

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

Závěrečná bakalářská práce

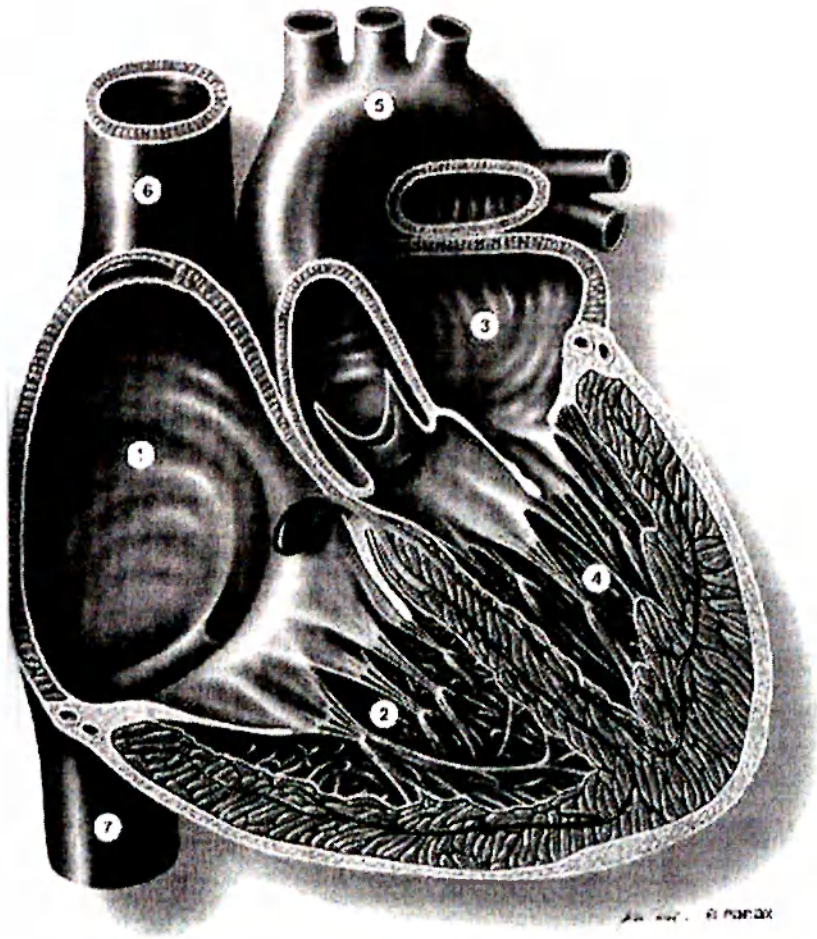
**Ošetrovatelská kazuistika nemocného
s infarktem myokardu**

květen 2006

Hana Sedláčková
bakalářské studium ošetrovatelství
kombinované

Obsah

1.	Úvod	3
2.	Klinická část.....	4
2.1	Charakteristika onemocnění.....	4
2.2	Klinický obraz.....	5
2.3	Stanovení diagnózy.....	6
2.3.1	Anamnéza.....	6
2.3.2	EKG.....	6
2.3.3	Laboratorní metody.....	7
2.3.4	Zobrazovací metody.....	7
2.4	Komplikace infarktu myokardu.....	8
2.5	Léčba infarktu myokardu.....	8
2.6	Ošetrovatelská péče – obecně.....	12
2.6.1	Primární a sekundární prevence, edukace.....	13
2.7	Lékařská anamnéza a diagnózy.....	15
2.7.1	Lékařská anamnéza.....	15
2.7.2	Lékařské diagnózy.....	16
2.8	Diagnostická vyšetření.....	17
2.8.1	Vyšetření dne 6.3.2006.....	17
2.8.2	Vyšetření dne 7.3.2006.....	19
2.8.3	Vyšetření dne 8.3.2006.....	20
2.8.4	Vyšetření dne 9.3.2006.....	20
2.9	Přehled terapie.....	21
2.9.1	Farmakoterapie.....	21
2.9.2	Pohybový režim, rehabilitace.....	24
2.9.3	Dietoterapie.....	24
2.10	Průběh hospitalizace.....	24
3.	Ošetrovatelská část.....	26
3.1	Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	26
3.2	Ošetrovatelské diagnózy a plán péče.....	31
3.3	Závěr a prognóza.....	43
4.	Použité zdroje a literatura.....	45



*Žij dneškem, protože
zítra bude dnešek již
včera.....*

1. Úvod

Při úvaze o koncepci mé závěrečné bakalářské práce jsem si vzpomněla na úvodní citát a uvědomila si, kolik obsahuje pravdy i ve vztahu k současné medicíně. Zhoršující se životní prostředí, chvat denního života, stresové situace na každém kroku, nedostatek kvalitního odpočinku, zhoršující se spánek.....kolik dalšího by se dalo napsat. V každé publikaci, v každém letáčku pro pacienty je uvedeno, jaký důraz je kladen na zdravý životní styl, a jak důležité je dodržovat zásady prevence.

Při rozhovorech s pacienty postiženými některým ze syndromů koronární nemoci se stále opakuje jedna pravda: „ Měl jsem přestat dřív kouřit....měl jsem více dbát na svoji váhu... také jsem se trochu mohl věnovat sportu....“ Ale i přes viditelné pokroky, zavádění nových a to znamená také podstatně nákladnějších léčebných metod, zůstává jasná mluva statistiky. Jeden údaj je pro populaci pozitivní - prodlužuje se střední délka života, ale tato skutečnost má i svá úskalí – nemocemi stáří dochází k dalšímu zatížení zdravotnické ekonomiky. Druhý fakt je však více než znepokojivý – přes dosažené úspěchy přetrvává úmrtnost na kardiovaskulární choroby na úrovni kolem 50%. A zde vidím přímo výzvu pro nás zdravotníky, pro média, pro všechny.

Za dvacet čtyři let své činnosti sestry v oboru anesteziologie, resuscitace, kardiologie a intenzivní medicíny jsem zažila hodně radosti a doslova vítězství medicíny nad chorobou, ale také mnohé nemilosrdné prohry, smutek na tváři nás zdravotníků i slzy pozůstalých. Tím více si uvědomuji paprsky souvislostí, zákonitostí i náhod, které mohou příznivě či negativně ovlivnit vývoj nemoci.

Pro všechno výše uvedené jsem se rozhodla ve své práci věnovat jednomu konkrétnímu případu, jednomu konkrétnímu pacientovi i s pokusem o náhled do jeho duše a soukromí . Věnovat se jedné koronární příhodě, na jejímž zajímavém průběhu a výsledku má nezastupitelný podíl dobře fungující systém intervenční kardiologie a efektivní koordinace přednemocniční a nemocniční lékařské a ošetrovatelské péče.

2. Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

Akutní infarkt myokardu je jednou z akutních forem ischemické choroby srdeční. Jedná se o nedokrevnost (ischemii) různě velké části myokardu vzniklé na podkladě uzávěru koronárního průtoku. Uzávěr je v naprosté většině tvořen krevní sraženinou, která nasedá na aterosklerotický plát. Postupně (v desítkách minut až hodinách) dochází k odumírání tkáně, kterou tato tepna zásobuje. O rozsahu odumřelé tkáně rozhoduje povodí uzavřené tepny. O klinické závažnosti, tedy o následném osudu pacienta rozhoduje nejen velikost infarktového ložiska, ale i doba uzávěru věnčité tepny, respektive doba do jejího otevření.

Pláty náchylné k ruptuře (tzv. nestabilní pláty) obsahují velké množství lipidů a makrofágů a jsou kryty pouze tenkou fibrózní čepičkou. Makrofágy produkují proteolytické enzymy, které zeslabují čepičku a zvyšují riziko ruptury. Riziko ruptury plátu zvyšuje také celá řada faktorů systémových, jako hypercholesterolemie, kouření a diabetes mellitus. Rupturou plátu je porušen nesmáčivý vnitřní povrch tepny a krev se dostává do kontaktu se strukturami, které spouštějí proces hemokoagulace. Je to vlastně proces, který fyziologicky vede k zástavě krvácení při poranění. Obnažený kolagen poutá a aktivuje krevní destičky. Aktivované destičky se prostřednictvím svých glykoproteinových receptorů váží na vlákna fibrinogenu. Destičky adherují a agregují. Aktivované destičky uvolňují řadu prokoagulačních působků. Z ruptury uvolněný tkáňový faktor aktivuje zevní cestu koagulační kaskády a výsledkem je tvorba trombinu. Trombin mění fibrinogen na fibrinová vlákna, a ta tvoří kostru vznikajícího trombu. Pokud trombus postiženou koronární tepnu zcela uzavře alespoň na 20-30 minut, je výsledkem většinou nekróza, respektive akutní infarkt myokardu.

Krátce po začátku ischemie myokardu ustávají kontrakce a zpomaluje se vedení elektrického vzruchu v postižené oblasti. Zhoršení kontraktility levé komory může vést k projevům srdečního selhání.

Novější studie prokázaly, že klíčovým faktorem v patofyziologii akutního koronárního syndromu je zánětlivá reakce. Rizikové faktory jako hyperlipoproteinémie, kouření, obezita a diabetes mellitus indukují zánětlivý stav arteriální stěny. Zánět vede

k uvolnění cytokinů (např. tkáňového faktoru), které spouštějí trombózu. Zánětlivé markery v séru jsou zvýšeny u většiny pacientů s akutním koronárním syndromem (C reaktivní protein, interleukin 6). Doposud byly za hlavní zprostředkovatele zánětu považovány bílé krvinky, nyní se ukazuje, že jsou to destičky. Jsou plné mediátorů zánětu.

Podle hloubky postižení srdeční svaloviny dělíme infarkt myokardu na :

1. transmurální

- nově označovaný dle elevací ST úseku jako STEMI (dříve označovaný QIM)
- prochází celou stěnou srdeční svaloviny
- hojí se jizvou
- v místě jizvy je porušena trvale kontrakce
- jizva může být místem možného aneurysmatu

2. intramurální

- bez elevací ST úseku, nově označovaný NSTEMI (dříve označovaný non QIM)
- hojí se jizvou s obvykle menšími funkčními následky
- zasahuje jen část myokardu, nikoli celou jeho šířku (9,10)

2.2 Klinický obraz

Mezi subjektivní příznaky infarktu myokardu řadíme intenzivní, svíravé bolesti za sternem, s propagací pod levou lopatku a po ulnární straně do malíku levé ruky. Mohou přicházet v klidu nebo při menší námaze. Někteří nemocní pociťují bolest pouze v čelisti, krku, v uchu, v zádech nebo epigastriu. Bolest bývá provázena výrazným psychickým nábojem – strachem ze smrti. Jindy může převládat nevolnost, slabost, studený pot, palpitace. Někdy, zejména u starších lidí, se infarkt může manifestovat jen dušností jako známkou levostranného srdečního selhání nebo akcentací projevů mozkové aterosklerózy (zmatenost) při poklesu krevního tlaku. Atypické symptomy jsou častější u pacientů mladých, dále u starších nad 75 let, u diabetiků a u žen. Asi u

20% nemocných se infarkt myokardu neprojeví žádnou bolestí nebo pouze nepatrnou a proběhlý infarkt se zjistí až při náhodném vyšetření.

K objektivním příznakům nekrózy myokardiální tkáně řadíme :

- patologické změny EKG (výskyt elevace ST segmentu, nové deprese ST segmentu, inverze T vlny, vývoj patologického Q kmitu, blok Tawarova raménka)
- vzestup kardijspecifických enzymů

2.3 Stanovení diagnózy

Rozpoznání akutního infarktu myokardu se opírá o anamnestické údaje, charakteristický klinický obraz, o typické změny na EKG, o stanovení aktivity enzymů v krevní plasmě jako ukazatelů některých metabolických změn myokardu a o laboratorní ukazatele nespecifických zánětlivých změn.

2.3.1 Anamnéza

Navzdory četným pokrokům v laboratorní diagnostice myokardiální ischemie je anamnéza stále základním pilířem pro stanovení diagnózy. Pro zhodnocení pravděpodobnosti akutního infarktu myokardu má v anamnéze zásadní význam pět základních faktorů:

- charakter a délka trvání anginózních bolestí
- ischemická choroba srdeční v anamnéze
- mužské pohlaví
- věk
- přítomnost rizikových faktorů ateroskléroz

2.3.2 EKG

EKG je nejdůležitější diagnostickou metodou. Podle změn na EKG a podle jejich vývoje lze určit lokalizaci infarktu, jeho rozsah a vývojové stadium. Mezi typické patologické změny na EKG řadíme výskyt elevace ST segmentu, nové deprese ST segmentu, inverze T vlny a vývoj patologického Q kmitu. U infarktu přední stěny jsou změny zachyceny ve svodech I, aVL a ve svodech hrudních, u

infarktu spodní stěny ve svodech II, III, aVF. U menších infarktů nebo při blokádě Tawarova raménka nemusí být tyto změny rozpoznány.

2.3.3 Laboratorní metody

Při infarktu dochází k porušení buněčné membrány myocytů a k úniku intracelulárních makromolekul (kardiospecifických enzymů) do krevního oběhu. Stanovení jejich hladiny slouží k potvrzení diagnózy infarktu, k posouzení rozsahu nekrózy ke stanovení rizika nemocných.

Doposud nejpoužívanějším markerem je CK-MB (kreatinkináza-myokardiální frakce). Má však řadu limitací. Není zcela specifický pro myokardiální nekrozu a může být zvýšen i při poškození kosterních svalů. Mnohem specifičtější pro poškození myokardu jsou troponin I a troponin T. V krvi zdravých jedinců se troponin nenachází. Je proto ideální k detekci nekrózy i velmi malého rozsahu. Troponin je určen k pozdní diagnostice infarktu, neboť jeho koncentrace v krvi stoupají za 6 - 8 hodin po začátku akutního infarktu myokardu.

Z hlediska časné diagnózy je z kardiomarkerů nejvýhodnější myoglobin. Je možné jej detekovat již za 2 - 4 hodiny po vzniku akutního infarktu myokardu.

2.3.4 Zobrazovací metody

Vyšetření pacienta některou ze zobrazovacích metod má v diagnostice akutního infarktu význam doplňující. Pro klinické rozhodování o další léčbě jsou zobrazovací techniky vždy přínosem.

Nejrozšířenější metodou je dvojrozměrná echokardiografie. U akutní ischemie se v echokardiografickém obraze projevují poruchou kinetiky postižených segmentů myokardu. Významný přínos má echokardiografie zejména v hodnocení komplikací infarktu myokardu, které mohou zahrnovat vznik aneuryzmatu s nástěnným trombem, rupturu mezikomorové přepážky nebo volné stěny komory se vznikem pseudoaneuryzmatu. Neocenitelný přínos má vyšetření při průkazu ischemické mitrální regurgitace a při objasnění mechanismu jejího vzniku. Ischémie vede ke vzniku regurgitace, zejména v souvislosti se změnou geometrie levé komory a tím i funkce závěsného aparátu. Při postižení papilárních svalů může docházet přímo ke vzniku jejich dysfunkce či dokonce k jejich ruptuře.

Častým nálezem u nemocných v akutním stadiu infarktu myokardu je vznik zpravidla malého perikardiálního výpotku., který je nespecifickou reakcí na nekrózu myokardu.

Angiografickým vyšetřením můžeme získat morfologickou informaci o srdečních chorobách. Při tomto vyšetření se vstříkuje kontrastní látka do srdečních oddílů nebo do příslušného tepenného či žilního řečiště. Při selektivní koronarografii se kontrastní látka vstříkuje speciálně preformovanými cévkami selektivně do věnitých tepen.

2.4 Komplikace infarktu myokardu

Průběh a prognózu nemocných ovlivňuje ztráta kontraktálního myokardu a výskyt komplikací. Podle povahy můžeme komplikace rozdělit na:

- poruchy tvorby vzruchu (sinusová bradykardie, supraventrikulární tachykardie, supraventrikulární extrasystoly, fibrilace síní, komorové extrasystoly, komorová tachykardie, fibrilace komor)
- poruchy vedení vzruchu (různé typy blokády podle lokalizace infarktu myokardu
- selhání srdce jako pumpy, v převážné většině způsobené selháním levé komory (plicní edém, kardiogenní šok) nebo ztrátou kontraktálního myokardu a změnou anatomických poměrů (vývoj aneuryzmatu, ruptura volné stěny, ruptura mezikomorové přepážky).

2.5 Léčba infarktu myokardu

Terapie se liší v jednotlivých fázích onemocnění. Obecným léčebným záměrem je obnovení oběhu v ischemické tkáni, zachování maxima kontraktálního myokardu a prevence či terapie komplikací.

Pro osud nemocného bývají rozhodující prvé 2 hodiny po vzniku příznaků, tedy ještě v prehospitalizační fázi. Proto je důležitá rychlost jednotlivých výkonů.

2.5.1 Opatření v prehospitalizační fázi

U nemocného, u kterého je vysloveno podezření na rozvíjející se akutní infarkt myokardu, musíme zajistit co nejrychlejší transport na specializované nemocniční oddělení. Před převozem je nutné:

- vyloučit jakoukoli fyzickou či psychickou zátěž
- zajistit žilní linku
- tlumit bolest a zklidnit nemocného
- učinit opatření k prevenci závažných arytmií či zahájit terapii již přítomných arytmií
- upravit základní poruchy oběhu
- zamezit dalšímu narůstání trombu
- zahájit bezodkladnou resuscitaci při zástavě oběhu.

2.5.2 Intenzivní nemocniční péče:

Vlastní terapie infarktu myokardu se zaměřuje na omezení velikosti vlastního infarktového ložiska, na zachování maxima kontraktálního myokardu. Tohoto cíle můžeme dosáhnout přímo, obnovením průtoku uzavřenou věnčitou tepnou (např. trombolýzou nebo přímou koronaroplastikou). Nepřímo můžeme zmenšit ložisko infarktu snížením metabolických nároků myokardu podáním betablokátorů, eventuelně vazodilatační terapií. Zmenšením spotřeby kyslíku v ischemické tkáni zabráníme vývoji nekrózy v ohrožených hraničních oblastech.

Trombolytická (fibrinolytická) terapie

je v současné době již standardním terapeutickým postupem indikovaným u pacientů s klinickými projevy infarktu spolu s přítomností elevací úseku ST či raménkovou blokádou. Limitujícím momentem nejsou technické možnosti obnovy průtoku uzavřenou koronární artérií, ale časový faktor (doba od vlastního uzavěru do rekanalizace). Hranicí pro aplikaci trombolýzy se udává doba do 6 hodin od počátku příznaků.

Antikoagulační a antiagregační terapie

se provádí u nemocných, kterým nebyla aplikována trombolytická terapie. Důvodem je prevence vzniku trombu v levé komoře a progresu trombu intrakoronárního. Po 2-4denním období plné heparinizace v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou se ponechává kyselina samotná.

Užití betablokátorů

vede k poklesu mortality, a to zejména v prvních 48 hodinách. Dávka se řídí srdeční frekvencí, krevním tlakem.

Přímá perkutánní koronární angioplastika (PTCA)

prováděná na pracovištích intervenční kardiologie, jejíž snahou je zprůchodnění tepny mechanickým způsobem. Přes zavedený sheath se lékař po zaváděcím drátu dostane diagnostickou cévkou až k ústí koronární tepny. Po diagnostice akutního uzávěru následně zavede k ústí postižené tepny cévku s velkým vnitřním průměrem, tzv. guiding, jímž zavede do tepny ultratenký vodič o průměru 0,36mm a po částečném zprůchodnění tepny tímto vodičem po něm zavede do místa postižení balónkový katetr. Po jeho přesném umístění se balónek naplní směsí kontrastní látky a fyziologického roztoku a rozdilatuje nerovnosti tepny či zbytky trombu pomocí tlakové stříkačky většinou na 6-10 atmosfér. Ve většině případů, kdy není po prosté dilataci optimální výsledek, je třeba do místa postižení umístit kovovou mřížku či spirálku – stent (která je vyrobena buď z nerez oceli nebo speciální slitiny – nitinol, platina, iridium, kobalt) – a ta tepnu drží rozšířenou. Stent je malá kovová trubička, je buď tzv. volný, který si lékař sám nasadí na balónek, se kterým již dilatoval. Na něm stent zavede do místa postižení a tam ho vtiskne do tepny pomocí tlakové stříkačky stejným způsobem jako u normální dilatace. (9,10)

2.5.3 Rehabilitace nemocného po infarktu myokardu

Rehabilitační proces se zpravidla dělí na čtyři fáze.

- 1. fáze - nemocniční rehabilitace. Hlavním úkolem je zabránit dekonkci, tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu k běžným denním aktivitám.
- 2. fáze – časná posthospitalizační rehabilitace. Začíná co nejdříve po propuštění s délkou trvání do 3 měsíců. Je rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence.
- 3. fáze – období stabilizace. Začíná v době stabilizace klinického nálezu, klade důraz na vytrvalostní trénink a pokračování ve změnách životního stylu.
- 4. fáze – udržovací. Pacient pokračuje v dodržování zásad předchozích aktivit s minimální odbornou kontrolou, za předpokladu trvalé stabilizace zdravotního stavu.

2.6 Ošetřovatelská péče – obecně

Na jednotce intenzivní péče má ošetřovatelský personál dvě hlavní úlohy, které se vzájemně prolínají.

Ošetřovatelskou, která směřuje k odhadnutí pravděpodobných komplikací a psychologickou. Každý nemocný s akutním infarktem je v silném somatickém a emočním stresu. Potřebuje mimo jiné důvěryhodné prostředí a zvýšenou empatii, povzbuzování psychiky nejen slovem, ale i dotekem.

Během počáteční činnosti, dle stavu nemocného vysvětlujeme účel monitorování, funkce alarmu, spojení s centrálou a stručně seznámíme nemocného s řádem a chodem oddělení. Snažíme se být spojovacím článkem mezi lékařem a pacientem. Nemocného informujeme o nutnosti dodržování lékařem naordinovaného léčebného a dietního režimu. Edukačními pohovory mu vysvětlujeme podstatu léčby a problémy s ní spojené. Pomáháme mu tak překlenout dobu hospitalizace.

Léky mají být v akutním stadiu podávány vždy parenterálně, pro okamžité působení je nejvýhodnější podání intravenózní, proto je prvořadým úkolem na odděleních intenzivní péče zajištění žilního řečiště patřičnou intravenózní kanylou. Zásadně se vyhýbáme aplikaci nitrosvalové, jelikož nitrosvalové podání zkreslí hladinu kreatinkinázy jejím uvolněním ze svalů a při antikoagulační a trombolytické léčbě je nebezpečí vzniku svalových hematomů a masivního krvácení.

Na většině JIP se podává v akutním stadiu inhalace kyslíku. Z psychologického hlediska se podává i u nekomplikovaných infarktů. Naprosto nutná je u arytmií, srdečního selhávání, v šoku a přetrvávající bolesti.

Každodenní součástí práce na JIP je soustavné sledování fyziologických funkcí, vyhodnocení jejich změn a pečlivý záznam do dokumentace. Opakované krevní odběry, které pacienta zatěžují, jsou nezbytné ke stanovení dynamických změn hladiny kardiospecifických enzymů.

Nejvýhodnější poloha nemocného je poloha v pololeže, při dušnosti v polosedě, při hypotenzi vleže.

V prvních 24 hodinách je vhodný pouze přísun tekutin. Je-li pacient stabilizován, podáváme od druhého dne lehkou stravu s omezením tuků a soli. Vhodnými doplňky jsou ovocné a zeleninové šťávy a kompoty.

Sledování defekace je důležitým úkolem sestry i lékaře. Vlivem režimového klidu, zvýšeného výdeje tekutin, vlivem analgetik a sníženého příjmu stravy dochází

pravidelně k zácpě. Při vyprazdňování zajistíme nemocnému maximální pohodlí a intimitu.

Sestra se též společně s fyzioterapeutem podílí na léčebné rehabilitaci.

Práce ošetrovatelského personálu v medicíně naléhavých a kritických stavů je náročná a to nejen rozsahem znalostí, ale i požadavky na přesnost a pohotovost. Kromě vysoké odborné erudice, technických dovedností, fyzických a psychických předpokladů, je nutné dbát na těchto odděleních na přísné dodržování hygienicko-epidemiologických opatření.

2.6.1 Primární a sekundární prevence, edukace

Hlavním cílem prevence je snížení rizika manifestace, recidivy nebo progresu kardiovaskulárních příhod a prevence předčasné invalidizace a úmrtnosti. Primární prevencí se rozumí komplex režimových a farmakologických opatření u jedinců bez manifestace nemoci. Sekundární prevence se týká nemocných již s prokázanou chorobou.

Masový výskyt kardiovaskulárních příhod má velmi těsný vztah k životnímu stylu.

Etiologie infarktu myokardu, většiny cévních mozkových příhod a onemocnění periferních tepen je podobná a uvedené principy prevence snižují morbiditu a mortalitu nejen u nemocných s ischemickou chorobou srdeční, ale i u všech osob s dosud nerozpoznaným, tak i rozpoznáním aterosklerotickým postižením. (11)

Týká se zejména úpravy životního stylu jak v oblasti fyzické aktivity a cvičení, tak dietního opatření, abstinence kouření, snížení tělesné hmotnosti, léčby hypertenze a léčby dyslipidémie. Účinně předcházet ohrožení znamená odstranit nebo alespoň snížit rizikové faktory.

Tělesná aktivita pomáhá shodit nadbytečné kilogramy a navíc posiluje a trénuje srdce a pomáhá udržovat krevní tlak. Je důležité, aby pohyb byl prováděn pravidelně a dlouhodobě. Doporučuje se rychlá chůze 35 – 40 minut několikrát v týdnu na čerstvém vzduchu ve volné přírodě. Pravidelná tělesná činnost, která přináší člověku radost a uspokojení, je také dobrým prostředkem ke zvyšování psychické odolnosti. Pohyb je vhodné střídat s jinou formou relaxace.

Druh, množství stravy a způsob její konzumace mají nepochybně vliv na zdravotní stav člověka. Je důležité pravidelně jíst, v malých dávkách, snížit přívod tuků. Důležitou složkou stravy je vláknina.

Je naprosto nezbytné přestat kouřit!

Udržení pocitu dobré životní pohody je nemyslitelné bez harmonických vztahů k našemu okolí. Velký význam mají stabilizované partnerské vztahy, včetně vztahů sexuálních.

Pro pocit dobré životní pohody jsou velmi důležité i pozitivní vztahy k lidem v okolí.

Základní identifikační údaje nemocného

- Jméno a příjmení: P.N.
- Pohlaví: muž
- Věk: 38 let
- Zaměstnání: podnikatel
- Národnost: česká
- Stav: ženatý
- Pojišťovna: VZP - 111
- Příbuzní: manželka H.N.
- Ošetřující lékař: MUDr. J.M
- Datum a čas přijetí: 6.3. 2006 v 7:25 hodin
- Příjmová diagnóza: I 21.1 - Akutní STEMI spodní stěny

(2)

V práci je zachycena ošetrovatelská péče na JIaRP v době od 6.3. do 9.3.2006

2.7 Lékařská anamnéza a diagnózy

2.7.1 Lékařská anamnéza

- Nynější onemocnění: Pacient přivezen RLP pro akutní infarkt spodní stěny. Dnes asi před 30 minutami náhle zkolaboval v supermarketu. Při příjezdu RZP při vědomí, bledý, s nauzeou, udává silnou svíravou bolest na hrudníku, bolesti zubů a bolesti mezi lopatkami. Na EKG ST elevace. Podán Kardegic 1 amp.i.v., Fentanyl 2ml i.v., pro výraznou bradykardii a hypotenzi podán Atropin 1 amp. i.v., Tensamin 200mg dávkovačem/6 hod. Při předání na interní JIP pacient při vědomí, bledý, somnolentní odpovídá úsečně, stěžuje si na vertigo, dušnost 0, bez cyanózy, udává bolesti mezi lopatkami.
- Rodinná anamnéza: negativní, infarkt myokardu v příbuzenstvu 0, hypertenze v příbuzenstvu 0.
- Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, jinak nebyl dosud vážněji nemocen, operace 0, úrazy 0, námahová dušnost po výstupu 6-7 pater, stenokardie 0, palpitace 0, vertigo 0, kašel, noční dušnost 0, spí s jedním polštářem, nykturie 0, otoky DK 0, pyrosa 0, stolice –zácpa frekvence 1x za 3dny, meléna 0.
- Farmakologická anamnéza: trvale žádné léky neužívá, občas NSA pro bolesti hlavy a hypnotika na poruchy spánku.
- Alergická anamnéza: negativní.
- Anamnéza pracovní a sociální: soukromý podnikatel, žije s manželkou a 2 dětmi v rodinném domě.
- Abusus: kouří asi 3 roky 5-10 cigaret denně, alkohol příležitostně, drogy 0.
- Status praesens: při vědomí, somnolentní, spolupracující, bledý a opocený, bez klidové dušnosti, obézní(nevážen), normální hydratace.
Hlava: pokleповě nebolestivá, zornice izikorické, skléry bez ikteru, reagující na osvit, nystagmus není, inervace hlavovými nervy dobrá, výstupy trigeminu nebolestivé, uši a nos bez výpotku, jazyk vlhký, plazí ve střední

čáře.

Krk: krční páteř volně pohyblivá, štítná žláza nezvětšena, pulzace karotid symetrické, bez šelestu, náplň krčních žil přiměřená.

Hrudník: akce srdeční pravidelná, P 63/min., TK 85/52,....101/59. I. a II. ozva ohraničená, dýchání čisté, sklípkové, poklep plný a jasný.

Břicho: volně prohmatné, poklep difúzně bubínkový, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, slezina nezvětšena, tapotement negativní.

Horní končetiny: bez otoků pulzace hmatná na aa.radialis i aa.ulnaris

Dolní končetiny: bez otoků a známek tromboembolické nemoci, pulzace do periferie +.

2.7.2 Lékařské diagnózy:

- **Akutní STEMI spodní stěny, komplikovaný přechodným AV blokem II.stupně**
- Koronární nemoc srdeční
- Nikotinismus
- Obezita (3)

2.8 Diagnostická vyšetření

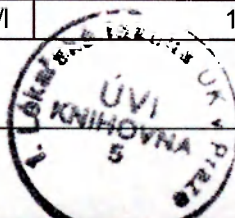
2.8.1 Vyšetření – den 6. 3. 2006

EKG (6. 3. 2006)
EKG: sinus, f 64/min., PQ 0,20 0,08 0,40 ST elevace Pardeho vlny II,III, aVF, V6, ST zrcadlové horizontální ST deprese více než 3 mm ve I,V2-3 Závěr: akutní STEMI spodní stěny,

Laboratorní vyšetření biochemie 6. 3. 2006 7:25			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Na	mmol/l	147	135 – 142
Kalium	mmol/l	4,66	3,8 – 5,1
Urea	mmol/l	8,02	2,5 - 8,3
Kreatinin	μmol/l	114	55 -110
Troponin I	μg/l	31,80	do 0,5
Bilirubin celkový	μmol/l	10,00	5-17
ALT	μkat/l	0,38	0,1 – 0,7
AST	μkat/l	2,58	0,1 – 0,6
CK	μkat/l	17,80	0,2 – 3,2
CK - MB	μkat/l	2,81	do 0,4
Glukóza	mmol/l	9,2	3,6 – 6,1
CRP	mg/l	108,2	0 – 6

Laboratorní vyšetření hematologie 6.3.2006 7:25			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Erythrocyty	1×10^{12}	4,54	4,0 – 5,3
Hemoglobin	g/l	139	135 – 175
Hematokrit	l	0,37	0,40 – 0,54
Trombocyty	1×10^9	397	150 – 350
Leukocyty	1×10^9	15,2	3,8 – 10,0

Laboratorní vyšetření biochemie 6.3.2006 16:00			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Na	mmol/l	143	135 – 142
Kalium	mmol/l	4,22	3,8 – 5,1
Urea	mmol/l	8,14	2,5 - 8,3
Kreatinin	μmol/l	105	55 -110
Tropinin I	μg/l	144,0	do 0,5
ALT	μkat/l	0,50	0,1 – 0,7
AST	μkat/l	1,96	0,1 – 0,6
CK	μkat/l	9,20	0,2 – 3,2
CK- MB	μkat/l	1,86	do 0,4



Cholesterol	mmol/l	5,75	3,1 – 5,8
Triacylglyceroly	g/l	3,6	> 1,8

Laboratorní vyšetření hematologie+hemokoagulace 6. 3. 2006 16:00			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Erytrocyty	1×10^{12}	4,37	4,0 – 5,3
Hemoglobin	g/l	115	135 – 175
Hematokrit	l	0,37	0,40 – 0,54
Trombocyty	1×10^9	392	150 – 350
Leukocyty	1×10^9	9,2	3,8 – 10,0
Fibrinogen	g/l	0,81	2,0 – 4,0
APTT	s	98	30 – 40
INR	l	3,19	0,8 – 1,2

Laboratorní vyšetření Astrup 6. 3. 2006			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
pH	l	7,493	7,36- 7,44
PCO ₂	kPa	2,89	4,8 – 5,9
PO ₂	kPa	7,9	10,4 – 13,3
HCO ₃ aktuální	mmol/l	16,5	21,7 – 27,3
HCO ₃ standardní	mmol/l	20,7	21,3 – 24,8
BE	l	- 6,3	-2 až +2

Fyzikální vyšetření 6. 3. 2006 (Tlak + puls á 30 minut - uvádím pouze hraniční hodnoty)			
Metoda			
TK	90/50	124/65	141/85
Puls [frekvence/min.]	64	72	105
Dechová frekvence	26	21	16
SaO ₂	89	94	96
Tělesná teplota [°C]	36,6	36,8	37,0

2.8.2 Vyšetření – den 7. 3. 2006

EKG 7. 3. 2006
EKG : sinus, f 78 /min. 0,14 0,08 0,38, ST jen nepatrné elevace 0,5mm II,III aVF, neg. T II,III,aVF Závěr: stav po STEMI spodní stěny

Laboratorní vyšetření biochemie 7. 3. 2006			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Na	mmol/l	139	135 – 142
Kalium	mmol/l	4,41	3,8 – 5,1
Urea	mmol/l	7,39	2,5 - 8,3
Kreatinin	μmol/l	81	55 - 110
Tropinin I	μg/i	101,0	do 0,5
ALT	μkat/l	0,33	0,1 – 0,7
AST	μkat/l	1,90	0,1 – 0,6
CK	μkat/l	7,4	0,2 – 3,2
CK- MB	μkat/l	0,88	do 0,4

Laboratorní vyšetření hematologie+hemokoagulace 7. 3. 2006			
Metoda	jednotka	hodnota	norma
Erythrocyty	1×10^{12}	4,54	4,0 – 5,3
Hemoglobin	g/l	119	135 – 175
Hematokrit	l	0,38	0,40 – 0,54
Trombocyty	1×10^9	392	150 – 350
Leukocyty	1×10^9	15,2	3,8 – 10,0
Fibrinogen	g/l	0,99	2,0 – 4,0
APTT	s	78	30 – 40

Fyzikální vyšetření (Tlak + puls á 60 minut - uvádím pouze hraniční hodnoty) 7. 3. 2006			
Metoda			
TK	124/80	132/89	140/87
Puls [frekvence/min.]	55	92	79
Dechová frekvence	14	15	16
SaO ₂	98	97	98
Tělesná teplota [°C]	37,4	38,1	37,1
Váha [kg]	115		
Výška [cm]	175		
BMI	39,9		

2.8.3 Vyšetření – den 8. 3. 2006

EKG 8. 3. 2006

EKG:sinus, f 100/min., 0,14 0,08 0,36, ST elevace 0,5 mm II, III,aVF, neg T II, III,aVF,Q II,III,
Závěr: stav po STEMI spodní stěny

Echokardiografie 8. 3. 2006

Pacient hůře vyšetřitelný.
Velikosti-srdečních-oddílů:
průměr levé komory 46mm,průměr levé síně 32mm,
průměr pravé komory 28mm, ascendentní aorta 29mm.
Tloušťka myokardu: septum 8mm, zadní stěna 9mm.
Funkce levé komory: ejekční frakce 50-55%.
Závěr: normální velikosti srdečních oddílů, systolická dysfunkce PK, systolická funkce LK na dolní hranici normy při hypokineze spodní stěny, chlopně bez závažnější patologie.

RTG srdce a plic 8. 3. 2006

Hrudník souměrný, bránice volné, plicní parenchym bez ložiskových změn, mediastinum, hily, srdce nezvětšeny.
Závěr: skelet hrudníku bez patologických změn

Fyzikální vyšetření (Tlak + puls á 60 minut - uvádím pouze hraniční hodnoty) 8. 3. 2006

Metoda			
TK	124/80	132/89	170/87
Puls [frekvence/min.]	55	68	79
Dechová frekvence	13	15	15
SaO ₂	99	98	99
Tělesná teplota [°C]	36,9	37,5	36,5

2.8.4 Vyšetření – den 9. 3. 2006

EKG 9. 3. 2006

EKG: fibrilace síní, f 125/min., blok PTR, QRS 0,15
Závěr: susp. recid. IM

Fyzikální vyšetření (Tlak + puls á 30minut - uvádím pouze hraniční hodnoty) 9. 3. 2006

Metoda			
TK	124/80	132/89	170/87
Puls [frekvence/min.]	55	92	124
Dechová frekvence	12	16	22
SaO ₂	99	96	92
Tělesná teplota [°C]	36,9	36,8	37,3

2.9 Přehled terapie

2.9.1 Farmakoterapie:

Dne 6. 3. 2006

- Kardegic inj. 0,5g i.v.
- Dexamed inj. 8mg i.v.
- Fentanyl inj. 100µg i.v.
- Apaurin inj. 10mg i.v.
- Torecan inj. 1ml i.v.
- Atropin inj. 0,5mg i.v.
- Fysiologický roztok 0,9% 250ml
- Streptase inj. 1,5mil. IU
- Heparin inj. i.v. 30000j/24hodin perfusorem
- Tensamin inj. i.v. 200mg /6 hodin perfusorem
- Oxygenoterapie maskou , event. kyslíkovými brýlemi 6 l/min zvlčeného O₂

Dne 7. 3. 2006

- Heparin inj. i.v. 30000/24hodin perfusorem
- Vasocardin tbl. 50mg p.o. 1/2 - 0 – 1/2
- Diazepam tbl. 10mg p.o. 1/2 – 1/2 – 1
- Godasal tbl. 100mg p.o. 0 – 1 – 0
- Zocor tbl. 20mg p.o. 0 – 0 - 1
- Glycerinový čípek – dle potřeby
- Hypnogen 1 tbl. na noc

Dne 8.3.2006

- Heparin inj. i.v. 30000/24hodin perfusorem
- Vasocardin tbl. 50mg p.o. 1/2 - 0 – 1/2
- Diazepam tbl. 10mg p.o. 1/2 – 1/2 – 1
- Godasal tbl. 100mg p.o. 0 – 1 – 0

- Zocor tbl.20mg p.o. 0 – 0 – 1
- Hypnogen 1 tbl. na noc

Dne 9. 3. 2006

- Heparin inj. i.v. 30000/24hodin perfusorem
- Vasocardin tbl. p.o. 50mg 1/2 - 0 – 1/2
- Diazepam tbl.10mg p.o. 1/2 – 1/2 – 1
- Godasal tbl. 100mg p.o.0 –1 –0
- Fentanyl inj.10mg i.v. v 10:30
- Torecan inj. 1ml i.v. p.p.
- Isoket spray 0,1% buc.

Přehled farmakoterapie:

Léky i.v.

- **Kardegic** 0,5g - Acidum acetylsalicylicum
antiagregans,antitrombotikum – VÚ: okultní nebo zjevná krvácení do GIT,
zvýšená krvácivost
- **Dexamed** 8mg – Dexamethasonum
hormon,glukokortikoid – vertigo, bolesti hlavy, potlačení imunitních reakcí
- **Fentanyl** 100µg - Fentanyli dihydrogenocitras
neuroleptanalgetikum – VÚ: možný útlum dechového centra
- **Apaurin** 10mg – Diazepamum
anxiolyticum, sedativum – VÚ: spavost, závratě
- **Torecan** 1ml – Thiethylperazinum
antiemetikum – VÚ: zažívací obtíže, závratě

- **Atropin** 0,5mg – Atropini sulfans
parasympatikolyticum - VÚ: sucho v ústech
- **Streptase** 1,5mil IU – Streptokinasum-antikoagulans
fibrinolyticum - VÚ: hypotenze, krvácivé stavy, alergie, reperfuční arytmie
- **Heparin** 5000j/lml – Heparinum natricum
antikoagulans - VÚ: krvácení z místních lézí, krvácení do dutin, slizniční a kožní krvácení
- **Tensamin** – Dopamini hydrochloridum
sympatomimetikum

Léky per os

- **Vasocardin** 50 mg tbl. – Metoprololi tartras
 β blokátor - VÚ: sucho v ústech, zažívací obtíže
- **Godasal** 100mg tbl.-Acidum acetylsalicylicum
antiagregans - VÚ: zažívací obtíže, krvácení do zažívacího traktu
- **Zocor** 20mg tbl. – Simvastatinum
hypolipidemikum - VÚ: možné trávicí obtíže
- **Isoket spray** buc. – Isosorbi didinitrans
vazodilatans - VÚ: možná hypotenze

Léky per rectum

- **Suppositorium glycerini** –
Laxantivum – VÚ: pálení a dráždění konečníku (3)

2.9.2 Pohybový režim, RHB

První den hospitalizace pacient dodržoval přísný klid na lůžku, který byl nutný vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. (Pro rychlou orientaci označujeme lůžko nemocného červenou páskou). Omezení pohybu mu vadilo při hygienické péči a vyprazdňování. Následující den se pacient cítil dobře, žádné subjektivní obtíže neudával. Oběhově byl stabilizován, proto bylo lékařem doporučeno zahájení časné rehabilitace (změna režimu označena páskou modrou). Pomalým tempem procvičoval malé svaly horních a dolních končetin. První den rehabilitace prováděl nemocný cvičení na lůžku, od druhé dne vsedě vedle lůžka. Délka cvičení se postupně zvyšovala z pěti na deset minut. Cvičení končetin doplňovalo volné rytmické dýchání. Cvičení nemocný toleroval dobře. Následující den rehabilitace neprováděna, došlo k zhoršení zdravotního stavu.

2.9.3 Dietoterapie

Lékař naordinoval pacientovi redukční dietu. Principem diety je snížit energetickou hodnotu stravy pod normál, kdy je obsah bílkovin zvýšený, cukry kryjí polovinu spotřebu a tuky jsou pouze na doplnění. Zpočátku panu P.N. omezený objem stravy nevadil, neměl chuť k jídlu. Doporučila jsem mu, aby omezil nebo zcela vyloučil pití sladkých nápojů. Úpravu stravy si nemocný pochvaloval, ale následující dny se mu porce stravy zdály být příliš malé. Snažila jsem se mu vysvětlit, že strava podávaná v malém množství, pravidelně a minimálně 5x denně, je základem pro snížení nadváhy.

2.10 Průběh hospitalizace

38letý muž byl v ranních hodinách přivezen na naše oddělení sanitním vozem záchranné služby pro kolaps, kterému předcházela šokující bolest na hrudníku. Dle EKG křivky byla lékařem RZP vyslovena diagnóza akutní infarkt myokardu spodní stěny.

Po nezbytném zajištění nemocného se lékař oddělení rozhoduje pro medikamentózní systémovou trombolytickou léčbu streptokinázou.

Pro počáteční oběhovou nestabilitu jsem podrobnou ošetřovatelskou anamnézu odebírala druhý den hospitalizace. V tu dobu byl již nemocný bez bolestí, oběhově stabilizovaný. Byla

zahájena aktivní rehabilitace. Po uvědomění si závažnosti zdravotního stavu, vystupovala u nemocného do popředí výrazná úzkost a obava z budoucnosti. Získané informace o nemoci, dietě, změně životního stylu a větší míra soběstačnosti vedly k částečnému zmírnění strachu a úzkosti.

Čtvrtý den náhle v klidu pacient pociťoval svíravou bolest na hrudníku s propagací do obou horních končetin. Z klinického obrazu a ze změn na EKG bylo zřejmé, že došlo k restenóze věnčité tepny a k rozvoji infarktu myokardu. Proto bylo ihned kontaktováno pracoviště urgentní kardiologie a po domluvě je nemocný za 45 minut přeložen leteckou záchrannou službou na toto pracoviště k provedení urgentní perkutánní transluminální koronární angioplastiky. Třetí den po výkonu se vrací na standardní interní oddělení naší nemocnice, odkud je posléze propuštěn do domácího léčení.

3. Ošetrovatelská část

Pan P.N. byl přijat 6. 3. 206 na interní jednotku intenzivní péče. Jedná se o jeho první pobyt v nemocnici. Během dne byl pacient somnolentní, proto jsem odebrala jen základní anamnézu v průběhu akutního ošetřování. Druhý den, po stabilizaci pacientova stavu, jsem záznam doplnila anamnézou podrobnou.

3.1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.

3.1.1 Somatické potřeby

Potřeba být bez bolesti

Pan P.N. během svého života vážněji nestonal. Před vánoce prodělal virové onemocnění, ale u lékaře nebyl. Naposledy ho navštívil asi před pěti lety. Občas užívá léky na bolesti hlavy, které si obstarává v lékárně za hotové. Nemoc přišla „jako blesk z čistého nebe“. Včera, při nákupu v supermarketu, ho bolest doslova „šokovala“. Bolest na hrudi byla prudká a svíravá. Udělalo se mu nevolno a více si už nepamatuje. Když nabyl vědomí, to již bylo v sanitním voze RLP, tak intenzita bolesti byla podstatně nižší. Nyní je pacient již bez bolestí. Ještě nic takového nezažil. Bolest zcela ustoupila po lécích, které dostal na oddělení. Nyní je zcela bez bolestí. Nepříjemně vnímá časté nafukování manžety.

Dýchání

Doma v klidu nemocný žádné potíže s dýcháním neměl. Tři roky kouří 5-10 cigaret denně. Dnes ho mrzí, že vůbec začal kouřit. Stalo se tak na popud obchodních partnerů, kteří kouřili na každém pracovním jednání. Rád by přestal, ale nemá pevnou vůli. V noci spí pouze s jedním malým polštářem. Při chůzi do schodů se mírně zadýchával. Tuto skutečnost přisuzoval své obezitě. Včera se mu dýchalo trochu hůře, frekvence dýchání při příjmu byla 30/minutu. Nyní se mu dýchá dobře, bez námahy, dýchání je čisté, bez vedlejších fenomenů. Barva kůže a

sliznic odpovídá známám dobrého okysličení tkání. Pacient zaujímá stále stejnou polohu, změnu nevyžaduje. Průběh a intenzita bolesti jsou graficky znázorněny v příloze mé práce.

Výživa a hydratace

Pan P.N. vnímá svoji nadváhu jako hendikep. Neustále má chuť k jídlu. Dietu žádnou nedodrží, jí nepravidelně, největší porce ve večerních hodinách, po návratu ze zaměstnání. Na popud manželky se snažil několikrát držet „zaručenou“ redukční dietu s výsledným „jojo“efektem. Chrup má trvalý, plný počet zubů.

Pacient váží 115kg, měří 175cm. BMI činí 39,9 – vysoké riziko.

Denní příjem tekutin činí asi 1,5-2l, převažují nealkoholické nápoje. V městě jsou lázně, kam si chodí s rodinou čepovat minerální pramen. Denně vypije 3-4 kávy. Nápoj, který mu vůbec nechutná, je mléko.

Na kůži a sliznicích známky dostatečné hydratace.

Vyprazdňování moče a stolice

Pan P.N. se díky obezitě zvýšeně potí. S močením problémy neměl a nemá. Myslí si, že množství moče odpovídá přibližně tomu, kolik vypil. V nemocnici se bez obtíží vyprazdňuje do močové láhve. Moč je čirá, bez makroskopických příměsí, specifická váha 1014.

Na stolici chodí nepravidelně. Velké obtíže s vyprazdňováním střeva má při změně prostředí. Hlavně na služební cesty a na dovolenou vozí glycerinové čípky, jinak by na stolici nešel. I doma někdy musí použít čípek, jindy pomůže ranní cigareta. Naposledy byl na stolici včera ráno. Břícho je měkké, nebolestivé.

Fyzická a psychická aktivita

Pacient je soukromý podnikatel v oblasti služeb. Mnoho času na aktivní odpočinek mu nezbyvá, je pracovní velmi vytížen. V zaměstnání tráví zhruba 12-14hodin denně. Ve volném čase se věnuje pasivnímu odpočinku. Jeho koníčkem je rekreační motocyklový sport. V mládí hrál závodně volejbal, na jednom turnaji se seznámil s manželkou. Sportovali pak společně, ale po narození prvního dítěte

s aktivním sportem skončili. Rád čte, zvláště pak cestopisné knihy. Brýle ani jiné kompenzační pomůcky nepotřebuje.

Nyní je částečně závislý na pomoci druhé osoby, musí dodržovat přísný klid na lůžku.

Spánek a odpočinek

Pacient má problémy s usínáním. „Má hlavu plnou starostí s firmou“. Za optimální považuje spát 7-8 hodin denně. Zpravidla spí 5 hodin denně, ne vždy se cítí po ránu odpočatý. Někdy musí užít lék na spaní. Má obavy, že v nemocnici bude jeho spánek ještě více narušen. Dnes v noci vnímal každý, byť sebemenší zvuk. Cítí se celý „rozlámaný“. Nemocniční prostředí na něj působí depresivně.

„Jen těžko si zvykám na nemocniční lůžko, když jsem vzhůru, myslím na všechno možné“.

Osobní hygienická péče

Pacient působí upraveným dojmem. Doma se pan P.N. sprchuje nejméně dvakrát denně. Každý den se holí elektrickým holicím strojkem. Hygienu dutiny ústní provádí ráno a večer. V nemocnici hygienickou péči a vyprazdňování provádí na lůžku a tudíž je částečně závislý na pomoci ošetřovatelského personálu. S kůží nemá žádné problémy. Používá běžné hygienické potřeby.

Sexuální potřeby

Pacient na toto téma hovoří naprosto přirozeně a bez jakýchkoliv zábran. Do loňského roku vedl spokojený sexuální život s manželkou. Poté někdy došlo k poruše erekce. Přisuzoval tyto obtíže psychickému stresu. Nyní má ale velké obavy, že vlivem trvale změněného zdravotního stavu se poruchy budou opakovat a že dojde ke snížení libida. Nebude tak moci plně uspokojit sexuálně náročnou manželku. Má strach, aby se tím vážně nenarušily partnerské vztahy.

3.1.2 Psychosociální potřeby

Potřeby bezpečí a jistot

Pacient bydlí v rodinném domě s manželkou a 2 dětmi. Manželka nepracuje, rodina je tedy plně ekonomicky závislá na jeho výdělku. Diagnózu chápe jako společenský hendikep, který pro něj může znamenat změnu společenského postavení. Možná změna životní úrovně v něm vyvolává úzkost.

„Už nikdy nebudu úplně zdravý, s tímto pocitem se budu muset smířit.“

Rodina a sociální zázemí

Pacient s láskou a úctou hovoří o své manželce. Váží si její nezastupitelné role ženy-matky a ženy-manželky. Jejich vztah byl doposud harmonický, bez vážnějších partnerských krizí. V klidném rodinném zázemí společně vychovávají své děti. Pan P.N. má obavy, aby onemocnění tyto vztahy nenarušilo.

Skutečně dobrých přátel nemá mnoho, ale o to více si cení jejich kvalitnějších vztahů. Strach má, jak budou reagovat na změnu zdravotního stavu jeho obchodní partneri.

Komunikace

Komunikace s druhými lidmi nedělá panu P.N. žádné obtíže. Dobré komunikační dovednosti jsou předpokladem jeho úspěšné práce. Dokáže hovořit bez zábran, jak o svých radostech, tak i starostech. Ve společnosti svých přátel se cítí velmi dobře.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient našel uplatnění svých teoretických i praktických znalostí ve svém podnikání. Organizačně si podnik vede velmi dobře. Plně se ve své práci realizuje. Tráví v práci spoustu času a je si vědom, že je to mnohdy na úkor rodiny a vlastního fyzického zdraví. V poslední době se cítí psychicky labilnější.

Potřeby duchovní

Životní prioritou pana P.N. je zdravá fungující rodina, kvalitní partnerský vztah, zdravé děti s dobrými studijními výsledky. Věří v dobře prosperující firmu, z čehož vyplývá i dobré finanční zajištění rodiny. Nemocný je ateista.

(1,2)

3.2 Ošetrovatelské diagnózy

Po zvážení všech dostupných informací jsem v akutní fázi seřadila diagnózy dle vlastního uvážení, od 7. 3. pak společně s pacientem.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

6. 3. 2006

- Akutní bolest z důvodu ischemie myokardu.
- Dušnost z důvodu nepoměru mezi dodávkou a spotřebou kyslíku.
- Snížení srdečního výdeje v důsledku poruchy kontraktility myokardu.
- Poruchy soběstačnosti z důvodu upoutání na lůžko.

7. 3. 2006

- Úzkost a strach z důvodu ohrožení života.
- Porucha vyprazdňování stolice – zácpa z důvodu omezení pohybu a ztráty soukromí.
- Neznalost stavu, léčebného režimu, možných komplikací.
- Potíže s usínáním v důsledku změny prostředí a narušené psychické rovnováhy.

8. 3. 2006

- Obavy ze změny partnerských vztahů v důsledku změny zdravotního stavu.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy.

6. 3. 2006

- Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferní kanyly.
- Riziko vzniku krvácivých projevů v souvislosti s fibrinolytickou a antikoagulační terapií.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.1	Akutní bolest z důvodu ischemie myokardu.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacient udává zmírnění či vymizení bolesti.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zhodnocení typu, intenzity a charakteru bolesti. Aplikace analgetik dle ordinace lékaře, sledování jejich vedlejších účinků, záznam do dokumentace, kontrola jejich účinku. ➤ Zajištění klidu pro nemocného. ➤ Podání dostatku informací o vzniku bolesti. ➤ Sledování verbálních a neverbálních projevů bolesti. <p>Po uložení nemocného na lůžko jsem po nezbytném zajištění FF aplikovala dle ordinace lékaře analgetika. Během 10 minut došlo k úlevě, bolesti zcela ustoupily, což bylo patrné i z výrazu obličeje. Žádné vedlejší účinky léků jsem nezaznamenala. Pacientovi jsem vysvětlila příčinu bolesti a nutnost hlásit i sebemenší bolest a to nejen na hrudi. Pacient byl během dne spavý, nedošlo již k žádným podstatným změnám FF. Ošetrovatelská diagnóza bolesti ustoupila do pozadí. Aktuální se opět stává 9.3.2006, kdy si pacient stěžuje na bolesti na hrudi. Bolest nebyla tak intenzivní jako při příjmu nemocného.</p>
Hodnocení	<p>6. 3. 2006 Bolesti ustoupily bezprostředně po aplikaci analgetik a sedativ. Také následující dva dny hospitalizace je pacient bez bolesti.</p> <p>9. 3. 2006 po aplikaci Fentanylu cítí mírnou úlevu, následně je indikován k akutní koronarografii.</p>

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.2	Dušnost z důvodu nepoměru mezi dodávkou a spotřebou kyslíku.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zlepšení plicní ventilace. ➤ Pacient udává odstranění nebo zmírnění dušnosti. ➤ Tepová a dechová frekvence v mezích normy.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uložení nemocného do mírné Fowlerovy polohy. ➤ Aplikace zvlhčeného kyslíku pomocí kyslíkových brýlí. ➤ Aplikace léků dle ordinace lékaře a sledování jejich vedlejších účinků, kontrola jejich účinků. ➤ Sledování fyziologických funkcí (TK, P, dech. frekvence, SaO₂ psychického stavu, barvy kůže). ➤ Sledování projevů progredující dušnosti (chropy, zpěněné sputum). <p>Po uložení pacienta do Fowlerovy polohy, jsme aplikovaly nosními brýlemi zvlhčený kyslík 6 l/ minutu. Pacient se cítil v této poloze dobře, nevyžadoval její změnu. Aplikaci kyslíku toleroval dobře. Nosní dírky jsme ošetřovaly ochranným krémem. Saturace O₂ se z původních 89% zvýšila a pohybovala se v rozmezí 94 – 96%. Na monitoru a při sledování nemocného nedošlo již k žádným výrazným změnám v dechové frekvenci ani v ostatních fyziologických funkcích. Dle ordinace lékaře byla ukončena aplikace Tensaminu. Barva kůže byla růžová.</p>
Hodnocení	Pacient se cítil dušný první a poslední den hospitalizace, vždy při vzniku stenokardií. Po aplikaci intravenózních léků dušnost ustoupila. Fyziologické funkce se pohybují v normě.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetřovatelská diagnóza č.3	Snížení srdečního výdeje v důsledku poruchy kontraktility myokardu.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stabilizace krevního oběhu.
Ošetřovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sledování fyziologických funkcí, záznam do dokumentace. ➤ Sledování příjmu a výdeje tekutin. ➤ Monitorování stenokardií, srdečních arytmii. ➤ Sledování laboratorních výsledků. ➤ Dodržování absolutního klidu. <p>Pravidelně jsem sledovala naměřené hodnoty fyziologických funkcí na centrálním monitoru nebo na monitoru u lůžka nemocného a prováděla záznam do dokumentace. Žádné poruchy rytmu jsem nezaznamenala. V určených intervalech jsem prováděla odběry krve, pacienta jsem předem informovala o jejich nutnosti. Odběry jsem prováděla s co největší opatrností, ve výběru končetiny jsem brala ohled na přání pacienta. O výsledcích jsem informovala ošetřujícího lékaře. Pan P.N. neměl pocit žízně, snažila jsem se mu nabízet různé druhy tekutin. Bilance tekutin byla vyrovnaná, otoky DK pacient nemá. Panu P.N. jsem vysvětlila, proč je nutné v prvních dnech dodržovat přísný klid na lůžku.</p>
Hodnocení	Druhý den hospitalizace došlo ke stabilizaci fyziologických funkcí. Pacient dodržoval přísný klid na lůžku, druhý den začal pozvolna s rehabilitačním programem. Čtvrtý den hospitalizace je nemocný oběhově nestabilní, přeložen do centra kardiologické intervence k provedení koronarografie.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetřovatelská diagnóza č.4	Poruchy soběstačnosti z důvodu upoutání na lůžko.
Cíl:	Pacient chápe omezení soběstačnosti, po zlepšení zdravotního stavu bude opět soběstačný.
Ošetřovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Úprava prostředí(vše na dosah ruky). ➤ Pomoc při zajišťování hygienické péče a vyprazdňování. ➤ Dodržování absolutního klidu. ➤ Po odeznění akutního stavu zahájení rehabilitace. <p>Pacientovi jsem umístila potřebné věci na odkládací stolek a ujistila ho, že pokud bude cokoli potřebovat, jsem mu vždy na blízku. Močovou láhev měl dobře přístupnou. Společně s ošetřovatelkou jsme prováděly hygienickou péči na lůžku. Intimitu a soukromí jsme zajistily mobilní zástěnou. Druhý den dle ordinace lékaře byla přizvána fyzioterapeutka, která začala s nemocným rehabilitovat. Hygienickou péči prováděl za naší asistence a pomoci.</p>
Hodnocení	Pacient pochopil nutnost dodržování přísného klidu na lůžku. Cítil se „nesvůj“ při hygienické péči. Bylo mu vysvětleno, že se jedná pouze o stav dočasný a postup standardní.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.5	Úzkost a strach z důvodu ohrožení života.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Snižit úzkost a odstranit strach ze smrti na zvládnutelnou míru.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zajištění klidného prostředí. ➤ Zjištění příčiny strachu. ➤ Sledování fyziologické odpovědi na strach a úzkost (tachykardie, palpitace). ➤ Podání dostatku informací pacientovi, psychická podpora. ➤ Sledování účinku podaných léků. ➤ Psychické povzbuzení pacienta a rodiny. <p>Pacienta jsem ubezpečila, že jsem mu vždy na blízku. Domluvili jsme si určitý způsob dorozumívání – stačí mírný pohyb volnou rukou. Na pacienta jsem mluvila tichým, klidným hlasem. Vysvětlila jsem mu funkci alarmů. Zvuková signalizace monitoru a ostatních přístrojů vyvolávala u nemocného pocity strachu. Pacient byl průběžně informován o zdravotním stavu lékařem. Všechny ošetrovatelské úkony byly předem panu P.N. vysvětleny. Před první návštěvou jsem rodinné příslušníky seznámila s nemocničním prostředím a poučila o vhodném přístupu k nemocnému.</p>
Hodnocení	Vzhledem k vývoji onemocnění a průběhu hospitalizace se úzkost a strach nepodařilo odstranit, pouze mírně snížit s pomocí sedativ.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.6	Porucha vyprazdňování stolice – zácpa z důvodu omezení pohybu a ztráty soukromí
Cíl:	Pacient se vyprazdní a dle možností bude mít dostatek soukromí.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Podpora pravidelné defekace. ➤ Zajištění dostatku tekutin a stravy obsahující vlákninu. ➤ Sledování příjmu a výdeje tekutin. ➤ Zajištění dostatečného soukromí (zástěny). ➤ Zajištění dostatečné hygieny po vyprázdnění. ➤ Aplikace laxantiv dle ordinace lékaře. ➤ Sledování frekvence stolice, její barvy, množství, a příměsí po celou dobu hospitalizace (zápis do dokumentace, informace lékaři) <p>Nemocnému jsem vysvětlila, že je nutná péče o vyprazdňování stolice. Informovala jsem ho o používání laxancií jen ve výjimečných situacích. Sledovala jsem bolesti a napětí břicha, plynatost a pravidelně zaznamenávala do dokumentace. 7.3. 2006 se večer pacient vyprázdnil na pojízdném WC vedle lůžka. Snažily jsme se mu zajistit co největší soukromí a po defekaci dostatečnou hygienu.</p>
Hodnocení	Poruchy s vyprazdňováním stolice trvaly již v minulosti . Přes maximální snahu se pacient vyprázdnil jen po aplikaci čípku.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.7	Neznalost stavu, léčebného režimu, možných komplikací.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacient má dostatek informací.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zjištění úrovně znalostí nemocného. ➤ Vysvětlení daného onemocnění. ➤ Vysvětlení důležitosti užívaných léků. ➤ Upozornit na možné vedlejší účinky léků. ➤ Zodpovězení dotazů týkajících se onemocnění. <p>Komunikace s nemocným probíhala bez zábran. Seznámila jsem nemocného s organizačním chodem na oddělení. O aktuálním zdravotním stavu byl denně informován lékařem. Ošetrovatelským personálem byl jednotně a trpělivě informován o plánovaných vyšetřeních a ošetrovatelských postupech. Vysvětlila jsem mu nutnost užívání trvalé medikace, seznámila s možnými vedlejšími účinky podávaných léků.</p>
Hodnocení	Pacient byl v dostatečné míře informován. Veškeré informace, které mu byly sděleny pochopil. Zpětnými dotazy bylo zřejmé, že nemocný rozumí obsahu podaných informací a chápe jejich vzájemné souvislosti.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.8	Potíže s usínáním v důsledku změny prostředí a narušené psychické rovnováhy.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nemocný chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku. ➤ Nemocný se bude cítit po probuzení odpočatý.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zjištění faktorů způsobujících poruchu spánku. ➤ Vytvoření vhodného prostředí pro spánek. ➤ Zmírnění rušivých vlivů prostředí. ➤ Podání hypnotik dle ordinace lékaře, kontrola jejich účinku. <p>Před spaním, po hygienické péči, jsem nemocnému upravila lůžko, krátce vyvětrala místnost, zajistila intimní osvětlení. První noc nemohl dlouho usnout, pak se mu to podařilo, ale spánek byl dle nemocného nekvalitní. Po domluvě s lékařem byl naordinován Hypnogen p.p. na noc. Pacientovi jsem vysvětlila ordinaci a účinek léku. Na přání pana P.N. byl lék podán kolem 22:00 hodin.</p>
Hodnocení	Užitím hypnotik se podařilo odstranit pouze poruchy usínání. Vlivem rušivých momentů, které vyplývají z provozu a stavebního uspořádání oddělení, nebyl spánek kontinuální. Přesto se následující den pan P.N. cítil mnohem lépe.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.9	Obavy ze změny partnerských vztahů v důsledku zdravotního stavu.
Cíl:	Snížit obavy pacienta na minimum.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dostatek znalostí souvisejících se změnami zdravotního stavu. ➤ Vytvoření klidné a otevřené atmosféry pro rozhovor. ➤ Nabídnutí možnosti individuální nebo partnerské návštěvy u psychoterapeuta. <p>Pacientovi jsem se snažila vysvětlit, že obavy ze sexuálního selhání jsou v jeho případě bezpředmětné. Pokud bude dodržovat veškerá doporučení lékaře, může vést i po tak závažném onemocnění plnohodnotný sexuální život. Pro ilustraci jsem mu uvedla, že fyzická zátěž při pohlavním styku odpovídá klidné chůzi do 3. patra, čili běžné denní činnosti. Výstup po schodech je součástí hospitalizační rehabilitace. Někdy je nutné poučení manželky, protože ta může mít výrazný brzdící vliv, strach, který přenáší i na partnera. Obavy a strach mají na sexualitu negativní vliv a mohou se zpětně podílet na vzniku kardiálních obtíží. Pokud by obavy přetrvávaly, byla mu nabídnuta návštěva psychoterapeuta.</p>
Hodnocení	Pacientovi se po rozhovoru ulevilo, byl rád, že se o svých obavách dokázal podělit a že se mu dostalo takových informací. Měl dojem, že celou situaci se mu společně s manželkou podaří zvládnout. Nabídky psychoterapeuta – sexuologa si velmi vážil.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.10	Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferní kanyly.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aseptické zajištění žilního vstupu.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zavedení periferní kanyly aseptickým způsobem. ➤ Správná fixace. ➤ Vysvětlení funkce kanyly. ➤ Dodržení ošetrovatelského standardu pro aplikaci intravenózní kanyly. ➤ V případě zarudnutí, bolestivosti nebo paravenózního úniku kanylu přepíchnout a adekvátně ošetřit místo vpichu po předešlé kanyle. <p>Pacient měl zavedenou periferní kanylu z RLP. Po psychické a fyzické přípravě jsem u nemocného zajistila druhý žilní vstup na aplikaci Streptokinázy. Úkon jsem prováděla přísně asepticky, flexilu řádně fixovala transparentním krytím. Provedla jsem zápis do dokumentace. Výměnu periferní kanyly jsem prováděla dle ošetrovatelského standardu.</p>
Hodnocení	Po celou dobu hospitalizace bylo místo vpichu bez známek infekce. Mimořádná výměna kanyly nebyla nutná.

Datum:	Jméno a příjmení:
Ošetrovatelská diagnóza č.11	Riziko vzniku krvácivých projevů v souvislosti s fibrinolytickou a antikoagulační terapií.
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacient zná rizika antikoagulační terapie.
Ošetrovatelská intervence a realizace	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poučení nemocného o možném riziku krvácení při léčbě antikoagulancii. ➤ Pravidelné kontroly laboratorních hodnot. ➤ Sledování barvy moče, stolice(zápis do dokumentace). <p>Pacientovi jsem vysvětlila možné riziko krvácení po léčbě Streptokinázou a při podávání antikoagulancii. Na obou horních končetinách měl drobné hematomy po krevních odběrech. Dle ordinace lékaře se prováděly odběry krve na hemokoagulaci. Makroskopicky byly moč a stolice bez příměsí krve.</p>
Hodnocení	Pacient byl dostatečně informován o možném riziku krvácivých projevů při terapii fibrinolytiky a antikoagulancii. Po celou dobu hospitalizace se krvácivé projevy nevyskytly, kromě drobných hematomů na obou horních končetinách.

3.3 Závěr a prognóza

Ke zpracování bakalářské práce jsem si vybrala pacienta s diagnózou akutní infarkt myokardu. Průběh onemocnění byl komplikovaný. Pacient byl 4. den hospitalizace převezen leteckou záchranou službou na pracoviště intervenční kardiologie. Během čtyř dnů se mi podařilo získat nemocného ke spolupráci a vzbudit u něho důvěru k ošetřujícímu personálu. Snažila jsem se nemocnému vysvětlit podstatu onemocnění, zmírnit jeho obavy ze selhání v partnerském životě. Vysvětlila jsem mu důležitost pravidelného užívání léků a seznámila jsem ho s opatřeními, která by měl po prodělaném infarktu myokardu dodržovat.

Na průběhu a výsledku onemocnění má nezastupitelný podíl dobře fungující systém intervenční kardiologie a efektivní koordinace přednemocniční a nemocniční lékařské a ošetrovatelské péče.

Pro klidný a spokojený život po infarktu myokardu je pro pana P.N. důležité respektování zásad sekundární prevence a léčebných postupů. To vše je možné pouze ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Významná je pro nemocného podpora rodiny i blízkého okolí.

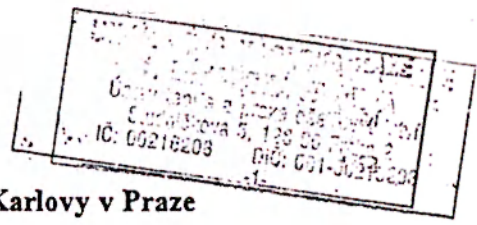
Prvořadým úkolem pana P.N. bude v nejbližší budoucnosti přestat kouřit a postupně snížit svoji hmotnost.

*Život je karetní hra,
v níž srdce je
nejvyšším trumfem.*

4. Použité zdroje a literatura

1. Pozorování nemocného
2. Rozhovor
3. Dokumentace a informace ostatního zdravotnického personálu
4. SOVOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-1009-9.
5. DOENGE, E.M.; MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: GRADA 1996. ISBN 80-7169-294-8.
6. HAMPTON, R.J. *EKG stručně, jasně, přehledně*. Praha: Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-0960-0.
7. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ 1999. 57-863-99
8. VAŠÁTKOVÁ, I. A kolektiv. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. Brno: IDV PZ 2001. 57-854-01
9. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. 2001. ISBN 80-7262-101-7.
10. ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-290-0.
11. ŠIMON, J. a spolupracovníci. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. Praha: Grada Publishing 2001. ISBN 80-247-0085-9.
12. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova 1996. ISBN 80-7184-243-5

Přílohy



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

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... *PN*

Oslovení..... *paní* Pojišťovna..... *111*
 Rodné číslo (nevyplňuj)..... Povolání..... *matka, učitelka*
 Věk..... *78 let* Vzdělání..... *střední škola*
 Vyznání..... *katolík* Národnost..... *česka*
 Adresa: *Klasova 118* Telefon:
 Osoba, kterou lze kontaktovat..... *manžel M.N., bytovo d.č.*

Datum přijetí:..... *6. 3. 2006*
 Hlavní důvod přijetí:..... *akutní infarkt myokardu nesp. kolaps, bledá ka kůže*

Lékařská diagnóza:
 1..... *akutní infarkt myokardu STEMI*
 2.....
 3.....
 4.....

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... *informován lékařem*

Osobní anamnéza:..... *není, žádné předchozí onemocnění*

Rodinná anamnéza..... *diabetes, hypertenze, srdeční onemocnění*

Vyšetření..... *RTG hrudníku v 2 projekcích*

Terapie..... *aspirin, nitroglycerin, morfium*
 *aspirin i.v.*
 *morfium i.v.*
 *nitroglycerin i.v.*

Nemocný má u sebe tyto léky..... *nitroglycerin*

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

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

nikotinismus	ne	<input checked="" type="radio"/> ano	pokud ano, kolik denně... 3 roky, 5-10 dechů
alkoholismus	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	
drogy	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano, které.....
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano, které.....
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano, na co.....
dekubity (změř)			
pneumonie (změř)			

Důležité informace o stavu nemocného: *pacient přijat na I. ORL v Křivčanech, s diagnózou: hypertenze, srdeční selhání, kardiomyopatie, ateroskleróza, koronární onemocnění, kardiopulmonální onemocnění, 2. 7. 2006, pro stabilizaci*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

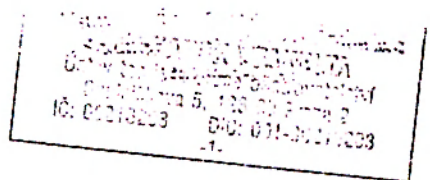
1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *byl jsem v nemocnici kvůli srdečnímu selhání*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *stres, špatný vzduch, špatná strava*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *ano, změnil jsem způsob života, jím méně, více odpočívám*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *chtěl bych být v nemocnici, aby mi dali léky, které budu potřebovat*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *stojím si, ale je to trochu nepříjemné*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *asi 10 dní, pokud se nezlepší*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *ano*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte: *chci vědět více o léčbě, protože jsem si toho moc nevšiml*

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

Komunikace:

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



Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
ano *ne*
- pokud ano, upřesněte..... *vytráven*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
ano *ne*
- pokud ano, upřesněte..... *bolesti, nepříjemná bolest*
 jak dlouho ? *na hrudi*
- Na čem je vaše bolest závislá ?..... *na dnu*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ?..... *salicyly, nurofeny, svíčky*
- Kde pociťujete bolest?..... *na hrudi*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?..... *analgetika, nurofeny, svíčky*

Objektivní hodnocení sestry: *číslo, počet, rozsah pohodlení*
 Pocit/pohodlí (lůžko, teplo) *nejedná se o bolest, ale o nepohodlí*
 Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změňte): *ale až u páteří, na hrudi, a o hrudi, nyní bez bolesti*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
ano *ne*
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
ano *ne* *musíte se, věnovat dýchání, lázeň*
- 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 ?..... *3 roky, 1-10 cigaret denně*

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*
pacient bez dušnosti, kašle, rýmy, nemá, na výdechu před tím neměl potíže s dýcháním

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?
ne *ne*
- Potřebujete pomoc při mytí ?
ano *ne*
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?
ano *ne*

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

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*

*nut - ní zny, di id na lóžku, 7 12 tis kačny, čokre w
 áka ot zny, hygiene u zny, kú, upravený*

4. Kůže

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

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

*Poslední rok má rýdové otřesí stáří,
 v ruce má 1 gýčve a v ústě na čelce
 u ruce pít.*

5. Strava / dutina ústní

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

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu
- přiměřenou
 - vyšší (o kolik?) *o 15 kg*
 - nižší (o kolik?)

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- ano ne
 - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul... přibral *1 kg a více*

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- ano ne
 - Co obvykle jíte? *speciální*
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 pokud ano, co a proč? *kurci, kava, - jíst dýň*
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 pokud ano, upřesněte *kevní*
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
 pokud ano, upřesněte.....
 Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?
 ano ne
 pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *neumím*

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

*parenterální, BMI 19,9 - nízká, vysoká riziko
 pro výživu, dieta, enterální, parenterální
 trávění, čas o krevní potrubí
 zrychlí metabolismus, až krevní jistě, dýchá*

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil (nezměnil)
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy
(kávu) čaj, nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ?..... mléko
- Kolik tekutin denně vypijete ?..... 1,2-1,6
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

*Příjem tekutin dostatečný, projev dehydratace
nebyl zjištěn (slabší dehydratace), Průjem škváry*

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ?
- Máte obvykle normální stolici
(zácpu)
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ?
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? (ano) ne
pokud ano, co to je ?..... rozměkčovač
- Berete si projímadlo ? nikdy
(příležitostně)
často
pravidelně

- Máte nyní problémy se stolicí ? (ano) ne
pokud ano, jak by se daly řešit ?..... rozměkčovač, snížit dávku
na 100g

Objektivní hodnocení sestry:

*Problém zácpy, užívá rozměkčovač, snížit dávku
na 100g, průjem škváry, průjem škváry*

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
ano (ne)
- pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
rozměkčovač, snížit dávku na 100g
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
- pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

*Problém s močením před příchodem do nemocnice
nebyl zjištěn, průjem škváry*

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *7-8 hod*
- Máte doma potíže se spánkem (ano) ne
pokud ano, upřesněte *spánek usínání*
- Kolik hodin obvykle spíte?
- Usínáte obvykle těžko? (ano) ne
- Budíte se příliš brzy? ano (ne)
pokud ano, upřesněte
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *spánek*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *ne*
- Berete doma léky na spánek? (ano) ne
pokud ano, které *anticholinergika*
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*Charakteristika onemocnění a průběhu onemocnění
příznaky onemocnění, poruchy spánku
spánek od brzkého rána do pozdního odpolední
část dne*

13. Sexualita

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

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
pokud ano, upřesněte *našim vztahem změnami*
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 (ano) ne
pokud ano, upřesněte *nechtěl bych se změnit
mám uspokojit našim vztahem
nechtěl bych se změnit*

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

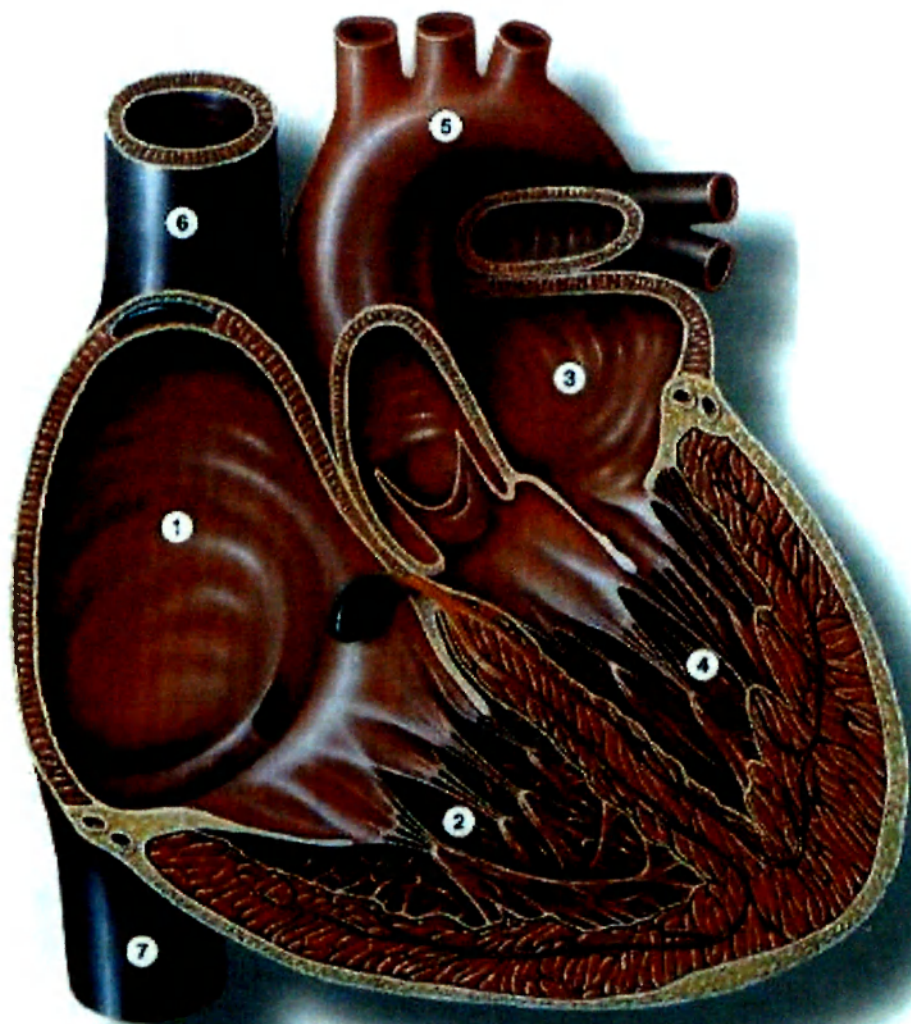
- | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|---------|
| - emocionalita | stabilní | /spíše stabilní | labilní |
| - autoregulace | /dobře se ovládá | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | /přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | | | |
| |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

Plán ošetrovateľskej péče

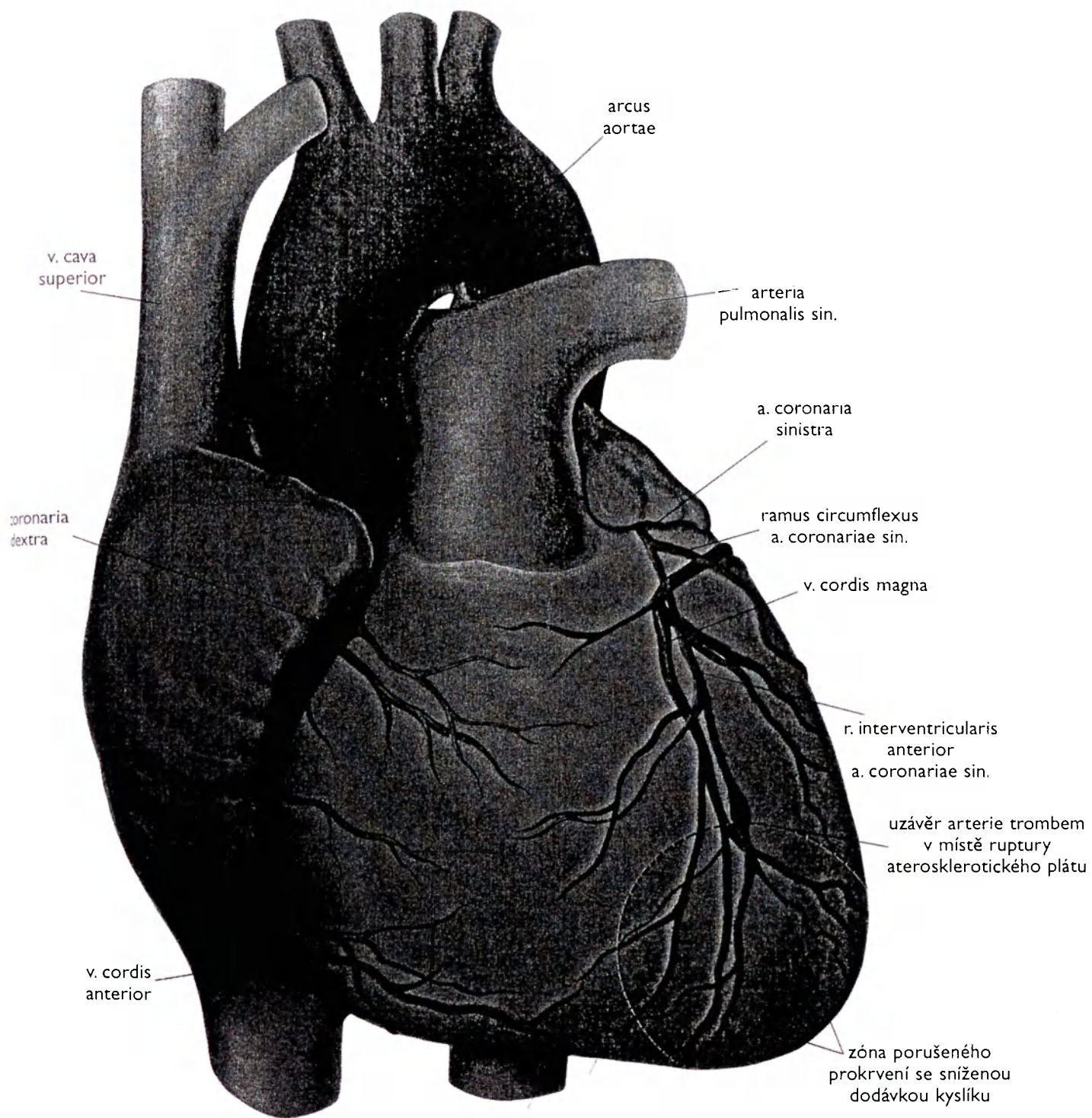
Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
① Akutní bolest z důvodu ischemie myokardu	- snížit úroveň bolesti	- sledovat typ bolesti; intenzitu a charakter bolesti - aplikovat analgetika dle vřed. lékař. předpisu - kardiola účinná analgetika - sledovat vit. a vst. a příjem bolesti	bolus propofol analgetik & bolus & bolus & bolus na bradi → pro farmakologický účinek	6.3. 6.6 7.3. 8.3. 9.3.	Urdin Mosek Urdin Urdin
② Dýchací z důvodu respirační musculatury a hypoxie	- zlepšit pískání - odstranit sekret - T. D. funkce v nosohltanu	- sledovat respirační parametry - aplikovat le. prostředky - aplikovat léky dle vřed. předpisu - kardiola účinná léky - sledování TF	pacient se dýchá lékař. předpisem lékař. předpisem lékař. předpisem	6.3. 7.3.	Urdin Urdin
③ Trávicí na výživu a kvalitu trávení	- stabilizovat oběh	- sledovat PTV; - sledovat stav - sledovat labor. výsledky - sledovat absolut. tlak	PTV stabilizován TF laborat. výsledky laborat. výsledky 9.3. PTV nestab.	7.3. 8.3. 9.3.	Urdin Urdin
④ Průjem s důvodem a na bradi	- pacient bude bez průjmu a bolesti na bradi	- dle předpisu - léky dle předpisu - kardiola účinná analgetika	pacient bez průjmu lékař. předpisem lékař. předpisem	6.3. 7.3. 8.3. 9.3.	Urdin Mosek Urdin
⑤ Úzkost a obava	- snížit úroveň úzkosti a obavy - sledovat stav - sledovat stav	- klid - řízení - sledování vit. a vst. a příjem bolesti	pacient bez úzkosti lékař. předpisem lékař. předpisem lékař. předpisem	6.3. 7.3. 8.3. 9.3.	Urdin Urdin Urdin

Plán ošetrovateľskej péče

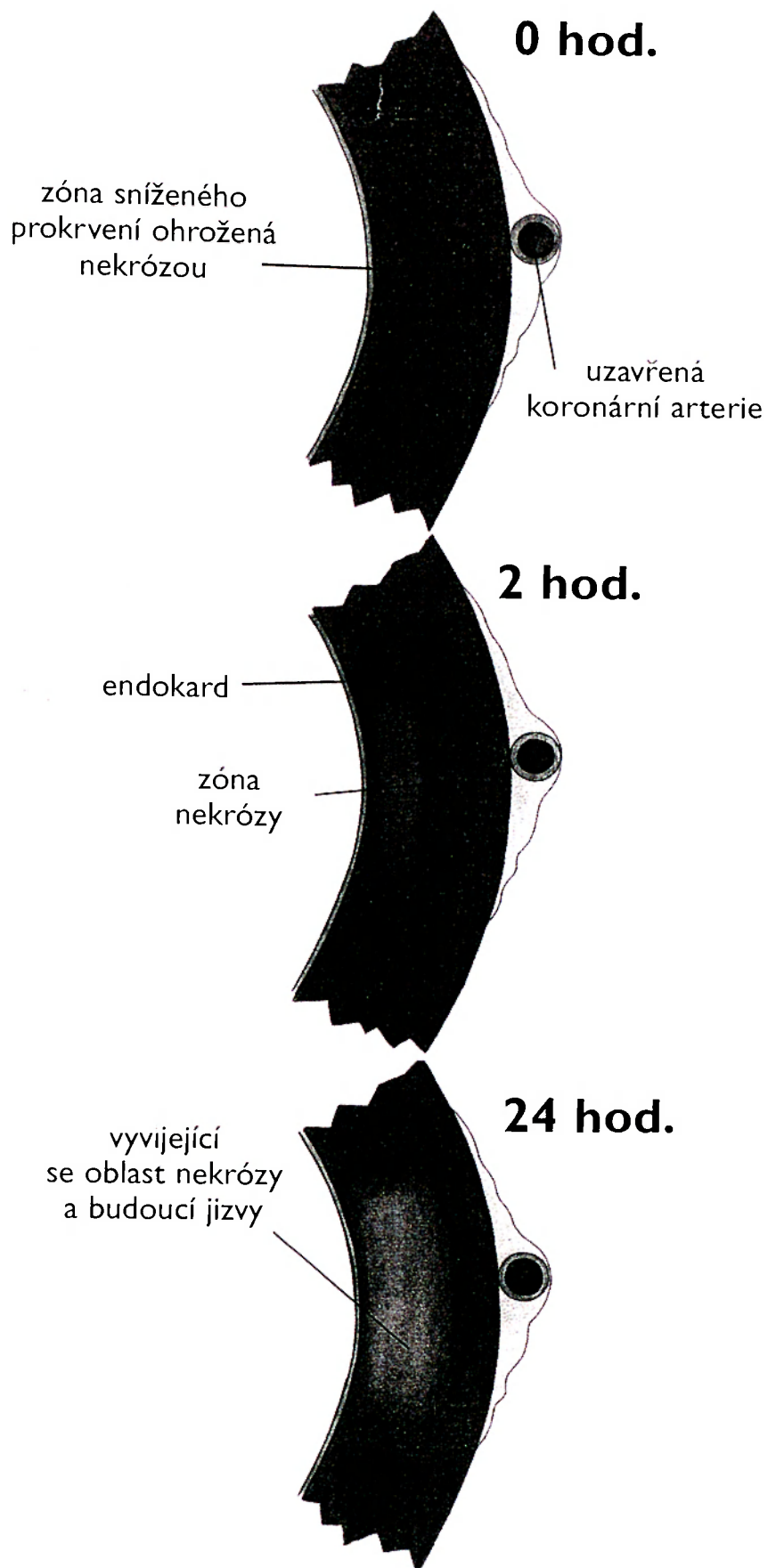
Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sestry zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
<p>100. Informační riziko vzrostla inf. v oblasti ranní perf. krevný</p> <p>Informační riziko vzrostla hladina cukru v krvi s příznaky a cukrovkou 2. typu.</p>	<p>- poskytnutí ránoškol včasně odpočívání</p> <p>- ranní výkon inf.</p> <p>- pacientova rizika a kardiologické st.</p>	<p>- ranní perf. krevný asyst. zpoždění</p> <p>- správa pacienta</p> <p>- domácí med. procedury krevný</p> <p>- pravidelné ošetření vzrostla hladina cukru v krvi</p> <p>- pravidelné krevní testy</p> <p>- sled. krev. cukr, st. cukru sledování vzhledu</p>	<p>realizace inf. & realizace inf. & dův. posílání</p>	<p>7. 3.</p> <p>8. 3.</p>	<p>Chvala</p> <p>Chvala</p>
			<p>realizace inf. & realizace inf. &</p> <p>aktivace inf.</p> <p>kontrola hladiny cukru</p>	<p>9. 3.</p> <p>6. 3.</p> <p>7. 3.</p> <p>8. 3.</p> <p>9. 3.</p>	<p>Chvala</p> <p>Chvala</p> <p>Chvala</p> <p>Chvala</p>



© FORNAX

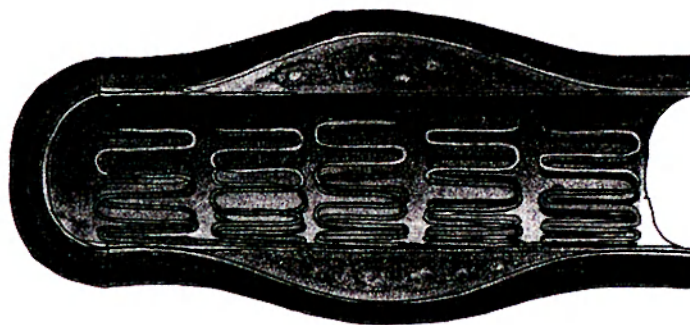


ŘEZ STĚNOU MYOKARDU V OBLASTI SRDEČNÍHO INFARKTU



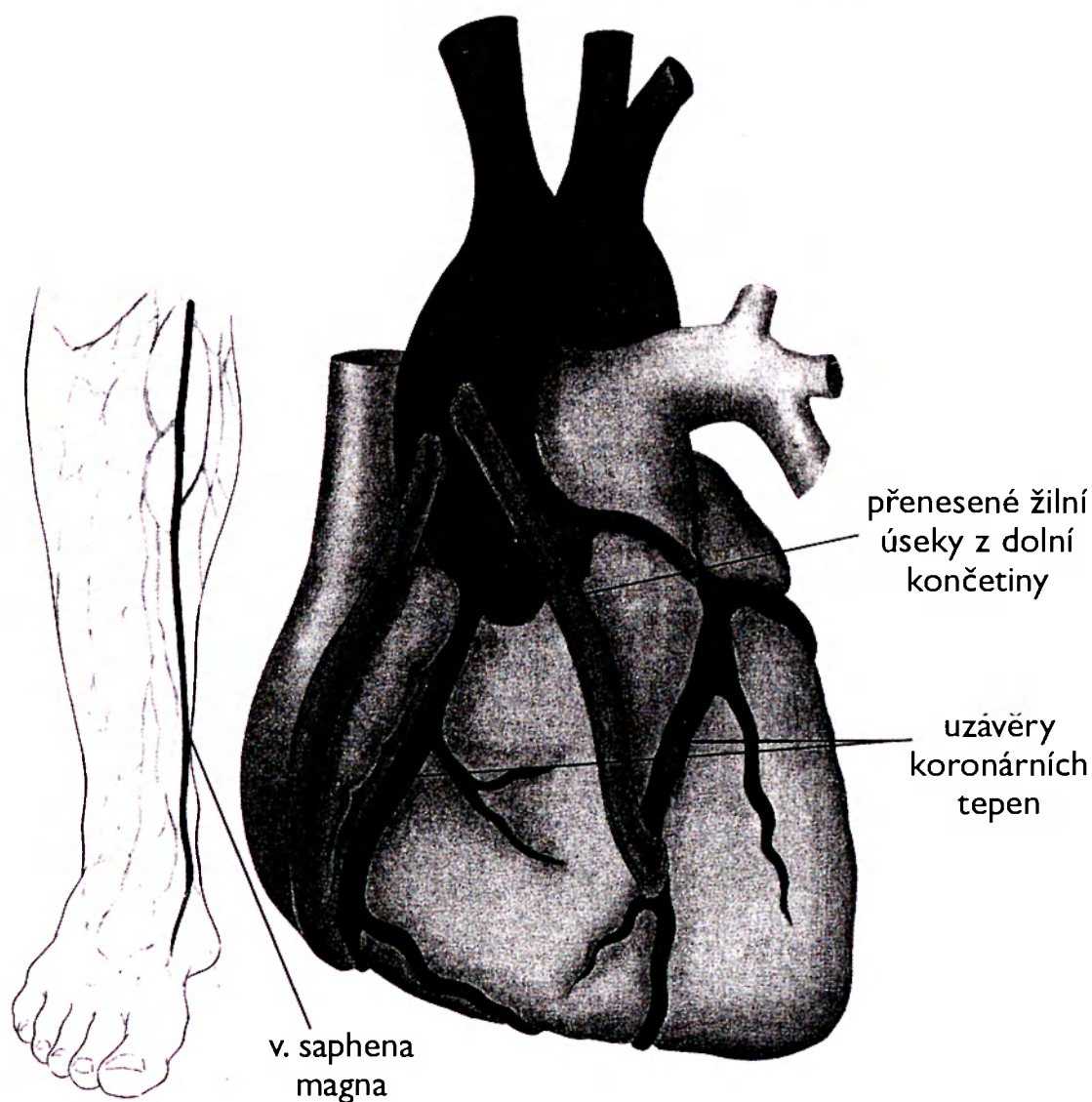
PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastika) - principem je disrupce ateromatózního plátu balónkovou dilatací - pod RTG kontrolou je zaveden dilatační katétr s balónkem, který se dilatuje pod určitým tlakem a po určitou dobu, efekt se ověřuje opakovanými nástřiky kontrastní látky a event. se výkon opakuje. PTCA je z pohledu současných znalostí a na základě výsledků intervenčních studií ve většině případů metodou volby (nutné se řídit podle Guidelines České kardiologické společnosti).

IMPLANTACE KORONÁRNÍHO STENTU

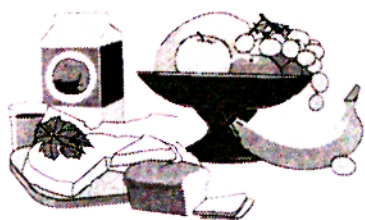


Stentu („kovová výztuž“ ze speciálního materiálu) se používá jako prostředku k řešení komplikací PTCA (disekce apod.) a rovněž ke snížení frekvence restenózy koronární tepny.

AORTOKORONÁRNÍ BYPASS



Chirurgický způsob revaskularizace ischemického myokardu při nálezu tzv. MVD (multi vessel disease), který nelze řešit pomocí PTCA. Tento výkon se provádí většinou v tzv. mimotělním oběhu. K přemostění kritického uzávěru se používají buď žilní štěpy získané na dolní končetině, nebo arteriální štěp získaný z a. mammaria int. nebo a. radialis. Ve vybraných případech lze operaci provést metodikou minimální invazivní chirurgie bez použití mimotělního oběhu.



DIETA

č. 8 - redukční pro nemocné obezitou

Obezita je choroba, kde dochází k ukládání tuků v těle. Důsledkem toho je zvýšená hmotnost, která vyvolává řadu komplikací. Obézní lidé trpí častěji cukrovkou, dnou, žlučovými kaménky, změnami na kloubech, vznikají krevní varixy. Mnoho obézních trpí vysokým krevním tlakem, dušností a jde nakonec i o estetickou záležitost.

Při léčení obezity je nutno dodržovat tyto zásady:

- upravit životosprávu (dieta)
- pomocné způsoby (cvičení, plavání, chůze, celkový pohyb)
- ordinace léků lékařem (léky omezující chuť k jídlu)
- léčení obezity má probíhat pod dohledem lékaře!

Principem diety je snížit energetickou hodnotu stravy pod normál, kdy je obsah bílkovin zvýšený, glycidy kryjí polovinu spotřeby a tuky jsou pouze na doplnění.

Bílkoviny používáme jako stavební látku stravy. Jsou původu rostlinného i živočišného. Mezi rostlinné bílkoviny patří brambory, zelenina, luštěniny. Živočišné bílkoviny jsou ryby, vejce, maso, mléčné výrobky.

Glycidy - (cukry), při přípravě jídel vylučujeme úplně koncentrované cukry a potraviny, které cukr obsahují jako med, džem, bonbóny, čokoláda, moučníky, limonády, sirup. Nevhodné jsou i některé druhy ovoce jako banány, meruňky, hrušky, hroznové víno, sušené a kandované ovoce, kompoty s cukrem. Nevhodné je i plnotučné mléko.

Tuky jsou rozděleny také na rostlinné a živočišné. Mezi rostlinné tuky patří rostlinné oleje, rostlinné tuky (Hera, Rama). Živočišné jsou máslo, sádlo, lůj, tučné maso. Při obezitě se musíme vyvarovat potravin bohatých na tuky. Není tedy vhodné tučné maso a uzeniny, kachna, husa, sádlo. Jídla připravujeme na rostlinných tucích, sojových a slunečnicových olejích.



Příprava stravy:

K přípravě stravy používáme málo tuku, nejvhodnější je vaření, dušení, pečení, grilování. Úplně vylučujeme smažení.

Výběr potravin:

OVOCE A ZELENINA: denní dávku podstatně zvyšujeme, využíváme ji k doplnění jídelního lístku během celého dne. Zejména u zeleniny lze použít všechny druhy bez omezení.

NÁPOJE.: podáváme v optimálním množství, nepijeme sladké nápoje, nejvhodnější je voda, sodovka, matonka, přírodní šťávy, bylinkové čaje. Káva není přímo zakázaná, ale jelikož obsahuje kofein, nelze ji doporučit. Alkohol nedoporučujeme.

OMÁČKY: do jídelníčku je zařazujeme, nejsou vhodné smetanové omáčky a omáčky se slaninou. Zahušťujeme jen mírně. Doporučujeme omáčky se zeleninou.

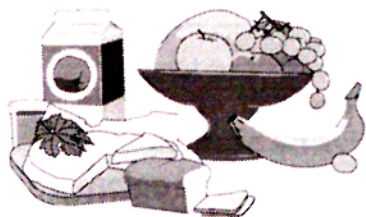
PŘÍLOHY: nejvhodnější jsou brambory, popř. za syrova 5dkg rýže nebo těstovin. Knedlíky nezařazujeme vůbec.

KOŘENÍ: není omezeno, ale pamatujme, že podporuje chuť k jídlu.

PEČIVO: používáme pouze chléb, nejlépe černý.

**DIETNÍ SESTRY
NsP KADAŇ**





DIETA

PRO PACIENTY S VYSOKÝM OBSAHEM CHOLESTEROLU V KRVÍ

Tato dieta se podstatně liší od normální stravy a to ve všech základních bodech.

V první řadě se liší výběrem potravin vzhledem k obsahu tuků a cholesterolu, dále se liší množstvím použitých potravin pro redukci váhy pacienta a také technologickým postupem úpravy pokrmů.

Je nutné si uvědomit, že jde o dietu, kterou je třeba podávat dlouhodobě, tudíž je nutné zajistit pestrý jídelní lístek tak, aby obsahoval všechny základní živiny, vitamíny a minerální látky. Povolené množství cholesterolu ve stravě je 300 mg. na den.

TECHNOLOGICKÝ POSTUP PŘÍPRAVY STRAVY

Používáme vaření, dušení, opékání nasucho, pečení bez tuku, grilování na tuku. Hotovou stravu lze pokapat olejem. Je vhodné používat teflonové nádobí, lze využít alobal. Zahušťujeme nasucho opraženou moukou nebo zálivkou. Lze použít netučný vývar z kostí, zeleninový vývar nebo netučné mléko. Nikdy nepoužíváme smažení!

VÝBĚR POTRAVIN

TUKY - rostlinné oleje (slunečnicový, sojový, kukuřičný), k mazání na pečivo, na pomazánky používáme tuky typu Rama.

MLÉČNÉ VÝROBKY - netučné mléko sladké i kyselé, kefír, netučný tvaroh, bílý jogurt, 30% tavené sýry, dezertní sýry, olomoucké i žervé, občas eidam.



VEJCE - žloutky zcela vylučujeme, používáme bílky

ZELENINA - všechny druhy v neomezeném množství, brambory, všechny druhy luštěnin.

OVOCE - v syrovém stavu zařazujeme všechny druhy, kompoty používáme diabetické nebo připravené doma, ale bez cukru, pouze s umělými sladidly.

MASO - kuřata, krůta, filé, kapr, štika, srnčí, králík, telecí, hovězí a vepřové maso 2x - 3x týdně, vhodné je také sojové maso.

CUKR - všechny potraviny, které cukr obsahují nepodáváme, nezařazujeme ani sladká bezmasá jídla.

NÁPOJE - čaj, neslazené minerální vody, sodovky, zrnková káva, bylinkové čaje.

KOŘENÍ - lze zařazovat všechny druhy bez omezení.

ZAKÁZANO!

Kachna, husa, slepice, kaviár, tučná masa a uzeniny, masové konzervy, vnitřnosti, všechny tučné sýry, plnotučné mléko, smetana, šlehačka, tučný tvaroh, vaječné žloutky, máslo, sádlo, lůj, stolní olej, sušené ovoce, burské oříšky, mandle, kokosová moučka, sladké tučné pečivo, cukrářské výrobky, čokoláda, bonbony, med, džem, alkohol.

**DIETNÍ SESTRY
NsP KADAŇ**



Pyramida zdravé výživy (2)

Pyramida výživy vyjadřuje názorným způsobem, jak by měla být složena naše strava, abychom co nejlépe dodrželi zásady zdravé, racionální výživy. V jejích jednotlivých "patrech" jsou různé druhy potravin uspořádány podle množství, které by měla strava obsahovat. Nejvíce bychom měli konzumovat potraviny z dolních "pater" (1 - 4), nejméně naopak z jejího vrcholu (7, 8):



1: OBILNINY, CELOZRNNÉ VÝROBKY, PEČIVO, TĚSTOVINY

2: RÝŽE, LUŠTĚNINY, OŘECHY

3: ZELENINA

4: OVOCE

5: MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY

6: MASO, DRŮBEŽ, RYBY, MASNÉ VÝROBKY, VEJCE

7: SLADKOSTI, CUKR, SŮL

8: ŽIVOČIŠNÉ TUKY, ALKOHOL

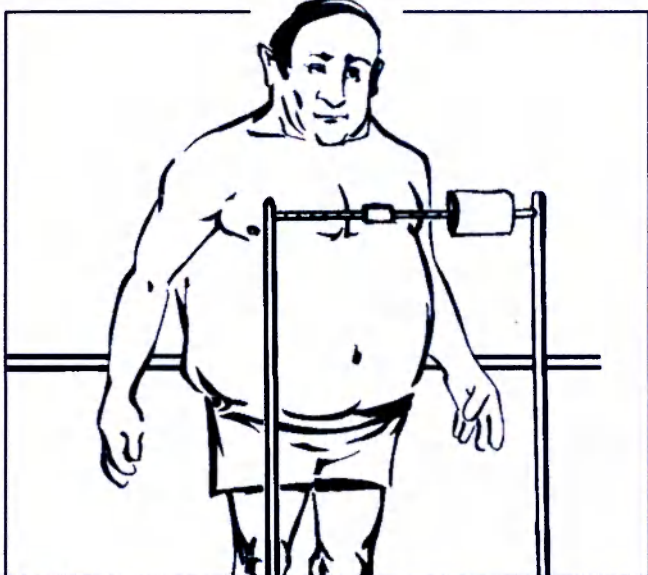
Hubnutí: uskutečnitelný sen

Pokles tělesné hmotnosti, jemuž se zde budeme věnovat, je cíleným snížením nadměrných zásob tělesného tuku. U mnoha lidí přibývá tělesného tuku v průběhu dospělosti a ten se ukládá hlavně ve střední části těla. Toto hromadění tuku je tak časté, že je dokonce považováno za samozřejmý důsledek stárnutí. Ale není.

V tomto dokumentu jsou probírána jednotlivá pro a proti hubnutí. Pokud Vás oslovila tato výzva, můžete v dokumentu číslo 2 této řady najít určité návody týkající se výživy a také několik rad ohledně tělesných cvičení v dokumentu číslo 12 (oba je možné najít také na internetové adrese www.desg.org).

PROČ HUBNOUT?

1. Nadměrná hmotnost – dokonce i jen několik málo kilogramů, obzvláště jsou-li uloženy v břišní oblasti – zvyšuje riziko rozvinutí takových onemocnění, jakými jsou diabetes mellitus 2. typu, vysoký krevní tlak a vysoká hladina cholesterolu. Štíhlá linie a tělesná zdatnost mohou rozvoji těchto nemocí zabránit.
2. Pokud člověk trpí onemocněním diabetes mellitus 2. typu, vysokým krevním tlakem, vysokou hladinou cholesterolu či jakoukoli kombinací těchto tří chorob, je nejlepší možnou léčbou redukce hmotnosti. Opravdu je to až tak účinné – a to samo o sobě nebo v kombinaci s každodenním cvičením – že užívání léků nemusí být nutností.



3. Nadváha je sama o sobě rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních onemocnění. To znamená, že i při absenci diabetu, hypertenze či vysokých hladin

cholesterolu anebo pokud jsou tato onemocnění úspěšně léčena, může redukce tělesné hmotnosti prodloužit délku života.

4. Nadváha přináší neustálý tlak na některé klouby, jmenovitě na kotníky, kolenní a kyčelní klouby a na bederní část páteře. Tyto klouby se mohou následně časem opotřebovat, působit člověku bolest a může být omezena jejich pohyblivost. Pokles hmotnosti přináší stejný pocit úlevy, jaký poznáte, když si sundáte těžký náklad ze zad.
5. Velké břicho ztěžuje dýchání. Toto je mimo jiné důvodem, proč cvičení bývá nepříjemné. Kromě toho může někdy být obtížné dýchání nebezpečné při spánku, může zvýšit Vaši vnímavost vůči infekcím dýchacího ústrojí a při delším průběhu i k bronchitidě a jiným dýchacím obtížím.



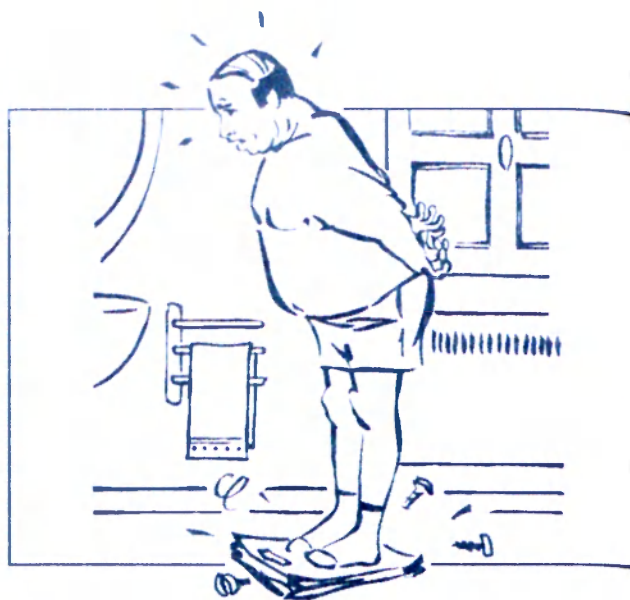
6. Pokud je Vaše představa o ideální kondici – z jakéhokoliv důvodu – založena na tom, že si přejete být štíhlý a fit, může být nadměrná hmotnost možnou příčinou frustrací, pocitem neschopnosti nebo viny, beznaděje nebo dokonce i depresí. Schopnost znovu získat a udržet si dobrou kondici může být zdrojem psychologického zdraví.

PROČ NEHUBNOUT?

1. Někteří lidé netrpí diabetem, vysokým krevním tlakem ani vysokými hladinami cholesterolu a ani u nich v rodině se žádný z těchto stavů či kardiovaskulárních problémů (infarkt myokardu či mozková příhoda) nikdy neobjevil. Mohou se tak domnívat, že v jejich případě je riziko vcelku nízké a myslet si, že hubnutí pro ně není důležité. Ale měli by mít na paměti, že vše je jednou poprvé.
2. Pokud jste byli obézní odjakživa, můžete se domnívat, že nebezpečí poškození Vašich kloubů a dýchacího ústrojí je minimální. Ať je tomu jakkoliv, redukce hmotnosti může být prospěšná v každém věku.



3. Pokud jste spokojeni s Vaší stávající kondicí nebo pokud byste hubnutí – dokonce i záměrné – měli Vy nebo Vaši příbuzní neodmyslitelně spjaté s představou nemoci, potom by měla všechna pro a proti být pečlivě zvážena a prodiskutována s Vaším lékařem a dietologem.
4. Pro některé lidi je velice obtížné bojovat proti hladu a lenosti. Pokud by Vám stres – který by Vám způsobily změny Vašich životních návyků na cestě za hubnutí – měl vyvolat více rizik (jak tělesných, tak psychologických) než samotná nadváha, potom byste toto téma měl(a) konzultovat se zdravotníky a společně se dohodnout na jiných možných řešeních Vaší situace.



PŘEDSEVZETÉ: HUBNOUT

Jestliže jste již přijali za svou myšlenku, že má pokle Vaší nadměrné hmotnosti smysl, potom prosím věřte že se jedná o uskutečnitelnou ideu. Většinou stačí přijmout za své několik velice jednoduchých nových návyků (viz. *Základy vzdělávání pacientů* v dokumentech číslech 2 a 12 na internetové adrese www.desg.org).

Velice těžkým úkolem je dlouhodobě si udržet dobré výsledky. Pro udržení požadované tělesné hmotnosti nejsou třeba dietní omezení. Mnohem účinnější je trvalé zachovávání nových návyků, jako je každodenní cvičení a kontrola tělesné hmotnosti jednou týdně. Proč je to pro většinu lidí tak obtížné? Nikdo přesně neví, ale jedna z možností je, že po počátečním období odříkání si dosažení dobrých výsledků motivace zvolna mizí a po kračování v méně příjemných činnostech (pokud se ne staly novým návykem) je mnohem obtížnější.

Proto se snažte o zachovávání správných návyků, považujte ztrátu každého kilogramu za trvalý úspěch a zavá dejte do Vašich denních návyků efektivní činnosti.



Co je mým pravým důvodem pro hubnutí?

Co je pravým důvodem pro to, abych nehubnul(a)?





Jak zvládnout srdeční slabost?

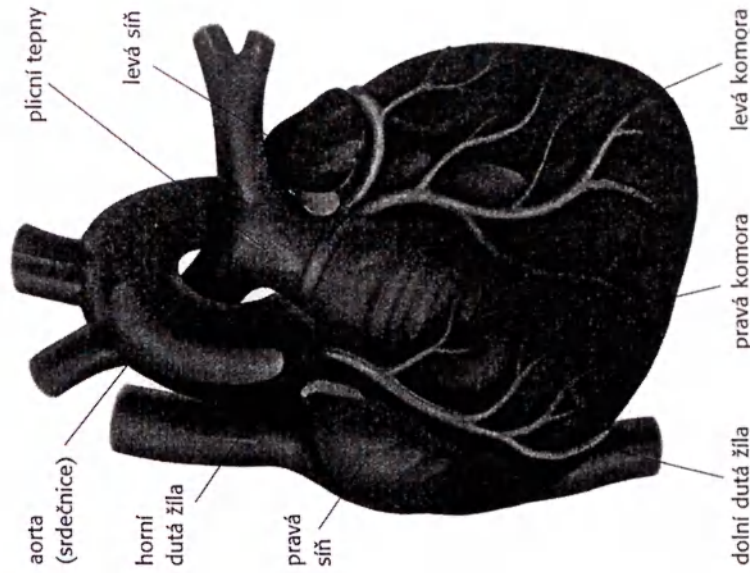
Vyhleďte lékaře, pokud:

- ♥ se Vaše potíže výrazně zhorší,
- ♥ pozorujete nové příznaky,
- ♥ pozorujete noční kašel nebo zhoršení dechu,
- ♥ se rychleji unavíte,
- ♥ málo močíte,
- ♥ se Vám zvětšují otoky,
- ♥ máte stavy slabosti nebo mdloby,
- ♥ pocítujete tlak nebo bolesti na prsou.

Závěrem

Budete-li pravidelně užívat své léky, držet dietu a řídit se všemi doporučeními lékaře, jistě Vám ani toto srdeční onemocnění nezabrání, abyste se i nadále věnovali některým aktivitám, které jste vždy dělali rádi.

Přejeme snadnější a spokojený život.



Budete-li dodržovat léčbu, lze dosáhnout zlepšení nemoci jen s minimálním omezením Vašeho současného života.



Odborná spolupráce: doc. MUDr. Jan Bultas, CSc., II. Interní klinika 1. LF UK Praha.
Vydáno s podporou edukačního programu společnosti EGIS Praha, s. r. o.

© 2005 MediMedia Information spol. s r. o., www.medimedia.cz

Jaké jsou nejčastější příčiny vzniku srdeční slabosti?

K oslabení srdeční činnosti může dojít náhle, nebo postupně, kdy srdce nestáčí čerpat dostatečné množství krve při větší námaze, později i při běžné fyzické aktivitě nebo v klidu.

Nejčastější příčiny jsou:

- ♥ Ateroskleróza (kornaléni) tepen zásobujících krev srdeční sval
- ♥ Srdeční infarkt (infarkt myokardu)
- ♥ Vysoký krevní tlak (hypertenze)

Jaké jsou nejčastější příznaky srdeční slabosti?

- ♥ Slabost až nápadná únava.
- ♥ Závraťe, mdloby.
- ♥ Dušnost (tíže v dechu) nebo kašel při námaze.
- ♥ Nedostatek dechu při poče v'ěže.
- ♥ Probouzení se s pocitem dušnosti nebo kašle.
- ♥ Časté močení během noci.
- ♥ Otoky ko'em kotníků popř. až pod koleny.

Jak můžeme ovlivnit srdeční slabost?

- ♥ Důslednou prevenci všech chorob, které ovlivňují o'ímocnění.
- ♥ Užívání léků, které slouží ke zlepšení srdeční činnosti.
- ♥ Změnou denního režimu odpočinku a pohybu.
- ♥ Změnou životního stylu.
- ♥ Úpravou diety s cílem snížit obsah soli v jídlu.



Slabost až nápadná únava.



Časté močení během noci.



Probouzení se s pocitem dušnosti nebo kašle.



Otoky kotníků popř. až pod koleny.

Hodnocení stupně závažnosti onemocnění: (klasifikace NYHA)

- ♥ Při běžném denním režimu je pacient bez potíží a onemocnění jej nijak neomezuje v každodenních činnostech.
- ♥ Při větší námaze se dostává únava nebo dušnost.
- ♥ Běžnou práci nemoci zvládají bez potíží.
- ♥ Již mírná námaha vyvolává pocit dušnosti, únavy, avšak v klidu pacient nemoc nepocituje.
- ♥ Příznaky onemocnění se objevují i v klidu.
- ♥ Nemocní nemocí vykonávat žádnou tělesnou aktivitu.

1. Pravidla pro užívání léků.

- ♥ Užívejte léky, které Vám lékař předepsal a které slouží ke zlepšení Vaší srdeční činnosti. Užívejte léky pravidelně, – v předepsaných dávkách a – ve stejnou dobu každý den.
- ♥ Nepřestávejte brát léky ani neměňte dávky bez porady s lékařem.
- ♥ Kombinace několika léků má svůj smysl – nezapomínejte brát všechny léky.
- ♥ Zeptejte se lékaře nebo lékárníka, které léky lze užívat s jídlem.
- ♥ Nesmíte dopustit, aby Vám léky došly. Nechte si předepsat další léky, když začínáte užívat poslední balení.
- ♥ Chodte na plánované návštěvy u lékaře. Noste s sebou seznam léků, které užíváte. Lékař zhodnotí Váš zdravotní stav a v případě potřeby upraví předpis léků.
- ♥ Začínáte-li být léčeni léky ze skupiny beta-blokátorů, velmi důsledně dbejte pokynů lékaře o správné dávkě.
- ♥ Mějte u sebe seznam všech léků, které užíváte, abyste jej pak v případě potřeby ukázali kterémukoli lékaři.

2. Přizpůsobte svůj denní režim.

- ♥ Velice důležitým je pro Vás dostatečný odpočinek. Zároveň je však dobré zůstat přiměřeně aktivní. O mlře a druhu tělesné aktivity se poraďte se svým lékařem.
- ♥ Naplánujte si během dne čas, kdy budete v klidu odpočívat.
- ♥ Zatčete se do knihy, poslouchajte rádio, hudbu nebo jen užívejte čistvého vzduchu.
- ♥ Odpočívajte nejlépe v poloosedé, zmlírníte možné otoky.
- ♥ Dopříte si v noci dostatek spánku.
- ♥ Trocha aktivity každý den Vám pomůže, abyste se cítili lépe. Ale nepřetěžujte se.

3. Upravte a kontrolujte si svou životosprávu.

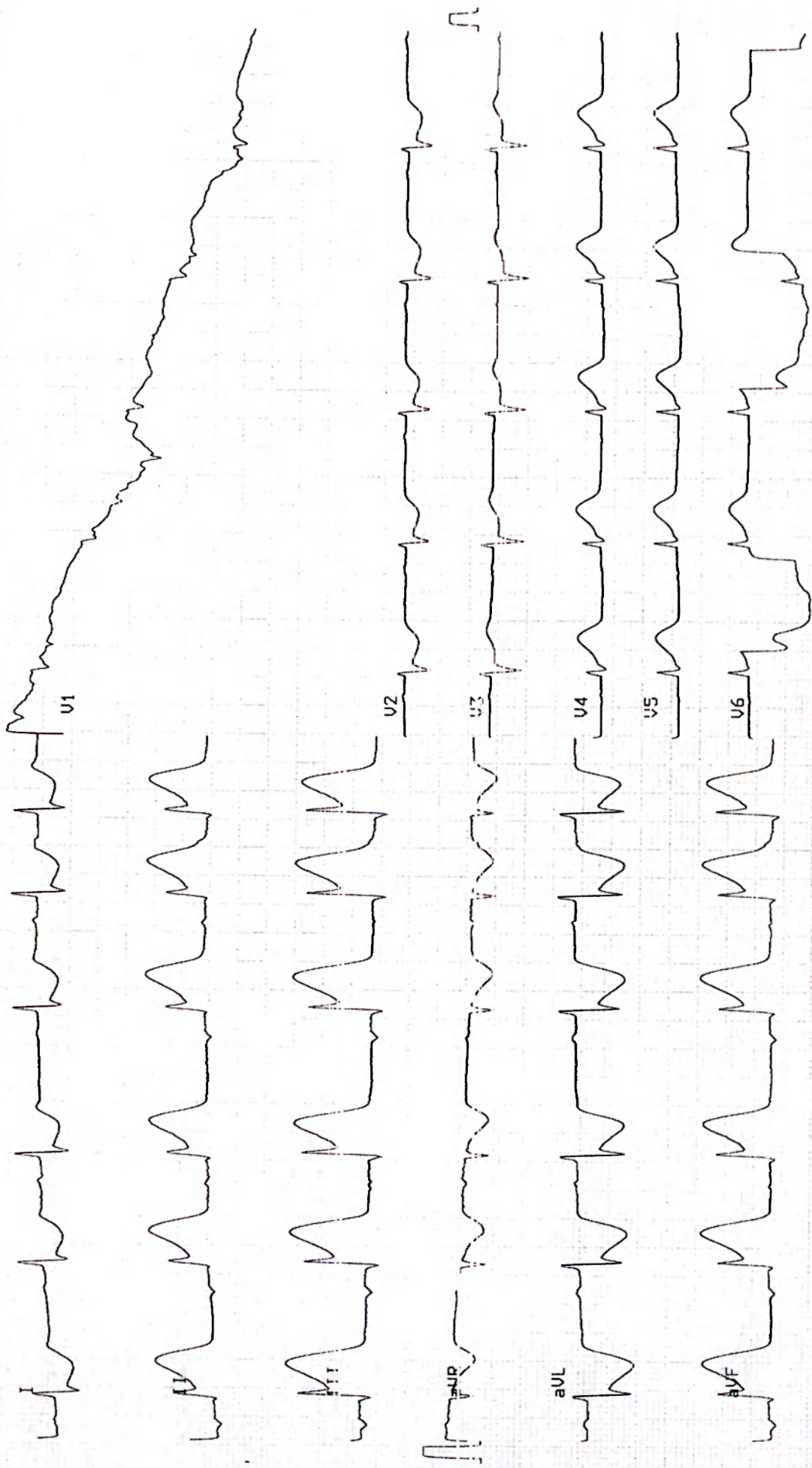
- ♥ Hlídejte si pravidelně svou hmotnost. Rychlý přírůstek na váze je známkou zadržování vody. Kontrolujte proto každý den pravidelně svou hmotnost, nejlépe ráno. Údaje si zaznamenávejte. Oznamte lékaři, pokud přibereíte za den více než 2 kg anebo více než 3 kg za týden.
- ♥ Máte-li nadváhu, pokuste se jí postupně snížit. Přebytečná kila představují pro Vaše srdce zvýšenou zátěž.
- ♥ Jezte méně, častěji a lehce stravitelnou potravu.
- ♥ Nepijte alkohol.
- ♥ Přestaňte kouřit.

4. Dodržujte dietu s cílem snížit obsah soli v jídlu.

- ♥ Sůl zadržuje v těle vodu, což dále zhoršuje příznaky srdeční slabosti. Zbytečně proto nesolte.
- ♥ Odstaňte ze stolu slánku – nahraďte ji kořením.
- ♥ Nesolte při vaření. Můžete kořenít jídlo např. pepřem, česnekem, cibulí nebo citronem.
- ♥ Nepoužívejte konzervované potraviny, vyhněte se uzeninám, kupujte kořenící směsi bez soli.
- ♥ Opatřete si kuchátku s recepty na máo s'aná jídla. Kniha Vám dá inspiraci. K omě kuchyňské soli vynechejte také daší nápoje ko'eni a potraviny s obsahem sodliu (glutamat sodný apod.).
- ♥ Lékař Vám může kvůli zadržování vody také doporučit snížení příjmu tekutin.



6.3.2006



10 mm/mV

25 mm/s

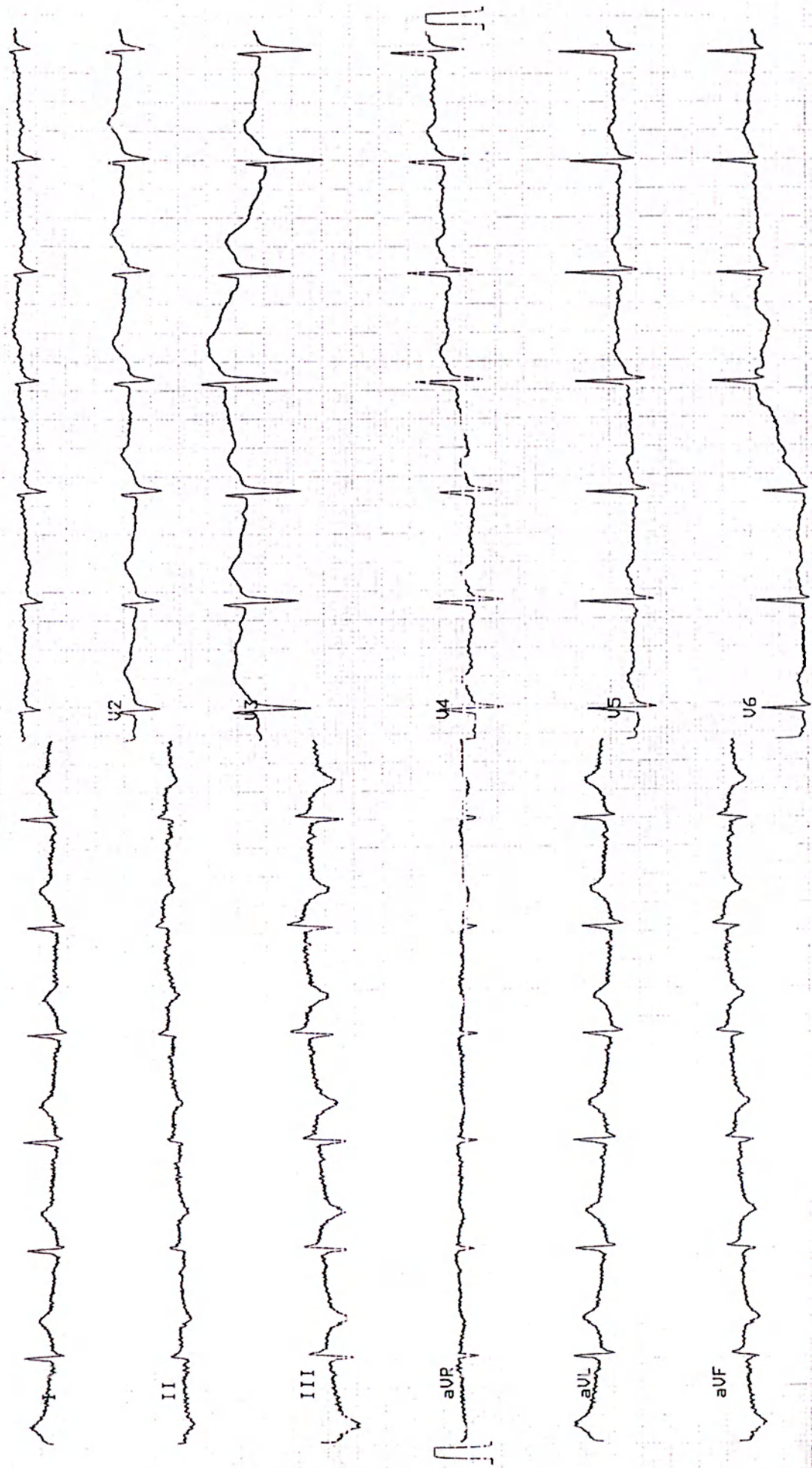
0.05-35 Hz

5 mm/mV

AT-60 C 2.9

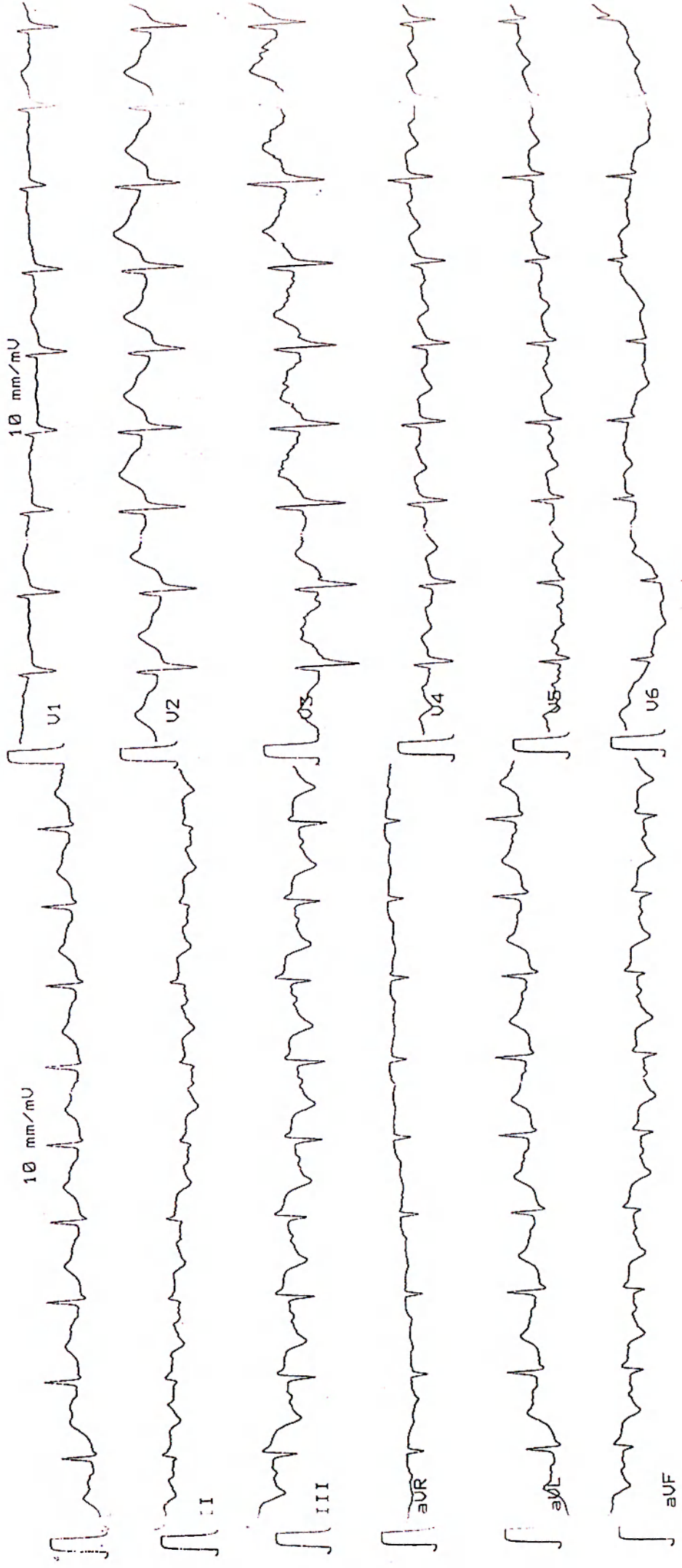
INTERNI ODD. NEMOCNICE KADAN

7.3.06

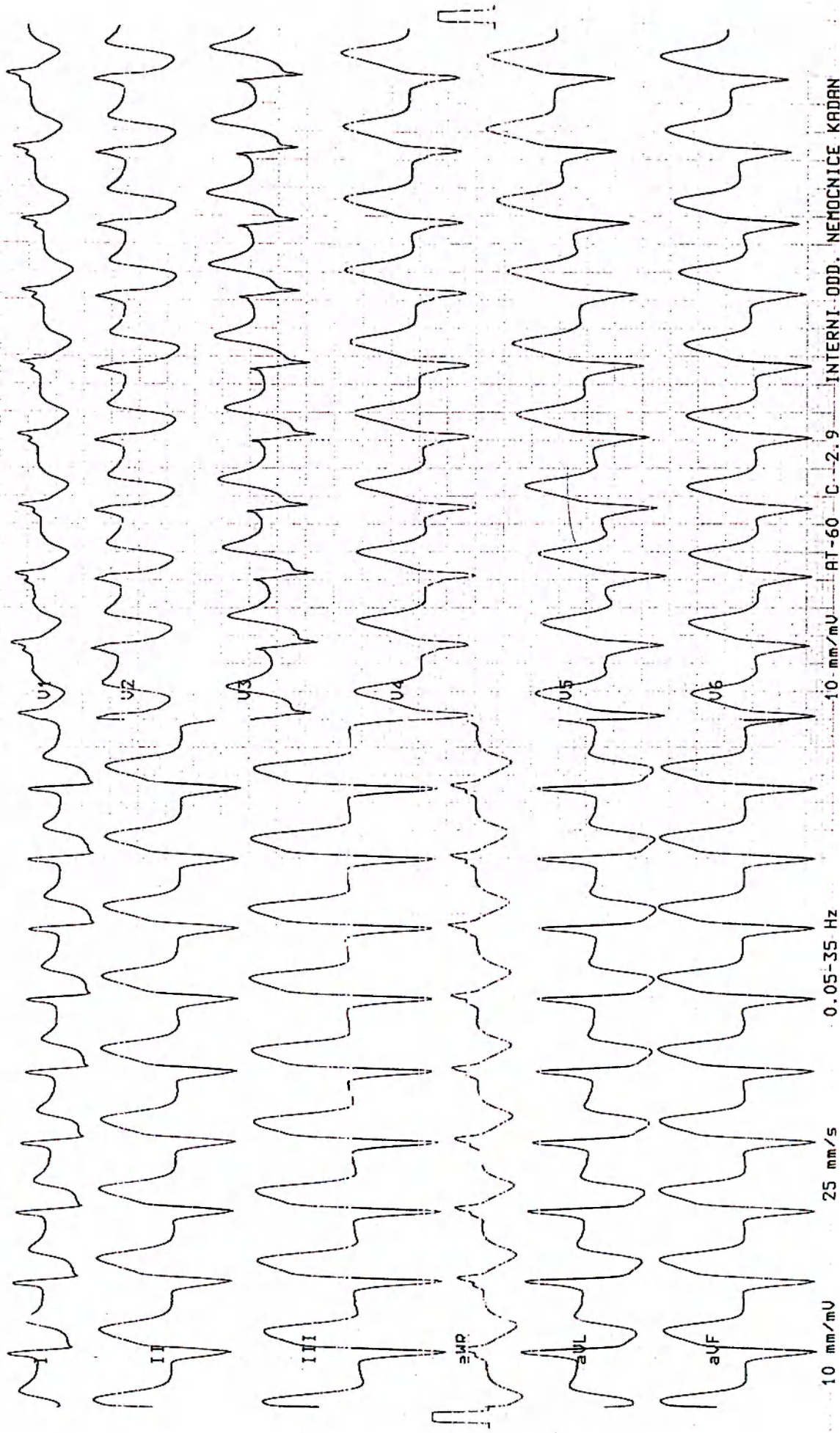


10 mm/mV 25 mm/s 0.05-35 Hz AT-60 C 2.9 INTERNI ODD. NEMOČNICE KADAN

8.3 2006



9.3.2006



10 mm/mV 25 mm/s 0.05-35 Hz 10 mm/mV AT-60 C-2.9 INTERNI. ODD. NEMOCNICE KADAN