

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DIAGNÓZOU ERYSIPEL

Bakalářská práce

MONIKA KESNEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla použita ke studijním účelům.

V Praze dne:

Kesnerová Monika

.....

KESNEROVÁ, Monika: Ošetrovatelský proces – Erysipel (Bakalářská práce, Monika Kesnerová, Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze, Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Andrea Pohlová, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008

Abstrakt v ČJ: Hlavním tématem bakalářské práce je kožní onemocnění erysipel. Teoretická část charakterizuje základní onemocnění pacienta. Praktická část práce obsahuje kazuistiku pacienta s tímto onemocněním, průběh hospitalizace, ošetrovatelské diagnózy dle modelu Marjory Gordonové a jejich vyhodnocení. Součástí práce je edukační proces, přílohová a obrázková část.

Klíčová slova: erysipel, pacient, kazuistika, ošetrovatelské diagnózy, edukační proces.

Abstrakt v AJ: The main theme of the bachelor study is a skin disorder called erysipelas. Theoretical part defines the primary ailment of the patient. Practical part of the essay contents (the symptoms) of the patient with this illness, procedure of hospitalization, curing diagnosis according to model Marjory Gordon and their following evaluation. Part of the study is an educational process and attachment with pictorial guide.

Keyword: Erysipelas, patient, symptoms, curing diagnosis, educational process.

Předmluva

Téma práce vzniklo z důvodu mé několikaleté praxe na infekční klinice, kde o tyto pacienty s diagnózou erysipel pečuji. Chci Vás touto cestou seznámit s problematikou onemocnění, kterému se při dodržování preventivních opatření dá velmi často úspěšně předcházet. Materiál jsem čerpala, jak z knižních a časopiseckých publikací, tak i z vlastní praxe. Práce je určena studentům ošetrovatelství, kteří se v ní mohou seznámit s ošetrovatelskými postupy u této diagnózy.

Děkuji MUDr. Markétě Gelenecké za odborné vedení bakalářské práce.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Andree Pohlové, za cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	8
1. Teoretická část	9
1.1 Etiologie, patofyziologie	10
1.2 Epidemiologie	10
1.3 Klinický obraz	11
1.4 Diagnostika	12
1.4.1 Diferenciální diagnostika	12
1.5 Průběh onemocnění, komplikace, formy	13
1.6 Profylaxe	13
1.7 Terapie	14
1.7.1 Systémová terapie	14
1.7.2 Lokální terapie	14
1.7.3 Chirurgická terapie	14
1.7.4 Konzervativní terapie	14
1.7.5 Dietoterapie	15
1.7.6 Pohybový režim	15
1.7.7 Psychoterapie	15
1.8 Rekonvalescence	15
1.9 Prognóza	15
1.9.1 Léčba lymfedému	16
1.10 Ošetrovatelská péče o pacienta s erysipemem	17
1.10.1 Ošetřování nemocných	17
1.10.2 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	17
1.10.3 Sledování nemocných	17
1.10.4 Následná péče	18
2. Praktická část	19
2.1 Posouzení stavu pacienta	19
2.1.1 Identifikační údaje	19
2.1.2 Výpis z lékařské dokumentace	19

2.1.3 Vyšetření	20
2.1.4 Závěr při příjmu	23
2.1.5 Ošetrovatelská péče	23
2.2 Terapie	24
2.2.1 Farmakoterapie	24
2.2.2 Lokální terapie	25
2.2.3 Chirurgická léčba	25
2.2.4 Dietoterapie	26
2.2.5 Pohybová terapie	26
2.2.6 Psychoterapie	26
2.3 Fyzikální vyšetření sestrou	26
2.4 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové	27
2.4.1 Doména: Podpora zdraví	27
2.4.2 Doména: Výživa	27
2.4.3 Doména: Vylučování a výměna	28
2.4.4 Doména: Aktivita a odpočinek	28
2.4.5 Doména: Vnímání – poznávání	29
2.4.6 Doména: Vnímání sebe sama	29
2.4.7 Doména: Vztahy	29
2.4.8 Doména: Sexualita	29
2.4.9 Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	29
2.4.10 Doména: Životní princip	30
2.4.11 Doména: Bezpečnost a ochrana	30
2.4.12 Doména: Komfort	31
2.4.13 Doména: Růst/vývoj	31
2.5 Souhrn hospitalizace, terapie	32
2.6 Seznam ošetrovatelských diagnóz	43
2.7 Edukace pacienta	58
2.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče	65
Závěr	66
Seznam použitých zkratk	67
Slovník termínů	69

Seznam použité literatury	72
Seznam ilustrací	73
Seznam tabulek	80

ÚVOD

Diplomovou práci na téma Erysipel jsem si vybrala z důvodu, že lidé trpící tímto onemocněním jsou velmi často hospitalizováni na infekční klinice, kde pracuji. Cílem mé práce je upozornit na toto poměrně velmi časté onemocnění, které se může při pozdní diagnostice výrazně zkomplikovat žilní trombózou nebo celkovým septickým stavem. Vysoké riziko je zvláště u nemocných s diagnózou diabetes mellitus, imunodeficience, alkoholismu a u lidí s opakovanou recidivou onemocnění. Velmi důležitá je proto prevence a edukace pacientů v oblasti péče o kůži a o možné vstupní brány infekce.

V teoretické části mé práce stručně charakterizuji vznik tohoto onemocnění, možnosti léčby, klinický obraz, prevenci znovuvzplanutí onemocnění a epidemiologickou situaci v České republice. Popisuji podrobně diagnostiku, průběh onemocnění a komplikace, kterým se prevencí dá předejít. V praktické části popisuji pacienta, kterého jsem si pro zpracování této práce vybrala. Vypsala jsem zde základní údaje z lékařské anamnézy a vyšetření, která mu byla provedena v celém průběhu hospitalizace. Použitím zdravotní dokumentace, informací získaných od pacienta a na základě vlastního pozorování jsem vyhledala ošetrovatelské problémy a stanovila ošetrovatelské diagnózy dle Marjory Gordonové. Jsou vypracovány v průběhu celé hospitalizace. Popisuji cíle dlouhodobé, krátkodobé, jejich intervence, realizace a hodnocení plánu. Další část mé práce je věnována edukaci pacienta v oblasti výživy a metabolismu.

V závěru práce shrnuji všechny informace obsažené v mé práci a uzavírám seznamem zkratk, přehledem literatury a příloh. V přílohách najdete obrázky některých forem erysipelu, které jsem měla možnost při své práci vidět a ošetřovat.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Klinická charakteristika onemocnění

Erysipel je zánětlivé bakteriální onemocnění kůže, charakterizované především zánětem v dermis a postižením lymfatických cest, které se projevuje ohraničeným zánětem kůže a je provázeno celkovými subjektivními a objektivními příznaky. Název onemocnění pochází od Hipokrata, v roce 1881 izoloval Fehleisen z kožních projevů streptokoka. Postihuje nejčastěji obličej a dolní končetiny. V posledních desetiletích se změnila predilekční lokalizace. Významně poklesl výskyt na obličej, kde byl dříve erysipel nejčastěji. V dnešní době je nejčastější lokalizace na dolních končetinách. Správná diagnostika může urychlit zahájení vhodné antibiotické terapie, a tím i rychleji zmírnit celkové obtíže pacientů. Vhodně zvolená terapie navíc významně snižuje riziko recidiv infekce. Primárně nejde o život ohrožující onemocnění, hlavní riziko spočívá v častých recidivách, vzniku lymfedému. Proto je nutné po úspěšném zvládnutí akutní fáze onemocnění dbát i na prevenci recidiv.

1.1 Etiologie, patofyziologie

Jedná se o akutní lokalizovanou bakteriální infekci jakékoliv části kůže s různě velkou plochou a tíží kožního postižení, s typickými doprovodnými celkovými příznaky. Postižení kůže a podkoží je doprovázeno současnou zánětlivou reakcí spádových lymfatických cév a uzlin ve smyslu regionální lymfadenitidy. Původcem erysipelu je nejčastěji beta-hemolytický streptokok skupiny A (*Streptococcus pyogenes*), méně často skupiny C (*Streptococcus equisimillis*) a skupiny G či B. Velmi vzácně je možná kombinace se zlatým stafylokokem (*Staphylococcus aureus*). Infekce vyvolané streptokoky skupiny B se vyskytují zejména u dětí do tří měsíců věku. U pacientů s imunodefektem jsou možnými původci erysipelu i ostatní bakterie. Ty mohou vést ke vzniku erysipelu podobné infekce. Jsou to hlavně *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Campylobacter jejuni* a další. Vstupní branou infekce jsou eroze a meziprstní ragády nohou při mykotickém postižení, bércový vřed, dekubity, operační rány, ragády u nosu při chronické rinitidě, kožní eroze při herpes simplex, při chronických dermatózách či u novorozence pupečník, kterými bakterie pronikají do poškozené kůže. Může se jednat i o velmi drobné poranění, například po kousnutí hmyzem. Nejčastější lokalizací onemocnění jsou dolní končetiny. Po vstupu do organismu se streptokoky množí v kůži v okolí brány vstupu infekce, vyvolávají zánětlivé změny a šíří se lymfatickými cévami do krve. Následná bakteriémie vyvolává celkové (až septické) příznaky. „Proběhlé onemocnění nezanechává imunitu a často se v téže lokalizaci opakuje“.

(Lobovská, Alena, 2001, str.51)

1.2 Epidemiologie

Kožní infekce streptokokového původu jsou obecně časté v teplých klimatických oblastech, v mírném pásmu není jejich incidence přesně stanovena. To platí i pro erysipel, jehož vzestupný trend byl zaznamenáván po celém světě. Počty hlášených případů v České republice se podle epidatů Státního zdravotního ústavu pohybují okolo 3000 za rok. Postiženy jsou častěji ženy a lidé vyšších věkových skupin. „Zajímavá je

(1)

geografická distribuce choroby – „incidence onemocnění významně stoupá směrem na východ“. (Nechvátal, Antonín, 2002, str.8). V minulosti bývaly častější projevy v obličeji, v současné době se většinou objevuje na bérkách v souvislosti s chronickou žilní insuficiencí a bérkovými vředy. Zdrojem infekce bývá často sám pacient, jehož kůže nebo sliznice jsou kolonizovány patogenními streptokoky, nebo osoby z okolí nemocného s některou formou streptokokové infekce. Ve zdravé populaci je 10% nosičů *Streptococcus pyogenes*. Nosiči ostatních beta-hemolytických streptokoků jsou zjišťováni přibližně v 5%. Predisponující faktory rozvoje erysipelu jsou diabetes mellitus, imunodeficience, alkoholismus.

1.3 Klinický obraz

Inkubační doba je několik hodin až 2 dny. Onemocnění začíná typicky celkovými příznaky s horečkou, zimnicí, třesavkami, schváceností, bolestmi hlavy, kloubů, často i s nauzeou a zvracením. V průběhu několika hodin se objevují lokální příznaky s pálením, svěděním, zvýšenou citlivostí a bolestivostí a s následným otokem postižené oblasti. Onemocnění často doprovází lymfadenitida spádových mízních uzlin. „Poruchy cirkulace s lymfedémem jsou na dolních končetinách u starších lidí pravidlem“ (Lobovská, Alena, 2001, str. 80)

Zarudnutí se často jazykovitě šíří, je zřetelně ohraničené oproti okolní nepostižené kůži. Je přítomen edém postižené oblasti. V obličeji projevy obyčejně začínají v nose, šíří se bilaterálně a jsou provázeny otokem víček. Méně častou, ale typickou lokalizací je erysipel horní končetiny u pacientek po ablaci mammy s exenterací uzlin v axile a chronickým lymfedémem paže. Erysipel může vzniknout také na sliznicích, zejména po operacích nosu a nazálních dutin. Velmi nebezpečný je erysipel laryngu, kdy může dojít k ohrožení života v důsledku edému v této lokalizaci. Jsou-li postiženy i hluboké vrstvy podkoží, je erytém spíše neostře ohraničený. V místě postiženém infekcí může dojít k vytvoření vezikul až bul (erysipelas vesiculosus et bulosus), obsah může být i hemoragický. V těžkých případech dochází v místě zánětu k rozvoji nekrotizující fasciitidy (erysipelas gangraenosus), nejtěžší formou onemocnění je nekrotizující fasciitida (erysipelas phlegmonosus).

(1,3,4)

1.4 Diagnostika

Diagnózu erysipelu lze většinou stanovit z klinického obrazu. Typický je bolestivý erytém se zimnicí, horečkou a celkovými příznaky. Při laboratorním vyšetření nacházíme vysokou FW (sedimentace), neutrofilní leukocytózu. Kultivační vyšetření z bércového vředu, z lézí při bulózních a gangrenózních komplikacích, z meziprstních či jiných suspektních bran infekce může prokázat nejen streptokoky, ale i jiná infekční agens, zejména *Stafylococcus aureus*. Streptokoky lze prokázat i ve výtěru z krku, asi v 5% bývá pozitivní i hemokultura. Jistým potvrzením diagnózy bývá záchyt beta-hemolytického streptokoka v hemokultuře. Přímý průkaz streptokoků z místa zánětu se v běžné praxi neprovádí. ASLO (antistreptolysin) stoupá po 7 – 10 dnech.

1.4.1 Diferenciální diagnostika

U rozvíjející se flegmony se ložisko zánětu šíří od místa vstupu infekce, má tendenci k tvorbě abscesů, celková alterace stavu se rozvíjí postupně s tíží zánětu. U akutní dermatitidy nebývá rozvoj zánětu tak rychlý, chybí febrilie a stav nebývá výrazněji alterován. FW není zvýšená. Incipientní herpes zoster může činit problémy při diferenciální diagnostice v obličejí, projevy jsou však jednostranné, subjektivně jsou v popředí neuralgie. Erysipeloid mívá projevy na rukou, zbarvení je spíše modročervené. Při protražovaném průběhu erysipelu s malou odpovědí na antibiotickou terapii a při výrazné bolestivosti je nutno vyloučit akutní osteomyelitidu. U mitigovaného erysipelu můžeme uvažovat i o erythema chronicum migrans, které se šíří pomaleji. U pacientů s chronickou žilní insuficiencí myslíme na tromboflebitidu.

1.5 Průběh onemocnění, komplikace, formy

Při včasné diagnostice a odpovídající terapii se onemocnění zhojí bez komplikací. Průběh onemocnění je při včasné a dobře zvolené kauzální léčbě většinou benigní. Těžšími formami onemocnění jsou forma bulózní a gangrenózní. Komplikace mohou být lokální hnisavé (absces, gangréna, nekrózy způsobené trombózami drobných cév) nebo celkové septické. Vzácně se může stav komplikovat myokarditidou, endokarditidou, perikarditidou, glomerulonefritidou a pneumonií. Na tuto možnost je třeba myslet zejména u dětí, imunosuprimovaných pacientů a u starých lidí. Často dochází k recidivě onemocnění z endogenních i exogenních zdrojů, v krajních případech i několikrát ročně. Při recidivách může být průběh mírnější, bez teplot a celkových příznaků tzv. mitigovaný erysipel. Časté recidivy prohlubují obliteraci lymfatického systému, čímž dochází opět k usnadnění průniku streptokoků do tkáně a častějším recidivám. Startuje se circulus vitius. Postupující lymfedém po recidivách erysipelu na dolních končetinách může vést k obrazu elephantiasis nostras se zhoršením mobility. V obličeji může dojít k rozvoji makrochellie a zbytnění víček.

Formy erysipelu: Erysipelas vesiculosus et bulosus

Erysipelas haemorrhagicus

Erysipelas gangraenosus

Erysipelas phlegmonosus

1.6 Profylaxe

Předpokladem prevence častých recidiv je správná a dostatečně dlouhá antibiotická terapie akutní fáze. Poté je vhodné dle klinického průběhu pokračovat třeba i několikaměsíční aplikací Pendeponu nejméně po dobu 6 měsíců. Zásadní v prevenci recidiv erysipelu je nutná sanace bran vstupu infekce (mykotických onemocnění meziprstí a plosek nohou, nehtů, ragád v koutcích úst, erozí kolem nosu nebo v ušních boltcích), správná terapie chronické žilní nedostatečnosti, lymfedému a bérkových vředů, kompenzace diabetu.

(1,3,4)

1.7 Terapie

1.7.1 Systémová terapie

Lékem první volby je penicilin, zejména u nekomplikovaných průběhů. Doporučuje se parenterální aplikace krystalického penicilinu intravenózně, nebo prokain penicilinu intramuskulárně, po ústupu teploty a zlepšení stavu lze přejít na perorální formy penicilinu. Terapie musí i v případě rychlého ústupu obtíží trvat nejméně 10 dní. U pacientů s komplikovaným průběhem, bércovými vředy nebo dermatózami, u nichž lze předpokládat spoluúčast stafylokokové infekce, jsou vhodné cefalosporiny. V případě alergie na penicilinová antibiotika lze podat makrolidy, nebo klindamycin. Antikoagulační terapie jako prevence hluboké žilní trombózy je indikována pouze u rizikových pacientů. Používá se nízkomolekulární heparin. U pacientů bez rizikových faktorů hluboké žilní trombózy není nutná a vzhledem k vedlejším účinkům ani vhodná.

1.7.2 Lokální terapie

Léčba otoků je nutná pro alteraci lymfatického systému. Spočívá především v časně kompresivní terapii a rehabilitaci chůzí. U vezikulózní a bulózní formy jsou vhodné antiseptické obklady. V akutním stadiu používáme vzdušné obklady z Burowova roztoku, později Polysan vazelínu nebo ung. Ichtoxyl v masťovém obvazu. Meziprstí dolních končetin ošetřujeme lokálně antimykotiky.

1.7.3 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba není indikována v naprosté většině případů. Indikací chirurgické léčby jsou komplikované průběhy například s abscesy, gangrény a nekrotizacemi. V případě rozvoje gangrény jsou vhodné nekrolytické prostředky nebo chirurgické snesení nekrotizace. U těchto forem je nutný klid na lůžku a elevace postižené části.

1.7.4 Konzervativní terapie

Není indikována.

(1,3,7,8,10)

1.7.5 Dietoterapie

Pacient má ve většině případů dietu č.3 – racionální, pouze v případě diabetiků volíme dietu č. 9 – diabetickou a u velké nadváhy dietu č.8 - redukční.

1.7.6 Pohybový režim

Je nutné dodržovat klid na lůžku, pokud je postiženou částí dolní končetina, je nutná elevace končetiny v akutní fázi. Pokud není dodržován klidový režim, dochází velmi často k pomalému ústupu nemoci a tím k prodloužení doby hospitalizace a možnosti rozvoje komplikací.

1.7.7 Psychoterapie

Pokud nemocný netrpí jinou chorobou a není z různých důvodů dlouhodobě hospitalizován, nevyžaduje toto onemocnění speciální psychoterapeutický režim. Pacienta poučíme o preventivních opatřeních.

1.8 Rekonvalescence

Doba hospitalizace trvá obvykle 14 dní, její délka závisí na klinickém průběhu onemocnění. Pouze u těžších průběhů, nebo u špatně léčených stavů je doba hospitalizace 3 týdny. Po propuštění do domácí péče je režim bez omezení. Je nutné seznámit pacienta s dodržováním hygienických zásad, zejména péčí o meziprstí dolních končetin. Pokud nemocný trpí mykotickým onemocněním, nadále zůstává v péči kožního specialisty.

1.9 Prognóza

Správná diagnostika může urychlit zahájení vhodné antibiotické terapie a tím i rychleji zmírnit celkové obtíže pacientů, vhodně zvolená terapie navíc významně snižuje riziko recidiv infekce. Proto je nutné po úspěšném zvládnutí akutní fáze onemocnění dbát i na prevenci recidiv. V takovém případě je prognóza příznivá. Opakem jsou pozdě léčené stavy, špatná antibiotická terapie či nesprávná diagnostika onemocnění. Při jednorázovém onemocnění je prognóza příznivá a nezanechává vážnější následky. Při recidivujících onemocněních dochází k narušení integrity

podkoží a lymfatické drenáže. Z toho mohou vyplývat chronické otoky postižené oblasti, zejména v oblasti dolních končetin při závažnějších postiženích vedoucích až k elefantiáze s možnou místní poruchou funkce pohybového ústrojí.

1.9.1 Léčba lymfedému

Léčba je velmi zdoluhavá a časově náročná. Součástí komplexní terapie obvykle bývá bandážování, lymfodrenáž, rehabilitační cvičení, často i medikamentózní léčba. Lymfodrenáž je speciální masáž, která má za úkol obnovit a zvýšit oběh lymfy. Provádějí ji vyškolení lékaři a sestry – lymfoterapeuti. Používá se speciální hmatová technika manuální lymfodrenáže. Přístrojová lymfodrenáž je založena na přerušované kompresi končetiny a vytváření tlakové vrstvy, která podpoří jak lymfatický, tak žilní systém. Slouží jako prevence u lidí, kteří jsou vystaveni dlouhému stání v zaměstnání. Manuální lymfodrenáž kombinujeme s přístrojovou. Ambulantní léčba trvá dle charakteru a velikosti otoku 4 až 6 týdnů, každý pracovní den. Nedílnou součástí léčby je bandážování končetiny, která nám zaručuje zachování objemu získaného předešlou léčbou. Smysl bandáže není stažení, ale vytvoření bariéry a tím zamezení zpětnému usazování lymfy v kůži a podkoží. V neposlední řadě se v léčbě otoků uplatňují speciální cvičení. Probíhá vždy s bandáží, aby nedošlo ke zhoršení otoku. Zachytíme-li otok v časném stadiu, kombinujeme fyzikální terapii s podáváním enzymů.

(5,6)

1.10 Ošetrovatelská péče o pacienta s erysipemem

1.10.1 Ošetřování nemocných

Ošetrovatelská péče o pacienty s tímto onemocněním není náročná. Je nutno dbát na hygienu postižené části a věnovat pozornost léčbě plísňových onemocnění dolních končetin. Pro pacienta z toho vyplývá důsledná hygiena plosek nohou a meziprstních prostorů, výměna prádla i několikrát za den a léčba mykotických projevů kožním lékařem.

1.10.2 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pacienti s erysipemem jsou přijímáni na kožní nebo infekční oddělení. Na infekční klinice jsou 2-3 lůžkové pokoje. Je nutné zajistit, aby měl pacient v dosahu signalizační zařízení vzhledem k dodržování klidového režimu na lůžku. Poskytneme k lůžku podložní mísu, močovou láhev. Polohu pacienta necháme na něm, pouze v případě postižené dolní končetiny ohlídáme její elevaci. Po uložení pacienta na lůžko plníme ordinace lékaře. Zavedeme intravenózní kanylu, podáme léky a provedeme případný vstupní odběr krve.

1.10.3 Sledování nemocných

U nemocných s diagnózou erysipelu je nutno sledovat několikrát denně tělesnou teplotu, v akutní fázi onemocnění, kdy je zapotřebí klid na lůžku, dbát o dodržování polohování postižené končetiny. Končetina musí být ve zvýšené poloze, v případě prokázané trombózy zabandážovaná elastickým obinadlem. Nutno myslet na prevenci vzniku dekubitů, v rámci možné mobility pacienta polohovat. Zejména v horečnatém období sledovat bilance tekutin, dbát o toaletu a osobní hygienu pacienta. Osobní hygienu pacient provádí za pomoci sestry na lůžku, sestra kontroluje denně stav postižené oblasti a sterilně ji ošetřuje.

1.10.4 Následná péče

Pokud je podezření na trombózu, je potřeba co nejdříve (do 24-48 hodin) provést UZ hlubokého žilního systému DK. Vyšetření se provádí na obou dolních končetinách. Kontrolní UZ pak umožní sledovat vývoj onemocnění a opět případnou progresi do hlubokých žil. Vyšetření se znovu opakuje s odstupem 2 měsíců po dimisi, kdy je pacient na 2-3 měsíční účinné antikoagulační terapii. Na toto vyšetření není nutná žádná speciální příprava pacienta. Lékař seznámí pacienta s průběhem vyšetření a sestra na základě toho dá podepsat pacientovi informovaný souhlas s vyšetřením. Pokud se potvrdí diagnóza hluboké žilní trombózy, je nutné seznámit pacienta s klidovým režimem na lůžku. Edukujeme pacienta ohledně vyprazdňování na lůžku a napomáháme při toaletě. Dále sledujeme teplotu, bilance tekutin, dodržování klidového režimu, u diabetiků měříme glykemický profil a dle ordinací aplikujeme inzulín. Kontrolujeme místo vpichu periferního žilního katetru a dodržujeme hodiny podávaných antibiotik.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Posouzení stavu pacienta

2.1.1 Identifikační údaje

Pacient p. Eduard B., 59 let přijat s diagnózou erysipel LDK (levá dolní končetina). Pacient s hypertenzí a diabetes mellitus II. typu na dietě. Na naší klinice hospitalizován od 29.10.2007 – 10.11.2007. Povoláním stavbyvedoucí. Má dvě děti a žije ve společné domácnosti se svou ženou.

2.1.2 Výpis z lékařské dokumentace

RA: matka v 56 letech selhání ledvin, otec v 68 letech infarkt myokardu - přesně neví

PA: vedoucí stavby

SA: žije se ženou

OA: vážněji nemocen nebyl, dosud léčen na hypertenzi, DM 2 typ na dietě, erysipel opakovaná recidiva onemocnění, naposledy před 25 lety, ICHS 0, operace žádné, úrazy neměl, kouří 20 cigaret denně, alkohol pouze příležitostně, pije kávu několikrát za den, prodělal běžná dětská onemocnění

AA: neví o žádné alergii

NO: Pacient od 21.10.2007 v péči svého obvodního lékaře, kde byl léčen pro erysipel na levé dolní končetině. Na LDK otok a zarudnutí, TT do 38°C bez třesavky. Nasazen V – PNC 500 mg. p.os. po 8 hodinách na 5 dní. Dne 26.10.2007 kontrola, stav nezlepšený, objevil se otok celé dolní končetiny, a proto poslán s doporučením na kožní ambulanci. Nabídnuta hospitalizace, pacient odmítá z důvodu pracovní neschopnosti, proto aplikace P-PNC 1,5 mil.m.j. 1x denně. Třetí den zimnice, třesavka, TT nad 38°C, výrazné zhoršení otoků po celé délce LDK. Vznik bul naplněných čirým exudátem.

FA: Lomir, Rhefluin, Euthyrox

Stav při přijetí:

Objektivní nález: TT 37,8°C, TK 130/85 Torrů, TF 78/min

Pacient orientovaný, spolupracuje, nižší hydratace, periferie dobře prokrvená, bez dušnosti, ikteru, cyanózy. Na kůži bulózní erysipel levé dolní končetiny, otok celé končetiny až po tříslu. Kožní turgor v normě, hlava a spojivky klidné, uši, nos bez sekrece, hrdlo klidné, sliznice vlhké, čisté, tonsily nezvětšeny, bez povlaků, krční uzliny nehmatné. Dýchání čisté, sklípkové, břicho měkké, nebolestivé, hůř prohmatné pro obezitu, játra a slezina nezvětšena. Pravá dolní končetina bez otoků, deformit, varixů. Pulzace na LDK špatně hmatná z důvodu výrazného otoku. Pacient amengiální, neurologicky orientovaný v normě.

2.1.3 Vyšetření

V den přijetí do nemocničního zařízení byla provedena řada vyšetření, která vedla ke stanovení diagnózy.

FW 70/80

Krevní obraz: leukocyty 14,8 10⁹/l (4,0-10,0)
erytrocyty 4,47 10¹²/l (4,50-6,30)
hemoglobin 136,0 g/l (140,0-180,0)
hematokrit 0,407 l/l (0,380-0,520)
trombocyty 288 10⁹/l (140-440)

moč + sediment: negativní

Biochemie: glykémie 16,4 mmol/l (3,3-6,1)
natrium 135,1 mmol/l (132-149)
kalium 4,14 mmol/l (23,8-5,5)
chloridy 96 mmol/l (97-108)
urea 6,69 mmol/l (2-7,5)
kreatinin 118 umol/l (35-110)
bilirubin 13 umpl/l (0-20)
CRP 132,7 mg/l (0-8)
AST 0,88 ukat/l (0-0,65)
ALT 2,16 ukat/l (0-0,8)

ALP 2,70 ukat/l (0,5-2)
GMT 6,18 ukat/l (0-1,1)
amylasa 1,07 ukat/l (0,46-1,66)

Koagulace: Quick: 14,2 s

INR: 1,01

APTT: 25,2 s

D-dimery: 1698 mg/l pozitivní

Antitrombin: 75%

UZ nález Duplex: ileofemorální hluboká žilní trombóza vlevo v rozsahu 4-5 cm. Pacient špatně spolupracující, zvýšená bolestivost a citlivost na LDK při vyšetření. Vpravo žilní systém dobrý v celém rozsahu.

EKG vyšetření: bez čerstvých ischemických změn.

Pro objasnění zvýšených jaterních testů bylo v průběhu hospitalizace doplněno:

Vyšetření UZ břicha 9. den hospitalizace

Závěr: Difúzní hepatopatie, hraniční velikost jater, suspektní steatosa, solitární cholecystolithiasa, bez známek cholecystitis, bez známek obstrukce intra či extra hepatálních žlučovodů.

Laboratoře v průběhu hospitalizace:

<i>Krevní obraz</i>	1.11.	5.11.	11.11.
Leukocyty	6,8	6,5	6,4
Erytrocyty	4,13	4,47	4,42
Hemoglobin	130,0	136,0	134,0
Hematokrit	0,360	0,407	0,407
Trombocyty	324	288	280

<i>Biochemie</i>	1.11.	5.11.	11.11.
Glykémie	6,8	16,4	16,4
Natrium	143,0	135,1	135,1
Kalium	4,70	4,14	4,14
Chloridy	104	96	96
Urea	5,15	6,69	6,69
Kreatinin	108	94	94
CRP	130	51	14,2
AST	0,80	0,88	0,88
ALT	1,68	1,02	0,98
ALP	1,83	2,70	2,70
GMT	4,70	3,31	2,98
Amylasa		1,07	1,02

<i>Koagulace</i>	5.11.	9.11
Quick	14,2	14,2
INR	1,63	2,51
APTT	25,2	25,2
D-dimery	1698	1702
Antitrombin	75%	72%

Dle vstupní glykémie ordinován glykemický profil 3-4x denně a podán inzulin.

<i>Glykemický profil</i>	ráno	poledne	večer
1. den	8,2	7,9	8,4
2. den	13,4	8,9	7,6
3. den	6,5	8,1	7,4
4. den	7,8	6,5	7,8
5. den	7,6	6,2	7,8
6. den	6,8	6,4	7,2
7. den	5,9	7,2	6,9
8. den	5,8	6,2	8,6
9. den	5,4	6,8	7,9

10. den	5,2	6,2	6,8
11.den	5,8	6,4	7,2
12. den	5,2	6,2	6,8
13. den	5,2	6,7	6,5

2.1.4 Závěr při příjmu

Po přijetí pacienta a po provedení příslušných vyšetření stanovil lékař tyto diagnózy.

A 46 Erysipel LDK bulozní

K 76.9 Hepatopatie v.s. kombinované etiologie

E 10.8 Diabetes mellitus II.typu na dietě

I 10 Hypertenze v anamnéze

2.1.5 Ošetrovatelská péče

Pacienta jsem si převzala ihned po přijetí na naši příjmové ambulanci. Představila se jménem a sdělila, že budu jeho primární sestra, která o něj v průběhu hospitalizace bude pečovat. Pro pacienta jsem vybrala samostatný dvojlůžkový pokoj a zároveň upozornila na možnost přijmutí dalšího pacienta se stejnou diagnózou. Zvolila jsem lůžko umístěné pod oknem, přístupné z obou stran kvůli lepší manipulaci s pacientem. Lůžko je vybaveno hrazdou a signalizačním zařízením, která umožní pacientovi snazší polohování v rámci lůžka a včasné přivolání sestry. Pacienta jsem edukovala vzhledem k jeho nálezům ve vyšetřeních o nutnosti dodržování klidového režimu na lůžku a o správné elevaci končetiny.

Dle ordinací lékaře jsem provedla vstupní vyšetření krve, změřila fyziologické funkce a zavedla PŽK z důvodu naordinovaných intravenózních antibiotik.

V průběhu celé hospitalizace jsem prováděla dle ordinací lékaře:

- měření FF
- podávání léků
- odběry krve
- přípravu na vyšetření
- transport na vyšetření

- zajišťovala převazy končetiny sálovou sestrou
- zaznamenávala vše do dokumentace
- pomáhala při toaletě

Průběžně jsem po celou dobu hospitalizace sledovala:

- celkový stav pacienta
- příjem a výdej tekutin
- stav kůže na LDK

Po celou dobu hospitalizace jsem motivovala pacienta ke spolupráci při běžných úkonech. Na otázky jsem si vždy udělala čas a snažila se mu vše vysvětlit.

2.2 Terapie

2.2.1 Farmakoterapie

Per os terapie:

Lomir 1-0-0 tbl. per.os., chronická medikace

vazodilatans, lokátor kalciového kanálu (s: isradipinum)

Rhefluin ½-0-0 tbl. per.os, chronická medikace

antihypertenzivum, diuretikum (s: amiloridi hydrochloridum dihydricum)

Euthyrox 100 mg 1-0-0 tbl. per.os, chronická medikace

hormon štítné žlázy (s: levothyroxinum natricum)

Essentiale forte 1-1-1 tbl – nasazen od 1. dne hospitalizace

hepatoprotectivum

Hypnogen dle potřeby 1 tbl na noc

hypnoticum (s: zolpidemi tartras)

Paralen 500 mg. tbl. při TT nad 38°C

antipyretikum, analgeticum (s:paracetamolium)

Tramal 50 mg. tbl. dle potřeby

analgeticum

Warfarin 5 mg 1-0-0 tbl. nasazen od 11. dne hospitalizace

(antikoagulans)

Dalacin 300 mg. tbl. po 6 hodinách per.os. na 5 dní. Převeden v den propuštění.

(clindamicin)

Siofor 500 mg 1-0-1tbl. nasazen 12. den hospitalizace

Antidiabetikum, derivát biguanidu

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml 2x denně po 12 hodinách (váha 85 kg) subkutánně.

Aplikace až do 11 dne hospitalizace, poté převeden na Warfarin 5 mg tbl 1x denně ráno.

Inzulinoaterapie:

<i>1-3.den hospitalizace</i>	<i>3-10.den hospitalizace</i>	<i>11. den hospitalizace</i>
HMR 8j.- 8j.- 0j. s.c.	HMR 8j –8j –0j	HMR 4j –4j –0j
NPH 0j.- 0j.- 6j. s.c	NPH 0j.- 0j.- 8j. s.c	NPH 0j –0j –4j

Parenterální terapie: G – PNC 5 mil.m.j. (betalaktam) 4x denně po 6 hodinách do 250 ml

podáván 1.-5. den hospitalizace

Dalacin 600 mg (clindamicinum) 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

podáván 5.-14. den hospitalizace.

Infuzní terapie: FR 1/1 500ml + 10ml 7,5% KCL (Fyziologický roztok, Kalium chloratum)

HR 1/1 500ml; dále dle bilancí (Hartmanův roztok)

Podávány od 1-3. dne hospitalizace.

2.2.2 Lokální terapie

Od 1.-5. dne hospitalizace Inadine a sterilní krytí na bérec. Ragáda mezi 4-5 prstem LDK, sterilní krytí. Bandáž celé LDK až po třísko. Od 5-9. dne hospitalizace Betadine roztok, suché sterilní krytí. 9. den hospitalizace, končetina ponechána volně.

2.2.3 Chirurgická terapie

Při léčbě nebyla použita žádná chirurgická metoda léčby.

2.2.4 Dietoterapie

Pacientovi vzhledem k diagnóze DM v anamnéze byla naordinována ošetřujícím lékařem dieta č. 9 – diabetická. (se sníženým příjmem soli, 225-325g sacharidů/den; bílkovin 0,98-1,1g/kg/den; tuky 85g/den)

2.2.5 Pohybový režim

Č. 3 (částečně soběstačný) klidový režim na lůžku, končetina ve zvýšené poloze.

2.2.6 Psychoterapie

Onemocnění nevyžaduje psychoterapii. Pacient potřebuje pouze podporu rodiny.

2.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled: Orientovaný, spolupracuje, celkově schvácený, opocení.

Úprava zevnějšku: Upraven.

Slizniční membrány: Jazyk vlhký, dutina ústní čistá, tonsily nezvětšeny, bez povlaků.

Zuby: Vlastní chrup, dobře udržovaný.

Sluch: Slyší dobře.

Oči: Vidí dobře, brýle nosí pouze na čtení. S nimi přečte bez potíží novinové písmo.

Tělesná teplota: 37,8°C

Dýchání: 20/min, pravidelné.

Krevní tlak: 130/85 Torrů

Puls: 76/min

Rozsah pohybu kloubů: Omezený v celé délce na levé dolní končetině.

Kůže: Výrazný bolestivý otok na levé dolní končetině až po tříslu, zarudnutí, zvýšená citlivost

Barva: Zarudnutí od kotníku ke kolenu na levé dolní končetině, přítomnost bul naplněných čirým exudátem.

Chůze: S pomocí chodítka a pod dohledem rehabilitační sestry.

2.4 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové

2.4.1 Doména: Podpora zdraví

Pan Eduard B. pracuje jako stavbyvedoucí. Dříve sportoval, dnes chodívá spíše na procházky se svým psem. Bydlí v panelovém domě s manželkou. Mají dvě dospělé děti. Sám sebe hodnotí jako pasivního katolíka. Kouří 20 ks. cigaret denně, alkohol pije pouze příležitostně. Úrazy prodělal jen drobné, měl běžné dětské nemoci. Před 11 dny pocit teploty, bez třesavky, bolestivost na levé dolní končetině a počínající otok.

Své chování hodnotí jako aktivní, zvědavé, je optimista, nebývá nervózní a neprožívá stres. Svůj nynější stav vnímá jako velmi zhoršený. Nezná příčinu, je překvapený, že se mu onemocnění opakuje po dlouhých intervalech. Je přesvědčený, že došlo k poranění kůže na stavbě a tím k zanesení nečistoty do rány. Průběh minulého onemocnění byl nekomplikovaný. Lékařská doporučení nedodržuje. O alternativní způsoby léčby se nezajímá a ani žádné nezná. Nynější hospitalizaci předpokládá na několik dnů.

Ošetřovatelské problémy:

Přetrvávající febrilie

2.4.2 Doména: Výživa

Nemocný má dietu č. 9. Je informován, že je to diabetická dieta, kterou ne vždy dodržuje. Doma jí několikrát denně, často ve větších dávkách a pije okolo 1,5 litru tekutin (minerálních vod). V nemocnici se na doporučení lékaře snaží vypít 2,5 litru tekutin. Má k dispozici čaj a od rodiny neslazené minerální vody. Váží 98 kg. Chut' k jídlu má dobrou, stěžuje si na nedostatek jídla. Stav kůže, nehtů a sliznic nevykazuje známky snížené hydratace. V posledních dnech má vyšší tělesnou teplotu a více se potí.

BMI = 26,23 (nadváha)

Ošetřovatelský problém:

riziko deficitu tělesných tekutin

2.4.3 Doména: Vylučování a výměna

Nyní močí do močové lahve z důvodu přísného klidu na lůžku. Barva moče je světlá, při močení nepocítuje pálení. Stolice je nepravidelná normální barvy a konzistence. Přičítá to změně prostředí a klidovému režimu na lůžku. Doma chodil na stolicí pravidelně, příměsi nebyly přítomny. Při vyprazdňování není plně soběstačný, potřebuje dopomoc sestry. Očekává, že až se bude moci více pohybovat, tak se stabilizuje i pravidelnost stolice. Zvracení neudává, ani zde v nemocnici. Doma se zvýšeně potil, v nemocnici pocení přetrvává vzhledem ke zvýšené teplotě.

Ošetřovatelský problém:

Nepravidelný odchod stolice

2.4.4 Doména: Aktivita a odpočinek

V poslední době doma usínal u televize a spal tak 5 hodin denně, po probuzení se cítil neodpočatě. V noci ho budila bolest postižené končetiny. Nyní pospává i přes den tak po ½ hodiny. Budily jej sestry, které o něj pečovaly (měření TK, P, TT). Spánek má mělký, často se probouzí kvůli bolesti. Ruší ho občas i ostatní pacienti a světlo z chodby. Doma žádná hypnotika neužíval. Doma byla aktivita omezena z důvodu onemocnění, pacientovi se hůře chodilo, začal pociťovat bolest. Nyní je jeho tělesná aktivita vzhledem k onemocnění omezena. Potřebuje částečnou pomoc při zajišťování sebepečce – při vyprazdňování, hygienické péči, stravování. Na vyšetření je dopravován v ležící poloze.

Bartlův test všedních činností = 45-60 bodů (závislý středního stupně)

Ošetřovatelský problém:

nekvalitní spánek

špatná pohyblivost

omezená sebepečce v péči o sebe sama, při vyprazdňování, při hygieně

2.4.5 Doména: Vnímání - poznávání

Pan E.B. nemá žádné potíže se sluchem, řečí ani pozorností. Doslova udává: „Slyším i to, co nemám“. Nosí brýle na čtení a má je u sebe. Paměť má dle svého hodnocení neporušenou. Pacient je při vědomí. Odpovídá jasně, přiléhavě. Je plně orientován v čase, místě i osobě.

Zkrácený mentální test dle Gaida = 9 bodů (není přítomna zmatenost)

Ošetřovatelský problém:

potřeba více informací v péči o vlastní zdraví

2.4.6 Doména: Vnímání sebe sama

V současné době se necítí úplně dobře. Není schopen přivyknout své omezené pohyblivosti. Hospitalizaci i svůj nynější stav vidí jako problém. Má pocit snížené sebeúcty.

Ošetřovatelský problém:

Snížená sebeúcta

2.4.7 Doména: Vztahy

Bydlí s manželkou v panelovém domě. Má 2 dospělé děti, které již s nimi nežijí ve společné domácnosti. Vychází s nimi dobře. Netrpí pocitem osamělosti. Svůj nynější stav bere vážně, trochu se s tím vnitřně trápí. V nemocnici postrádá svůj klid a pohodlí. Udává, že v běžném životě nevidí skoro v ničem žádný problém. O mezilidských vztazích tvrdí, že nemá s nikým problémy a se všemi dokáže vyjít.

2.4.8 Doména: Sexualita

V této oblasti žádné potíže nemá, sexuální vztah s manželkou má bezproblémový.

2.4.9 Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Za poslední dva roky si nějakých závažných změn nevšiml. Napětí pociťuje jen velmi zřídka. Ničím jej nesnižuje – odejde samo. Vůbec si nevzpomíná, že by někdy zažil stres. Výjimkou je současná hospitalizace, která ho zneklidňuje víc, než kdy zažil. Pociťuje strach. Nemá ekonomické ani citové problémy. Trochu má problém

s nedostatkem času, v zaměstnání má větší množství práce a je problém si zorganizovat volný čas. Co se týká vzteku, tvrdí, že když se rozzlobí, tak ho to přejde do pár minut samo.

Stupnice hodnocení psychického zdraví = 5x odpověď ano

Beckova sebesuzovací stupnice deprese = 5 bodů (v normě)

Ošetřovatelský problém:

strach z hospitalizace

2.4.10 Doména: Životní princip

Pan E.B. sebe hodnotí jako pasivního katolíka. Do budoucna nemá v úmyslu na svém životě něco měnit. Pouze připouští, že již bude zodpovědněji přistupovat ke svým zdravotním obtížím. Doufá v brzké uzdravení a návrat domů. Nic neplánuje.

2.4.11 Doména: Bezpečnost a ochrana

Svou práci považuje z hlediska zanesení nečistot jako velmi rizikovou. Přestože se chrání pracovním oděvem, k drobným poraněním dochází velmi často. Sebeпоškozovací úmysly nemá, nechápe, jak si někdo může ubližovat sám sobě. Nemá žádné alergie. Trpí mykotickým onemocněním mezi prsty na dolních končetinách.

Zjištění rizika pádu = 2 body (není riziko pádu)

Riziko vzniku dekubitů = 18 bodů (riziko vzniku dekubitů)

Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové) = 18 bodů (není riziko)

Ošetřovatelský problém:

porušená kožní integrita

riziko infekce

2.4.12 Doména: Komfort

Akutní bolest pociťuje nyní na postižené levé dolní končetině. Je trvalá, ustupující krátkodobě po podání analgetik. Přetrvává již několik dní. Pacient ji hodnotí stupněm 4.

Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona) = Bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly

Tabulka bolesti = VAS 4 body (velmi silná bolest)

Ošetřovatelský problém:

akutní bolest

2.4.13 Doména: Růst/vývoj

Fyziologický růst a vývoj. Je 185 cm vysoký, váží 85 kg. Tělesná konstituce souměrná.

2.5 Souhrn hospitalizace, terapie

29.10.- 11.11.2007

Hospitalizace 29.10.07 (1.den)

Ihned po přijetí byl pacientovi E.B. zaveden PŽK a odebrány vstupní odběry dle ordinací lékaře. FF (fyziologické funkce) byly měřeny 3x denně. Teplota 37,8°C. Natočeno vstupní EKG (elektrokardiograf). Vzhledem k otoku celé končetiny ordinováno vyšetření UZ žil k vyloučení žilní trombózy na obou končetinách. Pacient je seznámen s vyšetřením a podepíše informovaný souhlas s vyšetřením. Příprava není žádná. Pacienta transportujeme v ležící poloze.

Vyšetření:

UZ nález Duplex: závěr: ileofemorální hluboká žilní trombóza vlevo v rozsahu 4-5 cm. Pacient špatně spolupracující, zvýšená bolestivost a citlivost na LDK při vyšetření. Vpravo žilní systém dobrý v celém rozsahu.

EKG: bez čerstvých ischemických změn.

Dieta: č.9

Pohybový režim: č. 3 (částečně soběstačný) klidový režim na lůžku, zvýšená poloha končetiny, sterilní krytí na bérce, ragáda mezi 4-5 prstem LDK, bandáž až po třísko.

P+V (příjem, výdej tekutin), dostatek tekutin, aktivně nabízet tekutiny.

Infuzní terapie: FR 1/1 500ml + 10ml 7,5% KCL (Fyziologický roztok, kalium chloratum)

HR 1/1 500ml; dále dle bilancí (Hartmanův roztok)

Parenterální terapie: G – PNC 5 mil.m.j. (betalaktam) 4x denně po 6 hodinách do 250 ml FR 1/1

Per os terapie: Lomir tbl. 1-0-0

Rhefluin tbl.½-0-0

Euthyrox tbl.100 mg :1-0-0

Essentiale forte tbl 1-1-1

Hypnogen tbl.dle potřeby

Paralen 500mg tbl. při TT nad 38°C

TK 135/85, P 100/min; TK 135/85, P 89/min; TK 130/80, P 98/min

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml 2x denně po 12 hodinách (váha 85 kg)

Dle vstupní glykémie ordinován glykemický profil 3-4x denně a podán inzulin.

Glykemický profil: ráno – 8,9

poledne – 7,9

večer – 8,4

HMR 8j.- 8j.- 0j. s.c.

NPH 0j.- 0j.- 6j. s.c

Bilance tekutin: příjem: 3000ml/den

výdej: 2350 ml/den

Hospitalizace 30.10.07 (2. den)

Druhý den hospitalizace má pacient naordinovaný klidový režim na lůžku. Elevujeme postiženou končetinu. Na LDK jsou buly přes celé lýtko a část bérce. Na bérce a v oblasti kotníku malé defekty o průměru 2,5 cm naplněné exudátem čiré barvy. Na defekty přikládáme Inadine a suché krytí. Bandážujeme vzhledem k nálezu hluboké žilní trombózy až po tříslu. Pacient je částečně soběstačný, potřebuje dopomoc sestry při ranní toaletě a podat stravu k lůžku. Močí bez potíží. Pacient dosud nebyl na stolici, proto podána dle ordinací lékaře Lactulosa 5 ml 3x denně. Měříme glykemický profil, FF 3x denně. Pokračujeme v ATB terapii. TT stoupla na 38°C, proto podáváme běžná antipyretika, analgetika na bolest, hypnotika na spaní.

Glykemický profil: ráno – 8,9

poledne – 7,9

večer – 8,4

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j s.c

NPH 0j –0j – 6j s.c

Parenterální terapie: G – PNC 5 mil.m.j. 4x denně po 6 hodinách do 250 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 s.c 2x denně po 12 hodinách

Infuzní terapie: FR 1/1 500 ml

Per os terapie: chronická medikace

Paralen 500 mg tbl při TT nad 38°C 1- 1- 1

Hypnogen 0-0-1 tbl

Tramal 50 mg tbl 1-1-1 dle potřeby, event. Tramal 50-100 mg /FR 1/1
100ml při výrazné bolesti.

Lactulosa 5 ml 3x denně

TK 145/90, P 99/min; TK 140/90, P 86/min; TK 135/75, P 89/min

Pohybový režim: č. 3 (částečně soběstačný)

Dieta: č. 9

Bilance tekutin: příjem: 2500ml/den

výdej: 1950 ml/den

Hospitalizace 31.10.07 (3. den)

Pacient má pokles TT pod 38°C, méně se potí. Bolesti pociťuje intenzivně při změně polohy. Má klidové bolest, které ho v noci budí. Zvýšená citlivost na dotek. Na LDK lokální nález v mírné regresi. Převaz sálovou sestrou. Dopomoc sestry při toaletě. FF měřeny 1x denně ráno, sledování P+V tekutin, měříme glykemický profil. Močí bez potíží, stolice nebyla. Dnes výměna PŽK.

Glykemický profil: ráno – 13,4

poledne- 8,9

večer – 7,6

Inzulinoterapie: HMR 10j –8j –0j s.c

NPH 0j –0j –8j s.c

Parenterální terapie: G – PNC 5 ml.m.j. i.v. 4x denně do 250 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml 2x denně

Infuzní terapie: FR 1/1 500ml

Per. os. terapie: chronická medikace, antipyretika při TT nad 38°C, hepatoprotektiva, Hypnogen 0-0-1 tbl, analgetika podle potřeby, Lactulosa 5 ml. 3x denně

TK 13/80, P 100/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č. 9

Bilance tekutin: příjem: 3000ml

výdej: 2470 ml

Hospitalizace 1.11.07 (4. den)

Subjektivně se pacient cítí lépe, pokles TT na 37,7°C. Bolesti stále pociťuje, v noci jej ještě často budí. Na LDK stále výrazné zarudnutí v celém rozsahu bérce, bula téměř v celém rozsahu lýtky, nejvíce anteromediálně otok celé LDK, zvýšená citlivost na dotek. Ordinována změna převazu na sterilní čtverce s roztokem Betadinu, opět bandáž až k tříslu, elevace končetiny. Dopomoc sestry při toaletě. Močí bez potíží, dnes odchod většího množství stolice. Dnes odběr KO, biochemie. Pokud do zítřka nedojde k výraznějšímu ústupu obtíží změna antibiotické terapie na Dalacin 600 mg. po 8 hodinách i.v. FF měřeny 1x denně ráno, měřen nadále P+V tekutin. Pacient projevil zájem o informace v oblasti výživy v souvislosti s diabetem. Proto dnes naplánována edukace na toto téma.

Glykemický profil: ráno – 6,5

poledne – 8,1

večer – 7,4

Inzulinoaterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: G – PNC 5.mil. m. j. i.v. 4x denně do FR 1/1 250ml

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c. 2x denně

Infuzní terapie: 0

Per. os. terapie: chronická medikace, hepatoprotektiva, Hypnogen 0-0-1 tbl, analgetika dle potřeby, Lactulosa 5 ml 3x denně ex.

TK 135/75, P 90/min

Pohybový režim: č. 3

Dieta: č. 9

Bilance tekutin: příjem: 2440 ml

výdej: 2350 ml

Hospitalizace 2.11.2007 (5 den)

Subjektivně se cítí stejně jako včera. Ústup obtíží nepociťuje, bolesti přetrvávají, v noci narušený spánek při změně polohy. Zarudnutí přetrvává, přes noc perforace bul s exudátem. Při převazu sálovou sestrou již přítomna zasychající krusta. Nadále sterilní krytí s Betadine roztokem a bandáží. Dopomoc sestry při toaletě. Hydratace v normě, proto dnes P+V ex. Močí bez potíží, úprava stolice 1x denně. Vzhledem k malému ústupu obtíží a efektu antibiotik převedeme pacienta na Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do FR 1/1 100 ml. FF 1x denně.

Glykemický profil: ráno - 7,8

poledne - 6,5

večer - 7,8

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg (clindamicinum) 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 128/85, P 86/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 3.11.2007 (6.den)

Subjektivně pociťuje bolesti při změně polohy, na vyžádání podány analgetika v infúzi. TT 37,4°C. Při převazu sálovou sestrou krusty na LDK zaschlé, zarudnutí přetrvává. Efekt antibiotik není patrný. Sterilní krytí na LDK s roztokem Betadinu. Dle ordinací lékaře pacient smí chodit na WC. Vždy bandážujeme končetinu. V klidové poloze na lůžku již není nutná. Dopomoc sestry při toaletě. Močí bez potíží, stolice nebyla. Dnes naordinován Warfarin 5mg. FF 1x denně. Výměna PŽK dnes.

Glykemický profil: ráno - 7,6

poledne - 6,2

večer - 7,8

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 2 –0 –0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen tbl na noc 0-0-1

TK 130/80, P 88/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 4.11.2007 (7. den)

Subjektivně se cítí první den lépe. TT je 36,9°C. V noci podán Hypnogen na spaní. Analgetika podána pouze 1x za noc. Na LDK je znatelný ústup zarudnutí, pomalu hojící se krusty. Nadále elevace končetiny. Močí bez potíží, dnes stolice kašovitého vzhledu a normální barvy několikrát za den. Vzhledem ke zlepšení stavu pacienta ordinováno UZ břicha na další den. Pacient je lékařem seznámen s vyšetřením a s přípravou na toto vyšetření. Od půlnoci nesmí jíst, pít, kouřit. Vše akceptuje a podepisuje informovaný souhlas s vyšetřením. Vyšetření je plánováno na 11 hodinu. Pacient bude transportován v ležící poloze s bandáží LDK. Dnes snížena dávka Warfarinu dle ordinací lékaře. Dopomoc sestry při toaletě. FF měřeny 1x denně.

Glykemický profil: ráno – 6,8

poledne - 6,4

večer - 7,2

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1 –0 –0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 128/80, P 85/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č. 9

Hospitalizace 5.11.2007 (8. den)

Subjektivně výrazné zlepšení, pacient bez teplot. Bolestivost LDK snesitelná. V noci pacient spí bez podání analgetik. Žádá Hypnogen na spaní. Močení bez potíží, dnes úprava stolice 3x denně normální konzistence i barvy. Ráno pacient nesnídá z důvodu UZ vyšetření břicha. Před vyšetřením převaz LDK a bandáž končetiny. FF měřeny 1x denně. Dopomoc sestry při toaletě. Dnes nabrány kontrolní koagulace.

Vyšetření UZ břicha:

Závěr: Difúzní hepatopatie, hraniční velikost jater, suspektní steatosa, solitární cholecystolithiasa, bez známek cholecystitis, bez známek obstrukce intra či extra hepatálních žlučvodů

Glykemický profil: ráno – 5,9

poledne – 7,2

večer – 6,9

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5mg tbl 1-0-0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 132/87, P 87/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 6.11.2007 (9. den)

Pacient bez teplot, ústup bolesti, nevyžaduje analgetika. Při ranní hygieně ještě částečná pomoc sestry, jinak soběstačný. Stolice normální barvy a konzistence 2x denně, moč světlá. Nepociťuje pálení a řezání při močení. Příjem tekutin okolo 2 l/den. Převaz sálovou sestrou, LDK ponechána bez krytí. Končetinu kryt pouze před bandáží končetiny. FF měřeny 1x denně. Dnes plánované vyšetření.

Glykemický profil: ráno – 5,8

poledne – 6,2

večer – 8,6

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 130/85, P 86/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 7.11.2007 (10. den)

Pacient se subjektivně cítí dobře. TT 36,7°C, na noc podán Hypnogen. Není schopen usnout, ruší ho světlo z chodby a hluk, který vydávají ostatní pacienti. Dnes ranní toaletu zvládá bez minimální pomoci sestry. Na LDK jasný ústup zarudnutí. Otok

v regresi. Dochází k odlučování krust, proto doporučeno promazávání končetiny vazelínou. Močení bez potíží, stolice nebyla. Bolest téměř nepocítuje.

Glykemický profil: ráno – 5,4

poledne – 6,8

večer – 7,9

Inzulinoterapie: HMR 8j –8j –0j

NPH 0j –0j –8j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Antikoagulační terapie: Clexane 0,9 ml s.c 2x denně po 12 hodinách

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 130/85, P 89/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 8.11.2007 (11.den)

Subjektivně se cítí velmi dobře. TT 36,7°C. Trápí ho pouze nepravidelná stolice a potíže s večerním usínáním. Soběstačný v oblasti hygieny i jídla. Bolesti téměř vymizely, neužívá žádná analgetika. Na LDK dochází k postupnému odlučování krust. Zarudnutí a otok v regresi. Ještě nadále klidový režim na lůžku s elevací končetiny, pouze dovoleno chodit na WC s bandáží. FF 1x denně. Změna inzulinoterapie. Dnes vysazen Clexane 0,9 ml s.c.

Glykemický profil: ráno – 5,2

poledne – 6,2

večer – 6,8

Inzulinoterapie: HMR 4j –4j –0j

NPH 0j –0j –4j

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0, analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc 0-0-1

TK 130/85, P 87/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 9.11.2007 (12.den)

Pacient se cítí zdrav. TT 36,8°C. Dnes usnul bez tablety na spaní. Cítí se odpočatý. Bolesti nepocítuje ani při chůzi na toaletu. LDK bez přítomnosti krust, je patrné pouze lehké zarudnutí, otok výrazně zlepšen. Soběstačný v oblasti hygieny. Dnes vysazen inzulin dle ordinací lékaře, pacient převeden na Siofor 500 mg 2x denně až do dimise. Dnes kontrolní laboratoře Quick. FF měřeny 1x denně.

Glykemický profil: ráno – 5,8

poledne – 6,4

večer – 7,2

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0 , Siofor 500 mg 1-0-1 analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc dle potřeby

TK 125/80, P 86/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č. 9

Hospitalizace 10.11.2007 (13. den)

Pacient se cítí velmi dobře. TT 36,8°C. Chtěl by ukončit hospitalizaci. Pacient edukován o nutnosti dokončení terapie po dobu 14 dnů a klidovém režimu na lůžku. LDK bez zarudnutí s mírným otokem, bolesti nemá. V noci spí dobře bez přerušování. Soběstačný v oblasti hygieny.

Glykemický profil: ráno – 5,2

poledne – 6,2

večer – 6,8

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg 3x denně i.v. do 100 ml FR 1/1

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0 , Siofor 500 mg 1-0-1
analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc dle potřeby

TK 125/80, P 86/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

Hospitalizace 11.11.2007 (14. den)

Dnes plánovaná dimise v odpoledních hodinách. Ještě ve 14 hodin podány ATB v infúzi. Před propuštěním do domácí péče nabrány statim kontrolní laboratoře. Pacient v celkově dobrém stavu. Cítí se dobře. Pacient edukován v oblasti doléčení žilní trombózy, ohledně prevence recidiv erysipelu. Vysvětlena nutnost péče o kůži a nehty. Důsledná léčba kožních a mykotických onemocnění. Kontrola u praktického lékaře do 2 dnů po propuštění. Doporučen kontrolní UZ žil s odstupem 2 měsíců, nadále pokračovat v podávání Warfarinu ve stejné dávce po dobu 3 měsíců. Dále doporučen odběr kontrolních jaterních testů za měsíc a UZ břicha. Vydán recept na Dalacin 300 mg. tbl. po 6 hodinách per.os. na 5 dní.

Parenterální terapie: Dalacin 600 mg i.v. do 100 ml FR 1/1

Per.os. terapie: chronická medikace, Warfarin 5 mg tbl 1-0-0 , Siofor 500 mg 1-0-1
analgetika při bolesti, hepatoprotektiva, Hypnogen na noc dle potřeby

TK 120/80, P 88/min

Pohybový režim: č.3

Dieta: č.9

2.6 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Na základě posouzení stavu potřeb pacienta jsem po přijetí 29.10.2007 stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest – 00132

Hypertermie – 00007

Porušená kožní integrita – 00046

Zhoršená pohyblivost – 00085

Po úplném posouzení stavu potřeb pacienta jsem 30.10.2007 doplnila další ošetrovatelské diagnózy.

Deficit znalostí – 00126

Strach – 00148

Deficit sebepěče při koupání a hygieně – 00108

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce – 00004 (3.11.2007)

Ošetrovatelské diagnózy ke zlepšení zdraví

Ochota ke zlepšení výživy – 00163 (1.11.2007)

12. Doména: Komfort

Akutní bolest – 00132 na LDK VAS 4

Stanovena 29.10.2007

- z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací, sníženou pohyblivostí a častým probouzením

CD: p. nepocítuje bolest do 12 dnů

CK: p. pocítuje snížení bolesti ze st.4 na 3 do 6 dnů

VK: p.zná projevy onemocnění do 24h

p. zná léky snižující bolest ihned

p. zná úlevové polohy ihned

p. se cítí odpočatý do 2 dnů

p. si nestěžuje na únavu do 2 dnů

p. zná relaxační techniky do 2 dnů

p. se zapojuje do denních aktivit denně

p. má dostatek informací o faktorech ovlivňující spánek do 12 hod.

p. spí 6 hod v noci bez přerušení

Intervence: hodnot' intenzitu bolesti pomocí škály bolesti do 1 hod. primární sestra

zaznamenej intenzitu bolesti do grafického záznamu 3x denně

službu konající sestra

podej léky na snížení bolesti p.p.

službu konající sestra

sleduj účinky léků p.p.

službu konající sestra

vysvětli p. úlevové polohy – ihned

primární sestra

aktivizuj p. dle možností v průběhu dne

službu konající sestra

nauč p. relaxačním technikám do 2 dnů

primární sestra

pouč p. o faktorech ovlivňující spánek do 12 hod.

primární sestra

vysvětli p. projevy onemocnění do 24 hod.

primární sestra

Realizace: vysvětlila jsem p. projevy onemocnění

zhodnotila stupeň bolesti

zapsala průběžně stupeň bolesti do tabulky bolesti

podala léky proti bolesti

vysvětlila úlevové polohy

před usnutím vyvětrala pokoj p.p.

snažila jsem se snížit rušivé faktory na minimum

aktivovala p. přes den

umožnila jsem p. usínací návyky, např. pustíme rádio

podala léky na spaní před usnutím

sledovala jejich účinek

doporučila p.relaxační techniky

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient udává snížení bolesti na LDK do 6 dnů s úplným vymizením do 12 dnů. Spánek zlepšený s pravidelným užíváním medikace. Nestěžuje si na únavu a cítí se odpočatý.

Sestra objektivně: Efekt úplný 8.11.2007. Po podání analgetik a s využitím úlevových poloh došlo ke zmírnění bolesti o 1 bod do 6 dnů. Před propuštěním hodnotí bolest na stupni 1. Spal klidně po celou noc s tbl. hypnotika.

Primární sestra

11. Doména: Bezpečnost – ochrana

Hypertermie – 00007

Stanovena dne 29.10.2007

- z důvodu základního onemocnění, projevující se zvýšenou TT 38,7°C, pocením, sníženým příjmem tekutin

CD: p.má fyziologickou TT do 7dnů

CK: p. má TT 37,5°C do 72h

VK: p.si umí změřit TT ihned

p. si pravidelně kontroluje TT 3x denně

p. má suché lůžko p.p.

p. se nepotí do 48h

p. je dostatečně hydratován do 48hod.

p. má k dispozici tekutiny – vždy

p. chápe nutnost zvýšeného příjmu tekutin do 2hod.

p. hlásí sestře množství vypitých tekutin – ihned

p. má dostatek informací o významu hygienické péče - ihned

<i>Intervence:</i> kontroluj p.naměřené hodnoty TT 3x denně	službu konající sestra
zapisuj hodnoty do dokumentace – ihned	primární sestra
podávej obklady p.p	službu konající sestra
podej tekutiny p.p.	službu konající sestra
podej léky dle ordinací	primární sestra
dej k dispozici moč.láhev – ihned	primární sestra
měř P+V za 24hod.	službu konající sestra
pečuj o čistotu a suchost kůže p.p.	primární sestra
udržuj lůžko v suchu p.p	primární sestra

Realizace: podala jsem tekutiny

zajistila jsem dostatečné množství tekutin
kontrolovala jsem průběžně během dne suchost lůžka
kontrolovala jsem naměřené hodnoty TT a zapsala do dokumentace
podala jsem chladné obklady
podala jsem antipyretika a ATB
připravila jsem k lůžku moč láhev
P+V jsem zapsala průběžně do dokumentace

Hodnocení: 5.11.2007

Pacient subjektivně: Efekt úplný, pacient pocítuje snížení TT na 37,5°C a do 7 dnů úplné vymizení teplot. Méně se potí, cítí se dobře. Pije dostatek tekutin.

Sestra objektivně: Efekt úplný, TT poklesla do 3 dnů na 37,5°C a do 5.11.07 vymizela úplně. Dobře pije, méně se potí.

Primární sestra

11. Doména: Bezpečnost – ochrana

Porušená kožní integrita – 00046 na LDK

Stanovena dne 29.10.2007

- z důvodu kožní praskliny, projevující se zarudnutím, otokem, naplněnými bulami s exudátem

CD: p. má neporušenou a dostatečně hydratovanou kůži do 14 dnů

CK: p. pociťuje ústup obtíží do 6 dnů

VK: p. je schopen zhodnotit obtíže každý den

p. hlásí všechny změny na LDK - ihned

p. je informován o převazech LDK do 12hod.

p. zná důvody provádění každodenních převazů

p. zná nutnost zvýšené hygieny LDK – ihned

p. zná polohování končetiny – ihned

<i>Intervence:</i> zajisti sterilní převazy LDK každý den	primární sestra
zajisti úlevou polohu LDK – ihned	primární sestra
vysvětlí nutnost elevace LDK – ihned	primární sestra
kontroluj kůži každý den	primární sestra
všímej si sekrece z rány při převazu	primární sestra
kontroluj zarudnutí každý den	primární sestra
kontroluj otok každý den	primární sestra
zajisti dostatek informací o možných obtížích – ihned	primární sestra

Realizace: informovala jsem p. o možných komplikacích

zajistila jsem převazy LDK sálovou sestrou za aseptických podmínek

kontrolovala jsem kůži, její zarudnutí a otok

polohovala jsem končetinu

dbala jsem o hygienu LDK

kontrolovala jsem a upravovala lůžko

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný, pacient vnímá končetinu jako zlepšenou. 5. den se objevuje zasychající krusta. Před odchodem domů kůže neporušená, zhojená.

Sestra: Efekt úplný, 5. den došlo k prasknutí bul, tekutina volně odtekla a vytvořila se zasychající krusta. Nadále pokračujeme převazy LDK a v den dimise 11.11.07 je kůže neporušená a zhojená.

Primární sestra

5. Doména: Vnímání - poznávání

Deficit znalostí o základním onemocnění - 00126

Stanovena dne 30.10.2007

- z důvodu nedostatečné zkušenosti s daným onemocněním, projevující se žádostí o informace

CD: p. verbalizuje spokojenost s podanými informacemi do 48hod.

CK: p. je seznámen s diagnózou a možnostmi léčby do 12hod.

p. je seznámen s preventivními opatřeními vzniku infekce do 12hod.

VK: p. pochopí svůj zdravotní stav do 48hod.

p. zná preventivní opatření vzniku onemocnění do 12hod.

p. zná možnosti léčby do 12hod.

p. se aktivně účastní léčby p.p.

<i>Intervence:</i> zjistí klientovu schopnost pochopení do 6hod.	primární sestra
povzbud' klienta k otázkám – ihned	primární sestra
poskytni klientovi potřebné materiály týkající se jeho onemocnění do 12hod.	primární sestra
vysvětlí preventivní opatření	primární sestra
zajisti konzultaci s lékařem do 12hod.	primární sestra
zjistí, zda budou potřebovat informace i blízcí příbuzní do 48 hod.	primární sestra

Realizace: poskytla jsem klientovi rozhovor s lékařem
 poskytla jsem konzultaci s lékařem i rodině
 zajistila jsem potřebné materiály týkající se onemocnění
 snažila jsem odpovědět na všechny kladené dotazy
 vysvětlila jsem preventivní opatření, kterými p. může předcházet
 znovuzplanutí onemocnění

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný, chápe svůj zdravotní stav, je srozuměn s klidovým režimem a nutností ho dodržet. Zná příčiny onemocnění, je připraven na případnou recidivu onemocnění. Je poučen o preventivních opatřeních.

Sestra objektivně: Efekt úplný, pacient byl v průběhu hospitalizace seznámen s prevencí, léčbou a délkou trvání onemocnění. Poučen o dalším režimu a ambulantních kontrolách. Vysvětleny preventivní opatření. 1.11.07 Primární sestra

9. Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Strach - 00148

Stanovena dne 30.10.2007

- z důvodu recidivy onemocnění, projevující se slovním projevem, stresem

CD: p. je klidný a zrelaxovaný do 1 týdne

CK: p. pociťuje zmírnění strachu do 48hod.

VK: p. má informace o nemoci do 12hod.

p. zná techniky relaxace do 12 hod.

p. zná medikaci uvolňující pocit stresu do 12 hod.

Intervence: zajisti dostatek informací o léčbě do 12 hod.

zajisti klidné prostředí p.p.

buď tolerantní a komunikuj s p. p.p.

nauč p. relaxačním technikám p.p.

podej případně naordinovaná léčiva p.p.

pomoz zajistit častější kontakt s rodinou p.p.

Realizace: poskytla jsem rozhovor s lékařem

primární sestra

komunikovala jsem s p. a snažila ho pochopit

primární sestra

zajistila jsem kontakt s rodinou

primární sestra

vysvětlila jsem problém rodině

primární sestra

zajistila jsem p. klidné prostředí

primární sestra

seznámila jsem p. s relaxačními technikami

primární sestra

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný, pacient bez pocitu strachu, má dostatek informací o průběhu a možnostech léčby.

Sestra objektivně: Efekt úplný, p. byl seznámen s onemocněním a léčbou. Za pomoci použití relaxačních technik se uvolnil. Po konzultaci s rodinou a s uplatněním relaxačních technik se podařilo pacienta uklidnit a odstranit strach. Pacient nepociťuje strach z onemocnění. 6.11.07

Primární sestra

4. Doména: Aktivita - odpočinek

Deficit sebeképe při koupání a hygieně - 00108

Stanovena dne 30.10.2007

- z důvodu klidového režimu a omezené aktivity, projevující se neschopností se obsloužit

CD: p. zvládá samostatně se umýt do 6 dnů

CK: p. se umyje za pomoci sestry do 12hod.

VK: p. zná techniky mytí do 12h

p.umí používat pomůcky na toaletu do 12h

p. si umyje samostatně horní polovinu těla do 12 hod.

p. zná způsob, jak požádat sestru o pomoc p.p.

<i>Intervence:</i> poskytni pomůcky k mytí p. k lůžku p.p	primární sestra
pomoc p.s hygienou těla p.p	primární sestra
podporuj p. v samostatnosti ihned	primární sestra
zajisti intimitu při toaletě p.p.	službu konající sestra
edukuj rodinu p.p.	primární sestra

Realizace: p. jsem pomohla při mytí

p. jsem poskytla pomůcky k umytí

nacvičila jsem s pacientem umytí horní poloviny těla

zajistila jsem intimitu při toaletě

učila jsem p. samostatnosti

edukovala jsem rodinu

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný, je schopen se samostatně umýt. Cítí se dobře, má pocit znovunavrácené soběstačnosti.

Sestra objektivně: Efekt úplný, pacient je úplně soběstačný 4.11.07

Primární sestra

4. Doména: Aktivita a odpočinek

Zhoršená pohyblivost - 00085

Stanovena dne 29.10.2007

- způsobená onemocněním, projevující se sníženou aktivitou, sníženou pohyblivostí a nepravidelným vyprazdňováním

CD: p. má fyziologickou pohyblivost do 14 dnů

CK: p. zná příčinu zhoršené pohyblivosti do 2 hod.

VK: p. si samostatně dojde na WC do 6 dnů

p. zná projevy imobilizačního syndromu – ihned

p. zná způsoby polohování do 24hod.

p. má k dispozici pomůcky napomáhající polohování – ihned

p. bez pocitu plnosti do 48 hod.

p. zná příčiny zácpy ihned

p. nepotlačuje defekační reflex

p. zná techniky usnadňující vyprazdňování do 12hod.

p. zná vhodnou stravu, která napomáhá vyprazdňování do 12hod.

p. zná terapii napomáhající vyprázdnění do 12 hod.

<i>Intervence:</i> vysvětlí p. možnosti polohování do 24hod.	primární sestra
poskytni pomoc při polohování – ihned	primární sestra
poskytni pomůcky ke snazší manipulaci na lůžku – ihned	
zajisti intimitu při vyprazdňování p.p.	službu konající sestra
uprav stravu – konzultuj s nutričním terapeutem do 12 hod	
	primární sestra
dle ordinací lékaře podej lék napomáhající vyprázdnění do 48hod.	
	službu konající sestra
zajistit nácvik defekačního reflexu p.p.	primární sestra
zajistit rehabilitaci na lůžku každý den	primární sestra
edukuj rodinu při návštěvě	primární sestra

Realizace: vysvětlila jsem p.možnosti polohování

poskytla pomůcky k lepší manipulaci na lůžku

poskytla jsem pomoc při polohování

zajistila jsem p. intimitu při vyprazdňování

konzultovala jsem úpravu stravy s nutričním terapeutem

podala jsem léky na vyprázdnění

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný, pacient se sám došel vyprázdnit na WC za pomoci chodítka a pod dohledem sestry. Po 14 dnech chodí bez pomoci a bez kompenzačních pomůcek.

Sestra objektivně: Efekt úplný: Pacientovi bylo dovoleno 11. den se dojít vyprázdnit na WC s bandáží pod dohledem sestry. Před propuštěním soběstačný ve všech oblastech. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. 11.11.07

Primární sestra

11. Doména: Bezpečnost - ochrana

Riziko infekce – 00004

Stanovena dne 3.11.2007

- z důvodu zavedení PŽK na levé horní končetině

CD: p. nejeví známky infekce po dobu invazivních vstupů

CK: p. zná a umí používat aseptické postupy

p. umí vyjmenovat možné komplikace

Intervence: kontroluj invazivní vstup 1x denně primární sestra
dodržuj u invazivních vstupů sterilní techniky – vždy primární sestra
pouč p., jak snížit riziko infekce, vysvětlí zásady péče o PŽK do 2 hod.
vysvětlí p. projevy infekce do 30 min primární sestra

Realizace: dodržovala jsem u převazu přísně aseptické podmínky
kontrolovala a převazovala jsem 1x denně invazivní vstup
vysvětlíme zásady péče o PŽK

Hodnocení:

Pacient subjektivně: Efekt úplný. Nemocný neudával žádné problémy.

Sestra objektivně: Efekt úplný, po dobu hospitalizace se v pravidelných intervalech měnil PŽK, po celou dobu nedošlo k projevům infekce. 11.11.07 Primární sestra

2.7 Edukace pacienta

Termín edukace: 1.11.2007

Téma: Diabetes mellitus, komplikace a výživa

Cílem edukačního úsilí je vychovat pokud možno samostatného diabetika. Edukovaný diabetik by tedy měl v co největším rozsahu umět doplňovat potřebné vědomosti, zvládat praktické dovednosti a utvářet přiměřené postoje i životní cíle.

Edukovaný pacient: B.E.

Edukátor: Kesnerová Monika

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Vztah k zařízení: hospitalizovaný pacient

Používání pomůcek: aplikace inzulínu (přechodně po dobu hospitalizace) inzulínovými jehlami, kopíčko na vpich do břicha prstu, dezinfekce

Medikace ovlivňující edukaci: nemá

Komunikační bariéra: není

Edukační diagnóza: Ochota ke zlepšení výživy – 00163

Stanovena dne 1.11.2007

- z důvodu onemocnění diabetem, projevující se zájmem o správné dlouhodobé dodržování dietních opatření

CD: p. respektuje a dodržuje změny ve své výživě do 1 měsíce

CK: p. má přiměřené znalosti o zdravé výživě a o volbě tekutin do 7 dnů

VK: p. využívá vhodný výživový standard (pravidla výživy pro diabetika) do 14 dnů

p. chápe nutnost dodržování dietních opatření do 2 dnů

p. skladuje a připravuje potraviny i tekutiny bezpečně do 14 dnů

p. jí pravidelně, často a malé množství do 14 dnů

p. konzumuje odpovídající stravu k jeho dietnímu režimu do 14 dnů

Výukové cíle: psychomotorické

Metody: slovní (vysvětlení, rozhovor, písemná práce s letákem)

praktické: nácvik obsluhy glukometru

Motivace k výuce: ano

Postup při zaškolování pacienta:

seznámit s onemocněním, komplikacemi a významem

dodržování dietních opatření

snaha získat pacienta pro spolupráci

naplánovat, kdy s edukací začít, p. musí být se situací

psychicky vyrovnán

konzultace s nutričním terapeutem

kontrola, zda p. režim dodržuje

Průvodce pro pacienta:

Co čekáte od této edukační lekce?

V průběhu lekce se nezapomeňte ptát .

Cíl: Pacient zná základními pojmy z oblasti diabetu do 5 dnů

Pacient zná možné komplikace – časné i pozdní do 5 dnů

Pacient se aktivně zapojí do léčebného režimu do 7 dnů

Pacient zná dietní opatření do 7 dnů

Pacient chápe nutnost častého stravování v malých dávkách do 12 hod.

Pacient si umí změřit hodnotu glykémie glukometrem do 3 dnů

Dílčí cíle: pacient definuje onemocnění

zná základní pojmy jakými jsou (glykémie, glykosurie,)

jmenuje kritické stavy v diabetologii

jmenuje příznaky hypoglykémie, ví jaké kroky podniknout k jejich odstranění

vyjmenuje příznaky hyperglykemie, ví jak se zachovat
zná pozdní komplikace diabetu
umí sestavit individuální jídelníček
ví, které potraviny musí ze svého jídelníčku vyloučit
umí používat glukometr

Metodické pomůcky pro sestru:

odborný článek, odborná literatura – Programová léčba diabetu
video, videokazeta, glukometr

Metodické pomůcky pro pacienta:

papír, poznámkový blok, tužka, letáky s informacemi, brožurky, glukometr

Organizace prostoru:

nemocniční pokoj(dostatečný prostor, větraná místnost)

Organizační typ hodiny (forma výuky)

individuální výklad , ukázka, nácvik práce s glukometrem
videokazeta – Diabetu se nebojíme

Ověřování úrovně dosažených cílů: průběžné rozhovorem,
vyhodnocení vlastních pocitů pacienta

Výstup:

zlepšení kvality života
snížení incidence časných komplikací
zachování plné průběžnosti
umí si změřit sám hodnoty glykémie za pomoci glukometru

Úkoly pro klienta k sebereflexi:

zkontrolujte zda byl výklad dostatečně srozumitelný

zjistěte zda bylo splněno očekávání od začátku lekce

zjistěte, zda umí pacient zacházet s glukometrem

Otázky a úkoly pro pacienta:

1. Co je to diabetes mellitus II. typu ?

Diabetes mellitus (též úplavice cukrová nebo cukrovka) bývá spojena často s hypertenzí a poruchou metabolismu lipidů.

2. Jaké jsou příčiny tohoto onemocnění?

nedostatečná produkce inzulínu slinivkou břišní

slinivka vyrábí neplnohodnotný inzulín

inzulín je v krvi rozkládán

inzulín je v krvi vázán protilátkami

3. Jaké jsou příznaky?

- Časté močení
- Extrémní hlad a žízeň
- Úbytek hmotnosti
- Slabost a únava

4. Jaké jsou příznaky hypoglykemie a jak postupovat při hypoglykémii ?

Hypoglykémie - příliš nízká hladina krevního cukru (glukózy)

pocit hladu, závratě, pocení, zmatenost, bušení srdce, znecitlivění nebo mravenčení ve špičkách prstů pokud není léčena může vést ke zdvojenému vidění, třesu, dezorientaci, změnám chování či v nejhorším případě ke kómatu a smrti

Léčba - podání sacharidů- cukr, čokoláda, sladký čaj, při výraznějším nálezu Glukosa i.v.

- vždy při sobě nosit cukr

5. Jaké jsou příznaky hyperglykemie a k čemu může dojít?

Hyperglykémie - příliš vysoká hladina krevního cukru (glukózy), malá chuť k jídlu, bolesti žaludku, zvracení nebo pocit nevolnosti od žaludku, rozmazané vidění, pocity slabosti, ospalost, sladce páchnoucí dech, klasické příznaky hyperglykemie (zvýšená žízeň, sucho v ústech a potřeba častého močení), horká, suchá nebo zčervenalá kůže, stížené dýchání, pokud není léčena může vést ke kómatu a smrti.
Léčba: i.v.fyziologický roztok, inzulín, postupně, při klesající hladině glukosy postupně přidávat infusemi glukosu.

6. V čem spočívá léčba diabetu?

Aplikace inzulínu, dodržování dietního režimu, pohybová aktivita

7. Co je selfmonitoring?

Selfmonitoring znamená v překladu sebekontrolu, sebezpozorování, sledování sebe sama. V případě cukrovky to znamená „monitorování – sledování“ hladin krevního cukru nebo odpadu cukru do moči.

8. Jaká strava je vhodná pro diabetika?

Dostatek zeleniny a ovoce, omezit sůl. Volný cukr musí být nahrazen umělými sladidly. Diabetická dieta je základní složkou léčby u každého diabetika. Dietu hodnotíme po stránce energetické, jednak po stránce skladby a poměru základních živin. Kaloricky má být dieta vyvážená, aby diabetik neubýval a ani nepřibýval na své váze. Řídíme se věkem a pracovní činností diabetika.

9. Jak často se má diabetik stravovat?

5 – 6x denně po menších porcích.

10. Jaký je denní přísun bílkovin, tuků, sacharidů?

Denní příjem sacharidů je 225g – 325g, 0,98 – 1,1g/kg/den bílkovin, do 85g/den tuků.

11. Čím může diabetik přispět k normálním hodnotám glykémie?

Mimo dietu je také velmi důležitý pohybový režim diabetika. Nedílnou součástí je pohybová aktivita (procházky, turistika, jízda na kole, rekreační sporty). Fyzická aktivita má příznivý vliv na metabolismus diabetika, když je kompenzován.

12. Jak nejrychleji zjistíme hodnoty glykémie?

Hladinu glykémie zjistíme nejrychleji za pomoci glukometru.

Téma: Měření hladin glykémie za pomoci glukometru

nastavit glukometr podle číselné hodnoty testovacích proužků

vložit testovací proužek do glukometru

odezinfikovat bříško prstu ruky

za pomoci kopíčka udělat vpich do bříška prstu

aplikovat kapku krve na testovací proužek

vyčkat pár sekund a hodnota glykémie se zobrazí na displeji glukometru

Efekt – evaluace výsledků výuky edukátorem: Pacient B.E. projevil zájem a ochotu spolupracovat. Je seznámen s onemocněním a dietními opatřeními. V průběhu edukace je schopen si sám sestavit jídelníček, chápe nutnost pravidelného stravování v menších porcích. Ví, že aplikace inzulínu je přechodná záležitost a po návratu do domácí péče bude nadále užívat per.os. antidiabetika. Je schopen si sám přeměřit hodnoty glykémie glukometrem. V době hospitalizace se snaží chovat ukázněně. Rodina vyjádřila zájem a pochopení s režimem a jídelníček přizpůsobí dle potřeb pacienta.

Sebehodnocení edukovaného: Je spokojen sám se sebou, nemá další otázky, problematiku chápe. Je schopen samostatně sestavit jídelníček a změřit si hodnoty glykémie glukometrem. Dodržuje stravovací návyky jíst často, ale po malých dávkách během dne. Připouští, že se pokusí doplnit dietu i o pohybový režim.

Doporučení: zakoupit glukometr na měření hodnot glykémie

1x týdně po propuštění kontrola glykémie glukometrem

pravidelná kontrola množství sacharidů, bílkovin a tuků za den

Hodnocení: Efekt úplný, p. akceptuje požadavky a je schopen samostatného změřen
hodnot hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 11.11.2007 Primární sestra

2.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

O pacienta E. B. s diagnózou erysipel jsem pečovala 14 dní. Po dobu hospitalizace jsem se o pacienta starala s maximální ošetrovatelskou péčí. Průběžně jsem nacházela jednotlivé ošetrovatelské problémy, dle kterých jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Spolu ve spolupráci s pacientem a podle aktuálnosti problémů, jsem vytyčila cíle dlouhodobé, krátkodobé a výsledná kritéria. Navrhla jsem intervence směřující k jejich vyřešení a uspokojení potřeb pacienta. Na závěr jsme společně zhodnotili výsledek, zda bylo dosaženo jednotlivých cílů. Všechny vytyčené cíle byly splněny v časovém úseku, který jsme navrhli. Obtíže pacienta se kterými byl do nemocnice přijat postupně ustupovaly, nedošlo k rozvoji komplikací a potenciálním rizikům se podařilo zabránit. Pacient odcházel domů v celkově dobrém stavu.

Na základě posouzení stavu a problémů pacienta, jsem navrhla edukaci na téma ochota ke zlepšení výživy. Podařilo se mi pacienta přimět ke spolupráci. Spolupráce probíhala bez potíží, pacient se do edukace aktivně zapojil. Otevřeně jsme řešili všechny vzniklé problémy a postupně je odstranili. Do domácí péče odcházel vhodně edukován o dalším režimu.

Závěr

Práce na toto téma mi byla přínosem, jak z hlediska oboru ve kterém pracuji, tak hlavně z důvodu zajímavosti vybraného pacienta. Takový průběh onemocnění, navíc komplikovaný hlubokou žilní trombózou, není úplně častý.

V závěru bych ráda zhodnotila jednotlivé úseky mé bakalářské práce. V teoretické části se snažím nastínit problematiku kožního onemocnění Erysipel. Je zde vysvětlen původ tohoto onemocnění, epidemiologická situace, klinický obraz, jak onemocnění probíhá, komplikace a jeho léčba.

V praktické části se věnuji samotnému posouzení stavu klienta, kterého jsem si pro tuto práci vybrala. Provádím vyšetření, hodnotím klienta dle funkčního modelu Marjory Gordonové. V této části práce jsou vyhodnoceny škály bolesti, dekubitů, rizika pádu, test všedních činností, mentální test, které později najdete v přílohové části formou přehledných tabulek. V úseku ošetrovatelské péče vypisuji seznam zjištěných aktuálních a potencionálních diagnóz, které v následující části podrobně rozepisuji. Některé jsou stanoveny v den přijetí, některé až v průběhu hospitalizace. Další část práce je věnována edukaci na téma ochota ke zlepšení výživy, kde se snažím pacienta poučit o nutnosti dodržování dietních opatření v rámci jeho onemocnění diabetem. Součástí edukace jsou i informace o onemocnění a manipulace s glukometrem. Pacient byl vhodně edukován a projevil očekávanou míru pochopení. Edukaci v závěru hodnotím s úplným efektem.

Následuje seznam zkratk, slovník termínů, seznam ilustrací se zajímavými obrázky některých forem erysipelu, tabulková přílohová část s měřicími technikami a seznam použité literatury, ze které jsem v průběhu zpracování této práce čerpala.

Seznam použitých zkratek

ASLO – antistreptolyzinové protilátky
BMI (body mass index) – hmotnostní index
DKK – dolní končetiny
DM – diabetes mellitus
EKG – elektrokardiograf
Ery – erytrocyty = červené krvinky
ex – ukončení ordinace
FR – Fyziologický roztok
G-PNC – krystalický penicilin
Hb – hemoglobin = červené krevní barvivo
HMR – krátkodobý inzulín
HR – Hartmanův roztok
Htk - hematokryt
i. v. – intravenózně (do žíly)
ICHS (ischemická choroba srdeční)
7,5 % KCL – kalium chloratum
KO – krevní obraz
LDK – levá dolní končetina
Leu – leukocyty = bílé krvinky
LMWH – nízkomolekulární heparin
NPH – dlouhodobý inzulín
P – puls (tep)
p.p. – podle potřeby
Per.os – podávání ústy
PŽK – permanentní žilní katetr
RBBB – blok pravého Tawarova raménka
Rcp. – recept
Tbl – tablety užívané per.os
TK – krevní tlak

Trb – trombocyty = krevní destičky

TT – tělesná teplota

Ung – mast

UZ – ultrazvukové vyšetření

Slovník termínů

- abces – membránou ohraničený hnisavý zánět
- ablace mammy – odnětí prsu
- amengiální – nemá příznaky meningiálního dráždění
- antikoagulační – léky tlumící krevní srážlivost
- antiseptické obklady – protizánětlivé
- antimykotika – protiplísňové léčiva
- antihypertenziva – léky na snížení TK
- antipyretikum – lék na snížení TT
- analgeticum – lék na snížení bolesti
- anteromediálně – lokalizace na přední vnitřní straně
- bulosní – velký puchýř
- cefalosporiny – skupina beta-laktamových antibiotik
- circulus vitius – bludný kruh
- cyanóza – zmodrání
- dermis – kůže (škára)
- dekubitus – proleženina
- deformity – znetvoření
- diabetes mellitus - cukrovka
- dimise – propuštění
- diuretika – léky na odvodnění
- edukace – výchova
- elevace – polohování
- elephantiasis nostras – elefantiáza (forma lymfedému se stluštěním kůže defektem)
- endokarditida – zánět nitroblány srdeční
- enzymy – složená chemická látka bílkovinné povahy, katalizuje (zpomaluje, urychluje)
- biologický děj
- erysipel - růže
- erysipelas phlegmonosum – neohraničený hnisavý zánět šířící se do okolí
- patogenní – choroboplodný

erytém – červené zbarvení kůže způsobené zvýšeným prokrvením, vzniká v důsledku zánětu, alergie, tepla

erythema chronicum migrans – primární kožní projev lymfské boreliózy

eroze – narušení

exudát – náplň

exentrace – operativní vynětí orgánů

gangrena – místní odúmrtí tkáně

glomerulonefritidou – zánět ledvinového klubička

glukometr – přístroj na měření hladiny krevního cukru v krvi

hemoragický – krvácivý

hepatopatie – jaterní onemocnění neurčené

herpes simplex – onemocnění způsobené herpetickými viry, opar na rtu

hospitalizace – pobyt v nemocnici

hydratace – dostatečný příjem tekutin

hypertenze – vysoký krevní tlak

hypnoticum- lék na navození spánku

cholecystolithiasa – přítomnost žlučových kaménků ve žlučníku

chronický vertebrogenní algický syndrom – soubor bolestivých příznaků vyvolaný onemocněním obratlů a dalších struktur v oblasti páteře

ikterus – žloutenka

imunodeficiencie – imunologická nedostatečnost, snížená odolnost

imunosuprimovaný – stav snížené imunity

incipientní – počínající

integrita – povrch

intravenózní – žilní

ischemické – neprokrvené

katetr – cévka zaváděná do dutého orgánu

komplexní terapie – celková léčba

kompenzace – náhrady

laryng – hrtan

lymfedém – stáza lymfy, zánět lymfy

makrochelia – zbytnění rtu

medikace – léčiva
makrolidy – antibiotika proti syntéze bílkovin u bakterií
mitigovaný – zmírnění
mykóza – plíseň
myokarditida – zánět srdečního svalu
nauzea – pocit na zvracení
nekróza - odumřelá tkáň
nekrotizující fasciitida – zánět povázky svalové s odumřením podkožní tkáně
obstrukce intra či extra hepatálních žlučvodů – neprůchodnost vnitřních či vnějších žlučvodů
perikarditida – zánět osrdečníku
predisponující – náchylnost
pneumonie – zánět plic
progrese – zhoršení
racionální – účelný
ragáda – bolestivá trhlina na kůži
redukční – omezení
recidiva – znovuobjevení příznaků
solitární – samotný
statim – ihned
streptokok – bakterie
suspektní steatosa – ztukovatění
tromboflebitida – zánět žil
turgor – napětí kůže
varixy – křečové žíly
vazodilatans – léky na rozšíření cév
vesiculus – puchýřek
žilní insuficience – žilní nedostatečnost

Seznam použité literatury

1. Lobovská, A. Infekční nemoci. První vydání: Nakladatelství Karolinum, 2001.
ISBN 80 – 246 – 0116 – 8
2. Donges, M.E.; Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha:
Grada Publishing, 2002. ISBN 80 – 7169 – 294 – 8
3. Nechvátal, A. Současné názory na onemocnění erysipem. Medica revue.
Causa subita Roč. 5, č. 10, Praha. 2002. S.467 – 468. ISSN: 1212 – 0197. Lit: 7
4. Nechvátal, A. Erysipel. Medica revue. Roč. 6, č. 1 (1999), s. 8- 9
ISSN: 1210 – 9673
5. Augustinová, J. Komplikace lymfedému. Lymfo 2000, Roč. 9, s. 31-32.
Praha. 2000, ISSN: 1210 – 5406. Lit: 6
6. Pavlasová, V. Terapie lymfedému jako prevence erysipelu – kazuistiky. Praha.
2005, ISSN: 1213 – 9106
7. Pospíšilová, A. Nekrotizující fascitida jako komplikace erysipelu.
Česko-slovenská Dermatologie Roč. 75, č. 6 (2000)s. 293 – 297.
ISSN: 0009 – 0514. Lit: 11
8. Kubek, M. Křečové žíly 2,díl:Komplikace varixů a flebotrombóza. Osobní
lékař,Roč.4, č 9 (2004) str. 34-38, ISSN 1213-2470
9. Přerovský, Ivo. Prevence a terapie akutní žilní trombózy. Lékařské listy
5/2004 Roč .53 str.13 –14, ISSN 0044-1996
10. Penka, M., Gumulec, J. Žilní tromboembolizmus Postgrad. Med Roč.3,č 2
(2001) str. 124-131 ISSN 1212-4184 vydavatel Strategie Praha s.r.o
11. Raabová, D. diabetesmellitus.cz [online]. Publikováno 3.5.2006. Praha
[cit. 2006- 512].
Dostupné z: <<http://diabetesmellitus.cz/view.asp?id=1>>
12. Výbor České diabetologické společnosti ČLS JEP. Standardy péče o diabetes
mellitus I.typu [online]. [cit. 2006-05-12].
Dostupné z: <<http://www.diabetes.cz/data/standardy/1-dm1.pdf>>

Seznam ilustrací

Příloha č. 1 - fotografie

Příloha č. 2 - fotografie

Příloha č. 3 - fotografie

Příloha č. 4 - fotografie

Příloha č. 5 - fotografie

Příloha č. 6 - fotografie

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - BMI

Tabulka č. 2 - Bartlův test všedních činností

Tabulka č. 3 - Zjištění rizika pádu

Tabulka č. 4 - Riziko vzniku dekubitů

Tabulka č. 5 - Tabulka bolesti

Tabulka č. 6 - Zkrácený mentální test dle Gaida

Tabulka č. 7 - Stupnice hodnocení psychického zdraví

Tabulka č. 8 - Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Tabulka č. 9 - Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

Seznam ilustrací

Příloha č. 1



Počínající erysipel na dolní končetině, ohraničený s jazykovitým šířením

Příloha č. 2



Erysipel vzniklý v důsledku plísňového onemocnění obou dolních končetin.

Příloha č. 3



Erysipel v obličejové části

Příloha č. 4



Bulózní erysipel

Příloha č. 5



Rozsáhlý erysipel s generalizovaným erytémem, jako výraz alergie na použité antibiotikum.

Příloha č. 6



Hemoragický erysipel

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - BMI

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Tabulka č. 2 - Barthlův test všedních činností-ADL (aktivity daily living)

Činnost	Provedené činnosti	Bodové skóre
1.Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

4. Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
6. Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun na lůžko	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti na všedních činnostech

0-40 bodů	Vysoce závislý
45-60 bodů	Závislý středního stupně
65-95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Tabulka č. 3 - Zjištění rizika pádu

Skóre vyšší než 3, riziko pádu

Pohyb	neomezený	0
	Používá pomůcky	1
	Potřebuje pomoc v pohybu	1
	Neschopnost přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Věk	18-75	0
	75 a více	1
Mentální statut	Orientován	0
	Občasná noční inkontinence	1
	Historie,desorientace/demence	1
Pád v anamnéze		0
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik	1
Smyslové poruchy	žádné	0
	Vizuální a sluchový smyslový deficit	1
Celkové skóre		2

Tabulka č. 4 – Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové)

vzniká při 25 bodech a méně

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
Úplná 4	Do 4 10 let	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Úplná 4	Není 4	Chodí 4
Malá 3	Do 3 30 let	Alergie 3	diabetes trombóza teplota kachexie	Apatie 3	Částečně omezená 3	Občas 3	S doprovodem 3
Částečná 2	Do 2 60 let	Vlhká 2	anémie ucpávání tepen, obezita	Zmatený 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2	Sedačka 2
Žádná 1	60 + 1	Suchá 1	karcinom	Bezvědomí 1	Žádná 1	Stolice i moč 1	Leží 1

Tabulka č. 5 - Tabulka bolesti

Žádná bolest	0
Mírná bolest	1
Střední bolest	2
Silná bolest	3
Velmi silná bolest	4
Nesnesitelná bolest	5

Tabulka č. 6 - Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)

Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.

Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost

1	Věk
2	Kolik je asi hodin
3	Vaše adresa
4	Současný rok
5	Kde jste hospitalizován
6	Poznání alespoň dvou osob (lékař, sestra)
7	Datum narození
8	Jméno současného prezidenta
9	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat Měsíce pozpátku
9	Celkové skóre

Tabulka č. 7 - Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:		Odpověď:	
01.	Cítíte se většinu času dobře?	ano	ne
02.	Máte často obavy o své zdraví?	ano	ne
03.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	ne
04.	Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	ne
05.	Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	ne
06.	Míváte záškuby ve svalech?	ano	ne
07.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ano	ne
08.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	ano	ne
09.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	ne
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano	ne
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ano	ne
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	ne
13.	Často Vás něco trápí?	ano	ne
14.	Jste často plný elánu či energie?	ano	ne

Tabulka č. 8 - Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

01.	Nálada		
		0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02.	Pesimismus		
		0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím, že se už nemám na co těšit
		3	-vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu		
		0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti		
		0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věcí takové potěšení, jako jsme míval
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina		

	0	-necítím se nijak provinile
	1	-občas cítím,že jsem méněcenný,horší než ostatní
	2	-mám trvalý pocit viny
	3	-ovládá mne pocit,že jsem zcela bezcenný,zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému	
	0	-necítím se zklamán sám sebou
	1	-zklamal jsem se sám v sobě
	2	-jsem dost znechucen sám sebou
	3	-nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu	
	0	-vůbec mi nenapadne na mysl,že bych si měl něco udělat
	1	-mám někdy pocit,že by bylo lépe nežít
	2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	-kdybych měl příležitost,tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace	
	0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	-dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	-někdy mám sklón odkládat svá rozhodnutí
	2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	-vypadám stejně jako dříve
	1	-mám starosti,že vyhlížím staře nebo neatraktivně

	2	-mám pocit,že se můj zevnějšek trvale zhoršil,takže vypadám dosti nepěkně
	3	-mám pocit,že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
	1	-musím se nutit, když chci něco dělat
	2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	-necítím se více unaven než obvykle
	1	-unavím se snáze než dříve
	2	-všechno mne unavuje
	3	-únava mne zabraňuje cokoli udělat
13.	Nechutenství	
	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
	2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

Tabulka č. 9 - Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

Stupeň:	Reakce:
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest,ani reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest,zarudnutí,otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis,otok,zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

