → sledovat jejich účinek a případné nežádoucí účinky. • Zajištit čisté a suché lůžko pacienta – při zvýšeném pocení měnit ložní i osobní prádlo dle potřeby. • Bude-li pacient při vědomí, informovat ho o příčině zvýšené TT a snažit se ho získat pro spolupráci (aby hlásil subjektivní změny svého stavu – např. pocit chladu / tepla). 	<p>8.1.2006 v 15.00 zastavena řízená hypotermie. 9.1.2006 prakticky celý den febrilní, fyzikální chlazení, antipyretika, tekutiny infuzemi. 10.1.2006 opět febrilie po celý den, fyzikální chlazení, dle ordinace lékaře podávány chlazené infuzní roztoky, při návštěvách byla rodina informována o pacientově zvýšené TT a její pravděpodobné příčině i terapii. 11.1.2006 TT v rozmezí 37,8 – 38,3 °C, antipyretika dle ordinace, tekutiny infuzemi. 12.1.2006 pacient po většinu dne subfebrilní, pouze jedenkrát bylo naměřeno 38,1 °C, pacient začíná přijímat tekutiny perorálně. 13.1.2006 pacient subfebrilní, TT se postupně snižuje, přes den v rozmezí 37,0 – 37,6 °C, příjem tekutin per os. TT byla iněřena pravidelne po 3 hodinách a zaznamenávána do dokumentacie. Bilancia tekutin byla prováděna každých 24 hodin – vždy o půlnoci. Cíl byl splněn částečně. Při překladeu pacienta na koronární jednotku stále přeivřává mírně zvýšená TT, nicméně podařilo se postupně odstranit febrilie a je patrná tendence k normalizaci TT.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 9

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojení potrieb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
9.1.2006	<p>Zmatenost, nespoupráče a úzkost přetrvávajícího ovlivnění CNS medikamenty a také vlivem celkového těžkého stavu</p>	<p>Pacient má zajištěnou bezpečnost a postupně začne spolupracovat při léčbě.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oslovovat pacienta jmenem, přistupovat k němu s klidem a jistotou, mluvit na pacienta stručně a jasně, klidným hlasem. • Trpělivě pacientovi opakovat základní údaje – kde se nachází, co se s ním stalo a co ho dále čeká a že je nyní jeho spolupráce. • Zajistit podání uklidňujících léků dle ordinace lékaře, sledovat účinek i případné nežádoucí účinky. • Zajistit bezpečné lůžko – odstranit vše, o co by se mohl pacient poranit. • V případě nutnosti fixace končetin – pouze na nezbytně nutnou dobu a jen taková fixace, která nezpůsobuje pacientovi další poškození (např. otlaky na rukou). 	<p>9.1.2006 pacient velmi neklidný, svým chováním sám sebe poškozuje – srhává si elektrody na snímání EKG, vytrhl si endotracheální rourku atd. --> nyní kurtace pacienta (na základě ordinace lékaře) + podána uklidňující medikace dle ordinace lékaře (jednak jednorázová a jednak zahájeno kontinuální podávání Tiapridalu přes injektomat). Vše i.v.</p> <p>Lůžko pacienta bylo upraveno dle potřeby, minimálně každé tři hodiny. Byly zvednuty postranice a přes ně byla dána další příkrývka, aby se pacient při prudším pohybu nezranil.</p> <p>10.1.2006 kurtace zrušena, ponechána pouze uklidňující medikace a postranice na lůžku.</p> <p>11.1.2006 u pacienta se střídají období klidu s velkým neklidem. Pacient nekurtovan, ponecháno kontinuální podávání Tiapridalu. Při neklidu si pacient vytrhl arteriální kanylu a následně NGS. Byla provedena komprese pravého třísla a místní pravidelně konirolováno – riziko krvácení.</p> <p>12.1.2006 pacient plně spolupracuje – diagnóza ukončena.</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Pacient se sice nezranil a postupně začal spolupracovat, ale nepodařilo se zabránit tomu, aby se 9.1.2006 sám extuboval a 11.1.2006 vytrhl arteriální kanylu a následně i nasogastrickou sondu. Ač vše nakonec proběhlo bez komplikací, mohli bychom toto hodnotit vlastně jako poškození pacienta.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 10

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
10.1.2006	Ztížené dýchání (projevující se mělkým, zrychleným a namáhavým dýcháním) z důvodu odpojení od ventilátoru a patrně i počínajícího zánětu plic	Pacient má obnovenou účinné dýchání.	<ul style="list-style-type: none"> • Určit a zaznamenat pravidelnost, frekvenci, typ dýchání a další obtíže (kašel, mělké dýchání atd.). • Sledovat hodnoty saturace krve kyslíkem (saturační čidlo monitoru u lůžka, hodnoty arteriálního či kapilárního ASTRUPu). • Určit hlavní subjektivní obtíže nemocného. • Zvednout záhlaví lůžka pro usnadnění maximální inspirace. • Zvlhčit vdechovaný vzduch pomocí nebulizátoru, případně zavést po dohodě s lékařem oxygenoterapii. • Dodržovat pravidelné intervaly větrání, teplotu a dostatečnou vlhkost vzduchu v místnosti. • Vysvětlit pacientovi příčinu obtíží, snažit se pacienta uklidnit a vybízet ke klidnému dýchání s hlubším nádechem. • Naučit pacienta zvládat subjektivní pocit dušnosti prohloubením dechu a prodloužením výdechu, naučit různá dechová cvičení. • Naučit pacienta účinné odkšlávání. • Zajistit dostatečný příjem tekutin. • Podávat pravidelně dle lékařova rozpisu léky usnadňující dýchání (expektorancia, mukolytika) a léky proti zánětu (antibiotika). 	10.1.2006 přetrvává zrychlené, mělké, namáhavé dýchání, problém s odkšláváním. Kontinuální monitorace SpO ₂ , odběry dle ordinace, zvednuta horní část lůžka, občasná inhalace O ₂ , ATB dle rozpisu lékaře. 12.1.2006 stav stejný, intramitenně oxygenoterapie, opakované vybití ke zklidnění, nácvik správného dýchání a odkšlávání, ATB. 12.1.2006 přetrvává problém s odkšláváním, ale dušnost již pacient nepocítuje. Nová ATB. 13.1.2006 pacient začíná odkšlávat. Subjektivně je již prakticky bez obtíží. Cíl se podařilo splnit. Nadále je však nutné podávání antibiotik.

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 11

Datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
10.1.2006	Porucha spánku (přerušovaný spánek, obrácený rytmus bdění a spánku) z důvodu změny prostředí	Pacient spí klidným, plnohodnotným spánkem bez opakovaného probouzení. Spánek trvá alespoň 6, lépe 8 hodin. Pacient má obnovený správný rytmus bdění a spánku.	<ul style="list-style-type: none"> • Zjistit rušivé vlivy, které ovlivňují spánek pacienta, a snažit se je odstranit. • Pokud nelze některé rušivé elementy odstranit, vysvětlit pacientovi proč. • V rámci možností se snažit dodržovat noční klid (ztlumit světla, vypnout rádio či televizi, nemluvit nahlas). • Upravit lůžko pacienta tak, aby mu bylo pohodlné. • Vyvětrat v místnosti před spánkem. • Aktivizovat pacienta během dne (rozhovor, rádio, televize, návštěva rodiny, četba atp.). • Zajistit, aby pacient netrpěl výraznými fyzickými problémy – bolest, dušnost, zvýšená tělesná teplota. • Pokud to bude možné, umožnit pacientovi jeho rituály před spaním, na které je zvyklý (čtení knihy, vyčištění zubů atp.). • Případně podání hypnotik na noc dle rozpisu lékaře, následně sledovat jejich účinnost a případně nežadoucí účinky. 	<p>10.1.2006 omezeny rušivé vlivy na minimum – ztlumení světla na noc, vypnutí rádia, ztišení mluvy personálu. Pacientovi vysvětleno, že některé zvuky odstranit nelze – alarmy infuzních pump, monitorů a ventilátorů. Pacient ještě nepolohován, na noc odsátí z dýchacích cest + občas inhalace O₂. Medikace dle ordinace lékaře. Spánek však stále špatný, pacient neklidný.</p> <p>11.1.2006 stále nepolohován, stav prakticky stejný.</p> <p>12.1.2006 v noci polohován z boku na bok, pacient klidnější, přes den již nespí, v noci se budil</p> <p>13.1.2006 v noci se ještě budil, ale již méně a i dle svých slov byla kvalita spánku lepší, přes den aktivnější, neusíná.</p>

Plán ošetrovateľskej péče – list č. 12

Datum	Ošetrovateľská diagnóza aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potrieb seřazené v pořadí jejich důležitosti	Cíle ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt (ve vztahu k cílům) Datum Podpis sestry
12.1.2006	Strach ze ztráty zaměstnání z důvodu delší hospitalizace a následné rekonvalescence	Zmírnit strach, pomoci pacientovi adaptovat se na novou situaci.	<ul style="list-style-type: none"> • Zjistit projevy strachu – verbální i neverbální. • Zjistit, jak se pacient sám snaží se strachem bojovat. • Sledovat situace, které vedou ke zvýšení obav a strachu. • Informovat pacienta ve spolupráci s lékařem o pravděpodobném dalším průběhu jeho choroby, o předpokládané délce ústavního i následného domácího léčení a o případných omezeních vyplývajících z jeho zdravotního stavu. • Mluvit na pacienta jasně, zřetelně, klidně, být trpělivá. Vždy zodpovědět všechny dotazy nemocného. Poskytovat naději, snažit se působit pozitivně a optimisticky, ale nedávat falešné naděje, o kterých víme, že nejsou reálné. • Zajistit podporu rodiny. Zjistit do jaké míry je schopna pacientovi pomáhat a podpořit jeho psychiku. • Při výrazném strachu – anxiolytika dle ordinace lékaře (snažit se, aby k podání medikace docházelo co nejméně). 	<p>12.1.2006 Pacient informován o pravděpodobné době léčení. Při každém kontaktu s pacientem vyzdvihovány úspěchy léčby a celkové zlepšování pacientova stavu („antibiotika zabírají“, „dušnost u: toupí“, „výsledky odběru krve jsou již v normálních mezích“, „už se můžete otáčet na lůžku“, „už jste se zvládli posadit“).</p> <p>Promluvil si s rodinou. Manželka pacienta částečně uklidnila (když nesla potvrzení o pracovní neschopnosti pacientově zaměstnavateli, prý vše proběhlo bez problémů). Manželka se domluvila s pacientem, že nyní znovu přijde za zaměstnavatelem a sdělí mu předpokládanou dobu léčby a případného opětovného nástupu pacienta do zaměstnání.</p> <p>Při rozhovoru s pacientem jsem měla dojem že má se zaměstnavatelem dobrý vztah (mimo jiné u něj pracuje již 10 let a zaměstnavatel je s ním spokojen). Při tomto rozhovoru jsem se snažila pacienta uklidnit tím, že si díky mým otázkám utřídil myšlenky.</p> <p>13.1.2006 byl pacient již mnohem optimističtější, zejména díky zvyšování jeho soběstačnosti. Klidně určitě též zapůsobila další návštěva rodiny a rozhovory s ošetrojícím personálem.</p> <p>Cíl se tedy podařilo splnit, ale bude zapotřebí i nadále pacienta povzbuzovat a podporovat jeho víru v uzdravení a návrat do aktivního života.</p>

ARO – LŮŽKA RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ PÉČE

PLÁN PREVENCE A PÉČE O DEKUBITY

ZDE NALEPTE IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK PACIENTA	DATUM ZAVEDENÍ: LIST č.	lokalizace dekubitu (Stupeň zakreslit na příslušné místo červeně.) rozsah dekubitu cm x cm cm x cm
---	-------------------------------------	---

ANALÝZA DEKUBITU

Stupeň dekubitu

I. začervenání

II. tvorba puchýřů

III. poškození kůže

IV. hluboké poškození tkáně

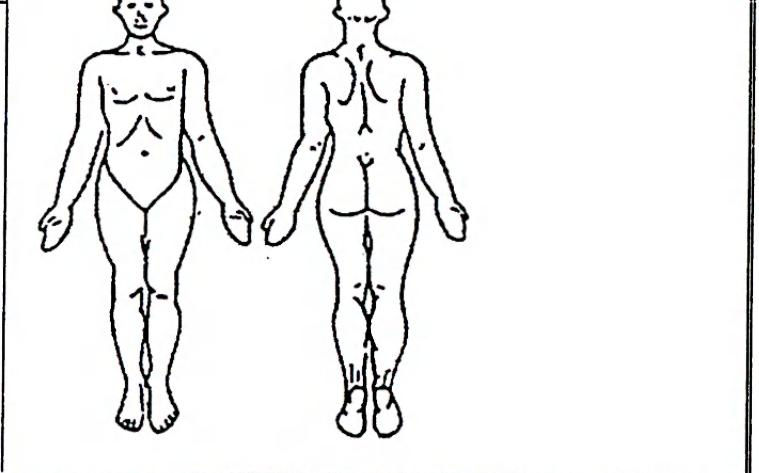
V. nekrosa, dekubitus na kost

rána čistá granulující epitelizující infikovaná

sekret bílý žlutý zelený

zápach ano ne

bolest mírná střední silná



VYSVĚTLIVKY LB – levý bok PB – pravý bok SL – sed na lůžku S – stoj CH – chůze
 RS ranní směna ATD – antidekubitní OS – odpolední směna SK – sed v křesle Z – záda NS – noční služba

ZHDNOCENÍ PACIENTA PODLE ROZŠÍŘENÉ STUPNICE NORTONOVÉ

Hodina :

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
Uplná 4	Do 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Uplná 4	Není 4	
Částečně omezená 3	Do 30 3	Alergie 3	DM, Anemie, TT, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3	
Velmi omezená 2	Do 60 2	Vlhká 2	Trombóza Obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2	
Žádná 1	Nad 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Převážně stolice 1	

Nebezpečí vzniku dekubitů je při celkovém součtu 25 a méně. Celkový součet =

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

PROBLÉM	CÍL
<input type="checkbox"/> aktuálně <input type="checkbox"/> potenciálně Analýza rány	<input type="checkbox"/> zhojení rány <input type="checkbox"/> prevence vzniku rány <input type="checkbox"/> pohyblivost Ošetřovatelské zásahy
Datum: dekubitus <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> gangraena diabetica <input type="checkbox"/> zčervenání <input type="checkbox"/> puchýř rána: <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulující <input type="checkbox"/> epitelizující <input type="checkbox"/> infikovaná <input type="checkbox"/> zápach sekret: <input type="checkbox"/> bílý <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> zelený <input type="checkbox"/> nekróza velikost rány: <input type="checkbox"/> bolest : <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> nesnesitelná	Datum: Mobilizace – frekvence za den <input type="checkbox"/> poloha LB <input type="checkbox"/> poloha PB <input type="checkbox"/> sed na lůžku <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> stoj <input type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> rehabilitace Ošetření rány – Další převaz :
	ATD pomůcky – <input type="checkbox"/> ATD matrace <input type="checkbox"/> polohovací lůžko <input type="checkbox"/> molitanové kolo <input type="checkbox"/> ATP na lokte <input type="checkbox"/> ATP na paty <input type="checkbox"/> molitanové klíny Stav vědomí : <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> zastřené vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí

Hydratace :
 příjem tekutin za 24 hod per os ml příjem tekutin za 24 hod. inf. ml výdej tekutin za 24hod. ml
 výdej neměřitelný – pomůcky pro inkontinenci močový katetr – datum zavedení

BIOGRAFICKÁ ANAMNEZA pro účely bazální stimulace

ARO, nemocnice Most p.o.

1. **Sociální situace, zaměstnání.** *žije s manželkou v družstevním bytě, montér u soukromé firmy*
2. **Kdo může a kdo nemůže navštěvovat?** *může manželka a děti (syn, dcera)*
3. **Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)?** *klidný, pohodový, má rád lidi*
4. **Jak slyší?** *dobře, bez problémů*
5. **Jak vidí, potřebuje brýle?** *vidí dobře, pouze na čtení užívá brýle*
6. **Denní rytmus.** *všední dny – přes den v zaměstnání, večer u televize nebo s kamarády, přes víkend „něco kutí doma“ nebo jsou u nich třeba děti*
7. **Pravák, levák?** *pravák*
8. **Doteky, které má rád?** *masáž zad*
9. **Jak spí, poloha, přikrývky?** *na boku, vyvětraná chladnější místnost,*
10. **Jak si čistí zuby, jak se holí?** *zuby 1x denně večer, holí se strojkem ráno*
11. **Co rád jí /nerad?** *klasická česká strava, nemá oblíbená / neoblíbená jídla*
12. **Co rád pije / nerad?** *pije kávu, čaj, minerálky, limonády, nemá rád mléko*
13. **Které zvuky rád poslouchá (rádio, TV, hudba)** *TV – dokumentární pořady, zprávy, hezký film (třeba detektivka), hudba „poslouchám všechno“*
14. **Upřednostňuje některé materiály?** *bavlna*
15. **Oblíbené vůně.** *Adidas*
16. **Co dělá, když má bolesti?** *odpočívá na gauči, dívá se na TV nebo jde do garáže „kutit“*
17. **Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva)?** *posezení doma u kávy*
18. **Ostatní sdělení.** *-----*
19. **Důležitý zážitek v poslední době.** *narození vnoučete (od dcery)*

Příloha č. 5. Testování vývoje soběstačnosti.

(Minimum = 0 bodů, maximum = 5 bodů v každé kategorii, přesná legenda – viz literatura č. 5, strany 40 – 42)

Pacient: K.T.

Datum:	Osobní hygiena	Pohyblivost	Spánek a odpočinek	Výživa	Vědomí, orientace	Verbální komunikace	Oblékání a svlékání	Vyměšování stolice a moče	Celkem
7. 1. 2006 při příjmu	1	1	1	0	5	4	1	3	16
7. 1. 2006 odpoledne	0	0	bezvědomí	0	0	0	0	1	1
8. 1. 2006	0	0	bezvědomí	0	0	0	0	1	1
9. 1. 2006	0	0	bezvědomí	1	1	0	0	1	3
10. 1. 2006	1	1	2	1	1	2	0	1	9
11. 1. 2006	2	1	2	1	3	3	1	3	16
12. 1. 2006	2	1	4	2	4	5	2	3	23
13. 1. 2006	3	2	4	3	5	5	2	3	27

Příloha č. 6. Rozpis odběrů na ARO v Nemocnici Most.

ODBĚRY NA ARO			
Resuscitační oddělení			
<i>Příjmové odběry</i>	<i>Denní odběry</i>	<i>Koronární odběry</i>	<i>Velké odběry (úterý a pátek)</i>
Hematologie: KO + diff. INR APTT	Hematologie: KO	Urea Kreatinin	Hematologie: KO + diff.
ASTRUP	ASTRUP	Na ⁺	ASTRUP
Biochemie (krev): Urea Kreatinin Urea Kreatinin Na ⁺ K ⁺ Cl ⁺ Bilirubin TZR ALT AST S - amyláza Glykémie CRP TSH	Biochemie (krev): Urea Kreatinin Na ⁺ K ⁺ Cl ⁺ Glykémie Osmolalita CRP	K ⁺ Cl ⁺ Bilirubin TZR ALT AST Alkalická fosfatáza LD CK CK-MB Cholesterol Triglyceridy Glukóza HBDH HDL LDL Troponin Myoglobin	Biochemie (krev) Urea Kreatinin Na ⁺ K ⁺ Cl ⁺ Ca Fosfáty Bilirubin TZR ALT AST Alkalická fosfatáza S - amyláza Cholesterol TGL - triglyceridy Bílkovina Glykémie Albumin Osmolalita Magnesium (Mg) CRP TSH HDL LDL
Moč: U - amyláza Moč + sediment Glykosurie	Moč: Urea Kreatinin Na ⁺ K ⁺ Glykosurie		Alkalická fosfatáza S - amyláza Cholesterol TGL - triglyceridy Bílkovina Glykémie Albumin Osmolalita Magnesium (Mg) CRP TSH HDL LDL
OHS: RRR	OHS: Moč K + C Výtěry (ER, tracheo, krk,...)		Moč: Urea Kreatinin Na + K + U - amyláza Glykosurie Moč + sediment OHS Moč K + C Výtěry (ER, tracheo, ...)

Příloha č. 7. – Biochemické referenční meze používané Oddělením klinické biochemie v Nemocnici Most:

Urea	3,0 – 8,3	mmol/l
Kreatinin	60 – 115	μmol/l
Natrium	132 – 149	mmol/l
Kalium	3,8 – 5,0	mmol/l
Chloridy	95 – 108	mmol/l
Calcium	2,00 – 2,60	mmol/l
Magnesium	0,66 – 0,94	mmol/l
Bilirubin celkový	2,0 – 18,4	μmol/l
Bilirubin konjugovaný	0	j.
ALT (alaninaminotransferáza)	0,15 – 0,78	μkat/l
AST (aspartátaminotransferáza)	0,29 – 0,79	μkat/l
ALP (alkalická fosfatáza)	0,70 – 2,30	μkat/l
LD (laktátdehydrogenáza)	2,0 – 8,0	μkat/l
CK (kreatinkináza)	0,50 – 4,00	μkat/l
CK + MB massa	0,00 – 5,60	ng/ml
HBDH	0,50 – 3,00	μkat/l
Troponin	0,000 – 0,010	ng/ml
Myoglobin	0,00 – 146,90	ng/ml
Cholesterol celkový	3,50 – 5,30	mmol/l
LDL-cholesterol	1,00 – 3,80	mmol/l
HDL-cholesterol	1,10 – 2,28	mmol/l
Triglyceridy	0,30 – 1,70	mmol/l
S-amyláza	0,10 – 1,5	μkat/l
Bílkovina celková	65,0 – 80,0	g/l
CRP (C-reaktivní protein)	0,45 – 6,0	mg/l
Glukóza	3,3 – 5,6	mmol/l
Osmolalita	275 – 300	mmol/l