



Autor práce: Lenka Horová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Petr Vitásek**

Pracoviště odborného konzultanta: **Cévní oddělení Nemocnice Na Homolce**

Předpokládaný termín obhajoby: květen 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. dubna 2012

Lenka Horová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Renatě Vytejškové a odbornému konzultantovi MUDr. Petru Vitáskovi za jejich rady, připomínky a čas, který mi při tvorbě bakalářské práce věnovali.



# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
1.1. ANATOMIE, FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE .....	7
1.1.1. <i>Anatomie a fyziologie krevního oběhu a cév</i> .....	7
1.1.2. <i>Cévní zásobení dolních končetin</i> .....	8
1.1.3. <i>Patofyziologie cév</i> .....	8
1.2. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	10
1.2.1. <i>Ischemická choroba dolních končetin</i> .....	10
1.2.2. <i>Klinický obraz a vyšetřovací metody</i> .....	10
1.2.3. <i>Léčba</i> .....	12
1.2.4. <i>Komplikace chirurgické léčby</i> .....	16
1.2.5. <i>Prognóza</i> .....	17
<b>2. ÚDAJE O NEMOCNÉM</b> .....	<b>19</b>
2.1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉM .....	19
2.2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	19
2.3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	20
<b>3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	33
3.2. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL .....	35
3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	36
3.4. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	43
3.5. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	44
3.6. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN.....	54
3.7. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	57
3.8. EDUKACE PACIENTA.....	59
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>65</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>68</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>69</b>

## Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie u pacienta, který byl hospitalizován pro rekonstrukci tepenného řečiště bérce. Toto téma jsem si vybrala, protože vaskulární onemocnění jsou v naší populaci velmi častá, přestože jim lze ve většině případů správnou životosprávou předcházet, jejich propuknutí oddálit a následky mírnit.

Práce je rozdělena na dvě části. V části klinické popisuji anatomii a fyziologii cév dolních končetin, aterosklerózu a ICHDK, dále údaje o nemocném a průběh hospitalizace. V ošetrovatelské části jsem popsala ošetrovatelský proces, ošetrovatelský model dle M. Gordonové, který jsem zvolila pro odebrání ošetrovatelské anamnézy, stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy a dlouhodobý ošetrovatelský plán. Dále jsem popsala edukaci pacienta a psychosociální problematiku.

# 1. Klinická část

## 1.1. *Anatomie, fyziologie a patofyziologie*

### 1.1.1. Anatomie a fyziologie krevního oběhu a cév

Oběhová soustava zásobuje tkáně kyslíkem a živinami a odvádí zplodiny metabolismu. Pomáhá udržovat stálou hladinu iontů, acidobazickou rovnováhu a teplotu. Oběhová soustava se skládá ze srdce, cév a krve. Své úkoly plní pomocí uzavřeného krevního oběhu. Hnací jednotkou je srdce, to svou činností přizpůsobuje potřebám organismu a přečerpává krev dále do krevního oběhu.

(Rotyta a kol., 2000)

Cévní systém lidského těla funguje na principu uzavřené soustavy trubic, které nemají jednotnou stavbu a funkci. Ze srdce jde aorta, silnostěnná tepna, která má průsvit asi 30mm. Aorta je základem tepenné části krevního oběhu. Z ní odstupují velké tepny (průsvit 5-15mm), ty se dále dělí a zmenšují svůj průsvit na arterioly (0,3mm). Arterioly mohou významně měnit svůj průsvit i průtok krve. Dělí se dále na kapiláry (5-50um). Zde je hranice mezi tepenným a žilním systémem. Vznikají venuly, větší žíly a ty vedou krev do dolní a horní duté žíly a do srdce.

Stěna cév má 3 vrstvy (různé typy cév se liší v rozvinutí vrstev)

- vnitřní vrstva (intima)- výstelka tvořena endotelem, má hladký a nesmáčenlivý povrch
- střední vrstva (medie)- hladká svalovina s kolagenními a elastickými vlákny, umožňuje změnu průsvitu, dodává pružnost a reguluje tlak krve, velké tepny mají tuto vrstvu silnou
- vnější obal cév (adventicie) je vazivový

(Dylevský, 2000)

### 1.1.2. Cévní zásobení dolních končetin

Břišní aorta se ve výši obratle L4 větví na levou a pravou společnou pánevní tepnu. Ty se dále se větví na vnitřní (zásobuje stěny a orgány malé pánve, gluteální krajinu, adduktory stehna, dno a hráz pánevní a části zevních pohlavních orgánů) a zevní pánevní tepnu, které pokračují dále jako společné femorální tepny (zásobující kůži dolní části břicha, přední úsek skrota nebo stydkých pysků, stehno, stehenní a kolenní kloub) a větví se na a. femoralis profunda - hlavní tepnu pro svaly stehna a povrchní femorální tepnu. Ta v zákolenní jámě pokračuje jako a. poplitea, která se pod kolenem dělí na a. tibialis anterior, jdoucí na hřbet nohy jako a. dorsalis pedis. A krátký tibiofibulární truncus větví se posléze na a. tibialis posterior jdoucí po zadní straně bérce, přecházející za vnitřním kotníkem na plantu jako a. plantaris, jež se dále větví na a. plantaris medialis a lateralis. Druhou větví tibiofibulárního trunku je kmen a. fibularis, který se nad hlezem dělí na menší větve a vytváří anastomozy s oběma bérčovými tepnami.

Žilní systém dolních končetin je tvořen třemi systémy patří sem hluboký a povrchový žilní systém a systém žilních spojek. Hluboké žíly provázejí tepny a mají stejné názvy. Povrchové žíly z dorsa nohy a tibiální strany bérce dávají vznik v. saphena magna vedoucí po vnitřní straně stehna, ústící ve třísele do v. femoralis a v. saphena parva jdoucí zpoza zevního kotníku do popliteální oblasti, kde ústí do v. poplitea. Oba povrchní žilní kmeny nemají funkčně většího významu a jsou vhodné jako štěpy při cévních rekonstrukcích. V typických místech se nacházejí spojky mezi povrchním a hlubokým žilním systémem umožňující jednosměrný tok krve do hlubokého systému. Odvod krve z dolní končetiny se pak děje cestou v. femoralis, ta pokračuje jako v. iliaca externa, která se s v. iliaca interna slučuje v v. iliaca communis, vedoucí do v. cava inferior.

(Čihák, 1997)

### 1.1.3. Patofyziologie cév

Normální funkce cév závisí z velké části na normální funkci endotelu.

Funkce endotelu jsou:

- vazodilatace a vazokonstrikce dle potřeby
- zabraňuje přilnavosti trombocytů a leukocytů
- místní trombolýza

Často působí na endotel vlivy, které ho poškodí a funkce naruší.

(Kaňková, 2009)

### **Ateroskleróza**

Je systémové onemocnění postihující tepenný systém. Je to onemocnění nevléčitelné, jeho průběh můžeme pouze zpomalit, nebo napravovat jeho následky. Důvody spuštění aterogeneze jsou dysfunkce endotelu, zvýšená nabídka cholesterolu a aktivace buněčných elementů (endotelií, trombocytů, monocytů T- lymfocytů). Faktory podílející se na vzniku aterosklerózy jsou: vysoká hladina cholesterolu a tuků, vysoký krevní tlak, lokální mechanické vlivy, diabetes mellitus, kouření, mikrobiální infekce, genetické vlivy jako rodinná dispozice. Muži jsou více náchylnější než ženy a to v poměru 70:30.

Stádia aterosklerózy jsou:

1. endoteliální dysfunkce
2. lipoidní proužky- vznikají z infiltrace intimy lipoproteiny s minimálním obsahem fibrózní tkáně, mají bělavě žlutou barvu. Tvořeny jsou hlavně makrofágy vyplněnými tukem ve formě jemných kapiček (pěnové buňky). Vznikají již v dětství a klinicky se neprojevují
3. fibrózní pláty: jsou bělavé a zužují průsvit tepny. Tvoří je makrofágy, lipoproteiny, zmnožená vazivová tkáň a buňky hladkého svalstva
4. komplikovaná léze (ateromový plát): jsou měkčí než fibrózní pláty, dělají různě rozsáhlou dutinu v intimě vyplněnou žlutavou kaší mastného vzhledu. Je zde riziko prasknutí a potom dochází k agregaci trombocytů a vzniku trombu. Tomu se říká maligní plát. Může také dojít ke kalcifikaci, což je ukládání vápenatých solí do ateromu.

(Kolář, 2003)

(Hradec, Spáčil, 2001)

## **1.2. Charakteristika onemocnění**

### **1.2.1. Ischemická choroba dolních končetin**

Je onemocnění z 95% způsobené ateroskleózou. Je to stav, kdy vlivem změn ve stěně cévy dochází k tomu, že zásobování tkání kyslíkem a živinami nedokáže pokrýt nároky tkání a dochází k ischemii projevující se bolestí. Nejčastější lokalizace je v místech větvení cév. Postižení může být izolované nebo víceetážové.

#### **Klasifikace:**

Nejběžnější je dle R. Fontainea z roku 1954

1. stádium asymptomatické- ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je zjištěna náhodně při fyzikálním vyšetření
2. stádium klaudikační- stádium II.a klaudikace se dostaví po 200 metrech chůze a více  
stádium II.b klaudikace se dostaví do 200 metrů  
stádium II. c klaudikace do 50metrů
3. stádium klidové ischemické bolesti
4. stádium trofické defekty na DK

Stádium 3. a 4. je považováno za kritickou ischemii DK. Ta se kvalifikuje dle doby trvání klidových bolestí, nehojících se defektů a nízkými hodnotami kotníkových a prstových tlaků. U pacienta s kritickou ischemií je končetina ohrožena amputací.

### **1.2.2. Klinický obraz a vyšetřovací metody**

#### **Anamnéza**

- často bývá pozitivní anamnéza výskytu chorob v důsledku aterosklerózy
- rizikové faktory aterosklerózy (kouření, hyperlipoproteinémie, hypertenze, diabetes mellitus)
- z hlediska prognózy nás zajímají přidružené choroby
- důležité jsou informace o bolesti:

1. klaudikační bolest vzniká při pohybu, po určité době chůze, přinutí pacienta zastavit. Úleva přichází do 1- 2 min. Bolest je způsobena zvýšeným nárokem tkání na kyslík při zátěži, který zúžená céva není schopna dodat, hromadí se kyselé metabolity a vzniká bolest. V klidu nároky klesnou, bolest přechází. Čím větší jsou změny tepen, tím kratší je kludikační interval a bolest vzniká dříve. Důležité je určení lokalizace bolesti, tak se určí lokalizace maximálních změn v tepně

2. klidové bolesti vznikají v pokročilém stádiu končetinové ischemie. Tepny nejsou schopny dostatečně zásobit tkáň okysličenou krví ani za klidových podmínek. Často vznikají vleže, v noci. Částečná úleva přichází vsedě, kdy se zlepší prokrvení DK. Maximum bolesti je v noze a prstech.

- pátrat po vzniku trofických defektů, kdy vznikly a zda se hojí
- pacienti cítí často chlad v akrálních částech končetin

### **Fyzikální vyšetření**

pohled - barevné změny na DK, hlavně bledost

- trofické změny- mizí ochlupení, nerostou nehty, defekty (nekróza až gangréna), pasivní hyperémie při svěšení DK

palpace tepu- hodnotit oboustranně, oslabená pulzace= stenóza nad místem palpace, vymizení tepu= uzávěr nad místem palpace

- třísla- a. femoralis
- podkolenní jamka- a. poplitea
- za vnitřním kotníkem- a. tibialis posterior
- dorsum nohy- a. dorsalis pedis

poslech- šelest nad tepnou znamená stenózu, ale není jasné, jak významnou. Provádět v klidu i po námaze.

polohový test dle Ratschowa- hodnocení je individuální, proto se od tohoto vyšetření ustupuje. Nemocný leží, zvedne DK, provádí po dobu 2 min nebo do vzniku bolesti plantární a dorsální flexi, poté si pacient sedne, svěsí DK a sleduje se zčervenání nohy (norma je do 5s), náplň žil na dorsu nohy (norma do 10s), reaktivní hyperémie nohy (norma do 15s)

### měření kotníkových tlaků dopplerovským detektorem

Měří se rychlost pohybu erytrocytů pomocí ultrazvukových vln a posuzuje se hemodynamická situace v tepně přiložením tužkové sondy na tepnu. Využívá se hlavně k měření kotníkových tlaků. Detektor se uloží na místo pulzace na pedální tepně, nad kotníky se namotá manžeta, která se nafoukne nad systolický tlak a postupně se uvolňuje. Při nástupu signálu se odečte systolický periferní tlak. Hodnoty nad 100mmHg značí dobré prokrvení končetiny, 50- 100mmHg signalizují střední závažnost ICHDK, pod 50mmHg je kritická ischemie.

Duplexní sonografie je neinvazivní vyšetření, které je dokonalejší, přesnější a důležitější, protože získáme více informací. Umožňuje zobrazení cév, ale i proudění krve. Lze změřit i rychlost průtoku krve danou oblastí.

angiografické vyšetření je invazivní RTG vyšetření cév s pomocí kontrastní látky s nutným vstupem do tepenného řečiště. Je indikované u pacientů, kde se uvažuje o endovaskulární nebo chirurgické léčbě. Invazivitu lze snížit použitím CT angiografie, nebo magnetickou rezonancí, kde probíhá aplikace příslušné kontrastní látky pouze intravenózně.

další vyšetření: posouzení celkového stavu pacienta vyšetřením EKG, biochemické vyšetření a vyšetření krevního obrazu

## **1.2.3. Léčba**

### **Konzervativní**

Léčba farmakologická zůstává ve vývoji pozadu za prudkým vývojem cévní chirurgie a endovaskulárních technik. Léčba závisí na subjektivním a objektivním stupni obtíží pacienta.

**I. stupeň**- hlavní je ovlivnit rizikové faktory, které ovlivnit lze a to:

1. vyloučit kouření
2. terapie hyperlipoproteinemie: dieta (dosažení normální tělesné hmotnosti, strava bohatá na vlákninu a vitamíny, alkohol do 30g/den, sacharidy 55% denního příjmu, proteiny 15% a lipidy ne nad 30%) a statiny (Sortis, Tulip, Zocor), dávky dle hodnoty, které chceme dosáhnout, cílem je LDL cholesterol pod 2,5mmol/l,



triacylglyceroly pod 1,1mmol/l a celkový cholesterol pod 4,5mmol/l lze je kombinovat i s fibráty (Lipantor, Lipanthyl)

3. léčba arteriální hypertenze- u I. a II. stupně ICHDK udržovat TK na 130/80mmHg a níže, ale nesnižovat příliš rychle, užívají se nejčastěji ACE inhibitory.

4. DM správně léčit dietou, p.o. antidiabetiky, nebo inzulínem

5. antiagregační léčba jako profylaxe nasedající trombózy, nejčastěji se podává kyselina acetylsalicylová 100-200mg/den

**II. a III. stupeň-** individuální posouzení závažnosti stenózy, délka uzávěru a přidružené choroby,

1. léčba stejná jako u I. stupně

2. rehabilitační léčba (u II. stupně) a to intervalový svalový trénink. Cílem je otevření efektivního kolaterálního oběhu, zvýšení tolerance bolesti, zlepšení techniky chůze. Účinek je výrazný pouze u pravidelného a dlouhodobého cvičení

3. vazodilatancia- mají vazodilatační účinek a reologicky příznivé vlivy.

Patří sem: Xanidil retard tbl (podávat 2x 1tbl.), Enelbin retard tbl. (podávat 2-3x 2tbl.), Agapurin retard tbl.(3x 1tbl.)

Existují i další léky, které se podávají u pacientů s kritickou končetinovou ischemií a to dlouhodobě perorálně nebo v infuzích většinou 10-20dní. I prostaglandiny (Prostvasin inj.), které se považují za nejúčinnější v léčbě ICHDK se podávají z finančních důvodů hlavně pacientům s počínající kritickou ischemií.

4. u pokročilých stádií se používá hyperbarická oxygenoterapie a to u defektů k podpoře hojení, účinně léčit bolest, anabolika pro zlepšení hojení ran, správné vlhké ošetřování kožních defektů, ATB- podávat dlouhodobě v přítomnosti gangrén zejména u diabetiků

**Intervenční léčebné metody:**

Perkutánní transluminální angioplastika(PTA) je invazivní léčebný postup, kdy dojde k odstranění stenózy nebo uzávěru balónkovým katetrem. Výkon je kratší, šetrnější a zkracuje se doba hospitalizace oproti operačnímu výkonu. Principem je perkutánní zavedení vodiče a po něm balónkový katetr do cévy pacienta v

místním znecitlivění za RTG kontroly. V místě stenózy se nafoukne balónek a nechá se asi 1-3min působit, poté se kontrastní látkou kontroluje efekt.

Indikace: ICHDK stupeň II. a a více, stenózy bypassu

Kontraindikace: neklidný a nespolupracující pacient, příliš dlouhé uzávěry

Komplikace: hematom v místě vpichu, distální embolizace, akutní uzávěr po PTA, perforace tepny a časté jsou pozdní restenózy, ty se řeší stentem

Stenty jsou kovové, síťovité výstuže vnitřku cév z oceli, tantalu nebo niklu

- expandibilní- zavedou se na balónkovém katetru a jeho nafouknutím jsou roztaženy

- samoexpandibilní- jsou stlačeny ve speciálním zaváděcím katetru, ten se po zavedení vyjme, stent zůstává a rozvine se

Indikace: zejména při suboptimálním výsledku PTA nebo stenóza v určitých lokalizacích

Komplikace: trombóza stentu, reokluze stentu, migrace stentu, vznik hematomu a pseudoaneurismatu v místě vpichu

(Hradec, Spáčil, 2001)

(Karetová, Staněk, 2007)

### **Chirurgická léčba:**

Nejdůležitější v chirurgické léčbě je, že umožňuje zasvorkovat postiženou tepnu a to při celkové heparinizaci pacienta. K vlastní rekonstrukci je nezbytný cévní steh nevstřebatelným materiálem. Nejčastější typy výkonů:

Endarterektomie je přímé odstranění postižené intimy, ta se postupně znovu obnoví. Je nutné provést endarterektomii do ztracena, jinak krevní proud může intimu v dalších částech odchlípnout a dochází k problémům.

Indikace: dobře ohraničené postižení krátkého úseku tepny

### Plastika

Používá se k rozšíření krátkého úseku tepny pomocí záplaty nejčastěji z umělého materiálu nebo autologní.

### Embolektomie a trombektomie

Používá se nepřímá metoda pomocí Fogartyho balónkových cévek, která se zavede dobře přístupnou tepnou až za místo uzávěru, tam se nafoukne balónek a

cévka vytahuje a s ní i tromby. Kontrolou správnosti provedení je silný proud krve.

Bypass je přemostění stenózy nebo uzávěru. Je to nejčastější rekonstrukce. Našívá se nad a pod uzávěrem v nepostiženém místě. Pro náhradu se musí vytvořit tunel, který většinou kopíruje polohu původní tepny.

### **Rozdělení cévních náhrad:**

**Biologické:** jejich hlavní výhodou je vysoká odolnost vůči infekci, lepší průchodnost při nízkém průtoku krve stěpem. Nevýhodou je obtížná dostupnost.

Dělí se na:

1. Autologní: V naprosté většině žilní štěpy, nejčastěji z VSM nebo VSM, v indikovaných případech lze použít femorální žílu nebo povrchové žíly z horních končetin. Někdy můžeme použít i autologní tepenný materiál, zejména lze využít endarterectomovanou uzavřenou AFS k provedené plastiky v oblasti třísla.

2. Alogenní: tepny nebo žíly získané v dnešní době převážně v rámci multiorgánového odběru pro transplantace, používají se zejména pro rekonstrukce v oblastech infekcí. Mohou být buď čerstvé nebo kryoprezervované. Výjimečně lze použít i kvalitní VSM získanou při operaci varixů. Mezi alogenní štěpy lze řadit i dříve používaný štěp připravený z pupečnickové žíly.

3. Xenogenní: v dnešní době u nás prakticky nepoužívané komerčně připravované štěpy ze zvířecích tkání.

**Umělé cévní náhrady tzv. cévní protézy:** hlavní nevýhodou je nízká odolnost vůči infekci a jistá trombogenicita vnitřního povrchu, výhodou je snadná dostupnost. Dělí se na :

Vytvořené z polyesterových vláken :

Pletené: v současnosti velice rozšířené, jejich povrch je upraven impregnací albuminem nebo želatinou, takže nedochází k prosakování krve porézní stěnou protézy. Pro lepší manipulaci a elasticitu je stěna protézy upravena žehlením do tzv. vrapů.

Tkané: vytvořené jinou technologií ze stejného materiálu jako pletené. Tkanina s menší porézností méně prosakuje. Díky objevu impregnace pletených protéz již nejsou v současnosti tak hojně používány pro některé své nevýhody.

### Vyrobené z polytetrafluorethylenu (Goretex):

Lité: nejsou porézní, jsou schopné udržet průchodnost při nižším průtoku krve rekonstrukcí avšak nedosahují vlastností žilních štěpů. Používají se při rekonstrukcích s nízkým průtokem, kde není dostupný vlastní žilní štěp.

Pro dobrou funkci bypassu je důležitý dostatečný průtok krve bypassem zajištěný dobrým přítokovým řečištěm a dostatečnou kapacitou odtokového řečiště (outflow). Někdy bývá nutné zajistit podmínky pro dobrý průtok bypassem pomocí endovaskulárních metod nebo víceetážové rekonstrukce. Již v časném pooperačním období se u pacientů po periferní cévní rekonstrukci podává antiagregační léčba a u pacientů s určitými typy rekonstrukcí se dlouhodobě podává antikoagulační léčba kumarinovými preparáty.

K amputaci se přistupuje, pokud selžou ostatní léčebné metody a to u pacientů s kritickou ischémií. Pokud se provede včas, může zmírnit rozsah amputace a utrpení pacienta.

(Firt, Hejnal, Vaněk, 2006)

### **1.2.4. Komplikace chirurgické léčby**

#### **Časné komplikace:**

1. Krvácení- příčinou je většinou technická chyba nebo zanedbání, zdrojem může být cévní spojení nebo sutura cévy, operační rána nebo samotná náhrada. Léčba je revize.
2. Uzávěr- nesprávná indikace rekonstrukce, nesprávná taktika výkonu, nesprávná technika výkonu. Diagnostika: klinické příznaky ischémie, angiografie. Léčba: chirurgická revize
3. Infekce: důsledek perioperační kontaminace. Diagnostika: lokální i celkové známky infekce. Léčba: bakteriologický odběr, otevření povrchových vrstev rány a její vyčištění, dle potřeby otevřít i hlubší vrstvy, pokud je prokázána infekce, vyjmout případnou umělou náhradu a vhodně ji funkčně nahradit a to pod cílenou ATB léčbou.
4. Periferní embolizace: Diagnostika: nehmatný pulz, angiografické vyšetření. Léčba: embolektomie

### **Pozdní komplikace:**

1. Cévní uzávěr: nejčastější komplikace. Záleží na lokalizaci rekonstrukce, typu náhrady, rychlosti rozvoje základního onemocnění, dlouhodobá antikoagulační a antiagregační léčba, taktika a technika výkonu. Diagnostika: většinou náhlý nástup obtíží, angiografie. Léčba: konzervativní, intervenční nebo chirurgická
2. Infekce: důvody perioperační kontaminace (propukne později), hematogenně při bakteriémii nejrůznějšího původu. Projeví se píštělí nebo krvácením. Léčba: nutnost užití ATB, nutnost vyjmout případnou umělou náhradu a vhodně ji funkčně nahradit
3. Nepravá výduť: je to opouzdřený hematoma v místě spojení rekonstrukce, který může způsobit krvácení. Příčina: infekce, příliš napnutá protéza, nedotažený steh, progresse degenerativních změn. Diagnostika: CT, angiografie. Léčba: chirurgická.

(Krajčček, Peregrin, Roček, Šebesta, 2007)

### **1.2.5. Prognóza**

ICHDK je závažné a progredující onemocnění. Prognóza se zhoršuje hlavně výskytem jiné formy ischemické choroby a to ICHS nebo cerebrovaskulárního onemocnění. Nepříznivá v rámci prognózy jsou i jiná přidružená onemocnění jako např. DM (pacienti trpí mikroangiopatiemi a neuroangiopatiemi a ty zhoršují průběh ICHDK), pokračování v kouření, špatně léčená hypertenze a hyperlipoproteinemie. Prognóza závisí i na stupni ICHDK. Pacienti s nejtěžšími formami umírají do pěti let z 20-50%.

(Karetová, Staněk, 2007)

Pan V. B. trpí DM II. typu, během hospitalizace má stále vysokou hladinu cholesterolu i triglyceridů. Krevní tlak je při farmakoterapii v normě. Nemocný již v minulosti prodělal endarterektomii karotid a rekonstrukční výkony na obou končetinách. Proto je zde riziko dalších uzávěrů ať už jinde v cévním řečišti nebo na DK. Opětovný uzávěr LDK by mohl být u pacienta problém z toho důvodu, že jsou již téměř vyčerpány možnosti intervence na dolní končetině a proto je zde v

budoucnosti riziko amputace končetiny. Záleží hodně na životosprávě pacienta a jeho řádném dodržování rad, zásad a doporučení, které mu byly poskytnuty během hospitalizace. Dodržování medikamentózní léčby je dalším faktorem ovlivňujícím prognózu.

Prognóza stran záchrany končetiny:

V časovém období 2 let se podaří s pomocí některých doplňkových procedur udržet funkční pouze 1/3 protetických bypassů, jejichž distální anastomóza je pod úrovní podkolenní tepny jako je tomu v tomto případě. Ovšem naděje na záchranu končetiny při tomto typu rekonstrukce v tomto období 2 let je až 60%.

Pokud je možné použít k vytvoření bypassu žilní štěp, je naděje na jeho průchodnost po dobu 2 let až 80% a končetinu se podaří zachránit téměř v 90% případů.

(Dalman RL, In Mills JL, 2000)

## 2. Údaje o nemocném

### 2.1. Základní informace o nemocném

Iniciály: V. B.

Věk: 63 let

Pohlaví: muž

Datum přijetí na oddělení cévní chirurgie: 12. 9. 2011

Datum operace: 13. 9. 2011

Datum reoperace: 15. 9. 2011

Hospitalizace na JIP cévního oddělení: 13.- 19. 9. 2011

Překlad na standartní oddělení: 19. 9. 2011

Propuštění do domácího léčení: 22. 9. 2011

Pacient byl synem přivezen 12. 9. 2011 na cévní ambulanci. Odtud byl pacient přijat na oddělení cévní chirurgie nemocnice.

### 2.2. Lékařská anamnéza

**Rodinná anamnéza:** otec zemřel ve válce, matka zemřela v 60 letech na IM, sestře je 68 let, léčí se pro DM II. typu na PAD

**Osobní anamnéza:** v dětství léčen pro hyperthyreózu, jinak běžné dětské nemoci

1964 apendectomie

1985 operace inkuinální hernie

2002 revmatická artritida na kombinované imunosupresi

2004 operace hlasivek

DM II. typu, na PAD

2005 začátek léčby hypertenze

2006 září- karotická endarterectomie

říjen- femoropopliteální proximální bypass l.sin pletenou  
cévní náhradou

2007 PTA povrchové femorální tepny vpravo

## 2009 gastroduodenální vřed

### Farmakologická anamnéza:

Acidum folicum 10mg 1tbl.	p.o.	1-0-0
Anopyrin 100mg 1 tbl.	p.o.	1-0-0
Betaloc SR 200mg 1 tbl.	p.o.	1-0-0
Enelbin R 100mg 1 tbl.	p.o.	1-0-1
Helicid 20 Zent. 20mg 1 tbl.	p.o.	1-0-0
Medrol 4mg 1 tbl	p.o.	1-0-0
Plaquenil 200mg 1tbl.	p.o.	1-0-0
Prestance 10mg/5mg 1 tbl	p.o.	1-0-0
Siofor 850mg 1 tbl	p.o.	1-0-1
Tenaxum 1mg 1 tbl	p.o.	1-0-1
Tagren 250mg 1 tbl	p.o.	1-0-0
Tulip 20mg 1 tbl	p.o.	0-0-1

**Alergická anamnéza:** třesavka po Prostavasinu

**Sociální anamnéza:** částečný invalidní důchod, žije s manželkou v rodinném domě

**Alkohol a kouření:** kouřil 20 cigaret denně 30 let, nekouří od 10/06, alkohol příležitostně

**Nynější stav:** V sobotu 10. 9. 2011 při práci na žebříku náhle vzniklá bolest levého lýtka. Bolest nadále přetrvávající i v klidu. Bolest nemocného v noci budí. Od soboty bez zhoršení.

### 2.3. Průběh hospitalizace

#### 12 . září 2011 – 1. den hospitalizace

Pacient byl přijat jako akutní příjem. Byl přivezen synem v 6.30 na cévní ambulanci, kde udával bolest levého lýtka , která vznikla náhle v sobotu 10. 9. při práci na žebříku. Bolest přetrvává i v klidu a v noci pacienta budí. Od soboty nedochází ke zhoršování. Pacient byl přijat na lůžkové oddělení, kde byl seznámen s chodem oddělení, podepsal souhlas s hospitalizací a dostal identifikační náramek. Byl poučen o klidovém režimu. Byly mu změřeny



fyziologické funkce v tabulce č. 2 a odebrána krev na laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře. Výsledky jsou zaznamenány v příloze č. 1 a č. 2

Tabulka č. 2 Údaje o pacientovi při přijetí

Jméno pacienta: V. B.	Věk: 63let
Výška: 167cm	Váha: 84kg
TK: 134/70 mmHg	P: 78'
DF: 15'	TT: 36,5°C
BMI: 30,1	

Následovalo vyšetření lékařem.

**Fyzikální vyšetření při přijetí na oddělení:**

**Celkový stav:** pacient je při plném vědomí, orientovaný, klidný, spolupracuje, na bolest a dušnost si nestěžuje, anicterický, bez cyanózy, neurologicky orientačně bez lateralizace, euhydratace, kožní povrch bez lézí a barevných změn

**Hlava:** bez deformit, kštice přiměřená, bulvy jsou ve středním postavení, zornice izokorické, reagují, skéry bílé, spojivky růžové, nos a uši bez sekrece, mimické svaly v normě, jazyk bez patologického povlaku, plazí ve střední čáře, chrup vlastní, sanován, hrdlo klidné, slyší dobře, řeč je plynulá

**Krk:** trachea bez deviace, uzliny nezvětšené, štítná žláza nehmatná, náplň krčních žil normální, pulzace karotid symetrická

**Hrudník:** souměrný, akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy, dechové vlny symetrické, poslechově čisté, sklípkové dýchání, HK a axily bez rezistencí

**Oběh:** periferie teplá, kapilární návrat do 2s

**Břicho:** lehce nad úrovní, palpačně měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistencí, játra nehmatná, slezina nehmatná, poklep diferencovaně bubínkový, poslech- peristaltika slyšitelná, plyny odcházejí, přítomny jizvy po apendectomii a operaci tříselné kýly vpravo pevné, klidné, tapottement oboustranně negativní

**Per rectum:** bez chorobného nálezu, prostata nezvětšená

**Genitál:** mužský

**Končetiny:** HK: svalová síla je dobrá, periferní puls symetricky hmatný, teplota přiměřená, DK: PDK bez otoků, pulzace hmatná jen v třísle, dále 0, LDK pulzace

pouze v třísle, operační jizvy po cévní rekonstrukci v třísle a nad kolenem klidné, prsty bez omezení hybnosti a cití. Hyperpigmentace kůže přední straně bérce

**Stolice:** poslední stolice dnes 12. 9. 2011 , tuhé konzistence

**Výživa:** dieta č. 9

**Sociální život:** manželka informována o stavu pacienta

**Psychický stav:** pacient má obavy z vývoje svého zdravotního stavu a nemocničního prostředí

Pacient byl seznámen s dalším průběhem a byla mu vysvětlena nutnost provedení duplexní sonografie krčních tepen v rámci předoperačního vyšetření a angiografie tepen LDK. Pacient s vyšetřeními souhlasil a podepsal informovaný souhlas. Pacientovi byl vysvětlen postup vyšetření a příprava na ně. Před angiografií pacient lačnil 6 hodin, bylo mu oholeno tříslo a zaveden periferní žilní katetr. Laboratorní výsledky byly uspokojivé pro provedení vyšetření. Výsledky provedených vyšetření jsou popsány níže. Před angiografií pacient dostal Diazepam 5 mg p. o. Dle ordinace lékaře a po vyšetření pacient dodržoval klid na lůžku po 24 hodin, v třísle měl tlakový obvaz a na 6 hodin byl přiložen sáček s pískem. Pacient byl pravidelně kontrolován sestrou pro riziko krvácení v místě vpichu a byl poučen, aby neohýbal LDK. Pacient měl u sebe signalizační zařízení, o jehož ovládání byl poučen. Pacient měl po ruce dostatek tekutin a dostal oběd, dietu č. 9.

Odpoledne bylo provedeno EKG a RTG srdce a plic. Lékař informoval pacienta o výsledcích vyšetření se závěrem akutní trombózy předchozího bypassu s nutností operačního výkonu na LDK. Popsal mu další postup, pacientovi byly popsány možné komplikace. Pacient podepsal souhlas s hospitalizací a termín operace byl předběžně stanoven na druhý den. Proběhlo také interní vyšetření a to se závěrem, že pacient je bez kontraindikací k výkonu. U pacienta proběhla anesteziologická vizita, pacient se s lékařem domluvil na typu anestezie a byl podepsán souhlas s anestézií. Pacientovi byla oholena LDK až do třísla a hygiena byla toho dne provedena sestrou z důvodu upoutání na lůžko. Dle ordinace lékaře byla pacientovi nabrána krev na krevní skupinu a objednány 2 transfuzní

jednotky plné krve. Pacient byl informován, že od půlnoci nesmí nic jíst ani pít. V noci pacient spal.

#### **Výsledky vyšetření:**

##### **Duplexní sonografie**

Stenóza a. carotis interna vpravo nadále do 30%, st. p. endarterectomii a. carotis vlevo bez restenózy

##### **Angiografie**

PDK- nevýznamná stenóza arteria iliaca communis, sklerotické pánevní tepny, bez významné stenózy

LDK- těsná stenóza arteria iliaca externa, významná stenóza arteria profunda femoris, a. femoris superficialis i femoropopliteální bypass jsou obliterovány v odstupu, přes kolaterály se plní sklerotická arteria poplitea, a. tibialis anterior je obliterována v odstupu, a. tibialis posterior je sklerotická s maximem změn distálně

##### **EKG a RTG vyšetření**

normální nález

### **13. září 2011, 2. den hospitalizace, 0. den po operaci**

Ráno v den operace jsme zkontrolovaly operační pole, znovu oholili LDK, bandáže DK jsme neprováděli z důvodu sklerotických změn na obou končetinách, nepodali jsme ani nízkomolekulární heparin, protože pacient bude celkově heparinizován na operačním sále. Pacient byl druhý v pořadí na operačním programu. Na stoličce toho dne pacient byl. Před odjezdem na operační sál jsme nechaly pacienta vymočit a dotazem zkontrolovaly, zda dodržel lačnění. Zuby měl pacient vlastní, převlékl se do připraveného ústavního prádla. Se souhlasem pacienta jsme aplikovaly naordinovanou premedikaci Dormicum 7,5mg p.o. a poučily jsme pacienta, aby už nevstával z lůžka, aby se mu neudělalo slabo.

Operační výkon probíhal od 11.15 – 14.20. Periferní žilní katetr byl zaveden od předchozího dne, na operačním sále byl před výkonem zaveden PMK č.14. Výkon byl veden v celkové anestezii. Byl proveden bypass z AFC do větvení TF

trunku. Z důvodu nedostatečné kvality autologní VSM byla použita goretexová proteza o průměru 6 mm vedená pod fascií stehna. Oblast pro distální anastomózu byla upravena pomocí našití autovenozní záplaty. Proximální anastomóza byla našita do místa odstupu původního uzavřeného bypassu. Původní stará protéza byla po odpárání proximální anastomózy z AFC ponechána in situ. K oběma anastomózám byly zavedeny Redonovy drainy. Operace byla z důvodu implantace umělé protezy provedena pod antibiotickým krytím Axetine 2,25g i. v.. Po výkonu byla hmatná pulzace na ATP za vnitřním kotníkem.

Pacient byl extubován na operačním sále a plně při vědomí přeložen na JIP. Fyziologické funkce byly měřeny po 1.hodině. Při příjezdu TK 153/70, P 57', TT 36,1, SpO<sub>2</sub> 97%. Byla aplikována kyslíková terapie maskou s průtokem 8 l/min. Byla prováděna kontrola operační rány, drénů a pulzace na DK. ATB Axetine 2,25g i.v. bylo podáno ještě v 22h a 6h ráno jako profylaxe, dále už ne. Pacient chronickou medikací toho dne nedostal, byla měřena hladina glykémie, toho dne byla v normě, výsledky viz příloha č. 4. K tlumení bolesti byl naordinován Dipidolor 1 amp. i.v. po 6. hodinách nebo dle potřeby. Pacientovi byl aplikován dle hodnotící škály VAS po příjezdu ze sálu, ve 22 hodin a v 6 hodin ráno. Další možností analgezie je naordinovaný Tramal 100mg retard s.c. při VAS nad 3, podat max. 2x denně a Novalgin 1g i.v. při VAS nad 1, max. 4g/den. Fraxiparin 0,6ml byl dále podáván po 12 hodinách. Redonovy drény toho dne odvedly I. 30ml, II. 30ml tmavě červené tekutiny. V noci dochází k útlumu pulzací na LDK, stav hlášen lékaři.

#### **14. září 2011, 3. den hospitalizace, 1. den po operaci**

Ráno se pacient cítí lépe, dostal dietu č. 9, otáčí se na lůžku. Kyslíková terapie pokračuje brýlemi s průtokem 3 l/min. Při ranní vizitě je domluveno nové angiografické vyšetření cév. Příprava, postup i ošetření po výkonu probíhá stejně, jako u předešlého vyšetření. Výsledkem vyšetření je nefunkčnost cévní náhrady a indikace k operačnímu výkonu. Pacient je se svým stavem seznámen lékařem. S operací souhlasil a podepsal souhlas. Pacient je zařazen do operačního programu na další den. Je provedeno EKG, RTG vyšetření srdce + plíce, provedeny odběry krve viz. příloha č. 2 a č. 3. Pacient je znovu upoután na lůžko a sestra provádí

kompletní ošetrovatelskou péčí. Pacient dostává svoji chronickou medikaci, do PŽK kape P- Lyte roztok a pacient popíjí čaj. Je pravidelně kontrolována glykémie viz příloha č. 4. Byl podáván nízkomolekulární heparin Fraxiparin 0,6ml s.c. po 12 hodinách jako prevence TEN. Redonovy drény toho dne odvedly I. 20ml (celkem 50), II. 10ml (celkem 40) tmavě červené tekutiny. Bolest byla hodnocena dle VAS a pacientovi byl aplikován Dipidolor 1 amp. i.m. V 17 hod. před hygienou. Při ní byla opět oholena LDK a asepticky proveden převaz operační rány. Rána a její okolí bylo klidné bez sekrece, po celé DK byly hojné hematomy. Navečer proběhla anesteziologická vizita. Lékař se s pacientem dohodl na epidurálním katetru, pro pooperační průběh, operaci v celkové anestezii. Na noc dostal pacient v rámci dlouhodobé předoperační přípravy Neurol 0,5g p.o. Od půlnoci pacient nejedl a nepil. V noci spal.

#### **15. září 2011, 4. den hospitalizace, 2/0. den po operaci**

Ráno v den operace jsme zkontrolovaly operační pole. Nízkomolekulární heparin aplikován nebyl. Pacient byl transportován na operační sál v 11.30. Před odjezdem na operační sál jsme dotazem zkontrolovaly, zda dodržel lačnění. Zuby měl pacient vlastní, převlékl se do připraveného ústavního prádla. PMK a PŽK měl pacient již zaveden. Se souhlasem pacienta jsme aplikovaly naordinovanou premedikaci Neurol 0,5g p.o. a poučily jsme pacienta, aby už nevstával.

Na operačním sále pacientovi zavedli nový PŽK na dorzum levé ruky, předchozí katetr zrušili. Pacientovi byl zaveden epidurální katetr. Operační výkon byl proveden v celkové anestezii. Byla rozpuštěna rána ve třísle a odpárána proximální anastomóza bypassu. Ten byl úspěšně trombectomován pomocí fogartyho katetru. Poté byla provedena rozsáhlá endarterectomie celé AFC a počátečního úseku APF. Tento endarterectomovaný úsek tepen byl uzavřen pomocí pletené cévní záplaty, do které byla poté všita proximální anastomóza trombectomovaného bypassu. Zaveden 2x Redonův drén a provedena opětovná sutura rány.

Pacient byl extubován na operačním sále a plně při vědomí přeložen na JIP. Fyziologické funkce byly měřeny po 1. hodině. Při příjezdu TK 130/65, P 73',

TT 35,7C, SpO<sub>2</sub> 98%. Byla aplikována kyslíková terapie maskou s průtokem 8 l/min. Byla prováděna kontrola operační rány, drénů a pulzace na DK. Pacient byl zahříván výhřevnou přikrývkou. Byla odebrána krev na Astrupa (viz příloha č. 5). ATB Axetine 2,25g i.v. bylo podáno ještě jako profylaxe v 22h a 6h ráno, dále už ne. Pacient chronickou medikaci toho dne již nedostal, byla měřena hladina glykémie, toho dne byla v normě viz příloha č. 4. K tlumení bolesti byl naordinován Bupivacain 0,5%+ fyziologický roztok+ Sufenta forte 1ml do epidurálního katetru a to 6ml/h, úprava rychlosti dle potřeby a hodnotící škály VAS, která byla hodnocena po operaci po hodině později po 6ti hodinách. Pacient uvádí hodnoty v rozmezí 2- 5. Další možností analgezie je naordinovaný Tramal 100mg retard s.c. při VAS nad 3, podat max. 2x denně a Novalgin 1g i.v. při VAS nad 1, max. 4g/den. Fraxiparin 0,6ml byl dále podáván po 12 hodinách. Redonovy drény toho dne odvedly I. 20ml, II. 50ml tmavě červené tekutiny. Večer proběhla u pacienta vizita chirurgem. Informoval pacienta o průběhu operace. Pacient v noci spával.

#### **16. září 2011, 5. den hospitalizace, 3./1. den po operaci**

Pacient se ráno cítil odpočatý. Byla odebrána krev na vyšetření (výsledky viz. příloha č. 1 a č. 2). Kontrola pacienta při ranní vizitě proběhla bez problémů. LDK byla prokrvená, pulzace hmatné. Operační rána se toho dne nepřevazovala. Pacient dostal dietu č. 9. Byla podána opět pacientova chronická medikace. Byla nasazena warfarinizace a pokračuje se v podávání Fraxiparinu 0,6ml s.c. Pacient byl lékařem řádně poučen o podávání Warfarinu a jeho komplikacích. Infuzní terapie nepokračovala, protože pacient již potřebné množství tekutin vypije. Bilance tekutin a fyziologické funkce z tohoto dne jsou zaznamenány v Záznamu intenzivní a resuscitační péče (příloha č. 6). Hladina glykémie toho dne byla v 17 hodin 5,74 g/l. Dopoledne proběhla rehabilitace. Pacient se učil s fyzioterapeutem sed v lůžku. Odpoledne už seděl sám. Bolest je monitorována dle VAS a nepřesahuje hodnotu 3. Epidurální analgezie je pro pacienta dostačující. Bylo hodnoceno vědomí dle Ramsaovy sedační škály byl pacient ohodnocen stupněm č. 2 viz. příloha č. 13. Pacient je klidný, spolupracující. Redonovy drény toho dne

odvedly I. 30ml (celkem 50ml), II. 20ml (celkem 70ml) tmavě červené tekutiny. Odpoledne proběhla hygiena na lůžku s dopomocí sestry, aseptický převaz PŽK a epidurálního katetru, oba mají okolí klidné a jsou funkční. PMK je funkční, odvádí čirou moč. Množství je uvedeno v příloze č. Navečer měl pacient návštěvu manželky a syna. Stolicí pacient toho dne neměl. Na spaní dostal pacient na své přání Stilnox 1tbl p.o. V noci spal.

### **Farmakoterapie 1.pooperační den**

**Acidum folicum 10mg** 1tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: vitamin, antianemikum

Indikace: prevence a léčba stavů z nedostatku kyseliny listové, např. v těhotenství a při kojení, při léčení na umělé ledvině, při některých onemocněních krevetvorby, při zhoršeném vstřebávání živin ze střeva, u pacientů užívajících některá léčiva způsobující nedostatek kyseliny listové v organizmu, při užívání antikoncepčních pilulek, u nemocných s chorobou jater

Nežádoucí účinky: nausea, tlak v břiše, pachů v ústech, poruchy spánku a předrážděnost, alergie

**Axetine 2,25g** i.v. v 6.00 ve 100ml FR, rychlost podání 100ml/h

Indikační skupina: širokospektré antibiotikum

Indikace: infekce kostí a kloubů, ORL, gonorea, porodnické a gynekologické, respirační, močové, měkkých tkání, sepse a meningitidy

Nežádoucí účinky: nausea, pokles hemoglobinu, eozinofilie, leukopenie, neutropenie, kožní reakce, horečka, přechodná bolest v místě vpichu

**Betaloc SR 200mg** 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: antihypertenzivum, betablokátor

Indikace: léčba hypertenze, dlouhodobá léčba po infarktu myokardu a anginy pectoris, léčba arytmií, prevence záchvatů migrény, doplňková léčba hyperthyreózy

Nežádoucí účinky: pocit únavy, pomalejší akce srdeční, bušení srdce, závratě, bolest hlavy, dušnost, nausea, křeče v oblasti žaludku, průjem nebo zácpa, studené ruce a nohy

**Bupivacain 0,5%** 10ml, Sufenta F 1ml, fyziologický roztok do 50ml stříkačky, aplikace do epidurálního katetru, rychlostí 4 ml/h

Indikační skupina: lokální anestetikum

Indikace: anestézie a potlačení bolesti místní nebo regionální nervovou bloádou

Nežádoucí účinky: hypotenze, alergie

**Enelbin R 100mg** 1 tbl. p.o. 1-0-1

Indikační skupina: vazodilatans

Indikace: onemocnění vyvolané poruchami prokrvení končetin a mozku, poruchy prokrvení oční sítnice a vnitřního ucha

Nežádoucí účinky: nausea, žaludeční potíže, bolest v epigastriu, nespavost, kožní vyrážka, neklid, závratě, únava, bolest hlavy, pokles TK, ortostatická hypotenze

**Fraxiparin 0,6ml** s.c. 10, 22 hodin

Indikační skupina: antikoagulancia, antitrombotika

Indikace: profylaxe a léčba tromboembolické choroby, prevence krevního srážení během hemodialýzy.

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, trombocytopenie, alergická reakce, zvýšení transamináz

**Helicid 20 Zent.** 20mg 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Indikace: vřed dvanáctníku a žaludku a jeho prevence, refluxní ezofagitida u dospělých a dětí od jednoho roku, trávicí obtíže projevující se bolestí v nadbříšku i jiných částech břicha, pálení žáhy, návrat kyselého nebo hořkého žaludečního obsahu do jícnu a dyspepsie, nadměrné sekrece žaludeční kyseliny v důsledku zvýšené produkce hormonu gastrinu z nádoru slinivky břišní (Zollinger-Ellisonův syndrom).

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nausea, zvracení a plynatost

**Medrol 4mg** 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: hormon, perorální glukokortikoid



Indikace: léčba onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, revmatická onemocnění různého původu, onemocnění imunitního systému, kožní onemocnění, alergická onemocnění, některá onemocnění dýchacího ústrojí, některá hematologická onemocnění, onkologická onemocnění, některé záněty zažívacího ústrojí, onemocnění nervového systému, nedostatek adrenokortikoidů.

Nežádoucí účinky: infekce, Cushingova choroba, zadržování sodíku, zadržování tekutin, afektivní porucha, šedý zákal, hypertenze, žaludeční vředy, porucha podkoží, akné, svalová slabost, zpomalený růst, zhoršené hojení, hypokalémie

**Novalgín 1g** i.v. Při VAS nad 1 do max.dávky 4g/d

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: léčba silné náhlé nebo přetrvávající bolesti a horečky nereagující na jinou léčbu

Nežádoucí účinky: alergie až anafylaktický šok, vyrážka, hypotenze, leukopénie

**Plaquenil 200mg** 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: antimalarikum, antirevmatikum.

Indikace: léčba systémového lupus erythematoses, revmatoidní artritidy, chronické juvenilní artritidy a onemocnění na podkladě zvýšené citlivosti kůže na sluneční světlo (fotodermatóza).

Nežádoucí účinky: poškození sítnice a rohovky, vyrážka, svědění, pigmentové skvrny na kůži, padání vlasů, nevolnost, průjem, nechutenství, bolesti břicha

**Prestance 10mg/5mg** 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor a blokátor calciových kanálů

Indikace: léčba hypertenze, stabilní ICHS

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, závrať, mravenčení, ospalost, poruchy zraku, tinitus, palpitace, zčervenání, točení hlavy, kašel, dušnost, nevolnost, zvracení, bolest břicha, poruchy chuti, dyspepsie nebo zažívací obtíže, průjem, zácpa, alergické reakce, svalové křeče, únava, edém

**Siofor 850mg** 1 tbl. p.o. 1-0-1

Indikační skupina: perorální antidiabetikum, derivát biguanidu

Indikace: léčba non-inzulin dependentního diabetu

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení a průjem, bolesti břicha, nechutenství, změny chuti

**Stilnox 10mg** p.o. na noc

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: zkracuje dobu nástupu spánku, snižuje počet probuzení, prodlužuje celkovou dobu spánku a zlepšuje jeho kvalitu obnovením fyziologické stavby spánku

Nežádoucí účinky: ospalost, bolesti hlavy, závratě, zvýšená nespavost, výpadky paměti, halucinace, neklid, noční můry, únava, průjem, nevolnost, zvracení, bolesti břicha.

**Sufenta f 1ml + Bupivacain 0,5% 10ml + fyziologický roztok do 50ml** stříkačky, aplikace do epidurálního katetru, rychlostí 4 ml/h

Indikační skupina: analgetikum, opioidní anestetikum

Indikace: tlumení bolesti pro déletrvající a bolestivé výkony a pooperační období

Nežádoucí účinky: anafylaktický šok, hypotenze, apnoe, respirační deprese, bradykardie a bronchospasmus

**Tenaxum 1mg** 1 tbl. p.o. 1-0-1

Indikační skupina: antihypertenzivum

Indikace: léčba hypertenze

Nežádoucí účinky: tělesná slabost, palpitace, nespavost, ospalost, únava při tělesné zátěži, sucho v ústech, bolest v nadbřišku, průjem, kožní vyrážky

**Tramal 100mg r.** Při VAS 3 a více do max. 2x d. s.c.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: léčba středně silné až silné bolesti.

Nežádoucí účinky: nausea a zvracení, závratě, palpitace, tachykardie, posturální hypotenze nebo kardiovaskulární kolaps, bolesti hlavy, ospalost, únava, zácpa, sucho v ústech, pocení

**Trexan 10mg** 2 tbl. p.o. 1x týdně (středa) 2-0-0

Indikační skupina: imunosupresivum

Indikace: léčba aktivní revmatoidní artritidy a závažné lupénky

Nežádoucí účinky: snížená imunita, leukocytopenie, nevolnost, zvracení, průjem, neobvyklá únava, bolest hlavy, závratě, ztráta chuti k jídlu, vyrážka, vypadávání vlasů, stomatitida a zvýšená hladina jaterních transamináz

**Tulip 20mg** 1 tbl. p.o. 0-0-1

Indikační skupina: hypolipidemikum

Indikace: ke snížení zvýšené hladiny krevních tuků

Nežádoucí účinky: zácpa, nadýmání, poruchy trávení, bolesti břicha, bolesti hlavy, nevolnost, svalové bolesti, stavy slabosti, průjem a nespavost

**Warfarin 5mg** 1 tbl. p.o. 1-0-0

Indikační skupina: antikoagulans

Indikace: prevenci a léčbě tromboembolismu, hluboké žilní trombózy dolních končetin, plicní embolie, prevenci vzniku krevních sraženin během fibrilace síní, po infarktu myokardu, nebo po transplantaci srdeční chlopně.

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, průjem, vypadávání vlasů, kožní reakce, otok, zčervenání

( Příbalové letáky uvedených léčiv)

(Medical Tribune Breviř, 2010)

### **17. září 2011, 6. den hospitalizace, 4/2. den po operaci**

Pooperační průběh probíhal bez komplikací, monitorace zůstává stejná, provedeny krevní odběry na hladinu glykémie (příloha č. 4) a INR (příloha č. 3). Pacient nacvičuje chůzi s fyzioterapeutem. Při ranní vizitě proběhl aseptický převaz operační rány. Redonovy drény byly zrušeny, rána byla klidná, bez sekrece. Zrušen byl také PMK. Pacient má močovou láhev u lůžka a vymočil se bez obtíží po dvou hodinách. Epidurální katetr byl toho dne také zrušen. Stolice toho dne byla.

### **18. a 19. září 2011, 7. a 8. den hospitalizace, 5/3. a 6/4 den po operaci**

Pooperační průběh zůstává bez komplikací, monitorace zůstává stejná, provedeny krevní odběry na INR (příloha č. 3). Pacient pokračuje v chůzi s fyzioterapeutem, dopoledne seděl pacient v křesle. PŽK byl toho dne také zrušen. Při převazu operační rány bylo zjištěno začervenání u kotníku LDK. Pulzace na LDK hmatná.

Stolice byla, močení bez obtíží. Následující den byl pacient přeložen na standartní oddělení.

**20., 21 a 22. září 2011, 9., 10. a 11. den hospitalizace, 7/5., 8/6 a 9/7den po operaci**

Pacient je bez komplikací, pravidelně prováděny odběry glykémie (příloha č. 4) a kontrolní odběry (příloha č. 1 a č. 2), fyziologické funkce měřeny 3x denně, pulzace končetin hmatná. 20. 9. provedena duplexní sonografie rekonstrukce LDK s nálezem: Femoro- tibiofibulární bypass průchodný s průtokem 360 ml/min. Obě anastomózy bez stenotických změn. 22. 9. Pacient bez komplikací, pouze se objevil mírný otok LDK. Pulzace na obou DK hmatná po ATP. INR ještě není na ustálené hladině. Pacient byl řádně poučen a propuštěn do domácího léčení. Doporučená kontrola INR praktickým lékařem za 3 dny, následuje trvalá a účinná antikoagulační terapie Warfarinem dle doporučeného dávkování. Pravidelná kontrola Quickova testu (doporučené rozmezí hodnot INR je 2,5- 3,5) a korekce dávek praktickým lékařem je nutná. Za 1. měsíc kontrola na ambulanci cévní chirurgie. Pacient byl řádně poučen o implantaci umělé cévní náhrady a z toho vyplývající důsledky. Poučen také o užívání léků a jejich interakcí, o dietě a režimových opatřeních včetně vhodné pohybové aktivity a termínech plánovaných kontrol. Fyziologické funkce při propuštění byly TK 130/75, P 78', TT 36,2 °C.

### **3. Ošetrovatelská část**

#### **3.1. Ošetrovatelský proces**

Pojem PROCES zde znamená komplexní způsob práce s pacientem a individuální přístup k ošetrovatelské péči, jejichž snahou je dosáhnout určitého výsledku.

Teorie ošetrovatelského procesu je systematické vyhledávání určitého problému v biologických, psychologických a sociálních potřebách nemocného s dopředu stanoveným cílem. Toto je považováno za metodologii ošetrovatelství.

Z praktického hlediska dochází v ošetrovatelském procesu k systematickému plánování a poskytování ošetrovatelské péče, za účelem změny zdravotního stavu pacienta.

Ošetrovatelský proces je dnes považován za mezinárodní standard ošetrovatelské praxe. Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojování potřeb pacienta. Sestra nejprve za spolupráce pacienta vytvoří anamnézu. Pokud spolupráce pacienta není z nějakého důvodu možná, spolupracuje sestra s rodinou a přáteli pacienta. Sestra vyhodnotí celkový stav pacienta, určí aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy a sestaví plán ošetrovatelské péče speciálně pro konkrétního pacienta. Fáze ošetrovatelského procesu se mohou navzájem prolínat. Vývoj stavu pacienta a výsledky svých intervencí zaznamenává do dokumentace. Použití ošetrovatelského procesu v praxi vyžaduje po sestře určité vzdělání a dovednosti a to technické, intelektové a interpersonální.

(Mastiliaková, 2005)

Ošetrovatelský proces má 5 fází:

1. sesterská anamnéza, je sběr informací, jejich hodnocení a třídění údajů

(není totožná s lékařskou anamnézou, ale navzájem se doplňují)

Patří sem:

- osobní údaje nemocného
- způsob života nemocného
- zmapování celkového vzhledu
- fyziologické funkce, výška a váha
- specifické informace o pacientovi

## 2. ošetřovatelské diagnózy, problémy

- je pojmenování problému pacienta v pořadí dle naléhavosti
- vycházejí z ošetřovatelské anamnézy
- aktuální ošetřovatelské diagnózy – pojmenování přítomného problému nebo potřeby
- potencionální ošetřovatelské diagnózy – riziko vzniku konkrétního problému, ohrožení pacienta určitým rizikem v důsledku jeho onemocněních
- sestavit ošetřovatelskou diagnózu lze vlastními slovy nebo dle taxonomie NANDA (již formulované ošetřovatelské problémy)

## 3. plán ošetřovatelské péče

- vzniká na základě vytvořených ošetřovatelských diagnóz
- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů
- plánování vhodné ošetřovatelské péče, jak cílů dosáhnout
- plán vzniká pro všechny členy týmu, rodinu i přátele nemocného
- jejich pořadí je závislé na rozhodnutí sestry ve spolupráci s pacientem

## 4. realizace

- poskytnutí ošetřovatelské péče dle daného plánu s důrazem na splnění cíle
- přizpůsobení plánu dle aktuálního stavu pacienta

## 5. vyhodnocení

- zhodnocení efektu poskytované péče
- zda bylo cílů dosaženo
- úprava plánu, pokud k dosažení cíle nedošlo

(Šamánková, 2006)

### **3.2. Ošetřovatelský model**

Standardní ošetřovatelský model je vědeckým schématem, představou nebo popisem způsobu ošetřovatelské péče konkrétního autora. Neměl by být podrobně standardizovaný v hodnocení informací o pacientovi, ani vytvořeny standardizované cíle péče. Z důvodu kvality je nutné zachovat určitou jednotu, ale klademe důraz na individualitu člověka stejně jako individuální použití ošetřovatelského modelu. Proto je velmi důležitý výběr vhodného ošetřovatelského modelu a to pro zdravého i nemocného člověka. V 80. letech vznikl v USA model “Funkčního typu zdraví”, který splňuje kritéria standardního modelu, jehož autorkou je Majory Gordon.

(Mastiliaková, 2005)

Já jsem si pro odběr ošetřovatelské anamnézy vybrala právě model “Funkčního typu zdraví”, protože mi přijde velmi přehledný, jasně daný a vhodný pro pacienta hospitalizovaného na JIP, u kterého je nutno poskytnout vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči.

Model “Funkčního typu zdraví” je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Stav zdraví jedince je vyjádřením bio- psycho- sociální interakce. Sestra při sběru anamnézy identifikuje funkční nebo nefunkční vzorce zdraví. Základní strukturou modelu je 12 oblastí funkčních vzorců zdraví. Každá oblast označuje část zdraví a může být funkční nebo nefunkční. Dysfunkční vzorec poukazuje na aktuální nebo potencionální onemocnění člověka. Sestra problém identifikuje, označí, vytvoří ošetřovatelskou diagnózu a pokračuje v řešení.

12 vzorců zdraví:

1. vnímání zdraví, udržování zdraví
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita a cvičení
5. spánek a odpočinek
6. citlivost (vnímání) a poznávání
7. sebepojetí a sebeúcta
8. role a vztahy
9. reprodukce a sexualita
10. stres, zátěžové situace (zvládání a tolerance)
11. víra a životní hodnoty
12. jiné

(Pavlíková, 2006)

### **3.3. Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala 3./ 1. pooperační den (16.9. v 9.30.), kdy pacient ležel na JIP. Údaje jsem získala převážně rozhovorem s pacientem, dále ze zdravotnické dokumentace, pozorováním, od ošetřujícího lékaře, od ostatního zdravotnického personálu a rodiny pacienta. Ošetřovatelská anamnéza viz. příloha č. 8

Tabulka č. 3 Základní údaje o nemocném

Iniciály, věk	V. B., 63 let
Pohlaví	Muž
Rodinný stav	ženatý, 2 synové, 4 vnoučata
Zaměstnání	částečný invalidní důchod, dříve dělník v automobilce



Sociální situace	žije s manželkou v rodinném domě
Datum přijetí	12.9.2011
abusus	kouřil 20 cigaret denně 30 let, nekouří od 10/06, alkohol příležitostně
alergie	třesavka po Prostivasinu
Výška	167cm
váha	84kg
BMI	30,1
Doposud léčen	1964 apendectomie, 1985 operace inkuinální hernie, 2002 revmatická artritida na kombinované imunosupresi, 2004 operace hlasivek, DM II. typu, na PAD, 2005 začátek léčby hypertenze, 2006 zářikarotická endarterectomie, říjen- FP bypass vlevo, 2007 PTA povrchové femorální tepny vpravo, 2009 gastroduodenální vřed
Současná diagnóza	Akutní uzávěr tepen LDK
Operační výkony	14.9. operace, 16.9. reoperace
Krevní tlak	125/65 mmHg
Pulz	73'
Dýchání	15', pomocí O <sub>2</sub> brýlí, průtok 3 l/min
SpO <sub>2</sub>	96%
Tělesná teplota	36,6°C
Vědomí	plně při vědomí, spolupracující
Dieta	č. 9, diabetická
Vylučování moče	PMK zaveden 13.9., odvádí čistou moč, 3220 ml/24 hod
Vylučování stolice	poslední stolice 13. 9.
spánek	narušený hospitalizací
Pohybový režim	klidový režim na lůžku, nácvik sedu v lůžku
invaze	15.9. na op. sále zaveden PŽK na dorsu LHK, epidurální katetr zaveden 15.9.
Bolest dle VAS	0 VAS
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové	ano, 23 bodů
Riziko pádu dle Conleyové	ano, 3 body

Soběstačnost dle Barthelové testu všedních činností	50 bodů, závislost středního stupně
---	-------------------------------------

## 1. Vnímání zdraví

Pacient zná důvod hospitalizace a již ví, co operační výkon a léčba s ním spojená obnáší. Již jednou podobný výkon podstoupil v říjnu 2006 a nyní prodělal před 3. dny pokus o rekonstrukci bypassu. Příčinu svého onemocnění zná, ví, že má ICHDK zapříčiněnou aterosklerózou. Pacient ví, jaké jsou příčiny aterosklerózy, nastudoval během rekonvalescence mnoho literatury, a přiznává, že jeho životní styl nebyl nejlepší. Hned po prvním výkonu v roce 2006 ale přestal kouřit, začal dodržovat diabetickou dietu, měří si doma pravidelně krevní tlak. Rodina ho v jeho snažení podporuje a v nemocnici ho pravidelně navštěvuje. Pacient doufá, že mu operace pomůže a on bude moci jít brzo domů a to bez následků. Nyní, po operaci, má pacient strach o svou končetinu a má obavy z budoucnosti, protože doufal, že předchozí operace vše vyřešily. Nemocniční prostředí a další pacienti okolo něj ho jen utvrzují v tom, že zdraví není zadarmo. Ale pan V. B. o sobě říká, že bude bojovat.

## 2. Výživa a metabolismus

Pacient rád jí, ale od roku 2006 dodržuje diabetickou dietu a snaží se zredukovat svou váhu. Manželka ho v tomto úsilí podporuje, vaří mu denně dietní jídla a dohlíží, aby pacient pravidelně 5x denně jedl. Pacient si na takovou stravu postupně celkem zvykl, i když přiznává, že občasné prohřešky si odpustit nedokáže. Příjem tekutin si pacient také hlídá až od roku 2006, do té doby tomu nepřikládal důležitost. Vypije doma tak 1,5-2 l čisté vody z domácí studny. Alkohol pije pouze příležitostně.

V nemocnici dostává dietu č. 9, strava mu vyhovuje, nemá k ní větší připomínky. K snídani snědl dne 16.9. plátek chleba se sýrem, ke svačině pomeranč. Den předtím nejedl nic, byl po operačním výkonu. Pacient jí vsedě na lůžku u pojízdného stolku. Chuť k jídlu pacient má. Vypil od 6. hodin 450ml

čaje. Od 6. hodin vymočil zatím 310ml. Celková bilance tekutin od 6. do 9. hodin je + 150ml.

Pacient má zaveden PŽK do kterého mu ráno vykapala ATB s fyziologickým roztokem, R 1/1 byl ráno v 6.00 zastaven, protože pacient doporučené množství tekutin vypil per os.

Pacient váží 84 kg a měří 167 cm, BMI je 30,1. Pacient ví, že to znamená obezitu I. stupně a že by měl svou váhu zredukovat a od roku 2006 zhubl o 5 kg. Chrup má pacient vlastní, sanován.

Kůže je normální barvy, bez známek dehydratace a defektů. Riziko vzniku dekubitů u pacienta je (příloha č. 9), vyhodnotila jsem 23 bodů dle Norton skóre. Pacient má jizvu na levé straně krku po předchozí operaci na art. carotis interna, která je klidná.. Další jizvy má pacient na břicho a to vpravo po appendektomii a operaci tříselné kýly, obě jizvy jsou klidné. V levém třísele a nad kolen je jizva po předchozí cévní rekonstrukci v roce 2006. Jizvy jsou klidné. Na přední straně bérce je hyperpigmentace kůže. Pacient ví o rizicích DM II. typu a pravidelně kontroluje a hlídá prokrvení a stav své kůže.

DK mají symetrickou teplotu. LDK, na které je současná operační rána, je kryta obvazy, dnes nebyla rána převazovaná, obvaz neprosakuje, jsou zavedeny dva Redonovy drény. Ty jsou funkční a pod tlakem. Od operace odvedly do 9.30 I. 25ml, II. 55ml. Obsah obou drénů je tekutý, tmavě červené barvy.. Čítí a hybnost končetiny je v normě.

Na dorzu pravé ruky má pacient zaveden PŽK. Byl zaveden 15.9., je průchodný, od operačního výkonu nebyl převazován. Okolí je klidné, nebolestivé.

Pacient má od 15.9. zaveden epidurální katetr. Katetr je průchodný, jeho okolí je klidné. Zatím nebyl převazován.

### **3. Vylučování**

Pacient močil doma bez obtíží asi 6x denně. Moč slámově žluté barvy a bez příměsí. Močení po příjmu do nemocnice bylo normální. 13.9. byl na operačním sále zaveden PMK. Pacient vymočil v den 1. operace 2450 ml, v den 2.

operace 2140ml a 1./ 3. pooperační den zatím 310ml. Odváděl čirou slámově žlutou moč.

Stolici měl doma pravidelně každé ráno bez použití projímadel. Stolice byla formovaná. Stolici měl pacient do 13.9. pravidelnou (den první operace), další stolici zatím neměl. Zatím se pokračuje bez léčebné intervence. V nemocnici má pacient vždy psychický problém s vyprazdňováním z nedostatku soukromí.

Potí se pacient více, hlavně ve stresových situacích, ale nepřikládá tomu velikou důležitost, v nemocnici je řešeno důkladnou hygienou.

Do operační rány jsou zavedeny 2 Redonovy drény, od operace odvedly do 9.30 I. 25ml, II. 55ml. Obsah obou drénů je tekutý, tmavě červené barvy.

#### **4. Aktivita a cvičení**

Pacient dříve pracoval jako dělník v automobilce, nyní je v částečném invalidním důchodu. Žije s manželkou v domku. Před hospitalizací byl pacient plně soběstačný, staral se o domek a zahrádku, pomáhal manželce s domácností. Snažil se chodit na vycházky, asi 2 km denně. Rád hraje karty se sousedem, hlídá a hraje si s vnoučaty a sleduje sport a soutěže v televizi. Od první operace v roce 2006 se pacientův komfort výrazně zlepšil. Předtím měl i klidové klaudikační bolesti. Teď může chodit na vycházky. Po operačním výkonu ležel a mohl se otáčet na poloboky, dnes dopoledne ho začne vertikalizovat rehabilitační sestra nejprve do sedu a potom i na krátkou chvíli do stoje. Hygiena od operačního výkonu provedena nebyla, je plánovaná na dnes odpoledne na lůžku za pomoci sestry. DK bandážovány nebyly z důvodu ischemických změn. Pacient byl poučen o tomto opatření. Intervencí proti TEN je podávání Fraxiparinu a Warfarinu.

Dechové obtíže pacient doma neměl. Po operaci přijel pacient na JIP extubovaný, s kyslíkovou maskou. Dnes používal kyslíkové brýle s průtokem 3 l/min a SpO<sub>2</sub> se pohybovalo v rozmezí od 95-100%.

Pacient má riziko pádu dle Conleyové (příloha č. 10). Celkový počet bodů: 3. Dále jsem vyhodnotila Barthelové test základních všedních činností (příloha č.11), pacient dosáhl 50 bodů ze 100, což odpovídá závislosti středního stupně.

## **5. Spánek a odpočinek**

Doma spí pacient bez problémů, aniž by bral nějaké léky . Usíná kolem 22 hod. A vstává odpočatý okolo 7 hod. V nemocnici trpí nespavostí hned z několika důvodů. Je v cizím prostředí, přemýšlí nad svým zdravotním stavem, bojí se hýbat na posteli, aby si nějak neublížil a něco nevytrhl a vadí mu tlumené noční světlo a nemocniční hluk. Pacient dostává na noc Stinox tbl. Bolesti v noci pacient neudává.

## **6. Vnímání a poznání**

Pacient je při vědomí, klidný, spolupracující. Je uspokojivě obeznámen se svou situací, podané informace zdravotnickým personálem plně chápe. Pacient je orientovaný místem, prostorem a časem. Se sluchem problémy nemá, dioptrické brýle nenosí. Paměť má pacient dobrou.

Bolest je monitorována dle vizuální analogové škály (VAS)(příloha č. 12). Pacient neudával v klidu ani při aktivitě bolest vyšší než stupeň č. 3. Bolest nemocný popisuje jako stálou, při pohybu se zvyšující tupou bolest lokalizovanou v operační ráně. Na bolest pacient dostává 1. pooperační den kontinuální analgezií do epidurálního katetru a to Bupivacain 0,5% + Sufentu f. 1 ml + FR a to ráno a dopoledne 4 ml/h. Dle Ramsaovy sedační škály (příloha č. 13) byl pacient ohodnocen stupněm č. 2. Pacient je klidný, spolupracující.

## **7. Sebepojetí a sebeúcta**

Pacient se považuje za realistu. Ví, že se měl o své zdraví již dříve více starat. Ničeho ale nelituje. Jen ho mrzí, že nemůže pracovat. Být doma ho moc nebaví. Nemocniční pobyt chápe jako něco, co je nutné k zlepšení jeho zdravotního stavu, přesto je z tohoto prostředí vždy nervózní.

## **8. Role a mezilidské vztahy**

Pacient žije s manželkou v domku na vesnici. Oba synové se svými rodinami bydlí v nedalekém městě. Starají se o sebe se ženou navzájem a zatím nepotřebují pomoc někoho dalšího. Pacient si ale myslí, že když bude potřeba, oba synové se jim budou snažit vypomoci.

## **9. Sexualita a reprodukční činnost**

Pacient má 2 dospělé děti. Žádné poruchy neudává a o sexuálním životě mluvit dále nechce.

## **10. Stres a zátěžové situace**

Pacient o sobě tvrdí, že je klidšas, že ho jen tak něco nerozčílí, ale manželce a pár lidem už se to prý párkrát povedlo. Dříve hodně kouřil (30 let 20cigaret/ den) přestal ale ze dne na den po operaci v roce 2006. Někdy mu kouření chybí, ale vždycky zatím odolal. Když ho něco rozčílí, chodí se uklidňovat prací na zahradě. V posledních dvou letech mu přibyly 2 vnoučata. Má už celkem 4. A za ty je moc rád. Vždycky ho dokáží rozveselit. Nemocnici vnímá jako nutnost k upevnění svého zdraví. Cítí se tu nesvůj, není zkrátka doma, ve svém, kde je svým pánem.

## **11. Víra a přesvědčení, životní hodnoty**

Pacient není věřící. Jeho životní hodnoty jsou rodina, vnoučata a práce (dříve zaměstnání, teď práce okolo domu a zahrádka).

## **12. Jiné**

Alergie pacient neudává, jen měl v minulosti třesavku po Prostavzinu.

### **3.4. Přehled ošetřovatelských diagnóz**

Na základě ošetřovatelské anamnézy jsem si stanovila ošetřovatelské diagnózy a vytvořila krátkodobý ošetřovatelský plán na 24 hodin (příloha č. 13). Anamnézu jsem sbírala 16. 9., což byl 3./ 1. pooperační den v 11. hodin rozhovorem s pacientem a z dostupné dokumentace na cévní JIP. Ošetřovatelský plán jsem vytvořila 16. 9. od 11. hodin do 11. hodin 17. 9.

#### **Krátkodobé ošetřovatelské diagnózy:**

##### Aktuální :

1. Bolest z důvodu operačního výkonu
2. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, vyprazdňování a pohybové aktivity z důvodu operačního výkonu
3. Porucha spánku z důvodu nemocničního prostředí a obav ze svého zdravotního stavu
4. Strach ze ztráty končetiny a z budoucnosti z důvodu zdravotního stavu

##### Potencionální

1. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (PŽK, epidurální katetr, PMK) a operační rány
2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížení mobility
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení mobility a operačního výkonu
4. Riziko pádu z důvodu aplikace anestetik do epidurálního katetru

### **3.5. Ošetrovatelské diagnózy**

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

##### **1. Bolest z důvodu operačního výkonu**

**Cíl:** u pacienta dojde k odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti do stupně 3 na vizuální analogové škále

##### **Plán péče:**

- zhodnotit bolest dle VAS
- provést důkladný rozbor bolesti (lokalizace, charakter, doba trvání, zhoršující faktory)
- provést řádný záznam do dokumentace o bolesti a její léčbě
- sledovat fyziologické funkce a další projevy bolesti
- aplikovat léky proti bolesti dle ordinace lékaře a hodnotit jejich účinek
- psychická podpora
- edukace pacienta o úlevové poloze
- kontrola průchodnosti a funkčnosti epidurálního katetru
- edukace pacienta o správném a šetrném sedání v lůžku
- dopřát pacientovi dostatek klidu a odpočinku

##### **Realizace ošetrovatelské péče**

Bolest jsem u pacienta hodnotila dle vizuální analogové škály po 3 hodinách. Pacientovi jsem vysvětlila důležitost včasného hlášení počínající bolesti sestře. Nemocný měl zaveden epidurální katetr, u kterého jsem zkontrolovala průchodnost a funkčnost. Do epidurálního katetru byla dávkovačem aplikována směs Bupivacain 0,5%, Sufenta F 1ml, fyziologický roztok a to rychlostí 4 ml/h. Po ukončení dopolední RHB pacient pocítil úlevu a medikace byla na 3 hodiny zastavena. Spuštěna byla po domluvě s pacientem opět ½ hodiny před odpolední RHB, která spočívala v nácvičku sedu. Analgetická směs byla aplikována rychlostí 2ml/h. Pacient přesto udával bolest lokalizovanou v operační ráně. Stupeň bolesti udával 3 a popisoval ji jako tupou, škrabavou. Odmítl navýšení léků, přestože při pohybu bolestivě grimasoval. Fyziologické funkce se držely v normálních hodnotách. Po 1 hodině odpočinku pacient udává úlevu a bolest necítí, přesto



jsme se domluvili, že bude lepší v kontinuální aplikaci léků pro tento den pokračovat. Tato medikace pro léčbu pacientovi bolesti stačila, nebylo nutné přistupovat k dalším medikamentům. Pacient toho dne dále neudává vyšší stupeň bolesti než 2. Nácvik správného vstávání a sedu na lůžku probíhalo 2x za asistence fyzioterapeuta. Pacient má stále doporučen klidový režim, většinu času ležel. Jako úlevovou polohu jsme společně s nemocným vyhodnotili polohu na zádech s podloženou operovanou DK. Psychickou podporu jsem pacientem dodávala rozhovorem, odpoledne měl pacient návštěvu syna a manželky. Provedla jsem řádný záznam bolesti a její léčby do dokumentace.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

Přestože diagnóza zůstává stále aktuální, pro tento den byl cíl splněn. Pacient udává bolest, ale ví, kdy si říci o pomoc. Nemocný dostatečně odpočívá a využívá úlevovou polohu.

## **2. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, vyprazdňování a pohybové aktivity z důvodu operačního výkonu**

### **Cíl:**

- zapojení pacienta dle zdravotního stavu do hygienické péče a sebedpěče
- vertikalizace pacienta

### **Plán péče:**

- zhodnotit aktuální stav soběstačnosti dle Barthelové testovacího skóre základních všedních činností
- zajistit dopomoc při hygieně, příjmu potravy a tekutin a vylučování moči
- podporovat samostatnost nemocného při péči o vlastní tělo
- zajistit potřebné pomůcky k lůžku
- zajistit signalizační zařízení v dosahu pacienta
- podporovat pacienta k včasné vertikalizaci
- zajistit dostatek soukromí při provádění hygieny a vyprazdňování
- poskytnout pacientovi dostatek času
- zajistit pacientovi bezpečnost

- řádně léčit pooperační bolest

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

U pacienta jsem vyhodnotila aktuální stav soběstačnosti dle Barthelové testovacího skóre základních všedních činností a získal 50 bodů ze 100, což odpovídá závislosti středního stupně. Pacient byl dopoledne fyzioterapeutem a mnou poučen a prakticky nacvičoval sed v lůžku. Nemocný se ještě necítil úplně jistý, sám zatím nevstává, pouze sám pravidelně mění polohy v lůžku. Přesto toho dne seděl ještě několikrát. Na dosah má nemocniční stolek s tekutinou, kterou si sám popíjí slánkou pro lepší komfort. Signalizační zařízení má na dosah ruky. Bolest jsem pravidelně monitorovala a zaznamenávala do dokumentace. Léčena byla kontinuálně analgetickou směsí do epidurálního katetru, aby bolest nesnižovala komfort, pohyblivost a soběstačnost pacienta. Hygienu prováděl pacient sám v sedě na lůžku s mou asistencí a dopomocí. Byl mu zajištěn dostatek času. Pacientovo soukromí jsem zvýšila paravánem umístěným před lůžkem pacienta. Stravování měl pacient zajištěno do lůžka. Opět seděl v lůžku, aby se zvýšilo jeho pohodlí. Pacient jedl sám. Vylučování moči bylo 1. pooperační den nutno ještě zajišťovat pomocí PMK. Zrušení je naplánováno na příští dny. U PMK jsem zkontrolovala průchodnost, odvádí čistou moč bez příměsí. Toho dne odvedl 2460 ml. Sběrný systém je dle standardů oddělení ponecháván 72 hodin, datum další výměny je plánován na 17. 9. a je řádně zapsán v dokumentaci. Kontrolovala jsem polohu katetru i sběrného systému pro jeho správnou funkci.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Cíle bylo dosaženo částečně, pacient s dopomocí provedl hygienu na lůžku. Přes den několikrát seděl na lůžku. Stoj a chůze je naplánován na další dny. Diagnóza tedy zůstává stále aktuální.

### **3. Porucha spánku z důvodu nemocničního prostředí a obav ze svého zdravotního stavu**

#### **Cíl:**

- pacient bez obtíží usne

- pacient se nebude v noci budít a bude spát kontinuálně alespoň 6 hodin
- nemocný se bude ráno cítit odpočínutý

#### **Plán péče:**

- zjistit důvody nespavosti a problémů s usínáním
- zajistit pacientovi noční klid
- upravit lůžko a polohu pacienta před spaním
- vhodně rozvrhnout ošetrovatelské a léčebné intervence
- zjistit a pokusit se dodržet pacientovi večerní rituály
- zabránit dennímu spánku
- pravidelně pacienta v noci kontrolovat
- dostatečně léčit bolest
- aplikovat hypnotika dle ordinace lékaře

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Rozhovorem s pacientem jsem zjistila důvody nespavosti. Pacienta ruší cizí prostředí, přemýšlí nad svým zdravotním stavem, bojí se hýbat na lůžku, aby si nějak neublížil nebo nevytáhl nějaký katetr, vadí mu nemocniční hluk a tlumené světlo od okolních lůžek. Rituály doma pacient nemá, jen provede večerní hygienu a okolo 22. hodiny jde spát. Usíná bez obtíží. Většinou zaujímá polohu na boku. Pacientovi jsem vysvětlila, že od půlnoci se snažíme na oddělení dodržovat noční klid, ale že někdy to není úplně možné z důvodu sálového typu oddělení. Lékaři jsou také zvyklí plánovat, pokud to lze, léčebné a ošetrovatelské intervence na dobu do 24 .00 nebo až po 6.00 ráno. U pana V. B. Žádné zvláštní noční ordinace nebyly. Přes den nemocný usnul 1x po obědě na ½ hodiny. Večer provedl s mou dopomocí hygienu a upravila jsem mu lůžko. Okolo Ve 21. 00 proběhla večerní vizita, kdy byl pacient lékařem ujištěn, že pooperační průběh probíhá normálně. Pacient sledoval televizi do 22. hodin. Dle ordinace lékaře a přání pacienta byl pacientovi podán Stilnox 1 tbl. p.o. U pacienta jsem před spaním vyhodnotila bolest dle VAS, udával stupeň č. 1. Těsně před spaním jsem pacientovi pomohla zaujmout polohu na boku a zabezpečila jsem všechny katetry a kabely, aby nedošlo k rozpojení nebo vytažení. Světlo jsem ztlumila. Pacient

usnul v 22.30. V noci jsem nemocného pravidelně kontrolovala, měřila diurézu a fyziologické funkce. Pacient v noci spal.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Ráno jsem dotazem zjistila, že pacient se v noci vzbudil jen 2x, ale zase po chvilce usnul a vzbudila jsem ho až já v 6 hodin ráno na ranní odběry. Pacient se cítí odpočinitý a už ráno žádal lékaře o naordinování hypnotika na noc. Cíl byl splněn.

#### **4. Strach ze ztráty končetiny a z budoucnosti z důvodu zdravotního stavu**

##### **Cíl:**

- pacient dokáže popsat své pocity a obavy
- pacient má dostatek informací o svém zdravotním stavu

##### **Plán péče:**

- zjistit informovanost pacienta
- zajistit pacientovi dostatek informací
- provést řádný rozhovor s pacientem o jeho starostech
- zapojit a informovat o zdravotním stavu nemocného rodinu
- sledovat verbální a neverbální projevy pacienta
- hovořit s nemocným o budoucnosti
- nabídnout nemocnému službu psychologa

##### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Rozhovorem s pacientem jsem zjistila všechny jeho obavy. Pacient se nebojí mluvit o tom, co ho trápí a čemu nerozumí. Domluvili jsme se spolu, aby se ptal mě nebo lékaře kdykoliv nebude něčemu rozumět, nebo si nebude něčím jistý. O dalším postupu a plánech léčby do budoucna pohovořil s nemocným ošetřující lékař. Já jsem pacientovi vysvětlovala všechny ošetrovatelské úkony a výkony, které jsem u pacienta prováděla. Odpoledne lékař mluvil s manželkou a synem nemocného. Poté navštívili pacienta, který je uvítal s nadšením. U pacienta jsem po celý den sledovala verbální i neverbální projevy. Lékař také pacientovi nabídl rozhovor s psychologem, ten ale tuto intervenci odmítl.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient dostal potřebné informace a umí o svých starostech hovořit. Bylo vidět, že velkou útechou mu je přítomnost jeho rodiny. Cíl byl splněn. Diagnóza však zůstává stále aktuální.

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

#### **1. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (PŽK, epidurální katetr, PMK) a operační rány**

##### **Cíl:**

- nevzniknou známky a projevy místní nebo celkové infekce
- dojde k časnému odhalení počínající infekce

##### **Plán péče:**

- asepticky krýt místa vpichu a operační rány dle standardů oddělení
- pravidelně převazovat vstupů a operační rány dle standardů oddělení
- řádné označení invazí datem a časem převazu
- řádný záznam o převazu do dokumentace
- pravidelně kontrolovat okolí místa vpichu a operační rány
- pravidelné výměny invazí dle standardů oddělení nebo v případě známek infekce
- aseptický postup při přípravě a podávání léků do PŽK a epidurálního katetru
- aseptický postup při odběrech biologického materiálu na vyšetření
- pravidelně kontrolovat fyziologické funkce jako ukazatele projevů infekce
- pravidelné odběry krve na zánětlivé markery dle standardů oddělení

##### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacient má zaveden PŽK z operačního sálu z 15. 9. Převaz jsem provedla v 17 hodin po hygieně pacienta. Proveden byl asepticky dle standardů oddělení, kryt byl průhlednou folií, na které byl označen datum a čas převazu. Místo vpichu a jeho okolí bylo klidné, bez sekrece, funkčnost katetru jsem ověřila. O převazu byl proveden řádný záznam do dokumentace. Výměna katetru je plánovaná na 17. 9.

Epidurální katetr byl zaveden 15.9. na operačním sále. Převaz jsem provedla po hygieně pacienta v 17. 10 a to asepticky dle standardu oddělení. Kryt byl speciálním převazovým setem na epidurální katetry. Vpich i jeho okolí jsem zkontrolovala, byl klidný, bez sekrece. Funkčnost a polohu katetru jsem zkontrolovala. Záznam data a času jsem provedla na krytí katetru i do dokumentace. Operační rána neprosakovala, nebyla toho dne (dle zvyklostí oddělení) převazována. Převaz byl plánován na 17. 9. Redonovy drény odváděly, podtlak byl přítomen. PMK odváděl čistou moč bez příměsí. Toho dne odvedl 2460ml. Sběrný systém je dle standardů oddělení ponecháván 72 hodin, datum další výměny je plánován na 17. 9. a je řádně zapsán v dokumentaci. Kontrolovala jsem polohu katetru i sběrného systému pro jeho správnou funkci. Systém nebyl rozpojován, aby byla dodržena asepse. Veškerý zdravotnický personál dodržoval zásady mytí rukou. Před napojením infuze, aplikací léků nebo odběrem biologického materiálu byl systém řádně odesinfikován. Pacienta jsem poučila, že bolest nebo pálení v místě nebo okolí vpichu nebo PMK má okamžitě hlásit. Tělesná teplota se během 24 hodin pohybovala v rozmezí 36,1- 36,7 °C a i ostatní měřené fyziologické funkce byly toho dne v normě. (viz příloha č.). Odběr krve a moče pro kontrolu zánětlivých parametrů probíhá na oddělení 3x týdně.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:** Cíl byl splněn, nezaznamenali jsme u pacienta známky infekce, pacientovi byla naměřena fyziologická tělesná teplota

## **2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížení mobility**

### **Cíl:**

- u pacienta nevznikne dekubitus

### **Plán péče:**

- zhodnotit stav kůže
- určit riziko vzniku dekubitu dle Nortonové
- poučit pacienta o riziku vzniku dekubitu
- včasné vertikalizovat a řádně polohovat pacienta
- řádně pečovat o pokožku pacienta
- udržovat lůžko pacienta suché a čisté

- používat antidekubitární pomůcky
- řádně zapisovat do dokumentace stav kůže a péči o pokožku

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Zhodnotila jsem riziko vzniku dekubitů, pacient dosáhl 23 bodů dle Norton skóre. Při hygieně jsem zhodnotila stav kůže. Hygienu jsem u nemocného prováděla jednou v sedě na lůžku. Kůži jsem řádně otřela a promazala. Lůžko jsem toho dne převlékala 2x, z důvodu zvýšeného pocení pacienta. Poučila jsem pacienta o rizicích vzniku dekubitu a jak takové situaci předejít. Pacient má předepsanou dvakrát denně RHB s fyzioterapeutem, který ho učil jak vstávat z lůžka po operačním výkonu. Jako antidekubitární pomůcku jsme s pacientem zvolili polštář pod operovanou DK. Hygienu, stav pokožky i péči o ní jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Riziko vzniku dekubitu stále trvá, ale toho dne k žádnému poškození kůže nedošlo. Pacient se již sám otáčí na lůžku a několikrát za den seděl v lůžku. Na další dny je naplánována chůze a sed v křesle jako zvyšování mobility pacienta.

### **3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení mobility a operačního výkonu**

#### **Cíl:**

- včasné odhalení příznaků TEN

#### **Plán péče:**

- edukace pacienta o rizicích a komplikacích TEN
- sledovat příznaky TEN
- časná mobilizace pacienta
- aplikace antikoagulancií dle ordinace lékaře
- kontrolovat prokrvení, barvy a čivosti

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacient byl již před operací edukován o rizicích a komplikacích vzniku TEN. Já jsem zjistila a doplnila jeho vědomosti. Bandáže DK jako prevence TEN u pacienta nebyly možné z důvodu sklerotických změn na cévách. LDK byla operována, je kryta obvazy. Pravidelně jsem kontrolovala barvu a prokrvení končetin. K pacientovi dopoledne přišel fyzioterapeut, se kterým nemocný trénoval pohyb a cvičení DK na lůžku jako prevenci TEN a poučil ho o nutnosti pravidelného opakování cvičení během dne. Pacient se poté s dopomocí mojí a fyzioterapeuta posadil na lůžku v rámci časně mobilizace jako další preventivní opatření. Pacientovi jsem aplikovala 2x denně Fraxiparin 0,6ml s.c. a Warfarin 5mg p.o. dle ordinace lékaře. Aplikaci jsem řádně zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:** U pacienta se během 24 hodin neprojeví známky TEN

#### **4. Riziko pádu z důvodu aplikace anestetik do epidurálního katetru**

##### **Cíl:**

- u nemocného nedojde k pádu
- snížit riziko pádu

##### **Plán péče:**

- vyhodnotit riziko pádu dle stupnice Conleyové
- správně označit pacienta s rizikem pádu dle standardu oddělení
- edukovat pacienta o riziku a prevenci pádu
- pravidelná kontrola citlivosti a hybnosti DK
- pravidelná kontrola pacienta
- asistovat a pomáhat pacientovi při vstávání z lůžka

##### **Realizace ošetrovatelské péče**

Riziko pádu dle stupnice Conleyové jsem vyhodnotila 3 body. Pacient má riziko pádu. Pacientovi jsem dle standardů našeho oddělení dala na zápěstí žlutý náramek, do pacientovi dokumentace jsem dala razítko riziko pádu a žlutě jsem označila pacientovo jméno na nástěnce v pracovně sester. Nemocnému jsem vysvětlila riziko pádu i jeho předcházení. Pacient má signalizační zařízení na



dosah a ví, jak ho používat. Nemocný ví, že nemá sám prozatím vstávat z postele bez dopomoci. U nemocného jsem pravidelně kontrolovala citlivost a hybnost DK. Pacienta jsem pravidelně kontrolovala.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

Riziko pádu je stále aktuální, ale toho dne byl cíl splněn, k pádu nedošlo. Pacient chápe riziko a sám z lůžka nevstával.

### **3.6. Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Pan V. B. byl přijat do nemocnice pro akutní uzávěr femoropopliteálního bypassu, jako jeho pozdní komplikace. Hospitalizován byl celkem 11 dní. Přijat byl jako akutní příjem na cévní oddělení. Druhý den hospitalizace byl proveden rekonstrukční výkon, který, jak bylo další den zjištěno, byl neúspěšný a 5. den hospitalizace byl proveden další rekonstrukční výkon tepenného řečiště bérce. Pacient ležel na JIP a přeložen na standartní oddělení byl 8. den hospitalizace. Pooperační průběh probíhal bez komplikací a pacient byl 11. den hospitalizace propuštěn do domácího ošetřování.

Z dlouhodobého hlediska ošetrovatelské péče jsme pokračovali ve stanovených ošetrovatelských diagnózách.

#### **Bolest z důvodu operačního výkonu**

Pooperační bolest byla stále hodnocena dle VAS a to v pravidelných intervalech. 6. den hospitalizace udával pacient bolest stupně 0-2 dle VAS a to pouze po užití perorálních analgetik. Z toho důvodu byl ten den zrušen epidurální katetr. Pacient byl dále vertikalizován, takže analgetická léčba byla stále nutná. Při propuštění domů již pacient žádnou klidovou bolest nepocítoval, pouze při pohybu ano, ale její léčbu odmítal.

#### **Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, vyprazdňování a pohybové aktivity z důvodu operačního výkonu**

Za pacientem dále docházel 2x denně fyzioterapeut a pokračovali společně ve vertikalizaci. 6. den hospitalizace pacient nacvičoval chůzi a 7. den v jejím nácviku pokračoval a seděl v křesle. Po překladu na standartní oddělení byl pacient zcela soběstačný jak v hygieně, tak v pohybu. Vyprazdňování moče- PMK byl zrušen 6. den hospitalizace. Pacient se vymočil do dvou hodin bez obtíží. Močovou láhev měl u lůžka. Žádné komplikace nenastaly. Stolici měl nemocný od 6. dne hospitalizace každý den. Po překladu na standartní oddělení pacient docházel na WC a vyprazdňování moče i stolice bylo bez obtíží. Jeho zábrany a tím i obtíže s vyprazdňováním zmizely, jak mohl chodit na WC.

### **Porucha spánku z důvodu nemocničního prostředí a obav ze svého zdravotního stavu**

Byla u pacienta vyřešena hypnotiky, která pacientovi vyhovovala a již se těšil domů na svou postel a klid. Na standardním oddělení hypnotika nepotřeboval. Na pokoji bylo klidněji. On sice nespál tak, jako doma, ale cítil se ráno odpočínutě.

### **Strach ze ztráty končetiny a z budoucnosti z důvodu zdravotního stavu**

Pacientův psychický stav se postupně zlepšoval, jak se zlepšoval jeho zdravotní stav. Pravidelné návštěvy rodiny očekával s nadšením. Potěšen byl také překladem na standardní oddělení a propuštěním domů.

### **Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (PŽK, epidurální katetr, PMK) a operační rány**

Riziko trvalo po celou dobu hospitalizace a u pacientů s cévními náhradami trvá doživotně. Za hospitalizace žádná infekce nevznikla. Epidurální katetr byl zrušen 6. den hospitalizace, PŽK byl zrušen 7. den. Do té doby byly oba katetry asepticky převazovány bez známek infekce. Operační rána byla asepticky převázána 6. den hospitalizace, kdy byly zrušeny Redonovy drény, 7. den bylo při převazu zaznamenáno zarudnutí okolo kotníku LDK, ale další známky infekce zaznamenány nebyly. Rána se hojila per primam. Na standardním oddělení byla již rána pravidelně sprchována a lepena sterilním krytím. Stehy byly vytaženy 6. den po operaci.

### **Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížení mobility**

Riziko se se zvyšující mobilitou pacienta snižovalo a na standardním oddělení již pacient díky své soběstačnosti a zlepšení zdravotního stavu riziko dekubitů neměl.

### **Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení mobility a operačního výkonu**

Riziko vzniku tromboembolické nemoci trvalo u pacienta celou hospitalizaci a u pacienta s cévní protézou trvá doživotně. Během hospitalizace se pokračovalo v započatých intervencích jako je aplikace Warfarinu a Fraxiparinu a

vertikalizaci pacienta. Pacient užíval pravidelně antikoagulační léčbu a byla prováděna pravidelná vyšetření INR., aby se ustálilo v doporučených mezích. Pacient byl poučen o nutnosti pravidelných kontrol INR i po propuštění do domácího léčení, o dalších opatřeních a rizicích spojených s antikoagulační léčbou. Více je popsáno v kapitole o edukaci pacienta. Během hospitalizace k žádným komplikacím nedošlo.

#### **Riziko pádu z důvodu aplikace anestetik do epidurálního katetru**

6. den hospitalizace byl pacientovi zrušen epidurální katetr a nacvičoval chůzi. V dalších dnech byl pacient v chůzi stále jistější, již nepotřeboval oporu a při překladi na oddělení již riziko pádu neměl.

### 3.7. Psychosociální problematika

V dnešní medicíně by člověk měl být posuzován holisticky, tzn. celostně. Není léčena jen část jeho těla, nebo pouze postižený orgán, ale je brán zřetel na interakci všech částí a na člověka v nemoci je pohlíženo s bio-psycho- sociálním přístupem. V tradičním vzdělávání zdravotníků však stále ještě přetrvává hlavně pohled na biologickou sféru, sociální a psychická je často zanedbávána a přehlížena. Je proto důležité včas poznat osobnost pacienta z důvodů preventivních, ale i včasné léčbě již vzniklých obtíží, protože ty mohou léčbě bránit nebo ji komplikovat. Nejběžnějším způsobem sester v rozpoznání osobnosti člověka je pozorování a rozhovor.

Psychika člověka má dvě stránky: prožívání a chování. Všichni v nemoci prožívají negativní emoce jako jsou: strach, lítost, úzkost, bezmocnost, nejistota, pocit ohrožení. A každý člověk se s těmito pocity vyrovnává jinak a může docházet ke změnám adaptace ve sférách prožívání a chování.

Člověk se zhoršeným přizpůsobováním může reagovat buď únikem nebo agresí. Agrese většinou vzniká ze vzteku a dělí se na fyzickou, slovní a autoagresi. Únik pochází ze strachu, bývá častější. Jako únik se hodnotí:

- negativismus – aktivní (člověk dělá pravý opak než jsou doporučení zdravotníků)
  - pasivní (nebere léky, nejí, nic nechce)
- izolace- vyhýbají se náročným situacím, izolují se od lidí
- regrese- často u dětí, návrat do vývojově nižších stádií
- represe- potlačení, člověk se brání připustit, že je nemocen
- rezignace- apatický vztah k zátěži
- únik do nemoci- radši onemocní, než by čelil problémům doma nebo v zaměstnání

Nemoc je pro každého člověka ohrožující situací z mnoha důvodů. Dochází například ke změně sociálních rolí, ke snížení sociální prestiže, zpřetrhání mezilidských kontaktů, změnu denního režimu, člověk řeší nové

situace, dochází k frustraci až deprivaci bio- psycho- sociálních potřeb a může docházet a může docházet ke konfliktům s dalšími pacienty nebo zdravotníky.

(Melanová, 2005)

Pan V. B. již byl ve stejné nemocnici hospitalizovaný několikrát, takže nešel do úplně neznámého prostředí. Zdravotní stav se zhoršil nečekaně a pacienta zklamalo, že se jeho potíže vrátily, přestože o tomto riziku věděl. Hospitalizaci nemocný chápe jako nutnost a prostředek ke zlepšení zdravotního stavu. Doufá, že jeho silná touha po domově mu pomůže k rychlému uzdravení, přesto však má strach, jak se bude jeho zdravotní stav vyvíjet. Jinak hospitalizaci snášel dobře, s lékaři a zdravotnickým personálem spolupracoval, dodržoval doporučení a rady, choval se přátelsky. Oporou v nemoci mu je hlavně manželka a jeho synové.

### **3.8. Edukace pacienta**

Je proces soustavného ovlivňování jednání a chování člověka za účelem zvyšování jeho vědomostí, dovedností a změnu v jeho návycích. Edukace ve zdravotnictví má snahu o udržení nebo navrácení zdraví pacienta a přispět ke zlepšení kvality jeho života.

Důležitou součástí je i prevence. Ta se dělí na:

- primární. Je edukace zdravého člověka se zaměřením na prevenci vzniku poruchy zdraví
- sekundární- je edukace nemocných, aby se předešlo komplikacím a došlo k co největšímu návratu zdraví
- terciální – je edukace u nemocných s trvalými změnami zdravotního stavu a její snahou je zlepšit jim kvalitu života

#### **Edukace se dělí na:**

- základní- člověk získává nové informace a vědomosti, aby změnil svůj životní styl a způsob
- reedukační- navazuje na vědomosti získané základní edukací a dochází k jejich prohlubování
- komplexní- pacient ve fázích získává ucelené vědomosti a dovednosti, probíhá nejčastěji v kurzech

#### **Fáze edukace**

- pedagogická diagnóza- zdravotník zjišťuje vědomosti, dovednosti a návyky pacienta pomocí rozhovoru a pozorování
- projektování- vytyčení cílů, metod, forem a obsahu edukace
- realizace- prvním krokem je motivace, další je předávání informací, důležité je opakování pro uchování získaných informací a nácvik dovedností v praxi
- upevňování a prohlubování- důležitá fáze, často v nemocnici opomíjená
- zpětná vazba- vyhodnocení výsledků

(Juřeníková, 2010)

Pan V. B. byl během hospitalizace průběžně informován a edukován. Vše mu bylo důkladně vysvětleno, případně zopakováno a byly zodpovězeny položené

otázky. Edukován byl lékaři a ošetrovatelským personálem. Při příjmu byl seznámen s chodem oddělení a Právy pacientů. Lékař mu vysvětlil další postup. Před veškerými vyšetřeními bylo pacientovi vysvětleno, co, jak a proč se mu bude provádět a možné komplikace. Pokud bylo zapotřebí, byly s pacientem podepsány souhlasy s vyšetřeními. Důležitost operací a druh anestezie a jejich možné komplikace byly popsány a vysvětleny příslušnými lékaři a taktéž byly podepsány souhlasy.

Na oddělení JIP byl pacientovi vysvětlen pooperační postup a od 1. pooperačního dne byl edukován fyzioterapeutem o způsobu vstávání z lůžka a vertikalizaci. Na oddělení byl pacient řádně poučen o dalším průběhu a postupu po propuštění.

Byl edukován o změně životním stylu a to hlavně: absolutní zákaz kouření a pohybu v zakouřeném prostředí, dieta- dosáhnout normální tělesné hmotnosti, jíst stravu bohatou na vlákninu a vitamíny, alkohol do 30g/den, sacharidy 55% denního příjmu, proteiny 15% a lipidy ne nad 30%. Řádně léčit arteriální hypertenzi a pravidelně si doma kontrolovat krevní tlak tak, aby byl 130/80mmHg a níže. DM správně léčit dietou a perorálními antidiabetiky. Pravidelně si kontrolovat hladinu cukru v krvi. Mít dostatek pohybu, za nevhodnější se považuje chůze a plavání.

Pacientovi byly před propuštěním zopakovány informace ohledně léčby Warfarinem. Warfarin je lék, který snižuje krevní srážlivost nepřímo, blokuje vitamin K nutný k tvorbě srážecích faktorů. Účinek Warfarinu nastupuje pomalu a jeho hladina v krvi se musí pravidelně kontrolovat po propuštění u praktického lékaře. Při léčbě tímto lékem jsou nutná určitá dietní opatření. Pacient si musí kontrolovat příjem potravin obsahující kyselinu listovou. Není nutné ji zcela vyloučit, ale je potřeba ji jíst každý den stejné množství. Pacient by měl omezit tyto potraviny: listová zelenina (kapusta, hlávkový salát, zelí i čínské, brokolice), čekanka, špenát, květák, olivy, luštěniny, zelené a bylinkové čaje, játra, telecí a drůbeží maso, olivový a sójový olej, sušené švestky, kiwi, mango, maliny, ostružiny. Z alkoholu je povolen jeden drink denně a vyvarovat se excesům alkoholu. Nutné je užívat léky pravidelně a předepsané množství. Dodržovat



kontroly a dietní opatření, protože je riziko předávkování Warfarinem a riziko krvácení nebo poddávkování a riziko vzniku trombu v cévách a riziko uzávěru cévní protézy. Nejčastější důvody předávkování jsou: horečka, průjem, alkoholový exces, lékové interakce, nižší příjem potravy. Poddávkování může být způsobeno: vynechání léku, mimořádný příjem vitamínu K, lékové interakce. Je velmi důležité každému lékaři nebo v lékárně před použitím nových léků hlásit, že pacient bere Warfarin, protože mohou ovlivnit účinek. Také je třeba nahlásit léčbu Warfarinem a voperovanou cévní protézu před chirurgickými a zubními zákroky a invazivními ošetřeními.. Je nutno léčbu Warfarinem upravit a nahradit aplikací nízkomolekulárním heparinem. Z důvodu cévní protézy je důležité před výkonem krýt pacienta ATB léčbou a i každé bakteriální infekční onemocnění, aby nedošlo k infekci protézy. Pacient dostal informační letáčky pro pacienty léčené Warfarinem. Dostal také kartičku s informacemi o jeho léčbě Warfarinem a aplikované cévní protéze, které má pacient stále nosit u sebe a ukázat lékařům před lékařskými výkony. Kontrola u praktického lékaře má být do tří dnů po propuštění a kontrola na cévní ambulanci po měsíci.

## **Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala téma Ošetrovatelská péče u pacienta po revaskularizaci tepenného řečiště bérce. V klinické části jsem popsala anatomii, fyziologii a patofyziologii cév dolních končetin a aterosklerózu. Dále jsem charakterizovala onemocnění ischemická choroba dolních končetin, popsala jsem klinický obraz a vyšetřovací metody, léčbu této nemoci a komplikace operační léčby. Popsala jsem také prognózu tohoto onemocnění.

Dále jsem se soustředila na údaje konkrétního pacienta a základní informace o něm. Popsala jsem lékařskou anamnézu a další průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části jsem vysvětlila co je ošetrovatelský proces a ošetrovatelský model. Popsala jsem také model M. Gordonové, který jsem zvolila pro odebrání ošetrovatelské anamnézy. Ta je rozebrána níže. Podle odebrané anamnézy jsem si stanovila ošetrovatelské diagnózy a to čtyři aktuální a čtyři potencionální. V návaznosti s nimi jsem vytvořila dlouhodobý ošetrovatelský plán. Věnovala jsem pozornost také psychosociální oblasti pacienta a jeho edukaci.

## Seznam použité literatury

- ČIHÁK, R., *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing, 1997. 672 s. ISBN 80-7169-140-2
- DALMAN RL, *Expected outcome: Early results, life table patency, limb salvage*. in MILLS JL (ed), *Management of Chronic Lower Limb Ischemia*. London: Arnold, 2000. pp 106-112
- DYLEVSKÝ, I., *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
- FIRT, P., HEJNAL, J., VANĚK, I., *Cévní chirurgie*. Praha: Karolinum, 2006. 328 s. ISBN 80-246-1251-8
- HRADEC, J., SPÁČIL, J., *Kardiologie a angiologie, Vnitřní lékařství, Svazek II.*, 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2001. 360 s. ISBN 80-7262-106-8, ISBN 80-246-0291-1
- JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- KAŇKOVÁ, K. a kol., *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 165 s. ISBN 978-80-210-4923-9
- KARETOVÁ, D., STANĚK, F. a kol., *Angiologie pro praxi*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 400 s. ISBN 978-80-7345-001-4
- KOLÁŘ, J., *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. 416 s. ISBN 80-86232-06-09
- KRAJÍČEK, M., PEREGRIN, J. H., ROČEK, M., ŠEBESTA, P. a kol., *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. Praha: Grada Publishing, 2007. 436 s. ISBN 80-247-0607-8
- MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl, Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 188 s. ISBN 80-246-0429-9
- MELANOVÁ, A. a kol., *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6
- PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3

ROKYTA a kol., *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha: ISV, 2000. 363 s. ISBN 80-85866-45-5

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 354 s. ISBN 80-246-1091-4

**Další zdroje:**

Příbalové letáky uvedených léčiv

*Medical Tribune Breviř*. 19. vyd. Praha. 2010, ISBN 978-80-87135-21-1

## Seznam zkratek

a.	artetia
ABR	acidobazická rovnováha
ACE inhibitory	inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
AFC	arteria femoralis communis
amp.	ampule
APF	arteria profunda femoralis
ATB	antibiotika
ATP	arteria tibialis posterior
BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
DK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiogram
FP bypass	femoropopliteální bypass
HK	horní končetina
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
inj.	injekčně
IM	infarkt myokardu
INR	International Normalised Ratio (Mezinárodní normalizovaný poměr)
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
LDK	levá dolní končetina
L4 obratel	čtvrtý lumbální obratel
max.	maximálně
ORL	otorhinolaryngologie
P	pulz

PAD	perorální antidiabetika
PDK	pravá dolní končetina
P-Lyte	Plazma Lyte
PMK	permanentní močový katetr
p.o.	per os
PTA	perkutánní transluminální angioplastika
PŽK	periferní žilní katetr
R 1/1	Ringerův roztok
RHB	rehabilitace
RAS	Ramsayova sedační škála
RTG	rentgenové vyšetřeními
s.	sekunda
s.c.	subcutánně
st.p.	stav po
SpO <sub>2</sub>	saturace periferní krve kyslíkem
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TF trunkus	tibiofibulární trunkus
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
v.	vaena
VAS	vizuální analogová škála
VSM	vaena saphena magna

## **Seznam tabulek**

<b>Tabulka č. 1 Údaje o pacientovi při přijetí</b>	<b>str. 21</b>
<b>Tabulka č. 2 Základní údaje o nemocném</b>	<b>str. 36</b>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Biochemie, výsledky vyšetření**

**Příloha č. 2: Krevní obraz, výsledky vyšetření**

**Příloha č. 3: Koagulační vyšetření a INR, výsledky vyšetření**

**Příloha č. 4: Hladina glykémie, výsledky vyšetření**

**Příloha č. 5: Astrup, výsledky vyšetření**

**Příloha č. 6: Záznam intenzivní a resuscitační péče**

**Příloha č. 7: Ošetrovatelská anamnéza**

**Příloha č. 8: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**

**Příloha č. 9: Hodnocení rizika pádů dle Conleyové**

**Příloha č. 10: Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové testu všedních činností**

**Příloha č. 11: Vizuální analogová škála**

**Příloha č. 12: Ramsayova sedační škála**

**Příloha č. 13: Plán ošetrovatelské péče**

**Příloha č. 14: Souhlas s použitou dokumentací**



## Přílohy

### Příloha č. 1 Biochemie, výsledky vyšetření

Název vyšetření	Naměřené hodnoty 12. 9.	16.9.	20. 9.	Fyziologické hodnoty
Sodík	142 mmol/l	141	140	135-146
Draslík	4,1 mmol/l	3,9	4,2	3,6-5,5
Chloridy	104 mmol/l	110	105	97-115
Vápník	2,31 mmol/l			2,05-2,90
Močovina	4,30 mmol/l	2,6	3,7	2.50-8,30
Kreatinin	109,00 umol/l	90,0	98,0	57,00-113,00
Celková bílkovina	<b>308</b> mOsm/kg			278-305
Albumin	40,00 umol/l	30,0	40,0	30,00-52,00
Kys. močová	<b>493,00</b> umol/l			150,00-420,00
Glykémie	5,52 mmol/l	4,2	4,5	3,30-5,60
Bilirubin celk.	13,7 umol/l	9,3	10,3	3,0-21,00
ALT	0.62 ukat/l	0,66	0,61	0,15-0,73
AST	0,57 ukat/l	<b>0,76</b>	0,63	0,10-0,66
GGT	1,35 ukat/l			0,18-0,84
ALP	1,21 ukat/l			0,73-2,60
S- AMS	0,51 ukat/l			0,05-1,67
Kreatinkinasa	2,28 ukat/l			0,41-3,24
Myoglobin	44.9 ng/ml	70,8	61,5	20,0-82,0
Cholesterol	<b>6,49</b> mmol/l			2,90-5,00
Triacylglyceroly	<b>1,85</b> mmol/l			0,45-1,70
CRP	<b>7,60</b> mg/l	<b>7,90</b>	<b>6,2</b>	0,00-5,00

## Příloha č. 2 Krevní obraz, výsledky vyšetření

Název vyšetření	Naměřené hodnoty 12. 9.	14.9.	16.9.	20. 9.	Fyziologické hodnoty
Hemoglobin	<b>103</b> g/l	<b>101</b>	<b>95</b>	<b>110</b>	135-175
Erytrocyty	<b>2,92</b> $10^{12}$ /l	<b>2,88</b>	<b>2,80</b>	<b>3,2</b>	4.00-5,80
Hematokrit	<b>0,29</b> l/l	<b>0,29</b>	<b>0,26</b>	<b>0,30</b>	0,40-0.50
Hb. konc.	349,00 g/l				320,00-360,00
Objem ery	<b>101,0</b> fl				82,0-98,0
Leukocyty	5,3 $10^9$ /l	5,8	4,9	4,8	4,0-10,0
Trombocyty	<b>129</b> $10^9$ /l	159	<b>149</b>	154	150-400

### Příloha č. 3 Koagulační vyšetření a INR, výsledky vyšetření

Název vyšetření	Naměřené hodnoty 14.9.	Fyziologické hodnoty
APTT ratio	0,94	0,80- 1,20
QUICK - INR	1,01	0,80- 1,20

Datum	INR	Warfarin
16. 9.	neměřeno	nepodáno
17. 9.	2,05	5 mg
18. 9.	neměřeno	5 mg
19. 9.	2,59	5 mg
20. 9.	neměřeno	5 mg
21. 9.	2,93	3 mg
22. 9.	neměřeno	5 mg

#### Příloha č. 4 Hladina glykémie, výsledky vyšetření

Datum	Čas	Hladina glykémie (v g/l)	Terapie
13. 9.	15.00	5,66	0
	21.00	5,96	0
	23.00	5,35	0
14. 9.	6.00	7,17	dieta č. 9
	17.00	5,39	PAD, dieta č. 9
15. 9.	6.00	4,72	0
	11.00	5,4	0
	19.00	5,3	0
	22.00	4,9	0
16. 9.	6.00	4,09	PAD, dieta č. 9
	17.00	5,74	PAD, dieta č. 9
17. 9.	6.00	4,3	PAD, dieta č. 9
18. 9.	6.00	5,5	PAD, dieta č. 9
19. 9.	6.00	5,3	PAD, dieta č. 9
20. 9.	6.00	5,13	PAD, dieta č. 9
21. 9.	6.00	4,83	PAD, dieta č. 9
22. 9.	6.00	5,05	PAD, dieta č. 9

**Příloha č. 5: Astrup, výsledky vyšetření**

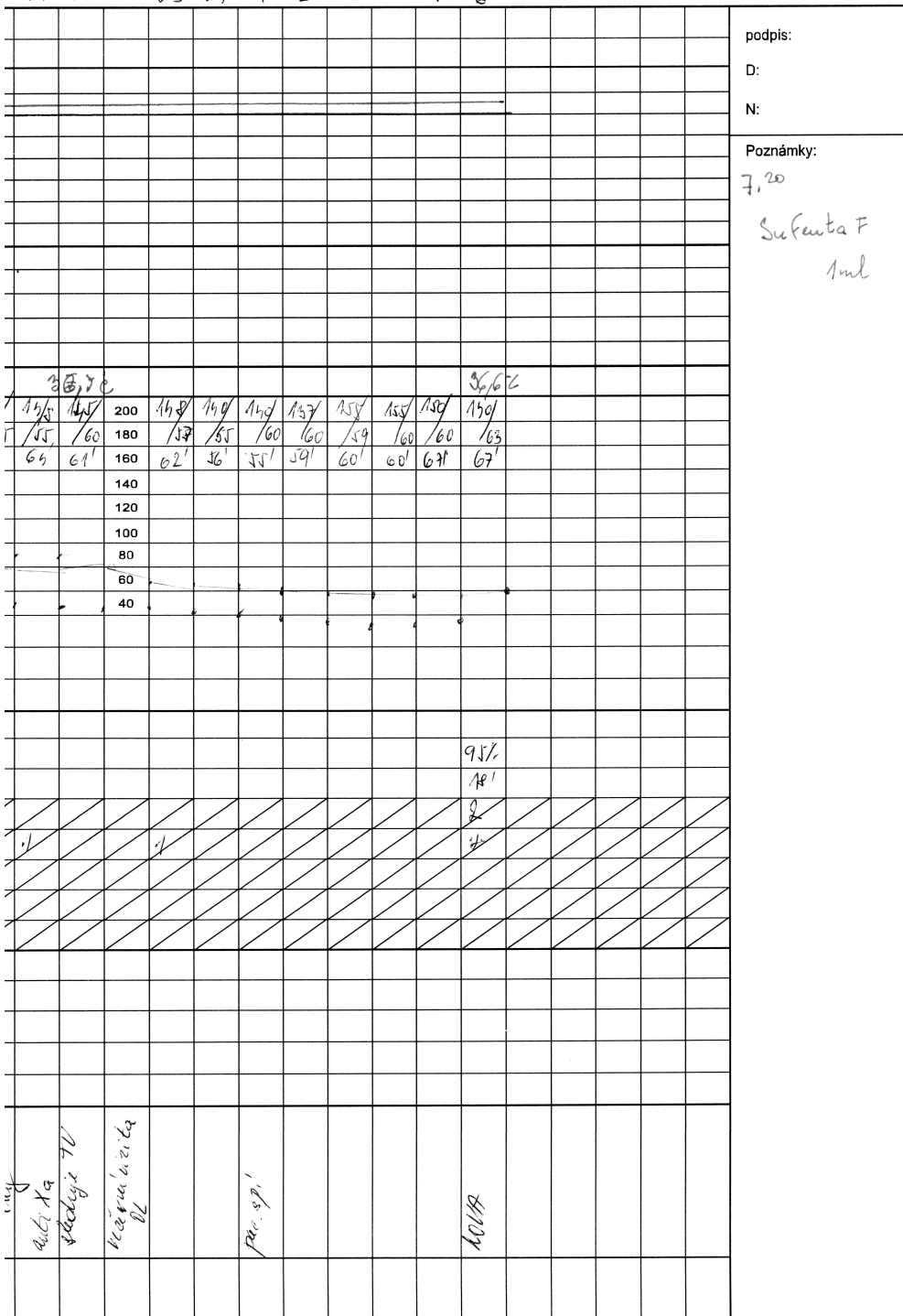
	15. 9. v 17.00	16.9. v 17.00	Fyziologické hodnoty
pH	7,411	7,413	7,320- 7,420
pCO <sub>2</sub>	<b>4,63</b>	<b>4,81</b>	5,0- 7,0 kPa
pO <sub>2</sub>	4,02	<b>2,05</b>	3,0- 5,0 kPa
Hb	<b>9,8</b>	<b>9,6</b>	11,7- 17,3 g/dl
Na <sup>+</sup>	136	135	136- 146 mmol/l
K <sup>+</sup>	3,9	4,4	3,5- 5,1 mmol/l
Ca <sup>+</sup>	1,04	1,08	1,09- 1,30 mmol/l
Mg <sup>+</sup>	0,48	0,46	0,45- 0,60 mmol/l
Glu	4,09	5,74	3,60- 5,9 mmol/l
Lac	1,1	1,3	0,7- 2,5 mmol/l



Čas: 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Koloidy																				
Krevní deriváty																				
Lineární dávkovače																				
E.K. Bupivacain 0,5% + F.R. + S. kenta f. 1ml																				
Infúzní roztoky	P-Lyte	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CO																				
Teplota	CI	35,6°C					36,6°C					36,5°C								
TK, P:		130/	130/	140/	110/	130/	125/	125/	125/	140/	130/	140/	130/	120/	135/	135/	135/	135/	135/	135/
váha: 81 kg		60	60	60	60	60	65	65	65	180	60	60	65	65	60	65	60	65	65	65
výška: 167 cm		66	65	83	67	65	65	62	65	166	65	60	65	66	70	65	65	65	65	65
										140										
										120										
										100										
										80										
										60										
										40										
CVP																				
Tlak (PAP, ICP, jiný)																				
ETC O <sub>2</sub>																				
Sat O <sub>2</sub>		100%		96%		96%		96%		95%		96%		96%		96%		96%		96%
Počet dechů / min.		16		17		15		15		20		20		20		20		20		20
Vědomí <sup>RSS</sup> / <sup>OCS</sup>		2	2							2				2						
Bolest (VAS) <sup>v klidu</sup> / <sup>ph aktivita</sup>		2	0			2	2	0		2	3	1		0	1					
Bolest <sup>grmasy</sup> / <sup>neklid</sup>																				
Zornice <sup>1</sup> <sup>2</sup> <sup>3</sup> <sup>4</sup>																				
Blok (BROMAGE) <sup>výška</sup> / <sup>hybnost DK</sup>																				
PONV/JINÉ																				
Ohřívání, chlazení:		nnn																		
Dýchání: režim	FI <sub>O2</sub>	l/min																		
PEEP	PPS	MV	f/min																	
				o2																
				kg																
AMBU, LAVÁŽ, ODSÁVÁNÍ																				
RHB, INHALACE																				
JINÉ																				

21 22 + 23 24 1 2 3 4 5 6



podpis:

D:

N:

Poznámky:

7.20

Sufenta F  
1ml



## Příloha č. 7: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský záznam z 16. 9. 2011 v 9.30

Jméno a příjmení : V. B.  
 Věk : 63 let  
 Vyznání : NEVĚŘÍCÍ  
 Povolání : invalidní důchod, dříve dělník v automobilce  
 Národnost : česká  
 Osoba, kterou lze kontaktovat : manželka  
 Oslovení :

Datum přijetí : 12. 9. 2011  
 Hlavní důvod přijetí : uzavřel femoropopliteálního bypassu na LDK  
 Datum a kam propuštěn : 14. 9. 2011 do domácího léčení

Lékařská diagnóza:  
 1. uzavřel F-P bypassu LDK  
 2. hypertenze  
 3. DM II. typu na PAD  
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? pac. zna' svou dg. i důvod hospitalizace

Osobní anamnéza : bývalá dětská nemoc, 1964 appendektomie, 1985 op. inguinální hernie, 2001 revmatická artritida, 2004 operace kosoúhelníku, DM II. typu na PAD, 2005 hypertenze, 2006 koronární endarteriektomie, F.P. bypass l. síni, 2007 PTH porucha FA, 2009 gastroduodenální vřed

Rodinná anamnéza : otec zemřel ve válce, matka zemřela v 60 letech na IM, sestra je 68 let, léčená pro DM II. typu na PAD

Vyšetření : 2. 16. 9. 2011  
 - Ns. ABR, podberky na hladinu glykémie, KO, biochemie

Terapie : pac. dostala svou chronickou medikaci :  
 - Axtine 2,25g v 6, jako profylaxe  
 - epidurální katetr : bupivacaen 0,5% 10ml + Sufenta F 1ml + FR -> kontinuální hml/k  
 - Praxiparin 0,6 ml s.c. 10, 2x d  
 - Novalgin při VAS nad 1 do max. dávky hg/d, Tramal 100mg, při VAS, max 2x d s.c.  
 - Morfalin 5mg 1tbl po, 1-0-0  
 - Stilnox 10mg 1tbl

Důležité informace o stavu nemocného : pac. je 3./1, pooperační den, dříve začala vertikalitace, pac. fyzioterapeutem, poop. pletěk je bez komplikací, pac. dříve dostal dietičku, glykémie je v normě

Alergie : jidlo  Ne - Ano pokud ano, které.....  
 Léky  Ne  Ano pokud ano, které : kresavka po Prostasinu  
 Jiné  Ne  Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : .....

Je poučen, že je nemá brát      Ano    Ne  
Jak je má brát                      Ano    Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) .. pacient je orientovaný, plně při vědomí, spolupracující, má obavy o postizovanou končetinu a o track z budoucnosti vzhledem ke zdravotnímu stavu .....

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

bydlí s manželkou v rodinném domě, 2 synové byli udatelko, prac. navštěvují .....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice ( k lékaři) ? kvůli obtížím .....
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? způsob života a životospráva .....
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ano, nemohu vykonávat své povolání, musel jsem změnit životosprávu .....
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? doufám, že mou nohu zachvátí .....
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? nemá to rádo, ale už to je jinak, to je zde .....
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? doufám, že co nejdříve do domu .....
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? žije s manželkou, ne .....
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? manželka a synové .....
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? musí se za mnou jezdit a vstít se manželku .....
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ano .....
11. Co děláte rád ve volném čase? mám rád zahradkářství a televizi .....
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? doufám, že dobře .....

## Specifické základní potřeby

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

#### a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  
pokud ano, upřesněte... *bolest při pohybu, ale není to stále, v opořené*  Ano  Ne
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?  
pokud ano, upřesněte... *měl jsem klidovou bolest LDK*  Ano  Ne
- Na čem je bolest závislá? *na pohybu*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *šel jsem k úlevě*
- Došlo po naší léčbě k úlevě?  Úplně  Částečně  Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *doufám, že dostanu léky*

Hodnocení sestry: *pac. trpí pooperační bolestí, je apl. epidurální kontinuální analgézií, pac. udává stupně b.č.3. dle VAS.*

#### b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?  
pokud ano, upřesněte... *nemohu spát jako doma, jsem ve zruš*  Ano  Ne
- Měl jste potíže i doma?  Ano  Ne
- Usínáte obvykle těžko?  Ano  Ne
- Budíte se příliš brzy?  
pokud ano, upřesněte...  Ano  Ne
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *nemocniční kluk a světlo v noci*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *ne*
- Berete doma léky na spaní?  Ano  Ne  
pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *nepravidelně, po obědi*

Hodnocení sestry: *pac. špatně usíná a budi se v noci s důvodem nemocničního prostředí, byla apl. hypnotika.*

### 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?  Ano  Ne *umytí, doma ano*
- Potřebujete pomoc při umytí?  Ano  Ne *umytí, doma ne*

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano  Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou  normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? .....
- Potřebujete pomoc při koupání?  Ano Ne *využívám doma u*
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne  večer je to jedno

Hodnocení sestry: *pacient má pohybové oprávnění s udržováním bezpečí*

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: *zabím jsem po operaci nestalal*
- 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: *jsem po operaci*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?  Ano  Ne  Nevím  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? .....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- Nosíte brýle?  Ano  Ne  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? .....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?  Ano  Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?  Ano  Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? .....

Hodnocení sestry: *pac. je 1. den po operaci, začne vertikalizace s fyz. obtížemi tím do sedla*

### 4. 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?.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano  Ne 
  - pokud vyšší (o kolik?) asi 10 kg...
  - Pokud nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano  Ne 
  - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul... o 5 kg ..... přibral
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano  Ne 
  - Co obvykle jíte?.....
  - Je něco, co nejíte? Ano  Ne
  - Pokud ano, co a proč?.....
  - Máte zvláštní dietu? Ano  Ne
  - Pokud ano, jakou? ..... diabetickou, před operací jsem ujedl
  - Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano  Ne
  - Pokud ano, upřesněte ..... diabetickou
  - Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano  Ne
  - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? ..... ano

Hodnocení sestry: pac. má objednanou diabetickou dietu, začla užívat Warfarin, před dietou se bude muset pozmínt

### 5. Tekutiny

- 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? ..... 1-2 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano  Ne

Hodnocení sestry: pac. má dostatek tekutin na dosah lžička, popiji

## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem  
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? 1x denně  
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ráno  
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy  
  
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne  
Pokud ano, co je to? .....
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne  
Pokud ano, jak by se daly řešit? byl bych rád, kdybych mohl užívat

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal/a? .....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? sátur mám ten katetr, kvůli jak to bude dál  
.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....
- Hodnocení sestry: pac. má zavedenou PMK

## 7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal? .....
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, co by Vám pomohlo? .....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím  
Pokud ano, zvládnete to? .....
- Kouříte? Ano Ne  
Pokud ano, kolik? .....
- Hodnocení sestry: pac. má kyslíkové bytlo s průtokem 3l/min

### 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?
- Svědí Vás kůže?

Ano  Ne  
Ano  Ne  Někdy

Hodnocení sestry: *pac. je bez defektů, vyrážka má opevačnou vánu na lůžku*

### 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?
- Pokud ano, co děláte?

Ano  Ne

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?

Ano  Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?

Pokud ano, upřesněte: *chůze, co nejčastěji*

Ano  Ne

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?

Ano  Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici?

*čtení, televize*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

*vše mám*

Hodnocení sestry: *pac. čte a sleduje televizi, dcer začala učit vstávání z lůžka*

### 10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte:

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte:

Hodnocení sestry:

### Různé

- Jakou školu jste ukončil?

*lyceum*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte:

- Jak velká je Vaše rodina?

*manželka, 2 synové, mají rodiny, 4 vnoučata*

- S kým společně žijete?

*s manželkou*

- Kdo se o Vás může postarat?

*manželka, synové*

- V jakém bytě žijete? *v rodinném domě*
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu?  Ano  Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu?  Ano  Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? *rád bych šel na WC*
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?

Hodnocení sestry: *pac. má pravidelné návštěvy rodiny, návštěva WC zatím nebyla možná z důvodu op. výkonu*

### Jak sestra nemocného souhrnně vidí

<input checked="" type="checkbox"/> Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
<input checked="" type="checkbox"/> Neptá se	Mlčenlivý
<input checked="" type="checkbox"/> Hovorný	Spolupracuje
<input checked="" type="checkbox"/> Úzkostlivý	Vyděšený
<input checked="" type="checkbox"/> Nejistý	Nedůvěřivý
<input checked="" type="checkbox"/> Rozzlobený	Smutný
<input checked="" type="checkbox"/> Rychle chápe	Pomalou chápá
<input checked="" type="checkbox"/> Nechápvavý	Aktivní
<input checked="" type="checkbox"/> Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
<input checked="" type="checkbox"/> Psychicky stabilní	Psychicky labilní
<input checked="" type="checkbox"/> Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

### Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*pac. dus. 3/11, pooperační dus., dus. na úk. vertikalizace do sedu  
 pac. má zaveden Pžk., PMK, epidurální katetr, má bolest v  
 op. ránu, VAS 3, apl. analgetické směsi do epidurálního katetru  
 pac. má světlou ekzistenci z důvodu op. výkonu. Pac. by rád  
 šel na WC, upravit se na lůžku je pro něj nepřijatelné!  
 Dietu má pac. diabetickou, hladina glykémie je v normě!  
 Tekutiny přijí má pac. v dostatečné množství. V pac.  
 je kontinuitní monitorace EKG, P, dT, p. tlaku je měřen TK,  
 u pac. je riziko pádu - 3b dle Conlyové, riziko dehydratace dle  
 Nortonové 25 bodů, dle Barthelovi testu výsledek činnosti  
 má pac. závislost střevního střevu - 50b*



Příloha č. 8: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice podle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci podle stupně	Tělesný stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	do 10 let	normální	žádné	dobry	dobry	chodí	úplná	není
4	4	4		4	4	4	4	4
malá	do 30 let	alergie	*	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občas
3	3	3		3	3	3	3	3
částečná	do 60 let	vlhká		špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně
2	2	2		2	2	2	2	2
žádná	nad 60 let	suchá		velmi špatný	bezvědomí	upoután na lůžko	žádná	stolice i moč
1	1	1		1	1	1	1	1

\* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3–1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Zdroj: Kolektiv autorů, Základy ošetřování nemocných, 2005

### Příloha č. 9: Hodnocení rizika pádů dle Conleyové

Anamnéza	Pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2 body
Vyšetření	Zmatenost, nedostatečné vnímání rizik	3 body
	Agitace, neklid	2 body
	Porucha chůze	1 nebo 2 body (dle závažnosti poruchy)
	Porucha zraku	1 nebo 2 body
Přímé dotazy	Stává se Vám, že neudržíte cestou na WC stolici nebo moč?	1 nebo 2 body
Další okolnosti	Poruchy zraku, používání berlí a podobně	1 nebo 2 body
		<b>Součet: 3</b>

**Je-li součet větší než 2, jedná se o rizikového pacienta**

## Příloha č. 10: Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové testu všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0–40 bodů vysoce závislý

45–60 bodů závislost středního stupně

65–95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Zdroj: Kolektiv autorů, Základy ošetrování nemocných, 2005

**Příloha č. 11: Vizuální analogová škála**

**žádná bolest**

**největší bolest**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

## Příloha č. 12: Ramsayova sedační škála

Hodnocení pacienta	Počet bodů
Agitovaný, úzkostný pacient	1
Spolupracující, klidný pacient	<b>2</b>
Pacient reaguje na výzvu	3
Pohotová reakce při poklepání na glabelu nebo na hlasitý zvuk	4
Nevýznamná reakce na podněty	5
Žádná reakce na podněty	6

**Příloha č. 13: Plán ošetrovatelské péče**

(1)

Datum 16/9/2021	Ošetrovatelská diagnóza aktivita	Cie (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
	<p>bolest v opevácení ramene</p>	<p>- odstranění x 2 malých bolestí</p>	<p>- sledovat FT, varování do dolní části, vyhodnocení dle VAS prevence úlevy v polohu psychická podpora, přítelovost epidemiologická katedra, zvládnutí vstávání, dostatek odpočinku</p>	<p>- bolest mírná, přítelovost pac. v klidu, zvládnutí povolení pac. odpočívá - úleva v polohu</p>	<p>Mu</p>
	<p>žádání o péči, úroveň v ovl. hygieny, vyprázdnění vůně, pohyb a div. ep. výkonu</p>	<p>- vertikalizace pacienta - se pohybem pac. do lhy, péče o svou péči</p>	<p>- zachovat aktivitu starádky - Různé slove, zjistit dostupné příbuzné (příjem, přítel,) výživa, pomoci k léčbě sigralizaci za řízení, větší kariéru, současně zjistit</p>	<p>- pac. sledujeme převod hygieny - sedl v lůžku</p>	
	<p>Per. spolupráce a dlouhodobé kognitivní posilování a stavu zdr. stavu</p>	<p>- pac. bez obtíž, usne - netrvá se v noci, krevní, odpočívá 6h - ráno se krevní tlak odpovídá</p>	<p>- zjistit důvody nespaření, za- jistit vhodný lůžko, vyprázdnit lůžko a polohu pac., zvládnutí denní úm. spánku, krevní pac. v noci, lůžka bolestí, aplikace krevní tlak dle krevní</p>	<p>- pac. dx v noci v klidu - pale rose usnul - usnul v 6h - cítil se odpočívá - krevní tlak podává</p>	
	<p>Strana se ztráta krevních a z krevní stavu z důvodu zdravotního stavu</p>	<p>- pac. v noci popsat své po- stavy a stav - má dostatek info o zdr. stavu</p>	<p>- zjistit informovanost pac. a podařit informovat pac. / zapsat své problémy, sledovat programy pac., krevní psycholog</p>	<p>- pac. dostal potřebné informace - krevní o stavu - krevní vězení</p>	

Datum 4/9/2014	Ošetřovatelská diagnóza potenciálním	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
	Bezpečnost rizik z diágnózy v časovém úseku	- uveďte konkrétní časový odhad (vč.)	- asseptické kytky, op. rany a os. Převazy i.v. a i.v. a os. Obrana dataru a časová péče řádky v rámci do dekontaminace kontrakt. místa vpichu a dých. pravidelná hygieny i.v. a os. odběry a op. kůže ko. FF	- učená znalosty i.v. - TT v no. vč.	MČ
	Bezpečnost rizik z diágnózy v časovém úseku	- v pac. uveďte konkrétní čas	- kontrola stav kůže, riziko muc. dle Norb. a os. péče pac. o rizikové vzhledy, péče o pohybliv. kůže, antiseptika, povrchy, oděvy o kůže do dekontaminace	- učená znalost kůže - pac. se otačí v kůži každý den	
	Bezpečnost rizik z diágnózy v časovém úseku	- v čas. odhadu příznaků TEN	- edémace pac. o rizikové TEN - odhadovat příznaky časová mobilizace pac. (a pl. auti konektivace), ko. prokrevu, krev. koeficient	- znalosty TEN se deprojeví	
	Bezpečnost rizik z diágnózy v časovém úseku	- ukažte k podání sůlité vzhledu podlé	- hodnotit vzhled podlé, označ. pac. vzhledu i edémace pac. ko. edémace a os. De. a os. stava při vzhledu pac. 2. kůže	- k podání ukažte - pac. vzhledu i edém. - saku vzhledu	

9.

## Příloha č. 14: Souhlas s použitou dokumentací

Souhlas s použitím záznamu intenzivní a resuscitační péče

Studentkou 3. LF UK, obor všeobecná sestra.

Souhlasím,

že Lenka Horová, studentka 3. LF UK, obor všeobecná sestra, může použít dokumentaci - záznam intenzivní a resuscitační péče nemocnice na Homolce v rámci bakalářské práce „ošetřovatelská péče o pacienta po femoro – popliteálním bypassu „.

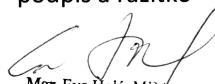
Použití dokumentace:

1. Dokumentace nebude nijak kopírována, ani šířena mimo rámec bakalářské práce.
2. S dokumentací nebude nakládáno mimo rozsah zvyklostí použití bakalářské práce.

V Praze dne 4.11.2011

*Lenka Horová*

podpis a razítko

  
Mgr. Eva Holá, MBA  
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

 NEMOCNICE  
NA HOMOLCE  
150 30 Praha 5, Roentgenova