

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ÚSTAV TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

Závěrečná bakalářská práce

**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s akutní
nekrotizující pankreatitidou**

květen 2006

Kristína Jenčková
bakalářské studium ošetrovatelství
kombinované studium

Poděkování a prohlášení

Děkuji za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce
Mgr. Daně Juráskové, MBA.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu
a prameny uvedené v seznamu literatury.

Květen 2006


.....
Kristína Jenčková

OBSAH

A.	ÚVOD	6
B.	KLINICKÁ ČÁST.....	7
	1. Akutní pankreatitida	7
	1.1. Charakteristika onemocnění.....	7
	1.2. Etiologie.....	7
	1.3. Patogeneze	8
	1.4. Komplikace akutní pankreatitidy.....	8
	1.5. Diagnostika akutní pankreatitidy	9
	1.6. Prognostická kritéria	11
	1.7. Terapie	12
	1.8. Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou.....	13
	1.9. Edukace pacienta.....	14
	2. Základní údaje o nemocné	15
	3. Lékařská anamnéza a lékařské diagnózy	16
	4. Diagnosticko–terapeutická péče.....	17
	4.1. Fyziologické funkce.....	17
	4.2. Nitrobřišní tlak	17
	4.3. Laboratorní vyšetření	17
	4.4. Zobrazovací metody.....	20
	4.5. Konsilia.....	21
	5. Terapeutická opatření 18.–20. den hospitalizace.....	22
	5.1. Ventilace	22
	5.2. Kontinuální terapie.....	22
	5.3. Léky	23
	5.4. Infúzní terapie	24
	5.5. Enterální výživa	24
	6. Průběh hospitalizace.....	24
C.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	26

1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu k 18. dni hospitalizace	26
.....	
1.1. Základní potřeby	26
1.2. Psychosociální potřeby	30
1.3. Duchovní potřeby.....	32
2. Ošetrovatelské diagnózy	32
3. Plán ošetrovatelské péče k 18.–20. dni hospitalizace	33
3.1. Ošetrovatelská diagnóza č. 1	33
3.2. Ošetrovatelská diagnóza č. 2.....	35
3.3. Ošetrovatelská diagnóza č. 3.....	36
3.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 4.....	38
3.5. Ošetrovatelská diagnóza č. 5.....	39
3.6. Ošetrovatelská diagnóza č. 6.....	40
3.7. Ošetrovatelská diagnóza č. 7.....	41
3.8. Ošetrovatelská diagnóza č. 8.....	42
3.9. Ošetrovatelská diagnóza č. 9.....	43
3.10. Ošetrovatelská diagnóza č. 10.....	44
4. Závěr a ošetrovatelská prognóza.....	46
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	47
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	48
PŘÍLOHY	49

A. ÚVOD

Pracuji na anesteziologicko-resuscitační klinice (ARK) pražské fakultní nemocnice a k sepsání případové studie jsem si vybrala pacientku, která byla na lůžkovou část této kliniky přeložena z okresní nemocnice s těžkou akutní nekrotizující pankreatidou s multiorgánovou dysfunkcí k zahájení kontinuální eliminační metody.

Pokud je nutná hospitalizace pacienta s pankreatidou na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jedná se téměř vždy o těžkou formu, která vyžaduje náročnou a nákladnou terapeutickou a ošetrovatelskou péči, která přesto končí v mnoha případech fatálně. I po úspěšném zvládnutí akutního stadia je následná péče zdlouhavá a vyžaduje trpělivost pacienta, a to jak s rehabilitací, tak s dietoterapií a v neposlední řadě také při následném operačním řešení komplikací pankreatitidy.

Právě proto jsem si vybrala paní B., kterou jsem přijímala a u které tato nemoc propukla z plného zdraví na Nový rok po sněžení vinných klobás. Průběh akutního stadia byl fulminantní, už třetí den se zahajovala umělá plicní ventilace pro respirační insuficienci a kontinuální eliminační metoda pro ledvinové selhávání. Stav se ale po konzervativní terapii rychle upravoval a stabilizoval i přes zhoršující se CT nález na slinivce břišní.

O pacientku jsem pečovala i nadále, pokud to dovolovaly personální a provozní podmínky na oddělení. K sepsání této práce jsem vybrala 18.–20. den hospitalizace, kdy je pacientka v odvykacím režimu od UPV a dle svých možností spolupracuje.

Také zájem rodiny byl veliký. Každý den jezdili desítky kilometrů za pacientkou a několikrát denně telefonovali kvůli informacím o zdravotním stavu pacientky.

Rodina souhlasila s použitím údajů o zdravotním stavu nemocné k sepsání této bakalářské práce. Spolupracovala se mnou i při získávání informací o nemocné v době, kdy byla tlumena léky.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Akutní pankreatitida

1.1. Charakteristika onemocnění

Akutní pankreatitida je akutní zánětlivý proces postihující morfolologii a funkci slinivky břišní, doprovázený postižením morfologie a funkce řady orgánových systémů.

Klinická definice onemocnění

Akutní pankreatitida je náhle vzniklý stav spojený s intenzivní bolestí v epigastriu. Bolest má většinou stálý charakter, je provázena zvracením, které nepřináší úlevu, tachykardií a často horečkou, v těžkých stavech šokem. V laboratorním nálezu je typická leukocytóza a zvýšení pankreatických enzymů v krevním séru, později i v moči.

Dělení akutní pankreatitidy podle Atlantské klasifikace z roku 1992:

- *Těžká forma* – forma, která může končit i fatálně, je charakterizovaná multiorgánovým selháním se vznikem lokálních komplikací (absces, nekróza, akutní pseudocysta). Tato forma odpovídá termínu hemoragicko-nekrotická forma akutní pankreatitidy.
- *Lehká forma* – je provázena minimální orgánovou dysfunkcí a v naprosté většině případů dochází k plné funkční reparaci slinivky břišní, včetně morfologie žlázy.(2)

1.2. Etiologie

Hlavními etiologickými činiteli akutní pankreatitidy jsou alkohol a onemocnění biliárního systému.

Vzácněji je příčinou akutní pankreatitidy:

- hyperparatyreidismus
- těžká dyslipidémie
- infekce (virus parotitidy)
- léky (furosemid, indometacin)
- tupá poranění břicha
- iatrogeně, po vyšetření žlázy endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií (ERCP).

Akutní biliární pankreatitida postihuje především ženy ve věku 45–55 let. Žluč má na pankreatický parenchym vysoce toxický účinek. Za fyziologických podmínek je tlak v pankreatickém vývodu vždy vyšší než v duktus choledochus, což je jeden z významných mechanismů bránících refluxu žluči do pankreatického vývodu. Uzávěr vývodu po vyústění žlučového vývodu (žlučový kámen) způsobí reflux žluči do pankreatu, která poškozuje epitel vývodu a urychluje natrávení tuků.

Alkoholismus patří mezi nejdéle známé příčiny akutní pankreatitidy. Alkohol může toxicky ovlivňovat přímo metabolické procesy pankreatických buněk, především však vede k intraacínární aktivaci pankreatických enzymů, mající následně ve žláze autosugestivní efekt. Alkohol ovlivňuje tonus Oddiho svěrače a může vyvolat otok Vaterovy papily až s hemoragickými změnami na sliznici. Kromě toho je alkohol silným stimulem žaludeční kyselé reakce, a ta přes regulační mechanismy vede i k hyperstimulaci sekrece pankreatické.(2)

1.3. Patogeneze

Akutní pankreatitida je složitý proces, který od působení noxy až po vlastní klinickou manifestaci probíhá v kaskádách. V posledních letech je přijata teorie nitrobuněčné autoaktivace enzymů na úrovni buněčných organel. Enzymy, které jsou v buňce lokalizovány, za určitých okolností spouští kaskádový mechanismus vzájemného uvolňování a především autoaktivace. Prostřednictvím interleukinů, faktoru nekrotizujícího tumor a faktoru aktivizujícího trombocyty dochází k aktivaci neutrofilů. Mediátory zánětu se dostávají do krevního oběhu a vedou ke tkáňovým lézím. Dochází ke změnám permeability drobných pankreatických vývodů, ke vzniku nestability buněčných membrán a již zmíněné aktivaci trávicích enzymů. Zasažena není jen vlastní žláza, ale uvolněné působky vedou k systémové zánětlivé odpovědi s multiorgánovou dysfunkcí a šokovým stavem.(2)

1.4. Komplikace akutní pankreatitidy

- *Pseudocysta pankreatu* je cystická, tekutinou vyplněná formace s možným fibrózním pouzdrem. Může se šířit do orgánů v okolí pankreatu – slezina, tenké a tlusté střevo. Může dojít i k spontánní ruptuře a vyprázdnění do peritoneální dutiny. Pseudocysta vzniká

vývojem neinfikované kolekce tekutiny a může se vyvinout již za 4 týdny po atace akutní pankreatitidy.

- *Chronická pseudocysta* může perzistovat léta a její pouzdro může být silné až několik milimetrů.
- *Sekundárně infikovaná nekróza* je častou příčinou vzniku abscesu pankreatu, kterou zachytíme až u 21 % nemocných s akutní pankreatitidou. Charakteristická je nezřetelně ohraničená kolekce tekutiny – hnisu bez přítomnosti nekrózy, někdy i s bublinkami plynu.
- *Hemoragie* je vzácnou komplikací akutní pankreatitidy. Vzniká při krvácení do pankreatu nebo do jeho okolí.
- *Pleurální pankreatický výpotek* vidíme v 29–30 % případů, častěji se vytváří u těžkých forem zánětu, především vlevo.
- *Volnou intraperitoneální tekutinu – ascites* prokazujeme asi u 7 % nemocných s těžkou formou akutní pankreatitidy.
- K častým komplikacím, které provází především opakované ataky akutní pankreatitidy, patří *trombóza vena portae a vena lienalis*.(5)

1.5. Diagnostika akutní pankreatitidy

Diagnostika je založena na klinickém obraze, laboratorních a zobrazovacích metodách.

1.5.1. Klinická symptomatologie

Základním příznakem onemocnění je bolest, která je lokalizovaná ve středním epigastriu a mezogastriu, je typicky stálého, neproměnlivého charakteru a vyznačuje se velkou intenzitou. Vyvolávajícím momentem je často alkohol a dietní zátěž.

Častým příznakem především těžké formy je tachykardie, hypotenze a teplota. Při dalším rozvoji nemoci dochází ke vzniku hypovolemického šoku vedoucího k selhání ledvin s oligurií nebo anurií. U těžké formy nastupuje rychle paralytický ileus. Dochází ke zhoršování plicních funkcí, dušnosti a cyanóze, rozvíjí se ARDS. Redistribucí krevního oběhu vzniká na kůži tzv. mramorování, v okolí pupku a v tříslech se objevují modravá nebo žlutavá zbarvení kůže. Nemocný může být zmatený, psychická alterace je prognosticky závažným znamením.(2)

1.5.2. Laboratorní diagnostika

- *amyláza v krevním séru a v moči* – typický nález. Břišní symptomatologie s hladinou amyláz alespoň trojnásobně převyšující normu je pravděpodobně způsobena akutní pankreatitidou. Mnohem přesnější je vyšetření izoenzymů amylázy, u akutní pankreatitidy převládá izoenzym P.
- *lipáza krevního séra* – zvýšení nastupuje později než zvýšení amylázy
- *krvní obraz – leukocytóza*
- *glykémie a glykosurie*
- *kalcium* – hypokalcémie bývá nepříznivým prognostickým znakem. Dochází k vychytávání kalciových iontů ve vznikajících tukových nekrózách.
- *kalium* – při těžké formě akutní pankreatitidy a progresi onemocnění hladina stoupá.

Testy zánětlivé reakce:

- *C-reaktivní protein*, je syntetizován hepatocyty, typický pozvolný vzestup, nejvyšších hodnot dosahuje obvykle 2.–4. den
- *prokalcitonin*, který je vhodný k predikci těžké pankreatitidy. Pozitivita svědčí pro přítomnost bakteriální, mykotické nebo parazitární infekce. Hodnota navíc koreluje s tíží infekčního zánětu.

Pro sledování orgánových postižení jsou důležitá i vyšetření krevních plynů, jaterních testů, acidobazické rovnováhy, hladiny celkové bílkoviny a albuminu.(2, 5)

1.5.3. Zobrazovací metody

- *Ultrasonografie břicha (USG)* je základním zobrazovacím vyšetřením. Význam USG spočívá v rozpoznání cholecystolitiázy a v detekci a sledování vývoje komplikací akutní pankreatitidy. Vyšetření je omežováno velkou střevní plynatostí s distenzí kliček.
- *Počítačová tomografie (CT)*: K odlišení edematózní a nekrotizující pankreatitidy hraje zásadní roli CT vyšetření s podáním kontrastní látky. Pomocí CT lze prokázat nekrózu žlázy a provést tenkou jehlou punkci nekróz s cílem získat materiál na bakteriální kultivaci. CT vyšetření by mělo být indikováno u těžké formy akutní pankreatitidy a to nejdříve 5. den od počátku klinických příznaků nebo při progresivním zhoršení celkového stavu i přes intenzivní léčbu. V tabulce č. 1 jsou uvedena Baltazarova kritéria akutní pankreatitidy,

stadia A a B představují nekomplikovaný průběh, nález řazený pod D a E představuje většinou nález abscesu a současně protrahovaný průběh onemocnění.

- *ERCP* je indikováno při podezření na akutní biliární pankreatitidu. Kromě diagnostické výtěžnosti umožňuje ERCP provést endoskopickou papilosfinkterotomii a odstranit kámen ze žlučových cest.
- *Magnetická rezonance (MR)* – cholangiopankreatografie je nové, neinvazivní vyšetření, které by mohlo v budoucnu obohatit škálu stávajících diagnostických metod.(5)

Tabulka č. 1 Baltazarova kritéria na základě CT

A	Normální slinivka
B	Fokální nebo difusní zvětšení slinivky s malou intrapancreatickou kolekcí tekutiny
C	Jako B, navíc peripankreatické změny nebo nekróza slinivky do 30 %
D	Jako C, navíc jedna extrapancreatická kolekce tekutiny nebo nekróza 30–50 %
E	Jako D, nekróza 50 %, tekutina ve dvou kompartmentech.

1.5.4. Diferenciální diagnostika

Při hodnocení musíme pomýšlet na stavy napodobující akutní pankreatitidu podobnými klinickými příznaky: infarkt mezenteria, mezenteriální žilní trombóza, hemoragicko-nekrotizující enterokolitida, akutní apendicitida, cholangitida. Velmi důležité je odlišení od perforace žaludku, duodena a žlučníku.

Z extraabdominálních příčin je nejvýznamnější infarkt myokardu a levostranná ledvinová kolika.(5)

1.6. Prognostická kritéria

Průběh akutní pankreatitidy není vždy předpověditelný. K posouzení nám slouží prognostická kritéria nemoci, která umožní odhad vývoje postižení.

Klasickým schématem je Ransonovo schéma posuzující při přijetí věk, leukocytózu, glykémii, LD, AST, po 48 hodinách od přijetí pokles kalcémie, pa O₂, hematokritu, zvýšení urey, deficitu bazí a odhadovanou sekvestraci tekutin. Dalším

používaným schématem může být APACHE II. Nejběžnějším ukazatelem pro prognostický odhad je sledování dynamiky CRP, kalcémie, leukocytů a močoviny v séru.

1.7. Terapie

Mezi základní terapeutická opatření patří:

- hospitalizace nemocného
- kontinuální monitorování klinického stavu, centrálního venózního tlaku, diurézy, krevních plynů a provedení CT vyšetření
- intravenózní substituce objemu intravaskulárních tekutin při podávání albuminu a elektrolytů – korigování hypovolémie
- lačnění
- potlačení pankreatické sekrece – *somatostatin*, *H₂-blokátory*, *blokátory protonové pumpy*
- ovlivnění bolesti

Druhou skupinu přístupů, které závisí na aktuálním stavu nemocného, tvoří tato individuální opatření:

- nasogastrická sonda, která je absolutně indikovaná v případech zvracení nebo žaludeční atonie
- totální parenterální výživa
- antibiotická terapie
- při zjištění nekrotických mas v pankreatu aspirace nekrotických mas a získání materiálu pro kultivaci
- ERCP s eventuální papilosfinkterotomií
- podpora dýchání
- hemodialýza
- terapie diseminované intravaskulární koagulopatie
- při průkazu pankreatického abscesu či rozvíjející se abdominální masy, chirurgické řešení(1)

1.8. Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou

Ošetrovatelské intervence se liší podle závažnosti onemocnění, stavu pacienta. Pacienti s akutní pankreatitidou jsou hospitalizováni na odděleních interního nebo chirurgického typu, kde může být poskytnuta intenzivní terapie. Nejtěžší formy akutní pankreatitidy spojené s ventilačním selháním a multiorgánovou dysfunkcí patří na lůžkové části ARO.

Obecně platí:

- monitorujeme základní životní funkce, sledujeme příznaky hypovolemického šoku a vedeme přesný záznam o příjmu a výdeji tekutin
- zajistíme přístup do žíly a podáváme infuze podle ordinace, v případě potřeby měření centrálního žilního tlaku lékař zavádí centrální žilní katétr
- nepodáváme nemocnému nic perorálně, v případě ordinace zavedeme nasogastrickou sondu a připojíme na odsávání
- k úlevě od bolesti podáváme analgetika a anticholinergika podle ordinace
- podle potřeby zavádíme permanentní močový katétr a sledujeme hodinovou diurézu
- odebíráme krev na laboratorní vyšetření
- oxygenoterapie, sledujeme saturaci hemoglobinu kyslíkem pomocí pulzní oxymetrie

Další postup:

- monitorujeme fyziologické funkce a hemodynamický stav pacienta
- sledujeme bolest a měříme ji pomocí měřících technik a škál
- posuzujeme vzednutí břicha a ascites, výskyt zbarvení v podbříšku a jeho případné progrese, podle ordinace lékaře měříme intraabdominální tlak
- sledujeme glykémii
- všímáme si příznaků hypokalcémie – záškuby, třes a dráždivost svalů
- sledujeme respirační stav nemocného, vývoj respiračních komplikací
- podáváme antibiotika podle ordinace
- v případě indikace připravíme pacienta k operaci komplikací pankreatitidy, po chirurgickém výkonu je nutná intenzivní pooperační péče

Následná péče

- dietoterapie, podle potřeby konzultace s dietní sestrou
- edukace pacienta – životní styl, dietní opatření(4)

1.9. Edukace pacienta

U řady onemocnění edukace a aktivní zapojení nemocných do léčby zvyšuje šanci na dobrou kompenzaci nemoci.

Také v případě zánětu slinivky břišní by měl být pacient vhodným způsobem seznámen s omezeními, která jej čekají. Měly by mu být vysvětleny také důvody těchto omezení. Omezení v případě akutní pankreatitidy se týkají především dietoterapie.

- V prvních fázích onemocnění je nutno v co největší míře omezit stimulaci slinivky břišní. Stimulací je především potrava, která se tedy nejprve vylučuje úplně.
- Po zklidnění zánětu začíná pacient nejprve popíjet čaj po lžičkách a poté se přidávají lehce stravitelná jídla obsahující sacharidy, jako starší pečivo nebo bramborová kaše připravená s vodou. Tekutiny jsou slazeny glukopurem nebo umělými sladidly.
- Později mohou být přidány bílkoviny. Podává se libové maso připravené vařením nebo dušením.
- Bílkoviny jsou rozšiřovány o netučné mléčné zakysané výrobky jako nízkotučné sýry, jogurty a tvarohy. Mléko jako samostatný nápoj se nedoporučuje.
- Tuky je možné přidat až po úplném zklidnění zánětu. Přednost mají rostlinné tuky.

Pokud se funkce slinivky břišní upraví k normě, přechází se v dalších fázích na žlučnickovou dietu.

- Jejím základem je vyloučení přepalovaných tuků, prorostlého masa, nadýmavé potravy jako čerstvé zeleniny, luštěnin, čerstvého pečiva.
- Z ovoce jsou vhodné banány, loupané broskve a meruňky. Všechno ovoce musí být zbaveno slupek, pyré a šťávy musí přejít tepelnou úpravou. Také veškeré zeleninové pokrmy musí být tepelně zpracovány.

I po vyléčení akutního zánětu slinivky břišní může dojít k nedostatečné sekreci pankreatické šťávy nebo vzniku cukrovky. V případě, že zánět přejde do chronického stádia měly by být pacientovi poskytnuty další informace.

- Abstinence alkoholu snižuje frekvenci dalších exacerbací onemocnění.
- Omezuje se podávání jednoduchých sacharidů, které ve větším množství díky vysoké osmolalitě mohou být příčinou průjmů. Vhodnější jsou komplexní sacharidy s nízkým glykemickým indexem jako rýže, těstoviny, kukuřice. V případě, že došlo k rozvoji diabetu je třeba množství cukru pečlivě kontrolovat.

- Důležitý je dostatečný přísun bílkovin, a to mléčné výrobky, bílek, libové maso, drůbež, ryby.
- Omezuje se množství tuků, protože vyšší dávky mohou zhoršit steatoreu. Doporučuje se konzumovat tolik tuku, aby se neobjevily bolesti a průjem.
- U potravin bohatých na vlákninu je třeba postupovat opatrně, větší množství zhoršuje stávající poruchu trávení.
- Jídlo je lépe podávat ve více menších dávkách, tekutiny odděleně od pevných jídel.
- Dále je doporučeno omezit látky stimulující sekreci kyselé žaludeční šťávy jako čaj, kávu a výrazné koření.(9)

Při poskytování informací je důležité dodržovat několik základních pravidel. Poskytnuté informace musí být na úrovni pacientova chápání, je třeba pamatovat na to, že bez rozdílu intelektu si pacienti nepamatují více než dvě až tři informace najednou, proto je nutné časté opakování. Nejdůležitější informace je třeba sdělit na začátku rozhovoru, výhodné je využití písemných nebo audiovizuálních informací.

2. Základní údaje o nemocné

Pani M. B. byla přijata 3. 1. 2006 na lůžkovou část ARK pražské fakultní nemocnice z chirurgického oddělení okresní nemocnice. O pacientku jsem pečovala v den jejího přijetí a následně v průběhu celé její hospitalizace pokud to personální a provozní podmínky umožňovaly. K sepsání této bakalářské práce jsem si zvolila 18.–20. den hospitalizace.

Osobní údaje:

Oslovení: pani B.

Rok narození: 1949

Věk: 57 let

Vyznání : katolické

Bydliště: Liborice

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Vzdělání: vyučena

Povolání: do listopadu 2005 pracovala v pekárně

Národnost: česká

3. Lékařská anamnéza a lékařské diagnózy

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze, alkohol 0, nekuřák
St.p. Cholecystektomii roce 1994
St.p. Hysterektomii v roce 1996
CAVE - obtížná intubace

Alergická anamnéza: neguje

Farmakologická anamnéza: Loradur tbl

Sociální anamnéza: vdaná, důchodkyně

Nynější onemocnění:

Pacientka přivezena rychlou záchrannou službou 1. 1. 2006 na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení okresní nemocnice pro náhle vzniklé bolesti břicha s opakovaným zvracením po dietní chybě a rozvíjejícím se šokovým stavem. Diagnostikována akutní pankreatitida, postupně se rozvíjí MODS s nutností podpory oběhu katecholaminy, s progredující renální insuficiencí vyžadující užití kontinuální eliminační metody a metabolickým rozvratem s výraznou hyperglykemií. 3. 1. 2006 pro progresi respirační insuficience neúspěšný pokus o tracheální intubaci, provedena urgentní tracheostomie. Následně přeložena na ARK.

Lékařské diagnózy

1. Akutní zánět slinivky břišní
2. Akutní renální selhání přechodně vyžadující CRRT
3. Respirační insuficience s nutností UPV
4. Esenciální hypertenze

4. Diagnosticko–terapeutická péče

4.1. Fyziologické funkce

Od přijetí pacientky byla zahájena kontinuální monitorace fyziologických funkcí a v hodinových intervalech byly aktuální hodnoty zaznamenávány. V tabulce jsou uvedeny minimální a maximální hodnoty základních fyziologických funkcí v den příjmu a dále á 3 dny do 20. dne hospitalizace.

Tabulka č. 2 Hodnoty základních fyziologických funkcí

Datum	TK – MAP minimum/maximum	Puls/min minimum/maximum	Dýchání/min mandatorní/spontánní	TT maximum
3. 1.	50 / 100	80 / 135	16 / 0	38,5 °C
6. 1.	70 / 85	90 / 95	12 / 0	37,2 °C
9. 1.	65 / 95	75 / 85	14 / 0	38,5 °C
12. 1.	75 / 120	52 / 85	14 / 0	38,0 °C
15. 1.	80 / 105	70 / 90	14 / 0	37,8 °C
18. 1.	65 / 120	85 / 150	8 / 0-6	38,9 °C
20. 1.	70 / 120	100 / 130	0-12 / 2-26	39,5 °C

4.2. Nitrobřišní tlak

U pacientky byl ode dne přijetí měřen nitrobřišní tlak (IAP), zpočátku v šestihodinových a následně ve dvanáctihodinových intervalech. Vstupní hodnota + 12 mm Hg. Do 20. dne hospitalizace byla zaznamenána maximální hodnota +17 mm Hg a minimální hodnota + 6 mm Hg.

4.3. Laboratorní vyšetření

V tabulkách jsou uvedeny vstupní hodnoty u příjmu a dále nejnižší a nejvyšší hodnoty do 20. dne hospitalizace.

Tabulka č. 3 Laboratorní hodnoty – Krevní obraz

Krevní obraz	Vstupní hodnota	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Jednotky
Erytrocyty	4,53	2,39	4,53	10 ¹² /l
Leukocyty	13,5	6,7	31,5	10 ⁹ /l
Hemoglobin	135	73	135	g/l
Hematokrit	0,413	0,223	0,413	l
Trombocyty	119	52	566	10 ⁹ /l

Komentář: Vstupní hodnoty ukazují na mírné zvýšení leukocytů a mírné snížení trombocytů, ostatní hodnoty jsou v den přijetí v normě. Minimální hodnoty v tabulce svědčí o anémii a trombocytopenii. V maximálních hodnotách je významná leukocytóza a nárůst trombocytů nad normu.

Tabulka č. 4 Laboratorní hodnoty - Koagulace

Koagulace	Vstupní hodnota	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Jednotky
APTT	37	25,5	55,4	s
INR	1,4	1	1,5	l
Quick	65,1	65,1	95,4	%

Komentář: Hodnoty svědčí o mírných odchylkách od normy.

Tabulka č. 5 Laboratorní hodnoty - Biochemie

Biochemické vyšetření	Vstupní hodnota	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Jednotky
Amyláza – S	35,22	0,71	37,37	kat/lp
Amyláza – U	21,8	0,7	37,5	kat/lp
Urea	21,2	2,2	21,2	mmol/l
Kreatinin	300	34	300	mol/lp

AST	3,48	0,36	3,48	kat/lp
ALT	2,45	0,23	2,45	kat/lp
ALP	1,1	0,6	1,8	kat/lp
GMT	4,7	1,36	4,7	kat/lp
Bilirub. celkový	13	8	14	mol/lp
Bilirub. přímý	6,1	5	6,9	mol/pl
Na	129	129	142	mmol/l
K	8,1	4	8,1	mmol/l
Cl	99	97	108	mmol/l
Ca ²⁺	0,84	0,84	1,25	mmol/l
Ca ionizované	1,89	1,89	1,99	mmol/l
CRP	280	121,8	280	mg/l
Laktát	4,5	1,8	4,5	mmol/l
Glukóza	38	4,9	38	mmol/l
Albumin	30,9	19,7	30,9	g/l

Komentář: Vstupní hodnoty jsou několikanásobně zvýšené u amylázy v séru a v moči, urey, kreatininu, AST, ALT, GMT, CRP, laktátu a glukózy. Život ohrožující je hladina kalia v séru. Snížené hodnoty jsou u Na, Cl, Ca²⁺, Ca ionizovaného a albuminu.

Minimální hodnoty svědčí o návratu k normě u amylázy v séru a v moči, urey, kreatininu, jaterních testů, laktátu a glukózy. Minimální hladina CRP je stále několikanásobně zvýšená, což může ukazovat na pokračující bakteriální zánět. Významně je snížena hladina albuminu, která může vypovídat o jeho úniku do třetího prostoru, nebo malnutrici.

Tabulka č. 6 Laboratorní hodnoty – ASTRUP

ASTRUP	Vstupní hodnota	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Jednotky
pH	7,231	7,231	7,525	
pCO ₂	5,7	3,9	6,5	kPa

pO ₂	12,10	8,9	20,1	kPa
SO ₂	93	91	99	%
HCO ₃ aktuální	18,30	18,30	33,8	mmo/l

Komentář: Vstupní hodnoty ukazují na mírnou metabolickou acidózu se sníženou hodnotou saturace krve hemoglobinem a s parciálním tlakem kyslíku v arteriální krvi v normě. V minimálních hodnotách jsou všechny výsledky lehce pod normou. Maximální hodnoty ukazují na vysoké pH a aktuální bikarbonát, které svědčí o mírné metabolické alkalóze. Parciální tlak O₂ v arteriální krvi je zvýšen, oxygenace je nadstandardní.

Tabulka č. 7 Hodnoty prokalcitoninu

	Vstupní hodnota	6. 1. 2006
Prokalcitonin	≥10	≥0,5

Komentář: Prokalcitonin je zánětlivý faktor, vysoce specifický ukazatel systémového bakteriálního zánětu. Vstupní hodnota je vysoká, ale za několik dnů dochází k poklesu na minimální hodnotu, kterou můžeme u lůžka orientačně změřit.

4.4. Zobrazovací metody

CT břicha 5. 1. 2006:

Nález ukazuje na poměrně těžkou nekrotizující pankreatitidu s postižením více než 50 % parenchymu pankreatu, s jeho výrazným zvětšením. Tekutina v dutině břišní, nad oběma bráničními kopulemi s nevelkými atelaktázami. Rozšířený ductus choledochus.

CT břicha a pánve s kontrastní látkou 7. 1. 2006:

Ve srovnání s nálezem z 5. 1. 2006 přibližně stacionární obraz, odhad rozsahu nekrotizace spíše 80 %. Přetrvávají kolekce tekutiny včetně omentální burzy.

CT břicha – nativní a postkontrastní vyšetření 17. 1. 2006:

Progrese nepravidelných kolekcí tekutiny peripankreaticky, tekutina pod CT kontrolou punktována a odeslána na mikrobiologické vyšetření.

Ultrasonografie břicha 3. 1. 2006:

Slinivka nepřehledná, prosáknutí a drobná nahromadění tekutiny v její oblasti. USG obraz ledvin v normě.

Skiografie hrudníku 3. 1. 2006:

Čerstvé ložiskové změny nejsou patrné, stín srdce nezvětšen.

Skiografie hrudníku 13. 1. 2006:

Nehomogenní zastření parahilosně vpravo – nelze vyloučit možnost počínající zánětlivé infiltrace. Vlevo drobný fluidotorax.

4.5. Konsilia

Chirurgické konsilium 4. 1. 2006:

Doporučuje intenzivní infúzní terapii, po skončení eliminace podporovat diurézu.

Chirurgické konsilium 7. 1. 2006:

Výskyt šedých skvrn na laterálních stranách břicha a v tříselech, které jsou projevem nekrotizace tuku v retroperitoneu s prosakováním a přestupem do tuku podkožního. Pokračovat v konzervativní terapii.

Chirurgické konsilium 17. 1. 2006:

Vzestup teplot a zánětlivých markerů. Nejsou patrné známky orgánového selhání, doporučuje nasadit antibiotika dle kultivace. Pokud nebude odezva v klinickém stavu nebo dojde ke známkám multiorgánového selhávání, bude nutno zvážit chirurgickou intervenci.

5. Terapeutická opatření 18.–20. den hospitalizace

5.1. Ventilace

Umělá plicní ventilace: ventilátor AVEA
ventilační režimy: SIMV, CPAP s PS

Ventilační režim SIMV

/18. den 01.00-14.00 hod, 19. den 23.50-6.15 hod/

Ventilační parametry: FiO₂ 0,35
Dechová frekvence 1-12/min
Inspirační tlak 16-17 cm H₂O
Tlaková podpora 10-14 cm H₂O
PEEP 6-7 cm H₂O

Ventilační režim CPAP s PS

/18. den 18.00-10.00 hod, 20. den 14.00-17.00 hod/

Ventilační parametry: FiO₂ 0,35
Tlaková podpora 10-18 cm H₂O
PEEP 6-8 cm H₂O

Spontánní ventilace přes TSK

/18. den 14.00-18.00, 19. den 10.00-23.50, 20. den 6.50-14.00, 17.00-24.00 hod/
CPAP s PEEP /Bousignac: průtok O₂ 5-8 l/min

Inhalační terapie

Mucosolvan /Amboxoli hydrochloridum/ 7,5 mg á 8 hod

(NÚ: bolesti hlavy, nevolnost)

5.2. Kontinuální terapie

HMR /Insulinum humanum biosyntetikum/ 50j + FR do 50 ml i.v. dle glykémie
(5-8 mmol/l)

Sufenta /Sufentanilum/ 250 mcg + FR do 50 ml i.v. 1-2 ml/hod /18. a 19. den/

(NÚ: *pomalé mělké dýchání, nízký krevní tlak*)

Furosemid /Furosemidum/ 125 mg + FR do 50 ml i.v. dle diurézy (150-200 ml/hod)

(NÚ: *poruchy elektrolytové rovnováhy, svalové křeče*)

Tiapridal /Tiapridum/ 600 mg + FR do 50 ml i.v. 1-2 ml/hod

(NÚ: *ospalost, útlum, dyskinéze*)

KCl /Kalium chloratum/ 7,45 % i.v. dle kalémie (3,8-5,1 mmol/l)

(NÚ: *poruchy srdečního rytmu*)

5.3. Léky

Quamatel /Famotidin/ 20 mg i.v. á 12 hod

(NÚ: *bolesti hlavy, průjem, zácpa, sucho v ústech*)

Cerucal /Metoclopramidi hydrochloridum/ 10 mg i.v. á 8 hod

(NÚ: *ospalost, únava, bolesti hlavy*)

Solu-Medrol /Methylprednisolon/ 20 mg i.v. á 24 hod

(NÚ: *retence tekutin, snížená tolerance cukru, zhoršené hojení ran, endokrinní poruchy*)

Agapurin /Pentoxifilin/ 100 mg i.v. á 12 hod

(NÚ: *nauzea, bolest hlavy, zmatenost, hypotenze*)

Novalgin /Metamizolum natrium monohydricum/ 1g i.v. při teplotě

(NÚ: *hypotenze, anafylaktická reakce, bolest v místě vpichu*)

Apaudin /Diazepamum/ 10 mg i.v. titrovaně na noc (19., 20. den)

(NÚ: *únava, závratě, poruchy chování, paradoxní reakce*)

Dormicum /Midazolamum/ 3-5 mg i.v. na noc (18.den)

(NÚ: *útlum až zástava dechu, změny srdeční frekvence*)

Fragmin /Dalteparinum natricum/ 5000 j. s.c. á 12 hod

(NÚ: *subkutánní hematomy*)

Hylak forte 40 gtt do NJS á 8 hod (digestivum)

Vasocardin /Metopropoli tartras/ 25 mg tbl do NJS á 12 hod

(NÚ: *bradykardie, dušnost, hypotenze*)

Lactulosa /Lactulosum/ do NJS 20 ml á 8 hod (18. den)

(NÚ: plynatost, bolest břicha, průjem)

Probioflora 1 cps do NJS á 8 hod (probiotikum)

Neurol /Alprazolam/ 0,5 mg tbl do NJS á 8 hod (20. den)

(NÚ: ospalost, abstinenční příznaky po vysazení, úzkost)

Antibiotika (ATB)

Ofloxin /Ofloxacinum/ 400 mg i.v. á 12 hod

Klion /Metronidazol/ 500 mg i.v. á 8 hod

Diflucan /Fluconazolium/ 400 mg i.v. á 12 hod

5.4. Infúzní terapie

F1/1, R1/1, H1/1 – rychlostí dle bilance tekutin a iontogramu, plánovaná pozitivní bilance, vyšší obrat tekutin

5.5. Enterální výživa

Nasogastrická sonda (NGS) – na spád

Nasojejunální sonda (NJS) – Novasource Peptide 40-80 ml/hod dle tolerance, bez noční pauzy

6. Průběh hospitalizace

Pani M. B. byla přijata na ARK 3. 1. 2006 z mimopražské nemocnice s těžkou akutní pankreatitidou po dietní chybě. Tam je pro rozvíjející se šokový stav a progredující respirační insuficienci provedena urgentní tracheostomie s nutností umělé plicní ventilace, tracheostomická kanyla č. 8. Při příjmu těžký šokový stav s MODS – oběh, ledviny, plíce a metabolický rozvrat s výraznou hyperglykemií a hypokalcemií, na podpoře oběhu katecholaminy. Kvůli renální insuficienci s hyperkalémií byla zahájena kontinuální eliminace. Pacientka je sedovaná, napojena na UPV v režimu SIMV PC+PS. Při konzervativní terapii a eliminaci se orgánové funkce rychle stabilizují, CRRT je ukončena

5. 1. 2006, 7. den hospitalizace je bez podpory katecholaminy. Vstupní CT břicha prokazuje závažný lokální nález s více než 50 % nekróz, dle kontrolních CT vyšetření další progres nekróz až po spotřebování žlázy. Provedena punkce peripankreatické tekutiny pod CT kontrolou, vzorek je sterilní. K chirurgickému řešení není indikace, je doporučen konzervativní postup. Pozvolný pokles zánětlivých markerů, avšak přetrvávají subfebrilie až febrilie, ATB nasazena dle kultivace.

V době mého sledování, 18.–20. den hospitalizace, je pacientka v odvykacím režimu od UPV, v mírné analgosedaci sufentanilem.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu k 18. dni hospitalizace

Ošetřovatelskou anamnézu jsem získala od pacientky a její rodiny pomocí vstupního ošetřovatelského záznamu 18. den hospitalizace.

1.1. Základní potřeby

1.1.1. Bolest

Dle manžela pacientky se intenzivní bolest v nadbřišku se zvracením u paní B. objevila na Nový rok po obědě, nepomáhali ani léky, které nemocná užívá na bolesti žaludku. Malou úlevu ji přinášela pouze poloha v sedě, v předklonu a zády opřená o teplé topení. Po několikahodinové neulevující bolesti manžel zavolal rychlou záchrannou službu a ta ji odvezla na chirurgickou kliniku, kde byla hospitalizována.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nyní je paní B. tři týdny po atace akutní pankreatitidy a bolesti neguje. Je v mírné analgosedaci sufentanylem, v dávce 10 µg/hodinu.

1.1.2. Dýchání

Paní B. je nekuřačka, před hospitalizací potíže s dýcháním nikdy neměla. V den záchvatu nemohla dýchat kvůli bolesti, dýchala mělce a rychle.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nyní je pacientka napojena na umělou plicní ventilaci, má zavedenou TSK č. 8, ventilační režim SIMV s tlakovou podporou do 14 cm H₂O, řízené dechy 6/min, spontánní frekvence kolem 10 dechů/min. Okolí TSK mírně zarudlé, 18. den zavedení. Dýchání je poslechově oboustranně zostřené sklípkové, odsává se malé množství žlutavého vazkého sputa přibližně v intervalech á 2 hodiny.

Dle hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách získala nemocná 24 bodů, je vysoce ohrožena vznikem komplikací. (příloha č.1)

1.1.3. Hydratace

Nemocná doma pije málo, má ráda kávu a čaj s mlékem.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientka je dostatečně hydratována, vzhledem k onemocnění a febriliím je nutný zvýšený obrat tekutin a pozitivní tekutinová bilance. Hydratace je zabezpečena parenterální cestou infúzními roztoky, pro vyšší obrat tekutin zároveň podáváno kontinuálně diuretikum. Iontogram sledován á 8 hodin, hladina kalia udržována v mezích normy parenterálním podáním KCl 7,45% do centrálního žilního katétru (CŽK).

Kožní turgor pacientky je dobrý, sliznice bez známek dehydratace. Dolní končetiny bez otoků, gravitační otoky nejsou patrné.

Je prováděna hodinová bilance tekutin a měření centrálního žilního tlaku, aktuální hodnota + 10 cm H₂O, které umožňují sledovat hydrataci pacientky.

1.1.4. Výživa

V roce 1994 pacientka prodělala cholecystektomii, z toho důvodu dodržovala doma žlučnickovou dietu. Nejí tlusté maso a zeleninu.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nemocná nepřijímá nic per os. Parenterální výživa byla ukončena před pěti dny, toho času jsou energetické požadavky organismu hrazeny enterální výživou. Pani B. má zavedenou nasogastrickou a nasojejunální sondu. Do NJS je kontinuálně podáván oligomerní dietetický přípravek Novasourse Peptid, rychlostí 80 ml/hod bez noční pauzy. Nasogastrická sonda je na spád. Odpady z NGS 18. den hospitalizace jsou 800 ml/12 hod. Žaludeční obsah má zeleno-žlutou barvu bez příměsí enterální výživy.

Habitus pacientky je obézní, přesnou váhu pacientky nelze zjistit z důvodu upoutání na lůžko. Nutriční skrining nebyl prováděn.

Pacientka má horní zubní můstek, chrup sanovaný. Jazyk je mírně povleklý.

1.1.5. Osobní hygiena

Doma pacientka používala krémy na pokožku spíše sporadicky. Má ale oblíbený parfém, ten používala téměř každý den. Vlasy se jí často mastí, doma si je myje ob den. Sprchuje se převážně večer.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientka je zcela upoutána na lůžko a v osobní hygieně závislá na péči ošetřovatelského týmu a rodiny. Z důvodu dlouhodobé sedace a následné imobilizace nemá pacientka dostatek svalové síly na provádění nejzákladnějších úkonů v péči o osobní hygienu.

Pani B. má pokožku normální až suchou, rodina zabezpečila dostatek kosmetických přípravků pro péči o pokožku.

Jizva po subkostálním řezu a dolní střední laparotomii je klidná. Na horních končetinách jsou starší hematomy po vpiších. Na levé horní končetině je 7. den zaveden v arteria radialis arteriální katétr ke kontinuálnímu měření krevního tlaku a k odběrům arteriální krve. V okolí katétru je mírný hematoma. CŽK je zaveden ve vena subclavia vpravo také 7. den, okolí klidné. Okolí TSK mírně zarudlé. Jiné porušení integrity kůže nepozorují.

Pacientka získala 19 bodů ve stupnici podle Nortonové, je ohrožena vznikem dekubitů. (příloha č. 2)

1.1.6. Vyprazdňování stolice

Pani B. se doma vyprazdňuje bez obtíží, stolice alespoň 1x denně. Projímadla neužívá. Potíže se zácpou má pouze při změně prostředí.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientka je plně inkontinentní, peristaltika obleněná, plyny odcházejí, v 18. den hospitalizace stolice 2x kašovitá. Z důvodu antibiotické léčby podávány léky na podporu střevní mikroflóry a prokinetika ke zvýšení motility zažívacího traktu.

1.1.7. Vyprazdňování moče

Nemocná se léčí u gynekologa s únikem moči při kašli, smíchu. Používá hygienické vložky pro močovou inkontinenci.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nyní má paní B. zavedený permanentní močový katétr (PMK) velikosti 18F, 4. den. Moč je čirá, diuréza je podporována diuretiky, udržována na 150-200 ml/hod. Ráno byl odebrán vzorek na mikrobiologické vyšetření moče.

1.1.8. Odpočinek a spánek

Pacientka doma potíže se spaním nemá, spí průměrně 7-8 hodin. Vstávala brzy ráno kvůli práci v pekárně, proto chodila spát kolem 22. hodiny. Sedativa neužívá.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientka je v mírné analgosedaci sufentanilem, pospává i v průběhu dne. Rychle se unaví, vyčerpává jí i ranní hygiena, rehabilitace, vyžaduje odpočinek po těchto výkonech. Protože je nyní ve weaningu od UPV, musí vynaložit dostatek energie na nácvik spontánního dýchání, které je pro ni náročné. V noci je unavená, ale neklidná, nemůže spát, vyžaduje prášek na spaní.

Vědomí pacientky dle Glasgow coma scale 15 bodů, pacientka je plně při vědomí. (příloha č. 3)

1.1.9. Tělesná a psychická aktivita

Paní B. žije sama s manželem na vesnici v malém domku. V sousedství má dceru a syna, kteří už mají své rodiny. Ráda pomáhá s péčí o vnoučata, v létě a na jaře jí baví zahrádka. Ve volném čase poslouchá rádio a luští křížovky. Televizi moc nesleduje, jen určité pořady.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nemocné chybí dostatek svalové síly způsobené dlouhodobou imobilizací, její tělesná aktivita je z větší části omezená na pasivní pohyby prováděné fyzioterapeutem a ošetrovatelským pracovníkem. Jak už jsem zmínila, zvýšená tělesná aktivita je důležitá pro pacientku i pro nácvik spontánního dýchání. Pacientka se aktivně nezapojuje do polohování ani do jiných úkonů spojených se sebedečnou, v rámci svých možností ale spolupracuje, kývne hlavou a slabě stiskne symetricky obě ruce. V průběhu dne poslouchá rádio, které má na boxe k dispozici.

1.1.10. Teplo a pohodlí

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Nemocniční lůžko vyhovuje nemocné délkou a šířkou. Lůžko je polohovatelné, s ovládáním zabudovaným na postranicích. Při nácvičku spontánního dýchání umožňuje pohodlně upravit polohu do polosedu s ohledem na možnosti a potřeby pacientky. Postel je vybavena antidekubitární matrací DUO, která je určena pro dlouhodobě ležící pacienty.

K 18. dni hospitalizace přetrvávají u pani B. febrilie s teplotní špičkou 38,5 °C, pacientka je opocená a jeví známky dyskomfortu.

1.1.11. Sexualita

Pani B. je 36 let vdaná. Vzhledem k závažnosti stavu pacientky jsem otázky týkající se sexuality nepokládala.

Gynekologická anamnéza: 2 porody, 1 abort, v roce 1996 hysterektomie pro myom.

Dle rodiny v klimakteriu návaly horka, bušení srdce, změny nálad, léčila se u gynekologa.

1.2. Psychosociální potřeby

1.2.1. Jistota a bezpečí

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Z důvodu závažnosti onemocnění a momentálního stavu pacientky je potřeba jistoty značně narušena. Pacientka je úzkostlivá, apatická až negativistická, projevy patrné z vegetativní odezvy – tachykardie, hyperventilace, hypertenze a z neverbálních projevů. Odmítá některé ošetrovatelské intervence, jako jsou polohování, chlazení a jiné. Positivně na ní působí návštěvy rodiny, které jsou každodenní a které jsou s ohledem na provoz oddělení umožněny téměř nepřetržitě. Rodina také zabezpečila fotografie ze soukromí pacientky, které má u sebe na boxe.

1.2.2. Soběstačnost

Pani B. byla před onemocněním plně soběstačná, pracovala v pekárně a plně se starala o domácnost. Nemoc u ní propukla z plného zdraví a upoutala ji na lůžko.

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientka je zcela nesoběstačná, odkázána na pomoc jiných lidí. Situaci má zkomplikovanou o nemožnost, nebo minimální schopnost sdělit co potřebuje, co ji vyhovuje či nevyhovuje. Saturace jejích potřeb je závislá na aktivní intervenci ošetrovatelského týmu a rodiny. Nedostatek svalové síly jí nedovoluje podílet se na péči o své tělo, na rehabilitaci a při polohování.

V testu základních všedních činností pacientka získala 5 bodů, to znamená vysokou závislost na svém okolí. (příloha č. 4)

1.2.3. Komunikace

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Komunikace s pacientkou je obtížnější, z důvodu zavedení TSK nemůže pacientka využívat plně verbální komunikaci. Její stav nedovoluje užití písmenkové tabulky ani psaní. Dorozumívaly jsme se pomocí neverbální komunikace ze strany pacientky, a částečně odezíráním ze rtů pacientky. Pani B. se snaží spolupracovat, ale obtížnost a problémy s komunikací, hlavně odezírání ze rtů, ji unavují a znervózňují.

1.2.4. Informace

Hodnocení stavu k 18. dni hospitalizace:

Pacientce jsou podávány průběžně informace o denním režimu, před každým úkonem je stručně obeznámena s provedením. Dle konceptu bazální stimulace užíváme iniciální dotek při přistoupení k pacientce, u nemocné je to levé rameno. U vizity lékař poskytuje nemocné informace o jejím zdravotním stavu.

O zdravotním stavu pacientky a průběhu léčby jsou informováni i členové rodiny, mimo návštěv také dvakrát denně telefonicky.

1.2.5. Rodina a sociální zázemí

Pani B. žije už 36 let s manželem v malém rodinném domku. Mají spolu syna (34 let) a dceru (30 let). Má dva vnuky a jednu vnučku. Se svými dětmi má vřelý vztah, často se navštěvují. Rodina pro ně všechny hodně znamená.

Zájem rodiny o pacientku je patrný z jejich návštěv, telefonátů. Spolupráce s rodinou je vynikající, aktivně se zapojují v péči o nemocnou, komunikují s ní a povzbuzují ji.

1.3. Duchovní potřeby

Pani B. je věřící, katolického vyznání. Do kostela nechodí, jen o Vánocích s celou rodinou. Rodina, ani pacientka návštěvu faráře do nemocnice nevyžadují.

2. Ošetrovatelské diagnózy

- Neschopnost adekvátní spontánní ventilace plic způsobená závislostí na umělé plicní ventilaci, zahájené u pacientky v akutním stádiu nemoci z důvodu respiračního selhání
- Změny tělesné teploty projevující se horečkou z důvodu základního onemocnění
- Ztráta jistoty a bezpečí projevující se úzkostí a apatií z důvodu základního onemocnění a celkově závažného stavu
- Porucha komunikace z důvodu zavedení tracheostomické kanyly a dlouhodobě podávaných léků tlumících vědomí
- Porucha soběstačnosti z důvodu dlouhodobé imobilizace a sedace pacientky způsobené základním onemocněním
- Porucha spánku způsobená dlouhodobou sedací a úzkostným stavem pacientky projevující se nočním neklidem a nespavostí
- Změna příjmu potravy způsobená základním onemocněním s nutností zavedení enterální výživy

- Změna ve vyprazdňování moče a stolice způsobená základním onemocněním a celkově závažným stavem
- Riziko vzniku infekce z porušení kožní integrity v místě zavedení invazivních vstupů (tracheostomická kanyla, centrální žilní katétr, arteriální katétr)
- Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu dlouhodobé imobilizace a sedace pacientky

3. Plán ošetrovatelské péče k 18.–20. dni hospitalizace

3.1. Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Neschopnost adekvátní spontánní ventilace plic způsobená závislostí na umělé plicní ventilaci, zahájené v akutním stádiu nemoci z důvodu respiračního selhání

Ošetrovatelské cíle – do tří dnů:

- pacientka se bude aktivně zapojovat do procesu odvykání z UPV
- pacientka bude 5 hodin plynule na spontánní ventilaci bez známek zhoršení spirometrických hodnot a vyčerpání dechových svalů
- zabezpečení adekvátní ventilace plic k prevenci vzniku komplikací v dýchacích cestách
- snížit viskozitu sputa

Plán ošetrovatelské péče:

- edukace pacientky o dechové rehabilitaci a správném dýchání
- spolupráce pacientky s fyzioterapeutem při dechové gymnastice, nácviku odkašlávání
- péče o hygienu dýchacích cest
- zvýšení plicní kapacity vhodnou polohou při spontánní ventilaci
- použití vhodných pomůcek ke spontánní ventilaci pacientky s TSK
- provádět overdistenzi plic při spontánním dýchání v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře
- včasné odhalení únavy dechových svalů a celkového vyčerpání pacientky

- podávání mukolytik dle ordinace lékaře k snížení viskozity sputa
- pravidelná kontrola spirometrických hodnot
- snížení horečky

Realizace ošetrovatelské péče:

U pani B. jsem pečovala o hygienu dýchacích cest, podávala inhalace expektorancií v rozepsaných intervalech a podle potřeby asepticky prováděla odsávání z trachey naslepo, nejméně však po 3 hodinách. Při odsávání sputa jsem nabádala pacientku k odkašlávání, odsávalo se větší množství žlutavého sputa. Kontrola spirometrických hodnot byla prováděna kontinuální monitorací a pomocí arteriálního Astrupa po 8 hodinách.

První den mého sledování byla pacientka v odpoledních hodinách poprvé od své hospitalizace převedena na spontánní ventilaci pomocí Bousignac ventilu, který umožňuje zachování pozitivního tlaku na konci výdechu v plicích, s průtokem kyslíku 6 l/min. Pacientku jsem uložila do Fowlerovy polohy, která zlepší ventilační kapacitu plic. Provedla jsem dle ordinace lékaře á 3 hodiny ambuing - rozepětí plicních sklípků pomocí manuálního prodýchávání AMBU vakem, pacientka se mnou spolupracovala.

Po čtyřech hodinách byla pacientka převedena zpět na podpůrnou ventilaci CPAP s tlakovou podporou na ventilátoru, kvůli tachypnoi, zvýšenému zapojování pomocných dýchacích svalů a neklidu.

Další dva dny se u pacientky střídala spontánní ventilace pomocí Bousignac ventilu s podpůrnou ventilací na ventilátoru. V noci byla pacientka plánovaně převedena na umělou plicní ventilaci za účelem odpočinku.

Při nácviu spontánní ventilace jsem pacientku nabádala k hlubším, pomalejším dechům, prováděla jsem masáž stimuluující dýchání podle konceptu bazální stimulace a vibrační masáž zad k zlepšení odkašlávání.

Zvýšenou tělesnou teplotu jsem snižovala jak fyzikálním chlazením, tak podáváním antipyretik dle ordinace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka byla první den mého sledování po 18-ti denní hospitalizaci poprvé na spontánní ventilaci vcelku 4 hodiny, další den až 12 hodin a třetí den 14 hodin s přerušáním. Saturace krve hemoglobinem neklesla pod 98 % a dechová frekvence byla

v rozmezí 10-25 dechů/min. Na noc byla pacientka plánovaně převedena zpátky na umělou plicní ventilaci kvůli odpočinku. Cíl byl splněn.

Viskozita sputa se na spontánní ventilaci zhoršila, nepomáhali ani častější inhalace expektorancií a snížený průtok kyslíku. Odkašlávání zatím nedostatečné.

RTG plic v době mého sledování nebyl proveden, proto vznik komplikací v dýchacích cestách nebylo možné posoudit. Z mikrobiologického vyšetření sputa byl pozitivní nález na mykotickou infekci.

Třetí den byla vysazena sedace, spolupráce a aktivita pacientky u dechové rehabilitace se zvyšuje. Tělesnou teplotu se přes fyzikální chlazení a podávání antipyretik nepovedlo významněji snížit.

3.2. Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Změny tělesné teploty projevující se horečkou z důvodu základního onemocnění

Ošetrovatelské cíle:

- večer bude mít pacientka tělesnou teplotu pod 37 °C
- dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče:

- měřit tělesnou teplotu v pravidelných intervalech a zaznamenávat do dokumentace
- při vzestupu TT informovat lékaře, nad 38 °C odebrat hemokulturu
- provádět odběry na kultivaci a citlivost
- využívat metod fyzikálního chlazení
- podle ordinace podávat antipyretika
- kontrolovat známky zánětu v místě zavedení invazivních vstupů

Realizace ošetrovatelské péče:

Tělesná teplota byla u pacientky měřena kontinuálně pomocí PMK s teplotním čidlem, hodnoty jsem zaznamenávala do dokumentace á 1 hodinu. Do třísel jsem přikládala ledy a dle ordinace lékaře podávala antipyretika. ATB jsem podávala

v rozepsaných intervalech. Při teplotní špičce 39,3 °C jsem odebrala hemokultury. Okolí invazivních katétrů klidné, pouze okolí TSK mírně zarudlé. Lékař informován. Při ošetřování invazivních vstupů a odsávání z trachey naslepo jsem postupovala dle zásad aseptiky a používala jsem ochranné pomůcky.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Snížit TT pod 37 °C do večera se mi nepodařilo, naopak večer vystoupala TT nad 39 °C, proto tento problém pokračuje do dalších dnů, kde dochází k vzestupům TT až na 40 °C. Jsou nadále podávány antipyretika, odebírají se další hemokultury a je využito fyzikální chlazení pomocí přístroje Blanketrol. Invazivní katétrů měněny nebyly.

3.3. Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Ztráta jistoty a bezpečí projevující se úzkostí a apatií z důvodu základního onemocnění a celkově závažného stavu

Ošetrovatelské cíle:

- do tří dnů:
 - navázat kontakt s pacientkou, který sníží její úzkost a apatii
 - pacientka bude mít dostatek informací o svém stavu a postupu léčby přiměřenou formou
- zvýšení psychické pohody pacientky

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat lékaře o psychickém stavu pacientky
- pacientku s každým výkonem obeznámit a popsat ho
- před přistoupením k pacientce oslovení a využití iniciálního doteku
- motivovat pacientku k participaci na léčbě
- sledovat neverbální a vegetativní projevy pacientky svědčící o psychickém dyskomfortu
- edukace rodiny pro zvýšenou spolupráci

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientku jsem průběžně informovala o výkonech a postupech u ní prováděných. Při přistoupení k nemocné jsem používala iniciální dotek na levém rameni a vždy jsem ji oslovila jménem. Lékaře jsem informovala o psychickém stavu pacientky, který potom s pacientkou promluvil a informoval jí o postupech léčby.

Pani B. jsem často chválila a povzbuzovala, sledovala její reakce a snahu o komunikaci. Vypytávala jsem se na její potřeby a snažila se je saturovat.

Rodina je průběžně edukována po celou dobu hospitalizace od členů ošetrovatelského týmu, kteří se podílejí na péči o pani B.

Edukace se týkala konceptu bazální stimulace, který umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Na našem oddělení pracujeme s prvky konceptu, proto rodina už první dny dostala základní informace, aby přinesla osobní věci pacientky, jako hygienické potřeby, parfém, fotografie, nějaký oblíbený předmět, noční košile. Rodina velmi dobře spolupracovala a věci zabezpečila. Dále byli poučeni o tom, že mají na pacientku mluvit, i když je v umělém spánku a mají používat formu a hlasitost, na kterou byli zvyklí před hospitalizací.

V době mého sledování byla nemocná už při vědomí, úzkostlivá až negativistická a převáděla se z umělé ventilace na spontánní, proto jsem rodinu edukovala o nutnosti psychické podpory pacientky a vedení k aktivitě. Vysvětlila jsem jim, že zatím pani B. nemůže komunikovat jinou formou než odezíráním z jejich rtů, proto je komunikace obtížnější.

V průběhu návštěv byla nemocná na spontánní dechové ventilaci, proto jsem je poučila o tom, aby nabádali nemocnou k pomalejším hlubším dechům.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Spolupráce s pani B. byla přiměřená jejímu stavu a možnostem. Byla ale i nadále úzkostlivá a v noci neklidná. Odmítala některé ošetrovatelské intervence, polohování, chlazení. Cíl nebyl splněn, pokračuje do dalších dní. Byly lékařem naordinovány anxiolytika.

S rodinou se dobře spolupracovalo, pokyny a doporučení akceptovali. S pacientkou po dobu návštěv mluvili, povzbuzovali ji.

3.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Porucha komunikace z důvodu zavedené tracheostomické kanyly a dlouhodobě podávaných léků tlumících vědomí

Ošetrovatelský cíl:

- do tří dnů – dosažení přiměřeného způsobu komunikace tak, aby se neprohlubovala úzkost pacientky

Plán ošetrovatelské péče:

- sledovat neverbální a vegetativní projevy pacientky
- aktivně navazovat komunikaci s pacientkou
- zhodnotit možnosti pacientky v komunikaci
- ve spolupráci s pacientkou určit pravidla komunikace

Realizace ošetrovatelské péče:

Stav pani B. neumožňoval užití písmenkové tabulky, ani komunikaci písemnou formou z důvodu nedostatečné svalové síly horních končetin a porušené jemné motoriky. Dorozumívali jsme se pomocí odezírání z úst pacientky, které ale bylo zpočátku obtížné, slova byla nesrozumitelná, nemocná mluvila rychle a nevýrazně. Vysvětlila jsem nemocné, že musí mluvit pomalu, stručněji a výrazněji. Nabádala jsem jí k trpělivosti při zdlouhavé komunikaci a ujišťovala o ochotě a snaze jí pochopit.

Protože u lůžka není k dispozici patientská signalizace, s pacientkou jsme se dohodli, že na přivolání bude sloužit čidlo k měření saturace hemoglobinu v krvi, které měla pacientka na prstě a které si v případě potřeby sundá z prstu a tím přivolá sestru. Pacientka souhlasila a tuto pomůcku používala, i když první a druhý den to bylo pro pacientku obtížné z důvodu nedostatečné svalové síly. Před opuštěním boxu pacientky (oběd, provoz na oddělení) jsem se zeptala zda něco nepotřebuje a oznámila jsem jí, na jak dlouhou dobu nebudu fyzicky u ní.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka spolupracovala a naše vzájemná komunikace se zlepšila. Stavby úzkosti a neklidu se ale nepovedlo snížit. Paní B. uvítala náhradu signalizačního zařízení, byla ráda, že si v případě potřeby může přivolat sestru. Diagnóza pokračuje do dalších dnů.

3.5. Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Porucha soběstačnosti z důvodu dlouhodobé imobilizace a sedace pacientky způsobené základním onemocněním

Ošetrovatelské cíle:

- do tří dnů – přiměřená spoluúčast pacientky na základní hygienické péči, polohování a rehabilitaci
- přiměřené uspokojení základních životních potřeb

Plán ošetrovatelské péče:

- dostatečně se věnovat pacientce, snažit se o její spolupráci v rámci jejích možností
- aktivně se ptát pacientky na její potřeby
- aktivizace nemocné, pasivní a aktivní rehabilitace
- ráno a večer provádět celkovou koupel na lůžku, pečovat o vlasy, nehty a kůži
- ložní prádlo udržovat čisté, napnuté, dle potřeby výměna
- pravidelně provádět péči o dutinu ústní, oči, nos
- zvýšená pozornost okolí PMK a konečníku

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacientky byla prováděná důkladná hygiena na lůžku, 1x za tři dny celková koupel ve vaně s mytím vlasů. Okolí PMK jsem otírala dezinfekčním roztokem pro sliznice Octenisept, okolí konečníku jsem ošetřila po každé stolici Menalind pastou. Ložní prádlo bylo měněno u toalety. Dutinu ústní jsem vytírala borax glycerínovými štětičkami á 3 hodiny, rty jsem ošetřovala jelením lujem. Při toaletě jsem nabádala nemocnou ke spolupráci, vedla jsem ji ruku při mytí obličeje a horní části těla. Ke spolupráci jsem

pacientku pobízela u polohování a rehabilitace. Při polohování jsem respektovala polohu, která nejvíce pacientce vyhovovala, pokud to bylo možné. Podle nálady, psychického a tělesného stavu pacientky se lišila i míra spolupráce, někdy spolupráci úplně odmítala. Aktivně jsem se vyptávala na její potřeby a podle možností je saturovala.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Míra spolupráce nemocné na hygienické péči, polohování a rehabilitaci se zvýšila, ale diagnóza pokračuje do dalších dnů z důvodu značných rezerv pacientky, které vyžadují čas a dlouhodobější mobilizaci. Základní potřeby nemocné byly průběžně saturovány.

3.6. Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Porucha spánku způsobená dlouhodobou sedací a úzkostným stavem pacientky projevující se nočním neklidem a nespavostí

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka bude v noci spát alespoň 4 hodiny nepřerušovaně

Ošetrovatelský plán:

- zabezpečit vhodné prostředí pro klidný spánek v rámci možností provozu oddělení
- dle ordinace lékaře podávat hypnotika
- dodržení noční pauzy ve weaningu

Realizace ošetrovatelské péče:

Pani B. byla v noci převáděná na podpůrnou ventilaci na ventilátoru, byl minimalizován hluk z provozu na oddělení, vypnuto rádio na pokoji a jako zdroj světla sloužila pouze stolní lampa. Před spaním byla provedena hygienická očista. Pacientka je neklidná, tachypnoická s dechovou frekvencí 35 dechů/minutu a tachykardická, srdeční akce 120-130 pulzů/minutu. Dle ordinace lékaře byla podána sedativa, Dormicum 2-3 mg i.v. frakcionovaně a bolusy sufenty i.v. po 2 ml.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka v noci spala pouze po podání sedativ, spánek byl přerušovaný, pouze do účinku podávaných léků. Po probuzení byla neklidná a úzkostlivá, se vzestupem srdeční a dechové frekvence. Ošetrovatelská diagnóza pokračuje do dalších dnů.

3.7. Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Změna příjmu potravy způsobená základním onemocněním s nutností zavedení enterální výživy

Ošetrovatelské cíle:

- do tří dnů – nedojde ke vzniku komplikací v souvislosti se zavedením NGS a NJS (otlaky na nosní sliznici, povytažení, zalomení sondy, ...)
- pacientka bude mít zabezpečen dostatečný energetický přísun živin

Ošetrovatelský plán:

- dodržovat způsob podání enterální výživy
- sledovat toleranci enterální výživy
- sledovat střevní peristaltiku
- sledovat pravidelnost, množství a charakter stolice
- kontrolovat funkčnost NGS a NJS
- průběžně kontrolovat množství a vzhled žaludečního obsahu

Realizace ošetrovatelské péče:

Enterální výživa byla zabezpečena pomocí NJS, kde se podával Novasourse Peptid kontinuálně bez noční pauzy dle tolerance. NGS byla určena k dekompresi zažívacího traktu, na spád. Set k enterální výživě se měnil jedenkrát denně. Každé ráno jsem zkontrolovala a ošetřila místo fixace NJS a NGS, kvůli prevenci otlaků na nosní sliznici jsem měnila místo fixace. Kontrolovala jsem průchodnost obou sond. Sledovala jsem žaludeční odpady, které byli první den 1500 ml/24 hodin, další den 2100 ml/24 hodin a třetí den mého sledování až 2800 ml/24 hodin, žluto-zelené barvy bez příměsí výživy.

Z důvodu zvyšování žaludečních odpadů jsem dle ordinace lékaře snižovala rychlost enterální výživy první den 80 ml/hodinu, druhý den 60 ml/hodinu a třetí den pouze 40 ml/hodinu. Dle ordinace lékaře jsem podávala léky na podporu motility zažívacího traktu. Sledovala jsem střevní peristaltiku, která byla obleněná až neslyšitelná. Stolice byla kašovitá, druhý a třetí den s frekvencí až pětkrát denně. Výsledky sledování jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře. Parenterální výživa nebyla zatím nasazena.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Ke vzniku otlaků nosní sliznice, zalomení ani ucpaní NGS a NJS nedošlo. Vzhledem k minimální toleranci enterální výživy, nebyl také zabezpečen dostatečný přísun živin. Ošetrovatelská diagnóza pokračuje do dalších dnů.

3.8. Ošetrovatelská diagnóza č. 8

Změna ve vyprazdňování moče a stolice způsobená základním onemocněním a celkově závažným stavem

Ošetrovatelské cíle:

- do tří dnů – u pacientky nebude porucha ve vyprazdňování stolice ve smyslu průjmu a zácpy
- PMK bude průchodný, moč čirá, bez známek infekce

Ošetrovatelský plán:

- sledovat diurézu a bilanci tekutin á 1 hodina
- kontrola průchodnosti PMK
- podávat diuretika dle ordinace lékaře
- aktivně se ptát pacientky na nutkání na stolici a nabízet podložní mísu
- podávat léky lékaře na úpravu střevní flóry dle ordinace
- sledovat peristaltiku a odchod plynů
- sledovat vzhled, množství a frekvenci stolice

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka měla zavedený PMK, pravidelně jsem kontrolovala jeho průchodnost, sledovala hodinovou diurézu a vzhled moči. Hodinovou diurézu nad 150 ml/hod jsem udržovala pomocí kontinuálně podávaného diuretika furosemidu dle ordinace lékaře. Věnovala jsem zvýšenou péči o okolí PMK. Ke sběru moči se používal uzavřený sběrný močový systém a k odběrům vzorků na vyšetření byl užíván odběrový port.

Pacientka je na dlouhodobé léčbě ATB, proto jsem dle ordinace lékaře podávala digestiva a probiotika na úpravu střevní flóry. Sledovala jsem střevní peristaltiku, která byla po dobu mého sledování obleněná až neslyšitelná. Stolice byla první den 2x denně, kašovitá, následující dny až pětkrát denně, řídká stolice. Proto se vysadily léky podporující vyprazdňování stolice – Lactulóza do NJS. Pacientce byla aktivně nabízena podložní mísa. Protože u lůžka není patientské signalizační zařízení, je nutná aktivní ošetrovatelská intervence.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky se druhý a třetí den objevil průjem. Při průjmu došlo i k pokálení pacientky, přes aktivní nabízení podložní mísy. Ošetrovatelská diagnóza pokračuje do dalších dnů.

PMK byl průchodný, moč byla čirá, bez patologických příměsí.

3.9. Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Riziko vzniku infekce z porušení kožní integrity v místě zavedení invazivních vstupů (tracheostomická kanyla, centrální žilní katétr, arteriální katétr)

Ošetrovatelský cíl:

- do tří dnů – vstupy invazivních katétrů nebudou jevit místní známky zánětu

Ošetrovatelský plán:

- denně kontrolovat a ošetřovat vstupy invazivních katétrů
- aseptický přístup k ošetřování

- sledovat místní a celkové známky zánětu

Realizace ošetrovatelské péče:

Každý den ráno jsem zkontrolovala vstupy invazivních katétrů, podle použitých materiálů ošetřila denně, u filmového krytí třetí den. Při převazech jsem postupovala asepticky a dodržovala zásady bariérové ošetrovatelské péče, převazy zaznamenávala do dokumentace. Informovala jsem lékaře o vzhledu invazivních vstupů, o dni zavedení, laboratorních výsledcích (CRP, leukocyty), TT.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

V průběhu tří dnů se neobjevili místní známky zánětu, invazivní vstupy nebyly měněny.

3.10. Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu dlouhodobé imobilizace a sedace pacientky

Ošetrovatelský cíl:

- do tří dnů – pacientka nebude jevit známky svědčící pro imobilizační syndrom – stuhnutí svalů, poruchy kožní integrity, tromboembolické komplikace, gravitační otoky, stagnace hlenu v dýchacích cestách, ...

Ošetrovatelský plán:

- ráno a večer důkladně provedená hygiena
- polohování á 2-3 hodiny, dbát na fyziologické postavení kloubů
- spolupráce s fyzioterapeutem, pasivní a aktivní rehabilitace
- spolupráce pacientky při polohování, hygieně a rehabilitaci
- kontrola hodinové diurézy a vzhledu moče
- kontrola vyprazdňování stolice
- péče o hygienu dýchacích cest

Realizace ošetrovatelské péče:

Každé ráno a večer byla u pacientky prováděna toaleta, péče o pokožku, oči, ústa a nos. K dispozici byly kosmetické přípravky pacientky. Ložní a osobní prádlo měněno 2x denně a při znečištění. U každé toalety byla prováděna vibrační masáž zad k usnadnění odkašlávání a zabránění stagnace sputa v dýchacích cestách. Odsávání sputa z dýchacích cest jsem prováděla minimálně á 3 hodiny, odsávalo se střední množství žlutavého sputa.

Z důvodu prevence tromboembolických komplikací měla pacientka přes den bandáže dolních končetin, které se na noc sundávaly. U pacientky nedošlo ke vzniku dekubitů, proto jsem pouze v rámci prevence pacientce aplikovala filmové krytí do křížové oblasti. Sledovala jsem změny zbarvení, vzhled a případné poškození kůže.

Pacientku jsem polohovala po 2-3 hodinách, při spontánní ventilaci jsem dávala pacientku do Fowlerovy polohy. Pacientka polohování na boky odmítala, proto byla důležitá komunikace s pacientkou a zdůvodnění polohování. Klouby jsem udržovala ve fyziologickém postavení, chodidla podepřena ve flexi. Fyzioterapeuté prováděli 2x denně rehabilitační cvičení, a to pasivní, aktivní a dechovou rehabilitaci. Zpočátku převládalo pasivní cvičení, postupně se zvyšovala i spolupráce pacientky s aktivními pohyby.

Sledovala jsem hodinovou diurézu a bilanci tekutin, zaznamenávala do dokumentace a změny hlásila lékaři. Z důvodu febrilií byla udržována pozitivní tekutinová bilance. Diurézu jsem udržovala nad 150 ml/hodinu pomocí kontinuálně podávaného diuretika. Kontinuálně jsem měřila CŽT, který se pohyboval mezi 8-13 mmHg na umělé plicní ventilaci s PEEP 6-7 cm H₂O.

V péči o vyprazdňování stolice jsem sledovala množství, frekvenci a vzhled stolice. Podávala jsem probiotika a digestiva na úpravu střevní flóry dle ordinace lékaře a zaznamenávala do dokumentace. Pacientka měla stolicí první den 2x kašovitou, další dny alespoň pětkrát denně, průjmovitou. Po každé stolici jsem prováděla důkladnou očistu okolí konečníku s ošetřením ochranným krémem.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pani B. se neobjevila porucha integrity kůže ve smyslu dekubitů, stuhlost svalů, tromboembolické komplikace. Otoky nepozoruji. U nemocné se druhý den vyskytnul průjem. Ošetrovatelská diagnóza pokračuje do dalších dnů.

4. Závěr a ošetrovatelská prognóza

Pani B. je ke 20. dni hospitalizace i nadále v závažném stavu, lékařská prognóza je nejistá.

V období, kdy byla pacientka převážně udržována medikamentózně v umělém spánku, byla ošetrovatelská péče založená na aktivních intervencích bez spolupráce pacientky.

Z hlediska ošetrovatelské prognózy je v následujícím období pro pacientku důležitá rehabilitace, a to jak dechová, tak tělesná, aktivizace pacientky a její spolupráce a zvládnutí psychického stavu, který je ohrožen dlouhodobou hospitalizací a zdlouhavou rekonvalescencí s možnými komplikacemi.

Spoluúčast pacientky na léčbě a její spolupráce může urychlit období rekonvalescence, proto je nutné pacientku motivovat a vést k aktivitě, správně zhodnotit a využít její schopnosti a možnosti závislé nejenom na zdravotním, ale i na psychickém stavu. Nepoškozovat pacientku poskytováním nadstandardní péče bez její spoluúčasti. Je důležité mít na paměti, že i nadstandardní ošetrovatelská péče nemusí být nadstandardní, zejména nevyužití schopností a možností pacienta s tím, že my to uděláme lépe, rychleji a kvalitněji než pacient.

Role rodiny je po celou dobu nemoci důležitá, a to zejména v psychické podpoře a motivaci pacientky. Proto je potřebná její edukace v průběhu celé hospitalizace a následně i v období rekonvalescence, protože změna životního stylu a omezení, která s sebou toto onemocnění přináší se dotýkají celé rodiny. Při poskytování informací o zdravotním stavu pacientky by měla rodina dostávat informace o tom, co pro ni může udělat a jak se chovat, tedy zapojit ji do léčby.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

1. KLENER, P. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-101-7.
2. ŠEVČÍK, P.; ČERNÝ, V.; VÍTOVEC, J. aj. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-042-8.
3. SILBERNAGL, S.; LANG, F. *Atlas patofyziologie člověka*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-968-3.
4. ADAMS, B. ; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
5. ZAZULA, R. *Ročenka intenzivní medicíny 2003*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-227 -7.
6. TRACHTOVÁ, V.; FOJTOVÁ, G.; MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*. 3.vyd. Frýdek –Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2005.
8. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4*. Brno: IDV PZ,1999. ISBN 80-7013-283-3.
9. KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. *Onemocnění slinivky břišní. Dieta a rady lékaře*. Čestlice: Pavla Momčilová,1996. ISBN 80-85936-11-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ATB: antibiotika
- ARDS: akutní respirační distres syndrom
- ARK: anesteziologicko-resuscitační klinika
- ARO: anesteziologicko-resuscitační oddělení
- CPAP: kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách
- CRP: C-reaktivní protein
- CRRT: kontinuální renální eliminační techniky
- CT: výpočetní tomografie
- CŽK: centrální žilní katétr
- CŽT: centrální žilní tlak
- FiO₂: inspirační frakce kyslíku
- IAP: nitrobřišní tlak
- MAP: střední arteriální tlak
- MODS: syndrom multiorgánového selhání
- NÚ: nežádoucí účinky
- pa O₂ : parciální tlak kyslíku
- pa CO₂: parciální tlak oxidu uhličitého
- PC: tlaková kontrola
- PEEP: pozitivní přetlak v dýchacích cestách na konci výdechu
- PMK: permanentní močový katétr
- PS: tlaková podpora
- RTG: rentgenové vyšetření
- SIMV: synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace
- TK: krevní tlak
- TSK: tracheostomická kanyla
- TT: tělesná teplota
- UPV: umělá plicní ventilace
- USG: ultrasonografie

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách

Příloha č. 2 Riziko vzniku dekubitů – Stupnice dle Nortonové

Příloha č. 3 Glasgow coma scale

Příloha č. 4 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 5 Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 6 Ošetřovatelský plán

PŘÍLOHA Č. 1

HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU KOMPLIKACÍ V DÝCHACÍCH CESTÁCH
20. 1. 2006

<i>KRITÉRIA</i>	<i>Počet bodů 0 - 3</i>
<i>Ochota spolupracovat</i>	2
<i>Současné plicní onemocnění</i>	3
<i>Prodělané plicní onemocnění</i>	0
<i>Oslabení imunity</i>	2
<i>Orotracheální manipulace</i>	3
<i>Kuřák/Pasivní kuřák</i>	0
<i>Bolest</i>	0
<i>Poruchy polykání</i>	3
<i>Pohybové onemocnění</i>	3
<i>Povolání ohrožující plíce</i>	0
<i>Umělé dýchání</i>	3
<i>Stav vědomí</i>	0
<i>Hloubka dechu</i>	2
<i>Léky tlumící dýchání</i>	2
<i>Dechová frekvence</i>	1
CELKOVÝ POČET BODŮ	24

Nemocná získala 24 bodů, je vysoce ohrožena vznikem komplikací v dýchacích cestách.

0 - 6 bodů žádné ohrožení

7 - 15 bodů ohrožen

15 - 45 bodů vysoce ohrožen

PŘÍLOHA Č. 2

RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ - STUPNICE PODLE NORTONOVÉ – 20. 1. 2006

	Spolu- práce	Věk	Stav pokožky	Zvláštní rizika a další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Hybnost	Inkontinence
4	úplná	18-40 let	zdravá, normální	žádná	dobrý	orientovaný	chodící, samostatný	úplná	kontinentní
3	částečná	41-55 let	suchá, senilní	sepsy, horečka, snížený příjem potravin a tekutin	zhoršený	neklid, zmatenost	chodící s pomocí	lehce omezená	občasná inkontinence moče a stolice
2	občasná	56-65 let	vlhká	tlumení bolesti léky, srdeční selhání, otoky, DM, anémie	špatný	spavost, apatie	sedící na lůžku i mimo něj, pohyb na lůžku	velmi omezená	katetrizace močového měchýře, občasná inkontinence stolice
1	žádná	nad 65 let	nepřirozená barva kůže (otoky, aler- gie, porušená kůže)	roztroušená skleróza, cévní onemocnění, plegie, kachexie, obezita	velmi špatný	bezvědomí	částečný pohyb na lůžku, ležící-nutná dopomoc při změně polohy	imobilní	katetrizace močového měchýře a trvalá inkontinence stolice (průjem)

21 bodů a méně – riziko vzniku dekubitů

Nemocná získala 19 bodů, je ohrožena vznikem dekubitů.

PŘÍLOHA Č. 3

GLASGOW COMA SCALE

OTEVÍRÁNÍ OČÍ

počet bodů

spontánní	4
na zvuk, slovní výzvu	3
na bolestivý podnět	2
neotvírá	1

SLOVNÍ REAKCE

orientován	5
zmatený slovní projev	4
jednotlivá nesouvislá slova	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná reakce	1

MOTORICKÁ REAKCE

vyhoví výzvě	6
lokalizuje bolest, cílená obranná reakce	5
účelová reakce na bolest odtažením	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
žádná reakce	1

Nemocná získala 15 bodů.

PŘÍLOHA Č. 4

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ 20. 1. 2006

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	<i>Samostatně bez pomoci</i>	10
	<i>S pomocí</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Oblékání	<i>Samostatně bez pomoci</i>	10
	<i>S pomocí</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Koupání	<i>Samostatně nebo z pomoci</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Osobní hygiena	<i>Samostatně nebo s pomocí</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Kontinence moči	<i>Plně kontinentní</i>	10
	<i>Občas inkontinentní</i>	5
	<i>Trvale inkontinentní</i>	0
Kontinence stolice	<i>Plně kontinentní</i>	10
	<i>Občas inkontinentní</i>	5
	<i>Trvale inkontinentní</i>	0
Použití WC	<i>Samostatně bez pomoci</i>	10
	<i>S pomocí</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Přesun lůžko židle	<i>Samostatně bez pomoci</i>	15
	<i>S malou pomocí</i>	10
	<i>Vydrží sedět</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Chůze po rovině	<i>Samostatná nad 50 m</i>	15
	<i>S pomocí 50 m</i>	10
	<i>Na vozíku 50 m</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0
Chůze po schodech	<i>Samostatně bez pomoci</i>	10
	<i>S pomocí</i>	5
	<i>Neprovede</i>	0

Pacientka získala 5 bodů – je vysoce závislá

Hodnocení:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Vstupní ošetrovatelský záznam (materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

K 18. DNI HOSPITALIZACE

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) M. B.

Oslovení PANI B. Pojišťovna AA

Rodné číslo (nevypíňuj) Povolání DŮCHODKYNĚ

Věk 57 let Vzdělání VYUCENA

Vyznání KATOLICKĚ Národnost ČESKÁ

Adresa LIBOŘICE Telefon -

Osoba, kterou lze kontaktovat MANŽEL, DCERA

Datum přijetí: 3. 1. 2006

Hlavní důvod přijetí: AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ PANCREATITIDA

Lékařská diagnóza:

- AKUTNÍ ZÁNĚT SLINIVKY BŘIŠNÍ
- AKUTNÍ RENÁLNÍ SELHÁNÍ PŘECHODNĚ VÝŽIVNÍ
- RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE S NUTNOSTÍ UPV
- ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE

Jak je nemocný informován o své diagnóze? UMĚLE NAVAZENĚ BEZVĚDOMÍ - TLUHEŇA SUFENTOU 20. 16. 1.

Osobní anamnéza: ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE

1. M. ROCE 1994 CHOLECYSTOKTOMIE, 1. M. ROCE 1996 HYSTEREKTOMIE

NEKURÁTK., ALKOHOL 0

Rodinná anamnéza: OTEC V 70 LETECH NA IM.

Vyšetření CT VYS. 3. 7. 17. 1. 2006, VŠG ŽEICA, RTG S+P,

DEŇNĚ: BIOCHEMIE, KOAGULACE, KREVNÍ OBRAZ, 1

MIKROBIOLOG. VYŠETŘENĚ MOČE, SPVTA

Terapie UPV - SIMV / OPAP 275 VIZ. BAKTARSKÁ PRÁCE

INHALAČNÍ TERAPIE

KONTINUÁLNÍ TER.

INFUSNÍ TERAPIE

ENTERÁLNÍ TERAPIE

Nemocný má u sebe tyto léky

Q

Je poučen,	že je nemá brát	ano	ne
	jak je má brát	ano	ne

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

nikotinizmus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	
drogy		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které.....
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které.....
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, na co.....

dekubity (změř) 19 BODŮ DLE STUPNICE PODLE NORTONOVÉ
pneumonie (změř) 16 BODŮ - MĚŘENÍ RIZIKA VĚNIKU KOMPLIKACÍ V DÝCH. CESTÁCH

Důležité informace o stavu nemocného: NEMOCNÁ JE NA PRVENÉ NA ÚVU, TLUMENA NÍZKOU DÁVKOU SUFEN.
19. DEN HOSPIITÁLI K PACE - SPOLUPRACUJE V RÁMCI SVÝCH MOŽNOSTÍ - PORUCHA KOMUNIKACE, ŽÁDÁ

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? „ANO“
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc ? „JÍDL“
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života ? Pokud ano, jak ? „ANO, LEŽÍM“
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane ? „NEVÍM“
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici ? „FĚKĚ“
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici ? „NEVÍM“
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ? „NE“
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu ? „ANO“
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici ?

upřesněte „NEHÝBU SE, NEMŮŽU MLUVIT“

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

V TESTU ZÁKLADNÍCH VĚDNÍCH ČINNOSTÍ - 5 BODŮ (VYSOCE ZÁVISLÁ)

Komunikace:

- stav vědomí	<u>při vědomí</u>	somnolence	koma
- kontakt navázán	rychle	<u>s obtížemi</u>	nenavázán
- komunikace	bez problémů	<u>bariéry</u>	nekomunikuje
- spolupráce	<u>snaha spolupracovat</u>	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
 ano ne
 pokud ano, upřesněte... *BOLESTI BŘICHA*
 jak dlouho ? *ASI 7 HODIN*
- Na čem je vaše bolest závislá ?.....
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ?... *SEDELA V PŘEDLOUVU, NAKLÍVALA SI ZADÁ*
- Kde pociťujete bolest?.....
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?... *INJEKCE*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *LŮŽKO POLOHOVATELNĚ, S ANTI DEKUBITÁRNÍ MATRACÍ, ↑ TT*
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *BOLESTI NEBUDE*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte... *ŽÁDNÉ DÝCHÁNÍ. DD. BOLESTI. NEMOHLA DÝCHAT*
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
 Jak jste je zvládal ? *DÝCHALA ZYCHLE + MĚLCE*
- Máte nyní potíže s dýcháním ?
 ano ne
 pokud ano, co by vám pomohlo ?... *NEVÍM*
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
 ano ne nevím
 pokud ano, zvládnete to ?... *NEVÍM*
- Kouříte ?
 ano ne ne
 pokud ano, kolik ?.....

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

*PACIENTKA NAJDENA NA VPU PŘES TSK, SIMU PS 14, ŘÍZENĚ DECHY 6/MIN, SPONTÁNNÍ DECHY 10/MIN.
OKOLÍ TSK MÍRNĚ ZAPUDLĚ, NP DEN ZAVEDENÍ. DÝCHÁNÍ OBOUSTRANNĚ ZDĚŘENĚ SKLÍPKOVĚ,
ODSÁVÁ SE MALÉ MNOŽSTVÍ ŽLUTAVĚHO VAKLÉHO SPUTA PŘIBLIŽNĚ V INTERVALECH 9 2 HODINY*

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
odpoledne
večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

PACIENTKA Z DŮVODU DLOUHODOBÉHO PŘIPOUTÁNÍ NA LŮŽKO, TLUMENÍ LÉKY A ZÁVAŽNÉHO STAVU
ZCELA NESOBĚSTAČNÁ A TĚDY ZÁVISLÁ NA SVĚM OKOLÍ. PACIENTKA JE OPOCENÁ,
NEHTY UPRÁHNĚNÝ A ČISTĚ. LŮŽKO 2x DENNĚ PŘEVLEČENO. 2x DENNĚ PŘEVLEČENA KOUPEL V ÚČE

4. Kůže

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

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

PANI B. MÁ JIZVY ZO SUBKOSTÁLNÍM ŘEZU A DOLNÍ STŘEVNÍ APPAROTOMII, JSOU KLIDNĚ.
NA HK MÁ STARŠÍ HEMATOMY ZO VPÍSTCH. NA LHK MÁ 7. DEN ZAVEDEN V P. RADIALIS
ARTERIÁLNÍ KATĚTR. V OKOLÍ KATĚTRU MÍRNÝ HEMATOM. ČEK ZAVEDEN VE V. SUBCLAVIA
VPRAVO, 7. DEN. MÁ ZAVEDENOU TAKÉ TSK, OKOLÍ MÍRNĚ ZARUDLĚ.
JINÉ PORUCHY INTEGRITY KŮŽE NEPOZORUJ

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? MŮŽE - horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne NEJÍ
pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou
vyšší (o kolik NEJÍ.....
nižší (o kolik?).....

- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul NEJÍ..... přibral.....

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? PAC. NEPŘÍJÍMÁ ano ne
- Co obvykle jíte? COKOLIV NIC P.O.
- Je něco, co nejíte? ano ne
pokud ano, co a proč? TLUSTĚ MASO... A... ZELENINU - ŽLUČNÍK
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte... ŽLUČNÍKOVÁ DIETA.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte... NE.....
Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?
ano ne
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? ANO

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

NEMOCNÁ NEPŘÍJÍMÁ NIC P.O. MÁ ZAVEDENOU NSG A NBS.
DO NBS JE KONTINUÁLNĚ PODBÍVÁN OLIGOMERNI DIETET. PĚTAPRAVE NOVASOURCE PETTD, R: PDA
BEZ NOČNÍ PAUZY. NSG JE NA SPĚD. ODPADY Z NBS JSOU DOVUMS) P. ADD. ŽALUDEČNÍ OB
JE ZELENÝ ŽLUTĚ BARVY BEZ PŘÍMĚSI ENTERÁLNÍ SONDY.
TAB. 71: PAC. OBĚŽNÍ, VÁHA VELKÉ ŽIBIT Z DŮVODU VPOUTÁNÍ NA LŮŽKO ČARUP JE
SANOVANÝ, JAKŽK MÍRNĚ DOVLEKLA.

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl? *PAC. NEPŘÍJÍMÁ TEKUTINY P. O.*
 zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje
SMLEKÁ
- Co nepijete rád? *ALKOHOL*.....
- Kolik tekutin denně vypijete? *MFLD*.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

PAC. DOSTATEČNĚ HYDRATOVÁNA. KVŮLI ONEMOCNĚNÍ JENUTNĚ ZVÝŠENÝ PŘÍJEM TEKUTIN A POSITIVNÍ VODNÍ BILANCE. HYDRATACE ZABEZPEČENA PŘENĚM. CESTOU INTENZIVNÍMI ROZTOKY, DIUREKÁ VDDĚOVÁNA DIURETIKÁ. IONTOGRAM SLEDOVÁN 5 P. HODIN, HNAČINA K VDDĚOVÁNA PODÁVÁNÍM 2 LP 7, 11). 20 CĚR. KOŽNÍ TURGOR PAC. JE DOBRÝ, SLIZNICE BEZ ZNÁMEK DEHYDRATACE. DL BEZ OTOKŮ, GRAVIT. OTOKY NEPOZORU

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x DENNĚ*
- Máte obvykle normální stolicí
~~zácpu~~ při změně prostředí
 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? *PODLŮŽNÍ MIŠA, MOŽNĚ*.....

Objektivní hodnocení sestry:

PAC. JE INKONTINENTNÍ, STOLICE V 10. DEN HOSPITALIZACE 2x DENNĚ KASOVITÁ. PODÁVÁNY LÉKY NA PODPORU STŘEVNÍ MIKROFLÓRY A PROKINETIKA KE ZVÝŠENÍ MOTILITY GIT. PERISTALTIKA OBLETUJIVÁ, PLYNY ODCHÁZĚJÍ.

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
 pokud ano, upřesněte *ÚNIK MOCI PŘI KÁŠLI, SMÍCHU*
 Jak jste je zvládal? *HYG. KLOŽKY, LÉČBA SE U GYNEKOLOGA*
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
PAC. MĚ PMK
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne
 pokud ano, myslíte, že to zvládnete? *NEVÍM*

Objektivní hodnocení sestry:

PAC. MĚ ZAVEDENÝ PMK, VELIKOST APF, 4. DEN. MOC JE ČIRÁ, DIUREKÁ VDDĚOVÁNA NA 10-200ml/MOD DIURETIKY. DEBRÁN VĚZEK NA MIKROBIOLOG. VYŠETŘENÍ.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne *PAC. JE IMOBILN.*
 pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano **ne**
 pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
 ano ne **nevím**
 pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

*PAC. JE IMOBILNÍ, VDOVĚNA NA LŮŽKO. V NP. DEN HOSPITALIZACE PASIVNÍ ŽAB
 S MALOU AKTIVNÍ ÚČASTÍ PACIENTKY.*

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? **ano** ne
 pokud ano, upřesněte *DĚLEKOZRAKĚ A KRÁTLOZRAKĚ (ASI 3 DIOPTRIE)*
- Nosíte brýle ? **ano** 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:

PACIENTKA SLYŠÍ DOBRĚ, BRÝLE MÁ K DISPOZICI, ALE ODMÍTÁ JE.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *OD LISTOPADU 2007 NECHODÍ DO PRÁCE*
- 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 *PACIENTKA JE LEŽEČKA*
- Co děláte rád ve volném čase ? *POSLOUCHÁ RÁDIO A LUSTÍ ZŘETĚVKY; UŘCITĚ PŘEBÍHÁ*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
NE.
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *NE.; SNAD RÁDIO*

Objektivní hodnocení sestry:

*PACIENTKA JE VDOVĚNA NA LŮŽKO. TELEVIZI ODMÍTÁ, MÁ NA POLODI RÁDIO, KTERÉ
 POSLOUCHÁ.*

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *ASJ 7-8 HODIN*
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? *7-8 HODIN*
- 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?.....
- Berete doma léky na spání? ano ne
pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *NEKDY - 1 HODINU*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

PAC. JE V MÍRNĚ ANALGOWEDPACI SUFENTANILEM, POSTÁVA I V PRŮBĚHU DNE. RYCHLE SE UMÁ, VYBERPÁVA SI I RANMI (UNAVIA) HYGIENA, RHB. HODNĚ ENERGIIE, MUST VYNAKOZIT NA NÁCVAK SPONTÁNNÍHO DĚCHÁNÍ. V NOCI JE NEKLIDNÁ, NEKŮŽE SPÁT, VYŽÁDUJE PRÁŠEK NA SPÁNÍ. DLE GLASGOW COMA SCALE - 15 b, PAC. JE PLNĚ PŘI VĚDOMÍ

13. Sexualita

(otázky závisejí 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 změni po odchodu z nemocnice váš intimní život?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

otázky nebyly položeny, VZHLÉDEM K STAVU PACIENTKY

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

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

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? S MANŽELEM
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽEL A DĚTI
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? MANŽEL A DĚTI
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? VELKÝ
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? MANŽEL A DĚTI
- Je na vás někdo závislý? RODINA
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? NEVÍM
- Kdo se o vás může postarat? RODINA

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

MA BYDLÍ S MANŽELEM V MALÉM ROD. DOMKU NA VESNÍCI. SE SOUSEDY
MÁJÍ DOBRÉ VZTAHY, ŽEŘÍ TÍM TAKÉ ČHÁLU PÁŘÍ.

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

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

V 18. DEN HOSPITALIZACE JE PAIB. NAROJENA NA UPV PŘES TSK, REŽIM SIMU S MINIMÁLNÍ TLAKOVOU PODPOROU, DECAOVÁ FRELVENCE DO 20'/MIN (SPONTÁNNÍ + ŘÍZENÉ). SPUTUM JE ŽLUTÉ A VAKÉ. PACIENTKA BOLESTI NEBOJE. PO DLOUHODOBĚ IMOBILIZACI A TLUMENÍ LÉKY MÁ NEDOSTATEK SVALOVÉ SÍLY, JE LEXIČÍ A NESOBĚSTAČNÁ, Tedy KÁVISNÁ NA SVĚM OKOLÍ. NEPŘÍJÍMÁ NIE PER OS, MÁ KATEDOVU NGS A NJS POMOCÍ KTERÝCH JE ZABEZPEČOVÁNA VÝŽIVA - ENTERÁLNÍ, KONTINUÁLNĚ POND/Č BEZ NOČNÍ PAUZY. NGS JE NA SPÁD, ODPAKY KA 12 HOD SPOND. HABITUS PACIENTKY JE OBĚRNÍ, BMI NELŽE VYPOČÍTAT Z DŮVODU PŘIPOUTÁNÍ NA LŮŽKO - PŘESNÁ VÁHA PACIENTKY. POKORKA NEMOCNĚ JE SUCHÁ AŽ NORMÁLNÍ, PORUŠENÍ INTEGRITY KŮŽE NEPOKOR. VYJMA ZAVEDENÝCH INVAZIVNÍCH VSTUPŮ (OČK, ART. K., TSK). NA HK JSOU STARŠÍ HEMATOMY PO VPISČH.

PACIENTKA JE LEXIČÍ, PO 18-TI DENNÍ HOSPITALIZACI PSYCHICKÝ STAV NARUŠEN, JE ÚKLOSTIVÁ, NĚKDY APATICKÁ, ODMITÁ NĚKTERÉ LÉČEBNĚ INTERVENČE. PRIPÁVÁ I V PRŮBĚHU DNE, V NOCI NEMŮŽE SPÁT, VYŽADUJE TRÁSEK NA SPÁ. JE NEKLIDNÁ, TACHYKARDICKÁ, TACHYPRVOICKÁ.

PACIENTKA MÁ ZAVEDENOU TSK, PRŮTO JE NARUŠENÁ KOMUNIKACĚ S OKOLÍM. DODRŽUMÍVÁME SE ODEKĀRÁNÍM ZE RTŮ PACIENTKY, NEVERBÁLNĚ A SLEDOVÁNÍM VEGETATÍVNÍCH PROJEVŮ.

POKĀŘÁKKA: INFORMACE JSEM ZÍSKAVÁLA OD PACIENTKY A OD JEJÍ RODINY (MANŽEL, DEČĀ)

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestry
NEŠCHOPNOST ADEKVÁTNÍ SPONTÁNNÍ VENTILACE ILIC ZPŮSOBENĚ ZÁVISLOSTI NA ÚPLNĚ	1) DO 22.1. SE BUDE PAC. AKTIVNĚ ZAPROJEVUJAT DO PROCESU ODYKÁNÍ OD ÚPLNĚ 2) PAC. BUDE 5 MODIN PLYNULE NA SPONTÁNNÍ VENTILACE BEK ZNÁHEK ZPORŮŠENÍ SPIRCH KENOT 3) ZABRÁNĚNÍ VZNIKU ATELEKTÁK A PNEUMONIE 4) SNÍŽIT VISKOSITU SPUTA	1. EDUOVAT PAC. O DECHOVÉ RYTMUS A SPRÁVNĚM DÝCHÁNÍ 2. SPOLUPRÁCE PAC. S FYZIOTERAPEUTEM PŘI DECH. RYTMUS A UŽÍVÁNÍ ODKAŠŤOVÁNÍ 3. PÉČE O HYG. DÝCHAČÍCH ČEST 4. ZVÝŠENÍ PLICNÍ KAPACITY VÝRODNOU POLOHOU PŘI SPONTÁNNÍ VENTILACI 5. PROVÁDĚT ROKETĚT PLIC PŘI SPONTÁNNÍ VENTILACI DLE ORD. 6. ČASNĚ ODMĚNĚT ÚNAY DECH. SVALŮ A CELKOVĚHO VYČERPÁNÍ 7. PODÁVAT MUCOLYTICKA DLE ORDINACE 8. PRAVIDELNĚ KONTROLOVAT SPIROMETRIČKÉ HODNOTY	PAC. SPOLUPRACOVANÁ, DO 1. BYLA PACIENTA AŽ NA MOD. PŘERUŠOVANĚ NA SPONTÁNNÍ VENTILACI. VISCOSITA SPUTA SE NEZLEPŠILA, DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ, VZNIK ATELEKTÁK NEPOJOMEN, NEBYL PROVEDEN RIG SNÍTEK PLIC.	22.1. Jurekova
ZMĚNY TĚLESNÉ TEPLOTY PROJEVUJÍCÍ SE HOREČKOU Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ	1) KRÁTKODOBĚ VEČER BUDE MIT TÍPND 37°C 2) DLOUHODOBĚ DODRŽOVAT KŘÍSPŮBŮ BARIÉROVĚ OŠ PÉČE	1. MĚRIT TT V PRAVIDELNÝCH INTERVALECH A ZAPISOVAT 2) PŘI VYŠTUPU TT NAJ. 38°C ODEBRAT HEMOKULTURU 3) PROVÁDĚT ODBĚRY NA KULTIVACI A CITLIVOST 4) VYUŽÍVAT METOD FYZIKÁLNÍHO CHLAZENÍ 5) PODÁVAT ANTIPIRETIKA DLE ORDINACE	SNÍŽIT TT PŘI 37°C DO VEČERA SE MI NEPODARĚLO, NAOPAK VEČER VYSTOUPALA NAJ. 39°C, DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ	20.1. Jurekova
ZTRÁTA JISTOTY A BEZPEČÍ PROJEVUJÍCÍ SE ÚZKOSTÍ A FAPATÍ Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ A CELKOVĚ ZÁVÁŽNĚHO STAVU	DO 22.1. PAC. NEBUDE JEVIŠ ZNÁMKY ÚZKOSTI 2) DOSTATEK INFORMACÍ O SVĚM STAVU A PŘÍSTUPU LÉČBY 3) ZVÝŠENÍ PSYCHICKÉ POKOBY PACIENTKY	1. INFORMOVAT LÉKAŘE O PSYCHICKÉM STAVU PACIENTKY 2) PACIENTKY S KADEJÝM VÝKONEM OBEZBĚHIT A POPSAT 3) PŘED PŘÍSTUPENÍM K PAC. VYUŽÍVAT INIC. DOTEK 4) MOTIVOVAT PAC. KE SPOLUPRÁCI NA LÉČBE 5) SLEDOVAT NEVERBÁLNÍ A VEGETATIVNÍ PROJEVY PACIENTKY	PAC. ZYLA I NAJ. ÚZKOSTI, CÍL NEBYL SPLNĚN LÉKAŘEM BYLI ORDINOVÁNY ANXIOLYTICKA.	22.1. Jurekova
PORUCHA KOMUNIKACE Z DŮVODU ZÁVĚŠENÍ TSK A DLOUHODOBĚ PODÁVANÝCH LÉKŮ TLUMÍCÍCH VĚDOMÍ	DO 22.1. DOSAŽENÍ PŘIMĚRENĚHO ÚPŮSOBU KOMUNIKACE TAK ABY SE NEPROHLUBOVANÁ ÚZKOST PACIENTKY	1. SLEDOVAT NEVERBÁLNÍ A VEGETATIVNÍ PROJEVY PAC. AKTIVNĚ NAVRHOVAT KOMUNIKACI S PACIENTKOU 2) ZHODNOTIT MOŽNOSTI PAC. V KOMUNIKACI 3) KE SPOLUPRÁCI S PAC. UČIT PRAVIDLA KOMUNIKACE	PAC. SPOLUPRACOVANÁ A KOMUNIKACE BYLA SPOKOJIVĚJŠÍ	22.1. Jurekova
PORUCHA SOBĚSTAČNOSTI Z DŮVODU DLOUHOBĚ IMOBILIZACE A SEDACE PACIENTKY ZPŮSOBENĚ ZÁKLADNÍM ONEMOCNĚNÍ	DO 22.1. SPOLUČASŤ PACIENTKY NA ZÁKLADNÍ HYG. PÉČI, POLOHOVÁNÍ A RYTMUS PŘIMĚRENĚ USTROJENÍ ZÁKLADNÍCH KROKŮ	1) DOSTATEČNĚ SE VĚNOVAT PACIENTCE A SNAŽIT SE O JEJÍ SPOLUPRÁCI 2) NE VĚŠE SE PŮT PACIENTKY NA JEJÍ POTŘEBY 3) KREATIVNĚ NEHOCNĚ, PASIVNÍ A AKTIVNÍ RYTMUS 4) PŮDĚVAT SE PŮT KONTAKT NA LŮŽKU	MIRA SPOLUPRÁCE PAC. SE ZVÝŠILA, DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ Z DŮVODU ZÁVĚŠENÍ REZERV PACIENTKY ŽÁLNÍ POTŘEBY BYLY SATUROVÁNY	22.1. Jurekova
PORUCHA SPÁNKU ZPŮSOBENĚ DLOUHODOBOU SEDACÍ A ÚZKOSTIVÝM STAVEM PAC. PROJEVUJÍCÍ SE NOČNÍM NEKLIDEM A NESPAVOSTÍ	(DO VEČERA) PACIENTKA BUDE V NOCI SPÁT ALESPON 4 MODINY NEPŘERUŠOVANĚ	1. ZAB. - PÉČIT VÍRODNĚ PROSTĚDÍ PRO KLIDNÝ SPÁNEK 2) DLE ORDINACE PODÁVAT HYPNOTIKA 3) DODRŽEVAT NOČNÍ RYTMUS VE VEANINGU	PAC. V NOCI SPALA POUZE 70 PODÁNÍ SEDATIV, SPÁNEK BYL PŘERUŠOVANÝ. DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ, CÍL NEBYL SPLNĚN	20.1. Jurekova
PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY ZPŮSOBENĚ ZÁKLADNÍM ONEMOCNĚNÍ S NUTNOSTÍ ZÁVĚŠENÍ ENTERÁLNÍ VÝŽIVY	DO 22.1. - NEBOUDE LE VZNIKU KOMPLIKACÍ V ZÁVISLOSTI KE ZÁVĚŠENÍ NGŠ A NGS - PAC. BUDE MIT ZABEZPEČENÝ DOSTATEČNÝ PŘÍJEM	1) DODRŽOVAT PŮT PODÁNÍ ENTERÁLNÍ VÝŽIVY 2) SLEDOVAT TOLERANCI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY 3) SLEDOVAT STŘEVNÍ PERISTALTIKU 4) SLEDOVAT PRAVIDELNOST, MNOŽSTVÍ A CH. POKTER STUPE	KE KOMPLIKACÍM NEDOSLO. DOSTATEČNÝ PŘÍJEM ŽIVIN NEBYL ZABEZPEČEN, DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ.	22.1. Jurekova
ZMĚNA VE VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE ZPŮSOBENĚ ZÁKLADNÍM ONEMOCNĚNÍ A ZÁVĚŠENÍM TSK	DO 22.1. - U PAC. NEBUDE PORUCHA VE VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE 7) - PAC. BUDE PŘECHODNÝ, MOČ. ŽIRÁ, BEK ZNÁHEK NÁRÁST	1. SLEDOVAT MŮŽĚBU A BLANU TERUTIN A IADINA 2) KONTROLOVAT PŮCHODNOST PAK 3) PODÁVAT DIURETIKA DLE ORDINACE 4) AKTIVNĚ SE PŮT PAC. NA NUTKÁNÍ NASTOUPIT 5) DÁVAT LÉKY NA ÚPRAVU STŘEVNÍ FLORY DLE ORDINACE	MOČENÍ A TŘETÍ DEN - PŮJEM. DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ. PAK BYL PŮCHODNÝ, MOČ. BYLA ŽIRÁ, BEK PATOLOG. PŘÍMĚSÍ.	22.1. Jurekova
RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z PORUŠENÍ INTEGRITY V MÍSTĚ INVAZIVNÍCH VSTUPŮ (CZK, ART. K, TSK)	DO 22.1. VSTUPY INVAZ. KATĚTRŮ NEBUDOU JEVIŠ ZNÁMKY ZÁNĚTU	1) DENNE KONTROLOVAT A OŠĚROVAT VSTUPY INVAZ. KATĚTRŮ 2) ASEPTICKÝ PŘÍSTUP K OŠĚROVÁNÍ 3) SLEDOVAT HÍSTVI A CELKOVĚ ZNÁMKY ZÁNĚTU	ZNÁMKY ZÁNĚTU SE NEOBJEVILI, INVAZ. VSTUPY MĚNĚNY NEBYLY.	22.1. Jurekova
RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SY Z DŮVODU DLOUHOBĚ IMOBILIZACE A SEDACE PACIENTKY	DO 22.1. - NEBUDE JEVIŠ ZNÁMKY ZÁNĚTU PRO IMOBILIZ. SY. - STUHNUTÍ SVALŮ, PORUCHY KOŽNÍ INTEGRITY, PROMISEMBOLICKÉ KOMUNIKACE, GRAVIT. OTOKY	1) RÁNO A VEČER DŮKLADNĚ PROVEDENÁ HYGIENA 2) POLOHOVÁNÍ A 2-3 MOD, ŽBĚT NA FYZ. PODSTAVENÍ KLOUBŮ 3) SPOLUPRÁCE S FYZIOTERAPEUTEM, PASIVNÍ A AKTIVNÍ RYTMUS 4) SPOLUPRÁCE PAC. PŘI POLOHOVÁNÍ, HYG., RYTMUS 5) KONTROLA MODINOVĚ ŽI RYTMUS A VZÁLEDOU MOČE 6) KONTROLA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE	U PANI B. SE NEOBJEVILA PORUCHA INTEGRITY KŮŽE, STUHNUTÍ SVALŮ I TEN. OTOKY NEPOZORUJI. 22.1. SE OBJEVIL PŮJEM. DĚJ POKRAČUJE DO DALŠÍCH DNŮ	22.1. Jurekova