

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BiVAD**


2005/2006

Jiřina Vinšová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.



vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat sestřičkám a doktorům z KEM, za jejich cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Také jim všem děkuji za jejich ochotnou pomoc při sbírání údajů a za zodpovězení odborných otázek.

OBSAH

A. Úvod	5
B. Klinická část	6
1. Patofyziologický obraz nemoci	6
1.1 Ischemická choroba srdeční	6
1.1.1 Nestabilní angina pectoris	6
1.1.2 Stabilní, námahová angina pectoris	6
1.2 Arteriální hypertenze	8
1.3 Srdeční selhání	9
1.4 Zařízení k podpoře funkce komory (VAD – ventricular assist device)	11
2. Základní identifikační údaje	15
3. Lékařská anamnéza a diagnózy	16
4. Přehled provedených dg. významných vyšetření	17
4.1 Diagnosticko-terapeutická péče	17
4.1.2 Vyšetření před přijetím	17
4.1.3 Základní fyziologické funkce	18
4.1.4 Laboratorní vyšetření	19
4.1.5 Další vyšetření	21
5. Přehled terapie	21
5.1 Injekční terapie	21
5.2 Perorální terapie	23
5.3 Dietoterapie	24
5.4 Fyzioterapie	24
C. Ošetrovatelská část	25
1. Ošetrovatelská anamnéza nemocné a hodnocení současného stavu	25
1.1 Subjektivní náhled na hospitalizaci	25
1.2 Základní fyziologické potřeby	25
1.3 Psychosociální potřeby	27
1.4 Existencionální potřeby	27
2. Ošetrovatelské diagnózy	29
3. Plán ošetrovatelské péče	30
4. Edukace	40

5. Závěr a prognóza	41
D. Seznam použité literatury	42
E. Seznam příloh	43
Přílohy	

A. ÚVOD

Bakalářskou práci jsem zpracovávala na oddělení RES na klinice kardiovaskulární chirurgie Institutu klinické a experimentální medicíny. Pro toto oddělení jsem se rozhodla po mé předchozí kladné zkušenosti s tímto oddělením, které jsem poznala jako studentka v rámci své praxe. Zde jsem se vzhledem k odbornosti a specializaci naučila mnoho nových věcí. Práce na tomto oddělení se mi velmi líbila.

Pro svoji práci jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces u pana F.Č., profesor, ing., se základní diagnózou ICHS, dysfunkcí obou srdečních komor. Prodělal terminální fázi chronického srdečního selhání, proto byl zařazen jako urgentní pacient na čekací transplantací listinu. Kvůli urgentnímu stavu mu byl proveden operační výkon BiVAD (biventrikulární mechanická srdeční podpora). Nyní čeká na srdce od vhodného dárce. Informace o svém pacientovi jsem měla možnost získávat po celou dobu mého působení na tomto oddělení. Se svým pacientem jsem se dostala do kontaktu již třetí týden po výkonu. I přes to jsem se rozhodla o tomto pacientovi zpracovávat svoji ošetrovatelskou kazuistiku. Doposud jsem se s problematikou umělého srdce nesečkala, proto mě z ošetrovatelského hlediska velmi zaujala. Se shromažďováním informací o mém pacientovi mi ochotně pomáhaly sestřičky na zdejší oddělení. A mé odborné otázky mi zodpovídali ochotně i lékaři.

Pan F.Č. byl přeložen na toto oddělení z nemocnice Na Homolce, kde byl hospitalizován od ledna 2006 pro progresi srdečního selhávání a maligní arytmii. V průběhu hospitalizace byl jeho stav komplikován CMP ischemické etiologie s levostrannou symptomatologií. Na oddělení RES byl převezen 10.3.2006 s úvahou jako kandidát na transplantaci srdce. Po podrobném vyšetření byl shledán jako urgentní kandidát k transplantaci srdce. Kvůli epizodám maligních arytmií byl indikován k výkonu BiVAD, na podkladě základní diagnózy ICHS s dysfunkcí obou srdečních komor. Operován byl hned ten samý den po vyšetření 10.3.2006 a na oddělení RES je hospitalizován již třetí týden. Během svého pobytu na tomto pooperačním oddělení jsem se o pacienta starala pod vedením zkušených sester z oddělení. I po mé týdenní praxi je pan F.Č. i nadále hospitalizován na tomto oddělení a čeká na transplantaci vhodného srdce.

B.KLINICKÁ ČÁST

1. PATOFYZIOLOGICKÝ OBRAZ NEMOCI

1.1 Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS)

ICHS je velmi časté onemocnění, postihuje stále mladší věkové skupiny. U mužů je asi pětkrát častější než u žen. Má různé klinické formy.

Příčinou ICHS jsou chorobné změny věnčitých tepen (koronárního krevního řečiště), především zúžení věnčitých tepen. Zúžení vzniká na podkladě aterosklerózy. Důsledkem toho je nedostatečné prokrvení srdečního svalu a nedostatečný přívod kyslíku do myokardu. Tím dochází ke vzniku hypoxie myokardu (ischémie). Někdy dojde k úplnému uzavěru věnčité tepny nebo její větve. Klinický obraz je pro každou formu ICHS odlišný.

Rizikové faktory aterosklerózy:

- Rodinný výskyt kardiovaskulárního onemocnění (srdeční infarkt, náhlé úmrtí, cévní mozková příhoda)
- Hyperlipoproteinémie
- Arteriální hypertenze
- Kouření cigaret
- Diabetes mellitus
- Obezita

1.1.1 Nestabilní angina pectoris

Projevuje se typickou stenokardickou bolestí, která se často opakuje. Ale na EKG nebo v laboratorních nálezech nejsou jasné známky svědčící pro akutní infarkt, ve který může přejít. Proto patří mezi varovné příznaky a nemocný je přijímán do nemocniční péče.

1.1.2 Stabilní, námahová angina pectoris

Angina pectoris se projevuje typickou náhle vzniklou anginózní bolestí (stenokardie) na prsou. Je způsobená nedostatečným přívodem krve do myokardu a jeho následnou hypoxií. Kdežto stabilní angina pectoris se projevuje ojedinělými anginózními záchvaty, které vznikají v určitých situacích. Nejčastěji vzniká po fyzické námaze nebo nezvyklé psychické zátěži, chlad. Bolest trvá krátce, nanejvýš několik minut.

Vyšetřovací metody

- Klinické vyšetření – kratší trvání bolesti
- Laboratorní vyšetření – kardi specifické enzymy
- Elektrokardiografické (EKG) vyšetření – odchylka úseku S-T od izoelektrické úrovně (deprese což je snížení nebo elevace - zvýšení úseku S-T)
- Holterovo monitorování EKG
- Scintigrafické vyšetření thaliem – radionuklidová vyšetřovací metoda, která zjišťuje vychytávání thalia v srdci. Zdravé srdce thalium vychytá ihned, srdce postižené ischemií opožděně a srdce postižené nekrotizací a fibrózou vůbec.
- Echokardiografické vyšetření – v době bolesti se projeví přechodná porucha stažlivosti levé komory v místě ischemie, posouzení celkového rozsahu ischemického poškození srdce a srdeční funkce. Rozpoznání perikardiálního výpotku, vady chlopní, vrozené srdeční vady.
- Zátěžové EKG (ergometrické vyšetření)
- Selektivní koronarografie – invazivní vyšetřovací metoda, kdy se vstříkne rentgenová kontrastní látka cíleně pomocí katétru přímo do koronárních tepen

Léčba

Konzervativní léčba:

Cílem je zabránit vzniku akutního infarktu myokardu a náhlé smrti. Spočívá v dodržování klidového režimu a úpravou antianginózní léčby, podávání kyslíku. Nejčastěji se podávají tyto léky: nitráty, heparin, Anopyrin či Acylpyrin, betablokátory.

Invazivní léčba:

Perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA)

Rozšiřování zúženého místa věnčité tepny pomocí balónku, který se zavádí přes arteria femoralis. Balónek se zavede do místa zúžení, kde se nafoukne (na EKG se objeví deprese úseku ST), a tím se aterosklerotický plát rozruší.

Koronární rotablace

Odstranění aterosklerotického plátu z věnčité tepny pomocí speciálního katétru, který má na konci olivku pokrytou diamantovým prachem. V místě zúžení pak rotuje až 1600krát/min., zavádí se přes arteria femoralis.

Kardiologická léčba – operace aortokoronární spojky

Tato léčba se indikuje u nemocného s prokázaným aterosklerotickým onemocněním věnčitých tepen, u kterých nebyla účinná léčba medikamentózní nebo není vhodná léčba katetrizační. Jde o přemostění tzv. chirurgické stenózy věnčité tepny žilním nebo volným tepenným štěpem. Jeden konec štěpu se implantuje do stěny aorty a druhý pod zúžené místo věnčité tepny. Používá se vena saphena z dolní končetiny nebo arteria mammaria. Při použití prsní tepny se její periferní konec napojí přímo pod zúžené místo, není nutná anastomóza s aortou.

Prognóza: po náhradě věnčité tepny aortokoronárním bypassesem přežívá 80-90% nemocných.

1.2 Arteriální hypertenze

Za hypertenzi se považuje zvýšení krevního tlaku (dále jen TK) na hodnoty $\geq 140/90$ mmHg

Etiologická a patogenetická klasifikace

- Primární (esenciální) hypertenze – multifaktoriální příčina
- Sekundární hypertenze, jako příznak nějakého onemocnění – renální hypertenze, endokrinně podmíněná hypertenze atd.

Klasifikace podle hodnoty TK

- Mírná hypertenze – TK 140-159/90-99 mmHg
- Středně těžká hypertenze – TK 160-179/100-109 mmHg
- Těžká hypertenze – TK $\geq 180/110$ mmHg

Klasifikace podle vývojových stádií

- Stadium I: prosté zvýšení TK bez orgánových změn
- Stadium II: s orgánovými změnami např.: hypertrofie levé srdeční komory, proteinurie, mikroalbuminurie, aterosklerotické změny na karotických tepnách, avšak bez výraznější poruchy funkce postižených orgánů.
- Stadium III: orgánové změny se zřetelnou poruchou nebo selháním funkce postižených orgánů, např. jednostranné srdeční selhání, cévní mozková příhoda.
- Stadium IV: maligní hypertenze – náhlý vzestup TK, fibrinodínová nekróza arteriol a malých arterií. Bývá provázená retinopatií až neuropatií, renálním selháním (maligní nefroskleróza), rozvíjející se jednostranné selhání.

Příčina:

- genetické faktory
- vlivy zevního prostředí (nadměrné solení, nedostatečný příjem draslíku, vápníku, obezita, alkohol, chronický stres)
- poruchy vnitřních regulačních mechanismů
 - vazopresorické (zvyšují TK): katecholaminy (adrenalin, noradrenalin, dopamin), systém renin-angiotenzin II-aldosteron, mineralokortikoidy, lysin-vazopresin ...
 - vazodepresorické (snižují TK): vazodilatační prostaglandiny, prostacyklin, natriuretické faktory

Vyšetřovací metody:

- cilená anamnéza
- fyzikální vyšetření, včetně pohmatu a poslechu periferních tepen
- změření TK vsedě i vstoje, při prvním vyšetření i na dolních končetinách
- moč a močový sediment
- natrium, kalium, kreatinin, glykémie
- EKG
- celkový cholesterol
- vyšetření očního pozadí

Léčba

- nefarmakologická: redukce tělesné hmotnosti, snížit příjem sodíku na 5-6g/den, snížení příjmu alkoholu max. 30g/den, nekouřit, dieta, fyzická aktivita, vynechání léků které vedou k retenci sodíku a vody (nesteroidní antirevmatika, sympatomimetika, kortikoidy, hormonální antikoncepce)
- farmakologická: začíná se monoterapií antihypertenziv (diuretika, Beta-blokátory, inhibitory ACE, Blokátory kalciového kanálu, přímá vazodilatacia)

1.3 Srdeční selhání

Při srdečním selhání není srdce schopné přečerpávat dostatečné množství krve, pro zajištění dostatečného okysličení jednotlivých tkání a orgánů. Dle vyvolávající příčiny, můžeme

srdeční selhání rozdělit na levostranné nebo pravostranné. Selhání nakonec postihuje srdce celé.

Komplikace srdečního selhání:

- poruchy srdečního rytmu
- náhlá srdeční smrt
- plicní edém
- selhání ledvin
- neschopnost zvládat fyzickou námahu
- zažívací a metabolické potíže
- tromboembolická nemoc

Příčiny srdečního selhání:

- infarkt myokardu
- kardiomyopatie
- hypertenze
- nedomykavost chlopní
- anémie
- tyreotoxikóza

Diagnostika: viz vyšetřovací metody u ICHS, dále Astrup

Péče:

- podání kyslíku
- monitorování EKG
- zajištění žilního přístupu
- podávat léky: ACE inhibitory, vazodilatancia, beta blokátory, antiarytmika
- sledování vitálních funkcí a saturace

Léčba

1.Režimová a dietní opatření

- snížení tělesné hmotnosti

- omezení solení
- abstinence alkoholu a kouření
- přiměřené tělesné cvičení

2. Farmakoterapie

- inhibitory ACE
- diuretika
- digoxin
- β-blokátory
- vazodilatancia
- antikoagulancia
- amiodaron

3. Chirurgická a podpůrná přístrojová léčba

- chirurgická (CABG) katetrizační (PTCA) revaskularizace myokardu
- kardiostimulace, implantabilní kardiovertery/defibrilátory
- očist'ovací metody: ultrafiltrace, hemodialýza
- transplantace srdce

Edukace:

Poučit pacienta o známkách ICHS nebo srdečního selhání, jaké léky bude užívat a jaké dietní zásady bude dodržovat. Měl by se denně vážit a dbát na správnou výživu, neměl by kouřit, omezit příjem alkoholu (snižuje stažlivost myokardu). Chodit na pravidelné kontroly k lékaři. Vysvětlit nemocnému prospěšnost cvičení, lépe bude snášet námahu. Měl by mít i dostatek odpočinku. Je potřeba řádným rozhovorem s nemocným a jeho rodinou dosáhnout jejich spolupráce. Podpůrné skupiny pro pacienty s podobným typem onemocnění.

1.4 Zařízení k podpoře funkce komory (VAD – ventricular assist device)

VAD je schopno převzít práci selhávajícího srdce a zajistit zásobování těla krví a kyslíkem, zatímco srdce odpočívá a zotavuje se nebo dokud není k dispozici vhodné dárcovské srdce pro transplantaci.

Jsou různé typy VAD. Všechny vedou krev mimo srdce přítokovou trubicí do náhradního zařízení, které ji vhání zpět do velkých tepen.

Pumpa poháněná elektricky, pneumaticky nebo pomocí centrifugy, je implantovaná do břicha nebo je mimo tělo pacienta.

Thoratec – VAD

Základní komponenty:

- pumpa – flexibilní pumpující komora (polyuretanový vak) v plastickém pouzdře
- mechanické chlopně uvnitř pumpy (zajišťují jednosměrný tok krve)
- kanyly (spojení pumpy s kardiovaskulárním systémem)
- pneumatický pohon (elektricky napájený kompresor)

Funkční režimy: automatický (objemový) režim

fixed-rata (asynchronní režim)

režim synchronní s R kmitem

Tepový objem: 65ml

Maximální srdeční výdej: 7l/min

Srdeční index: 3,5-4,0l/min/m²

KI: sepse, závažná cerebrovaskulární příhoda, malignita, ireverzibilní ledvinové nebo jaterní selhání, aktivní infekce (dekubity, plicní infekce...), nedávno proběhlá plicní embolie nebo krvácení do gastrointestinálního traktu, významná plicní hypertenze, významné periferní cévní postižení, neadekvátní psychosociální podpora

Popis přístroje:

Mechanický podpůrný systém (VAD) od firmy Thoratec, skládá se ze 3 hlavních částí: krevní pumpa, kanyly a řídicí konzoly. Zajišťuje částečnou či úplnou pomoc při oběhu, kdy vlastní srdce za průběhu konvenční léčby není schopno udržet přiměřený krevní oběh k výživě životně důležitých orgánů. Podpora pracuje tak, že krev proudí z vlastního srdce do pumpy, která pumpuje pulsující proud zpět do těla.

Krevní pumpa

Umístěná na přední břišní stěně je protetická komůrka, kterou tvoří hladká, bezešvá pumpující komora uzavřená v pevném pouzdře. Uvnitř jsou dvě mechanické chlopně, které směřují krevní proud přes krevní pumpu. Plicní spínač zaznamenává, když se VAD naplní krví a automaticky signalizuje konzole, aby z pumpy krev vypudila.

Kanyla a kanylace

Krev proudí do VAD přes siňovou nebo komorou kanylu a z VAD přes tepennou kanylu.

Komorové a tepenné kanyly jsou zpevněny drátem, aby se zabránilo jejich zalomení.

Vyztužená část je pokryta velurem pro podporu prorůstání tkání a prevenci infekcí.

BIVAD = podpůrný oboukomorový přístroj

Levá podpora srdce je dosažena kanylací ouška levé síně přes mezisiňový žlábek nebo hrotem

levé komory, s návratem proudu krve protézou napojenou na vzestupnou aortu. Kanylace

pravé síně – podpora pravého srdce s návratem krevního toku přes protézu napojenou na

plicní tepnu.

Konzola – dvojitá řídicí

Skládá se ze dvou nezávislých řídicích modulů pro levou a pravou komorovou podporu.

Pacient s BiVAD potřebuje oba moduly. Konzola zabezpečuje tlak vzduchu nutný

k vypuzování krve z pumpy do tepenného systému a dodává vakuum nutné k plnění pumpy

krví. Plný tepový objem 65ml je možný od 20 do 110 úderů za minutu, s výkony od 1,2 do

7,2l/min.. Konzola automaticky vypočítává výkon VAD. Např. rychlost VAD

60úderů/minx65ml tepových objemů = 3,9l/min

Tři způsoby kontroly:

•Async = fixní

Zadá se rychlost, která není synchronní se srdeční činností.

•Volume (automatický)

Není synchronní se srdeční činností, rychlost VAD automaticky odpovídá změnám

fyziologických podmínek. Jakmile se pumpa zcela naplní krví, plnicí spínač VAD signalizuje

konzole, aby začala vypuzovat krev z pumpy. Rychlost a výkon VAD se liší v závislosti na

změnách v předtížení pumpy.

•ExtSync (synchronní)

Je synchronní se srdeční činností, při vypuzování z VAD spuštěným vlnou R na EKG. Plnění

pumpy se shoduje se srdeční systolou, během diastoly dochází k vypuzování pumpy.

Pooperační péče:

Podobná jako u pacienta s umělou chlopní. Monitorování vitálních funkcí. Sledování

výsledků z krevního obrazu, množství moči, dále výkon VAD, výkon srdce. Monitoring VAD

– záznam výstupu a rychlosti VAD, při úplném naplňování sledovat plnicí světlo (zelené) na konzole. Při úplném vypuzování sledovat pumpu (test s baterkou), poslouchat VAD (změny zvuku mohou signalizovat možné problémy).

Rehabilitace pacienta:

- extubace, mobilizace pacienta, odpojit a přerušit i.v. léčbu, snížit frekvenci vyšetřování krve a rtg hrudníku, přerušit invazivní monitoring
- polohování po 2-4hod.
- za 1-5 dní – fyzická terapie, aktivní pohyblivost, sed v křesle, chůze
- za 5 dní VAD – chůze po chodbě, ze schodů, rotoped
- po 3 měsících – pohyblivost proti odporu
- nutriční podpora – zvýšená kalorická strava
- psychologická podpora: poučit pacienta a jeho rodinu, aktivní zapojení rodiny – rozšířené návštěvní hodiny
- individualizovaný denní režim – spolupráce s pacientem
- překlad z JIP na standard
- emocionální podpora

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

pohlaví: muž

jméno: F.Č.

oslovení: pane profesore

věk: 54 let

rodné číslo: 520223/284

adresa: Praha 4 - Lhotka

stav: ženatý

kontaktní osoba: manželka, dcera

pojišťovna: 207

povolání: proděkan na stavební fakultě

vzdělání: ČVUT

náboženství: katolík

alergie: neudává

dieta: kašovitá

příjem: 10.3. 2006

datum mého ošetřování: 3.4.-7.4..2006

(1, 2)

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

a) Lékařská anamnéza

I.RA: matka 80 let, otec zemřel v 72-letech na srdce (AIM), má jednoho bratra, ten je zdravý, dvě děti (2 dcery) vážněji nestonaly

II.PA: pracuje jako proděkan na stavební fakultě

III.OA: běžná dětská onemocnění, hypertoniik, stp. fr. levého bérce, 2001 nemoc 3 tepen, v 12/05 implant. ICD, 21.1.2006 CMP s levostrannou plegii a dysartrií, 22.1.2006 recidiva IM

IV.SA: ženatý, žije spolu se svojí manželkou a dcerou

V.AA: neudává

VI.NO: přichází k plánované operaci, nekrvácí, mikce a stolice v normě

VII.FA: Betaloc, Sortis

(1, 2)

b) Lékařské diagnózy

- ICHS, terminální fáze srdečního selhávání, arytmie
- St.p.CMP ischemické s levostrannou symptomatologií
- St.p. implantaci ICD
- St.p. IM
- Hypertenze

(2)

4. Přehled provedených dg. významných vyšetření

4.1 DIAGNOSTICKO TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1.1 VYŠETŘENÍ PŘED PŘIJETÍM

krevní obraz

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 6.3.06	Referenční jednotky
Leukocyty	11,6x10 ⁹ /l	4,0-10,0 ↑
Erytrocyty	3,64x10 ¹² /l	4,00-6,00 ↓
Hemoglobin	94 g/l	135-180 ↓
Hematokrit	0,272 l	0,380-0,490 ↓
Stř. obj. ery	74,7 fl	80,0-97,0 ↓
Barvivo ery	25,9 pg	28,0-32,0 ↓
Stř. barev. kon	338,00 g/l	310-360
Trombocyty	291x10 ⁹ /l	130-400
Lymfocyty	1,290 l	0,666-4,100 ↑
Eosinophily	0,000 l	0,000-0,500 ↓
Monocyty	0,630 l	0,000-1,000 ↑
Basofily	0,010 l	0,000-0,150

Koagulační vyšetření

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 6.3.06	Referenční jednotky
Qt-Pacient	17,2 sec	10,0-15,0 ↑
Qt-Normal	13 sec	10,0-15,0
Quick test %	60 %	80-120 ↓
Quick test INR	1,4	0,8-1,2 ↑

Minerály a osmolalita

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 6.3.06	Referenční jednotky
Na	132,4 mmol/l	136-145
K	4,28 mmol/l	3,80-5,40



Chloridy	100,9 mmol/l	98-107
Ca	2,35 mmol/l	2,10-2,55
P	1,31 mmol/l	0,87-1,45
Mg	0,76 mmol/l	8,9-30,6
Fe	19,6 umol/l	34,0-83,0

CT mozku z 6.3.06

Ischemické ložisko vpravo v povodí ACM, mírná atrofie mozkové tkáně. Pokročilá ateroskleróza intra a extrakraniálních mozkových plen.

Krevní skupina 0, Rh negativní.

Serologie

Anti HAV IgM negat., HbsAg negat., anti HCV negat

Echokardiografie

LK enormě dilatovaná, dysfunkční, akineza hrotu, přední a spodní stěny, dilatace LS, mitrální regurgitace, PK dilat., dysfunkční, EF PK okolo 20%, EF LK 20-25%, perikard bez výpotku

4.1.2 ZÁKLADNÍ FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

V operační den 10.3.2006

- stav vědomí: při vědomí, orientovaný, komunikace nonverbální, snaha o spolupráci
- zornice a fotoreakce normální
- dech: 16-22/min
- krevní tlak: 100/60
- puls: 106', pravidelný
- TT: 36,8
- FiO₂: 0,61
- SpO₂: 98%
- Kyslík podáván nazální maskou, po operaci OTI
- váha: 93kg
- výška: 193cm

(2)

4.1.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

krevní obraz

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 3.4.06	Referenční jednotky
Leukocyty	14,3x10 ⁹ /l	4,0-10,0
Neutrofilly	11,000x10 ⁹ /l	2,000-7,800
Lymfocyty	2,000x10 ⁹ /l	0,666-4,100
Monocyty	0,900x10 ⁹ /l	0,000-1,000
Eosinofily	0,300x10 ⁹ /l	0,000-0,500
Basofily	0,100x10 ⁹ /l	0,000-0,150
Erytrocyty	2,86x10 ¹² /l	4,00-6,00
Hemoglobin	87g/l	135-180
Hematokrit	0,253 ob. podíl	0,380-0,490
MCV	88,3 fl	80,0-97,0
MCH	30,2 pg	28,0-32,0
MCHC	342 g/l	310-360
RDW	14,9 %	11,0-16,0
Trombocyty	350 x10 ⁹ /l	130-400
Objem Thr	7,9 fl	7,8-11,5
Destičkový HMT	0,275 ob. podíl	0,190-0,360
Neutrofilly %	77,6 %	48,0-75,0
Lymfocyty %	13,8 %	20,0-40,0
Monocyty %	6,2 %	3,0-10,0
Eozinofily %	1,9 %	0,0-5,0
Basofily %	0,5 %	0,0-1,0

krevní obraz

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 4.4.06	Výsledky, jednotky z 5.4.06	Referenční jednotky
Leukocyty	20,0x10 ⁹ /l	17,6x10 ⁹ /l	4,0-10,0
Neutrofilly	16,710x10 ⁹ /l	14,960x10 ⁹ /l	2,000-7,800
Lymfocyty	2,000x10 ⁹ /l	1,510x10 ⁹ /l	0,666-4,100
Monocyty	1,210x10 ⁹ /l	1,060x10 ⁹ /l	0,000-1,000
Eosinofily	0,010x10 ⁹ /l	0,060x10 ⁹ /l	0,000-0,500

Basofily	0,020x10 ⁹ /l	0,010x10 ⁹ /l	0,000-0,150
Erytrocyty	2,87x10 ¹² /l	2,55x10 ¹² /l	4,00-6,00
Hemoglobin	87g/l	77g/l	135-180
Hematokrit	0,249 ob. podíl	0,219 ob. podíl	0,380-0,490
MCV	86,6 fl	85,9 fl	80,0-97,0
MCH	30,1 pg	30,3 pg	28,0-32,0
MCHC	348 g/l	352 g/l	310-360
RDW	15,7 %	15,5 %	11,0-16,0
Trombocyty	329x10 ⁹ /l	294x10 ⁹ /l	130-400
Objem Thr	8,3 fl	8,2 fl	7,8-11,5
Destičkový HMT	0,271 ob. podíl	0,239 ob. podíl	0,190-0,360
Neutrofilly %	83,7 %	85,1 %	48,0-75,0
Lymfocyty %	10,0 %	8,6 %	20,0-40,0
Monocyty %	6,1 %	6,0 %	3,0-10,0
Eosinofily %	0,1 %	0,3 %	0,0-5,0
Basofily %	0,1 %	0,1 %	0,0-1,0

Koagulační vyšetření

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 3.4.06	Výsledky, jednotky z 4.4.06	Referenční jednotky
Qt-Pacient	34,8 sec	37,0 sec	10,0-15,0 ↑
Qt-Normal	12 sec	13 sec	10,0-15,0
Quick test %	25 %	19 %	80-120 ↓
Quick test INR	3,0	2,9	0,8-1,2 ↑

Astrup-odběr venózní krve

Název vyšetření	Výsledky, jednotky z 3.4.06	Výsledky, jednotky z 4.4.06	Výsledky, jednotky z 5.4.06	Referenční jednotky
Saturace	0,71	0,712	0,727	
PO ₂	5,08	4,55	4,87	9,5-14,5 kPa
pH	7,454	7,40	7,39	7,35-7,4
BE	+4,0	+1,4	+1,2	+(-)3mmol/l

PCO ₂	5,51	5,69	5,36	4,6-5,6 kPa
HCO ₃	28	25,8	25,7	
Na	131	132	132	130-145 mmol/l
K	39	4,5	4,1	3,8-5,4 mmol/l
Hb	85	92	81	135-180 g/l
Hmt	0,26	0,29	0,25	0,380-0,490
Cl	101	98	97	96-107
Ca ²⁺	1,14	1,17	1,18	2,25-2,73 mmol/l
Laktát	0,8	1,4	1,4	do 5 mmol/l
Glykémie	6,5	7,0	5,7	3,5-6 mmol/l

(2)

4.1.4 DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Echokardiografie

Pleurální výpotek oboustranně, více vpravo. Snížená pohyblivost bránice bilat..

EKG

Rychlejší sinusová akce.

RTG srdce a plíce

Levé plicní křídlo je překrveno, přetrvává plošná atelektáza v levém středním plicním poli.

Malé množství tekutiny v levém hemithoraxu.

(2)

5. PŘEHLED TERAPIE

5.1 Injekční terapie

Actrapid 50i/50ml, Inzulín lidský

IS: antidiabetikum, inzulín biosyntetický humánní

NÚ: hypoglykemie při špatné dietě nebo větší fyzické zátěži

Cordarone 4amp/50ml, Amiodaron

IS: antiarytmikum

NÚ: depozita v rohovce, symptomatická bradykardie, fotosenzibilizace, ↑ hladin T4, intersticiální pneumonitidy, senzitivní a motorická neuropatie, mírné zažívací potíže (nauzea, zvracení...)

Diazepam 5mg

IS: anxiolytikum

NÚ: Neuropsychické poruchy (spavost, ataxie, vertigo, bolesti hlavy, poruchy zraku a spánku), GIT obtíže. Při vysokých dávkách a dlouhodobém podávání může vést k poškození funkce jater a ledvin (mikce).

KCL 7,45%/50ml, Chlorid draselný

IS: káliový přípravek

NÚ: nejsou uvedeny

Kyselina askorbová, Acidum Ascorbicum

IS: antioxidant

NÚ: Kyselina askorbová je dobře tolerována. Podávání vysokých dávek může mít nežádoucí účinky. Může dojít k zvýšenému výskytu trombotických epizod, u pacientů s nedostatkem glukózo-6-fosfátdehydrogenázy k hemolýze. Tvorba renálních kalkulů, hyperoxalémie, glykosurie. U predisponovaných osob se může urychlit vznik akutní artritidy. Vzestup vylučování oxa-látů močí vyvolává někdy pocit pálení při močení, přechodně průjmy z exkrece do střeva. Podávání vysokých dávek může ojediněle vyvolat úzkost, zhoršený spánek a agresivitu. U alergických osob mohou se objevit kožní reakce až astmatický záchvat. Lokální bolestivost při s. c. a i. m. podání.

MgSO₄ 10%, Magnesium Sulfuricum Biotika 10%

IS: myorelaxans, homeostatikum

NÚ: periferní vazodilatace s hyperemií, pocení, pokles krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, svalová slabost, hypotermie, somnolence, nauzea

Mucosolvan, Ambroxol

IS: expektorans, mukolytikum

NÚ: nevolnost, bolesti v břiše, alergická reakce, otoky, zarudnutí, dušnost, horečka s třesavkou, suchost v ústech, zvýšená nosní sekrece, zácpa, obtíže při močení

Sufenta 2amp/50ml, Sufentanyl

IS: analgetikum

NÚ: opioid tlumící CNS, deprese, apnoe, bradikardie, hypotenze, nauzea, zvracení, závratě

Infuze:

Ringer ¹/₁ 500ml

Fyziologický roztok 100ml + Cordarone 2amp.

Fyziologický roztok 100ml + Kyselina ascorbová

Albumin 5% 250ml

Infuze kapaly přes zavedený CŽK do v. subclavia dx.

5.2 Perorální terapie

ACC long, Acetylcystein

IS: expektorans, mukolytikum

NÚ: vzácně pálení žáhy, nevolnost, zvracení, průjmy, bolesti hlavy, tinitus, alergická reakce, tachykardie, hypotenze, bronchospasmus u astmatiků

Furon 40-40-40, Furosemid

IS: diuretikum

NÚ: hyponatremie s apatií, ztráta chuti k jídlu, zvracení, spavost, dezorientace, hypohyperkalemie, poruchy srdečního rytmu

Helicid 20-20-20, Omeprazol

IS: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

NÚ: dyspeptické obtíže, bolesti hlavy, průjem, nucení na zvracení, plynatost, vyrážka, svědění, závratě, obtížné usínání, bolestivost kloubů a svalů, svalová slabost, zmatenost, zánět ledvin a jater, horečka, alergická reakce, zvýšené pocení, neostře vidění

Seropram 20mg-0-0, Citalopram

IS: antidepresivum

NÚ: nauzea, vomitus, zvracení, funkční sexuální poruchy

Verospiron 25-0-0, Spironolakton

IS: diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum

NÚ: u muže u dlouhodobého užívání poruchy potence, GIT potíže

Warfarin 3mg

IS: antikoagulanc

NÚ: zvracení, nevolnost, průjem, vypadávání vlasů, kožní otok

(2)

5.3 Dietoterapie

- Kašovitá – vzhledem k celkovému stavu pacienta, aby ji mohl bez obtíží spolknout.

5.4 Fyzioterapie

Z počátku měl pan Č. klid na lůžku (0 operační den). Kvůli komplikacím spojených s operačním výkonem začal se cvičením o něco déle, než je obvyklé. Na pooperační oddělení za ním docházela rehabilitační sestra, která přizpůsobovala cvičení pacientovu stavu. Na oddělení docházela každý den dvakrát. Kvůli levostranné hemiparéze, byla veškerá manipulace s panem Č. velmi obtížná. Cvičení bylo spíše pasivní.

(1, 2)

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PACIENTA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Pacientův současný stav a jeho vývoj jsem měla možnost sledovat po dobu mé praxe ve dnech 3.4.-7.4.2006.

1.1 SUBJEKTIVNÍ NÁHLED NA HOSPITALIZACI

Na pooperační kardiologické oddělení byl pan Č. přijat 10.3.2006 kvůli zhoršujícímu se stavu a nutnosti operačního výkonu tzv. BiVAD. S tímto výkonem byl obeznámen. Při příjmu stp. po prodělané CMP z ledna tohoto roku a se známkami srdečního selhávání, které se projevovalo arytmiemi na EKG. S plánovaným operačním výkonem souhlasil. Nyní je pan Č. na BiVAD a je zařazen jako urgentní pacient do čekací transplantací listiny.

Pacient byl částečně při vědomí (somnolence), anamnestické údaje jsem získávala od samotného pacienta i přes jeho nepříznivý celkový zdravotní a psychický stav (kývání hlavou ano, ne), ty jsem si dále doplnila rozhovorem s jeho ženou.

(1, 2)

1.2 ZÁKLADNÍ FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

Dýchání

Pan Č. je nekuřák. Před hospitalizací neměl žádné výrazné problémy s dýcháním. Nyní se u něho projevuje občasná hyperventilace (dechy 38-52/min) spojená s komorovou tachykardií. Je napojen na UPV s režimem SIMV, dýchá spontánně, zavedená tracheostomická kanyla č.9 (dále už jen TSK). Jinak je jeho dechová frekvence v rozmezí 16-28 dechů.

Výživa

Byl zvyklí jíst 5krát denně jídlo od své ženy. Ve svém jídle se nijak neomezoval. Mezi jeho oblíbená jídla patří králík, svíčková a saláty. Nikdy žádnou dietu nedržel. Váží 93kg, jeho BMI je 25. Tady v nemocnici má předepsanou kašovitou dietu.

Hydratace

Pan Č. je zvyklí vypít za den okolo 2l tekutin. Nejrady má čistou vodu nebo obyčejnou minerálku. Tady v nemocnici je odkázán na pomoc od druhých. Je schopen přijímat tekutiny per os. Dostává napít dle jeho potřeby. Pan Č. je sice při vědomí, ale po prodělané CMP a zavedené TSK není schopen s námi komunikovat slovně. Je potřeba se ho často ptát jestli nemá žízeň.

Vyprazdňování

Moče: pan Č. neměl doma žádné obtíže spojené s močením. Nyní má zavedený permanentní močový katétr (dále jen PMK), přes který močí. Moč je žlutá, bez patologických příměsí. Sledovaná hodinová diuréza, při jejích nízkých hodnotách je podáván FSM i.v.
Stolice: nikdy netrpěl zácpou, byl zvyklí se vyprazdňovat každý den. Nyní má stolici spíše průjmovitou, objemnou a tmavě zbarvenou. Stolice vícekrát za den (2-3krát).

Spánek a odpočinek

Spal denně okolo 8 hodin. V období před hospitalizací se u něho objevily potíže se spánkem, spal jen 2-3 hodiny za noc. Přes den nespál vůbec.
Nyní ospává i přes den, je unavený a také díky podávání Sufenty a jeho celkovému zdravotnímu stavu.

Tělesná aktivita

Doma byl pan Č. naprosto soběstačný, rád si vyšel na procházky se svou ženou. Většinu času přes den trávil ve své práci. Nyní stp. po CMP s levostranou plegií, tlumen Sufentou a díky BiVAD je zcela upoután na lůžku. Jeho veškerá aktivita za den je spíše pasivní RHB. Pravou polovinou těla je schopen hýbat sám, ale díky tlumení a celkovému stavu moc nespolupracuje. Je plně odkázán na pomoc druhých. Pravidelné polohování, antidekubitární matrace. ADL dle Barthela vyšel na 10 bodů, jedná se o vysoce závislého pacienta.

Teplo a pohodlí

U pana Č. se objevily subfebrilie až horečky, rozmezí TT 36,1-39,5. Proto byl chlazen pomocí sáčků s ledy a ventilátorem. Pokud mu bylo velké teplo, občasné otvírání okna a větrání. Při vysokých horečkách podán Neodol. Horečka do hodiny ustoupila.

Bolest

Před svojí hospitalizací si doma nestěžoval na bolest. Nyní pan Č. neudává žádnou bolest (podávána Sufenta).

Hygiena a stav kůže

Denně se každý sprchoval. Tady v nemocnici je odkázán na hygienu na lůžku. Hygiena je provázena 2-krát denně. Při teplotě je jeho kůže opocená, dle potřeby ji omývá vlažnou vodou. Jeho pokožka je spíše suchá, je potřeba ji promazávat. Její celistvost je narušena četnými invazivními vstupy, pooperační jizvou a zavedenými kanylami BiVAD do dutiny hrudní. Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové vyšlo na 16 bodů, zvýšené riziko vzniku dekubitu.

Sexuální potřeby

Tato otázka nebyla položena.

(1, 2, 3)

1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY**Bezpečí a jistota**

Pan Č. je zvyklý bydlet se svojí ženou a dcerou v jejich rodinném domě. Byl zcela soběstačný a nezávislí na pomoci druhé osoby. Zvyklý dělat si vše sám. Nyní stav po CMP s levostrannou plegií, která ho omezuje v jeho běžných denních činnostech.

Láska a sounáležitost

Je zvyklí na každodenní přítomnost své ženy a dcery, které ho navštěvují i několikrát denně. Je na něm vždy vidět, že ho návštěva jeho blízkých osob vždy potěší.

(1, 2, 3)

1.4 EXISTENCIONÁLNÍ POTŘEBY**Zdraví**

Doma se pan Č. snažil jíst pokud možno zdravě. Se svým životem byl doposud spokojený. Nikdy nekouřil a alkohol skoro vůbec nepije. Většinu svého volného času stráví v práci nebo se svojí rodinou. Rád by se vrátil do své práce a ke své rodině.

Soběstačnost

Doma byl zcela soběstačný a nezávislý. V průběhu své hospitalizace prodělal CMP s levostrannou plegií. I když je schopný hýbat pravou stranou těla, tak nyní moc nespolupracuje. Jednak je do jisté míry tlumen Sufentou a dále je jeho hybnost ovlivněna jeho celkovým zdravotním stavem (BiVAD). Takže je nyní zcela odkázán na pomoc druhých.

Komunikace

Doma nebyl ve své komunikaci nijak omezen. Nyní z důvodu prodělané CMP a zavedené TSK je jeho komunikace omezena pouze na nonverbální. Je nutné se ho ptát, pan Č. je schopen vnímat a dorozumívat se jen pohyby hlavy ANO nebo NE. Je potřeba s ním mít více trpělivosti a nespěchat na něho.

Sebeúcta a seberealizace

Nyní je pan Č. závislí na pomoci druhých.

Duchovní potřeby

Pan Č. je sice katolík, ale do kostela chodí se svou ženou zřídka kdy, asi tak jednou za měsíc.

(1, 2, 3)

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Imobilizační syndrom
2. Riziko vzniku infekce z důvodu porušené integrity kůže invazivními vstupy a hrudním drénem, operační ranou a zavedenými kanylymi BiVAD
3. Infekce dýchacích cest
4. Nebezpečí pádu a riziko poranění z důvodu CMP
5. Hypertermie z důvodu operačního výkonu
6. Porucha soběstačnosti z důvodu imobility z důvodu CMP
7. Riziko vzniku krvácení z místa zavedených kanyl BiVAD z důvodu podávání antikuagulancií
8. Neschopnost komunikace z důvodu zavedené TSK a prodělané CMP
9. Sociální situace
10. Nejistota a strach z nejasné budoucnosti
11. Možnost vzniku oběhového selhání

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Imobilizační syndrom

cíl: Pacient zapojen do jeho celkové denní aktivity, bez známek kožních defektů. Pan Č. se posadí s nohama z lůžka.

plán:

- pacient má čistou, neporušenou a dostatečně hydratovanou kůži
- zachovaná svalová síla
- pacient bez známek otoku
- pacient bez známek bolesti
- pacient bez známek infekce
- aktivní zapojení do denních činností, pacienta povzbuzovat v jeho aktivitě
- pravidelné polohování
- rehabilitace, masáž zad
- zajistit dostatečnou hydrataci
- sledování bilance tekutin
- polohování
- antidekubitární pomůcky, antidekubitární matrace
- péče o lůžko
- edukace

realizace: V průběhu svého ošetřování jsem se pana Č. zeptala, zda nepocítuje nějakou bolest. Na můj dotaz mi odpověděl kývnutím hlavy (ne), tedy že bolest necítí. Pravidelně jsem u něho sledovala stav pokožky, hydratace a známky infekce. U pana Č. se objevila horečka, která po podání Neodolu klesla na 36,1. Snažila jsem se pana Č. zapojovat do běžných denních činností, např.: chycení hrnečku a napití, samostatné najezení, spolupráce při polohování... První den se pan Č. viditelně snažil a sám se dokázal nasnídat bez mé větší pomoci. Ale od druhého dne se jeho zdravotní stav výrazně zhoršil, a už bylo obtížnější s panem Č. navázat jakoukoliv komunikaci. Postupně s námi přestal spolupracovat. Z důvodu BiVAD, CMP a podávání Sufenty je pan Č. upoután na lůžko a závislí na pomoci druhých. Po 2-3 hodinách jsem ho polohovala spolu se sestrou. Používaly jsme antidekubitární pomůcky. Pan Č. byl uložen na polohovací lůžko s antidekubitární matrací.

Při polohování jsem dávala pozor na kanyly BiVAD, aby byly volné a pacient si na nich neležel. Za panem Č. docházela dvakrát denně na oddělení rehabilitační sestra, která s ním cvičila. Cviky byly spíše pasivní, záleželo na momentálním stavu pacienta a na doznívajícím účinku Sufenty. Sám se snažil hýbat pravou polovinou těla. Pokožku jsem mu po hygieně řádně promazala a záda promasírovala kafrovou masťou.

Podařilo se nám pana Č. posadit nohama z lůžka, vydržel jen chvíli. Nedokázal se vzepřít za nohy a začal se pozvolna sesunovat z lůžka dolů. Proto jsme ho se setrou společnými silami vrátily zpět do lůžka. Udržovaly jsme se sestřičkou rovný, čistý suchý a pevný základ lůžka. Pacienta jsem se snažila edukovat o všech prováděných činnostech a jejich významu.

zhodnocení: U pana Č. nedošlo po dobu mého ošetřování ke vzniku dekubitu. Vydržel pár minutek sedět s nohama z lůžka. U pana Č. se objevila horečka. Postupně s námi přestal spolupracovat.

2. Riziko vzniku infekce z důvodu porušené integrity kůže invazivními vstupy a hrudním drénem, operační ranou a zavedenými kanylami BiVAD

cíl: Pacient bez známek infekce.

plán:

- péče o dýchací cesty, toaleta dýchacích cest a dutiny ústní
- aseptický přístup ke všem invazivním vstupům
- kontrola laboratorních nálezů a fyziologických funkcí
- sledovat místa vpichů a hrudní drén
- chránit pacienta před nozokomiální nákazou
- sledovat průchodnost PMK, centrálního žilního katétru (dále jen CŽK), hrudního drénu
- kontrola jejich fixace
- pravidelná kontrola operační rány a vstupů kanyl BiVAD
- převaz operační rány a kanyl BiVAD za aseptických podmínek
- udržovat operační ránu suchou a čistou
- kontrola fixace kanyl a jejich průchodnost
- prevence vzniku trombu v komůrkách BiVAD

•kontrola krvácení z místa zavedených kanyl

realizace: Každý den se kontrolovaly všechny invazivní vstupy a po celkové hygieně se prováděly jejich převazy směrem od hlavy dolů. Při převazech jsem dodržovala zásady sterility a dezinfekce (rukavice, ústenka, sterilní pomůcky na jedno použití, dezinfekce). Péče o dutinu ústní se prováděla pomocí tampóny se Stopanginem. Zuby se panu Č. čistily jeho zubním kartáčkem. Řádná péče o dutinu ústní byla většinou obtížná, pan Č. s námi nechtěl spolupracovat a na výzvu neotevíral ústa. Dýchací cesty byly zajištěny pomocí TSK č.9, ze které jsem dle potřeby odsávala. Při odsávání jsem sledovala množství a charakter odsávaného sputa. Odsává se malé množství žlutavého sputa. Do TSK přicházel ohřátý a zvlhčený vzduch. Pro uvolnění sekretu z dýchacích cest byly u pacienta prováděny inhalace Ambrobeme. Žilní přístup byl zajištěn pomocí zavedeného CŽK do vena subclavia dx. Kontrovala jsem jeho fixaci, průchodnost a místo vpichu. Jeho průchodnost se udržovala pomocí kontinuálního mikroproplachu (plastikový vak Fyziologického roztoku 500ml + 5000j. Heparinu, uložený v nafouknutém přetlakovém vaku na 250mmHg). Kvůli pleurálnímu výpotku se panu Č. zavedl dne 5.4.2006 hrudní drén (24FR) do pravé pleurální dutiny, byl dán na sání. Sledovala jsem ztrátu tekutiny drénem. Byl odváděn serózní výpotek v rozmezí 650-1200ml/24hod. Kontrolovala jsem průchodnost drénu a jeho fixaci. Operační rána byla již pěkně zahojená a nebylo jí potřeba sterilně krýt. Každý den se dělal převaz zavedených kanyl BiVAD. Převaz prováděl vždy chirurg za asistence sestry za přísně aseptického přístupu. Jejich okolí se vždy do široka řádně odezinfikovalo betadinou. Poté se odezinfikovaly vstupy kanyl. Vstupy se zakryly sterilními čtverci s betadinovou dezinfekcí. Nakonec se vše překrylo sterilními čtverci a přelepilo. Při převazu se kontrolovala místa vstupu kanyl do dutiny hrudní, známky krvácení a jejich fixace.

zhodnocení: U pana Č. došlo k projevům známky infekce (zvýšená hladina leukocytů, ↑ teplota).

3. Infekce dýchacích cest

cíl: Pacient bez známek infekce a dostatečné dechové aktivity.

plán:

- dechová rehabilitace
- polohování
- pokleповé masáže
- inhalace
- kontrola dechové frekvence
- sledování saturace
- rtg srdce a plic
- nácvik vykašlávání
- edukace

realizace: Pacienta jsem se sestřičkou pravidelně polohovala po 2 hodinách, s ohledem na jeho zdravotní stav a polohu BiVAD kanyl. Součástí celkové hygieny bylo řádné promazávání zad kafrovou masťou. Jako prevence možné infekce jsem se starala o důkladnou hygienu dutiny ústní. Na uvolnění sekretu z dýchacích cest jsem mu dávala inhalaci s Mukosolvanem nebo Ambrobene. Kvůli jeho špatnému celkovému zdravotnímu stavu nebylo možné s ním cvičit správné dýchání nebo provádět dechovou rehabilitaci. Dýchací cesty zajištěné pomocí zavedené TSK. Na rtg plic byl prokázán pleurální výpotek více vpravo, proto provedena hrudní drenáž. Pan Č. dokáže vykašlat do TSK. V průběhu mého ošetřování se u pana Č. objevila několikrát hyperventilace (28-52 dechů) spojená s komorovou tachykardií. Sama po chvíli vymizela. Pan Č. byl poučen o nutnosti pravidelné dechové rehabilitace a polohování na lůžku.

zhodnocení: U pana Č. došlo k hyperventilaci.

4. Nebezpečí pádu a riziko poranění z důvodu CMP

cíl: Pacient bez známek poranění. Pacient bude spolupracovat. Nedojde k pádu.

plán:

- lůžko zabezpečit postranicemi
- polohování vždy minimálně ve dvou

- při posazování zajistit bezpečí pacienta
- polohovat pacienta opatrně a s citem
- používat kompenzační pomůcky
- edukace

realizace: Pana Č. jsem polohovala se sestřičkou po 2-3 hodinách vždy spolu. Jedna při přetáčení pacienta jistila a druhá ho pomocí kompenzačních pomůcek napolohovala. Jednou jsem pana Č. posadila s nohama z lůžka dolů. Pořádně jsme ho zajistily a pod nohy jsme mu daly stoličku. Pana Č. jsme hlídali a byli u něho. V této poloze vydržel pan Č. jen chvíli, začal postupně s postele sjíždět dolů, proto jsme ho ihned uložili zpět do postele a už jsme se o tento sed nepokoušeli znovu. Pan Č. byl vždy informován a jakékoliv změně polohy, snažili jsme se o naši vzájemnou spolupráci.

zhodnocení: V průběhu mého ošetřování nedošlo u pana Č. k pádu ani poranění. Pacient se nám snažil v některých činnostech pomáhat.

5. Hypertermie z důvodu operačního výkonu

cíl: Snížení tělesné teploty o jeden stupeň.

plán:

- měřit TT
- ledování
- chlazení – ventilátor
- antipyretika
- dostatek tekutin
- péče o pokožku
- výměna opoceného prádla
- častější omývání vlažnou vodou

realizace: Panu Č. jsem měřila TT po 4 hodinách. Při horečce i po hodině, její hodnoty jsem zapisovala do dokumentace. Chladila jsem pána pomocí sáčků s ledy, které jsem přikládala na

místa velkých cév (třísla, karotida) a podél těla. Taky jsem dala k lůžku ventilátor, který jsem zapnula. Dle potřeby jsem také otevírala na chvíli okno. Při neustupující teplotě dostal pacient Neodol i.v. Horečka do jedné hodiny klesla z 38,8 na 36,1. Při snižování teploty se pan Č. hodně potil. Proto jsem ho dle potřeby omývala vlažnou vodou a měnila mu povlečení a oblečení. Panu Č. jsem častěji nabízela pít.

zhodnocení: Podařilo se mi postupně panu Č. teplotu snížit.

6. Porucha soběstačnosti z důvodu imobility z důvodu CMP

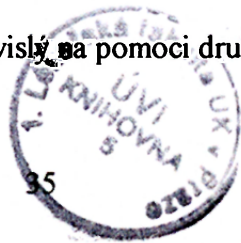
cíl: Vést nemocného k samostatnosti v sebeobslužných výkonech.

plán:

- zjistit do jaké míry je pacient soběstačný
- pomoci mu dle potřeby
- dát mu stolec s jeho věcmi tak, aby na něho dosáhl
- zajistit čistotu lůžka a jeho okolí
- motivovat pacienta k samostatnosti
- edukace

realizace: Svou samostatnost trénoval spolu se sestřičkami již před mým příchodem na oddělení. A celkem mu to šlo a snažil se. Ze začátku se pan Č. snažil při snídani spolupracovat. Dokázal uzvednout hrneček a napít. A sám se i dokázal s malou pomocí najíst. Protože byl pan Č. pravák, nedělalo mu to větší obtíže. Druhý den došlo ale k celkovému zhoršení stavu pacienta a přestal s námi spolupracovat. Byl unavený a pod vlivem Sufenty. Od této doby, jsme ho krmili se sestřičkou sami, pan Č. na výzvu otevřel pusou. V ostatních sebeobslužných činnostech byl odkázaný na pomoc druhých od mého prvního kontaktu s ním. Od ranní celkové hygieny až po jeho polohování na lůžku byl zcela závislý na naší pomoci. Důležitou součástí v nacvičování sebeobslužných činnostech a dovednostech, bylo srozumitelné poučení a rady pacienta, jak toho společně dosáhnout.

zhodnocení: Pan Č. zůstal i nadále zcela závislý na pomoci druhých.



7. Riziko vzniku krvácení z místa zavedených kanyl BiVAD z důvodu podávání antikuagulancií

cíl: Pacient bez známky krvácení.

plán:

- kontrola koagulačních výsledků
- sledovat místa zavedených kanyl
- warfarinizace dle potřeby
- sledování hladiny hematokrytu a hemoglobinu v KO
- náhrada krevní ztráty

realizace: Při každodenním převazu kanyl se sledovalo místo jejich zavedení a známky krvácení. Denně se prováděly odběry venózní krve na vyšetření Astrupa. Sledovaly se hlavně hladiny hematokrytu a hemoglobinu. Při jejich nízkých hodnotách byly podány panu Č. dvě krevní transfúze (O Rh negat.). Po nich se jejich hladina zvýšila. Pravidelná kontrola krevního obrazu a Quick. Podávání Warfarinu dle laborat. výsledků.

zhodnocení: U pana Č. nedošlo ke krvácení ze zavedených BiVAD kanyl.

8. Neschopnost komunikace z důvodu zavedené TSK a prodělané CMP

cíl: Pan Č. je schopen se dorozumět pomocí tabulek či písma.

plán:

- s pacientem komunikovat, mluvit na něho
- mluvit na něho jasně a zřetelně, čelem k němu
- na odpověď nespíchat
- používat tabulky, psací potřeby
- poučít ho o příčině, která ho omezuje ve verbální komunikaci
- dle zdravotního stavu zrušit tracheostomickou kanylu
- edukace

realizace: Na začátku hospitalizace byly pacientovi dýchací cesty zajištěny endotracheální kanylou, z důvodu operačního výkonu v celkové anestezii. Protože se jeho stav nezlepšoval, byly mu dýchací cesty zajištěny pomocí tracheostomické kanyly č.9. Nyní dýchá spontánně, je napojen na ventilátor, režim SIMV. Komunikaci nám také znesnadňoval jeho celkový zdravotní stav a stp. CMP. I přes to se dalo navázat kontakt s panem Č. pomocí gest. Pana Č. jsem poučila proč není schopen mluvit. Domluvili jsme spolu na nonverbální komunikaci pomocí kývání hlavou (ano, ne), na takovou komunikaci byl již zvyklí od sester na oddělení.

zhodnocení: S panem Č. se mi bohužel nepodařilo komunikovat pomocí tabulek nebo psaní.

9. Sociální situace

cíl: Pacient navštívený nebo kontaktován svou rodinou.

plán:

- zjistit příčinu
- s pacientem navazovat častý kontakt
- mluvit na něho
- dát mu najevo, že není přehlížen
- zjistit, jestli má telefon s kontaktem na své blízké
- zjistit vzdálenost bydliště

realizace: Po dobu mé praxe, jsem se s panem Č. snažila trávit více času. Častěji jsem na něho mluvila. Bylo na něm vidět, že je rád, když se s ním někdo baví. Každý den za ním chodila na návštěvu jeho žena, kterou vždy rád viděl. Bylo na něm poznat, že se na její každodenní návštěvy těší. Také ho chodila podporovat i jeho mladší dcera.

zhodnocení: Pan Č. byl každý den navštěvován svou ženou a dcerou.

10. Nejistota a strach z nejasné budoucnosti

cíl: Pan Č. je klidnější a jeho strach je menší.

plán:

- navázat pomocí rozhovoru s panem Č. kontakt
- zjistit do jaké míry je informován o svém zdravotním stavu
- umožnit návštěvy rodiny
- snažit být s ním v co největším kontaktu

realizace: Navázání kontaktu nebylo celkem obtížné. Horší bylo dorozumět se s ním a správně odhadnout danou situaci. Komunikace s panem Č. byla možná jen nonverbálně, a to kvůli prodělané CMP, zavedené TSK a občasnému tlumení suřentou. Pan Č. byl schopen reagovat na položené otázky kýváním hlavy, a to buď ano nebo ne. Proto bylo potřeba se pana Č. častěji ptát na jeho možné potřeby a pocity. Byl ochotný se mnou spolupracovat a dle jeho možností komunikovat. Většinu informací jsem získala i rozhovorem s jeho manželkou, která ho chodila navštěvovat každý den. Jeho žena sama doufá v jeho návrat do života, který vedl pan Č. před hospitalizací. Pokud se jeho zdravotní stav nezlepší natolik, aby se o sebe pan Č. postaral sám, je ochotná se o něho starat. Zatím si to, ale moc nepřipouští.

zhodnocení: Nevím zda se mi úplně podařilo pana Č. uklidnit a zbavit ho strachu. Nedokázal mi jednoznačně odpovědět.

11. Možnost vzniku oběhového selhání

cíl: Pacient má vitální funkce ve fyziologickém rozmezí.

plán:

- kontrola vědomí
- měření a kontrola vitálních funkcí (TK, TT, CVP, P)
- sledování a měření bilance tekutin, hodinové diurézy
- natočení EKG
- sledovat projevy cyanózy
- sledovat laboratorní výsledky

realizace: Pan Č. byl při vědomí, schopný komunikace jen nonverbálně. Při podání Sufenty byl spíše spavý a komunikace nebyla skoro možná. Monitorovaly se jeho vitální funkce a jejich hodnoty se zapisovaly do dokumentace po jedné hodině. Sledovala se také bilance tekutin s hodinovou diurézou. Pan Č. mohl přijímat tekutiny a jídlo ústy, neměl potíže s polykáním. Sledovala jsem i ztráty tekutin ze zavedeného hrudního drénu. V průběhu svého pobytu a především při operačním výkonu, dostal pacient krevní transfúze, jako náhradu krevních ztrát při operačním výkonu. Monitorovala se kontinuálně křivka pěti-svodového EKG. Na monitor se nastavily hraniční hodnoty všech sledovaných údajů. Dále bylo u pana Č. provedeno kontrolní ECHO a rtg srdce plic, kvůli podezření na pleurální výpotek, který se potvrdil. Po 4 hodinách se sledovala tělesná teplota, při horečce po jedné hodině. TK se měřil pomocí manžety po 20 min. Infuze a léky intravenózně byly podávány přes zavedený CŽK.

zhodnocení: u pana Č. nedošlo během mého ošetřování ke vzniku oběhové nestability. Pan Č. je orientovaný, snaží se komunikovat.

(1, 2, 3, 4)

4. EDUKACE

Pana Č. jsem se v průběhu mého ošetřování snažila řádně informovat a poučit o všech činnostech, které jsem u něho prováděla. Společná komunikace byla dost obtížná, vzhledem k jeho celkovému zdravotnímu stavu, stp. po CMP a zavedené TSK. Ale podařilo se mi s ním nakonec navázat kontakt. Snažila jsem se také o aktivní zapojení pacienta do ošetřovatelského procesu a sebek péče. Kvůli CMP, somnolenci, podávání Sufenty a nutnosti být napojený na jednotlivé přístroje, byl do značné míry omezen ve svých běžných denních aktivitách.

V průběhu mého působení na kardiochirurgickém oddělení, jsem se snažila o navázání kontaktu se svým pacientem i jeho rodinou.

Pravidelně za ním docházela na návštěvu jeho žena a občas i jeho mladší dcera. Jeho žena byla řádně poučena o chodu oddělení a nutnosti dodržovat určitá pravidla (přezůvky, empír...). Od ošetřujícího lékaře byla průběžně informovaná o zdravotním stavu svého muže a jeho průběhu. Navázáním rozhovoru s manželkou, se mi podařilo získat některé nové informace o pacientově zdravotním stavu, jeho zvycích...

Z našeho rozhovoru jsem zjistila, že si přeje, aby byl manžel schopen žít i nadále plnohodnotný a kvalitní život jako před jeho hospitalizací.

5. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Bakalářská práce by měla pojednávat o ošetrovatelském procesu u pacienta s BiVAD, ve které se snažím přiblížit své praktické působení na oddělení anesteziologie a resuscitace v IKEMu. Praxe na tomto oddělení pro mě byla velmi přínosná. Zde jsem si prohloubila své dosavadní znalosti a získala jsem řadu nových odborných i praktických poznatků a zkušeností.

Průběh pana F.Č. proběhl bez závažnějších komplikací, vzhledem k jeho celkovému stavu. Objevily se u něho známky infekce, proto mu byla provedena řada vyšetření, aby se zjistil její zdroj. Preventivně mu byla nasazena antibiotika. Po jejich podání se jeho stav zlepšil. Pan Č. je i nadále hospitalizován na tomto oddělení a čeká na vhodné srdce k transplantaci. Na transplantaci srdce od vhodného dárce závisí osud pana Č.

Záleží na dalším vývoji celkového zdravotního stavu pana Č., na zjištění původce infekce a jejího залéčení. A samozřejmě na transplantaci srdce od vhodného dárce a jejích případných komplikací.

D. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS. B.; HAROLD. C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada 1999
ISBN 80-7169-893-8
2. BAŠTECKÝ J.; ŠAVLÍK J. a kol. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993
3. ČERVINKOVÁ E.; VORLÍČKOVÁ H. a kolektiv. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno, 2000
ISBN 80-7013-303-1
4. HORKÝ K. a kol. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Univerzita Karlova, 1992
5. HRADEC J.; SPÁČIL J. *Kardiologie, Angiologie*. Praha: Galén, 2001
ISBN 80-7262-106-8
6. KLENER P. a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén a Karolinum, 1999
7. KOLÁŘ J. a kolektiv. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1999
ISBN 80-86232-01-8
8. MEDI MEDIA INFORMATION. spol.s.r.o. *Pharmindex Breviř*. Praha, 2002
ISBN 80-86336-04-2
9. VUČKOVÁ J. *Ošetrovatelství – I-IV*. Praha: Fortuna, 1994, 1996, 1997

E. SEZNAM PŘÍLOH

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)
4. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové
5. Kopie anesteziologického záznamu
6. Kopie operační vložky
7. Kopie pooperačního a resuscitačního záznamu

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

nikotinismus		<u>ne</u>	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		<u>ne</u>	ano	
drogy		<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které.....
	léky	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které.....
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř) ^{NE}				
pneumonie (změř)				

Důležité informace o stavu nemocného:.....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *kmálem 24000*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *ne*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *ANO - 1. y COPD*
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? *ANO*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ANO*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *NE*
 upřesněte.....

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

Komunikace:

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

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

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

Pan Č. je 190 cm, 70 kg, 70 let → zcela relativně ne pomocí druhých. Je potřeba často se ho ptát, zda něco nepotřebuje - je schopou odpovědi. Zdravím hlavy ANO x NE.

4. Kůže

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

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

Celistvost kůže je namířena detekci invazivních vředů, hmyzí dráten, TSK, PTK, op. prou - strombure a klykání B-VITD. Kůže je spíše suchá, se potřeba ji promazávat. Při horečce se naopak opocení → detekce P ovliv. účinnosť vředů.

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? dobrý vadný
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? horní dolní žádnou
 - Máte rozbolavělá ústa? 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
- průměrnou
 - vyšší (o kolik?).....
 - nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- ano ne
 - Pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- ano ne
 - Co obvykle jíte? sušší sladší kyselá
 - 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? ano ne
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

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

Pan Č. se schopou polykat - přijímá sítelto a pití sloj. Na karovitos dietu, aby se ne zhallo lepe polykalo. Je treba na pri stelle pomahat - kmit, abas se smoti pomoci. v posledni dobe nepomaha ubec. Ji dostatekne.

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

Pana č. je potřeba se často jít na zách. Pít ne chce, neví, jak a pokud má ho přivést. Pije dostatečně, třeba ne uží jako obvykle, ledový čaj.

7. Vyprazdňování střeva

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

Objektivní hodnocení sestry:

Pana č. má nyní projímadlo (Laxolax). Stolica i užívat za chvilu.

8. Močení

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

Objektivní hodnocení sestry:

Močení je zajištěno zavedením kat. Je sledována hodinová diuréza a celková bilance tekutin. Moč je čistý, bez patolog. znečištění.

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:

Nyní dle CIP s levostrannou plegií - upoután na lůžko. Nemá náboru ve vodorovné poloze s nohou z lůžka. 2 x za den RITB - spíše pasivní. Občas polní pravou polovinou těla - špatně pochopit.

10. Smyslové funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

Pan ě. posílá bytla na čtení. Teď v nemocnici má k (konzultace), přes den spíše pasivně (tlesná sifonem).

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *produktivní*
- 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? *práce, rocková*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
záliba - práce
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?.....

Objektivní hodnocení sestry:

Nyní dle CIP s levostrannou plegií - upoután na lůžko - BIVAD, rovnovážná otačková. Přes den spíše pasivně, kominikační mozeň jen konverlační. Používá se k práci malá na postel. Cvičení je spíše pasivní.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 8
- Máte doma potíže se spánkem
pokud ano, upřesněte... před spaním ano ne 2-3 hod. před spaním
- Kolik hodin obvykle spíte? 6-8
- 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.

vztahem ke v nemocnici propracoval (reflexe), ve spánku nemá větší problémy. v noci spí většinou bez problémů až do rána.

13. Sexualita

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

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

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

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

15. Rodina/sociální situace

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

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

..... *rodina, bydlení v rodinném domku se maji zvon a vlnitá chůva (29)*

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

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy <small>aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</small>	Cíle ošetrovateľskej péče <small>časově vymezené a měřitelné cíle</small>	Plánované ošetrovateľské aktivity <small>činnosti sestřer zajišťující dosažení cílů</small>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestřer	
<i>Amorbidní změní syndrom</i>	<i>P spojen. do jeho alkalické denní aktivity, bez známek kořnicí defektů. Pře poruch s mohame z léčení.</i>	<i>P má stolu, nepokoučce a Jarka krize by den. křiví, zachovním řad. páry P bez známek otoků, bolesti, inf., aktivní spojen. do dneš. P provazovat u jeho aktivit, převzít polohy, sít, mardit sed. jistit. dost. bydratoci, sledování 24, poloh. intelektuální pom. zadržet. jistit. o léčbu. jednání.</i>	<i>U P vedento ke dobu něho ore ke usmile deklabiz. ydr ed. přel. nio. sedit. s oň z lečení, objevit se 27, pomál u udání. spohyromování.</i>		
<i>Riziko vzniku inf. z důvodu poru. integrity kůže i vno. vstupu, krad. dřenem, op. rovar. a radeř. každě. Bivard.</i>	<i>P bez známek infekce.</i>	<i>Péče u ne; křiví o dle DC, seřpt. jistit. ke vřem. i vno. vst. přim. kontrola PF a laborat. ualeno. sledovat nísta. upr. a krad. dřen. každý Bivard, abít nit. P před NAN, sledovat přichůdnost 27K. 27K, krad. dřen., Bivard, kontrola seřpt. frace, kontrola op. rly, udit. jst. vno. a seřpt. i vno. seřpt. křiví. u kon. krad. Bivard, kontrola vno. euv.</i>	<i>U P Jarda. jst. vno. zadrž. 27. op. rly, 27K.</i>		
<i>S. Infekce dýchacích cest</i>	<i>P. bez známek inf. a dost. dech. aktivita</i>	<i>Dechová 27, poloh. poloh. ualeno. inhalace, kontrola 27, 27, 27, 27, ualeno. jst. dřen., celk. krad.</i>	<i>U P Jarda. křiví, 27. 27. krad.</i>		
<i>4, Nebezpečí prchl. a riziko poručen. z důvodu csp</i>	<i>P bez známek poručen. křiví. spohyromování. Meč, jst. k jst. dřen.</i>	<i>lečení sbercept. post. ualeno. i. poloh. ualeno. 2, po poručen. ualeno. křiví. P, poloh. ualeno. 27. jst. dřen. a s. c. 27, ualeno. křiví. ualeno. jednání.</i>	<i>U P ualeno. křiví. ualeno. poručen. 27. 27. ualeno. ualeno. u ualeno. křiví. ualeno.</i>		
<i>5, Hypertenze z důvodu ep. jst. dřen.</i>	<i>↓ 77 o 100</i>	<i>77 27 77, 27, 27, 27, 27, 27, 27, 27, 27, 27, přes o jst. dřen., ualeno. opo. 27. 27, 27, 27, u ualeno. ualeno. ualeno.</i>	<i>Pedim. 27. 27. 27. u ualeno.</i>		
<i>6, Pomaha sobeřpt. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27.</i>	<i>27 27 k 27. 27. 27. 27.</i>	<i>27 27 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27.</i>	<i>P 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27.</i>		
<i>7, Riziko vzniku krvácaní z důvodu uvedení každ. Bivard. z důvodu podání antibiotik.</i>	<i>P bez známek krvácaní.</i>	<i>Kontrola křiví. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. každ. ualeno. ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. u ualeno. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27. 27.</i>	<i>U P vedento ke krvácaní z důvodu 27. 27. 27. 27. 27. 27.</i>		

3. Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Základní všední činnosti	Počet bodů
Příjem potravy a tekutin	5
Oblékání	0
Osobní hygiena	0
Koupání	0
Použití toalety	0
Chůze po schodech	0
Kontinence moči	0
Kontinence stolice	5
Přesun lůžku-židle	0
Chůze po rovině	0
Celkový počet bodů	10

U mého pacienta vyšlo, že je vysoce závislý v běžných denních aktivitách.

4. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Jednotlivé položky	Bodování
Schopnost spolupráce	2
Věk	2
Stav pokožky	2
Další nemoci	2
Tělesný stav	2
Stav vědomí	2
Pohyblivost	2
Inkontinence	1
Aktivita	1
Celkový počet bodů	16

U mého pacienta mi vyšlo zvýšené riziko dekubitů.

Anesteziologický záznam.

1.

Jméno:

Datum narození:

Předoperační dg.: *ICMS, term. fáze srd. selh.*

Plánovaný výkon: *ZIVAD*

TK	fr.	T°C	cm	kg	kr.sk.
			193	103	0-

Pojišťovna: *207*
 Číslo chorobopisu: *skorou jednotu*

Laboratorní nálezy:

FW	urea <i>9.2</i>	ALT	1.92	Ery	3.7	Moč chem.	uH5	krvác.	
Na	135.5	kreat.	169.5	bili	31.0	bilc.	uH+1	Quick	T3 INR 1.4
K	3.98	GF		chol.		u.HL	uH+1	aPTT	
Cl	100.3	CB		AF		sed.	uH+2	TČ	
Ca		alb		AMS		leu	uH+19	Fibr. gen.	
glyk	7.7	AST	1.20	CRK	CHE 70	leu	uH+7	FDP	
RTG				CRP	173.7			fibr. lyza	
EKG									

poslední kontrola 1.6.2
diagnóza: srdeční selhání, hypotenzie, vlivy vysoké výše, vysoký výše
YR, LBB

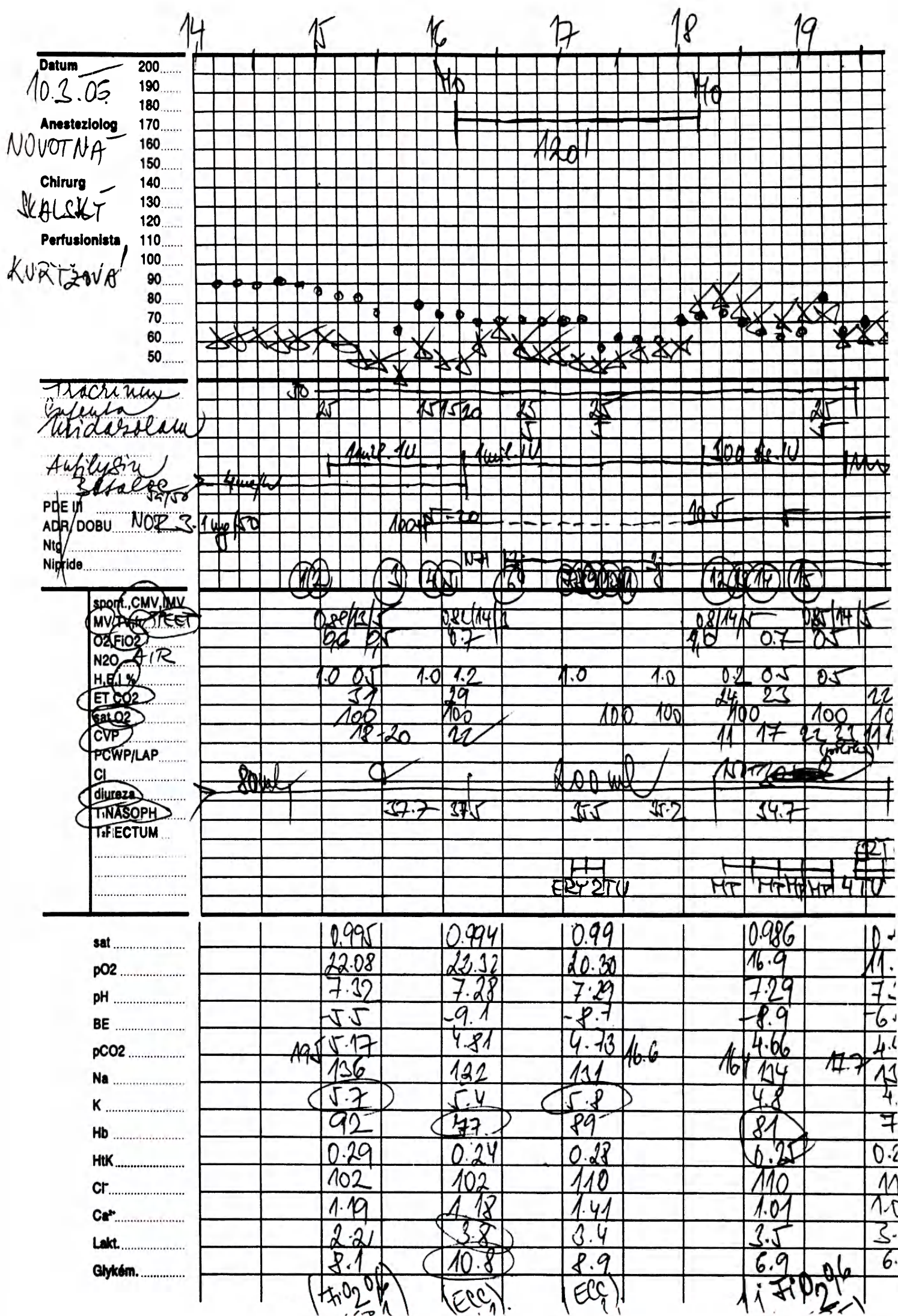
- (Pozitivní označ a komentuj níže)
- | | | | |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Kardinální (EF, EDVI, EDP) | 5. GIT/Hepatická | 9. Endokrin./Metabol. | 13. Musculoskeletal |
| 2. Hypertenze | 6. Renální/Urolog. | 10. Hematolog. | 14. Předchozí anestezie |
| 3. Cévní | 7. Gynékol./Gynekolog. | 11. Infekce | 15. Alergie |
| 4. Respirační | 8. Neurolog. | 12. Psychiatr. | 16. Kloubové problémy |

Komentář, fyzikální nálezy, anesteziol. plán

1. *ICMS, term. fáze srd. selhání*
K.p. (M.O.) - PCI-ACD/Skip s.p. implantace ICD 12/05; malign. arytmi
ECHO lednice. ET 20-25) PAF 3/17/26 T&VT 20mmq TTG 6mm
Ph dilet. EF 20%
17mm. M; reg. (TABE 9.2-15.2.06) +3R
22.106 + STE med. storo (labn. recd. 17) dle sek. udrži. ZIV
 2. *CT mozků - (sch. loz. paraventr. sulcus, vnější, střední ušní kůže)*

Doporučení anesteziol.	Poslední medikace:	Premedikace
	<i>Betaloce 2mg/h</i>	večer:
	<i>Cardura 4mg/h</i>	
	<i>Helicid 10-7</i>	před operací
	<i>Thalidom → deq gh.</i>	hod.
	<i>Clexan 0.6 mg s.c.</i>	
	<i>(Seduxen 1 amp.)</i>	
	<i>Arduan 4mg</i>	
	<i>Augmentin 1,2g i.v. a 8hod.</i>	
	<i>(2 den)</i>	
	<i>Urissonazol - antimykotikum</i>	
	<i>(Candida glabrata)</i>	

podpis lékaře provádějící přípravu



USKUTEČNĚNÝ VÝKON: **ZIVAT**

(ad MO ident.)

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50

- 1) Liphin 200mg i.v.
- 2) Valerolycia 0,75 i.v.
(ad MO ident. Felicia)
- 3) Heparin 6,2 ml
- 4) -II- + 3 ml i.v.
- 5) ATN 1000 IU i.v.
- 6) Furosemid 20 mg i.v.
- 7) ERT 1TU 020060600124700
- 8) TU 020060600141000
- 9) CaCl₂ 1 amp i.v.
- 10) Heparin + 2 ml i.v.
- 11) Furosemid 20 mg i.v.
- 12) Protamin 40 ml i.v.
- 13) -II- + 5 ml i.v.
- 14) 4TU MP
C 2075 00246002
C 2075 0029702
C 2075 00212102
C 2075 00206702
- 15) ERY 2xTU
C 2006 0600152200
C 2029 0601037720

Anestezie
 celková
 lokální
 spinální **
 epidurální **

Intubace č. **z bořivky**
 Autotransfus: **0**

	start	konec	trvání
anest.	14:00	19:10	
operace	14:50	19:30	
MO	16:10	18:10	120'
svorka			

~~kardiologie~~
 krystaloidy [1250 + 1000]
 koloidy krev + ~~trazylasun~~
 diuréza 80 + [200] + 100
 ztráty
 2250 - 480
 Tcuhy G
 vpich
 metoda
 krev
 mok
 kanya
 efekt

sat	
pO2	
pH	
BE	
pCO2	
Na	
K	
Hb	
HtK	
Cl ⁻	
Ca ²⁺	
Lakt.	
Glykém.	

Dodává 4TU ERY
 4TU MP

Exitus na sále
 čas:

Heparin 1 ml = 50 mg	Protamin 1 ml = 100 mg	ACT s
6.2 ml		386"
+ 3 ml		
+ 1000 IU AT 41		542"
		501"
		4394
+ 2 ml		494"
	40 ml	156"
	+ 5 ml	166"

POZNÁMKY:

- kardiálna jednota: 2. a 3. l. síu. (1 den - od 9.3.)
- pac. slumen, tracheostómia, riedľosť: 2. j. l. síu. (1 den - od 7.3.)
- OTI č. 25 (24 cm) - od 9.3.
- na sálle - kanyla v j. l. síu - 8.5 F (od 7.3.)
- perf. sálle kanyla
- pac. - má 3-4 cm výš nízkeho spúta, ktoré sa nevíde
- včera mi nedali bez komplikácií, NOR a dávali D. Arginylglycinu; CVP + R - 22; práca ERT, MP. Krváčať v rane.
- odsáť pleury - 3 liter pl. dušiny okraj 1 liter.
- káňka sálle - má prechádzať 6 cm!

B Braun ⇒
knížka R 11, R 13, R 9

S41 2
koagulační F2H19042T
defibrilátor M1724A 3525A51251
MO 43S4460
hemochron HR0904
monitor E5BU0236G
ventilátor ARRF-0017

INTRO-FLEX sheet
BAXTER, 8,5 F
Ref. I350BF85
Kod VZP 59386

OXYLOG
1001

OPERAČNÍ VLOŽKA

Jméno:
datum operace: 10.3.2006

Diagnosa: St.p. ablaci KT , implantaci ICD , CMP
Srdeční selhání , urgentní kandidát OTS

Výkon: Implantace BiVAD (Thoratec)

Operatér: Dr. Skalský

Asistence: Dr. Malý D , Dr. Netuka , Dr. Vodičková

Anestesista: Dr. Novotná

Sestra: d.s. Černá

V celkové anestezii provádíme střední sternotomii a pronikáme do mediastina . Otevíráme perikard , srdce velmi dilatované s globálně omezenou funkcí obou komor . Preparujeme kanály pro kanyly v levém a pravém hypochondriu . Podáváme heparin a kanylujeme aortu a PS. Spuštěn MO . Zakládáme cirkulární steh s podložkami před hrotem LK a implantujeme kanylu kterou vyvádíme do levého podžebří . Dále mediálně zavádíme aortální protézu kterou našíváme na ascendentní aortu . V pravém hypochondriu zavádíme postupně protézu jdoucí do plicnice a dále žilní kanylu do PS. Postupně napojujeme kanyly na komůrky Thoratec nejprve vlevo a poté vpravo a obě odvdzduňujeme. Postupně ukončujeme MO. Protamin a kontrola krvácení , GRF na sutury. Uzávěr rány se čtverci , 2 drény – dále jen steh kůže . Sterilní krytí , fixace kanyl , betadin . Na konci operace pacient stabilní s dobrým CO.

vědomí	při vědomí	nikdy ne v. funkce
orientace, spolupráce	orient. směr, se zpozděním	okres v. os, ale ne ve směru
spánek, kvalita		
hybnost, parézy, piégie	Parézy: piégie	levostr. piégie - prav. str. piégie
kommunikace	není v. funkce	nejednotně v. funkce - po epizodách záchvatů
stav kůže	pročistění, aleho. kůže	nech. kůže - z. pro. v. funkce
defekty - ošetření	pročistění z. moč. (ob. z. v. funkce)	z. v. funkce - prav. str. piégie
dekubitus		
ošetření dekubitu	z. v. funkce, pro. v. funkce	z. v. funkce, z. v. funkce, z. v. funkce
polohování	polohování, z. v. funkce, z. v. funkce	z. v. funkce, z. v. funkce, z. v. funkce
operační rány	operační rány - Novikova (z. v. funkce)	z. v. funkce, z. v. funkce, z. v. funkce
bandáže, prokrvení		
otoky		
příjem per os	per os, z. v. funkce, z. v. funkce	per os, z. v. funkce, z. v. funkce
chuť k jídlu		
peristaltika		
stolice		
NGS - kontrola		
i.v. kanyly - lokalizace		
i.v. kanyly - konirola, péče		
monitorovací linky, výměna systému		
kontrola ETI/TSK		
intubace - od kdy		
dýchací okruh, výměna		
odsávání, odkášávání		
odsávací systém, aktivní zvlhčování		
močová cévka		
celková hygiena		
orální hygiena		
zubní náhrady		
drenáže, péče		
hrudní fyzioterapie		
krevní deriváty na RES		
ALERGIE		
ostatní specializovaná péče		
rehabilitace		

sestra (čitelný podpis)

sestra (čitelný podpis)

Hod.	DEKURS
------	--------

Monitor:	
Stimulátor:	
Ventilátor:	
Kendall:	
Warmtouch:	
Infuzní pumpy:	
Injekční dávkovače:	
Braun	
Compact TV 50	
Linet LC	
jiné:	

INVAZIVNÍ VSTUPY

- OTI/TSK
- NGS
- CŽK
- ART
- PMC
- S-G kat.
- HD kanyla

POOPERAČNÍ A RESUSCITAČNÍ ZÁZNAM

Datum: 3. 9. 2006

Pooperační den: 24.

Jméno/rodné číslo:

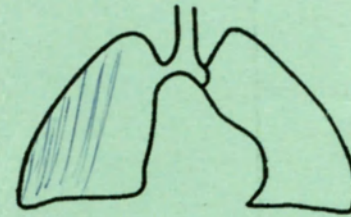
Štítek

Diagnóza:

Operace: B. VAD

EKG:

.....



Fyzikální nález, epikríza (den, hodina):

Konzília:

*Při sedlové pneumonii, sádko se otkouvalo
- hypotek - pravo*

Síttek	Datum	3.4.2006
	Den operace/den RES	24
	Č. chorobopisu	122629

Celková bilance	
Plánovaná bilance	+500

Dg. *Bj:AD*
CAVE!
 Chron. onem. *KCHS, 17c křm orgánů, CTPP s krevními příznaky*

CAS	PŘÍJEM					VÝDEJ <i>PUPŠIT</i>			BILANCE		ACT	PŘÍJEM			VÝDEJ		BILANCE	
					P.O. SONDA	MOČ	SUNDA	LEVAH R	Hod	Celková		Krev	Koloid	Drény	Hod	Celková		
7	3					70		+	-67	-67								
8	3				Hkm 230	70		+	-67	-124								
9	3				CPJ 170	20		+	-17	-141								
10	3				Nutri 800	60		+	+195	+52								
11	3					50		+	+105	+155								
12	3				CPJ 150	100		+	-217	-62								
13	3					110		+	+53	-9								
14	3				CPJ 170	110		+	+273	+234								
15	3					110		+	-102	+122								
16	3				CPJ 150	90		+	+63	+190								
17	3					120		+	-112	+73								
18	3				CPJ 250	110		+	+33	+106								
19	3				CPJ 250	140		+	+13	+119								
20	3				150	150		+	+3	+122								
21	3					70		+	-67	+55								
22	3				100	70		+	+250	+305								
23	3					0		+	+20	+325								
24	3					30		+	-3	+322								
24	3					100		+	-13	+239								
24	3					70		+	-53	+186								
25	3					70		+	-53	+133								
4	3					40		+	+227	+360								
5	3					110		+	+147	+507								
6	3					160		+	-143	+364								

