

Univerzita Karlova v Praze  
3. lékařská fakulta  
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

## **Bakalářská práce**

**Téma: OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÉHO S AKUTNÍM  
INFARKTEM MYOKARDU**

Duben 2006

Monika Kubánková  
Bakalářské studium  
Ošetřovatelství  
Všeobecná sestra

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s případným využitím mé práce pro studijní účely.

### **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat všem svým konzultantům, kteří mě ovlivnili při psaní této práce, paní doc. MUDr. Janě Málkové CSc., panu doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi CSc. za odborné konzultace, cenné rady a připomínky a paní Mgr. Haně Svobodové za odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce.

V Kadani, 15. dubna 2006



## **Obsah:**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Úvod.....</b>                        | <b>4</b>  |
| <b>2. Klinická část.....</b>               | <b>5</b>  |
| 2.1 Anatomie srdce a koronárních cév.....  | 5         |
| 2.2 Fyziologie srdce.....                  | 6         |
| 2.3 Definice a charakteristika IM .....    | 7         |
| 2.3.1 Příčiny IM.....                      | 7         |
| 2.3.2 Rozlišení IM.....                    | 8         |
| 2.4 Rizikové faktory.....                  | 8         |
| 2.5 Klinický obraz.....                    | 9         |
| 2.6 Komplikace.....                        | 10        |
| 2.7 Diagnostika.....                       | 12        |
| 2.8 Léčba.....                             | 16        |
| 2.9 Sekundární prevence.....               | 22        |
| 2.10 Prognóza.....                         | 22        |
| <b>3. Údaje o nemocném.....</b>            | <b>23</b> |
| <b>4. Ošetrovatelská část.....</b>         | <b>27</b> |
| 4.1 Ošetrovatelská anamnéza.....           | 27        |
| 4.2 Teorie zvoleného modelu.....           | 27        |
| 4.3 Hodnocení dle modelu M. Gordonové..... | 28        |
| 4.4 Ošetrovatelské diagnózy.....           | 32        |
| <b>5. Psychologická část.....</b>          | <b>41</b> |
| <b>6. Edukace.....</b>                     | <b>44</b> |
| 6.1 Edukace v primární péči.....           | 44        |
| 6.2 Edukace v sekundární péči.....         | 47        |
| 6.3 Edukace pacientky.....                 | 48        |
| <b>7. Závěr a prognóza.....</b>            | <b>49</b> |
| <b>8. Seznam zkratk.....</b>               | <b>50</b> |
| <b>9. Seznam použité literatury.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>10. Přílohy.....</b>                    | <b>52</b> |

## 1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetřovatelské péče o nemocnou s diagnózou akutní infarkt myokardu. Má pacientka H.K. (58 let), kterou tato diagnóza postihla, byla přivezena RZP do městské nemocnice v Kadani, kde byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče interního oddělení a poté na standardním interním odd.

V klinické části se zabývám anatomíí srdce a krevního oběhu, fyziologií, charakteristikou IM, příčinami, rozlišením IM. Uvádím rizikové faktory IM, popisuji klinický obraz onemocnění. Dále se zabývám komplikacemi, diagnostikou, léčbou a prognózou IM. Závěrem této části se věnuji údajům o pacientce, její lékařské anamnéze, farmakologické terapii a průběhu hospitalizace.

V ošetřovatelské části jsem na základě získaných informací od pacientky, ze zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním získala ošetřovatelskou anamnézu. Stav pacientky jsem zhodnotila 3.den hospitalizace podle modelu Marjory Gordonové – funkčního modelu zdraví. Ošetřovatelské problémy a plány péče jsem stanovila po přijetí pacientky a ke 3.dni hospitalizace.

V psychologické části své práce se věnuji vlivu psychologických faktorů na vznik onemocnění, psychosociálními reakcemi na diagnózu IM a psychickým stavem pacientky.

Edukační činnost navrhuji pro primární i sekundární péči a uvádím zde způsob edukace mé pacientky.

Závěrem shrnuji péči a prognózu IM.

Práci uzavírám seznamem zkratk, seznamem použité literatury a přílohami.

## 2. Klinická část

### 2.1 Anatomie srdce a koronárních cév

#### Srdce

Srdce je dutý svalový orgán, tvořený čtyřmi oddíly – pravou síní, pravou komorou, levou síní, levou komorou.

Mezi jednotlivými srdečními oddíly jsou chlopně, které zajišťují jednosměrný průtok krve v srdci. Dvě poloměsíčité (semilunární) chlopně oddělují srdeční komory od aorty a plicnice (chlopeň aortální a pulmonální). Další chlopně atrioventrikulární oddělují síně a komory – trikuspidální chlopeň odděluje pravou síň od pravé komory a bikuspidální (mitrální) odděluje levou síň od levé komory .

Na stěně srdeční rozeznáváme tři vrstvy – endokard (lesklá blána vystýlající nitro srdce), myokard (srdeční svalovina tvořená srdeční příčně pruhovanou svalovinou), epikard (serózní povrchová blána). Celé srdce je uloženo v obalu - perikardu.

Srdce je uloženo za sternem, v mediastinu, svou jednou třetinou je vpravo od střední čáry, dvěma třetinami vlevo od střední čáry. Hmotnost srdce dospělého člověka je 230 až 340 g (závisí na pohlaví, věku, na objemu srdeční svaloviny).

#### Koronární oběh

Srdce je zásobeno zpravidla třemi hlavními tepnami, přičemž z kořene aorty odstupují dva arteriální kmene – levá a pravá věnčitá tepna (a. coronaria sin. et dx.).

Kmen levé věnčité tepny odstupuje z levého předního aortálního sinu, probíhá mezi ouškem levé síně a výtokovým traktem pravé komory k přednímu mezikomorovému žlábků, zde se větví na dvě hlavní tepny: ramus interventrikularis anterior a ramus circumflexus.

Pravá věnčitá tepna odstupuje z pravého předního aortálního sinu. Probíhá dopředu a doprava v pravém síňokomorovém žlábků, ohýbá se směrem dolů, kde obvykle odstupuje ramus ventricularis, po dalším ohybu odstupuje ramus marginalis a druhá koncová větev ramus posterolateralis dx.

Levá věnčitá tepna zásobuje hlavně levostranné srdeční oddíly a část mezikomorové přepážky. Pravá věnčitá tepna zásobuje pravostranné srdeční oddíly, část přepážky a spodní stěnu levé srdeční komory.

## 2.2 Fyziologie srdce

Krevní cirkulace umožňuje zásobovat tkáně kyslíkem, živinami, vitamíny, odstraňuje zplodiny látkové přeměny, pomáhá udržovat stálou koncentraci iontů, acidobazickou rovnováhu, teplotu a transportuje hormony. Hnací jednotkou oběhové soustavy je srdce. Energetickým zdrojem pro srdeční činnost jsou mastné kyseliny, laktát, glukóza a v menší míře i aminokyseliny. K základním fyziologickým vlastnostem srdeční svaloviny patří automacie, vodivost, dráždivost a stažlivost.

Automacie srdeční svaloviny je zajištěna převodním systémem srdce a jde o schopnost srdeční svaloviny samočinného vzruchu a následného stahu.

Převodní soustavu tvoří: (9, str. 111-112)

- 1) sinoatriální uzel (Keithův-Flackův) – je umístěn v ústí do pravé síně
- 2) internodální dráhy – spojují SA uzel s AV uzlem
- 3) atrioventrikulární uzel (Aschoffův-Tawarův) – umístěn při ústí trikuspidální chlopně
- 4) Hissův svazek – odstupuje z AV uzle a prochází síňokomorovou přepážkou
- 5) pravé a levé Tawarovo raménko – odstupují ze svazku a směřují do odpovídající svaloviny komor
- 6) Purkyňova vlákna – probíhají periferně a jsou zakončena ve svalovině komor

Za fyziologických podmínek je rytmus srdce sinusový vycházející z SA uzlu. Srdeční činnost je cyklický děj – srdeční revoluce. Srdeční revoluci činní systola (kontrakce myokardu) a diastola (uvolnění myokardu). Při jedné systole se vypudí do oběhu 70-80 ml krve.

Srdeční frekvence je řízená nervově (sympatikem a parasympatikem) a hormonálně (adrenalin, noradrenalin, glukagon, koncentrace iontů draslíku a vápníku).

## 2.3 Definice a charakteristika IM

Akutní infarkt myokardu patří mezi akutní formy ischemické choroby srdeční. Jedná se tedy o akutní ložiskovou ischemickou nekrózu srdečního svalu vzniklou na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast. Nejčastěji bývá infarktem postižena levá srdeční komora.

Při IM dochází ke snížení kontraktilní funkce srdečního svalu, které má za následek omezení minutového srdečního volumu a pokles krevního tlaku. Porucha systolické a diastolické funkce je přímo úměrná rozsahu nekrózy. U malých infarktů se nemusí projevit klinickými symptomy, lze ji zjistit laboratorně, echokardiograficky, koronarografií. U velkých infarktů se porucha systolické funkce projeví klinicky, především snížením minutového objemu a poklesem ejekční frakce. Ejekční frakce je spolehlivý ukazatel prognostické závažnosti infarktu. Čím nižší má nemocný ejekční frakci, tím horší je jeho prognóza. Její normální hodnota je 55 – 80%, u rozsáhlých infarktů klesá pod 35% a u kardiogenního šoku bývá jen 15 – 20%.

### 2.3.1 *Příčiny IM:*

- koronární ateroskleróza - je nejčastější příčinou IM asi 95%. Jedná se o proces dlouhodobý, který postupně zužuje cévu. Vzniká na základě ukládání tukových látek a vápníku do endotelu, to vyvolá zánět endotelu, který se hojí vazivovou jizvou. Příčinami aterosklerózy je hyperlipoproteinémie, vyšší příjem nasycených mastných kyselin, kouření, obezita, stres, nedostatek pohybu, DM, hypothyreóza
- obliterace trombem – vzniká nejčastěji na rozpadajícím se aterosklerotickém plátu (část trombů se spontánně rekanalizuje)
- spasmus cév – postihuje aterosklerózou změněné tepny. Podkladem mohou být zánětlivé změny (arteritis), trauma (kontuze myokardu), protrombotické stavy, kongenitální anomálie věnčitých tepen, otrava CO, aortální stenóza, užívání kokainu.

### 2.3.2 *Rozlišení IM* : (11, str.19)

- **Q-infarkt myokardu (transmurální infarkt)** – IM celé tloušťky stěny myokardu.  
IM provázený vznikem a přetrváváním patologických kmitů Q minimálně ve dvou EKG svodech.
- **Non-Q-infarkt myokardu (netransmurální, subendokardiální, intramurální infarkt)** – IM části stěny myokardu  
IM bez rozvoje nových patologických kmitů Q. Na EKG můžou být přechodné elevace ST, deprese ST, negativní vlny T, raménkový blok, vzácně i normální EKG. Současné zvýšení CK-MB a troponinu I nebo T.
- **Minimální myokardiální léze (mikroinfarkt)**  
Zvýšení troponinu I nebo T při normálních hodnotách aktivity CK-MB a bez čerstvých EKG změn.

#### *Rozlišení podle lokalizace:*

- IM přední stěny
- IM boční stěny
- IM spodní stěny

## 2.4 Rizikové faktory

(6, str. 313-315)

#### *Faktory životního stylu:*

- Výživa s vysokým obsahem nasycených (živočišných) tuků, cholesterolu a nadbytečným energetickým obsahem
- Kouření
- Nadměrná spotřeba alkoholu
- Nízká tělesná aktivita
- Abusus kokainu

#### *Faktory biochemické a fyziologické:*

- Zvýšený celkový cholesterol v plazmě (především LDL)
- Nízký HDL cholesterol



- Zvýšené triacylglyceroly
- Zvýšený krevní tlak
- Hyperglykémie, DM, porucha glycidového metabolismu – hyperinzulinémie
- Obezita centrálního typu
- Trombogenní faktory
- Mírná hyperhomocysteinémie

*Nespecifické osobní faktory:*

- Věk (vyšší než 45 let u mužů, ženy v postmenopauze)
- Mužské pohlaví
- Rodinné dispozice (ICHS, ateroskleróza)
- Osobní anamnéza ICHS, aterosklerózy
- Psychosomatické faktory

## 2.5 Klinický obraz

IM je asi v polovině případů prvním projevem koronárního onemocnění a patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Největší počet úmrtí nastane v prvních hodinách, ještě před přijetím do nemocnice.

Začátek infarktu je charakterizován náhle vzniklou prudkou, svíravou bolestí na hrudi (stenokardií) nebo bolestí prudce narůstající. Bolest není jen retrosternální, je difúznější a šíří se po přední straně hrudníku. Může vystřelovat do ramen, do horních končetin, do krku, do čelisti, do epigastria a do zad. Šíří se spíše doleva. Bývá silná, svíravá, tlaková, pálivá, nezávislá na změně polohy. Je provázena pocitem strachu ze smrti (nazývaný angor mortis). Trvá déle než 20 minut (1 hodinu až 24 hodin) a nereaguje na nitrolátky. Asi v 10% případů je lokalizace bolesti atypická: mezi lopatkami, v paži, v krku, v epigastriu. A v dalších asi 10% není přítomná bolest vůbec. (11, str. 128)

Další příznaky bývají zažívací potíže – nevolnost, zvracení, průjem, říhání a meteorismus.

Nemocný je bledý, má chladnou a opocenou kůži, cítí se slabý, má pocit na omdlení, tachykardii, palpitace nebo poruchy rytmu, je úzkostný. Může se objevit i dušnost, tachypnoe. Může být zmatený.

Horečka se objevuje obvykle ve 12. -24. hodině po začátku onemocnění, 2.-3. den může dosáhnout i 38 až 39°C, nejpozději mizí kolem 8. -10. dne.

Při infarktu pravé komory bývá zvýšená náplň krčních žil a hepatomegalie.

Asi u 20-30% infarktů jsou příznaky mírné, atypické, vzácně příznaky chybí tzv. němý infarkt. a je zjištěn až při náhodném EKG vyšetření nebo při pitvě (jako vazivová jizva). Častěji probíhá němý infarkt u starších osob, diabetiků a psychotiků.

## 2.6 Komplikace

V akutní fázi IM se komplikace objevují poměrně často, proto je nutné monitorování na koronární jednotce.

- Arytmie

Supraventrikulární arytmie- vyskytují se relativně často. Jejich přítomnost většinou oznamuje rozvoj srdeční insuficience, nebo naopak mohou insuficienci způsobit. Důležitá je jejich léčba, protože návrat sinusového rytmu vede ke snížení spotřeby kyslíku myokardem a zvyšuje srdeční výdej. Patří sem:

*Fibrilace síní* – je nejčastější síňovou tachyarytmií, která se vyskytuje u 10-20% nemocných v průběhu 72 hodin.

*Sinusová bradykardie* – vyskytuje se u 16-25% nemocných, nejčastěji při IM spodní stěny.

*Sinusová tachykardie* – vyskytuje se u 30% nemocných, většinou jako odpověď na dráždění sympatiku při stresu nebo na akutně vzniklou srdeční insuficienci.

Komorová arytmie – do těchto arytmií se řadí *komorová tachykardie* a *fibrilace komor*. V souvislosti s IM jsou prognosticky závažné. 60% úmrtí na IM během prvních hodin je přisuzováno maligním komorovým arytmiím, především fibrilaci komor. Hlavní arytmogenní substrát je poškozený myokard, který umožňuje vznik reentry okruhů. Tyto arytmie se objevují při

vzniku velkých infarktových ložisek s následnou dilatací a remodelací komory.

Bradyarytmie a poruchy převodu – mohou být přechodné, progredující, ireverzibilní a prognosticky závažné. Poruchy A-V převodu jsou časté u spodního IM. Léčbou je dočasná externí kardiostimulace nebo implantace trvalého kardiostimulátoru.

- **Srdeční selhání**

Selhání levé komory v akutní fázi svědčí pro špatnou prognózu. Projeví se dušností, cvaem a chrupkami na plicních bázích. Klinicky se stupeň selhání klasifikuje podle Killipa I-IV.

- **Kardiogenní šok**

Nejčastější příčinou je IM levé komory. Rizikové faktory rozvoje šoku - věk nad 70 let, rozsah ložiska větší než 40% levé komory, přední lokalizace IM, opakovaný IM, DM, hypertenze, vyšší než I. stupeň Killipovy klasifikace při přijetí. Každý nemocný s včas diagnostikovaným kardiogenním šokem by měl být okamžitě transportován na primární PCI. (11, str.103)

- **Infarkt pravé komory**

Bývá způsoben uzávěrem proximální části pravé koronární arterie nebo vzácně její větve ramus ventricularis dx.

- **Perikarditida**

Časná infarktová perikarditida se projevuje nejčastěji v prvních třech dnech perikardiálním třecím šelestem, teplotou, leukocytózou a bolestí za hrudní kostí. U 40% nemocných se vyskytuje klinicky němý perikardiální výpotek bez známek tamponády. Přítomnost výpotku nebo časně infarktové perikarditidy je spojeno s vyšší morbiditou a mortalitou nemocných.

- **Mechanické komplikace po IM**

Ruptura volné srdeční stěny – její výskyt je méně než 1%, častěji se vyskytuje v prvních 24 hodinách a u nemocných léčených trombolýzou. Typicky se ruptura vyskytuje v oblasti infarzovaného myokardu za věnčitou

## 2.8 Léčba

### Cíle:

- Zabránit úmrtí
- Obnovení perfuze koronárních tepen, zastavit postup nekrózy
- Minimalizovat subjektivní potíže nemocného
- Léčba komplikací
- Snížit riziko recidivy infarktu, pozdějšího úmrtí

Základem léčby je boj o čas. Čím dříve od začátku příznaků se nemocný dostane na koronární jednotku, tím lépe. Čím dříve se je zahájena trombolýza nebo je provedena PCI, tím menší je výsledný rozsah infarktu a tím příznivější prognóza. Také lze v nemocnici bez problému zvládnout maligní arytmie, na které v prvních hodinách IM v prehospitalizační fázi umírá řada nemocných.

### Fáze léčby:

- Prehospitalizační
- Pobyť na koronární jednotce (2-3 dny)
- Doléčení na lůžkovém odd. kardiologie (4-14 dnů, podle průběhu)
- Ambulantní RHB, nebo lázeňská léčba

### **Prehospitalizační fáze**

Po stanovení předběžné diagnózy AIM na základě anamnézy a EKG je důležitý čas a výběr nemocnice, do níž je pacient transportován. Podle nových doporučení nemusí být nemocný s AIM transportován do nejbližší nemocnice. Transport k primární PCI je bezpečný přinejmenším na vzdálenost do 120 km. (11, str.127)

### Léčebná opatření:

- *Odstranění bolesti opiáty:* morfin 2-5mg i.v. nebo fentanyl 0,05-0,1 mg i.v.
- *Atropin* při bradykardii (hypotenzi) 0,5-1,0 mg
- *Oxygenoterapie* 6-8 l/min po dobu bolesti nebo dušnosti
- *Kyselina acetylsalicylová (ASA):* 200-400 mg p.o. – základní opatření při podezření na IM

- *Heparin*: vhodný pouze před transportem na primární PCI- bolus 150j./kg. Před trombolýzou vhodný není (komplikace krvácení).
- *β-blokátory* (individuálně): při tachykardii, hypertenzi, přispívá k potlačení bolesti, tachyarytmií a omezuje negativní vliv stresu na rozvíjející nekrózu
- *Nitráty*: při srd. selhání, hypertenzi a při recidivujících stenokardiích
- *Diuretika*: při městnaném srd. selhání nebo plicním edému (furosemid 40-80mg i.v.)
- *Katecholaminy*: při rozvoji kardiogenního šoku (infuze s dopaminem, dobutaminem)
- *Zklidnění nemocného*: rozhovorem, příp. sedativy
- *Prehospitalizační trombolýza*: při velké vzdálenosti do nemocnice, kde by čas do zahájení trombolýzy byl více než 90 minut (reperfuze od začátku příznaků do 3 hodiny, v pozdějších fázích je účinnost trombolýzy menší)
- *Resuscitace*
- *Transkutánní kardiostimulace*: při transportu do zařízení, které je schopno provést transvenózní stimulaci

### **Fáze hospitalizace:**

#### ***Revaskularizační léčba***

Do revaskularizační léčby zařazujeme katetrizační revaskularizaci – PCI a chirurgickou revaskularizaci – bypass. Oběma musí předcházet koronarografie.

- PCI – perkutánní koronární intervence

PCI je jakákoli katetrizační intervence na koronárních tepnách. Patří sem balónková angioplastika (nejstarší metoda, jako první na světě ji provedl Andreas Grüntzig v roce 1977 v Curychu). Metoda spočívá v zavedení balónku do zúženého místa v tepně a jeho naplnění tekutinou. Po vytažení balónku zůstane tepna roztažená (efekt otisku v mokřém sněhu). Balónková angioplastika (i bez stentu) má okamžitý úspěch v odstranění stenózy asi v 90%. Tato metoda může být doplněna o zavedení intrakoronárního stentu. 70-90% angioplastik je dnes provázeno implantací stentu.

Některé stenty lze zavádět i bez angioplastiky jako primoimplantace stentu. Před PCI musí být pacient léčen ASA a heparinem bolusově 150 j./kg. Po PCI se podává clopidogrel nebo ticlopidin po dobu jednoho měsíce a ASA u všech nemocných dlouhodobě.

*Primární PCI* – je urgentní PCI infarktové tepny v prvních 12 hodinách bez předchozí trombolýzy. Indikace a kontraindikace primární PCI uvádím na straně 15.

*Záchraná „rescue“ PCI* – bezprostředně po neúspěšné trombolýze.

- Koronární bypass

Provedení koronárního bypassu se doporučuje minimálně za 2-4 týdny po IM. Před bypassem by měl nemocný dostávat pouze heparin, antiagregancia by měla být vysazena týden před operací. Po bypassu by měl každý nemocný dostávat doživotně ASA.

Urgentní koronární bypass – riziko úmrtí je třikrát vyšší než u elektivních pacientů.

Indikace k urgentnímu koronárnímu bypassu: (11, str.85)

Bypass jako součást urgentní operace pro mechanický defekt po IM

1. Rozvíjející se IM s velkou ohroženou oblastí myokardu při nemožnosti, nevhodnosti PCI nebo trombolýzy
2. Recidivující klidové stenokardie při koronarografickém nálezu neschůdném pro PCI a vhodném pro bypass
3. Významná stenóza kmene levé koronární tepny nebo významná stenóza poslední průchodné tepny při uzávěrech ostatních koronárních tepen

Nevýhodou je možný uzávěr bypassu (více u žilních bypassů).

### ***Trombolytická léčba***

Trombolýza – je rozpuštění trombu (aktivace fibrinolytického systému) ve věnčitém řečišti a obnovení průtoku tepnou. Ideální trombolýza je provedena do 2 hodin od uzávěru tepny (úmrtnost nemocných se snižuje až o 50%), provedením do 6 hodin od uzávěru se snižuje výskyt srdečního selhání, šoku, smrtelných arytmií, trombu, embolií. Za efektivní trombolýzu se ještě považuje doba do 12 hodin od uzávěru (maximální doba podání trombolýzy).

K léčbě IM s elevacemi ST se používají trombolytika: streptokináza (ST) a tkáňový aktivátor plazminogenu (tPA), nebo bolusová trombolytika retepláza (rPA) a tenektepláza (TNK-tPA).

*Streptokináza* je cenově nejdostupnější (cca 3500 Kč). Je produktem  $\beta$  - hemolytického streptokoka. Při nitrožilním podání se váže na plazminogen a vytváří s ním – komplex aktivátoru. Komplex přeměňuje zbývající molekuly plazminogenu na plazmin a ten pak štěpí fibrin a fibrinogen na degradační produkty, které nemají trombogenní účinky. (5, str. 243)

Streptokináza může vyvolat alergii. Při léčbě vznikají protilátky, které přetrvávají 3-6 měsíců. Opakovaná léčba v průběhu půl roku je neúčinná a navíc může nemocného poškodit anafylaktickým šokem. Streptokináza se aplikuje infuzí 1,5 mil. j. ve 100 ml fyziologického roztoku na 45 minut. Před zahájením léčby podáváme 200mg hydrokortizonu i.v. k prevenci alergických reakcí.

*Tkáňový aktivátor plazminogenu (tPA)* – je přirozeně se vyskytující enzym, produkováný řadou tkání včetně endotelu. Nevyvolává alergie a hypotenzi. Přibližná cena je cca 40000 Kč.

Kontraindikace trombolýzy:

PCI je srovnatelně dostupná jako trombolýza, CMP v posledních 6 měsících, krvácení do mozku v anamnéze, trauma nebo operace v posledních 3 týdnech, GIT krvácení v posledním měsíci, krvácivá porucha, disekující aneurysma aorty, TIA v posledních 6 měsících, léčba perorálními antikoagulancii, těhotenství, atd.

### ***Chirurgická léčba***

Indikacemi této léčby u IM je:

- Vyvíjející se AIM neřešitelný PCI
- Kardiogenní šok a nález na koronárních tepnách neřešitelném PCI
- Akutní komplikace po PCI, pokud se rozvíjí středně velký nebo velký infarkt
- Mechanické komplikace AIM (ruptura mezikomorové přepážky, ruptura papilárního svalu, ruptura volné stěny levé komory)
- Časná nestabilní poinfarktová AP

## ***Medikamentózní léčba***

- **Antiagregační léčba**

Lékem první volby je v současnosti ASA – Acylpyrin, Anopyrin. Při podezření na vznikající IM je indikováno co nejrychlejší podání ASA. Při nesnášenlivosti ASA podáváme ticlopidin nebo clopidogrel. Novou skupinou antiagregačně působících léků jsou blokátory destičkových glykoproteinových receptorů, které se aplikují i.v. formou bolusové injekce a následně v infuzi. Blokátory glykoproteinových receptorů se používají pouze před a po PCI, neboť v kombinaci s trombolitiky mají vysoké riziko krvácivých komplikací.

- **Antikoagulační léčba**

Aplikace antikoagulancií brání narůstání trombu v koronární tepně, nebo recidivě trombózy, ale sama trombus nerozpustí. Heparin v kombinaci se streptokinázou nebo v kombinaci s blokátory glykoproteinových receptorů zvyšuje riziko závažných krvácivých komplikací. Před PCI musí být nemocný s IM léčen ASA a heparinem.

- **β-blokátory**

Používáme je při léčbě AIM a následně v sekundární prevenci. Řada studií prokázala, že při podávání β-blokátorů se snížila mortalita nemocných.

β-blokátory snižují potřebu kyslíku v myokardu vlivem zpomalení frekvence, poklesu TK a snížení stažlivosti srdce. Zlepšují průtok krve kolaterálním řečištěm, tím se zvýší přísun kyslíku k ischemickému ložisku. Kontraindikace β-blokátorů jsou: kardiogenní šok, edém plic, A-V blok II.-III.stupně, respirační insuficience při CHOPN nebo astmatu, bradykardie pod 60/min, hypotenze pod 100/70 mmHg, srdeční selhání.

- **Inhibitory ACE (enzymu konvertujícího angiotenzin)**

Aplikace inhibitorů ACE v průběhu prvních 24 hodin až 16 dnů po IM snižuje mortalitu nemocných (především u nemocných se sníženou ejekční frakcí levé komory, známkami srd. selhání a předním infarktem).

Indikace: nemocní s dysfunkcí levé komory (EF pod 40%) a známkami srd. selhání, s IM přední stěny, všichni nemocní po IM.

Kontraindikace: alergie, gravidita oboustranná stenóza renální tepny, šok nebo hypotenze, zhoršené renální funkce po podání inhibitorů ACE.



- Hypolipidemika

Terapie statiny u nemocných s hypercholesterolémií působí preventivně proti vzniku ICHS a u nemocných s sklerotickým postižením koronárních tepen zlepšují prognózu. Příznivý účinek statinů není jen ve snížení celkového a LDL cholesterolu, ale jsou známy další mechanismy, kterými mohou statiny zlepšit prognózu nemocných jsou to: stabilizace sklerotických plátů, příznivé ovlivnění endotelové dysfunkce, snížení trombogenicity, snížení agregace destiček, antioxidační působení, imunomodulace. Příznivý účinek také mají v primární prevenci IM. Hypolipidemika snižují koronární a celkovou mortalitu.

- Nitráty

Nitráty mají relaxační vliv na hladké svalstvo cév. Relaxace stěny koronárních tepen zlepší zásobení myokardu kyslíkem. V současné době je léčba nitráty i.v. indikována při AIM pouze u symptomatických nemocných s rekurentní ischemií, levostrannou srd. nedostatečností nebo hypertenzí po dobu 24-48 hodin.

- Léky ovlivňující metabolismus ischemického myokardu

Příznivý účinek podávání roztoku glukózy, inzulínu, draslík.

### ***Režimové opatření – RHB***

Má velký význam. RHB můžeme rozdělit na 3 fáze:

a) Při hospitalizaci

Klid na lůžku vleže nebo vsedě první dny doplňujeme dechovým cvičením a aktivním cvičením končetin co nejdříve po odeznění bolesti na hrudi a stabilizaci EKG křivky. Od 2. dne se může pacient posazovat. Od 3. dne je možné opustit lůžko. Od 5. -7. dne je možné chodit po chodbě. Od 10. dne opatrně chodit do schodů. Při cvičení by měly být oběhové parametry v normě, nesmí se dostavit dušnost, stenokardie, arytmie, palpitace. Doba hospitalizace bývala 3 týdny. Celosvětově je trend ke zkracování doby hospitalizace. U nás je nyní doba hospitalizace minimálně 10 dní.

b) Po propuštění

RHB by měla pokračovat i doma. Cvičení by se mělo skládat z rozcvičení a vytrvalostního tréninku. Cvičit by se mělo 2krát denně postupným zrychlováním chůze. Z počátku chodí klient 2 km ráno a odpoledne, kdy si

měří, za jak dlouho ujde 1 km bez jakýchkoliv potíží. V průběhu zátěže by si měl kontrolovat tepovou frekvenci. Při špatném počasí je třeba, aby trénoval i doma. Dlouhodobě je vhodné provozovat rekreační sporty ( turistika, plavání, jízda na kole ).

#### c) V lázních

Po období rekonvalescence je možná lázeňská péče ve Františkových Lázních, Konstantinových Lázních a Poděbradech.

## 2.9 Sekundární prevence

Každý nemocný po infarktu myokardu je dispenzarizován, dochází na pravidelné kontroly a je poučen o dalších režimových opatřeních. Měl by upravit svůj životní styl a snažit se zabránit rizikovým faktorům (nekouřit, upravit hmotnost, mít přiměřenou fyzickou aktivitu, dodržovat nízkocholesterolovou dietu, vyvarovat se stresu, omezit alkohol nebo jen v malém množství). Pravidelně užívá léky (antiagregační léčbu ASA (Anopyrin tbl.),  $\beta$ -blokátory, ACE inhibitory, hypolipidemika).

Není vhodné, aby chodil ven ve větrném počasí, při teplotách nižších než -5C°, nebo naopak při tropických teplotách. Je vhodné, aby klient provozoval nějaký rekreační sport.

## 2.10 Prognóza

Prognostické zhodnocení je obtížné a závisí na mnoha faktorech. Roli v dalším vývoji onemocnění hraje věk postiženého, pohlaví, přidružené onemocnění (např. hypertenze, DM, ateroskleróza, obezita . . .). Velmi důležitý je začátek léčby – urgentní PCI, trombolýza po nástupu příznaků. Včasnou léčbou lze předejít velkému rozsahu nekrózy, komplikacím, úmrtí. Prognózu lze zlepšit sekundární prevencí (užíváním ASA trvale, hypolididemika,  $\beta$ -blokátory, nekouřit, fyzická aktivita atd).

### 3. Údaje o nemocném

#### Základní údaje:

Iniciály: H.K.

Věk: 58 let

Pohlaví: žena

Datum přijetí na JIP: 13.8.2005

Překlad na standardní interní odd.: 16.8.2005

Datum propuštění: 19.8.2005

#### Lékařská anamnéza

RA: matka AP zemřela v 70 letech, otec zemřel na IM v 62 letech

OA: léčí se pro zvětšenou ŠŽ, je dispenzarizována v endokrin. ambulanci v Chomutově, užívá Letrox

Operace APPE v 16 letech, před 18 lety laparoskopická operace cysty na vaječníku

Hypertenze 0, ICHS 0, DM 0, VCHGD 0, úrazy 0, glaukom 0

FA: Letrox, Lipanor

AA: alergie neudává

Abusus: káva 1krát denně, nekouří, alkohol a drogy neguje

SA: žije s manželem v rodinném domě společně s 28letou dcerou, zetěm, vnučkou

NO: 13.8.2005 přivezena RZP ve 23.00. Dopoledne okolo 11.00 jela na kole na zahrádku, objevily se bolesti na prsou s propagací do levého ramene, ze zahrady již kolo tlačila. Bolesti v klidu se zmírnily, doma si vzala Acylpyrin a lehla si. Při sledování televize okolo 22.00 se opět bolest za hrudní kostí zhoršila, tlak do ramene, byla dušná, slabá, na omdlení, měla nauzeu a průjem, nezvracela.

#### Lékařská dg.:

Stenokardie, AIM

Hyperlipoproteinemie,

Sled. pro strumu

Ordinace:

**NTG p.p.**

*S:* Glyceroli trinitras 500 µg v 1 tbl

*IS:* Vazodilatancia

*NU:* bolesti hlavy, návaly, zčervenání ve tváři, palpitace, tachykardie, ortostatické poruchy, ataxie

**Diazepam 5-5-10**

*S:* Diazepamum 5 mg v 1 tbl, 10 mg v 1 tbl

*IS:* anxiolytikum

*NU:* Spavost, závratě, bolest hlavy, dezorientace, poruchy zraku, deprese, poruchy spánku, tělesný neklid

**Heparin 30000j. i.v/24h-dávkořačem**

*S:* Heparinum natrium 5000 m.j. v 1 ml roztoku

*IS:* Antikoagulans

*NU:* krváčení, zvýšení hladiny transamináz, volných MK, tyroxinu, draslíku v krvi, trombocytopenie, přechodné alergické reakce, osteoporóza se spontánními frakturami, zvýšené riziko předčasného porodu, potratu

**Torecan 1amp i.v. při zvracení**

*S:* Thiethylperazini dimalát

*IS:* Antiemetikum

*NU:* somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče, opistotonus, grimasy v obličeji, sucho v ústech, hypotenze, tachykardie, neuralgie trigeminu

**Fentanyl 1 amp i.v. při bolesti**

*S:* Fentanyli dihydrogenocitras

*IS:* Opioidní analgetikum

*NU:* deprese dýchání, ztuhlost hrudníku, vagotonie, euforie až závislost, zvracení, lehká hypotenze, vazodilatace, zpomalení střevní peristaltiky

**Atenolol 25 1-0-0**

*S:* Atenololum 25 mg v 1 tbl

*IS:* Sympatolitikum

*NU:* nauzea, zvracení, bradykardie, Raynaudův syndrom, svalová slabost, alergické kořní reakce, poruchy spánku

**Anopyrin100 1-0-0**

*S:* acidum acetylsalicylicum 100 mg v 1 tbl

*IS:* Antikoagulans, antiagregans

*NÚ:* žaludeční obtíže, okultní krvácení v GIT, přecitlivělost, anemie,

**Lipator 1 cps**

*S:* Ciprofibratum 100 mg v 1 cps

*IS:* Hypolipidemika

*NÚ:* dyspeptické obtíže, zvýšení litogenity žluče

**Letrox100 ½-0-0 tbl (po-pá)**

*S:* Levothyroxinum natrium 100 µg v 1 tbl

*IS:* hormon ŠŽ

*NÚ:* pokud je překročena dávka – bušení srdce, arytmie, třes prstů, neklid, nespavost, pocení, průjmy, hubnutí

*Průběh hospitalizace v nemocnici Kadaň:*

13.8. – 16.8. – JIP

16.8. – 19.8. – interní odd.

*1.den – přijetí 23.00 h - JIP*

Pacientka H.K. byla přijatá 13.8. kolem 23.00 hodiny na JIP interního oddělení. Při přijetí je orientovaná, spolupracuje. Je napojená na monitor - TK 110/70, P 70', saturace O<sub>2</sub> 94%, na EKG sinus, elevace ST, TT 36,5°C. Zahájena oxygenoterapie 3l/h kyslíkovými brýlemi. Z RZP má zavedenou periferní kanylu do pravé kubity, aplikován FENTANYL 1 amp.i.v.. Kanyla průchodná. Od 23.30 minut aplikován HEPARIN 30000j i.v./24h – pumpou. Statim odběry – AST, ALT, CK, TROPONIN 3krát po 8 hodinách. APTT denně. Ordinance – NTG p.p., DIAZEPAM 5-5-10, TORECAN 1 amp.i.v. při zvracení, FENTANYL 1 amp.i.v. při bolesti. Dieta – čaj. Sledován P+V.

Výsledky:

CK 2,92

AST 0,57

ALT 0,29

LDH 5,55

TROPONIN 3krát po 8 hodinách – 1,4; 15,3; 15,9

Na EKG – obraz Q infarktu spodní stěny

*2.den - JIP*

Dieta-šetřící, klid na lůžku

Napojena na monitor, EKG křivka, sledování TK, P, saturace O<sub>2</sub> po 1 hodině, P+V, kanyla LHK, O<sub>2</sub> p.p

Ordinace: HEPARIN 30000j i.v./24h, NTG p.p, DIAZEPAM 5-5-10, FENTANYL 2 ml i.v. při stenokardii

Začít s RHB.

*3. den - JIP*

dieta 2, monitor, kanyla, O<sub>2</sub> p.p, TK, P, saturace O<sub>2</sub> po 1 hodině, EKG křivka. P+V, RHB

Ordinace: HEPARIN 30000 j i.v./24 h po dokapání ex, NTG p.p.,

DIAZEPAM 5-5-10 mg, ATENOLOL 25 mg <sup>1</sup>/<sub>2</sub> – 0-0

TK stabilní, sinusový rytmus, bez arytmíí

*4.den - překlad*

ECHO vyšetření,

překlad na standardní interní odd.

*5.-7. den – int.odd.*

Dieta 2, TK 3krát denně, pokračuje RHB,

objednána koronarografie ve FNKV Praha na 6.9. (výkon 7.9.).

19. 8. pacientka propuštěna do domácího ošetřování.

*Hospitalizace ve FNKV – 6.9. – 9.9.2005*

6.9. - EKG, ECHO

7.9. - laboratoř – biochemie, hematologie

provedena koronarografie (zjištěna stenóza ACD 90%), v bezprostřední návaznosti provedení PCI s primoimplantací stentu do ACD (lékový stent se sirolimem), po PCI bolest na hrudi, fibrilace síní – farmakologická verze Prolekofenem

8.9. – laboratoř – biochemie, hematologie

9.9. – hemodynamicky kompenzovaná propuštěna do domácího ošetřování

## 4. Ošetrovatelská část

### 4.1 Ošetrovatelská anamnéza:

Základní ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala při přijetí pacientky na JIP 13.8.2005 ve 23.hodin. Další informace jsem doplnila 3. den hospitalizace, kdy jsem provedla zhodnocení stavu dle modelu M. Gordonové.

Ošetrovatelskou anamnézu uvádím vypracovanou v příloze.

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila při přijetí a 3. den hospitalizace.

O pacientku jsem se starala při přijetí na JIP, 3. a 4. den hospitalizace na JIP, kde jsem praktikovala. Následně jsem měla možnost sledovat její průběh hospitalizace na standardním interním oddělení, kam jsem za ní docházela až do jejího propuštění.

### 4.2 Teorie zvoleného modelu:

#### **Model „Funkčního typu zdraví“**

Autorkou modelu je Marjory Gordonová, PhD, RN, FAAN, profesorka ošetrovatelství z Boston College v Massachusetts. Model vznikl v 80.letech v USA na základě výzkumu o potřebě standardního ošetrovatelského modelu. Splňuje požadavky pro standardní model, vyhovuje ošetrovatelské praxi, vzdělávání i výzkumu. Tento rámcový model se opírá o holistický přístup v ošetrovatelské péči o nemocného. Stav zdraví je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace. Porucha v jedné oblasti naruší rovnováhu celého organismu. Zdravotní stav může tedy být funkční nebo dysfunkční v každé oblasti ze 12 bodů modelu.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, sociálními, kulturními a duchovními faktory.

Na základě dysfunkční oblasti si sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy a sestaví si plán ošetrovatelské péče.

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční stav zdraví.

### 4.3 Hodnocení dle modelu M. Gordonové

#### **1. *Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví:***

Pacientka neprodělala během svého života žádná závažnější onemocnění. Prodelala běžné dětské nemoci – spalničky, zarděnky, neštovice. Od „mala“ má zvětšenou ŠŽ bez medikamentózní léčby. V současné době se léčí a užívá LETROX. Je asi 5 let dispenzarizována v endokrinologické ambulanci v Chomutově, kam 1× ročně chodí na kontrolu. V mládí trpěla na časté záněty močových cest. Dříve bývala citlivá na některé krémy, po kterých se jí dělaly na těle lišeje, proto nyní používá speciální tělová a pleťová mléka, které jí vyhovují. V 16 letech měla operaci APPE. V roce 1987 jí byla laparoskopicky operována cysta na vaječniku.

V rodině pacientky se vyskytlo kardiovaskulární zatížení – otec zemřel na IM v 62 letech, matka trpěla AP zemřela v 70 letech.

Pacientka těžce vnímá svůj zdravotní stav. Nechápe, co udělala špatně. O svém zdravotním stavu byla částečně informována lékařem při přijetí. 2. den hospitalizace jí primář oddělení při vizitě potvrdil, že skutečně prodělala infarkt - to pacientka těžce přijímala. Tušila, že to bude „od srdce“, ale pořád čekala, že to nebude tak vážné.

Alergie neudává.

#### **2. *Výživa a metabolismus:***

Pacientka se snaží jíst pravidelně od té doby, co je doma. Když chodila do práce tak to tolik nešlo, ale snažila se jíst 4× až 5× denně. Váhu si drží celý život stejně okolo 63 kg, ale v mládí měla určitě o 10 kg méně. Měří 163 cm. BMI jí vychází 23,7.

Doma má ráda studené večeře, sýry, zeleninové saláty. Nejí divočinu a skopový. V jídle moc vybíravá není. Před 8 lety jí zjistili zvýšený cholesterol. Od té doby se snaží jíst zdravě – hodně zeleniny a ovoce a ne moc tuku. Na hyperlipoproteinemii užívá LIPANOR.

Denně vypije 1,5 l tekutin většinou neperlivé vody a ovocné šťávy. Bublínky jí nedělají dobře. Alkohol nepije jen příležitostně.

Nyní má k dispozici dostatek tekutin. Manžel jí nosí neperlivé vody, ale také jí chutná nemocniční čaj.



Na JIP se u ní sleduje P+V, má naordinovanou dietu č. 2 – šetřící. Při přijetí trpěla nauzeou a 1× zvracela. Byl podán TORECAN i.v.. Chuť k jídlu moc nemá, cítí se slabá, ale snaží se „dostat do sebe aspoň něco“.

Pravidelně chodí 2× ročně na prohlídky k zubnímu lékaři. Má vlastní chrup, několik plomb, 2 korunky.

Kůže je bez poranění, bez defektů.

### **3. Vylučování:**

Močí pravidelně, spontánně, bez příměsí. Na JIP sledován P+V, močí do podložní mísy. V mládí měla často záněty močových cest, v současné době potíže nemá.

Stolice byla naposled doma před příjezdem RZP. Měla průjem. Na JIP stolice nebyla. Pacientka pociťovala upoutání na lůžko nepohodlně, vadilo by jí vyprázdnit se na pokoji a cítila by se trapně. 4. den hospitalizace byl při překladi na standardní odd. pacientce podán glycerinový čípek. Poté se vyprázdnila na WC. Doma byla zvyklá chodit na stolicí každý den, většinou ráno po ranní kávě. Projímadla nikdy neužívala.

Výrazně se nepotí.

### **4. Aktivita, cvičení:**

Po celou dobu pobytu na JIP je oběhově stabilní – TK, P měřen po 1 hodině. TK kolem 110/70 mm Hg, P kolem 65/ 1 min. Při příjmu dušná, podáván O<sub>2</sub> kyslíkovými brýlemi 3l/min, saturace byla 94-98%. Další dny bez dušnosti. Pacientka je sportovně založená, pohyb má ráda. Byla zvyklá jezdit na kole (často jezdili z manželem asi 20 km). Má atletickou konstituci těla.

Při jízdě na kole na zahradu se právě objevily první příznaky onemocnění – bolest na prsou s propagací do levého ramene, dušnost. Ze zahrady již kolo musela tlačit. Byla s toho vyděšená.

Zaměstnání měla sedavé.

Od 2. dne prováděny se sestrou lehčí cviky DK na lůžku, dechové cvičení a již byla schopna provést ranní hygienu vsedě vedle lůžka s pomocí sestry. 4.den hospitalizace po překladi na odd. se směla pohybovat pomalu po oddělení (na WC, do koupelny, do jídelny). 7.den byla zahájena chůze do schodů.

Na JIP si pacientka stěžovala na bolesti zad v důsledku upoutání na lůžko a inaktivity.

### **5. Spánek, odpočinek:**

První noc byla pacientka rozrušená, nemohla usnout, musela myslet na to, co se jí stalo. Byl podán DIAZEPAM 10 mg p.o. Následující den pospávala i přes den. Od 2. dne si stěžovala na bolesti zad, špatně se jí leží na zádech. Doma je zvyklá chodit spát okolo 22 hodiny. Přes den většinou nespí, je aktivní. Někdy mívala doma období, kdy nemohla večer usnout. Bývalo to asi tak 5× do měsíce. Za těmito potížemi viděla starosti a stres z práce, obavy ze ztráty zaměstnání. Když dostala v červnu výpověď, nemohla spát vůbec, pořád jí to „šrotovalo v hlavě“. Na nespavost měla od praktické lékařky předepsán STILNOX ½ tbl.

Je zvyklá usínat u televize.

### **6. Vnímání (citlivost), poznávání:**

Slyší dobře. Brýle zatím nenosí, ale zdá se jí, že začíná hůře vidět na blízko. Je plně orientovaná, snadno odpovídá, spolupracuje. Informacím od lékaře a sester rozumí. Chybí jí informace o tom, co bude dál, jak bude moci žít a dělat věci na které byla zvyklá, jak moc a v čem bude omezená. Když něčemu nerozumí, ptá se.

Na JIP byla přijata pro stenokardii, na kterou si během hospitalizace již nestěžovala. Udávala bolesti zad po celou dobu pobytu na JIP. Po překlada na standard měla bolesti zad jen občas, pomohlo jí, když se trochu protáhla a prošla po odd.

Ve volném čase ráda jezdí na kole, věnuje se zahrádce a své rok a půl staré vnučce, ráda sleduje sport.

### **7. Sebepojetí, sebeúcta:**

Pacientka je inteligentní, slušná, milá, nekonfliktní.

Sama sebe charakterizuje jako melancholickou spíše lítostivou povahu, ale snaží se být k sobě tvrdá. Problémy se snaží zvládnout sama nebo s manželem. Jeho ale nechce moc zatěžovat, protože je prý větší „citlivka“, než ona. Toto jí také vedlo k tomu, že přestože měla bolesti na prsou a bylo jí špatně už v 11 hodin dopoledne, nikomu nic neřekla, jen si vzala Acylpyrin, prý, aby se doma neplašili, chtěla to zvládnout sama. RZP si zavolala až po 22 hodině, kdy se jí udělalo znovu špatně, bolesti na prsou už měla i v klidu, měla nauzeu a průjem, dušnost, byla slabá – na omdlení.

Tušila, že by to mohlo být od srdce, ale doufala, že to přejde. Teď si sama sobě musí nadávat, za to, že nepřišla dříve.

První dny na JIP se snaží být statečná, nepřipouští si vážnost situace. Doufala, že to infarkt nebyl. Po ujištění primářem odd., že šlo skutečně o infarkt byla velmi rozrušená, lítostivá, plakala.

#### **8. Role, mezilidské vztahy:**

Bydlí se svým manželem v rodinném domě.

Společně s nimi bydlí 28letá dcera s manželem a rok a půl starou dcerkou, kteří se na podzim stěhují do nově postaveného rodinného domu ve stejném městě. Ze své vnučky má velkou radost.

Celý život pracovala na elektrárně jako referentka obchodního oddělení. Na podzim měla jít do důchodu. V červnu dostala výpověď. Stále se s tím ale nedokáže vyrovnat. Cítí se méněcenná. Byla ráda mezi lidmi a přemýšlela i o tom, že by zůstala v práci déle. Být doma se jí nelíbí, chce si najít ještě něco, aspoň na 4 hodiny denně, aby byla zase mezi lidmi. U psychologa nebyla, ale nebránila by se tomu, kdyby se jí někdo nabídl.

Manžel jí pravidelně navštěvuje. O domácnost se nyní stará dcera. Osobní rodinné problémy nemá.

#### **9. Sexualita, reprodukční činnost:**

Měla 1 spontánní porod. Několikrát měla zavedenou DANU. Menstruaci měla pravidelnou od 13 let. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně 1×ročně.

Menopauza proběhla „hladce“ bez potíží v 52 letech.

Provádí si samovyšetřování prsou. Na záněty rodidel netrpěla. Onkologická zátěž v rodině se nevyskytla.

#### **10. Stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí, tolerance:**

V poslední době byla v neustálém stresu. Měla obavy o práci a také k tomu byli přidány drobné starosti v rodině. Následkem toho se staly potíže s usínáním několikrát do měsíce.

Stresové období vyvrcholilo v červnu výpovědí, a přestože pacientka měla jít na podzim do důchodu velice špatně to nesla. Byla ráda mezi lidmi, a to co se jí stalo brala jako osobní prohru, „odkopnutí ze společnosti“, najednou si připadala nepotřebná, zbytečná. Doma se „deptá“, připadá si sama. (Když o tomto tématu mluví vypadá rozzlobeně, má slzy v očích).

Myslí si, že za její infarkt také může tato stresová situace, která jí úplně „vykolejila“.

Věci se snaží zvládat sama, ale také je jí oporou její rodina.

Když byla doma, pomáhala dceři z vnučkou. Odreagování nachází na zahrádce, s vnučkou, nebo na kole.

Žádné návyky nemá.

#### ***11. Víra (přesvědčení), životní hodnoty:***

Je pokřtěná jako katolík, ale do kostela chodí asi 2× do roka. Jen tak se podívat, ne na bohoslužby ani ke zpovědi.

Věří v „něco“ svého, ale náboženstvím je zklamaná.

Její největší hodnotou je rodina a práce. Má strach ze samoty a nemohoucnosti.

Věří, že bude zase žít plnohodnotný život.

#### **4.4 Ošetrovatelské diagnózy**

##### **Při přijetí na JIP (ve 23 hodin)**

- Akutní bolest z důvodu ischémie myokardu
- Nevolnost a zvracení z důvodu IM
- Dušnost v důsledku sníženého výdeje srdce a úzkosti
- Úzkost ze změny zdravotního stavu a strach ze smrti
- Poruchy spánku v důsledku stresu a rozrušení, úzkosti
- Potenciální riziko infekce v důsledku zavedení kanyly i.v.

##### **3.den hospitalizace na JIP**

- Bolesti zad způsobené upoutáním na lůžko
- Omezení soběstačnosti a pocit tělesného nepohodlí z důvodu upoutání na lůžko
- Zácpa způsobená upoutáním na lůžko, změnou prostředí a ostychem pacientky

## **Při přijetí na JIP (ve 23 hodin):**

### **Akutní bolest z důvodu ischemie myokardu**

#### **Cíl:**

- Krátkodobý: bolest odezní do 2 hodin, bolest se minimalizuje
- Dlouhodobý: pacientka bude po dobu hospitalizace bez bolesti, bude umět bolest zhodnotit a bude poučena o pravidlech podání NTG

#### **Plán:**

##### **Krátkodobý:**

- Zhodnocení bolesti (lokalizace, charakter, nástup, frekvence, vyvolávající faktor)
- Posoudit reakce na bolest
- Zajistit klid a pohodlí
- Odstranit rozrušení - uklidnění pacientky rozhovorem
- Podání analgetik dle ordinace – FENTANYL 1 amp i.v.
- Sledovat účinek analgetik, nitrátů – odeznění bolesti

##### **Dlouhodobý:**

- Poučit pacientku o pravidlech podání NTG pod jazyk

#### **Realizace:**

FENTANYL 1 amp.i.v.byl aplikován RZP. Zajistili jsme klid. Snažila jsem se klidným rozhovorem a zájmem minimalizovat úzkost. Ústně jsme s pacientkou zhodnotili lokalizaci a charakter bolesti. Druhý den hospitalizace byla pacientka poučena o NTG.

#### **Zhodnocení:**

Pacientka je bez stenokardií. Zná pravidla podání NTG pod jazyk.

### **Nevolnost a zvracení z důvodu IM**

#### **Cíl:**

- Krátkodobý: pacientka nebude zvracet, nebude pociťovat nevolnost

#### **Plán:**

- Kontrolovat příjem a výdej tekutin
- Sledovat frekvenci, množství, obsah zvratků
- Zajistit emitní misku, buničinu k ruce pacientky
- Poskytnout soukromí

- Dostatečně větrat místnost
- V případě znečištění ložního prádla, povléci čisté
- Zajistit hygienu o dutinu ústní – kelímek s vodou na vypláchnutí úst, pomoc při čištění zubů
- Podávat antiemetika dle ordinace – TORECAN 1 amp. i.v.
- Sledovat účinek podaných antiemetik

**Realizace:**

P+V tekutin sledován po 1 hodině. Sledování frekvence zvracení. Pacientka měla emitní misku s buničinou u sebe, bylo otevřené okno. Dle ordinace jsem aplikovala TORECAN 1 amp. i.v. Znečištěný polštář jsem převlékla za čistý. Zajistila jsem hygienické potřeby na čištění zubů a výplach úst po zvracení.

**Zhodnocení:**

Pacientka zvracela 2krát – krátce po přijetí a ráno po probuzení. Po aplikaci TORECANU 1 amp. i.v. nastala úleva a pacientka usnula. Dopoledne podřimovala. Více si na nevolnost nestěžovala. Přes den chuť k jídlu moc neměla. Snídani nechtěla, k obědu snědla polévku.

**Dušnost v důsledku sníženého srdečního výdeje a úzkosti**

**Cíl:**

- Krátkodobý: minimalizovat dechové obtíže, pacientka bude mít dostatečně okysličené tkáně

**Plán:**

- Sledovat kvalitu dýchání, saturaci O<sub>2</sub>, EKG křivku, FF
- Uložit do polohy v polosedě
- Provádět oxygenoterapii - 3l/min kyslíkovými brýlemi
- Poskytnout psychickou podporu
- Zajistit klid a pohodlí
- Dostatečně větrat místnost
- Kontrolovat správné nasazení brýlí, účinnost oxygenoterapie měřením saturace O<sub>2</sub>

**Realizace:**

Pacientka byla uložena do Fowlerovy polohy a napojena na monitor. Byly jí nasazeny kyslíkové brýle, kterými si dýchala zvlhčený kyslík 3l/min.

### Zhodnocení:

Saturace O<sub>2</sub> se pohybovala kolem 94-98%. Brýle byly správně nasazeny. Oxygenoterapie měla pozitivní efekt i po psychické stránce. Pacientka se zklidnila. Dechové obtíže vymizely. V dalších dnech je aplikace O<sub>2</sub> ordinována podle potřeby. Pacientka další dny bez dušnosti.

### Úzkost a strach ze změny zdravotního stavu a ze smrti

#### Cíl:

- Krátkodobý: pacientka bude zklidněna, bude spát celou noc
- Dlouhodobý: pacientka překoná úzkost a strach, bude informována o zdravotním stavu

#### Plán:

##### Krátkodobý:

- Poskytnout psychickou oporu, navázat důvěrný vztah k pacientce – úsměv, zájem, zklidňující rozhovor
- Odstranit dušnost, bolest
- Umožnit kvalitní spánek
- Zajistit klidné prostředí, signalizaci
- Podat zklidňující léky dle ordinace – DIAZEPAM 5-5-10 p.o.

##### Dlouhodobý:

- Zjistit, jak se pacientka cítí, jak vnímá svůj zdravotní stav, jak vnímá své ohrožení
- Poskytnout informace o stavu, průběhu léčby (lékař), o ošetrovatelské péči
- Umožnit návštěvu manžela
- Nastínit situaci po propuštění domů
- Zodpovědět další otázky
- Podporovat spolupráci

#### Realizace:

Bolest byla zvládnuta farmakologicky, pacientka celou noc dýchala zvlhčený O<sub>2</sub>. Na zklidnění jsem podala DIAZEPAM 10mg p.o dle ordinace. Klidným vystupováním a rozhovorem jsem se snažila o psychickou podporu.

Pacientce jsem vysvětlila ošetrovatelské činnosti, které jsou u ní prováděny. Lékař informoval pacientku o zdravotním stavu 2. den při vizitě. Jsou domluveny návštěvy manžela. Zajištění podávání DIAZEPAMU dle ordinace 5-5-10mg.

#### Zhodnocení:

Oxygenoterapie měla na pacientku zklidňující efekt. Bolest byla zvládnutá farmakologicky.

Po podání DIAZEPAMU se pacientka zklidnila a usnula. 2. den se snažila být statečná a nepřipouštět si vážnost situace, doufala, že to infarkt nebyl. Když se od lékaře při vizitě dozvěděla informace o svém stavu plakala, byla lítostivá. Snažila se najít příčinu jejího stavu. Vše dává za vinu stresu, který prožila v posledních měsících z důvodu ztráty zaměstnání. Byl podáván DIAZEPAM 5-5.10 mg p.o. Přes den pacientka spávala. Odpoledne za ní přišel manžel na návštěvu. Pacientka byla informována o dalších krocích v léčbě.

#### **Poruchy spánku v důsledku stresu a rozrušení, úzkosti**

##### Cíl:

- Krátkodobý: pacientka bude spát kvalitně celou noc
- Dlouhodobý: pacientka bude mít kvalitní spánek celou dobu hospitalizace na JIP

##### Plán:

Krátkodobý + dlouhodobý

- Zajistit klid a pohodlí
- Odstranit bolest, dušnost
- Dostatečně vyvětrat místnost
- Omezit hluk na oddělení
- Psychické uklidnění pacientky
- Podat zklidňující léky dle ordinace – DIAZEPAM 10 mg p.o.
- Sledovat účinek léků
- Zjistit rituály, zvyklosti před spaním
- Umožnit sledování televize



### Realizace:

Snažili jsme se zajistit klid. Bolest byla zvládnutá farmakologicky. Pacientce jsem nasadila kyslíkové brýle a aplikovala jsme zvlhčený O<sub>2</sub>. Podala jsem DIAZEPAM 10 mg p.o.

V dalších dnech jsme umožnili sledování televize na pokoji – jako rituál před spaním.

### Zhodnocení:

Pacientka byla rozrušená, musela myslet na to, co se jí stalo, nemohla usnout. Po podání oxygenoterapie a DIAZEPAMU 10 mg p.o. se pacientka zklidnila a klidně usnula. Spala celou noc. Přes den pospávala, cítila se unavená. Problémy se spánkem měla poslední dobou i doma. Zjistila jsem, že je pacientka zvyklá usínat u televize. V dalších dnech jsme umožnili sledování televize.

### **Potenciální riziko infekce v důsledku zavedení kanyly i.v.**

#### Cíl:

- Krátkodobý: místo vpichu kanyly je klidné, nejeví známky infekce

#### Plán:

- Dle standardu přepíchnutí kanyly i.v. (zavedené v terénu RZP) do 12 hodin
- Při manipulaci s kanylou postupovat podle standardu, asepticky
- Zabránit vniknutí infekce, dbát o hygienu
- Kontrolovat místo vpichu
- Sledovat místní známky infekce – zčervenání, zduření, bolest v místě vpichu
- Sledovat celkové známky infekce – TT, laboratorní ukazatele zánětu
- Převazování provádíme 1krát za 48 hodin nebo podle potřeby i dříve
- Dbát o průchodnost kanyly – proplachovat fyziologickým roztokem a uzavírat heparinovou zátkou
- Při známkách infekce odstranění kanyly

### Realizace:

Přepíchnutí kanyly z RZP dle standardu 2. den ráno v 7 hodin z PHK do LHK- předloktí. Sledování místa vpichu, známek infekce, při manipulaci s kanylou postupujeme asepticky. Zajišťujeme průchodnost kanyly.

### Zhodnocení:

Kanyla z RZP přepíchnutá, nyní bez známek infekce. Potenciální riziko infekce trvá, nutno pokračovat v péči o kanylu.

### **3.den hospitalizace na JIP:**

#### **Bolesti zad způsobené upoutáním na lůžko**

##### Cíl:

- Krátkodobý: bolest bude snesitelná, zmírnění intenzity bolesti do 2 hodin.
- Dlouhodobý: pacientka bude bez bolesti zad po dobu hospitalizace na JIP

##### Plán:

##### Krátkodobý + dlouhodobý:

- Posouzení bolesti (charakter, lokalizace, intenzita)
- Sledování bolesti
- Provádět masáže masážním mlékem nebo kafrem
- Zajistit klid a pohodlí
- Dbát o pečlivé stlaní lůžka
- Snažit se odpoutat pozornost od bolesti (rozhovor, televize)
- Provádět lehkou RHB
- V rámci možností umožnit úlevovou polohu
- Podávat analgetika dle ordinace
- Sledovat účinek analgetik – TRALGIT 50 mg tbl

##### Realizace:

Bolest byla sledována a hodnocena. Několikrát denně jsem prováděla masáž zad masážním mlékem. S pacientkou jsem mluvila na témata všedního života. Sledováním televize jsme se snažili odpoutat pozornost od bolesti. Provádíme lehkou RHB s postupnou zátěží, sed stoj. Podle potřeby byla nastavena vhodná poloha lůžka a zajištěna úprava lůžka. Večer podání TRALGIT 50 mg tbl.

##### Zhodnocení:

Pacientka úplnou úlevu od bolesti nenašla po celou dobu pobytu na JIP. Pacientka prý ráda leží na břiše a na boku, proto polohu na zádech vnímá

jako dyskomfortní. Bolest přičítá inaktivitě a poloze na zádech. Jak říká, plnou úlevu najde až při pohybu, což zde na JIP není možné z důvodu upoutání na lůžko a trvalé monitoraci. Po podání analgetik vnímala pacientka bolest jako snesitelnou, částečně se jí ulevilo.

**Omezení soběstačnosti a pocit tělesného nepohodlí z důvodu upoutání na lůžko**

**Cíl:**

- Dlouhodobý: pacientka se sama nají na lůžku, sama provádí hygienu na lůžku a vyprazdňuje se bez potíží na mísu

**Plán:**

- Zajistit jídlo k lůžku
- Umožnit umytí rukou před jídlem
- Pomoci při ranní a večerní hygieně
- Provést potřebnou úpravu lůžka
- Zajistit podání podložní mísy, klid a soukromí při vyprazdňování
- Po vyprázdnění umožnit umytí rukou a potřebnou hygienu genitálu
- Zajistit signalizaci
- Zajistit soukromí

**Realizace:**

Jídlo jsme servírovali k lůžku na posuvný vozík. Na ranní a večerní hygienu jsem zajistila pomůcky a mycí potřeby. Převlékání prádla je prováděno 1krát denně nebo v případě znečištění. Zajistila jsem podložní mísu vedle nočního stolku a signalizaci. Před jídlem a po toaletě umožněno umytí rukou.

**Zhodnocení:**

Pacientka sama provádí hygienu v sedě na lůžku a sama jí. Vyprazdňování moče probíhá na míse bez problémů. Vyprazdňování stolice ještě dosud nebylo – pacientka cítí ostych.

## Zácpa způsobená upoutáním na lůžko, změnou prostředí a ostychem pacientky

### Cíl:

- Krátkodobý: pacientka se vyprázdní do 4.dne hospitalizace (do přeložení na standardní oddělení).

### Plán:

- Sledovat frekvenci stolice
- Podávat dostatek tekutin 1,5-2 l
- Zajistit dostatek soukromí, větrání místnosti, podložní mísu k ruce, signalizaci
- Zajistit dostatečnou konzumaci vlákniny (nákup ovoce a zeleniny v kantýně)
- Zhodnotit defekační rituály
- Informovat o možnosti nácviku defekačního reflexu
- Klidným rozhovorem se snažit o odstranění ostychu
- Vytvořit důvěrnou a intimní atmosféru
- Podat glycerinový čípek

### Realizace:

Zajistila jsem dostatečný přísun tekutin, signalizaci, podložní mísu k ruce. Byla vytvořena intimní atmosféra. Ráno byla podána vlažná voda nalačno. Manžel přinesl meruňky.

4.den ráno podán glycerinový čípek, zajištění doprovodu na WC.

### Zhodnocení:

Před překladem pacientky na standardní oddělení jí byl podán glycerinový čípek, po kterém došlo k vyprázdnění na WC.

## 5. Psychologická část

- *Vliv psychologických faktorů na vznik kardiovaskulární onem.*

Na vznik kardiovaskulárního onemocnění má vliv více psychosociálních faktorů. Jedním z faktorů je způsob zvládání stresu. Někteří lidé se uchylují k tzv. rizikovým způsobům jednání – kouření, pití alkoholu, konzumace nevhodné stravy, přejídání.

Do jisté míry na nás má i negativní vliv dnešní „zrychlená“ doba, která jedince nutí podávat stále vyšší výkony, být flexibilní, nedávat najevo své emoce, být soutěživý, mladý, krásný ...

Na zvládání stresových situací má velký vliv osobnostní charakteristika jedince, zvláště tzv. chování typu A, hostilita, projevy zlosti. Studiem chování typu A se věnovali: C.D. Jenkins, Meyer Friedman a R. H. Rosenman, kteří pozorovali chování pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.

Chování typu A, které bylo podstatně častější u lidí s kardiovaskulárními problémy, se vyznačuje hostilitou (soupeřivý až nepřátelský postoj k druhým), vyhrocenou soutěživostí až soupeřivostí, touhou po úspěchu, zrychlením obvyklých aktivit, neklidem, zvýšenou bdělostí, časovou tísní, necitlivostí k okolí (zvláště k potřebám druhých, nadměrnou průbojností, explozivitou řečové amplitudy, napětím obličejových svalů, pocitem souboje s nedostatkem času, neustálým časovým stresem, spěchem, netrpělivostí, zaměřením na peníze, zájmem o shromažďování co nejvíce předmětů. Protipólem tomuto chování stojí tzv. chování typu B (chování, které není časté pro jedince s kardiovaskulárním onemocněním). Je pro něj charakteristické: pokojný způsob života, kooperativní jednání s druhými, rozvaha, smysl pro humor, tvořivost, ochota druhým odpouštět, vyšší míra sebehodnocení.

V sekundární prevenci je vhodné věnovat pozornost charakteristikám chování typu A, a pokusit se ho ovlivnit např. relaxačními technikami.

- *Psychosociální reakce na IM*

Pro každého člověka je diagnóza IM závažnou krizovou situací v jeho životě, která je provázená psychickou reakcí. U pacientů s IM se setkáváme

s vytvořením obranných mechanismů popření, potlačení. Mechanismus popření patří k nejstarším a nejjednodušším strategiím člověka a zřejmě je také nejúčinnější obranou proti strachu a úzkosti vyplývající z uvědomění si stavu ohrožení života. Pokud se popření projevuje přiměřeným způsobem, zjednodušuje situaci a komunikaci s pacientem. Pokud je popření silné, vede pacienta k přepínání sil, nedodržívání léčby, režimu a ohrožuje tak svůj život. Obranné mechanismy jsou dosti účinnou obranou proti úzkosti. Pokud dojde k prolomení obranného mechanismu např. sdělením definitivní diagnózy nebo nešetrným důrazným poučením může se poté projevit masivní úzkost. Proto mechanismus popření nemusíme ničit důrazným poučením, ale najít vhodnější cestu jakou je projevení zájmu o pacienta, úsměv, zklidňující rozhovor, a to i u pacienta u kterého úzkost na první pohled není patrná díky obranným mechanismům.

Sestra by měla sledovat psychický stav pacienta s IM, neboť psychika hraje důležitou roli v léčbě a ošetřování pacienta (zjistit, co si pacient myslí, jak se staví ke svému onemocnění, jak vidí svou situaci do budoucna) a podle možností zklidnit pacienta (vlídným slovem, zájmem, úsměvem, pohlazením, svou přítomností).

Pro vyrovnání se s touto diagnózou je třeba, aby pacient znal podstatu onemocnění, léčbu a prevenci dalších srdečních ataků. Také je důležité poučit příbuzné o onemocnění. Ti by měli být pro pacienta psychickou oporou, nebo mu pomoci s odstraněním rizikových faktorů.

- ***Psychický stav a situace pacientky H.K.***

Pacientka H.K. svůj zdravotní stav prožívala velmi citlivě. Při přijetí byla velmi úzkostná a měla strach ze smrti. Další dny se snažila být statečná a snažila se nepřipouštět si vážnost situace. Mechanismus popření fungoval až do sdělení definitivní diagnózy od primáře oddělení, na které reagovala pláčem a lítostí, snažila se zjistit v čem udělala chybu. Myslí si, že za její infarkt také může stresová situace ze ztráty zaměstnání, kterou nedávno prožila a která jí úplně „vykolejila“. Ztrátu zaměstnání bere jako osobní prohru, „odkopnutí ze společnosti“, najednou si připadala nepotřebná, zbytečná. (Když o tomto tématu mluví vypadá rozzlobeně, má slzy v očích).

Věci se snaží zvládat sama, ale také je jí oporou její rodina, hlavně manžel. Když byla doma, pomáhala dceři z vnučkou. Odreagování nachází na zahrádce, s vnučkou, nebo na kole.

4.den při překladi z JIP na standardní oddělení vypadá pacientka smířeně se svou situací, jak říká „není to konec světa“. Je poučena, co by pro sebe měla udělat.

## 6. Edukace

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu. Naším cílem je, aby si pacient uvědomil hodnotu svého zdraví a předcházel tak vzniku onemocnění. Pokud již pacient onemocněl, soustředíme naši edukační činnost na předcházení komplikacím, zbavení strachu a obav z budoucnosti, naučit pacienta žít se svým změněným zdravotním stavem. Pro edukační činnost je nutné vytvořit vhodné prostředí a edukovat ve vhodný čas. Edukační potřeby vyvstávají hlavně při ústupu bolesti, při navrácení zdraví a při obnovení schopnosti plnit sociální role. Sestra by měla umět vyvolat v pacientovi zájem, motivovat ho ke změně (např. změně životního stylu, zanechání kouření), zvolit vhodnou metodu působení, přístup k pacientovi, vycházet z potřeb pacienta. Mezi sestrou a pacientem by měl být přátelský vztah a důvěra.

Má-li být edukace pacienta úspěšná, musí být vyjádřena přístupnou formou, jednoduše, citlivě a pokud možno opakovaně. Jednoduchostí se míní komunikace na takové úrovni, aby jí pacient bez problémů rozuměl. Není příjemné, když zdravotničtí pracovníci používají výrazy, jimž pacienti nerozumí. Opakování je nutné při každé formě výchovného působení. Nejlépe jsou zapamatovatelné informace, které byly sděleny na začátku rozhovoru, a ty, které byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem. Citlivost v odhadu pacientova emocionálního stavu, jeho celkové duševní úrovně a informovanosti může podstatně zvýšit pravděpodobnost, že pacient sdělení pochopí a vštípí si ho dobře do paměti.

Mezi nejdůležitější kroky edukačního procesu patří zhodnocení informovanosti pacienta, vysvětlení problému a návrh jeho řešení, sledování emocionálních reakcí a ověření si, zda pacient porozuměl. Nejlépe je požádat ho, aby svými slovy shrnul přijaté informace.

### 6.1 Edukace v primární péči:

Primární prevence se zabývá předcházením vzniku chorob, pozitivním zlepšováním zdravotního stavu. Ohrožené skupiny vzniku IM jsou nositelé rizikových faktorů. Pravděpodobnost vzniku IM u nich může být tím menší, čím dříve a čím více rizikových faktorů se podaří z jejich života odstranit.



Některé faktory samozřejmě ovlivnit nelze (např. věk, pohlaví, rodinnou zátěž). Faktory, které můžou pacienti sami ovlivnit souvisí většinou se životním stylem.

- Kouření

Kouření způsobuje zúžení cév, zvýšení TK, zvyšuje srážlivost krve a zvyšuje MK v krvi. Porušuje integritu cévní stěny, negativně ovlivňuje metabolismus srdce, zvyšuje pohotovost k arytmiím. Urychluje rozvoj aterosklerotických změn ve stěně tepen, mozku, nohou i jinde. Kouření poškozují zdraví mnohostranně a neslučuje se se zdravou životosprávou. Výskyt ICHS u kuřáků je dvojnásobný v porovnání s nekuřáky. Po 5 letech zanechání kouření se riziko vzniku IM snižuje na úroveň nekuřáků.

- Obezita

Rizikovým faktorem je především androidní typ obezity (při obvodu břicha nad 100 cm je výrazné riziko). Obezitu zjistíme výpočtem BMI ( $\text{kg/m}^2$ ). Hodnoty by se měly pohybovat v rozmezí 20 až 25. Hodnoty do 30 znamenají nadváhu, hodnoty nad 30 obezitu. Obezita obvykle bývá sdružena s poruchou lipidů (zvýšení triglycerolů a LDL, nízkým HDL), inzulinovou rezistencí a hypertenzí, trombogenezí (= Reavenův metabolický syndrom).

- Tělesná inaktivita

Cvičení pomáhá snížit tělesnou hmotnost, hladinu triglycerolů, agregaci trombocytů k cévní stěně, pomáhá organismu lépe se vyrovnat se stresem. Pohybová aktivita je důležitá hlavně při sedavém zaměstnání. Dostatečný intenzivní pohyb by měl být alespoň 10 minut denně, nebo 20-30 minut 3krát týdně. Vhodný je rekreační sport. Aktivním stylem života se snižuje riziko IM o 35-55%.

- Vliv výživy – hyperlipidémie, inzulinová rezistence, hypertenze - nadměrná konzumace soli, alkoholu.

Při nadměrné konzumaci živočišných tuků se v krvi zvyšuje hladina cholesterolu, který se ukládá do stěny cév a tvoří základy pro rozvoj aterosklerózy. Hodnoty celkového cholesterolu by se měly pohybovat v normě do 5,1 mmol/l, LDL do 3 mmol/l, a hodnoty HDL by měli být v krvi vyšší než 1 mmol/l. Riziková je také vyšší hladina triacylglycerolů

(norma je 2,3 mmol/l). Doporučuje se dieta s omezením živočišných tuků, kterou uvádím v příloze. Přívod tuků by měl tvořit 30% celkové energetické dávky. Hyperlipidémie se léčí hypolipidemiky.

Vlákninu považujeme za ochranný faktor před onemocněním aterosklerózou., také před rakovinou střev. Denně bychom měli přijmout asi 30g vlákniny, které je obsaženo ve 400g ovoce a zeleniny nebo v celozrnných obilovinách.

Cukry ve stravě by neměly pokrývat více než 10% energetické potřeby. Doporučená denní dávka soli je kolem 5g/den. Zvýšená spotřeba soli má vliv na vznik hypertenze.

Požívání alkoholu má pozitivní vliv na zdraví do 20g (=1 pivo, 2dcl vína). Nadměrné požívání alkoholu zdraví významně poškozuje (zvyšuje rozvoj aterosklerózy, působí na hypertenzi, nepříznivě ovlivňuje DM , atd.).

Správná výživa by měla být – omezený příjem živočišných tuků, zvýšení podílu mono a polynenasycených MK místo nasycených MK, omezení příjmu energie při nadváze, dostatek vlákniny, omezení soli, konzumace ryb a rybího oleje, antioxidačních činitelů E, C, A, omezit alkohol, kávu, čaj.

- Hypertenze

Vysoký TK patří mezi nejzávažnější rizikové faktory IM. Za hypertenzi považujeme hodnoty nad 140/90 mmHg. Léčba hypertenze je důležitá. Léčíme úpravou životosprávy (dieta s omezením soli, omezení alkoholu, redukce hmotnosti) a farmakologicky antihypertenzivy.

- Stres

Psychosociální stres může kardiovaskulární onemocnění vyvolat nepřímo (útek k alkoholu, nezdravému stravování, kouření) nebo přímo (uvolňování stresových hormonů adrenalinu noradrenalinu, které zvyšují TK a tepovou frekvenci, zvýšená hladina glukózy, zvýšení hladiny fibrinogenu, zvýšená produkce cholesterolu – tělo se připravuje k útoku nebo útěku).

Pravidelná tělesná činnost je dobrým prostředkem ke zvyšování psychické odolnosti a bojem proti škodlivé odpovědi těla na stres. Druh pohybu a podmínky jeho provozování je vhodné si vybírat tak, aby působily potěšení (chůze, běh, plavání, aerobic, jízda na kole). Pohyb je třeba volit s ohledem na věk a aktuální výkonnost. Základním pravidlem ale zůstává chodit co nejvíce pěšky. Důležitý je také dostatek kvalitního spánku.

## 6.2 Edukace v sekundární péči:

Důležité je podat pacientovi informace o onemocnění - příčiny vzniku IM, rizikové faktory, možné komplikace, léčbu.

Před propuštěním pacienta poučíme o vhodném životním stylu, jaká omezení musí dodržovat, také co je mu doporučeno a povoleno. Dále podáme informace o nevhodnosti kouření, pití alkoholu a kávy, prevenci obezity, dodržování nízkocholesterolové diety, dodržování tělesné aktivity, dodržování příslušné léčby, správné životosprávě a nepříznivých účincích stresu (tyto body jsou rozebrány v kapitole Edukace v primární péči).

Nabídneme možnost lázeňské léčby v Poděbradech, Františkových Lázních nebo Konstantinových Lázních.

Pacient je trvale sledován v kardiologické ambulanci, kam také dochází na prohlídky. Ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a kardiologem by se měl snažit odstranit rizikové faktory a upravit svůj životní styl a přizpůsobit životní tempo.

Aktivita kardiaka by neměla vyvolávat dušnost nebo příznaky AP. Měl by se vyvarovat zvedání těžkých břemen, posilování, prudkému ohýbání, tlačení na stolicí. Neměl by cvičit po hned jídle. Dále není vhodné chodit ven ve větrném počasí, při teplotách nižších než  $-5^{\circ}\text{C}$ . Cvičit by měl alespoň 10 minut denně nebo 3krát týdně po 30 minutách. Vhodné je provozovat rekreační sporty (plavání, běh na lyžích, turistika, jízda na kole, jóga, kalanetika, strečink, bruslení).

Koupel má být teplá, nikdy ne ledová nebo horká. Není vhodné příliš velké horko a vlhko (slunění, sauna, pára), ani prudké ochlazení (skoky do studené vody, chůze proti ledovému větru).

Je nutný dostatečný spánek (alespoň 6 hodin v noci) s odpočinkem po hlavních jídlech.

Pohlavní život lze obnovit již za několik týdnů po propuštění. Sexuální aktivity lze přirovnat k tělesnému tréninku. Důležité je upozornit nemocného, že řada léků, které může užívat (např.  $\beta$ -blokátory) tlumí pohlavní reflexy.

### 6.3 Edukace pacientky

Pacientka H.K. byla informována o svém onemocnění (příčinách, rizikových faktorech, atd.) od svého lékaře.

Před vlastní edukací jsem zjišťovala, jaké informace již pacientka má. O onemocnění toho ví hodně, ale chybí jí informace o tom, co bude dál, až se vrátí domů. Poskytla jsem pacientce různé brožurky o úpravě životního stylu atd.

V edukačním rozhovoru jsem se zaměřila nejdříve na rizikové faktory, které jsou u pacientky aktuální – tedy hyperlipoproteinemie a stres. Protože pacientka dodržuje pravidelné užívání hypolipidemika (LIPANOR), doporučení o snížení cholesterolu jsem doplnila jen informacemi o vhodné nízkocholesterolové stravě (brožura v příloze).

Ovlivnění stresových situací není vůbec jednoduché, ale snažila jsem se klidným rozhovorem s pacientkou mluvit o jejích problémech, najít nějaká řešení a motivovat ji do budoucna. Informovala jsem jí o některých relaxačních technikách, které by mohla využít k uvolnění stresu např. autogenní trénink.

Dále byla poučena o následné dispenzarizaci, vhodné aktivitě a možnému využití lázeňské léčby.

## 7. Závěr a prognóza

Kardiovaskulární choroby představují hlavní příčinu nemocnosti a úmrtnosti v ČR i ve všech dalších ekonomicky vyspělých zemích. Přestože se lidé nejvíce bojí rakoviny, neumírá na ni ročně zdaleka tolik lidí jako na nemoci srdce a cév. Každoročně umírá na kardiovaskulární onemocnění v naší zemi přibližně 60 tisíc osob, denně 164 lidí. Na rakovinu ročně zemře 28000 lidí, tedy denně 76. Výskyt kardiovaskulárních chorob je u nás výrazně vyšší než ve většině západoevropských zemí. V posledním desetiletí je však i u nás patrný pokles výskytu kardiovaskulárních chorob, který od roku 1990 dosáhl téměř 30 procent.

Tyto předešlé informace mě ovlivnily při hledání tématu své bakalářské práce. Pro téma infarktu myokardu jsem se rozhodla při ošetřování své pacientky H.K. na prázdninové praxi na JIP interního oddělení v nemocnici Kadaň, kterou tato diagnóza postihla.

Pacientka byla hospitalizovaná v této nemocnici od 13.8. do 19.8.2005 pro Q – IM spodní stěny, kde byla léčená konzervativně. Dále byla objednána do FN KV Praha k plánované koronarografii.

Díky paní docentce MUDr. Janě Málkové CSc. jsem měla možnost zjistit další osud své pacientky ve FN KV Praha. Zde byla hospitalizována od 6.9. do 9.9.2005. Dne 7.9. jí byla provedena koronarografie při které byla zjištěna nemoc jedné tepny – stenóza ACD 90%. Následovala PCI s primoimplantací stentu do ACD.

Prognóza pacientky je dobrá. Důsledně by měla dodržovat sekundární prevenci a trvalou medikaci.

## 8. Seznam zkratk

ACD – arteria coronaria dextra

AP – angina pectoris

ASA – kyselina acetysalicylová

AV uzel – atrioventrikulární uzel

BMI- Body Mass Index, index tělesné hmotnosti

DM – Diabetes Mellitus , cukrovka

FF – fyziologické funkce

HDL – High Density Lipoprotein, „hodný cholesterol, cholesterol o vysoké hustotě, který nedokáže proniknout stěnou cév

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

ICHS - ischemická choroba srdeční

IM - infarkt myokardu

i.v. – intravenózní aplikace, do žíly

LDL - Low Density Lipoprotein, „špatný cholesterol“, cholesterol o malé hustotě, který dokáže projít stěnou cév

PCI – perkutánní koronární intervence

p.o. – per orální podání léku, ústy

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SA uzel – sinoatriální uzel

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušení těhotenství

VCHGD – vředová choroba gastroduodena

## 9. Seznam použité literatury:

- 1) Baštecký J., Šavlík J., Šimek J., Psychosomatická medicína, str. 185-195 – Psychosomatické poruchy v kardiologii, Grada Avicenum, Praha 1993, ISBN 80-7169-031-7
- 2) Berka L., Srdeční infarkt a životní styl, vydala VZP ČR, 1996
- 3) Čihák R., Anatomie 3, Grada Publishing, Praha, 1997, ISBN 80-7169-140-2
- 4) Juřeníková P., Hůsková J., Petrová V., Ošetrovatelství 1. část, Uherské Hradiště 1999, str.38 - 41
- 5) Kolář J. a kolektiv, Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny, Akcenta, Praha 2003, ISBN 80-86232-06-09
- 6) Kólběl F. a kolektiv, Trendy soudobé kardiologie, Galén, Praha 1999, ISBN 80-7262-018-5
- 7) Křivohlavý J., Psychologie nemoci, Grada Publishing, Praha 2002, ISBN 80-247-0179-0
- 8) Mastiliaková D., Úvod do ošetrovatelství – I. díl, UK v Praze - nakladatelství Karolinum, Praha 2003, ISBN 80-246-0429-9
- 9) Rokyta R. a kolektiv, Fyziologie, ISV nakladatelství, Praha 2000, ISBN 80-85866-45-5
- 10) Sovová E., Řehořová J., Kardiologie pro obor ošetrovatelství, Grada Publishing, Praha, 2004, ISBN 80-247-1009-9
- 11) Špaček R., Widimský P., Infarkt myokardu, Galén, Praha, 2003, ISBN 80-7262-197-1

## **10. Přílohy:**

Příloha č. 1: Ošetrovatelský záznam

Příloha č. 2: Plán a hodnocení ošetrovatelské péče

Příloha č. 3: Edukační materiál – nízkocholesterolová dieta



## Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení..... H. K.  
 Rodné číslo..... —  
 Věk..... 58 LET  
 Povolání..... OBCHODNÍ REFERENT-ČEL  
 Vyznání..... POKŘTĚNÁ JAKO KATOLIK, ALE VĚŘÍ  
 Národnost..... ČESKÁ  
 Adresa:..... nevyplňovat. V „NĚCO“ SVĚHO  
 Telefon:..... —  
 Osoba, kterou lze kontaktovat..... MANŽEL, DCERA  
 Oslovení..... PANI L.

Datum přijetí:..... 13. 8. 2005  
 Hlavní důvod přijetí:..... STENOKARDIE, AIM  
 Datum a kam propuštěn:..... 19. 8. 2005 DO DOM. OŠETŘOVÁNÍ

## Lékařská diagnóza:

- 1..... STENOKARDIE, AIM
- 2..... HYPERLIPIDEMIE
- 3..... SLED. PRO STRUMU
- 4.....

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... ANO

Osobní anamnéza:..... DIETNÍ ZAPÍZACE V ENDOKRIN. AMB V CICHOUTOVĚ  
 PRO ZVĚTŘENOU ŠT - UŽÍVÁ LETROX, HYPERLIPIDEMIE OD R. 1997 - LIPANOR  
 APPE V 16 LETECH, PŘED LETY LAPARO OPERACE ČKTY NA VAJEČNÍKU

Rodinná anamnéza:..... OTEC ZEMŘEL V 62 LETECH NA IM, MATKA - AP ZEMŘELA  
 V 70 LETECH, POROZUMĚNÍ ZDRAVÝ, DCERA ZDRAVÁ

Vyšetření:..... LABORATOR, EKG, ECHO  
 6. 9. 2005 - KOROZNOGRAFIE VE FNKV PRAHA

Terapie:..... KONZERVATIVNÍ - NTE p.p., DIAZEPAM 5-10mg, HEPARIN 3000 j. i.v./24h,  
 TORECAN 1 AMP. i.v. při zvracení, FENTANYL 1 AMP. i.v. při bolesti,  
 ATENOLOL 1-0-0, ANOPYRIN 1-0-0, LIPANOR 1 EPS,  
 LETROX 1/2-0-0 (po-po)

Důležité informace o stavu nemocného:.....

Alergie : jídlo  ne ano pokud ano, které.....  
 léky  ne ano pokud ano, které.....  
 jiné  ne ano pokud ano, na co.....

Nemocný má u sebe tyto léky :.....

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

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)

PACIENTKA PŘI VĚDOMÍ, ORIENTOVANÁ. PŘI PŘIJETÍ USTRASENÁ!  
PO ZDĚLENÍ DIAGNÓZY PLÁČE, SNAŽÍ SE BÝT S TĚŽČNÁ, DOBRĚ  
SPOLUPRACUNĚ. DĚVČI JINÝ MÁ DOBRŮU NÁLADU.

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

BYDLÍ S MANŽELEM V RODINNÉM DOMKY, SOUČASNE  
S DCEROU, ZETEM, VNUČKOU

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?  
BOLEST NA HRUDI
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?  
STRES Z PRÁCE, VÝPOVED, OD ČERVA JE DOMA A, DEPTA "SE"
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?  
PŘEMÝŠLÍ, ŽE SI NADE PRÁCI NA 4 HODINY, ABY BYLA MEZI LIDMI
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?  
UZDRAVÍ SE
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici?  
TROZNE
6. Jak dlouho tu podle vás budete?  
TYDEN
7. S kým doma žijete? Je na vás někdo závislý?  
S MANŽELEM
8. Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?  
MANŽEL
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?  
NIKDO TO NEČEL. MANŽEL TO NESE SPATNE
10. Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?  
MANŽEL, DCERA
11. Co děláte rád ve volném čase?  
ZAHRADKA, JÍZDA NA KOLE, PLEDUOVÁNÍ SPORTU
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?  
DOBRĚ. NAVRÁT DO PLNOHODNOTNĚHO ŽIVOTA

II. Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pocit'ujete bolest nebo něco nepříjemného ?

ano ne

pokud ano, upřesněte BOLEST NA HRUDI, BOLEST ZAD

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím ?

ano ne

pokud ano, upřesněte BOLEST ZAD - PŘI ZATĚŽI,

jak dlouho ?

- Na čem je vaše bolest závislá ? BOLEST ZAD - PŘI POLOZE NA ZÁDECA

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ? CVIČENÍ

- Došlo po naší léčbě k úlevě ?

STENOKARDIE úplně částečně ne BOLESTI ZAD

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? MASAŽ ZAD, PROTÁŽENÍ

Hodnocení sestry : BOLEST NA HRUDI PACIENTKA POCITOVALA PŘI PŘIJETÍ. JALŠÍ DNY BEZ STENOKARDIE. PŘI PŘIJETÍ APLIKOVAN PENTANYL AMP. I.V. BOLESTI ZAD OD 2. DNE HOSPITALIZACE. PROVADELY MASAŽE ZAD, UPRÁVA LŮŽKA, VHODNÁ POLOHA. PLNÁ ÚLEVA. OD BOLESTI ZAD NENÍ.

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice ?

ano ne  
pokud ano, upřesněte NEMŮŽE USNOUT A MŮŽE POCIT, ŽE V NOCI NESPI

- Měl jste potíže i doma ? ANO

- Usínáte obvykle těžko ? ano ne

- Budíte se příliš brzy ? ano ne

pokud ano, upřesněte BUDI SE, JAKO KDYŽ CHODILA DO PRÁCE

- Co podle vás způsobuje vaše potíže ? STAROSTI, ÚPES, ÚZKOST

- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát ? U TELEVIZE

- Berete doma léky na spaní ? ano ne

pokud ano, které PITLNOX 1/2 TB. NEKOLIKRÁT DO MĚSÍCE

- Zdřímnete si i během dne ? Jak často a jak dlouho ? NE. CHODÍ SPÁT

Hodnocení sestry : PAC. MĚLA PROBLÉMY SE SPÁNKEM UŽ DOMA. OD SVE' LEČADLY MÁ PŘEDSPÁVÁNÍ, PITLNOX 1/2 TB. PROBLÉM SE SPÁNKEM PŘIČÍTA STRESU Z UPOVĚDI Z PRÁCE. JE ZVYKLO UNAVAT U TELEVIZE. PO PŘIJETÍ DO NEMOCNICE BYLA 1. NAC ROZRUŠENÁ, MŮŽELA NA TO CO SE VÍVALO -> ORDINOVAL DIABZEPAM 10 MG. PŘEV. DĚLA POSPÁVA.

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano

ne V DŮSLEDKY TRVALE MONITORACE

- Potřebujete pomoc při mytí ? ano ne

ne ČÁSTEČNĚ - PODAT

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano

ne POMŮCKY K ÚČELU

- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální

POUŽÍVÁ KREMY

- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *TEĽOVÝM A PLEŤ. HLEĎEŤ*
- Potřebujete pomoc při koupání? *ano* *ne NA DÍP NENÍ MOŽNÉ*
- Kdy se obvykle koupete? *ráno -odpoledne-večer - je to jedno*

**Hodnocení sestry:** *PAC. JE ČISTOTNÁ A VELMI O SEBE DBÁ. POTŘEBNĚ POMOC S HYG. PÉČÍ - PŘIPRAVIT POMŮCKY K HYGIENĚ K PŮSTELI (LAJOS S VOZU, MYČÍ PŮDĚRY, RUCNÍKÉ AŤD.)*

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

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

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle? *ano* *ne*  
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?

#### c) sluch

- Slyšíte dobře? *ano* *ne*  
pokud ne, užíváte naslouchadlo? *ano* *ne*  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

**Hodnocení sestry:** *PAC. VIDÍ A SLYŠÍ DOBRĚ. S CHŮZÍ PROBLÉM NEMÁ. Z DŮVODU POBYTU NA DÍP A TRVALÉ MONITORACE JE UPOLITÁNA NA LŮŽKO.*

### 4. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? *dobry* *vadný 2 KORUNKY*  
- Máte zubní protézu? *horní* *dolní* *žadnou*
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte.....
- Máte rozbolavělá ústa? *ano* *ne*  
pokud ano, ruší vás to při jídle?

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *priměřenou* *63 kg*  
vyšší (o kolik?)..... nižší (o kolik?).....

- c) Změnila se vaše váha v poslední době ?     ano     ne  
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul.....přibral.....
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu ?     ano     ne     *CITÍ VE VĚKABA NA JÍDLU, ALE SNAZÍ SE NĚCO SVIŠT*
  - Co obvykle jíte ?     *TESTOVINY, PÝRY, SALÁMY*
  - Je něco, co nejíte ?     ano     ne  
pokud ano, co a proč ?     *JIVOČINA, ŠKOPOVE*
  - Máte zvláštní dietu ?     ano     ne  
pokud ano, jakou ?.....
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován ?  
pokud ano, upřesněte.....
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice ?  
pokud ano, upřesněte.....
  - Co by mohlo váš problém vyřešit ?     *NEVI*
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu ?  
ano     ne  
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat ?  
*ANO, NA ZVYŠENÝ CHOLESTEROL BY CHTELA RADU, CO SI MA VADIT*

**Hodnocení sestry:**

*PAC JE STÍHLE POSTAVY - BMI MA 23,7. CITÍ SE VYNI SLABA, NA JÍDLU CHUŤ NEMA, ALE SNAZÍ SE "NĚCO" DO SEBE DĚLAT. CHTELA BY PORADIT, VĚC POTRAVINY MUŽE JST, ABY SNÍŽILA CHOLESTEROL.*

**5. Tekutiny**

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl ?  
zvýšil     snížil     nezměnil
- Co rád pijete ?     vodu     mléko     ovocné šťávy     *NEPERLIVOU*  
kávu     čaj     nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ?     *ALKOHOL*
- Kolik tekutin denně vypijete ?     *ASI 1,5L*
- Máte k dispozici dostatek tekutin ?     ano     ne

**Hodnocení sestry:**

*PAC MA K DISPOZICI DOSTATEK TEKUTIN, MANTEL VI NOST NEPERLIVOU VODU. MĚŘEN P+V TEKUTIN*

**6. Vyprazdňování**

**a) střeva**

- Máte obvykle     normální stolici     zácpu     průjem     *V HLADÍ, ZDĚLA NA ZÁCPU*
- Jak často chodíte obvykle na stolicí ?     *1X DENNĚ*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ?     *RAŤO - PO KÁVĚ*
- Berete si projímadlo ?     pravidelně     často  
příležitostně     nikdy
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ?     ano     ne  
pokud ano, co to je ?     *KÁVA*
- Máte nyní problémy se stolicí ?     ano     ne  
*CITÍ OSTRŤ VYPRAZDNŮVAT SE NA HÍSU*

pokud ano, jak by se daly resit ? MOZDNOST DOJIT SI NA WC  
CIPK

b) močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?

ano  
pokud ano, upřesněte V HLAVI TRPĚLA NA ZAVĚTY MM  
Jak jste je zvládal ?

- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?

- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?

ano  
ne  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Hodnocení sestry: PAC. S MOČENÍM PROBLEMY NEMA, VYPRAZDŮJE SE NA MÍSCU  
PŘI VYPRAZDŮOVÁNÍ STOLICE BY CÍTLA CÍTYCH, PROTO NECHCE NA MÍSCU. U JEJ  
PODAÁN CÍPEK A DOPROVOD NA WC -> PŘED PŘEKLADEM NA INT. ODD.

7. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

ano  
ne  
pokud ano, upřesněte.

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

ano  
ne  
pokud ano, upřesněte. DUŠNOST, HŮLOBY  
Jak jste je zvládal ? VZALA SI ACYLPYRIN A VĚLA SI LEHNOUIT

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

ano  
ne

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

ano  
ne  
nevím  
pokud ano, zvládnete to ?

- Kouříte ?

ano  
ne  
pokud ano, kolik ?

Hodnocení sestry: PŘI PŘIVETÍ BYLA PAC. DUŠNÁ. BYLA VÍ PROVAŽĚNA  
OXYGENOTERAPIE 3L/MIN KYSLÍKOVÝMI BRÝLEMI. OXYGENOTERAPIE MĚLA  
POLITIVNÍ EFEKT V PO PSYCHICKÉ STRÁNCE. PAC. SE ZELI DUŠKA.  
DALŠÍ DNY BEZ DUŠNOSTI.

8. Kůže

- pozorujete změny na kůži ? ano  
- Svědí vás kůže ? ano

Hodnocení sestry:

PAC. JE BEZ KOŽNÍCH ZMĚN. JE ZVYKLA POUŽÍVAT TĚLOVA  
MLÉKA.

9. Aktivita / cvičení / záliby

Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *OD ČERVNA NEZAMĚSTNANÁ*  
 Máte potíže pohybovat se v domácnosti? *ANO*  *ne*  
 Máte doporučeno nějaké cvičení? *ANO*  *ne*  
 pokud ano, upřesněte.....  
 Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? *ANO*  *ne*  
 Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?  
*ČTENÍ, KŘÍŽOVKY, TELEVIZE*  
 Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *MANŽEL PŘI NÁKŮSTĚVĚ*  
*PŘINESE KNÍŽKY A KŘÍŽOVKY*

Hodnocení sestry: *PAC. SE ZMELA S MANŽELEM AKTIVNĚ SPORTOVAT. CHYBÍ VÍ ZAMĚSTNÁNÍ. JE NEŠTĚSTNÁ, ŽE ZDE NA JIP MUSÍ JENOM LEŽET. Z TOMO JÍ BOLIÍ ZADA. MANŽEL JÍ NA NÁKŮSTĚVĚ PŘINESE KNÍŽKY A KŘÍŽOVKY, DÍVA SE NA TV.*

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

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem pohlavním životě?  
 ano  ne   
 pokud ano, upřesněte.....  
 - Očekáváte, že se váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?  
 ano  ne   
 pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *NA TOTO TÉMA PAC. ODPOVĚDELA, ŽE SE MÁVÍ S MANŽELEM RÁDI, JSOU K SOBĚ TOLERANTNÍ A NEVÍDÍ DŮVOD NĚJAKÉ ZMĚNY POKUD TO ZDRAV. STAV DOVOLÍ.*

III. Různé

- Jakou školu jste ukončil? *GYMNAZIUM, EKONOMICKÁ NÁSTAVBA*  
 - Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?  
 ano  *ne*  
 pokud ano, upřesněte.....  
 - Jak velká je vaše rodina? *MANŽEL, DCERA, ŽET, VNUCKA*  
 - S kým společně žijete? *KYMI VŠICHMI PŮLEČNĚ*  
 - Kdo se o vás může postarat? *MANŽEL, ŽENA*  
 - V jakém bytě žijete? *RODINNÝ DŮM*  
 - Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu?  *ano*  *ne*  
 - Máte dostatek informací o nemocničním režimu?  *ano*  *ne*  
 - Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?  
*NE*  
 - Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? *NE*

Hodnocení sestry: *PACIENTKA JE SLUŠNÁ A INTELIGENTNÍ ŽENA. BYDLÍ V RD S MANŽELEM A DCEROU, KTERÁ SE PŘED VÁLČENÍMA PŘESTĚHOVALA SE S VÝM MANŽELEM A DCERKOU DO VLASTNÍHO RD. PACIENTKA JE INFORMOVANÁ O LÉČEBNĚM A NEMOCNIČNÍM REŽIMU. SPOLUPRACUNE.*

### IV. Jak sestra nemocného souhrnně vidí:

1. Pacient je:

snadno odpovídá

odpovídá váhavě

neptá se

mlčenlivý

hovorný

spolupracuje

úzkostlivý - první 2 dny

vyděšený

nejistý

nedůvěřivý

rozzlobený

smutný

rychle chápe

pomalů chápe

nechápe

aktivní

přízpůsobivý

nepřízpůsobivý

psychicky stabilní

psychicky labilní

dobře se ovládá

špatně se ovládá

2. Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči. Pac. s Q-III přední stěny při vědomí, orientována, zpočátku úzkostná. Stěžuje si na stenokardii a od 2. dne na bolesti zad. V důsledku trvalé monitorace je upoutána na lůžko, proto potřebuje částečnou pomoc v osobní péči, hygieně, vyprazdňování, výživě. Při přeneti nauzea, zvracení, dušnost. Další dny bez dušnosti. Má problémy se spankem. Čítí ošlech 2 vyprazdňování střeva na hřbet. S chůzí problémy nemá. Vidí, slyší dobře. Je bez kožních defektů.

OP. DG. Při přeneti:

1. Akutní bolest z důvodu ischemie myokardu

2. Nevolnost a zvracení z důvodu IM

3. Dušnost v důsledku sníženého výdeje práce a úzkosti

4. Úzkost ze změny zdr. stavu a strach ze smrti

5. Poruchy spanku v důsledku strachu a rozrušení, úzkosti

6. Potenciální riziko infekce v důsledku zavedení kanyly i.v.

OP. DG. 3. den hospitalizace:

1. Bolesti zad způsobené upoutáním na lůžko

2. Omezení soběstačnosti a pocit tělesného nepohodlí z důvodu upoutání na lůžko

3. Zácpa způsobená upoutáním na lůžko, změnou prostředí a ošlech pacientky



| Dat.                      | Pořadí potřeb (ošetř.diagnózt poskytnuté péče           |  | Dat.   | Podpis sestry      |
|---------------------------|---|--|--|--------------------|
| 13.8.<br>23 <sup>00</sup> | AKUTNÍ BOLEST Z DŮVODU ISCHEMIE MĚZ STENOCHARDII.       | +<br>VIDLA PODPĚR, - NTG<br>K  | 14.8.<br>7 <sup>00</sup>                                 | Kulaš              |
|                           | NEVOLNOST A ZVRACENÍ Z DŮVODU                           | +<br>KURF ZVRACELA →<br>KURF TERECHANI<br>KLEVA PAC. USKULLA<br>VA NEVOLNOST<br>F. CHUTĚ K JÍDLU<br>MA               | 14.8.<br>7 <sup>00</sup>                                 | Kulaš              |
|                           | DUŠNOST V DŮSLEDKU SNÍŽENÉHO SPAD. ÚČINNOSTI            | +<br>O <sub>2</sub> - 94-98%, POZITIVNÍ<br>ENOTERAPIE, I PO<br>KVICE - ZKLIDNĚNÍ PAC.<br>VŽE UYHIZELY.<br>Z DUŠNOSTI | 14.8.<br>7 <sup>00</sup>                                 | Kulaš              |
|                           | ÚZKOST A STRACH ZE ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO<br>A ZE SMRTI      | +<br>DIAZEPAMU SE PAC.<br>A USKULLA<br><br>KHOVAŇA O SVĚTĚ<br>MA   | 14.8.<br>7 <sup>00</sup><br><br>14.8.<br>9 <sup>00</sup> | Kulaš<br><br>LEČAR |
|                           | PORUCHY SPÁNKY V DŮSLEDKU SVĚŠU A ROZRU                 | +<br>VAZEPATAM PAC.<br>ALA CĚLOU UCC<br><br>KONANÍ U TELEVIZE<br>I SPI   | 14.8.<br>7 <sup>00</sup><br><br>14.-16.8.                | Kulaš<br><br>Kulaš |
|                           | POTENCIÁLNÍ RIZIKO INFEKCE V DŮSLEDKU ZA<br>KANŮLU I.V. | +<br>RZP PŘEPÍČANŮTA,<br>K INFEKCE,<br>ALNÍ RIZIKO<br>FEROE TRVA, NUTNO<br>T U PĚČI OCHRANU                          | 14.8.<br>7 <sup>00</sup>                                 | Kulaš              |

| Dat.                      | Pořadí potřeby                         |          | Dat.                       | Podpis sestry |
|---------------------------|--|----------|----------------------------|---------------|
| 15. P.<br>7 <sup>00</sup> | BOLESTI ZAD ZA PŮ                      | +/-      | 15. P.<br>17 <sup>00</sup> | Kulog!        |
|                           | OMEZENÍ SOBERITACE<br>NEPOHODLÍ Z DUŠI | +<br>+/- | 16. P.<br>12 <sup>00</sup> | Kulog!        |
|                           | ZÁCPA ZPŮSOBENÁ<br>PROSTŘEDÍ A OSTUCH  | +        | 15. P.<br>17 <sup>00</sup> | Kulog!        |
|                           |  |          | 16. P.<br>12 <sup>00</sup> | Kulog!        |

## Dieta ke snížení hladin tuků v krvi

(upraveno podle doporučení Evropské společnosti pro arteriosklerózu)

|   | Doporučené potraviny  | Potraviny v omezeném množství  | Nevhodné potraviny  |
|---|---|--|---|
| <b>OVOCE<br/>ZELENINA<br/>LUŠTĚNINY</b> | Veškerá čerstvá i mražená zelenina, velmi vhodná jsou luštěniny: fazole, čočka, hrách, kukuřice, brambory vařené nebo pečené ve slupce, veškeré čerstvé nebo sušené ovoce, konzervované ovoce bez cukru | Restované brambory nebo hranolky připravované na doporučených olejích                          | Restované brambory nebo smažené bramborové hranolky, chipsy, zelenina smažená na nevhodných tucích a olejích neznámého složení<br>Solené zeleninové konzervy, kandované ovoce |
| <b>PEČIVO A<br/>OBILOVINY</b>           | Celozrnný (tmavý) chléb, ovesné vločky<br>Múslí výrobky, vlákninové krupky, ovesná kaše, nízkovaječné těstoviny, křehký chléb, ryže, celozrnné výrobky, datamánky, pečivo z tmavé mouky                 | Netučné pečivo a moučnický připravované z doporučených rostlinných tuků                        | Tučné pečivo, loupáčky, brišky, smažené koblihy   |
| <b>DEZERTY</b>                          | Želé, ovocná vodová zmrzlina, pudinky z odtučněného mléka, ovocné saláty  | Smetanové zmrzliny, pudinky, dezerty a omáčky s použitím másla nebo smetany                    |   |
| <b>CUKRÁRSKÉ<br/>VÝROBKY</b>            |   | Hotové cukrářské výrobky, koláče, dorty, čokoláda, cukrovinky, kokosové tyčinky, máslové krémy |   |
| <b>OŘECHY</b>                           | Vlašské ořechy, lískové ořechy, mandle, pečené kaštany  | Burské oříšky, pistácieové oříšky  | Kokosové ořechy, Slané oříšky   |
| <b>NÁPOJE</b>                           | Čaj, překapávaná nebo instantní káva, voda, nízkokalorické nealkoholické nápoje   | Alkohol, nízkotučné čokoládové nápoje  | Čokoládové nápoje, irská káva, turecká káva, destiláty  |
| <b>DRESINKY<br/>KORENÍ</b>              | Koření všeho druhu<br>Jogurtové dresinky  | Dresinky s nízkým obsahem tuku   | Majonézy  |

## Dieta ke snížení hladin tuků v krvi

(upraveno podle doporučení Evropské společnosti pro arteriosklerózu)

|                           | Doporučené potraviny  | Potraviny v omezeném množství   | Nevhodné potraviny   |
|---------------------------|---|---|--|
| <b>TUKY</b>               | Celkovou spotřebu tuků snížit   | 1. Nenasycené rostlinné oleje - slunečnicový, kukuřičný, sojový<br>2. Monosaturované oleje - olivý, řepkový<br>3. Margariny odvozené z těchto olejů                                     | Máslo, sádlo, lůj, vypečený tuk, palmový olej, kokosový olej, ztužené margariny, hydrogenované tuky  |
| <b>RYBY</b>               | Všechny ryby grilované, vařené v páte, uzené. Odstranit tučnou kůži. Vhodné jsou zejména treska, filé, okoun, štika, pstruh.                                | Ryby smažené v doporučeném oleji  | Jikry a mlíčí, ryby smažené v nevhodném oleji nebo tuku  |
| <b>MASO</b>               | Krůta, kuře, telecí králik, zvěřina, mladé jehněčí  | Zcela libové hovězí, libová šunka, moravské uzené, skopové bez loje (1-2x týdně), drůbeží uzeniny   | Kachna, husa, tučné vepřové, vnitřnosti, viditelný tuk na mase a uzeninách, párky, salámy, mletá masa, paštiky, kůže z drůbeže                             |
| <b>POLÉVKY</b>            | Netučný vývar, zeleninové polévky   |   | Tučné polévky, polévky zahušťované jíškou nebo smetanou  |
| <b>MLÉČNÉ<br/>VÝROBKY</b> | Netučné podmásli, acidofilní mléko, kefir, biokys, netučný tvaroh, sýry s velmi nízkým obsahem tuku, jogurt s nízkým obsahem tuku (do 1,5 %), vaječný bílek | Polotučné mléko do 2 % tuku, sýry se sníženým obsahem tuku (do 30 % tuku v suštině, např. Hit, Eidam, Atlet, Orion, Fit, Blatácké zláto), 2 celá vejce za týden pouze k přípravě pokrmů | Plnotučné mléko, sušené a kondenzované mléko, smetana, šlehačka, smetanové jogurty, sýry nad 40 % tuku v suštině (např. smetanové sýry, Ementál, Primátor) |