

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

Závěrečná bakalářská práce

**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s oboustrannou
abscedující pneumonií**

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, MBA
Květen 2006

Bohumila Hirjáková
Bakalářské studium ošetrovatelství

Obsah

| | |
|---|-----------|
| 1. Úvod..... | 3 |
| 2. Klinická část..... | 4 |
| 2.1 Charakteristika onemocnění..... | 4 |
| 2.2 Základní identifikační údaje..... | 13 |
| 2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy..... | 13 |
| 2.4 Přehled provedených diagnosticky významných úkonu..... | 14 |
| 2.5 Přehled terapie..... | 17 |
| 2.6 Stručný průběh hospitalizace..... | 25 |
| 3. Ošetrovatelská část..... | 26 |
| 3.1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu..... | 26 |
| 3.2 Ošetrovatelské diagnózy..... | 30 |
| 3.3 Plán ošetrovatelské péče..... | 31 |
| 3.4 Edukace..... | 39 |
| 3.5 Závěr a prognóza..... | 40 |
| 4. Použitá literatura..... | 41 |
| 5. Přílohy..... | 42 |

1. ÚVOD

V průběhu studia na střední zdravotnické škole mě zaujala práce na interním oddělení. Po ukončení školy jsem nastoupila na standardní oddělení I. Interní kliniky ve Fakultní Thomayerově nemocnici. Po dvou letech jsem přestoupila na jednotku intenzivní péče této kliniky, kde pracuji dodnes.

Naše jednotka je vybavená sedmi monitorovanými lůžky, z nichž tři jsou i ventilované. Práce na tomto oddělení je velice zajímavá. Přicházejí k nám klienti s rozmanitými diagnózami, různých věkových skupin a často v těžkém zdravotním stavu.

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala paní D., která byla přeložena na naše oddělení ve velmi komplikovaném zdravotním stavu, celkově zanedbaná. Na svůj věk měla velmi závažné diagnózy: oboustranná rozsáhlá abscedující pneumonie, septický šok s multiorgánovou dysfunkcí a DIC, respirační insuficienci s nutností umělé plicní ventilace, ileofemorální flebotrombózu pravé dolní končetiny. Všechny tyto diagnózy se rozvinuly jako komplikace desetileté závislosti na pervitinu. S jednorázovými intoxikacemi léky, alkoholem nebo drogou se u nás setkáváme často. Ale poprvé jsme měli hospitalizovanou klientku takto dlouhodobě závislou. Myslím, že její zdravotní stav a těžko zvládatelné abstinenční příznaky, nám zůstanou navždy pro výstrahu. Občas jsme s kolegyněmi nahlas uvažovaly, že kdyby někdo natočil takto těžce závislé lidi ve stavu, kdy končí na resuscitačních lůžkách a pouštěl to v rámci výuky ve školách, možná by to i pro ně byla dostatečná výstraha....

Do své práce jsem zahrнула pět ošetrovatelských dní o tuto klientku.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika onemocnění

Abscedující pneumonie – Plicní absces

Definice: jde o lokalizovaný hnisavý proces s nekrózou plicní tkáně, často u imunosuprimovaných jedinců. V éře antibiotik je to méně častá choroba se závažnou prognózou.

Etiologie: vzniká z různých příčin:

- nejčastěji jde o aspiraci patogenní flóry z orofaryngeální oblasti- absces lokalizován v pravé plíci
- jako komplikace pneumonie, plicního infarktu, bronchiektázií, traumatu
- bronchiální obstrukci z různých příčin
- hematogenní infekcí (septické emboly) se vznikem mnohočetných abscesů

Klinický obraz: symptomatologie odpovídá akutní pneumonii. Jde o horečnaté onemocnění s produktivním kašlem, hnisavou expektorací, někdy s bolestmi pleurálního charakteru a hemoptýzou.

Diagnostika: RTG, CT, mikrobiologické vyšetření vede k určení vyvolávajícího agens, bronchoskopie k vyloučení bronchiální obstrukce.

Komplikace: absces může perforovat do pleurální dutiny a vést ke vzniku pyopneumotoraxu. Cévní eroze ve stěně abscesu může být příčinou hemoptýzy.

Terapie: antibioterapie v kombinaci s polohovou drenáží vedou většinou k úpravě. Antibioterapie je odlišná podle agens. Chirurgická revize je namístě, pokud dosavadní terapie nebyla úspěšná a abscesová dutina přetrvává (chronický absces). (3)

Septický šok

Definice: sepse je systémová zánětová odpověď organismu na infekci, která je charakterizovaná přítomností alespoň dvou z následujících kritérií:

- tělesná teplota nad 38°C nebo pod 36°C
- srdeční frekvence nad 90 za 1 min.
- dechová frekvence nad 20 za 1 min. nebo PaCO₂ menší než 32 torrů
- leukocyty pod 4000 nebo nad 12000 nebo více než 10% nezralých forem

Septický šok je charakterizován přítomností sepse a nedostatečnou perfúzí tkání. Nepodaří-li se terapeutický stav ovlivnit, končí stejně jako jiné typy šoku multiorgánovým selháním.

Etiologie: septický šok je častěji spojen s gramnegativní bakteriemi. Nejčastějšími původci jsou rody *Escherichia*, *Klebsiela*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas* a *Neisseria*. Šokový stav je vyvolán působením bakteriálních toxinů, z nichž nejlépe prostudované jsou endotoxiny, uvolňované ze stěny bakterií po jejich rozpadu. Septický šok mohou však vyvolat i produkty grampozitivních bakterií (rody *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Pneumococcus*), viry, rickettsie a plísňe. Dochází k akumulaci neutrofilů v plicích, k uvolnění jejich enzymů, poškození endotelií plicních kapilár, alveolokapilární membrány a ke vzniku akutního respiračního distress syndromu ARDS, šokové plíce. Aktivace koagulační kaskády a krevních deštiček vede ke vzniku trombů v mikrocirkulaci mnoha orgánů, diseminované intrvaskulární koagulaci DIC.

Z hemodynamického hlediska je pro septický šok charakteristické městnání krve v paralyzovaném kapilárním řečišti a průnik plazmatických bílkovin do intersticiálního prostoru. Tím dochází k poklesu objemu cirkulující krve a ke vzniku hypotenze. Pro časnou, hyperdynamickou fázi septického šoku je charakteristická vasodilatace, pokles systémové cévní rezistence, pokles centrálního žilního tlaku, tlaku v zaklínění plicních kapilár a vzestup minutového objemu srdečního (teplý šok). Vzhledem k poškození kapilár se výrazně uplatňuje zkratová arteriovenózní cirkulace v jednotlivých orgánech, a tím se krev v ještě větší míře nedostává do kapilárního řečiště a dále se zhoršuje perfúze orgánů. Nedostatečná možnost tkáňové oxygenace vede k nadprodukcí laktátu – laktátová metabolická acidóza. V pozdějších fázích dochází k aktivaci sympatoadrenálního systému se vznikem vasokonstrikce v kůži, svalech a splanchnické oblasti, minutový objem srdeční klesá a dochází ireverzibilnímu poškození parenchymových orgánů, především plic a ledvin, ale také jater, střev, srdce a mozku.

Klinický obraz: zimnice, třesavka, dochází k prudkému vzestupu tělesné teploty, nemocný je obluzený a může zvracet. V počátečních fázích mohou mít nemocní teplou a suchou pokožku, objevuje se však hypotenze, oligurie a laktátová acidóza. V dalším průběhu následkem neefektivní tkáňové perfúze a zhoršené utilizace kyslíku prudce stoupá plazmatická hladina laktátu a prohlubuje se metabolická acidóza. Pokud se průběh septického šoku nepodaří ovlivnit, prohlubuje se hypotenze, stoupá periferní cévní rezistence, mění se klinický obraz a nemocný má chladné, bledé končetiny, může se objevit periferní cyanóza. Je přítomna porucha vědomí stupňující se až ke vzniku kómatu, je tachypnoe, tachykardie, oligurie až anurie.

Diagnostika: FW, KO, pozitivní hemokultura, kultivace materiálu z primárního ložiska.

Terapie: - radikální odstranění zdroje infekce

- antibiotická terapie (nitrožilní)
- glukokortikoidy – první dny nárazově ve velkých dávkách, aplikace je po dobu 2 dnů
- dopamin, dobutamin
- volumová expanze (krystaloidy, dextran, lidský albumin, plazma) – řídíme se tlakem v centrální žíle
- výživa nemocného – kombinujeme parenterální přívod základních složek výživy, vitamínů a minerálů s přívodem zavedenou sondou (3)

Závislost na pervitinu

Drogy se dají definovat jako omamné látky, které mění stav člověka různými způsoby. Získávají se buď z rostlin nebo chemickou syntézou. Člověk si může vypěstovat návyk buď psychický nebo fyzický a stává se z něho toxikoman. Světová zdravotní organizace definuje pojem toxikoman jako každou oběť fyzické či psychické závislosti (nebo obou těchto závislostí zároveň).

Problém drog je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy nacházíme ve starém zákoně i starších náboženských textech. Drogy, ať už legální či nelegální, už od počátku věků způsobují lidstvu problémy.

Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí. To znamená, že pokud je nějaká látka zahrnuta mezi halucinogeny, neznamená to, že nemá např. i efekt stimulační (to se týká např. Ecstasy).

Dělení drog podle převládajícího účinku

| Tlumivé látky | Stimulační látky | Halucinogeny |
|---|---|--|
| opium, heroin, braun, codein, morfin, flunitrazepam, diazepam, nitrazepam, toluen, alkohol atd. | pervitin, kokain, efedrin, crack, amfetamin atd. | lysohlávky, LSD, marihuana, hašiš, extáze, durman, mochromůrka červená, ketamin, mezkalin atd. |

Nejznámější je dělení na "tvrdé" a "měkké" drogy. Toto dělení se v podstatě zaměřuje na rizikovost té určité drogy z hlediska pravděpodobnosti vzniku závislosti, zdravotních komplikací (tělesných i duševních), atp. Z tohoto hlediska lze drogy rozdělit do 3 skupin:

"Tvrdé" a "měkké" drogy

| Míra rizika | "Tvrdost" | Zástupci |
|----------------------|-----------|---|
| Vysoká | "Tvrdé" | toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack |
| Vysoká až střední | "Tvrdé" | LSD, lysohlávky, kokain, pervitin |
| Střední | "Tvrdé" | alkohol, extáze, efedrin, kodein |
| Relativně malá | "Měkké" | marihuana, hašiš, kokový čaj |
| Prakticky bez rizika | "Měkké" | káva, čaj |

Otázka míry rizika spojeného s užíváním je komplikovaná. Záleží totiž na mnoha faktorech, a tak "tvrdost" je vždy záležitostí konkrétní situace. Jinou míru rizika s sebou nese vykouření jointa z marihuany, která vám vyrostla na zahradě, a jinou požití jogurtu, ve kterém jsou zamíchané 2 gramy hašiše. První příklad spíše patří do skupiny s relativně malými riziky, druhý mezi střední či spíše střední až vysoké riziko.

Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance

| Droga | Psychická závislost | Somatická závislost | Tolerance |
|--------------|---------------------|---------------------|-----------|
| Opiáty | +++ | +++ | +++ |
| Pervitin | +++ | - | ++ |
| Kokain | +++ | - | + |
| Cannabinoidy | + | - | - |
| LSD | +/- | - | +/- |

| | | | |
|----------------|----|----|----|
| Ecstasy | + | - | + |
| Benzodiazepiny | ++ | ++ | + |
| Barbituráty | ++ | ++ | ++ |
| Alkohol | ++ | ++ | ++ |

Systém péče a léčby v oblasti drogových závislostí

V České republice je v současnosti již relativně komplexní systém služeb od primární prevence přes programy, kde pracují s klienty, kteří aktuálně užívají drogy, až po léčebná zařízení a doléčování.

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo aspoň co nejdéle, odložit první kontakt s drogou. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, jako je například využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunitně zaměřené iniciativy nebo programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. Primární prevence se může zaměřovat také na ohroženou populaci jako jsou např. „děti ulice“, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog.

Terénní programy (streetwork) zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček („výměnný“ znamená, že klientovi je poskytován tento zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky. Díky tomu se zamezuje situaci, kdy klient použité „nádobíčko“ odhodí. Streetworkeři poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog (snaží se informovat klienty o bezpečnějších, méně ohrožujících způsobech aplikace drog, upozorňovat je na nebezpečí kombinací drog apod.).

Kontaktní centra nabízí obvykle výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog, základní zdravotní ošetření. Klient má zpravidla možnost využít služby „kontaktní místnosti“ (pobyt v prostorách KC stanovený na cca 1 - 2 hodiny, kdy může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně si dát třeba čaj nebo polévku nebo se osprchovat, vyprat prádlo, pokud toto kontaktní centrum nabízí apod.). Další možností je poradenství v případě sociálních potíží, zájmu o léčbu, motivační trénink před léčbou (informace o léčbě, podmínkách, příprava na léčbu), zprostředkování léčby... Poradenství už zpravidla probíhá mimo služby „kontaktní místnosti“ a také už nebývá anonymní.

Substituce („nahrazení“) je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů (např. injekční užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu, který je podáván jako nápoj). Cílem substituce je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy a/nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční užívání). Doba jejího trvání může být velmi různá. Je to od několika týdnů, měsíců či let, kdy je léčba zaměřena na časově ohraničený přechod mezi užíváním drog a abstinencí u uživatelů drog, v průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu, sociální situace klienta a klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení.

Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy, sociální situaci.

Detoxikace, detoxifikace, „detox“

Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivé látky. Zbavení se, vyčištění se, od návykové látky se může dít buď bez použití léků nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinčních příznaků.

Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikační centrum nebo detoxifikační jednotka. Klient je přijatý na „detox“ ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinčními příznaky. Pokud se používá medikace, předepisuje se obvykle látka, která má podobné účinky a je podobného charakteru jako droga, kterou dotyčný užíval. Při předchozím užívání heroinu se používá obvykle metadon či buprenorfín (Subutex), někdy jiné tlumivé látky (benzodiazepiny). Dávkování je určeno tak, aby byly ulehčeny odvykací příznaky, ale aby nedošlo k intoxikaci jako na droze a postupně se snižuje.

Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po té, co odezněly abstinční příznaky a léky jsou vysazené. Pokud je klient propuštěn dřív, detoxikace není dokončena,

hrozí výrazné riziko relapsu (situaci, kdy si po nějaké době abstinence dotyčný opět vezme drogu) a je tu nebezpečí, že když si klient vezme dávku, na kterou byl před „detoxem“ nastaven, může se předávkovat. V současnosti již není přímo pobyt na detoxifikační jednotce jedinou variantou „detoxu“, je možné volit i alternativu ambulantní, „domácí“ detoxifikace, která probíhá v domácím prostředí a klient dochází za lékařem ambulantně nebo lékařský personál dochází za ním.

Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či přinejmenším není ohrožující. Jsou motivovaní a jsou schopni větší sebekontroly v situaci, kdy jsou vlastně stále v kontaktu s okolím, prostředím, ve kterém drogy užívali. Z toho vyplývá, že u lidí, kteří brali drogy velmi dlouho, třeba deset let, a jejich zázemí je mizerné, je vhodnější spíše uvažovat o jiném typu léčby než ambulantní. Za účinnou se považuje léčba až od délky tří měsíců, s frekvencí kontaktů s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně.

Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba)

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit nejrůznější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich, získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti se účastní aktivit pro volný čas (sport, výtvarné aktivity apod.), mohou využít poradenství v sociálně právních problémech.

Léčení může být krátkodobé, tj. léčba trvá do cca 2 měsíců, střednědobé, tj. od 2-3 měsíců do cca 6 měsíců, dlouhodobé, v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let.

Následná péče, doléčování, je péče poskytnutá klientovi po odchodu z léčby, v širším pojetí se týká všech služeb, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy. V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě. Jde hlavně o zvládnutí obtížné situace po příchodu z léčby, kdy klient konfrontuje poznatky a dovednosti z léčby s „normálním“ životem, mnoho věcí se učí a s mnoha se potýká, čeká na něj hledání práce, bydlení,

dokončení školy apod. Klient v některé situaci může „uklouznout“, jednorázově si znovu vzít drogu (mít relaps) a pokud je v kontaktu s odborníkem, je možné situaci zvládnout tak, aby se klient poučil z toho, že podcenil rizika a vydal se na tenký led, aniž by muselo dojít k tomu, že začne opětovně intenzivně užívat drogy.

Pervitin: slangovo piko, perník, pergo, psaníčko, peříčko, péčko, sped. Po marihuaně je to zřejmě druhá nejrozšířenější droga u nás patří do skupiny syntetických stimulačních drog. Čistý má formu mikrokrystallického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zbarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě neboli „varu“. Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh a červený fosfor.

Účinky: Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Literatura popisuje užívání denních dávek nad 1 gram. Látky ze skupiny budivých aminů se používají (nebo používaly) i léčebně, ovšem v dávkách daleko nižších. Nejvyšší povolená dávka je asi 3x menší než oněch zmíněných 50 mg. Účinek nastupuje u intravenózní aplikace ihned, u šňupání za 5-10 minut, při užití per os do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8-24 hodin. Z těla se vylučuje močí z velké části nezměněn po řadu dní.

Pervitin v CNS zvyšuje koncentraci mediátorů – monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v synapsích. Po odeznění efektu dochází k vyčerpání mediátorů, což je příčinou nepříjemného stavu - „dojezd“. Pervitin je psychostimulans - zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování a působí nechutenství (anorexie). Pervitin uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid - a typická je tzv. „vykroucenost,,. Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky sou rozšířené, zvyšuje riziko křečí. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypjetím sil – až do vyčerpání.

Metamfetamín urychluje tok myšlenek často na úkor kvality a také zvyšuje pozornost, soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

Rizika užívání: Při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza ve formě paranoidně – halucinatorního syndromu, tzv. stíha.

Psychické příznaky užití: halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost, psychotické stavy podobné schizofrenii, stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace.

Akutní intoxikace: Při prvním požití často bolest v čele a úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku dále neklidem, hyperaktivitou, mydriázou, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexií. U běžných otrav nastává vzestup tělesné teploty, někdy křeče a delirium. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1 až 2 hod.

Chronická intoxikace: Mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10 % zemřelých byli nalezeny změny na mozku). Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů a objevují se široké nereagující zorničky. Může také nastat krvácení v plicích, v játrech a ve slezině, riziko smrtelné otravy, infekce, HIV, meningitida, flebitida. Abstinenční syndrom je pouze psychický.

Závislost: Charakteristiky závislosti na pervitinu – rychle vzniká psychický návyk - nepřítomnost fyzické závislosti – rychlý vzestup tolerance až k psychotickým dávkám. (10,11)

2. 2 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení : D.V.
Oslovení: Pani D.
Rodné číslo: 76.....
Věk: 29
Adresa: Praha 4
Národnost: česká
Vyznání: žádné
Vzdělání: střední odborná škola bez maturity
Povolání: prodavačka, momentálně nezaměstnaná
Pojišťovna: 111

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka

Datum přijetí: 1.12. 2005

O paní D jsem pečovala ve dnech 1. 12. 2005 – 8. 12. 2005 (pět dní mých denních služeb)

2. 3 Lékařská anamnéza a diagnózy

NO: pacientka k nám přeložena z kliniky kardiologie IKEM, kde hospitalizovaná pro ileofemorální trombózu DK s podezřením na plicní embolii. Spirální CT hrudníku neprokázalo plicní embolizace, ale byla popsána rozsáhlá oboustranná abscedující bronchopneumonie s projevy počínající multiorgánové dysfunkce při septickým stavu. Nutná inotropní podpora, agresivní oxygenoterapie, laboratorně obraz hepatorenálního selhání, suspekce na počínající DIC.

CELKOVÝ STAV: pacientka somnolentní, ale kontakt lze navázat, jednoslovně odpoví, turgor+, bez cyanosy, bez ikteru, klidově dušná, TT: 36,5°C při příjmu, TF: 118/min-sinusová tachykardie, TK: 115/65

HLAVA: bez známek poranění, pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice okrouhlé izokorické, reagují na oba podněty, skléry ikter., spojivky bledší, jazyk oschlý, plazí ve střední čáře, oschlé rty s krustami

KRK: nejsou známky meningeálního dráždění, náplň krčních žil nezvýšena, uzliny a štítná žláza nejsou zvětšeny, karotidy bez šelestu

HRUDNÍK: dýchání zastřené oboustranně, zvláště basálně a axilárně , vpravo basálně dýchání oslabenější, v expiriu četné pískoty, vpravo inspirační chrupky, akce srdeční pravidelná, zrychlená, ozvy ohraničené

BŘICHO: měkké, klidné, palpitačně nebolestivé, bez peritoneálního dráždění, játra+3 tužší konsist., slezina není zvětšena

DK: pravá dolní končetina objemnější, palpačně bolestivá v celém průběhu, levá dolní končetina bez otoku a palpačně nebolestivá

OA: běžné dětské nemoci, 10 let abusus drog + alkohol + hypnotika, jinak snad dosud vážněji nestonala, operace 0

GA: menstruace pravidelná, porody 2, potraty 1

RA: nelze

AA: alergie neudává

SA: žije s matkou a svými 2 dětmi, momentálně nezaměstnaná, údajně si vydělává prostitucí

Lékařské diagnózy:

- Oboustranná rozsáhlá abscedující pneumonie
- Septický šok s multiorgánovou dysfunkcí a DIC
- Respirační insuficience s nutností UPV
- Ileoemorální flebotrombosa PDK
- Abusus Pervitinu anamn., abstinenční syndrom

2.4 Přehled provedených diagnosticky významných výkonů

Laboratorní vyšetření:

Biochemické vyšetření krve:

V normě: ALT, Fosfor, CK, Cl, S-AMS,

| | 1.12 | 7.12 | referenční hodnoty |
|-----------|------|------|--------------------|
| Kreatinin | 133 | 32 | (44-80) umol/l |
| Urea | 21 | 3,8 | (2,5-8,0) mmol/l |
| Albumin | 18,4 | 20,8 | (36,0-54,0) g/l |
| AST | 0,86 | 0,59 | (0,30-0,70) ukat/l |
| Bilirubin | 65 | 22 | (5-20) umol/l |
| ALP | 3,1 | 4,3 | (0,6-2,4) ukat/l |
| Ca | 1,86 | 2,21 | (2,20-2,60) mmol/l |
| Na | 136 | 133 | (137-146) mmol/l |
| K | 3,1 | 3,9 | (3,6-4,9) mmol/l |

| | | | |
|------------|--------------|-------|-------------------|
| CRP | více než 280 | 262,1 | (0,0-5,0) mg/l |
| Prealbumin | 0,10 | | (0,18 – 0,40) g/l |

Hodnoty glykémie se pohybovali od 6,0 - 11,0 mmol/l a jejich hodnota se měnila podle nastavení rychlostí kapaní HMR-inzulínu kontinuálně s parenterální výživou.

Z výsledku biochemického vyšetření je zřejmé, že pacientka trpí podvýživou (albumin, prealbumin), vysoké CRP ukazuje na probíhající infekci malnutrice, zbytek je obrazem hepatorenálního selhávání. (8)

Vnitřní prostředí:

| ASTRUP: | 1.12 | 2.12 | 7.12 | referenční hodnoty |
|---------|------|-------|-------|------------------------|
| pH: | 7.47 | 7,374 | 7,398 | (7,360-7,440) -logmolc |
| pCO2 | 3,75 | 4,93 | 5,22 | (4,80- 5,90) kPa |
| pO2 | 11,7 | 15,7 | 23,1 | (9,9-14,4) kPa |
| BE | -2,2 | -3,2 | -0,5 | (-2,3-2,3) mmol/l |
| aHCO3 | 20,5 | 21,1 | 23,7 | (18,4-26,0)mmol/l |
| sHCO3 | 22,6 | 21,7 | 24,0 | (18,4-26,0) mmol/l |
| spo2 | 97,7 | 98,5 | 99,0 | (95,0-98,5)% |

Astrup z 1.12 je před intubací, pH nám ukazuje, že pacientka je v respirační alkalóze, hyperventiluje, vydechuje CO2, po intubaci Astrup z 7.12 ukazuje na vysoké nastavení O2 na ventilátoru. (8)

Hematologické vyšetření krve:

| KO | 1.12 | 2.12 | 7.12 | referenční hodnoty |
|------|-------|-------|-------|--------------------|
| Le | 24,6 | 14,8 | 16,7 | (3,9-10,0) 10/9/l |
| Ery | 2,86 | 2,96 | 2,85 | (3,6-5,0)10/12/l |
| Hb | 83,0 | 85,0 | 85,0 | (120,0-160,0) g/l |
| Htk | 0,246 | 0,256 | 0,254 | (0,340-0,460) l/l |
| Obj | 86,2 | 86,5 | 89,1 | (84,0-105,0) fl |
| Konc | 0,34 | 0,33 | 0,33 | (0,30-0,37) |
| Dest | 81 | 94 | 355 | (150-400) 10/9/l |

Vysoký počet leukocytů ukazuje na zánět, snížený počet Ery, Hb na anémii- podány Erytrocyty resuspendované bez buffy-coatu (8)

| | | |
|--------------|-----------|----------------|
| QUICK | 80,8 | (75,0-120,0) % |
| INR | 1,19 | (0,90-1,20) |
| FIBRINOGEN | 4,8 | (2,0-4,0) g/l |
| APTT | 55,3 | (25,0-40,0) s |
| Ethanol test | pozitivní | |

Pozitivní Ethanolový test poukazuje na počínající DIC.

Kultivační vyšetření:

- negativní - moč K+C, výtěr z pochvy, hemokultury
- pozitivní - konec odsávací kanyly z ETC- Staphylococcus aureus
 - Streptococcus beta- haemol.sk.G
 - Candida albicans

Rentgenové vyšetření:

Skiografie hrudníku- 1.12:

Snímek vleže. Rozsáhlé nehomogenní syté zastření téměř celého pravého plicního křídla bez diferenciacie br. kopule. Výrazné zastření i v levém dolním středním plicním poli, srdce není téměř diferencovatelné, prominence pulmonálního obloučku. ETK dosahuje do výše těla Th 3, CŽK zavedený přes pravou v. jugularis končí v začátku pravé síně.

Závěr- alární pleurobronchopneumonie vpravo a pleurobronchopneumonie vlevo.

| CVP | 1.12 | 2.12 | 7.12 | normální hodnoty |
|-----|------|-------|------|------------------|
| | -1 | +4,+8 | +8 | (+2až +8 mmHg) |

2.5 Přehled terapie

Ventilační terapie:

Umělá plicní ventilace (UPV) představuje soubor postupů umožňujících podpořit nebo do určité míry nahradit činnost některých složek respiračního systému funkčně spojených s výměnou plynů v plicích, která zahrnuje výměnu plynů mezi alveolem a zevním prostředím nemocného tj. ventilaci, a molekulární transport plynů přes alvelokapilární membránu, tj. zevní respiraci.

UPV je metoda podpory kriticky nemocného pacienta a není kauzálním řešením základního onemocnění. Umožňuje překlenutí určitého kritického období v průběhu onemocnění. Cílem je podpora alveolární ventilace (ovlivnění pCO_2), podpora arteriální oxygenace (ovlivnění pO_2), zvýšení plicního objemu a snížení dechové práce.

Ventilační režimy - tímto pojmem označujeme konkrétní způsob realizace umělé plicní ventilace.

IPPV/ASSIST - objemově řízená ventilace s pevně nastaveným podpurným minutovým objemem MV, nastavená dechovým objemem V_T a frekvencí f. Je pro pacienty bez spontánního dýchání. Tento ventilační režim pokrývá veškerou dechovou práci nutnou k zajištění výměny CO_2 .

SIMV/BIPAP- spontánní dýchání s asistencí. Pevně nastavený podpurný minutový objem MV nastavený dechovým objemem V_T a frekvencí f. Mezi podpurnými ventilačními zdvihy může pacient spontánně dýchat, a tak přispívat k celkovému minutovému objemu. Je pro pacienty s nedostatečným spontánním dýcháním nebo pro pacienty, odvykající si postupným snižováním podílu podpurné ventilace na celkovém minutovém objemu.

CPAP- Spontánní dýchání na zvýšené tlakové úrovni ke zvýšení funkční reziduální kapacity FRC. Spontánní dýchání je možné tlakově podporovat ASB.

Komplikace a nežádoucí účinky umělé plicní ventilace: pozitivním přetlakem mohou být:

- plicní: barotrauma (působením nadměrných inspiračních tlaků), volutrauma (působením nadměrných dechových objemů), působení tzv. střížných sil následkem rozdílné regionální poddajnosti na přechodu mezi oblastmi plic např. intersticiální emfyzém, pneumoperitoneum, podkožní emfyzém,...
- kardiovaskulární- změny nitrohruďního tlaku ovlivňují přetížení a dotížení pravé a levé komory srdeční

- renální- po zahájení UPV dochází ke snížení výdeje moči, glomerulární filtrace, průtoku krve ledvinami a snížení exkrece sodíku
- jaterní a gastrointestinální- mechanismy nejsou zcela objasněny, předpokládá se působení více faktorů (zvýšení jaterní cévní rezistence, zvýšení nitrobřišního tlaku, zvýšení tlaku ve žlučových cestách) (5)

Sestra by si měla všimnout především ventilačních parametrů, zdá-li je ventilátor funkční a ventilace účinná, synchronizaci pacienta s ventilátorem, kontrolovat průchodnost dýchacích cest a sledovat hodnoty spO_2 a $ETCO_2$.

INFUZNÍ TERAPIE:

Fyziologický roztok - Natrii chloridi infusio i.v . 500 ml na 4 hodiny 2x denně

Infúzní roztok chloridu sodného 0,9%.

Podáván k doplnění tekutin nebo sodíku.

Nežádoucí účinky: při obvyklém dávkování nejsou uváděny. (6)

5% glukóza - Glucosi infusio 5% i.v. 500 ml na 4 hodiny 2x denně

Infúzní roztok glukózy.

Je to izosmolární roztok k náhradě ztrát tekutin, úprava hypoglykémie, nosný roztok pro léčiva, součást komplexní infúzní terapie nebo parenterální výživy.

Nežádoucí účinky: při obvyklém dávkování nejsou uváděny. (6)

Darrow roztok- Darrowi infusio i.v . 500ml na 4 hodiny 1x denně

Darrowův roztok.

Je to izosmolární roztok obsahující chlorid sodný, chlorid draselný a mléčnan sodný. Roztok používán u stavu vyžadující doplnění draslíku nebo vody, součást komplexní infúzní terapie nebo parenterální výživy, nosný roztok pro léčiva.

Nežádoucí účinky: při obvyklém dávkování nejsou uváděny. (6)

Clinomel N7 2000ml i.v. na 24 hodin kontinuálně

Přípravek obsahující emulzi lipidů, roztok aminokyselin s elektrolyty a roztok glukózy s kalciumem v trojdílném plastovém vaku. Podáván jako parenterální výživa.

Nežádoucí účinky: případně mohou být následkem nesprávného použití přípravku, podávání příliš vysokých dávek, nebo příliš vysoké rychlosti infuze. Vzácně může dojít

k hypertermii, pocení, může se vyskytnout svalový třes, bolesti hlavy, dušnost, vzácně také hepatomegalie a ikterus. (6)

Kalium chloratum 7,45 % - Infusio Kalii chlorati 7,45% (30ml i.v v inf. FR, Clinomel)

Chlorid draselný

Indikací je prevence a terapie hypokalemie spojené s hypochloremickou alkalózou.

Nežádoucí účinky: hyperkalemie, ojediněle hypotenze, arytmie až srdeční blokáda, parestezie končetin, slabost, netečnost, vzácně zmatenost. (6)

Multibionta N 1 amp. v Clinomelu na 24 hodin (vitamín)

Komplex vitamínů ve vodě rozpustných, doplněk parenterální výživy. Je třeba podávat již při zahájení UPV. (6)

Vitalipid N Adult 1 amp. v Clinomelu na 24 hodin (vitamíny)

Komplex vitamínů rozpustných v tucích, rovněž jako doplněk parenterální výživy. (6)

Addamel N 1 amp. v Clinomelu na 24 hodin (stopové prvky)

Roztok stopových prvků jako součást parenterální výživy. (6)

Insulin HMR i.v. dávkovač 20 ml FR+ 40j HMR (rychlost dle GG) (Hormon)

Krátkodobě působící insulin.

Podáván s.c. a i.v. k úpravě glykémie.

Nežádoucí účinky: hypoglykémie, alergické reakce, hypodystrofie (nejčastěji v místě vpichu), vznik resistance na insulin. (6)

Sestra by měla dodržovat předepsanou rychlost infuzí, z nežádoucích účinků by pak měla sledovat alergické reakce, případné kožní projevy, třesavku, pocení i srdeční arytmie.

TRANSFUZE

Erytrocyty resuspendované bez buffy-coatu i.v podány 2.12-2x, 4.12-1x, 5.12-1x, 8.12-2x

Resuspendované erytrocyty se získávají odsátím většího množství plazmy a resuspenduje se nejčastěji v Sag-manitolu. Tento přípravek má výhodu snížené viskozity a prodloužené

doby skladovatelnosti až na 42 dny. Bez buffy coatu- s hematokritem < 0,70, s obsahem leukocytů < 1,2x 10⁹/l a s obsahem trombocytů < 10x10⁹/l

Nežádoucí účinky: při podávání transfuze se nejčastěji objevuje pyretická reakce a alergická.(5)

FARMAKOTERAPIE

Tienam 1g i.v. á 8 hodin (antibiotikum)

Imipenemum/cilastatinum

Karbapenemové baktericidní antibiotikum se širokým antibakteriálním spektrem, má krátký biologický poločas (1 hodina)

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, alergické kožní reakce, ospalost, křeče, hyperventilace, eosinofilie, trombocytóza, nebo naopak trombocytopenie, zvýšení hodnot jaterních transamináz, vzácně apnoe a anafylaktický šok. (6)

Klacid 500 mg i.v. á 12 hodin (antibiotikum)

Claritromycinum

Makrolidové bakteriostatické antibiotikum II. generace s úzkým antibakteriálním spektrem s výhodnými farmakokinetickými vlastnostmi a velmi dobrou tolerancí, biotransformuje se na antibakteriálně účinnější.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, bolest břicha, alergické kožní reakce, ojediněle zvýšení hodnot jaterních transamináz. (6)

Mycomax 200mg i.v. á 24 hodin (antibiotikum)

Fluconazolium

Je indikován k léčbě a profylaxi mykotických infekcí.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, závratě, zvýšení hodnot jaterních transamináz, leukopenie, trombocytopenie, ojediněle alergické kožní reakce, vzácně anafylaktické reakce. (6)

Arficin 300mg cps á 12 hodin do NGS (antibiotikum)

Rifampicinum

Ansamycinové baktericidní antibiotikum s velmi širokým antibakteriálním spektrem, s velmi dobrým účinkem na mykobakteria(včetně atypických).

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, nechutenství, průjem, hemolytická anémie, akutní selhání funkce ledvin, trombocytopenická purpura, zvýšení hodnot jaterních transamináz, hepatitida, myopatie, leukopenie, eozynofilie, poruchy menstruace, oranžové zbarvení slin a dalších tělních sekretů. (6)

Noradrenalin 1mg i.v. v kontinuální infuzi - Dávkovač 50ml= 5 amp Noradrenilu (rychlost dle TK), (katecholamin)

Norepinephrinum

Katecholamin používá se u hypotenze se snížením periferního odporu.

Nežádoucí účinky: palpitace, bradykardie, bolesti hlavy, nauzea, třes, po paravenózní aplikaci nekróza. (6)

Fentanyl – Janssen 10ml i.v. v kontinuální infuzi s Dormicem - Dávkovač 50ml= 20ml Fentanylu 5 ml/ hodinu (opioidní agonisté)

Fentanyli dihydrogenocitras

Silně analgeticky a mírně sedativně až hypnoticky účinný opioid středně dlouhého účinku.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, sucho v ústech, zácpa, ospalost, zmatenost, euforie, halucinace, třes, poruchy koordinace, vazodilatace s poklesem krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, útlum dechového centra, mióza, retence moči, alergická kožní reakce, rigidita hrudních svalů, riziko vzniku závislosti. (6)

Dormicum 50, 15, 5 mg i.v. v kontinuální infuzi s Fentanylem - Dávkovač 50ml= 75mg Dormica 5 ml/hodinu (hypnotika)

Midazolamum

Benzodiazepinové krátce působící hypnotikum s podobnými vlastnostmi jako nitrazepam, s výrazně nižším antikonvulzivním účinkem.

Nežádoucí účinky: poruchy paměti, amnézie přetrvávající i při odeznívání sedativního účinku, po nitrožilní aplikaci možnost počátečního poklesu krevního tlaku. (6)

Arduan 4 mg i.v. v kontinuální infuzi – Dávkovač 20ml= 4 amp. Arduanu 2ml/hodinu (periferní svalová relaxancia)

Pipecuronii bromidum

Nedepolarizující kuramimetikum steroidní struktury s dlouhým účinkem. Používá se na svalovou relaxaci v průběhu celkové anestézie, v neodkladné a v resuscitační péči.

Nežádoucí účinky: pokles krevního tlaku, bradykardie nebo tachykardie, hyperkalémie, alergický kožní reakce. (6)

Helicid 40 inf i. v. v 100ml FR 1x denně (inhibitory protonové pumpy)

Omeprazolium natrium

Racemická směs dvou optických izomerů, snižuje vysoce selektivním mechanismem sekreci žaludeční kyseliny. Používá se u léčby duodenálních a žaludečních vředů, k léčbě refluxní ezofagitidy, k eradikaci *Helicobacter pylori*, k léčbě funkční dyspepsie vyvolané převážně poruchou regulace kyselý žaludeční sekrece.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, abdominální bolest, nauzea, zvracení, závratě, parestézie, ospalost, nespavost, vertigo, zvýšení hodnot jaterních enzymů, svědění pokožky, kopřivka. (6)

Novalgin 1 amp i.v při TT nad 38°C (analgetikum, antipyretikum)

Metamizolum natrium

Používá se při silné akutní nebo chronické bolesti, ke snížení horečky, která nereflektuje na jinou léčbu.

Nežádoucí účinky: anafylaktický reakce, kožní a slizniční reakce - svědění, pálení, kopřivka, izolované hypotenzí reakce, leukopenie, agranulocytóza nebo trombocytopenie (6)

Syntophyllin 4 amp i.v. kontinuálně v Clinomelu na 24 hodin (bronchodilatancia)

Aminophyllinum

Používá se u perzistující bronchiální astmy, akutního astmatického záchvatu, respirační insuficience.

Nežádoucí účinky: palpitace, tachyarytmie, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, neklid, křeče. (6)

Calcium Biotika 2amp i.v. kontinuálně v Clinomelu na 24 hodin (soli vápníku)

Calcii gluconas, Glukonan vápenatý

Podávame u terapie hypokalcémie různé etiologie, tetánie, akutní alergické stavy, resuscitace při srdeční zástavě, záněty a akutní postradiační reakce hrtanu a hltanu, svědění, suplementace vápníku u pacientů s UPV.

Nežádoucí účinky: pocit tepla po aplikaci, bolestivost v místě aplikace, nauzea, zvracení, srdeční arytmie, po aplikaci vyšších dávek nechutenství, zácpa, únava, ospalost, pocení, žízeň, polyurie, bolesti svalů a kloubu. (6)

Magnesium Sulfuricum Biotika 20% 1amp i.v. kontinuálně v Clinomelu na 24 hodin (substituce magnézia, myorelaxans, antagonist Ca)

Magnesii sulfas, Síran horečnatý

Podáváme při hypomagnezémií, při dlouhodobé UPV, pomocné léčivo k terapii a profylaxi některých křečových stavů (tetanus, preeklampsie, eklampsie, tetanie, spasmofilie)

Nežádoucí účinky: svalová slabost až úplná svalová ochablost, nauzea, periferní vasodilatace, pokles krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, riziko AV bloku, únava, ospalost, hyporeflexie, riziko respirační deprese. (6)

Clexane 0,6 ml s.c á 12 hodin (nízkomolekulární heparin, antikoagulancia)

Enoxaparinum natricum

Podáváme jako prevenci tromboembolickej choroby, k léčbě hlubokej žilní trombózy, nestabilní angíny pectoris, IM, prevence srážení krve v průběhu hemodialýzy.

Nežádoucí účinky: podkožní krvácení v místě aplikace, nelze zcela vyloučit riziko trombocytopenie. (6)

DIETOTERAPIE:

Enterální výživa žaludeční sondou: **Nutrison Protein Plus Multi Fibre 500ml** - podáván z počátku dle tolerance a odpadů ze žaludeční sondy, později podáváno 150ml 5x denně+ čaj. Výživa se zvýšeným obsahem bílkovin, obohacená vlákninou, určená k dietnímu postupu při podvýživě u pacienta se stressovým metabolizmem. Přirozený bezlepkový přípravek s nízkým obsahem laktózy. Tři balení zajišťují nejméně doporučený denní přísun energie, minerálních látek, vitaminů a stopových prvků.

Kontraindikace: nevhodné pro kojence a pacienty s galaktosemií, pro pacienty vyžadující bezezbytkovou stravu.

FYZIOTERAPIE:

Za pacientkou dochází rehabilitační sestra na pravidelná cvičení, zpočátku spíše pasivní, která jsou indikovaná jako prevence vzniku kontraktur. Fyzioterapie hrudníku je důležitou

podpůrnou léčbou. Opatření typu poklepových a vibračních masáží i časté změny polohy pomáhají v čišění dýchacích cest a v lepším provzdušnění ventilovaných částí.

2.6 Stručný průběh hospitalizace

29 - letá nemocná s anamnesou toxikomanie na pervitinu přeložena 1.12.05 z KJ - IKEM kde hospitalizována pro susp. plicní embolizaci při subakutní femoropopliteální flebotrombose PDK v. s. po i. v. aplikaci drog. Spirální CT hrudníku neprokázalo plicní embolizace, ale byla popsána rozsáhlá oboustranná abscedující bronchopneumonie s projevy počínající multiorgánové dysfunkce při septickém stavu. Pro progredující rozvoj respirační insuficience pacientka v den příjmu na naše oddělení zaintubovaná a zahájena UPV. Průběh komplikován DIC, výrazným psychomotorickým neklidem při v. s. abstinčním syndromu, nutné podávání vysokých dávek analgosedace + neuroleptik + Rohypnolu. 5.12 05 založena tracheostomická kanyla, v úvodu s masivním krvácením kolem rány. 10.12.05 vzhledem k Rtg nálezů, kde susp. rozpad vpravo, provedena bronchoskopie s bronchoalveolární lavičkou - výsledky všech vyšetření negativní včetně mykoz, bakterií, TBC metodou MTD+ mikroskop. vyšetření. Na kontrolním Rtg plic regrese nálezů v levé plíci, po týdnu i vpravo. V průběhu hospitalizace zahájen weaning, kdy od 15.12.05 pacientka v režimu CPAP, který dobře tolerovala, dne 17.12.05 dekanylace. V dalších dnech pokles teplot, jen občas subfebrilie, výrazně zlepšený kontakt a spolupráce s pacientkou, abstinční příznaky zvládnuty podáváním Subutexu, převedena na perorální výživu, toleruje ji dobře, laboratoř uspokojivá, nález ileofemorální trombosy vpravo v regresi. 20.12 pacientku překládáme k doléčení na naši plicní kliniku.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného

Pacientka byla na naši jednotku přeložena v kritickém stavu. V prvních chvílích reagovala na oslovení a dotazy kývnutím hlavy a jednoslovnou odpovědí, na všechny diagnostické a léčebné výkony nařikáním. Už při příjmu se kvůli neklidu a abstinenčnímu syndromu musely nasadit malé dávky analgosedace. Po hodině se kvůli horšící se respirační insuficienci pacientka zaintubovala a napojila na umělou plicní ventilaci za zvýšení analgosedace a svalové relaxace. Proto již další komunikace s pacientkou nebyla možná. Veškeré informace potřebné pro ošetřovatelskou anamnézu získávám pozorováním, z překladové ošetřovatelské a lékařské zprávy.

ZÁKLADNÍ BIOLOGICKÉ POTŘEBY:

Dýchání : z překladové zprávy se dovídám, že paní D. kouří cca 20 cigaret denně. Žádné potíže s dýcháním dosud neměla. Při příjmu je pacientka tachypnoická 50 - 60 dechů/min., musí být uložena v ortopnoické poloze, je jí podáván kyslík 10 l/min. maskou, spO₂ při příjmu je 84%, po podání kyslíku se zvyšuje na 95%. Po hodině se počet dechů nesnižuje, pacientka se cítí unavená, slabá, horší se výsledky krevního Astrupu a proto je nutná intubace endotracheální kanylou č. 7,5. Kanyla je v pravém ústním koutku u č. 22. Pacientka je napojena na umělou plicní ventilaci při parametrech: 50% kyslík, DF 12 řízených dechů, pacientka si dodýchává 20 dechů. DV 550 ml, MDV 12,6 l, spO₂ 100%. Přes ETC se odsává velké množství žlutého sputa s příměsí krve.

Bolest : při příjmu si paní stěžuje na bolesti celého těla (septický stav, abstinenční syndrom). Na manipulaci reaguje plačtivě, hlasitě nařiká. Po nasazení kontinuální analgosedace bolesti mírně ustoupily. Po napojení na UPV, zvýšení dávek analgosedace a přidání svalové relaxace byla pacientka uvedena do umělého spánku. Pacientka zpočátku reaguje jenom na odsávání kašlacím reflexem, později i na manipulaci a algické podněty otevřením očí a grimasováním.

Dle překladové zprávy paní dříve vážně nestonala, nepocítovala žádné bolesti. Až teď před přijetím se objevily bolesti PDK, které pacientku donutily k vyhledání lékaře.

Výživa : paní D. doma žádnou dietu nedodrží, za poslední dobu zhubla, neví o kolik. U příjmu vážila 70kg, měří 170cm, BMI je 24,22 což svědčí pro normální rozmezí. Dle výsledku albuminu 18,4 g/l se dá předpokládat, že pacientka zanedbávala stravovací návyky, již delší dobu v důsledku závislosti na pervitinu. Při příjmu není schopna polykat, na vlastní žádost saje jenom led. Po napojení na UPV se zavedla nasogastrická sonda, do které se jí podává enterální výživa. Odpady ze sondy jsou minimální.

Hydratace : nelze zhodnotit jaký byl pitný režim před příjmem.

Klientka jeví známky dehydratace, má snížený kožní turgor a oschlé sliznice, při příjmu hypotenze, centrální žilní tlak je -1 mmHg. Je nutná rehydratace infúzní terapií.

Vyprazdňování moče : dá se předpokládat, že vzhledem k věku pacientky by se neměly vyskytovat žádné problémy s vyprazdňováním moče. Při přijetí si nestěžuje na dysurické obtíže. Kvůli analgosedaci má pacientka povolené svěrače, proto má zavedený permanentní močový katétr. Moč je tmavší, bez příměsí krve či hlenu.

Vyprazdňování stolice : dle dokumentace, neměla paní D. v minulosti potíže s vyprazdňováním stolice.

Čtvrtý den hospitalizace se spontánně vyprázdnila, stolice byla průjmovitá.

Osobní péče a hygiena : pacientka při příjmu působí celkově zanedbaným dojmem. Má dlouhé zacuchané vlasy, znečištěné nehty na rukou i na nohou a černé plosky nohou.

Kůže je silně zpocaná, snědšího koloritu, na dotyk chladná. V tříslech má defekty po aplikaci pervitinu. Na horních i dolních končetinách patrně malé hematomy. Podle hodnocení rizika vzniku dekubitů je tato pacientka po napojení na UPV vysoce ohrožena. Přijata bez dekubitů.

Odpočinek a spánek : dá se předpokládat, že vzhledem k závislosti na pervitinu pacientka nepocítovala potřebu spánku. Pacientka je momentálně udržována v umělém spánku na kontinuální dávce analgosedace.

Fyzická aktivita : Při přijetí se střídá pasivita a únava, s abstinenciími příznaky - psychomotorický neklid. Kvůli bezpečnosti pacientky a potřebnému klidu na lůžku je

pacientce podávána analgosedace a relaxace. Dá se předpokládat, že v době před hospitalizací klientka svůj veškerý čas a aktivitu věnovala shánění peněz a drog.

Teplo a pohodlí : pacientka udávala, že měla doma asi tři dny tělesnou teplotu nad 38°C, u nás je u příjmu bez teploty, kůže je chladná., opocená. Je jí teplo, odkrývá se. Po intubaci nástup febrilií.

Leží na polohovacím lůžku, vybaveném antidekubitární matrací. Má vytažené postranice, čímž je chráněna před pádem.

Sexualita: pacientka není vdaná, má dvě děti, heterosexuálně orientovaná.

PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY:

Jistota a bezpečí : u pacientky se pocit bezpečí a jistoty vytrácí hospitalizací nejdřív na IKEMu, pak na naší jednotce. Neměla už týden svoji hladinu drog, substituce ji nestačila, na zdravotnický personál se dívá nedůvěřivě. Celý ošetřující personál se jí snaží pocit jistoty a bezpečí dodat komunikací, informovaností.

Soběstačnost : paní D. byla před hospitalizací plně soběstačná, zvládala se však postarat jen o sebe, o děti se jí stará matka. Po dobu mé péče o pacientku, se stala plně závislá na péči druhých. Po napojení na UPV získala v Barthelově testu všedních činností (viz příloha č. 5) 0 bodů - je vysoce závislá na pomoci druhých.

Komunikace : u pacientky je po příjmu komunikace ztížená zdravotním stavem - klidově dušná, schvácená, na otázky odpovídá jenom kývnutím hlavy, jednoslovnou odpovědí. Po intubaci je ztížená komunikace s okolím vlivem endotracheální intubace.

Informace : u příjmu je pacientka seznámena se svým zdravotním stavem ošetřujícím lékařem, sestry jí zase podrobně informují o všech výkonech ošetrovatelské a léčebné péče, které u ní provádí.

Rodina a sociální zázemí : paní D. byla dříve zaměstnaná jako prodavačka, momentálně je bez práce. Přiznává ale, že si na drogy vydělává prostitucí a krádežemi. Bydlí s matkou a dětmi v panelákovém bytě, ale její přítomnost v kruhu rodiny je minimální. Uzavřela se do komunity jedinců, kteří jsou stejně jako ona závislí na drogách.

Duchovní potřeby : tyto informace se mi nepodařilo získat.

3. 2 Ošetrovatelské diagnózy

Abstinenční syndrom následkem desetiletého abusu drog

Nedostatečná ventilace plic z důvodu abscedující pneumonie

Porucha termoregulace - horečka z důvodu infekce dolních cest dýchacích

Dehydratace jako následek těžkého stavu, při kterém nemocná nebyla schopná dodržet dostatečný pitný režim

Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy jako následek těžkého stavu, abusu drog

Neschopnost provádět hygienickou péči z důvodu celkového zhoršení stavu a svalové relaxace

Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru

Potenciální riziko vzniku katetrové sepse ze zavedeného centrálního žilního katetru a arteriálního katetru

Porucha tělesné hybnosti z důvodu analgosedace a relaxace

Porušení celistvosti kůže - defekty v tříselech, následkem aplikace drog

Obtížná komunikace s okolím z důvodu zavedení endotracheální kanyly

3.3 Plán ošetrovateľskej péče

Abstinenčný syndrom následkom desiatiletého abusu drog

Ošetrovateľský cieľ : zmierniť príznaky abstinenčného syndromu

Plán ošetrovateľskej péče : - plniť ordinácie lekára - podávanie substitúcie drog

- sledovať a hodnotiť celkový stav pacientky
- komunikovať s pacientkou

Realizácia : u klientky sa u prijmu abstinenčný syndrom prejavoval psychomotorickým neklidom, plačtivosťou, dilatáciou zorníc, pocením, halucináciami, pacientka mala tendenciu sebepoškozovania - sundávala si kyslík, skúšala si vytrhávať invazívne vstupy, utíkala z postele, i keď nemala silu postaviť sa na nohy. Tento stav sme sa snažili potlačiť jednorázovým podaním sedatív, opiátů. Pretože sa nedostavily žiaduce účinky, nasadila som podľa ordinácie lekára kontinuálnu dávku analgosedácie a zabezpečila objednanie ďalšej substitúcie Subutexu. Klientke sme museli kvôli vlastnej bezpečnosti obmedziť pohyb popruhy, nemohli sme sa od nej vzdáť - vykřikovala, nařikala. Snažili sme sa uklidniť pacientku, komunikovať s ňou.

Hodnotenie : ďalej nasledovalo zhoršenie celkového stavu, došlo k respiračnej insuficiencii a nutnosti umelého pľúcneho ventilácie. Abstinenčný syndrom sme zatiaľ potlačili vysokou dávkou analgosedácie a svalovej relaxácie. (9,10,11)

Nedostatečná ventilácia pľúc z dôvodu abscedujúcej pneumónie

Ošetrovateľský cieľ : zabezpečiť účinnú pľúcnu ventiláciu, zlepšiť oxygenáciu

Plán ošetrovateľskej péče : - edukovať klientku

- monitorovať pacientku, sledovať fyziologické funkcie, Astrup a saturáciu krvi kyslíkom
- zabezpečiť priechodnosť dýchacích ciest
- zaznamenávať zmeny ventilačného režimu
- zvlhčovať a rozpúšťať hlien v pľúcach

Realizace : u paní D. byla už při přijetí přítomna klidová dušnost, tachypnoe, pokles saturace kyslíku. Pacientku jsem uložila do polohy v polosedě, podávala kyslík maskou. Po celou dobu jsem se snažila nemocnou uklidnit. Protože se stav paní D. nezlepšoval, pacientka byla unavená, oslabená, počet dechů se zvýšil na 60/min, zhoršil se výsledek arteriálního Astrupa, byla indikovaná k umělé plicní ventilaci. Když bylo rozhodnuto pro tento postup, snažila jsem se paní D. vysvětlit, co jí v nejbližším období bude očekávat. Byla jí zavedena endotracheální kanyla č. 7,5, za analgosedace a svalové relaxace a byla napojena na podpornou umělou plicní ventilaci - BIPAP s 50% O₂. Došlo ke zlepšení saturace kyslíkem, sedace byla účinná, došlo ke zpomalení dechové frekvence. Nemocnou jsem odsávala z dýchacích cest po 2 hodinách a dle potřeby. Dohlížela jsem na zvlhčování a rozpouštění hlenu v plicích.

Hodnocení : zajištěná účinná plicní ventilace, hodnoty Astrupa v normě. Pacientka je zatím pořád závislá na ventilátoru, z důvodu nelepšícího se rentgenového nálezu infekce na plicích a velké sekrece z dýchacích cest. (1,2)

Porucha termoregulace - horečka z důvodu infekce dolních cest dýchacích

Ošetrovatelský cíl : snaha o snížení febrilií aspoň o 2°C do 5 dnů

Plán ošetrovatelské péče :- pravidelně měřit tělesnou teplotu

- snižovat teplotu okolního prostředí
- přikládat vak s ledem do tříselního ohbí, podpaží
- dohlížet na dostatečnou hydrataci
- podávat antipyretika, antibiotika dle ordinace lékaře

Realizace : tělesnou teplotu jsem měřila po 3 hodinách. Teplota na IKEMu před přeložením na naše oddělení se pohybovala kolem 38°C. U nás v době příjmu byla pacientka bez teploty, asi po třech hodinách hospitalizace se TT pohybovala v rozmezí 37,8 - 39,5°C. Přikládala jsem vaky s ledem, které jsem dle potřeby měnila. Dle ordinace jsem podávala Novalgin i.v..

Hodnocení : trvalé snížení febrilií se nám nepodařilo splnit. Pacientka měla po celou dobu pěti dnů střídavě subfebrilie 37,5°C , které se však téměř vždy zvýšily na febrilie během dvou až tří hodin. (1,2)

Dehydratace jako následek těžkého stavu, při kterém nemocná nebyla schopná dodržet dostatečný pitný režim

Ošetrovatelský cíl : udržet objem tekutin v organismu na normální úrovni, zlepšit hodnoty CŽT, vlhkost sliznic a turgor kůže

Plán ošetrovatelské péče : - podávat infúzní terapii dle ordinace lékaře
- sledovat příjem a výdej tekutin
- monitorovat fyziologické funkce - TK, CŽT
- sledovat účinnost podávané léčby a případné nežádoucí účinky
- kontrolovat hodnoty laboratorních výsledků

Realizace : pacientka měla při příjmu CŽT – 1mmHg, snížený kožní turgor a oschlé rty. Podle ordinací lékaře jsem podávala infúzní terapii, sledovala jsem výdej a příjem tekutin, odebírala jsem krev na vyšetření. Oschlé rty a jazyk jsem ošetřovala borax glycerinem.

Hodnocení : neobjevily se žádné nežádoucí účinky podávané terapie. Příjem a výdej se daří postupně normalizovat. Postupně dochází i k úpravě laboratorních hodnot. Hodnoty arteriálního tlaku se musí udržovat ze začátku na katecholaminech - po třech dnech se podávání noradrenalinu zastavuje. CŽT se postupně zvyšuje na +4, +8 mmHg. Kožní turgor je přiměřený, jazyk je vlhký.

Porucha výživy ze snížení příjmu potravy jako následek těžkého stavu, abusu drog(laboratorní známky proteinové malnutrice)

Ošetrovatelský cíl : nedojde k poklesu hodnot albuminu

Plán ošetrovatelské péče : - podávat parenterální výživu dle ordinace lékaře
- podávat enterální výživu dle ordinace lékaře
- kontrolovat správnou polohu žaludeční sondy
- udržovat průchodnost žaludeční sondy
- sledovat toleranci enterální a parenterální výživy
- monitorovat laboratorní výsledky

Realizace : podávala jsem parenterální terapii - Clinomel N7 dle ordinace lékaře. Klientka toleruje parenterální výživu dobře, neobjevily se žádné nežádoucí účinky. Enterální výživa zpočátku není dobře tolerována, proto přistupujeme k malým dávkám bolusového podání

Nutrisonu Multi Fibre Protein Plus. Postupně zvedáme dávky na 150 ml 5x denně, sondu jsem proplachovala 50 ml čaje.

Hodnocení : cíl se podařilo splnit, klientce se zvyšuje hodnota albuminu.

Neschopnost provádět hygienickou péči z důvodu celkového zhoršení stavu a svalové relaxace

Ošetrovatelský cíl : pacientka bude mít zajištěnou kompletní hygienickou péči
zabránit vzniku opruzenin a dekubitů

Plán ošetrovatelské péče :- pravidelná hygienická péče dvakrát denně

- pravidelná výměna ložního prádla
- péče o čistotu a prokrvení kůže
- neporušená kůže, zjištění rizika dekubitů
- hygienická péče o oči, uši, nos a dutinu ústní

Realizace : paní D. jsem dvakrát denně myla. Po umytí jsem kůži vytřela do sucha, proklepala jí a vetřela tělový krém. Záda jsem promazávala francovkovou pěnou. Vlasy jsem první dva dny myla každý den, pak každé tři dny. Prádlo jsem měnila zpočátku i 5x denně (pacientka se hodně potila - střídavě febrilie a subfebrilie). Do očí se přes den vkapával Ophtal, Lacrysin a na noc se aplikoval O- Azulen ung. Uši se čistí jednou za dva dny. Dutinu ústní jsem vytírala tamponem namočeným v roztoku Stopanginu za pomoci peánu. Ošchlé rty otíráme tampónem namočeným v Borax glycerinu. Později nám pacientka sála štětíčky namočené v čaji. Nehty na rukách a nohách jsme v den příjmu ostříhali, kůži na patách jsme museli očistit s pomocí měkkého kartáčku – klientka se přijala v zanedbaném stavu. Pátý den hospitalizace se pacientce vyměnila endotracheální kanyla za tracheostomickou kanylu, o kterou jsme se starali každý den, měnili se krycí sterilní čtverce s dezinfekcí nastřižené do tvaru kalhot. Každé ráno jsme měnili bandáž pravé dolní končetiny. Pacientka si postupně zvykla na kontinuální dávky analgosedace, dokonce i na svalovou relaxaci a probírala se z umělého spánku. Sama se snažila zapojit do základních hygienických návyků. Spočítala jsem riziko vzniku dekubitů dle Nortonovy stupnice po příjmu - 12 bodů (viz příloha č. 4), což znamená vysoké riziko vzniku dekubitů.

Hodnocení : pacientka má zajištěnou kompletní hygienickou péči, zatím se neobjevil žádný dekubit.

Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Ošetrovatelský cíl : pacientka bude bez známek uroinfekce po dobu zavedení PMK

Plán ošetrovatelské péče : - zavést permanentní močový katétr za aseptických podmínek

- asepticky zacházet s katétrem
- sledovat odtok moče
- pravidelně vypouštět močový sáček
- sledovat množství a charakter moče
- dohlížet na zvýšenou hygienu genitálií
- pravidelně měnit permanentní močový katétr

Realizace : pacientce jsme zavedli permanentní močový katétr č. 18. Při zavádění jsme dodržovali všechny zásady aseptických podmínek. Močový sáček jsem vypouštěla 2x denně nebo dle potřeby. Sledovala jsem množství a charakter moče. Barva moče byla oranžová, zbarvená Arficinem. Vícekrát denně jsme prováděli výplach genitálií Skinseptem mucosa - pacientka měla velké množství hnisavého žlutého výtoku, z kterého bylo mikrobiologické vyšetření negativní.

Hodnocení : nevznikla žádná infekce močových cest. Kultivace moče negativní. Datum zavedení nové močové cévky dle stavu pacientky: 15.12.2005

Potenciální riziko vzniku katetrové sepse ze zavedeného centrálního žilního katetru a arteriálního katetru

Ošetrovatelský cíl : pacientka nebude mít katetrovou sepsi po dobu zavedení katétru.

Plán ošetrovatelské péče :- zavést katetry za aseptických podmínek

- převazovat za aseptických podmínek
- asepticky manipulovat s katetry
- pravidelně měnit sety s antibakteriálním filtrem za aseptických podmínek á 48 hodin
- dodržovat zásady asepsy při ředění infuzí a léků
- sledovat okolí vpichu katetrů

Realizace : centrální žilní katétr je zaveden cestou v. jugularis l. dextra - trojcestný. Arteriální katétr je zaveden v a. radialis dextra. Asistovala jsem u zavedení katetrů,

proběhlo za aseptických podmínek. Po zavedení jsem je ošetřila a přelepila fólií Tegaderm. Sledovala jsem okolí. Fólii jsme měnili každý den, z důvodu odlepování, pacientka se potila. Zkoušeli jsme i lepení náplastí Mefix s podkladovým čtvercem Mesoft, abychom předešli každodennímu zásahu do místa vpichu, ale ani tento způsob nekryl místo vpichu déle než 24 hodin. Infuzní sety a antibakteriální lipidový filtr jsem měnila po 48 hodinách. Ředění léků a infuzí i jejich podávání proběhlo za aseptických podmínek.

Hodnocení : okolí katétrů je klidné, nejsou známky infekce.

Porucha tělesné hybnosti z důvodu analgosedace, svalové relaxace, špatného stavu pacientky

Ošetřovatelský cíl : dostatečná pasivní rehabilitace

prevence imobilizačního syndromu

zabránění vzniku kontraktur a dekubitů

Plán ošetřovatelské péče :- polohovat á 2 - 4 hodiny dle stavu pacientky

- pasivní rehabilitace na lůžku prováděná fyzioterapeutkou

- masáže

Realizace : pacientku jsme uložili na polohovací lůžko s antidekubitární matrací. Kvůli nestabilnímu celkovému stavu se po domluvě s fyzioterapeutkou začalo s rehabilitací po vysazení katecholaminů. Do té doby jsme dbali o fyziologické postavení jednotlivých částí těla. Kromě pasivních cviků jí byly prováděny masáže levé dolní končetiny a poklepové masáže zad. Pacientka se nám probírá z umělého spánku i vzhledem ke kontinuální sedaci a relaxaci. Pohyblivost pacientky je však omezena. Z důvodu nařízeného klidu na lůžku, celkové slabosti a únavy, okruhy od ventilátoru jsou nedostatečně dlouhé. Paní D. jsme polohovaly do mírné ortopnoické polohy, a do polohy na boku (asi 45°).

Hodnocení : žádné komplikace z imobilizace u nemocné zatím nevznikly.

Porušení celistvosti kůže - defekty v tříselech, následkem aplikace drog

Ošetřovatelský cíl : zajištění péče o defekty

následné zhojení defektů

Plán ošetrovatelské péče : - udržovat rány a jejich okolí v čistotě

- pravidelně převazovat za dodržování aseptických postupů
- sledovat proces hojení a vést dokumentaci

Realizace : Při přijetí se z překladové zprávy dozvídáme, že klientka má v tříslech defekty vzniklé po aplikaci perritinu v těchto místech. Po odstranění převazu jsme rány zhodnotili. Byly to povrchové defekty s povlakem 5x3 cm. Po konzultaci s naší sestrou specialistkou pro hojení ran, jsme defekty ošetřovali materiálem Inadine. První den převazu jsme na rozpuštění povlaku přidali malou vrstvu přípravku Flamigel. Inadine jsme překryli savými sterilními čtverci a vše fixovali náplastí Mefix. Rány jsme ze začátku převazovali každý den. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace (viz příloha č. 4 plán péče o dekubity a jiné rány).

Hodnocení : Povlak defektu se za tři dny vyčistil, rány se začínaly zmenšovat, okolí se zklidnilo.

Obtížná komunikace s okolím z důvodu zavedení endotracheální kanyly

Ošetrovatelský cíl : klientka přijímá uspokojení s alternativními způsoby komunikace

Plán ošetrovatelské péče :- edukovat pacientku, proč nemůže mluvit

- nacvičit si signály: ano - ne (kroucení hlavou, mrkání očí)
- zkoušet náhradní techniky verbální komunikace
- obeznámit členy týmu o zvoleném postupu komunikace a signálů

Realizace : klientka se nám na druhý den po navození umělého spánku probouzí, ze začátku je neklidná, nechce spolupracovat, proto bylo nutné zvýšit dávku analgosedace. Postupem dvou dnů se pacientka znovu probouzí, tentokrát ale začíná málo spolupracovat, smiřuje se s invazivními vstupy. Nemůže si, ale zvyknout na endotracheální kanylu a na neschopnost domluvit se s námi. Zpočátku nám stačilo, že já jsem kladla otázky, ona kývala hlavou ano – ne. Zanedlouho nám ale tato komunikace nestačila. Pacientka si nemohla zvyknout na pomalou artikulaci, na naši neschopnost odečíst všechno ze rtů. Při zkoušení náhradní techniky komunikace – blok a tužka, tabulka s abecedou, to zpočátku jde, ale s problémy. Klientka je ještě slabá, nedokáže se soustředit na psaní, neudrží pořádně tužku v ruce.

Hodnocení : Tento cíl se plní u pacientky těžko. Zatím je u ní nedostatek trpělivosti pro náhradní techniku komunikace - blok s tužkou a tabulku s abecedou, především vlivem abstinenčních příznaků.

3.4 Edukace

Edukace pacientky:

Moje pacientka byla schopna edukace až po stabilizaci zdravotního stavu. V době napojení pacientky na umělou plicní ventilaci a po probuzení z umělého spánku se paní D. hůře edukovala. Její chování bylo ovlivněné abstinčním syndromem, pacientka trpěla halucinacemi, které vyvolávaly u klientky pocit nedůvěry k celému našemu kolektivu.

Přesto se mi zdálo vhodné poučit ji – v době před intubací:

- o aktuálním zdravotním stavu , o terapii a prognóze - ošetřující lékař
- před každou invazivní metodou - indikace invazivního výkonu, postup výkonu
- před každým ošetřovatelským výkonem jsme ji edukovali o postupu a indikaci výkonu

Po intubaci, v době napojení na ventilátor:

- ještě jednou „na co má kterou hadičku, jak si má hlídat hadičky, aby si je nevytrhla“
- jak se bude postupovat dál a proč, o průběhu její terapie (odvykání od ventilátoru, vykašlávání, rehabilitace, dechová cvičení)

Po dekanylaci :

- edukace fyzioterapeutkou – nácvik chůze
- edukace nutriční terapeutkou o potřebě dodržování životosprávy, vyváženém složení stravy a pitném režimu (klientka se přijímala v malnutrici a dehydrataci)
- pacientku jsme seznámili s diagnózami, které u ní vznikly jako komplikace užívání návykových látek. Klientka je s problematikou závislosti dostatečně obeznámena, sama přiznává, že už byla několikrát poučena a zařazena v detoxikačním programu
- doporučili jsme ji vyhledat psychiatra ohledně dalšího detoxikačního léčení

Edukace rodiny:

Naše klientka je matka dvou dětí ve věku 11 a 7 let. V důsledku předpokládané dlouhodobé hospitalizace bylo nutné kontaktovat sociální úřad (viz příloha č. 6). Následně byly děti předány do péče babičky. Děti a její matka jsou jediní příbuzní, kteří projeví o pacientku zájem, ale jelikož byla babička zaměstnána, frekvence návštěv se vymezila na 1x za týden. Naši spolupráci s příbuznými a jejich edukace byla komplikována osobností babičky. Popsala bych ji jako osobu simplex. Ošetřující lékař ji vysvětlil celkový zdravotní stav dcery a nutnost napojení na všechny přístroje. Maminka byla povzbuzovaná ke komunikaci s paní D., což mělo dobrý efekt na zklidnění naší pacientky (matka - přirozená autorita). Babičce jsme doporučili, aby po propuštění naší klientku více zapojovala do péče o děti.

3.5 Závěr a prognóza

Paní D. byla na našem oddělení hospitalizovaná 20 dní. Infekce plic jí pomalu ustupovala, pacientku jsme začali odvykat z ventilátoru, což se dařilo. Dva dni jsme ji ještě nechali spontánně ventilovat přes tracheostomickou kanylu, která se pak odstranila. Po vytažení TSK se maximálně zlepšila spolupráce pacientky s celým našim kolektivem. Určitě na tom měl svůj podíl i Subutex, který jsme nasadili za postupného snižování analgosedace. Pomalu jsme plánovali i snížení dávek Subutexu, který pacientce s hypnotikem na noc výrazně zmírnil abstinenční příznaky. Psychomotorický neklid se zmírnil Tiapridalem. Pacientka byla schopná chůze kolem lůžka a zvládala základní hygienické návyky s malou pomocí personálu. Po odstranění nazogastrické sondy nás pacientka překvapila velkou chutí k jídlu. Budila se hladem i opakovaně během noci. Její fyzický, psychický a zdravotní stav se natolik vylepšil, že jsme klientku přeložili na doléčení na plicní oddělení.

Její další prognóza je závislá na tom jak bude dodržovat léčebný režim a jestli se po úplném uzdravení rozhodne pro detoxikační program, nebo pro Pervitin. I když se pacientka sama vylekala, že tentokrát to mohlo mít fatální následky, nikdo se za ni nemůže zaručit, že znovu nepodlehne Pervitinu. Je to jen na ní, na její pevné vůli...A myslím, že má proč bojovat. Pro jedenáctiletou holčičku a sedmiletého syna, který vždy když šla jejich babička na návštěvu za maminkou, čekali vyděšeně na chodbě.

4. POUŽITÁ LITERATURA

1. ČERVINKOVÁ, E. a kol. **Ošetrovatelské diagnózy**. Dotisk Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
2. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. **Kapesní průvodce zdravotní sestry**. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8.
3. KLENER, P. a kol. **Vnitřní lékařství**. 1.vyd. Praha: Galén, 1999. 949 s. ISBN 80-7262-007-X
4. RICHARDS, A., EDWARDS, S. **Repetitorium pro zdravotní sestry**. 1.české vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
5. ŠEVČÍK, P. a kol. **Intenzivní medicína**. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
6. ŠIMEK, R. a kol. **Remedia compendium**. 3. vyd. Praha: Panax Co, 1999. 772 s. ISBN 80-902126-5-4
7. TRACHTOVÁ, E. a kol. **Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu**. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
8. WAGNER, P. **Laboratorní referenční hodnoty 2001/02**. 6. vyd. Praha: Triton, 2001. 117 s. ISBN 80-7254-175-7
9. ZVOLSKÝ, P. a kol. **Speciální psychiatrie**. Nakladatelství Univerzity Karlovy Praha: Karolinum, 1998. 206 s. ISBN 80-7184-666-X
10. Občanské sdružení SANANIM, Pervitin, <http://www.drogovaporadna.cz>, 22.3.2006
11. Amphetaminy, <http://www.drogy.web3.cz>, 22.3.2006

5. PŘÍLOHY

1. Vstupní ošetrovatelský záznam
2. Plán ošetrovatelské péče
3. Denní záznam
4. Plán péče o dekubity a jiné rány
5. Ošetrovatelská anamnéza pro intenzivní péči
6. Formulář pro sociální ústav



MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 11
ÚŘAD MĚSTSKÉ ČÁSTI
ODBOR SOCIÁLNÍCH
VĚCÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

Thomayerova nemocnice
odd. JIP - p.Elichová
Videňská 800

140 00 Praha 4

pracoviště: Nad Opatovem 2140, Praha 11

| | | | |
|---------------|--------------|------------------|-------------|
| Váš dopis zn. | Naše značka | Vyřizuje / linka | V Praze dne |
| | 11 Om 410/02 | Šmírová/133 | 8.12.2005 |

Věc: p.

Dle našich informací je jmenovaná hospitalizována na Vašem odd. Má ve své péči dvě nezletilé děti : Andreu a Václava, jejich otec je dlouhodobě ve výkonu trestu.

Z rodiny máme informace o tom, že zdravotní stav matky je vážný. Vzhledem k tomu, že je třeba zajistit výchovu obou dětí, spolupracujeme v tomto směru s babičkou z matčiny strany, prosíme Vás o sdělení o délce nutné hospitalizace matky, eventuelně o celkové prognóze.

Děkujeme

J.Šmírová
Soc.pracovnice

Mgr.M.Jindřichová
vedoucí OSPOD

Městská část Praha 11
Úřad městské části
Odbor sociálních věcí a zdravotnictví
Nad Opatovem 2140, 149 41 Praha 416

- 4 -

Sídlo: Úřad městské části Praha 11, Ocelíkova 672, 149 41 Praha 415,
Pracoviště: Úřad městské části Praha 11, Nad Opatovem 2140, 149 41 Praha 4,
Bankovní spojení: Česká spořitelna, a.s. Praha 4, č.ú. 2000807399/0800
e-mail: podatelna@p11.mepnet.cz

tel.: +420-267 902 + linka, fax: +420-272 917 005
tel.: +420-267 902 + linka, fax: +420-272 917 005
IČO: 0023 1126,

I.interní klinika IPVZ Fakultní Thomayerovy nemocnice
předseda Doc.MUDr.Štefan Alušík CSc.

Videňská 800, 140 59 Praha
Tel./fax: 26108 2292/241271770

pacient v 1100h

Lékařská zpráva

Příjmení, jméno: Pojištěnec: kód poj. 111
Bydliště: 140 00 Praha 4

08.12.05 10:10 Smejkal Vlastimil MUDr.
Zpráva pro odd.péče o dítě Praha 11--k rukám paně Šmírové

Výše jmenovaná je v současné době hospitalizovaná na Jednotce intenzivní péče I.interní kliniky
FTN.
Stav pacientky je velmi vážný a její léčení bude i při příznivém průběhu dlouhodobě--řádově týdny.

MUDr. Vlastimil Smejkal
vedoucí oddělení JIP

Dne: 08.12.05 10:06

| | |
|-----|--|
| 04 | FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE |
| 005 | s poliklinikou PRAHA 4 - KRČ, VIDEŇSKÁ 800 |
| 452 | 1. interní klinika odbornost: Smejkal Vlastimil MUDr. IT1 |



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

Vstupní ošetrovatelský záznam (materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) D.V.
Oslovení pání D. Pojišťovna 111-VZP
Rodné číslo (nevypĺňuj) Povolání NEZAMEŠTUANÁ
Věk 29 Vzdelání STŘEDNÍ ODBORNÁ ŠKOLA BEZ MATURETY
Vyznání / Národnost ČESKÁ
Adresa: PRAHA 4 Telefon: NEMÁ
Osoba, kterou lze kontaktovat: MATKA, BYDLIŠTĚ DITO

Datum přijetí: 9. 12.
Hlavní důvod přijetí: ABSCEDNÍČÍ PNEUMONIE

Lékařská diagnóza:

1. OBOUSTRANNÁ ROXSAHLA ABSCEDNÍČÍ PNEUMONIE
2. SEPTICKÝ ŠOK S MULTIORGÁN. DYSFUNKCÍ A DIC.
3. RESPIR. INSUF. S NUTNOSTÍ ÚPV.
4. ILEOFEMOR. FLEBOTROMBÓZA ARUSUS DROG

Jak je nemocný informován o své diagnóze? PŘI PŘIJETÍ OŠE. LÉKÁŘEM
Osobní anamnéza: ŘEŠNĚ DĚTSKÉ NEMOCI, 10 L. ABUSUS DROG + ALKOHOL +
HYPNÓTIKA, JINAK DOSUD VÁŽNĚJI NESTONALA, OPERACE 0
Rodinná anamnéza: ZATÍŽ NEMÁ

Vyšetření: Rtg. S+P, EKG, odběry krev - KO, koagulace, BIOCHEMIE, ASTW-P
HĚMOKULTURY, CVP

Terapie: CLIN. Nx + 4x SYNTO + 2x Cugluce + 20.0. k. protál. + 1.1. 50, 200 + 30.0. k. 1. INHULIB 1
1x VITAL + 1x AURAMEL + 1x R. 500.0. 6.5. 100.0. DARTON. 100.0. ID. 50 = 5x NORADRENALIN
ID. 50 = (20.0. FENTANYL) 1. 25.0. DORHICA, ID. 20 = 40. HMR, ID. 20 = 4x ATROVAN, TIENAM 1g i.v. a Ph,
KLACID 500mg i.v. 12h, MYCOMAX 200mg i.v. 2x 12h, Cefome 0.4mg i.v. 12h,
NOVALGIN i.v. p. 12h, TRANSFUZE - EBR, ENTERALNÍ VÝŽIVA

Nemocný má u sebe tyto léky

NEMÁ

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

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

nikotinizmus ne ano pokud ano, kolik denně...cca 10
alkoholismus ne ano
drogy ne ano pokud ano, jaké a jak dlouho...PERVITAN 10 ml
alergie : jídlo ne ano pokud ano, které.....
 léky ne ano pokud ano, které.....
 jiné ne ano pokud ano, na co.....
dekubity (změř) 8 12 bodů dle NORTONOVÉ STUPNICE
pneumonie (změř) 27 bodů - vysoce ohrožena

Důležité informace o stavu nemocného: ABSTINENČNÍ SYNDROM + PANÍ D
JE FARMAKOLOGICKY TLUMĚNA A NAROJENA NA VENTILÁTOR

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává: NELŽE ZJIŠTIT

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

upřesněte.....

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

0 bodů dle BARTHELOVA TESTU VŠĚDNÍCH ČINNOSTÍ

Komunikace:

| | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|--|
| - stav vědomí | při vědomí | somnolence | koma |
| - kontakt navázán | rychle | s obtížemi | <input checked="" type="checkbox"/> nenavázán |
| - komunikace | bez problémů | bariéry | <input checked="" type="checkbox"/> nekomunikuje |
| - spolupráce | snaha spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
ano ne
pokud ano, upřesněte... BOLEST PDK, CELE TĚLO U PŘÍJMU
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
(ano) ne
pokud ano, upřesněte... PDK
jak dlouho? 1 týden
- Na čem je vaše bolest závislá ?
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ?
- Kde pociťujete bolest?
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) ZPOČÁTKU AFEBRILNÍ, PALE FEBRILNÍ 39,4-39,7°C
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změňte): 1.12 PŘI PŘÍJMU BOLESTI CELEHO TĚLA (SOK, PRSTEN. SYNDROM)
MOHENTÁLNĚ ZVÝŠENÉ DÁVKY ANALGOSEDACE - PAC. UTLUMENA NA MANIPULACI A ALGICKÉ PODNĚTY REAGUJE OTEVŘENÍM OČÍ A GRIMASOVANÍM

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
(ano) ne
pokud ano, upřesněte... DUŠNOST
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
(ano) ne
pokud ano, upřesněte... 1 týden DUŠNOST
Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ?
(ano) ne
pokud ano, co by vám pomohlo ?... U PŘÍJMU TACHYPNOE 50-60' MIN.
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
ano ne nevim
pokud ano, zvládnete to ?
- Kouříte ?
(ano) ne
pokud ano, kolik ?... cca 20 denně

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

1. HODINU PO PŘÍJMU INTUBACE ETC CÍ 7,5, 3TPAP, 50% O₂, DF-12 ŘÍZENÝCH DECHŮ, ODSÁVA SE VELKÉ MNOŽSTVÍ KRVAVO ŽLUTÉHO SPŮTÁ

U PŘÍJMU: TACHYPNOE 50-60' MIN, NUTNĚ O₂ MASKOU 10L/min, SPO₂ A O₂ 95% ANI O₂ 2l/min

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.

PAC. PŮSOBÍ CELKOVĚ ZANEDBANÝM DOJMEM, MÁ DLOHÉ ZACUCHANÉ VLASY, ZNEČISTĚNÉ NECHTY NA RUKOU I NA NOHOU, ČERNÉ PLOSKY NOHOU JE ZÁVISLÁ NA PĚČI SESTRY Z DŮVODU KONTINUÁLNÍ ANALGOSEDACE A UPV

4. Kůže

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

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

KŮŽE JE SILNĚ ZROVENA, SNEDŠÍHO KOLORITU, NA DOTYK CHLADNÁ V TRÍSLECH MÁ DEFEKTY PO APLIKACI PERVITINU, NA HORNÍCH A DOLNÍCH KONCĚTINÁCH PATRNĚ MALE HEMATOMY, DEFEKTY V TRÍSLECH 2x 5 a 3cm

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik?)..... nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? (ano) ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral..... NEVÍ O KOLIK
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte?
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 - pokud ano, co a proč?.....
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

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

PAC. DOMA ŽÁDNOU DIETU NEDODRŽUJE, ZA POSLEDNÍ DOBU ZHUBLA, NEVÍ O KOLIK, BMI U PŘÍJMU JE 24,77 => NORMÁLNÍ ROZMEŘÍ. DLE VÝSLEDKU ALBUMINU 18,4 g/l SE DÁ PŘEDPOKLADAT, ŽE PAC. ZANEDBÁVALA STRAVOVACÍ NÁVYKY JIŽ DĚLSÍ DOBU.

PO NAROVENÍ NA UPV-NGS => ENTERÁLNÍ VÝŽIVA + PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
 zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete (vodu) mléko ovocné šťávy
 (kávu) čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ?.....
- Kolik tekutin denně vypijete ?.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

NELZE ZHODNOTIT PITNÝ REŽIM PŘED PŘÍJMEM
 KLIENTKA JEVÍ ZNÁMKY DEHYDRATAČE => SNÍŽENÝ KOŽNÍ TURGOR,
 OSCHLE SLIZNICE, ČST - 1 mm Hg

7. Vyprazdňování střeva

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

Objektivní hodnocení sestry:

DLE DOKUMENTACE NEMĚLA PANÍ D. V MINULOSTI POTÍŽE
 S VYPRAZDŇOVÁNÍM STOLICE

8. Močení

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

Objektivní hodnocení sestry:

DÁ SE PŘEDPOKLÁDÁT, ŽE VZHLEDEM K VĚKU PACIENTKY BY SE
 NEMĚLI VYSKYTOVAT ŽÁDNE PROBLÉMY S VYPRAZDŇOVÁNÍM MOČE
 Ž PŘEKLAĐOVÉ ÚPRAVY - NESTĚ ŽOVALA SI NA DYSURCKÉ OBTIŽE
 KVŮLI ANALGOSEDACI POVOLENE SVĚŘAČE, PROTO MÁ ZAVEDENÝ PMK

9. Lokomotorické funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

PŘI PŘÍJMU JE PAC. V CELKOVĚ TĚŽKÝM STAVU - CHŮZE O
1. HOD. PO PŘÍJMU JE DŮSLEDKEM ANALGOSEDACE PAC.
PŘIPOUTANÁ NA LŮŽKO

10. Smyslové funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

PŘED PŘÍJMEM BEŽ POTÍŽÍ
T.č. JSOU SMYSLOVÉ FUNKCE Z DŮVODU ANALGOSEDACE SNIŽENY

11. Fyzická a psychická aktivita

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

Objektivní hodnocení sestry:

PAC. BYLA DŘÍVE ZAMĚŠTNANÁ JAKO PRODAVAČKA, MOMENTÁLNĚ
JE BEŽ PRÁCE. NA DROGY SI VYDĚLÁVALA PROSTITUCÍ A
KRADEŽEMI.
PŘI PŘÍJMU SE STRÍDA PASIVITA, ÚNAVA S ABSTINENČNÍMI
PŘÍZNÁKY - PSYCHOMOTORICKÝ NEKLID
ZA 1. HOD. JE PACIENTKA V UMĚLÉM SPÁNKU

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?.....
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte?.....
- 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 spaní? ano ne
 pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho?.....

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*DA SE PŘEDPOKLÁDÁ, ŽE VZHLEDEM K ZÁVISLOSTI NA PERVITINU
 KLIENTKA NEPOCITOVALA POTŘEBU SPÁNKU
 JEJÍ DOSAŽDNÍ SPANKOVÝ REŽIM SE NÁM NEPODARIL ZJIŠTIT*

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 změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
ano ne
 pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

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

ZA 1. HOD. PO PŘÍJMU ANALGOSEDACE

15. Rodina/sociální situace

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

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

PAC. BYDLÍ S MATKOU A SVYMI DĚTI V BYTĚ, JEJÍ
PŘÍTOMNOST V KRUHU RODINY MINIMÁLNÍ, UZAVŘELÁ SE DO
KOMUNITY JEDINCI, KTEŘÍ JSOU STEJNĚ JAKO ONA ZAVISLI NA DROGÁCH
MÁME KONTAKT NA MATKU

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

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

PAC. byla na noši jistotou přeložena v kritickém stavu. V prvních chvílích reagovala na oslovení a dotazy křivkami hlavy a jednotlivou odpovědí, na všechny diagnostické a léčebné vstupy nošičem. Při vstupu se křivila hlava a abstinencií syndromu museli nasadit malí dávky analgetik. Po hodině se křivila horší se respira. insuf. por. spont. vola a nepojala na umělou plicní ventilaci na zvýšení analgetik a svalové relaxace. Proto již další komunikace s por. nebyla možná.

VEŠKERÉ INFORMACE POTŘEBNÉ PRO OSĚ. ANAMNEZU
ZÍSKÁVAM POZOROVÁNÍM, Z PŘEKLAPOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ
A LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY

1. ABSTINENČNÍ SYNDROM
2. NEDOSTATEČNÁ VENTILACE PLIC
3. PORUCHA TERMOREGULACE - HOREČKA
4. DEHYDRATALE
5. PORUCHA VÝŽIVY SE SNIŽ. PŘÍJMU POTRAVY
6. NESCHOPNOST PROVAŽET HYG. PÉČI
7. RIZIKO INFEKCE - PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR, RIZIKO VZNIKU KATETROVÉ SEPSIS
8. PORUCHA TĚLESNÉ HYBNOSTI
9. PORUŠENÍ CELISTVOSTI Kůže - DEFEKTY V TRÍSLECH, 10. OBTÍŽNÁ KOMUNIKACE

Plan ošetrovateľskej péče

| datum | Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti | Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle | Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestřer zajišťující dosažení cílů | Hodnocení poskytnuté péče | | |
|-------|--|--|--|--|--------------|----------------------------|
| | | | | efekt (ve vztahu k cílům) | Datum | podpis primární sestřer |
| 1.12 | Porucha klesnutej kybnosti rđírada amalgomovane, rđírada rđírada, spřisřinane rđírada porušenky | - doobľeřinane prřisřinane RHB - prřisřinane imobilizovanane spřisřinane - rđírada rđírada rđírada a rđírada | - rđírada a 2-4 rđírada rđírada porušenky - prřisřinane RHB na rđírada rđírada rđírada - rđírada | rđírada rđírada a rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada rđírada | 1.12 | Hajdřinane |
| 1.12 | Porušenky celistřosťi rđírada-rđírada a rđírada, rđírada rđírada rđírada | - rđírada rđírada a rđírada - rđírada rđírada rđírada | - rđírada rđírada a rđírada rđírada - rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada - rđírada rđírada rđírada a rđírada rđírada | rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada, rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada, rđírada rđírada | 4.12 6.12 | Hajdřinane |
| 4.12 | Obľeřinane rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada rđírada | - rđírada rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada rđírada | - rđírada rđírada, rđírada rđírada rđírada - rđírada rđírada: ano-ne (rđírada rđírada, rđírada rđírada) - rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada - rđírada rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada a rđírada | rđírada rđírada rđírada a rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada a rđírada rđírada, a rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada rđírada | 1.12 | Hajdřinane |
| | | | | | | |

Plan ošetrovateľskej péče

| datum | Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti | Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle | Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů | Hodnocení poskytnuté péče | | |
|-------|--|--|--|--|-------|---------------------------|
| | | | | efekt (ve vztahu k cílům) | Datum | podpis primární sestry |
| 1.12 | Porucha výživy se sníženou příjmem potraviny jako následok nízkého stavu albuminu (koloborní rovnováha proteinů molekulare) | - udržet si požadav kolobor albuminu | - podpora poranění výživy de oxidace léku - podpora endokrinní výživy de oxidace - kontrola objemu polohu izolování sondy - sledovat toleranci endokrinní a parenter. výživy - udržovat průchodnost sčludovní sondy - monitorovat koloborní výsledky | cil se podřito splnil, klient se spravuje podřota albuminu | 1.12 | Hájárovi |
| 1.12 | neschopnost provést hygienickou péči o dírny celkové správné dírny a svalové relaxace | - pacientka bude mít nezářněnou kompletní hygienickou péči - nabídnutí pomůcky opaxumun a destrukci | - pravidelná hygienická péči 2x denně - pravidelná výměna ložního prádla - péče o čistotu a udržování kůže - doporučení kůže, výživy a sčlud destrukci - hygienická péči o oči, uši, nos a dýchací ústrojí | pacientka má např. činnou kompletní hygienickou péči kolem se neobjevil žádný destruk opaxumun o | 2.12 | Hájárovi |
| 1.12 | Riziko infekce se dírny nosní permeabilního morálního kolobru | - pacientka bude bez známek uroinfekce po dobu nosní kolobru PMK | - nosit perimembránový morální kolobru na aspi. dýchacích podmínkách - aspirace nosních s kolobru - udržet celkové moré - pravidelná výměna morálního prádla - sledovat morální a chřtákové moré - dbeť si na nezářnou hygienu prostředí - pravidelná měřít PMK | normální pravidelná infekce morálního celé kult. moré moré nezář ní délkou nosní moré PMK de slovu pos. 15.12 | 2.12 | Hájárovi |
| 1.12 | Potenciální riziko vzniku kolobru sypce se nosní celkové morálního kolobru a aktivní kolobru | - pod. udržet si kolobru sypce po dobu nosní kolobru | - nosit kolobru na aspi. dýchacích podmínkách - pravidelná výměna morálního prádla - aspirace morálních s kolobru - pravidelná měřít sčlud s ankt. destrukci moré sčlud na aspi. podmínkách a 4h - sledovat nosní aspi. péči sčludní infekce a lék - sledovat okolí správné kolobru | okolí kolobru je čistá, výživa normální infekce | 1.12 | Hájárovi |

Plan ošetrovateľskej péče

| datum | Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti | Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle | Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestery zajišťující dosažení cílů | Hodnocení poskytnuté péče | | |
|-------|--|--|--|--|--------------|---------------------------|
| | | | | efekt (ve vztahu k cílům) | Datum | podpis primární sestry |
| 1.12 | absolventní syndrom následkem druhé lékové ataky drogy | - snížit příznaky abstinenčního syndromu | - plně odložit léčení - podpora substituce drogy - sledovat a hodnotit celkový stav pacienta - komunikovat s pacientem | u pos. modifikace schování celkového stavu, dostatek k respira. soust. a nutnosti UPV. sledim, symptomů jako následek přetrvání myšlenek drogy analogické a nastolení mlčivosti | 1.12 4.12 | Hájáková |
| 1.12 | neúspěšná vnitřní vstava se dříve abscedující pneumonií | - zajistit účinnou plamě vnitřní - kyslík oxygenou | - udržet klid - monitorovat parametry, sledovat fyziol. parametry a radu lékaře - zajistit průchodnost dýchacích cest - koordinovat s ostatními zdravotními pracovníky - udržovat a rozvíjet klid v pláči | - vnitřní vstava plamě vnitřní hodnoty kyslíku a močův. pac. je povídá vnitřní ma UPV - mlčivosti se Rtg mléč | 1.12 2.12 | Hájáková |
| 1.12 | Porucha termoregulace - horečka se dříve infekce dolních cest dýchacích | - snížit v průměrné teplotě až na 37,5°C do 5 dnů | - pravidelně měřit TT - sledovat křivku tělesné teploty - při teplotě nad 38,5°C podat léky, podpora - dokázat se dostatečnou fyzickou - podávat antipyretika, ATB dle ordinace | - teplota snížení febrilit se normou nepodrobit opět pac. měla po dobu 5 dnů důležitě stabilizace 37,5°C kl. se kreví, vidly vznikly ma febrilit léčbu drogy a kř. křivka | 6.12 | Hájáková |
| 1.12 | Dehydrace jako následek křečového stavu, při kterém nemocná nebyla schopná reagovat dostatečným pitným režimem | - udržet objem tekutin v normě - sledovat příznaky a příznaky - sledovat hodnoty CŽT, křivku slanosti a křivku křivky | - podávat infuzi křivky dle ordinace - sledovat příjmu a výdeje tekutin - monitorovat fyziol. parametry - T _k , CŽT - sledovat úroveň podávání léků a případně modifikaci úrovně - kontrolovat hodnoty labor. výsledků | - motivovat se k pití množství, úroveň podá vome křivky - příjem a výdeje se dají přesně monitorovat - postupně dochází k kř. úpravě laboratorních hodnot - hodnoty arter. tlaku se udržují na kř. úrovní křivky - se křivkou CŽT se zvyšuje ma +4 mmHg + 2 mmHg sazba 100% | 2.12 2.12 | Hájáková |

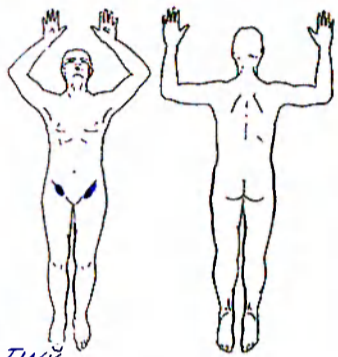


Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Vídeňská 800, Praha 4

Klinika / oddělení: JIP, I. INT. KLIN

Záznam č.: I

Plán péče o dekubity a jiné rány

| | | | | |
|---|----------------------------|--|--|--|
| štítek <u>D V</u> | Záznam od: <u>1.12</u> do: | Původ dekubitu (rány) <input type="checkbox"/> Mateřské oddělení <input type="checkbox"/> Jiné oddělení <input type="checkbox"/> Mimo nemocnici | | Lokalizace  |
| | Alergie: <u>?</u> | Bakteriologické vyšetření datum: _____ výsledek: _____ | | |
| Stupeň poškození I. potenciální poškození kůže, zčervenání, strupy II. povrchové poškození kůže, tvorba puchýřů <input checked="" type="radio"/> III. narušení celistvosti kůže a podkoží IV. hluboké poškození tkání s tvorbou jámy | | Druh rány <input type="checkbox"/> Dekubit <input type="checkbox"/> Bércový vřed <input type="checkbox"/> Pooperační rána (hojení per secundam) <input checked="" type="checkbox"/> Jiné: <u>RÁNY PO APLIKACI PERVITINŮ</u> | | |

Rozšířená stupnice Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav kůže | Zvláštní rizika | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita | Pohyblivost | Inkontinence | |
|----------------------|-------------|---------------------|---|----------------|-------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------|
| 4 • úplná | • do 10 let | • normální | • žádné | • dobrý | • bdělý | • chodící samostatný | • úplná | • kontinentní | |
| 3 • malá | • do 30 let | • suchá, šupinatá | • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus | • zhoršený | • apatický | • chodící s doprovodem | • částečně omezená | • občasná inkontinence | |
| 2 • částečná | • do 60 let | • vlhká | • sklerosis multiplex • obezita • anemie | • špatný | • zmatený | • sedící na lůžku, v křesle | • velmi omezená | • inkontinence převážně moče | |
| 1 • žádná | • 60 let + | • alergie, porušená | • onemocnění cév • kachexie • karcinom | • velmi špatný | • bezvědomí | • ležící | • žádná | • inkontinence moče a stolice | |
| Datum | | | | | | | | | Celkem |
| <u>1.12</u> | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>12</u> |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Riziko vzniku dekubitu: nízké (25 – 24 bodů) střední (23 – 19 bodů) vysoké (18 – 14 bodů)

Ošetrovatelská péče

štítek

D.V

Lokalizace: *šůla*

Druh rány: *konst. s porlákem*

| datum převazu | body dle Norton | stupeň poškození | velikost cm x cm | hloubka cm | popis rány | | | | | | | | | | materiál | | pomůcky | hodnocení / poznámky | podpis | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|------------------|---------------------------------|------------|---------------|----------|-------------|---------------|---------|---------|------------|-------|-------|--------|----------|------------|---------|----------------------|--------|------|---------|--------|---------------|-------------------|-------|--|--|--|--|--|----------------|
| | | | | | spodina rány | | | | sekrece | zápach | okolí rány | | | bolest | | macerované | | | | otok | zarudlé | klidné | v ráně trvale | jen při převazech | jiné: | | | | | | |
| | | | | | nekróza: Č/Ž* | povleklá | granulující | epitelizující | velká | střední | malá | žádná | ostrý | lehký | žádný | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.12 | 12 | IV | 5 ₄ x 3 ₃ | | | X | X | | | X | | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | <i>rány porleli, na rozpuštění FLAMIGEL 1000</i> | |
| 2.12 | 12 | IV | 10 x 10 | | | X | X | | | X | | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | <i>rány su čisti, obči mti m. k. u. d. l. i.</i> | <i>Uyobota</i> |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* NEKRÓZA: černá / žlutá, MATRACE: klasická molitanová / statická pěnová / dynamická



štítek
D.V.

Klinika / oddělení: I. INT. VIP

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA pro intenzivní péči

(vyplnit do 24 hodin po příjmu)

Diagnóza: RESPIR. INSUF., SEPTICKÝ ŠOK

Alergie: ?

Datum příjmu: 1.12 Hodina příjmu: 11 Pooperační den:

Orientace na oddělení

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> koupelna | <input type="checkbox"/> vypínač světla | <input type="checkbox"/> místa s omezeným vstupem (kuchyňka aj.) |
| <input type="checkbox"/> WC | <input type="checkbox"/> signalizační zařízení | <input type="checkbox"/> seznámen s domácím řádem (doba podávání stravy a návštěvních hodin aj.) |
| <input type="checkbox"/> telefon | <input type="checkbox"/> zábrany lůžka | <input type="checkbox"/> seznámen s právy pacientů |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> pracovní sester | |

Přijetí

Přijat odkud: IKEM

Opakované přijetí: ano ne

Rodina informována: ano ne

Fyziologické funkce při přijetí

Krevní tlak: 115/65 Puls: 118'

Srdeční rytmus: SINUS pacemaker

Tělesná teplota: AFEBR

Vědomí

| | |
|---|--|
| Orientace | Kontakt |
| <input type="checkbox"/> při vědomí | <input type="checkbox"/> bez omezení |
| <input type="checkbox"/> porucha vědomí | <input type="checkbox"/> ztížený |
| <input type="checkbox"/> bezvědomí | <input type="checkbox"/> nelze navázat |

tlumen UPV jiné:

Psychický stav

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> spolupracuje | <input checked="" type="checkbox"/> nespolupracuje |
| <input type="checkbox"/> klidný | <input type="checkbox"/> rozrušený |
| <input type="checkbox"/> orientovaný | <input type="checkbox"/> zmatený |
| <input type="checkbox"/> nelze hodnotit | |

Invazivní vstupy

centrální žilní katetr: den: 1. den

periferní žilní katetr: den: EX

arteriální katetr: den: 1. den

jiné: den:

jiné: den:

Dýchání

Potíže s dýcháním: ano ne

Jaké:

SPONTÁNNÍ

NEBULIZACE

kyslíkové brýle

maska

UPV

endotracheální rourka

tracheotomická kanyla ETC

velikost: 7,5 den: 1. den

ventilační režim: BI PAP

FiO₂: 45%

relaxace

Hydratace / Výživa

Stav hydratace: - 1 mm Hg CŽT

Zvláštnosti:

PER OS

nic /

dieta č:

ŽALUDEČNÍ SONDA, den: 1. den

na spád + ČAV

dieta:

ENTERÁLNÍ SONDA, den:

dieta: /

zvracení: /

Rány, dekubity, stomie, drény aj.

Lokalizace: TRÍSĽA

Druh rány: POVRCHOVÁ S POVLAKENÍ

Drény: 0

Dekubity: stupeň: velikost:

0 stupeň: velikost:

Riziko dle Nortonové: 12 b.
(viz druhá strana)

Bolest ZLUHENA

Lokalizace:

Intenzita (dle škály):

tlumení bolesti léky

Vyprazdňování

MOČENÍ

kontrované pacientem

pomočen (inkontinence)

permanentní katetr: den: 2. den

jiné:

STOLICE

kontrované pacientem

pokálen (inkontinence)

Datum poslední stolice: ?

charakter: V NÁS ŽATIM 0

Riziko pádu

Skóre rizika (viz druhá strana): 3

ano ne

Smyslové bariéry

problémy se zrakem:

problémy se sluchem:

problémy s řečí:

cizinec, který nerozumí česky

Pohyblivost

chodící sám

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

Pomůcky

brýle, čočky naslouchátko

zubní protéza berle, hůl

protéza vozík, chodítko

Edukace PO ODTLIVĚNÍ

Možnost edukace: ano ne

pacienta rodiny:

Téma (viz edukační záznam):

Plánované propuštění

není schopen vykonávat ADL + sebeběči

onemocnění s následky

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám nelze zhodnotit

Kontaktovat sociálního pracovníka:

ano ne

Jméno a podpis sestry: Hayato

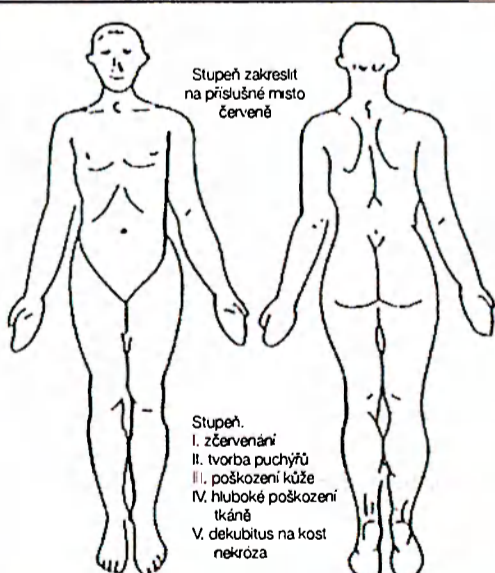
Datum: 1.12. Čas: 10

| Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living) | | | |
|--|---------|--------------------------|---|
| | činnost | provedení činnosti | bodové skóre* |
| | 1. | příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede 10 5 0 |
| | 2. | oblékání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede 10 5 0 |
| | 3. | koupání | samostatně nebo s pomocí neprovede 5 0 |
| | 4. | osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí neprovede 5 0 |
| | 5. | kontinence moči | plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní 10 5 0 |
| | 6. | kontinence stolice | plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní 10 5 0 |
| | 7. | použití WC | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede 10 5 0 |
| | 8. | přesun lůžko - židle | samostatně bez pomoci s malou pomocí vyrazí sedět neprovede 15 10 5 0 |
| | 9. | chůze po rovině | samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede 15 10 5 0 |
| | 10. | chůze po schodech | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede 10 5 0 |
| Celkem 0 | | | |
| Hodnocení stupně závislosti:** | | | |
| ADL 4) 0 - 40 bodů vysoce závislý | | | |
| ADL 3) 45 - 60 bodů závislost středního stupně | | | |
| ADL 2) 65 - 95 bodů lehká závislost | | | |
| ADL 1) 96 - 100 bodů nezávislý | | | |
| * zaškrtněte jednu z možností | | | |
| ** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku | | | |

| Rozšířená stupnice Nortonové | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|----------------------|---------------------|---|----------------|-------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Schopnost spolupráce | Věk | Stav kůže | Zvláštní rizika | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita | Pohyblivost | Inkontinence | |
| 4 | • úplná | • do 10 let | • normální | • žádné | • dobrý | • bdělý | • chodící samostatný | • úplná | • kontinentní |
| 3 | • malá | • do 30 let | • suchá, šupinatá | • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus | • zhoršený | • apatický | • chodící s doprovodem | • částečně omezená | • občasná inkontinence |
| 2 | • částečná | • do 60 let | • vlhká | • sklerosis multiplex • obezita • anemie | • špatný | • zmatený | • sedící na lůžku, v křesle | • velmi omezená | • inkontinence převážně moče |
| 1 | • žádná | • 60 let + | • alergie, porušená | • onemocnění cév • kachexie • karcinom | • velmi špatný | • bezvědomí | • ležící | • žádná | • inkontinence moče a stolice |
| 1/12 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Celkem 12 |
| Riziko vzniku dekubitu | | nízké (25 - 24 bodů) | | střední (23 - 19 bodů) | | vysoké | | | |

| Rizikové faktory pro vznik pádu |
|---|
| <input type="checkbox"/> věk 70 let a více |
| <input type="checkbox"/> pád v anamnéze |
| <input type="checkbox"/> pooperační období (prvních 24 hodin) |
| <input type="checkbox"/> závratě |
| <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém |
| <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence |
| <input type="checkbox"/> hypotenze |
| <input checked="" type="checkbox"/> problém s pohyblivostí |
| <input type="checkbox"/> dezorientace |
| <input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia) |
| Celkem 3 |
| * bez rizika (0 - 1 bodů) |
| riziko vzniku pádu (2 - 11 bodů) |
| * zaškrtněte možnosti |

| Problémy před hospitalizací |
|--|
| (informace získávejte postupně od rodiny, pokud je to možné) |

| Ranní služba <i>Štítno</i> | | Ošetrovatelská dokumentace | | Datum <i>2.12</i> | |
|---|--|---|--|--|--|
| Ošetrovatelská dg. <i>UPV</i> | | | | | |
| Vědomí orientovaný - dezorientovaný - při vědomí - somnolentní - soporozní - bezvědomí | | | | | |
| Psychika <i>UPV - klumena, relaxovaná, reaguje na obsaženi</i> | | | | | |
| Mobilita <i>imobilní</i> | | | | | |
| Dýchání Spont.D <i>UPV</i> / min. Charakter Masky - brýle O ₂ / min. sat. O ₂ Ventilátor <i>DRÄGER</i> Okruh měněn dne: <i>1.12 = 7.5.12</i> Filtr měněn dne: | | Ventilátor režim <i>3IPAP 18'BP4 40%O₂</i> Zajištění DC <i>ETC</i> Kanyla č. <i>7.5</i> Poloha L - P koutek, u č. <i>22</i> Datum 1. zavedení <i>1.12.06</i> Výměna provedena dne <i>D.P</i> | | Odsávání <i>DP</i> <i>ETC</i> <i>ETC</i> Charakter <i>krvavého spudá</i> Laváž <i>Du sliny, kleny</i> Relaxace <i>ARDUAN 4amp kond. 2ml/h</i> Tlumení <i>FEDOR kond. 5ml/h</i> | |
| Výživa p.o. Soběstačný - pomoc sestry - krmení Nauzea - zvracení | | NG/sonda <i>16</i> LND u č. <i>3,5</i> PND u č. ústa u č. datum zavedení <i>1.12</i> Set měněn <i>SAMOSPAT, UZAVŘENA</i> | | Podáváme Čaj <i>NPP - NBOUČI</i> anacid <i>u bolusové a 50ml</i> Léky | |
| Kanylace PK <i>av. roduleis de</i> | | datum zavedení <i>1/12</i> datum převazu <i>1/12</i> | | CŽK v. jug. 1. dx 3 cedy datum zavedení <i>1.12</i> datum převazu <i>2.12</i> Filtr měněn <i>1.12 = 3.12</i> | |
| Vyprazdňování <i>PMK</i> charakter moče <i>černý</i> Charakter stolice <i>nap. ? u moč. roduleis</i> datum zavedení <i>1.12</i> Poznámky Výměna bude provedena: <i>15.12.06</i> BOLEST ? melku rheotmolil klumena | | | | | |
| Hygiena Sám - s pomocí sestry Dut. ústní <i>borax glyc., stopomarin</i> Oči <i>ophthol, lacrypsin & anulen ung. NN</i> Kůže <i>prose. piana, detšy' dy</i> Polohování Rehabilitace <i>natim & ANTIDEKUB. MATRACE</i> <i>melku</i> | | | Dekubity - den vzniku & PREVENCE Ošetření - hodnocení <i>NS 125 (1.12)</i> Jiné převazy <i>PDK bondom</i> <i>TRISLA ole dekul. nošimamul</i> <i>denne</i> | | |
|  <p>Stupeň zakresit na příslušné místo červeně</p> <p>Stupeň: I. zčervenání II. tvorba puchýřů III. poškození kůže IV. hluboké poškození tkáně V. dekubitus na kost nekroza</p> | | Hodnocení → ABP, SPO ₂ kond → úly' den fibrilní, t.č. subfibrilní KONTROLA (ledy, nábovy, NOVALGIN) TT → NG5 ole napubow, t.č. uxorvema → dms Rtg STP <i>23' ASTRUP</i> <i>ZITRA</i> <i>ČST</i> <i>R nábovy</i> <i>66 3x denne</i> | | | |
| Služba Linka | | Předala: | | Převzala: | |
| MUDr. | | | | | |

| Ošetrovatelská dokumentace Odpolední služba: | Ošetrovatelská dokumentace Noční služba: |
|---|---|
| Ošetrovatelská dg. | Ošetrovatelská dg. |
| Vědomí Psychika Mobilita | Vědomí Psychika Mobilita |
| Dýchání | Dýchání |
| Výživa | Výživa |
| Kanylace | Kanylace |
| Vyprazdňování | Vyprazdňování |
| Hygiena | Hygiena |
| Hodnocení | Hodnocení |
| Předala | Předala |
| Převzala | Převzala |



Denní záznam

I.interní klinika
JIP

1

| | | |
|------------------|--|-----------------------|
| Č. pojištěnce | D.V | Příbuzní-telefon |
| Jméno | | |
| Datum 2.12 | R.C. | |
| Den pobytu 2.den | Pojišťovna | |
| Dg. hlavní | UPV - respira. infek., sekundární bronchopneumonie, zocinující MULTIORG. | číslo |
| Dg. vedlejší | JELHANI TŘI SEPT. SOK, ILEOFEM. FLEBOTROMBÓZA PDL, ABUSUS DROG | číslo |
| Hodina | Vizity a konzilia lékařů | Možný překlad: ANO NE |

1. D.V

2. den

2. 12. 06

RAMPA C:1

| PK | ČZK/ | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Výsledky: | | |
|-----------------|------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|-----------|-------|-------|
| Heparin | 1000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: | |
| I. ORCHA C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| II. ORCHA C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| III. ORCHA C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| IV. ID 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| V. ID 500 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| P.o. ID 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Sonda NGS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Sonda NGS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Moč PHK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Podané léky | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| TK 98P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| OBĚI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| DRÁGER C:1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| ANTIZEL. MIRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Stolice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |
| Tělesná teplota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ml | C.V.: |

LEDY → ZABALY → STOP

Ordinační list

| Dieta | Datum | Režim |
|----------------------|-------|---------------|
| Infúze | | |
| Injekce | | Jiné ordinace |
| Tbl.,gtts.,supp. | | |
| Odběry na příští den | | Odběry dnes |