

**Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta**

**Ošetrovatelský proces
u nemocné
s chronickou obstrukční plicní
nemocí**

Bakalářská práce
obor: Všeobecná sestra

Gabriela Šimková

2006

Osnova

| | |
|---|----|
| 1. Úvod a základní údaje o nemocné | 4 |
| 2. Klinická část | 5 |
| 2.1 CHOPN | 5 |
| 2.2 Definice a charakteristika | 5 |
| 2.3 Etiologie a patogeneze | 6 |
| 2.4 Klinický obraz | 7 |
| 2.4.1 Klinický obraz chronické bronchitidy | 7 |
| 2.4.2 Klinický obraz plicního emfyzému | 7 |
| 2.5 Diagnostika | 8 |
| 2.5.1 Fyzikální vyšetření | 8 |
| 2.5.2 Funkční vyšetření dýchání | 8 |
| 2.5.3 Bronchodilatační test | 9 |
| 2.5.4 Krevní plyny | 9 |
| 2.5.5 Radiodiagnostika | 10 |
| 2.5.6 Mikrobiologické vyšetření | 10 |
| 2.6 Diferenciální diagnostika | 10 |
| 2.7 Akutní exacerbace | 11 |
| 2.8 Léčba CHOPN | 12 |
| 2.8.1 Léčba stabilizované CHOPN | 13 |
| 2.8.2 Jiná farmakologická léčba | 13 |
| 2.8.3 Nefarmakologická léčba | 13 |
| 2.8.4 Chirurgická léčba | 14 |
| 2.9 Prevence onemocnění CHOPN | 14 |
| 2.10 Prognóza onemocnění | 14 |
| 3. Lékařská anamnéza | 15 |
| 4. Průběh hospitalizace | 17 |
| 4.1 Podané léky a jejich charakteristika | 18 |
| 5. Ošetrovatelská část | 20 |
| 5.1 Koncepční model M. Gordonové | 20 |
| 5.2 Ošetrovatelský proces | 21 |
| 5.3 Ošetrovatelská anamnéza | 21 |
| 5.4 Ošetrovatelské diagnózy (ošetrovatelský cíl, plán péče, realizace a hodnocení péče) | 26 |
| 6. Psychologická část | 37 |
| 7. Edukace | 38 |
| 7.1 Dechová rehabilitace u plicního onemocnění | 39 |
| 8. Závěr | 40 |
| 9. Zkratky | |
| 10. Seznam literatury | |
| 11. Přílohy | |

1. Úvod a základní údaje o nemocné

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou paní D.V, která byla hospitalizována na standardním interním oddělení nemocnice v Litomyšli s diagnózou chronická obstrukční plicní nemoc.

V klinické části se zabývám charakteristikou a definicí tohoto onemocnění. Dále klinickým obrazem, diagnostikou, prevencí a léčbou chronické obstrukční plicní nemoci.

Další část je věnovaná průběhu hospitalizace u nemocné, lékařské anamnéze, podaným lékům a jejich charakteristikou.

V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu z modelu Funkčního zdraví Majory Gordonové. Analýzou informací jsem společně s pacientkou sestavila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, k vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. Každý plán je samostatně hodnocený.

Součástí mé práce jsou i kapitoly věnované edukaci nemocné a její rodiny a psychologické problematice chronicky nemocného člověka.

V závěru své práce se věnuji prognóze zdravotního stavu pacientky a celkovému hodnocení ošetrovatelského procesu.

Práci uzavírá přehled literatury a přílohy – formulář pro sběr informací a přehled ošetrovatelského plánu, formulář pro záznam a hodnocení bolesti.

Základní informace o nemocné :

Pacientka : D.V

Věk : 49 let

Datum přijetí : 25.2 2006

Datum propuštění : 3.3 2006

Důvod přijetí : zhoršení stavu chronické obstrukční plicní nemoci

2. Klinická část

2.1 Chronická obstrukční plicní nemoc

Toto onemocnění je nejčastější onemocnění dolních cest dýchacích a to nejen v České republice. V úmrtnosti ji předčí pouze rakovina plic. Prevalence této závažné choroby je asi 8 % na území naší republiky.

2.2 Definice a charakteristika

Chronická obstrukční plicní nemoc (dále CHOPN) je definována jako obstrukce dýchacích cest způsobená chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem. Tato obstrukce progreduje, je částečně reverzibilní a může být spojená s bronchiální hyperaktivitou.

Chronická bronchitida je definována jako přítomnost produktivního kašle, jehož trvání je nejméně 3 měsíce ve dvou po sobě následujících letech. S tím, že výskyt chronického kašle s expektorací sputa nemá jinou příčinu než je samotná CHOPN. Chronická bronchitida je narušena od emfyzému definována klinicky a lze ji rozdělit na jednoduchou s hlenovou expektorací, hlenohnisavou a konečně s obstrukcí. Patologickým činitelem je u této příčiny vznik hyperplazie a hypertrofie hlenových žlázek bronchiální stěny.

Plicní emfyzém (rozedma plic) je definován jako destrukce plicního parenchymu, způsobená poškozením alveolární stěny a přepážek, někdy se vznikem cyst větších než 1 cm vyplněných vzduchem. Poškození alveolů je způsobeno nedostatečnou neutralizací proteáz (enzymu, který štěpí bílkoviny) antiproteáz (alfa -1- antitrypsinem, který dědičně chybí) a tzv. oxidačním stresem makrofágů a T-lymfocytů (např. oxidanty, obsaženými v cigaretovém kouři) které naruší chemicky tkáň intraalveolárních sept, jež se v důsledku mechanicky způsobeného přetlaku při kašli a výdechu trhají.(1)

2.3 Etiologie a patogeneze CHOPN

V etiologii onemocnění CHOPN se nejvíce uplatňuje, a to z 90 % kouření, ve zbylých 10 % se uplatňují opakované respirační infekce, chemické látky jako oxidy síry, dusíku a formaldehyd.

Dříve se uvádělo, že jsou více postiženi muži, ale to přestává platit, neboť dochází k nárůstu kouření u žen. Pokud jsou postiženi mladí lidé – kuřáci do 40ti let, je nutné myslet na dědičný defekt alfa -1- antitrypsinu, který se vyšetřuje ze séra. Rizikovým faktorem, který zvyšuje pravděpodobnost onemocnění je astma bronchiale a atopie.(1)

Patologické změny struktury sebou přinášejí i změny ve funkci plic. Dýchací cesty se zužují, což má za následek zvýšení jejich rezistence. Hromadí se v nich hlen, mění se vlastnosti tekutiny. Tuto situaci dále zhoršuje bronchiální hyperaktivita, která vede k dalšímu zúžení. Snižuje se vitální kapacita plic (VC) a sekundová vitální kapacita (FEV1), zvyšuje se reziduální objem (RV) a rezistence dýchacích cest, dochází k narušení poměru mezi ventilací (V) a perfúzí (Q). Jak už bylo zmíněno je chronická obstrukční plicní nemoc způsobena chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem, každá z těchto dvou onemocnění má svoji patofyziologii. U Chronické bronchitidy se patologické změny odehrávají ve stěně bronchiální s následnou obstrukcí vzdušného proudění a nerovnoměrnou distribucí. Vzniká tak rozdíl ve vztahu ventilace a perfúze což je příčinou hypoxie, případně cyanózy. Plicní emfyzém je provázen destrukcí alveolární stěny a následnou redukcí kapilárního řečiště, omezení difúze a vznikem plicní hypertenze.(2)

2.4 Klinický obraz

Onemocnění CHOPN je, jak už bylo řečeno, způsobeno chronickou bronchitidou, nebo plicním emfyzémem. Každé onemocnění má svůj klinický obraz.

2.4.1 Klinický obraz chronické bronchitidy

Nejdůležitějším příznakem je kašel s expektorací, na který si pacienti stěžují nejvíce po ránu. Kašel se zhoršuje sezónně, nejvíce jím pacienti trpí v zimních měsících. Expektorace je většinou snadná, jindy může být i obtížná. Charakteristické je sputum mukoidní, mukopurulentní, nebo purulentní, ale může být také s příměsí krve. Bronchitis chronica simplex, tak je označován stav, kdy je sputum mukoidního typu. Pokud je expektorace hlenohnisavá, stav se označuje jako bronchitis chronica mukopurulenta. Do obrazu kliniky dušnost nepatří. Chronická bronchitida je nemoc, která probíhá dlouhodobě a ke zhoršování stavu dochází pozvolna. K významnému zhoršení dochází při akutních exacerbacích.(4)

2.4.2 Klinický obraz plicního emfyzému

Nejčastějším příznakem je námahová dušnost, která se v průběhu onemocnění zhoršuje. Často je přítomná i kašel s expektorací. Pacienti trpící plicním emfyzémem jsou většinou kuřáci, kteří kouří až okolo 20 cigaret denně. Věk je také důležitým faktorem a pokud je přítomen i deficit alfa -1-antitripsinu, může vzniknout emfyzém už okolo 30 roku života. Většina nemocných má kombinaci chronické bronchitidy a plicního emfyzému, jedinců kteří mají dominující pouze jednu nemoc je málo.(4)

2.5 Diagnostika CHOPN

Diagnostikovat včas CHOPN je velice důležité a stojí na odpovídající anamnéze, fyzikálním a funkčním nálezu. Každé vyšetření zahájíme podrobnou anamnézou. Jednoznačně nejvýznamnější je expozice tabákovému kouři. Mezi fyzikální vlivy řadíme expozici abnormálním teplotám nebo výkyvům teplot, změny vlhkosti vzduchu, prašnost a radiační záření, můžeme sem zahrnout i změny klimatické. Pacienta se ptáme na pracovní prostředí, zjišťujeme zda není rizikové. Výskyt infekcí řadíme mezi vlivy biologické. V anamnéze se u pacientů se tedy objevuje dušnost a kašel, které bývají spojeny s pískoty a s expektorací. Další vyšetřovací metodou je fyzikální vyšetření pacienta.

2.5.1 Fyzikální vyšetření

Toto vyšetření není příliš specifické ani citlivé. Fyzikální příznaky u nemocných CHOPN závisí na stupni omezení proudu vydechovaného vzduchu, na rozsahu hyperfiltrace plic a na stavbě těla.(1) Nemocní v pokročilejším stádiu onemocnění zaujímají úlevovou polohu a to v předklonu s podepřenými pažemi. Tato poloha umožňuje využití pomocných dýchacích svalů a tím i zlepšení dýchání. Typické je rovněž svírání rtů při výdechu. Může být přítomna centrální cyanóza i inspirační postavení hrudníku (tzv. soudkovitý hrudník).(3)

2.5.2 Funkční vyšetření dýchání

Mezi nejdůležitější a standardní metodu pro stanovení diagnózy CHOPN a sledování její progresy je SPIROMETRIE s křivkou průtok - objem. Tato metoda určuje statické a dynamické plicní objemy. Spirometrie je užitečná v počátečních stádiích CHOPN. (1) Z výsledku tohoto vyšetření se rozhodne zda jde o obstrukční typ poruchy ventilace na podkladě vztahu FEV1/ FVC (VC). Hodnoty 70 % a nižší svědčí pro obstrukční poruchu ventilace plic. Stadia tohoto onemocnění se určují také podle výsledků spirometrie.

Stadia CHOPN :

- Stadium 0 – rizikové stadium

Chronický kašel s tvorbou sputa, spirometrie bez nálezu.

Patří sem i prostá chronická bronchitis

- Stadium 1 – lehké stadium CHOPN

Lehká porucha průtoku vzduchu, na spirometrii plicní funkce zhoršená, ale pacient si zhoršení ještě neuvědomuje

- Stadium 2 – střední stadium CHOPN

Zhoršuje se dušnost při zátěži, FEV1 se snižuje od 80 do 30 %

- Stadium 3 - těžké stadium CHOPN

Těžká bronchiální obstrukce s FEV1 pod 30 % nebo respirační insuficienci, ale také cor pulmonale chronicum (v důsledku plicní hypertenze dochází k hypertrofii pravého srdce). Pacient je vždy v ohrožení života.

2.5.3 Bronchodilatační test

Tyto testy se provádějí vždy k vyloučení diagnózy astmatu a zjistí nejlépe dosažitelné plicní funkce, ale také pomůže posoudit možnou reakci na léčbu. (3) K testu se používají dávkované aerosoly bronchodilatancí jako jsou Fenoterol (0,2 mg), Salbutamol (0,4 mg) či Terbutalin (0,5 mg), které se nejlépe aplikují nástavcem. V různých stádiích CHOPN lze použít také inhalační anticholinergika, nebo v kombinaci s beta2mimetiky. Za pozitivní výsledek testu u CHOPN se považuje zvýšení FVC o 15% a více, i když se FEV1 významně nezměnilo.(1)

2.5.4 Krevní plyny

Vyšetření krevních plynů je nezbytné u pokročilejších forem bronchiální obstrukce. Má velký význam při rozpoznání latentní respirační insuficience. Při analýze krevních plynů je třeba dbát na správný odběr a uchování vzorků.

2.5.5 Radiodiagnostika

Sem patří skiagram hrudníku, který je vedle spirometrie základním vyšetřením u nemocných s podezřením na onemocnění CHOPN.(1) A to zejména u nemocných s klinickými příznaky dušnosti a kašle s expektorací. Z dalších zobrazovacích metod se používá CT plic, která se dobře osvědčila při diagnostice plicního emfyzému.

2.5.6 Mikrobiologické vyšetření

Vyšetření sputa na mikrobiologii je důležitou součástí komplexní diagnostiky CHOPN. U nemocných ve stabilizovaném stavu je sputum obvykle hlenové s příměsí makrofágů. Zbarvením dle Gramma lze prokázat různé mikroby. Důležitou podmínkou je správné odebrání sputa, které by mělo být provedeno ráno, brzy po opuštění lůžka, před snídaní. Také se doporučuje, aby si před odběrem pacient vyčistil zuby a vypláchl ústa. Při ambulantním léčení akutní exacerbace není toto vyšetření nezbytné, neboť lze antibiotika nasadit i bez znalosti nálezu. Teprve pokud je léčba neúčinná se provádí vyšetření sputa na mikrobiologii.(1)

2.6 Diferenciální diagnostika

Diferenciálně diagnosticky k reverzibilní bronchiální obstrukci vedou také :

- Bronchiektázie (abnormální a trvalé rozšíření bronchů)
- Cystická fibróza (nebo-li mukoviscidóza, je monogenetická porucha s projevy multiorgánového postižení)
- Tuberkulóza
- Bronchiální astma
- Bronchogenní karcinom
- Pneumokoniózy (postižení plic anorganickými prachy)

- Dušnost kardiálního původu
- Stenóza velkých dýchacích cest (3)

Tyto nemoci nejsou do CHOPN zařazeny, pokud se nevyskytují společně s tímto onemocněním.(3)

Dříve v sobě onemocnění CHOPN zahrnovalo i bronchiální astma, které sem již nepatří a nemělo by se používat. Mezi CHOPN a bronchiálním astmatem je řada rozdílů, ale někdy je jasné rozlišení velice sporné. Předpokládá se, že pacient může trpět oběma onemocněními. V diferenciální diagnostice mezi CHOPN a astmatem nám může pomoci zhodnocení klinických příznaků :

Bronchiální astma :

- Věk – mladší jedinci
- Kouření – většinou ne
- Dušnost – záchvatovitá
- Kašel – záchvatovitý, suchý
- Spirometrie – v záchvatu obstrukce, jinak norma
- Skiagram hrudníku – v záchvatu hyperinflace, jinak norma

Onemocnění CHOPN :

- Věk – 50 let a více
- Kouření – ano
- Dušnost – námahová
- Kašel – produktivní po ránu
- Spirometrie – obstrukční porucha
- Skiagram hrudníku – znaky emfyzému (4)

2.7 Akutní exacerbace

Klinicky za akutní exacerbaci CHOPN považován stav spojený s vykašláváním hnisavého sputa, zvýšením jeho množství a viskozity, spolu se zhoršováním kašle a dušnosti. Příčinnou je akutní infekce, která zasáhne

dýchací ústrojí. O existenci této infekce se lze přesvědčit mikrobiologickým vyšetřením sputa. Pokud má sputum hnisavý charakter, tak zde bývají nejčastěji přítomny *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*.(1)

Léčba akutní exacerbace

Léčbu můžeme rozdělit do čtyř částí:

- Léčba akutní infekce
- Odstranění zvýšené sekrece z dýchacích cest
- Zlepšení průchodnosti a zvýšení průtoku vzduchu
- Zmírnění dechové práce snížením tonu respiračních svalů

Stav akutní exacerbace, pokud je léčena ambulantně, by měl být zhodnocen co nejdříve. Zásahy musí být intenzivní. Pokud nedojde ke zlepšení, po podání antibiotik a bronchodilatancií, je nutné přidat kortikoidy per os a stav zhodnotit za dalších 48 hodin. Při nezlepšení (jehož kritériem jsou celkový stav pacienta, zhoršení saturace) je nutná hospitalizace.(1)

2.8 Léčba CHOPN

Na začátku léčby tohoto onemocnění je třeba naléhat na pacienta, aby zanechal kouření, nebo nezačal kouřit, dodržoval zdravý životní styl a případně se nechal očkovat. Redukce rizikového faktoru kouření je věnovaná samostatná kapitola. Důležité je omezení profesní expozice (zátěž inhalovaných částic a plynů), nezbytné je i dodržovat racionální výživu (omezení oxidantů – alkohol, zvýšený příjem antioxidantů – vitamín C, E, beta karoten, selén, mangan, zinek).(1)

2.8.1 Léčba stabilizované CHOPN

Základním přístupem k léčbě stabilizované CHOPN je stupňovité přidávání léků v závislosti na závažnosti. Farmakoterapie se užívá ke zmírnění příznaků, nebo komplikací.(3) Pro symptomatickou léčbu CHOPN jsou hlavní bronchodilatancia . Jsou to léky, které rozšiřují dýchací cesty a zlepšují tak dýchání. Pacienti jsou také tolerantnější k vyšší fyzické námaze. Nejčastěji používané bronchodilatancia jsou anticholinergika (např. Atrovent), beta2mimetika (např. Berotec, Ventolin, Salbuvent) a teofylinové léky (např. Aminofylin, Euphyllin, Syntophyllin). Nejvhodnější podání těchto léků je inhalační forma pomocí inhalátorů. Další podávaná léčiva jsou kortikosteroidy(např. Prednison), které mají protizánětlivý a antiedematózní účinek, jsou ve formě inhalační, nebo systémové (i.v, per os). Názory na léčbu kortikosteroidy se různí, neboť při dlouhodobém užívání mají řadu nežádoucích účinků (např. steroidní myopatie).

2.8.2 Jiná farmakologická léčba

Očkování proti chřipce může snížit závažnost onemocnění a úmrtnost nemocných s CHOPN.(3). Vakcinace proti chřipce je vhodná v zimních obdobích. Antimikrobiální léčba se podává při bakteriálních exacerbacích CHOPN. Nejčastěji používaná ATB jsou Ampicilin, Amoxicilin a deriváty tetracyklinu. Mukolytika a expektorancia jsou léky, které rozpouštějí hlen a napomáhají vykašlávání sputa a tím uvolňují dýchací cesty. I když se názory na podávání těchto léků při léčbě CHOPN také liší.

2.8.3 Nefarmakologická léčba

Plicní rehabilitace má zmírnit obtíže, zvýšit kvalitu života a pomoci zvýšit každodenní aktivity nemocného.(3). Patří k základním kamenům komplexní terapie nemocných s CHOPN. Může být použita u všech stádií onemocnění. Základní rehabilitační program zahrnuje cvičební trénink zátěže, nutriční poradenství a edukace má velice pozitivní přínos.(1)

Oxygenoterapie (podávání kyslíku) je jedním ze základních způsobů léčby a to jak v akutní fázi dechové nedostatečnosti tak ve 3.stádiu CHOPN v režimu dlouhodobé domácí oxygenoterapii (DDOT – dlouhodobá domácí oxygenoterapie).

2.8.4 Chirurgická léčba

Provádí se Bulektomie (vynětí velké buly, která se na výměně plynů nepodílí), dále Volumredukční operace (resekce části plíce s cílem zmenšení hyperinflace) a u vhodně vybraných pacientů Transplantace plic.

2.9 Prevence onemocnění CHOPN

Prevence je nedílnou součástí péče o nemocné CHOPN. Můžeme ji rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární se rozumí předcházení vzniku nemoci. Znalost rizikových faktorů nám pomůže uskutečnit *primární opatření*, která jsou :

- Nezačít kouřit
- Zanechat kouření
- Omezit negativní vliv škodlivin z prostředí (profesní prostředí)
- Dodržovat zásady správné výživy
- Prevence virových onemocnění v dětském věku
- Věnovat pozornost jedincům, kteří mají pozitivní rodinnou anamnézu, nebo jedinci s nízkou porodní váhou či sociálně slabší vrstvy (1)

Sekundární prevence je zastavení už rozvinutého onemocnění, což vyžaduje :

- Zanechat kouření
- Omezit působení profesních škodlivin

Terciální prevence je zpomalení progresu již vzniklého CHOPN a předcházení jejím exacerbacím např. vakcinoterapie. (1)

2.10 Prognóza onemocnění

Vývoj, prognóza a mortalita nemocných CHOPN závisí na různých faktorech jako je věk, kouření, přidružených onemocněních, výsledcích vyšetření, ale i na motivaci pacienta a jeho spolupráci. I když je tato diagnóza závažná je osud nemocných CHOPN oproti období před 15 lety podstatně lepší, zlepšuje se kvalita života a přežití se prodlužuje. (1)

3. Lékařská anamnéza

Stav při přijetí (25.02.2006)

Paní D.V, 49 let

Váha : 105.00 kg

Výška : 176.00 cm

BMI : 33.9

TK : 140/80

Tep : 72 za min, pravidelný

Počet dechů : 25 za min.

TT : 36.2°C

- s klidovou dušností, bez cyanózy a ikteru, spolupracuje

Hlava : poklepově nebolestivá, zornice reagují, spojivky přiměřeně prokrvené, inervace správná, jazyk vlhký bělavě povleklý, hrdlo klidné

Krk : náplň krčních žil 0, lymfatické uzliny nezvětšené, šije volná

Hrudník : poklep hypersonorní dýchání s bronch. fenomény, expirium není prodlouženo, akce srdeční pravidelná, ozvy jsou jasné, ohraničené, úder hrotu není zvedavý, břicho měkké, hepar lien 0, páteř bed bpn., DK bez otoků, postulcerózní změny ldk.

Základní anamnéza

OA : operace 0, úrazy 0, od září 1999 léčena pro pastflebitický syndrom vlevo, měla i bércový vřed – zhojen v listopadu 2000, od 2005 diagnostikován CHOPN , léčena pod dohledem svého praktického lékaře.

RA : otec má diabetes mellitus na dietě

AA : neudává

PA : vedoucí obchodu s potravinami

Kouří od 20 let, 6 - 7 cigaret denně

FA : Ventolin tbl., Mucosolvan tbl.

Nynější onemocnění :

Asi přes týden kašel, rýma, obdržela ATB pro subfebrilní stav, pak pokles teplot, přetrvává žlutozelené sputum, bolest při kašli, je chrapot, udává nechutenství, močení bez obtíží, dnes byla pro dušnost na pohotovosti a odeslána k hospitalizaci (9)

4. Průběh hospitalizace

Po přijetí na oddělení byla u paní D.V zahájena oxygenoterapie, kyslík jí byl podáván kyslíkovými brýlemi rychlostí 2 litry za minutu. V den přijetí bylo u paní D.V provedeno radiodiagnostické vyšetření hrudníku a druhý den ráno byl odebrán vzorek sputa na bakteriologické vyšetření.

Výsledek RTG vyšetření : Snímek hrudníku

Skelet hrudníku bez traumatických změn, bránice vpravo segmentovaná, srdce nezvětšeno, promínuje pulmonální segment, vlevo bazálně je patrné pruhovité zastření místy s fibrotickými pruhy – v.s. reziduální pneumon. infiltrát, zmnožená plicní kresba.

Provedeno dne 25.02.2006 15.06

Bakteriologické vyšetření sputa :

Bakterie +, Neisseria species, Haemophilus betalaktamáza, Streptococcus alfa

Terapie při příjmu :

Infúze : 0

Injekce : 0

Tablety : Ambroxol – 1tbl., Euphyllin – 1tbl, Novalgin - 1tbl.

Inhalace : Atrovent 2ml + 3ml FR

Dietní terapie : dieta č. 3

Režim : chodící

Terapie a vyšetření v průběhu hospitalizace

Oxygenoterapie byla v prvních dvou dnech intenzivní (2 liry za minutu téměř kontinuálně) a ke konci hospitalizace jenom občasná.

Podané léky (2. den) :

Ambroxol 0 – 1 - 1

Euphyllin 1 – 0 - 1

Diazepam 5g 1 - 0 - 0

Novalgin 1 – 0 - 1 (dále dlp.)

Helicid 0 – 1 - 1

Atrovent 2 ml + 3 ml FR 1 - 0 – 0

Augmentin 1,2g á 12 hod

FR 500 ml + Hydrocortison 100 mg. 0 - 1 - 0

Vyšetření :

Druhý den pobytu v nemocnici bylo u paní D.V provedeno naordinované laboratorní vyšetření krve a moče.

KO : leu 19.2 , ery 5.84 , hematokrit 50.3 , tromb. 262

Moč + sediment : chemicky aceton + v sedimentu 5 – 10 leu , hlen +++

Biochemie : CRP 110.45 mg/l , glukóza 7.3 , kreatinin, urea, minerály, jaterní testy v normě (9).

Během hospitalizace došlo při medikaci k pozvolnému ústupu bronchitického nálezu. Nemocná se cítila lépe, chtěla propustit. Dýchání měla čisté, sklípkové. Sedmý den byla propuštěna. Chronickou medikaci bude užívat dále, nyní ještě 6 dní ATB (Augmentin 1,2 g á 12 hod.)

4.1 Podané léky a jejich charakteristika

Atrovent

IS : bronchodilatans, antiastmatikum

Nežádoucí účinky : sucho a nepříjemná chuť v ústech, bolesti hlavy, nutkání na močení, zácpa

Ambroxol

IS : mukolytikum, expektorans

Nežádoucí účinky : mírné pálení žáhy, dyspepsie, občas nauzea a zvracení

Augmentin

IS : antibiotikum

Nežádoucí účinky : nauzea, zvracení, průjem, kožní a alergické projevy

Diazepam

IS : anxiolytikum

Nežádoucí účinky : asi u 8%, neuropsychické poruchy, ataxie, vertigo, bolest hlavy, poruchy zraku, deprese, agitovanost

Euphyllin

IS : bronchodilatans, antiastmatikum

Nežádoucí účinky : neklid, nespavost, třes končetin, bolest hlavy, zrychlená případně nepravidelná srdeční akce

Helicid

IS : antiulcerózum

Nežádoucí účinky : ojedinělé, u 1% dyspeptické potíže (flatulence, průjem, nauzea)

Hydrokortison

IS : hormon, glukokortikoid

Nežádoucí účinky : nesetkáváme se s nimi

Novalgin

IS : analgetikum, antipyretikum

Nežádoucí účinky : kožní reakce, pokles krevního tlaku (10)

5. Ošetrovatelská část

5.1 Koncepční model Majory Gordonové

Model „ fungujícího zdraví“ byl pro moji práci z hlediska holistického pojetí člověka nejpřijatelnější. Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka, podle nich sestra získává potřebné informace.(5)

Jednotlivé oblasti modelu jsou :

1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role – mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné

Zhodnocením těchto oblastí získá sestra kompletní informace o člověku, které jsou nezbytné pro ošetrovatelský proces.

5.2 Ošetřovatelský proces

Pojem „ ošetřovatelský proces“ vznikl v 50. letech a je považován za základnu pro účinnou práci sestry. Dnes se stal neodmyslitelnou koncepční osnovou práce sestry v převážné většině západního světa. (6)

Ošetřovatelský proces je:

- systematické shromažďování všech údajů, které se týkají jak samotného pacienta, tak i projevů jeho choroby
- rozbor těchto získaných údajů
- plánovitá volba příslušných ošetřovatelských úkonů
- praktická realizace těchto úkonů
- zhodnocení dosažených výsledků ošetřovatelské péče s návrhem případných změn dle individuálních potřeb nemocného (5)

5.3 Ošetřovatelská anamnéza

Charakteristika jednotlivých oblastí u paní D.V.

Paní D.V, 49 let, s dg. Chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN), 2.den hospitalizace. Paní D.V žije se svým synem v rodinném domě v Litomyšli. Pracuje jako vedoucí obchodu s potravinami. Ve svém volném čase ráda luští křížovky, chodí na procházky se psem, zajímá se o knihy a pěstování květin. Už rok se léčí s dg. CHOPN pod dohledem svého praktického lékaře.

Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Nynější hospitalizace je již její třetí, v roce 1999 byla léčena pro postflebitický syndrom, měla i bércový vřed (zhojen v listopadu 2000), druhý pobyt na interním oddělení byl v roce 2005, kdy jí byla diagnostikovaná chronická obstrukční plicní nemoc, se kterou se léčí dodnes. Před tímto onemocněním měla občasné problémy s dýcháním. Paní D.V je kuřačka (od 20 let, 6-7 cigaret denně). Jak sama tvrdí, ví, že kouření je pro ni nebezpečné, ale někdy nemůže překonat chuť na cigaretu. Kouření se snaží alespoň omezit vzhledem k její dg. Dne 25.2 2006 byla přijata s dušností, kašlem a rýmou.

Výživa – metabolismus

Paní D.V se stravuje v práci, doma vaří sobě a synovi teplé večeře. Nemá pravidelný stravovací režim, ale většinou jí 4krát denně. Nedrží žádnou dietu, ale vzhledem k její váze si myslí, že by měla začít upravovat svůj jídelníček. V jídle není nijak vybíravá, sní vše. Má ráda sladké. Tekutin vypije méně (0,5–1 litr denně). Momentálně udává větší pocit žízně, neboť se více potí. Alkohol paní D.V nejuje, má ráda kávu a černý čaj, oboje sladí. Dnes má dietu č.3, ale udává, že v posledních dnech trpí nechutenstvím. Na jídlo si paní D.V zašla do společné jídelny, ale prý „do sebe vůbec nic nedostane“. Kůže pacientky je beze změn, bércový vřed na levé dolní končetině je zcela zhojen.

Vylučování

Problémy s vyprazdňováním pacientka momentálně neudává, už 2 dny nebyla na velké straně, ale podle jejích slov je to u ní normální. Cítí malý tlak v nadbříšku, plyny odcházejí. Laxativa pacientka neužívá, dává přednost cvičením, nebo minerálním vodám (Šaratice). Močení je bez obtíží. Více se potí.

Aktivita – cvičení

Dříve paní D.V ráda sportovala, často jezdila s rodinou na hory lyžovat. V létě plavala. Dnes si občas zacvičí doma jednoduché cviky. Ve svém volném čase, jak sem se již zmínila, luští křížovky, čte knihy. Pacientka je plně soběstačná v oblasti osobní hygieny, stravování, vyprazdňování. Pohyb jí momentálně dělá problémy, neboť se velice zadýchává. Po pokoji si přechází. Bolest na hrudi pacientka udává při kašli, který je častý

Spánek – odpočinek

Už týden má pacientka problémy se spaním, příčinu vidí v její dušnosti. Nemůže usnout, budí se, v noci se také více potí. Nejhorší je pro ni, jak sama uvádí, vodorovná poloha. Dříve spala obvykle 6 až 7 hodin, chodí spát okolo 22 hodiny, vstává na 7 hodinu ranní do práce. Má svůj pokoj, budí se pomocí budíku. Momentálně odpočívá často. Nejradyji relaxuje u televize. Nynější potíže se spaním, před hospitalizací, řešila tabletkami na spaní, které měla doma.

Vnímání, citlivost a poznávání

Pacientka neudává, že by měla nějaké potíže se sluchem. Brýle nosí (4,5 dioptrie) na dálku od 20 let. Na kontrolu k očnímu lékaři se chystá. Paní D.V působí klidným dojmem. Je orientovaná, odpovídá přiměřeně.

Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka sebe hodnotí spíše jako introverta. Má ráda své povolání a cítí zodpovědnost za provoz prodejny, tudíž by chtěla jít co nejdříve do práce. Krizové životní situace řeší „klidným způsobem“. Myslí si, že je nekonfliktní člověk a podle jejích slov to není vždy vítězství.

Role – mezilidské vztahy

Pacientka bydlí v rodinném domě na okraji města společně se svým jediným synem, kterého má velice ráda a jak sama tvrdí je na něm psychicky závislá. S manželem se rozvedli před 8 lety. Nenavštěvují se, pouze syn za ním občas jezdí na návštěvu. Má sestru, která ji v nemocnici navštíví. V zaměstnání pracuje v dobrém a přátelském kolektivu a za to je velice ráda. S kamarádkami občas zajde na kávu, nebo do kina. Spolupacientka na pokoji ji nevadí. Nesoukromí chápe jako nezbytnou součást nemocničního pobytu, neboť je to její opakovaná hospitalizace. Vždy se, jak sama uvádí, snaží s lidmi vyjít a nečinní jí to obtíže. I když, jak je uvedeno výše se paní D.V hodnotí jako introverta, je ve společnosti lidí velice ráda. Ráda jim naslouchá.

Sexualita

Vzhledem k mému postavení studentky na oddělení a k věku pacientky jsem se na tuto oblast neptala. Pacientka má jednoho syna, porod probíhal bez komplikací.

Stres

Pacientka uvádí, že má občas problémy v této oblasti, důvodem jsou většinou pracovní záležitosti. Řeší je relaxací u televize, nebo si jde o tom popovídat za sestrou. Její syn je pro ní také oporou.

Víra – životní hodnoty

Paní D.V je katolička, ale do kostela pravidelně nechodí. Okrajově ji zajímají východní filosofie, i jiná náboženství. Ráda se dovídá něco nového o jiných kulturách. Se svojí nynější situací je spokojená. Bude ráda až syn založí rodinu a ona se bude starat o vnoučata.

5.4 Ošetrovatelské diagnózy (ošetrovatelský cíl, plán péče, realizace a hodnocení péče)

Informace o nemocné jsem získala pomocí rozhovoru s pacientkou, od zdravotnického personálu, z dokumentace a v neposlední řadě pozorováním. Na základě těchto informací jsem spolu s paní D.V určila ošetrovatelské diagnózy, které jsme seřadili podle důležitosti pro pacientku. Tyto diagnózy jsou sestaveny ke 2. dni hospitalizace pacientky. Tato část práce obsahuje dále ošetrovatelský cíl, plán péče, realizace tohoto planu a jeho hodnocení spolu s pacientkou. Diagnózy jsou rozdělené na aktuální a potenciální.

Ošetrovatelské diagnózy :

- 1. Dušnost z důvodu omezení průchodnosti dýchacích cest způsobené základní diagnózou**
- 2. Bolest na hrudi (při kašli) z důvodu základní diagnózy**
- 3. Porucha spánku z důvodu dušnosti a bolesti**
- 4. Porucha výživy způsobená nechutenstvím**
- 5. Strach a úzkost z důvodu dušnosti a hospitalizace**
- 6. Potenciální riziko poruchy vyprazdňování (obstipace) z důvodu změny v příjmu potravy**
- 7. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného intravenózního katétru (IVK)**

Dušnost z důvodu omezení průchodnosti dýchacích cest způsobené základní diagnózou

Ošetrovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka bude mít minimální dušnost a nebude rozrušená v důsledku dušnosti do 2 hodin

Plán ošetrovatelské péče

- zvolit vhodnou polohu nemocné (Fowlerovu polohu) a vysvětlit výhody této polohy,
- podat zvlhčený, ohřátý kyslík dle ordinace (s rychlostí 2 litry za minutu) k zajištění minimální saturace na 90 %, podat inhalace dle ordinace lékaře (Atrovent 2ml + 3ml FR)
- vysvětlit pacientce potřebu kyslíku , inhalací
- sledovat účinnost podávaného kyslíku a reakce pacientky,
- sledovat dýchání (norma 12 – 20 dechů za minutu), vědomí, saturaci (pomocí oxymetru) , FF,
- podat léky (Ambroxol , Euphyllin) dle ordinace lékaře,
- sledovat účinky podaných léků,
- zajistit a vysvětlit účel pokleповé masáže hrudníku,
- zajistit dostatečný příjem tekutin u pacientky (minimálně 1,5 litru tekutin denně, vybízet pacientku k příjmu tekutin),
- sledovat množství, barvu a příměsi vykašlávaného sputa,
- zajistit pravidelné větrání pokoje,
- zajistit vhodný, nijak nestahující oděv,
- vysvětlit pacientce správný postup při odběru sputa na bakteriologické vyšetření,
- uklidnit pacientku

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientka byla uložena do zvýšené polohy. Byl jí podán zvlhčený a ohřátý kyslík rychlostí 2 litry za minutu (téměř kontinuálně) pomocí kyslíkových brýlí, které pacientka dobře snášela. Dále dostala léky a inhalaci (Amroxol – 1tbl., Euphyllin – 1tbl., Atrovent 2ml + 3ml FR) na usnadnění dýchání a vykašlávání. Poněvadž byla rozrušená, byl jí naordinován a podán, po domluvě s lékařem, Diazepam o síle 5g. Během výkonů byla pacientka verbálně uklidňována . Saturace a další FF byly sledovány á 1 hod a zapisovány do dekursu. Paní D.V byla poučena o nutnosti aplikace kyslíku a účincích ordinovaných léků. V případě zhoršení dušnosti byla pacientka upozorněna na signalizační zařízení. Pokoj, ve které nemocná ležela, byl pravidelně větrán, nádobu na sputum a konvici s čajem měla na nočním stolku k dispozici. Pacientka měla na sobě volný, nestahující oděv. Vzorek sputa byl odebrán na mikrobiologické vyšetření. Pacientka byla poučena, že odběr sputa musí být proveden ráno, před snídaní. Také by si měla vyčistit zuby a vypláchnout ústa. V odpoledních hodinách, při návštěvě fyzioterapeuta, byla pacientce provedena poklepová masáž hrudníku a plicní rehabilitace. V průběhu dne byl stav pacientky sledován, kontrolován přívod kyslíku.

Hodnocení plánu péče

Pacientka se po podání kyslíku, léků a inhalaci uklidnila. Udávala zmírnění dušnosti, která se nezhoršila. Zvýšená poloha v sedě jí vyhovovala. Poklepová masáž nebyla paní D.V úplně příjemná, ale zato účinná. Lépe se jí vykašlávalo. Saturace a další FF byly v normě (saturace 93 %, TK 130/80, P 76[˚], Dechů 18 za min.) pacientka nejevila známky cyanózy ani hypoxie. Působila klidným dojmem. Příjem tekutin byl po aktivizaci nemocné dostatečný (1,5 litrů za den).

Bolest na hrudi (při kašli) z důvodu základní diagnózy

Ošetřovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka bude udávat zmírnění bolesti do 2 hodin

Plán ošetřovatelské péče

- včas diagnostikovat bolest,
- zjistit lokalizaci, stupeň, charakter, délku trvání bolesti,
- zajistit návštěvu fyzioterapeuta, který podá informace o možných úlevových polohách ,
- zajistit klid (pokud je to možné uložit pacientku na samostatný pokoj, eliminovat rušivé elementy, které mohou zesilovat vnímání bolesti),
- podat naordinované analgetikum (Novalgin 1 tbl.) a sledovat účinnost,
- věnovat pozornost psychickému stavu nemocné (reakce pacientky na bolest)
- založit záznam o sledování bolesti u pacientky (viz. Přílohy)

Realizace ošetřovatelského plánu

Pacientka na bolest upozornila při rozhovoru, trápila ji už týden. Lokalizovala ji na oblast hrudníku a zejména při kašli, bolest uváděla jako svíravou. Lékař naordinoval analgetikum (Novalgin 1 tbl.), které jí bylo podáno do jedné hodiny od začátku hospitalizace a byly sledovány jeho účinky. Poněvadž byly pacientce naordinovány expektorancia a bronchodilatancia (Ambroxol, Euphyllin), nebyly podávány antitusika. Další podání analgetik bylo dle potřeby, po domluvě s pacientkou. Při návštěvě fyzioterapeuta byla pacientka poučena o úlevových polohách, při

každém zakašlání pacientka zaujímal polohu v předklonu, který byl pro zmírnění bolesti (při kašli) nejvhodnější. Pacientka byla uložena na dvojlůžkový pokoj, s pacientkou se stejnými problémy, kde měla klid. V průběhu dne byla bolest u nemocné sledována a zapisována do záznamu o bolesti (viz. Přílohy).

Hodnocení plánu péče

Pacientce byly během dne podány 2 tabletky Novalginu, do 20 minut po podání 1 tbl. udávala zmírnění bolesti. Vzhledem k závislosti bolesti na kašli, pacientka dodržovala pokynů rehabilitační sestry. To vše vedlo k minimalizování bolesti a uklidnění pacientky.

Ošetrovatelská dg. č. 3

Porucha spánku z důvodu dušnosti a bolesti

Ošetrovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka bude spát minimálně 6 hodin

Plán ošetrovatelské péče

- zjistit příčinu poruchy spánku,
- zjistit v jaké fázi spánku má pacientka problémy (usínání, zda se probouzí během noci, vstávání),
- zjistit jaké má pacientka návyky (zda-li není zvyklá na čtení před spaním, koupel či sprcha, sklenice mléka),
- vytvořit vhodné podmínky pro spánek (vyvětrat pokoj, upravit lůžko a zajistit noční klid na oddělení atd.),
- podat, pokud to bude nezbytně nutné, naordinovaná sedativa, hypnotika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinnost ,

- aktivizovat pacientku během dne (nabídnout různé činnosti např. čtení knih, letáků, sledování TV), zapojit spolupacientku do rozhovoru

Realizace ošetrovatelského plánu

Z rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že příčinou problému se spánkem jsou dušnost a bolest, největší obtíže udávala pacienta s usínáním. Tabletka proti bolesti jí byla podána v 18.00 před spaním. Ve stejnou dobu byl pacientce podán kyslík (1 litr za minutu). Poněvadž je nemocná zvyklá spát ve zvýšené poloze, bylo tak lůžko upraveno (zvednutím hlavové části lůžka). Po dohodě s spolupacientkou byl pokoj vyvětrán, aby paní D.V měla pocit stálého, čerstvého vzduchu a zmínil se subjektivní pocit dušnosti. Pacientka je zvyklá na sledování TV před spaním, což jí bylo umožněno přímo na pokoji. Večer se osprchovala pro lepší pocit pohody. Po dohodě s lékařem byly, v případě potřeby, naordinovány léky na spaní (Stilnox 1 tbl.).

Hodnocení plánu péče

Pacientka se ráno cítila a působila celkem odpočatá. O léky na spaní nepožádala, spala nepřetržitě 7 hodin (od 22 hod. do 5 hod.). Bolest a dušnost se zlepšili, usínání bylo snadnější. Zvýšená poloha pacientce vyhovovala. Neudávala nic co by jí během spánku rušilo.

Ošetrovatelská dg. č. 4

Porucha výživy způsobená nechutenstvím

Ošetrovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka nebude mít pocit hladu během hospitalizace

Plán ošetrovateľskej péče

- zistiť jaké má pacientka stravovací návyky, ktorým jidlúm dáva prednosť a ktoré nesnášii,
- zistiť jaké jsou príčiny nechutenství (z dôvodu dušnosti, bolesti, zmeny prostredii),
- zistiť zda pacientka neužíva nijaké léky, ktoré mohou ovlivňovat chuť k jídlu,
- zhodnotit tělesnou hmotnosť, věk a tělesnou konstituci u nemocné,
- věnovat pozornost pravidelnosti stolice u pacientky,
- zajistit edukaci dietní sestrou o dietním režimu, vhodném výběru stravy,
- sledovat příjem tekutin, aktivizovat pacientku k příjmu tekutin (ale upozornit nemocnou, že pokud bude pít hodně tekutin před jídlem, může to vyvolat nežádoucí pocit sytosti),
- dodržovat zásady úpravy stravy a stolování,

Realizace ošetrovateľského plánu

Z rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že nedrží žádnou dietu. Má ráda sladké a není nijak vybíravá. Ale poslední dobou (zhruba týden) pacientka udává sníženou chuť k jídlu, což příkládá dušnosti a celkovému zhoršení stavu. Po přijetí nemocné byla zahájena terapie kyslíkem. Pacientka neužíva žádné léky, které by snižovaly chuť k jídlu. Má zvýšenou tělesnou váhu (neudává úbytek tělesné hmotnosti za poslední 3 měsíce), ale z jejích slov bylo zřejmé, že ji nechutenství trápi. Byla informována o nutnosti hydratace, sama si zapisovala příjem tekutin, ale před jídlem se snažila jej omezit. Během hospitalizace měla pacientka dietu č. 3 s přídavkem jogurtů. Na jídlo chodila do společné jídelny. Druhý den hospitalizace byla pozvána za nemocnou dietní sestra, která ji poskytla potřebné informace o vhodném výběru stravy. Z doporučení dietní sestry se nemocná rozhodla, že se bude snažit jíst jogurty a pečivo, dále čerstvé ovoce, které jí donesl syn.

Hodnocení plánu péče

Druhý den hospitalizace pacientka snědla snídani (jogurt s pečivem) a odpoledne ovoce. Příjem tekutin byl dostatečný (1,5 litru), na stolicí byla. Během pobytu v nemocnici se u pacientky zlepšila chuť k jídlu. Dodržovala pokyny dietní sestry, měla dostatečný příjem vlákniny, neudávala pocit hladu.

Ošetřovatelská dg. č. 5

Strach a úzkost z důvodu dušnosti a hospitalizace

Ošetřovatelský cíl – krátkodobý

- zmírnění strachu a úzkosti u pacientky během hospitalizace

Plán ošetřovatelské péče

- zhodnotit stav pacientky při příjmu (její chování, vystupování, komunikaci i neverbální projevy, projevy bolesti a dušnosti)
- věnovat pozornost subjektivním pocitům, které pacientka sděluje,
- informovat se od pacientky na to jaké má rodinné zázemí, na přátelé, zda-li jí přijdou navštívit
- poskytnout pacientce veškeré informace o ošetřovatelských postupech, režimu na oddělení
- provést pacientku po oddělení a představit jí personál, který jí bude ošetřovat
- zajistit konzultaci s lékařem i ostatním personálem dle potřeby pacientky,
- vytvořit podmínky pro kontakt s rodinou, přáteli,
- poskytnout pacientce informace o podávaných lécích a jejich účincích a vyšetřeních, které bude absolvovat,

- umístit nemocnou na menší pokoj v blízkosti sesterny,
- používat srozumitelný jazyk (minimalizovat výskyt odborných výrazů, u nichž lze předpokládat, že jim pacientka nemusí správně porozumět, v nevyhnutelných případech je řádně vysvětlit),
- předcházet pocitu osamění (být nemocné na blízku)

Realizace ošetrovatelského plánu

Během vstupního rozhovoru (při sestavování ošetrovatelské anamnézy) působila paní D.V rozrušeně, mluvila potichu, ztěžka. Sama také uvedla, že má strach ze svého onemocnění, že neví jak moc je momentálně vážné. Také uvedla, že její strach zhoršuje aktuální dušnost., která je pro ni velice nepříjemná. Pacientku doprovázel její syn, který se ji snažil uklidnit. Poté byla pacientka uložena na dvojlůžkový pokoj naproti sesterně. Téměř okamžitě byla zahájena oxygenoterapie. Po odeznění projevů akutní dušnosti byla pacientka provedena po oddělení, byla upozorněna na signalizaci a byl jí představen personál. Poté byla na žádost nemocné zajištěna konzultace s lékařem, který ji vysvětlil léčebný postup a medikaci. Vždy bylo nemocné vysvětleno jaké úkony budou u ní prováděny (léčebné, ošetrovatelské i rehabilitační). Dále bylo pacientce sděleno, kdy jsou návštěvní hodiny a upozorněna na to, že když něčemu nebude rozumět, ať se zeptá. Nemocné jsem byla stále nablízku.

Hodnocení plánu péče

Pacientka po podání kyslíku působila mnohem klidněji. Sama udávala, že se cítí lépe. Měla dostatek informací ohledně léčby, chodu oddělení, věděla jaké léky jsou jí podávány a jaké jsou jejich účinky. Komunikovala bez obtíží, byla orientovaná, pokud jí bylo něco nesrozumitelné, nebála se zeptat. Na návštěvu za ní chodil syn i její sestra. Ke konci hospitalizace byla usměvavá, působila spokojeně. Byla aktivní.

Ošetrovatelská dg. č. 6

Potenciální riziko poruchy vyprazdňování (obstipace) z důvodu změny v příjmu potravy

Ošetrovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka se vyprázdní do 2 dnů a stolice bude, po dobu hospitalizace, pravidelná

Plán ošetrovatelské péče

- zjistit, kdy měla pacientka poslední stolicí,
- zjistit pravidelnost a zvyklosti ohledně vyprazdňování stolice u pacientky,
- zjistit stravovací návyky a dietní opatření u nemocné,
- zhodnotit stupeň hydratace (kožní turgor, pocení) a pravidelné množství tekutin, které pacientka vypije,
- zaznamenávat frekvenci a charakter stolice do dekurzu (její zápach, barvu, konzistenci...),
- sledovat odchod plynů, pocity plnosti v konečníku, či zvýšeného tlaku v břiše,
- zajisti vhodnou stravu (bohatou na vlákniny), popř. edukace dietní sestrou,
- zajistit dostatečný přísun tekutin (denně 1,5 – 2,5 litru tekutin) a podat informace o adekvátním příjmu tekutin,
- nabídnout pacientce sklenici vody nalačno,
- dle stavu mobilizovat pacientku,
- pokud to bude nezbytně nutné podat nemocné léky usnadňující vyprazdňování dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovatelské plánu

Při rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že poslední stolici měla den před hospitalizací, tudíž už dva dny se nevyprázdnila, ale podle jejích slov je to u ní normální. Cítila malý tlak v nadbříšku. Pacientka problémy se stolicí neudávala (vyprazdňování bylo pravidelné). Léky usnadňující vyprazdňování nikdy neužívala, pokud se vyskytly nějaké problémy řešila je cvičením, změnou stravy a minerální vodou. Během hospitalizace měla pacientka dietu č.3 s přídavkem jogurtů. Byla vybízena k příjmu tekutin, k dispozici měla neslazený čaj. Také byla informována kolik tekutin denně by měla vypít. Frekvence defekace byl zaznamenáván do dekurzu. Po dohodě s lékařem byly v případě potřeby předepsány kapky Gutalax. Pacientka se procházela po oddělení.

Hodnocení plánu péče

Pacientka se druhý den hospitalizace vyprázdnila. Při defekaci neměla žádné problémy (stolice byla formovaná). Během dne vypila 1,5 litru tekutin. Léky na podporu vyprazdňování podány nebyly. Po dobu celé hospitalizace měla pacientka stolici pravidelnou a neudávala pocit plnosti ani bolesti břicha.

Ošetrovatelská dg. č. 7

Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného intravenózního katétru (IVK)

Ošetrovatelský cíl – krátkodobý

- pacientka bude minimálně ohrožena vznikem infekce po dobu zavedení IVK

Plán ošetrovateľskej péče

- včas diagnostikovať miestne známky v mieste vstupu (kontrola minimálne 3 krát denne),
- informovať pacientku o nutnosti IVK a počátečných štádiách infekcie (bolesť, pálenie, svädění, zarudnutí v mieste vpichu),
- sledovať funkčnosť, dĺžku zavedení invazívneho vstupu
- pri každej manipulácii postupovať prísne asepticky
- dbať na riadnu hygienu rúk
- pamätovať na riziko systémovej infekcie, sledovať počátečné príznaky (horečka, tresavka . . .)
- vykonávať výmenu miesta vpichu pri opakovanom zavádzaní IVK
- správny výber miesta pri zavádzaní IVK
- kontrola exspirácie u používaných pomôcok

Realizácia ošetrovateľského plánu

Pacientke bol zavedený 1. deň hospitalizácie IVK do LHK na predlaktí, aby pacientka mohla s rukou voľne hýbať. Touto cestou jej boli aplikované ATB (á 12 hod) a infúzia fyziologického roztoku s Hydrokortizolom. Pacientku som informovala o príznakoch začínajúcej infekcie (bolesť, pálenie, zarudnutí v mieste vpichu) a pokiaľ by sa vyskytli, aby to hneď oznámila. Miesto vpichu bolo kontrolované (zda-li je průchodný, známky infekcie, reakcia nemocnej na aplikáciu liekov). Pri manipulácii som postupovala asepticky.

Hodnotenie plánu péče

Po dobu zavedenia IVK sa u pacientky neobjavili známky infekcie, pani D.V. dobre snášala invazívny vstup a znala známky infekcie. Během hospitalizácie sa 1krát vykonávala výmena IVK na PHK a 3 krát denne kontrola miesta invazívneho vstupu.

6. Psychologická část

Psychologická péče o chronicky nemocné je velice důležitá. Tito pacienti se pohybují obrazně řečeno mezi domovem a nemocnicí. Bývají zároveň v péči ambulantních lékařů i lékařů pracujících v nemocnici. Vážné a chronické onemocnění přináší postiženému řadu omezení a týká se vždy a zásadně celé rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Vyrovnávání se s faktem těžkého a chronického onemocnění u pacienta zpravidla probíhá ve čtyřech fázích. Nejdříve nastává šok z uvědomění si určité skutečnosti, následuje zpravidla její odmítnutí a popření, potom přicházejí úzkost a depresivní rozlady (mohou se dostavit i pocity viny, případně negativismus – projevy zlosti, omítání pomoci či jiné formy agresivity) a nakonec, dříve nebo později, většina nemocných svůj stav přijímá, smiřuje se s ním a adaptuje se.(7)

Paní D.V se už rok léčí s dg. CHOPN. Je jí 49 let, je rozvedená. Žije se svým synem v rodinném domě. Z rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že je ve fázi smiřování se svým onemocněním a necítí se být nijak omezená ve svém společenském životě. Má dobré vztahy se svým okolím a synem, který je pro ni oporou. A podle jejích slov je na něm závislá.

Během příjmu byla pacientka neklidná, jak sama uvedla, kvůli dušnosti a hospitalizaci. Bála se, jak to její syn doma sám zvládne. Po zahájení oxygenoterapie a konzultaci s lékařem, který ji vysvětlil léčebný postup se uklidnila a po dobu hospitalizace působila stejným dojmem. Byla edukovaná ohledně onemocnění a projevovala velký zájem ovlivnit jeho průběh, tím že přestane kouřit. Sama sebe hodnotila jako introverta, uzavřeného a klidného člověka. Každý den za ní syn chodil na návštěvu a to ji velice uklidňovalo. Ke konci hospitalizace působila paní D.V spokojeně.

7. Edukace

Důležitou složkou *komplexního léčení* je edukace nemocného, jeho opakované seznamování s příčinami, průběhem léčby i prognózou jeho onemocnění s cílem získat aktivní spolupráci. Všichni nemocní mají prospěch z podrobného vysvětlení podstaty onemocnění, účinků léčby, rizikových faktorech, které zhoršují chorobu, způsobu léčení a ordinovaných léků. Sestra musí umět podat všechny tyto informace. Musí naučit pacienta, jak zvládnout zhoršení stavu, kdy je nutné navštívit lékaře. Velice důležité je, aby uměla základní rehabilitační dechové cviky, které s nemocným procvičuje a opakuje. Dechové rehabilitaci je věnovaná samostatná kapitola. Edukace má být zaměřena nejen na samotného pacienta, ale i na jeho rodinu. Po stanovení dg. CHOPN a zhodnocení celkového stavu nemocného je důležité jej aktivně podporovat k úpravě jeho životního stylu s pravidelným cvičením, kontrolou váhy a se zanecháním kouření. -1.

Edukace paní D.V byla zaměřena na kouření, snížení její váhy a dechovou rehabilitaci. Informace o podstatě onemocnění CHOPN byly u nemocné dostatečné. Pacientka uvedla, že kouří asi od 20 let, 6-7 cigaret denně. Její váha je 105 kg, výška 176 cm a BMI 33.9. Patientce bylo vysvětleno jak je pro ni kouření nebezpečné a že to velice zhoršuje průběh jejího onemocnění. Byly jí poskytnuty letáky s možnostmi jak přestat kouřit (používání transdermálních náplastí, žvýkačky, nazální spreje ...).Dále byla seznámena s negativními vlivy nadváhy na její onemocnění. Byla jí doporučena konzultace s dietní sestrou a fyzioterapeutkou ohledně úpravy jejího jídelníčku a doporučení jednoduchých cviků, které pomůžou snížit váhu a zlepšit pocit pohody. Vzhledem k nízkému věku pacientky byla motivace ovlivnit průběh a prognózu onemocnění velká. Dále byla paní D.V informována o aktuální i chronické medikaci a jejich účincích. O tom jak léky užívat (kdy, jaké dávkování atd.). Zájem o zlepšení stylu života jevil i syn paní D.V , který byl také informován o negativním vlivu kouření na zdraví, neboť sám uvedl, že je kuřák.

7.1 Dechová rehabilitace u plicních onemocnění

Plicní rehabilitace může být hlavní léčebnou metodou, nebo jen doplňující složkou. Cílem plicní rehabilitace je zabránit ztrátě výkonnosti a pomoci nemocnému vyrovnat se s jeho nemocí. Součástí každého rehabilitačního programu by měla být edukace nemocného o jeho chorobě (viz. výše). Rehabilitace používá multidisciplinární program zahrnující fyzioterapii, svalový trénink, podporu výživy, psychoterapii a edukaci. Možnosti RHB u CHOPN jsou úprava určité funkce dýchání, pokud nenastaly organické změny. Dále je rehabilitací možné ekonomizovat dýchání působením na mechaniku dýchání a ovlivnit nenásilně frekvenci a hloubku dýchání (to znamená, že dýchací svaly musí vyrovnat ztrátu pružnosti tím, že se aktivně podílejí i na klidovém výdechu). Kašláni a usilovné manévry výdechu pomáhají odstraňovat sekret. Relaxační techniky, dýchání sešpulenými rty a kontrola dechového vzoru, jejímž cílem je prohloubit a zpomalit rychlé povrchné dýchání, mohou někdy nemocnému zvládnout i akutní stav dušnosti. Do rehabilitačního programu u CHOPN patří také hygiena bronchu, metoda autogenní drenáže, metoda nuceného výdechu, polohová drenáž, míčkování a dechová gymnastika.

Během hospitalizace byla paní D.V k dispozici rehabilitační sestra každé odpoledne, která nemocné poskytla veškeré informace ohledně dechového cvičení a názornou ukázkou správného dýchání. (8)

Závěr

Sestrojení kvalitní prognózy zdravotního stavu nemocného obstrukční plicní nemocí vyžaduje dlouhodobé (literatura uvádí až 4 roky) sledování vývoje FEV1. Obecně platí, že prognóza CHOPN je z hlediska vývoje ireverzibilní obstrukce a mortality pesimistická. Ošetřující personál je odkázán na zvyšování informovanosti pacienta o onemocnění a snahu co nejvíce mezovat rizikové faktory.

V případě paní D.V jsem ve snaze maximálně zmírnit a zpomalit důsledky CHOPN stanovila priority. Zdůraznila jsem, že kouření patří k nejrizikovějším faktorům, které negativně ovlivňují průběh CHOPN. Edukaci ohledně kouření jsem za účelem vyšší účinnosti rozfázovala do více částí, takže jsem ji na nebezpečí zhoršení stavu upozorňovala průběžně. V době, kdy paní D.V pouštěla nemocnici, na mě působila jako člověk, který si je vědom všech rizik spojené s kouřením a CHOPN a je pevně rozhodnut s tímto zlozvykem skončit. Podporou jí v této snaze přislíbil i její syn, který se také rozhodl přestat kouřit.

Dalším nebezpečím, kterému je paní D.V. v souvislosti s vývojem její nemoci vystavena je její nadváha. Při rozhovoru na toto téma pacientka sama uvedla, že se pokouší omezovat přísun sladkých pochutin a chce svoji váhu korigovat, aby se cítila lépe. Nutnost chronické medikace si plně uvědomuje a vnímá ji jako přirozenou součást svého budoucího života.

V průběhu hospitalizace nemocné se ošetřujícím personálu dařilo řešit všechny ošetřovatelské problémy, které jsem stanovila ke druhému dni pobytu paní D. V. v nemocnici. Vzhledem k relativně nízkému věku pacientky a vysoké soběstačnosti je ošetřovatelská prognóza dobrá, bude-li dodržovat léčebný a ošetřovatelský režim.

Propočtená prevalence chronické obstrukční plicní nemoci v ČR je 8%. Vzhledem k závažnosti daného onemocnění je nezbytně nutná kvalitní prevence kouření a ostatních rizikových faktorů.

Seznam zkratek :

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| AA | alergologická anamnéza |
| ATB | antibiotika |
| BMI | body mass index |
| bpn. | bez patologického nálezu |
| cm. | centimetry |
| CT | computer tomografie |
| CRP | C-reaktivní protein |
| DDOT | dlouhodobá domácí oxygenoterapie |
| dg. | diagnóza |
| dpl..... | dle potřeby |
| ery | erytrocyty |
| FA | farmakologická anamnéza |
| FEV1..... | sekundová vitální kapacita |
| FF | fyziologické funkce |
| FR | fyziologický roztok |
| g. | gramy |
| hod. | hodiny |
| CHOPN | chronická obstrukční plicní nemoc |
| IS | indikační skupina |
| IVK | intravenózní katétr |
| i.v. | intravenózně |
| kg. | kilogramy |
| KO..... | krevní obraz |
| ldk. | levá dolní končetina |
| leu | leukocyty |
| LHK | levá horní končetina |
| mg. | miligramy |
| ml. | mililitry |
| OA | osobní anamnéza |
| P | puls |
| PA | pracovní anamnéza |

| | |
|--------------|-----------------------|
| per os | perorálně |
| PHK | pravá horní končetina |
| Q | perfúze |
| RA | rodinná anamnéza |
| RTG | rentgenologie |
| RV | reziduální objem |
| tbl. | tablety |
| TK | tlak krve |
| tromb. | trombocyty |
| TT | tělesná teplota |
| TV | televize |
| V | ventilace |
| VC | vitální kapacita plic |
| v.s. | velmi suspektní |

Seznam použité literatury

(6) Archalousová, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X

(8) Jelínková, A.: Dechová rehabilitace u plicního onemocnění. Sestra, IX, 1992, 2 tematický sešit, str. 13-14

(5) Doenges E.M., Moorhause F.M.: kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8

(1) Drábková J. a kolektiv autorů: Péče o nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí v České republice. Praha : nakladatelství Jalna, 1996. ISBN 80-901743-3-7

(4) Kelner, P.: Vnitřní lékařství, svazek III., Pneumologie. Praha: Galén, Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7262-131-9 (Galén), ISBN 80-249-0369-1 (Univerzita Karlova)

(2) Kelner, P. a kolektiv: Vnitřní lékařství, díl 3. Praha : Karolinum, 1998 ISBN 80-7184-607-4

(3) Krofta, K.: Pneumologie. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-710-0.

(10) Pharmindex Kompendium. Praha : MediMedia Information spol s.r.o, 2001

(7) Vymětal, J.: Lékařská psychologie. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

Další zdroje :

(9) Chorobopis paní D.V