

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ PO
KARDIOCHIRURGICKÉM
VÝKONU, S DIAGNÓZOU ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ.
HISTORIE KARDIOCHIRURGIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA BĚHAVKOVÁ

PRAHA 2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ PO
KARDIOCHIRURGICKÉM
VÝKONU, S DIAGNÓZOU ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ.
HISTORIE KARDIOCHIRURGIE

Bakalářská práce

JITKA BĚHAVKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
PRAHA 5

vedoucí práce: h. doc. PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31
Datum obhajoby: 2009-

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Dušana Sysla, PhD., MPH a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Abstrakt

BĚHAVKOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská péče o nemocné po kardiochirurgickém výkonu, s diagnózou ischemická choroba srdeční. Historie kardiologie, kardiochirurgie. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha. Bakalář v oboru všeobecná sestra.

Školitel: doc. PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou nemocnosti a úmrtnosti v ekonomicky vyspělých zemích. V České republice na tato onemocnění ročně umírá cca 60 tisíc osob, což představuje 50% podíl na úmrtí ze všech příčin. Výskyt kardiovaskulárních chorob je u nás vyšší než v západoevropských zemích.

Ve své práci jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči a edukaci o pacienta s ischemickou chorobou srdeční. Teoretická část se věnuje především historii kardiologie a kardiochirurgie. Dále pak dvěma základním typům ICHS, jejich charakteristice, vyšetřovacím metodám a chirurgické léčbě.

Praktická část této práce zahrnuje edukaci jako nedílnou součást ošetrovatelské péče. Cílem edukace je získat pacienta a jeho rodinu ke spolupráci a rozšířit tak jejich znalosti, dále upevnit praktické dovednosti a podpořit jistotu v péči o takového pacienta v domácím prostředí. Edukace je důležitým faktorem celé procedury směřující k uzdravení pacienta.

Klíčová slova: Aortokoronární bypass, antiagregancia, edukace, ischemická choroba srdeční, ošetrovatelská péče, infarkt myokardu.

Abstract

BĚHAVKOVÁ, Jitka. Professional nurse care after patients with ischemic heart disease after cardiosurgery procedures. History cardiology and cardiosurgery. Praha 2009. Thesis for Bachelor of Science in Nursing. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Qualification Degree: Bachelor in Nursing. Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Dušan Sysel PhD.

Cardiovascular disease are the main reason of mortality in economic advanced countries. 60 thousand death are blamed yearly on cardiovascular disease in Czech Republic. That represents 50% of all deaths. Incidence of cardiovascular disease is in Czech republic in excess compare to Western European countries.

In my presentation I would like target the professional nurse care and education of patients with ischemic heart disease after cardiosurgery procedures. Theoretical section is about history kardiology and cardiosurgery .Next idea is about two basic types of Ischemic heart disease, about characteristics different types of Ischemic heart disease, diagnostic and surgical therapy.

Practical section includes education of patients as unseparable part of professional nurse care. The target of education is to get patients and their families to cooperate and supportsafetyof care during home care. Education is very important factor when it comes to an expected full recovery of a patient.

Předmluva

Ischemie“ znamená nedostatečné prokrvení orgánu. Dostatečné prokrvení, tedy odpovídající příjem živin a kyslíku, je nezbytné pro správné fungování každého orgánu v našem těle. Pokud se tato porucha dotkne natolik důležitého orgánu jakým je srdce, dojde k přímému ohrožení našeho života.

Navzdory poměrně komplikovanému názvu je ischemická choroba srdeční velké části naší populace dobře známa. Její důsledky pro naše zdraví jsou příliš vážné a výskyt v našem nejbližším okolí příliš častý, než aby ji bylo možné jen tak přehlédnout. Ischemická choroba srdeční je v České republice již několik let prvořadým zdravotním problémem. Na naší klinice je ročně operováno přibližně 800 pacientů z důvodu ischemické choroby srdeční, což je zhruba 70% všech plánovaných operací.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam edukační činnosti v práci kardiochirurgických sester v péči o pacienta před a po kardiochirurgickém výkonu. Je důležité poukázat na skutečnost, že edukace je významným nástrojem kvality péče. Edukační proces lze považovat za objektivně hodnotitelný indikátor kvality ošetrovatelské péče.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou 15tiletou praxí v oboru kardiiovaskulární chirurgie. Poslední tři roky pracuji jako staniční sestra standardního lůžkového oddělení, což je práce zcela odlišná od práce anesteziologické sestry, kterou jsem vykonávala předtím. To mě vedlo k zamyšlení nad významem každodenní činnosti jako je edukace. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopisových publikací, internetových zdrojů, dokumentace VFN, ze své praxe a zkušeností.

Bakalářská práce je určena nejen specializovaným sestřám v oboru kardiochirurgie, ale i sestřám pracujících v dalších oborech tzn. sestřám, které pečují o kardiologické a kardiochirurgické pacienty a dále pak těm, které tento obor oslovil a chtějí v tomto oboru pracovat a rozvíjet se.

Děkuji vedoucímu bakalářské práce doc. PhDr. Dušanovi Syslovi, PhD., MPH za odborné vedení a cenné rady při zpracovávání této práce. Dále bych tímto ráda poděkovala všem konzultantům, které jsem při zpracování své práce navštívila.

Obsah:

| | |
|--|----|
| Úvod | 9 |
| 1 Charakteristika ischemické choroby srdeční | 11 |
| 1.1 Historie kardiologie a kardiochirurgie | 11 |
| 1.2 Ischemická choroba srdeční | 15 |
| 1.2.1 Nestabilní angína pectoris | 16 |
| 1.2.2 Akutní infarkt myokardu | 17 |
| 1.2.3 Náhlá smrt | 22 |
| 1.2.4 Chronické formy ICHS | 22 |
| 1.2.5 Vazospastická angina pectoris | 25 |
| 1.2.6 Syndrom X | 26 |
| 1.2.7 Prognóza ICHS | 27 |
| 2 Kazuistika, edukace | 28 |
| 2.1 Co to je edukace, historie | 28 |
| 2.2 Průběh edukace pacienta přijatého na plánovanou operaci ACB | 30 |
| 2.2.1 Telefonická edukace pacienta před přijetím na plánovaný výkon | 30 |
| 2.2.2 Edukace pacienta při příjmu na standardní oddělení a po plánovaném výkonu v pooperační péči na jednotce intenzivní péče | 31 |
| 2.2.3 Edukace pacienta při propuštění | 34 |
| 2.3 Edukace pacienta s ischemickou chorobou srdeční, přijatého k plánovanému výkonu na srdci aortokoronárnímu bypassu | 36 |
| 2.3.1 Identifikační údaje pacienta, seznámení s jeho dokumentací | 36 |
| 2.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou | 39 |
| Závěr | 49 |
| Seznam použité literatury a informačních zdrojů | 52 |
| Seznam obrázků | 55 |
| Seznam příloh | 55 |

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou nemoci a úmrtnosti v ekonomicky vyspělých zemích. V České republice je příčinou takřka třetiny úmrtí a u početné skupiny populace kvalitu života významně zhoršuje. Výskyt kardiovaskulárních chorob je u nás vyšší než v západoevropských zemích. Ischemická choroba srdeční (ICHS) je civilizačním onemocněním, neboť je velkou měrou ovlivněna životním stylem lidí a jeho následků jako je obezita, hypertenze, kouření, atd., ale i z důvodu zvyšování průměrného věku obyvatelstva.

V České republice se kardiologii aktuálně programově věnuje 13 pracovišť (12 pracovišť pro dospělé + 1 pracoviště dětské kardiologie). Nabízí dohromady 642 lůžek, což představuje v průměru 0,6 lůžka na 10 tisíc obyvatel. V roce 2007 bylo v ČR 67 atestovaných kardiologů (65 mužů + 2 ženy). V České republice se každoročně provádí přibližně 8 tisíc srdečních bypassů.¹

Člověk trpící ICHS je omezen ve svém pracovním, společenském a rodinném životě. Nezřídka vede toto onemocnění k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem. Navzdory tomu je ICHS onemocněním dobře chirurgicky léčitelným. Díky těmto operacím se několik set tisíc lidí každoročně vrací do plnohodnotného života. Nedílnou součástí tohoto návratu je kvalitní edukační proces tzn. proces nikoliv náhodný, ale proces cílený, plánovaný a respektující individuální potřeby nemocného.

Téma své práce jsem zvolila z důvodu, že toto onemocnění je v dnešní době velice rozšířené a představuje skutečný problém této společnosti. Také bych chtěla zdůraznit vliv edukace na pacienta. Praktická část práce je zaměřena na jasnou definici průběhu edukace pacienta, který podstoupí plánovanou operaci aortokoronárního bypassu.

¹ Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2007

Ačkoliv průměrný pobyt pacienta na lůžkovém oddělení je „pouze“ jeden týden, je pacient vystaven značnému fyzickému a psychickému vypětí. A právě proto hraje velice významnou roli kvalitní edukace, která je závislá na erudici personálu. Sestry mnohdy zapomínají, že pod všemi přístroji a hadičkami leží velice zranitelná bytost odkázána na jejich péči. V průběhu hospitalizace se sestra stává nepostradatelným partnerem pacienta, kterému pomáhá zvládnout pro něj zcela novou a neznámou životní situaci.

Cílem mé práce je, aby si sestry tuto skutečnost uvědomovaly a vnímaly pacienta jako lidskou bytost a individualitu a vnímaly kvalitní a efektivní edukaci jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu a nikoliv jako nutnost, která je pro ně časovou zátěží.

Poznatky pro praktickou část jsem čerpala především ze své každodenní praxe. Tato část práce je zaměřena na jasnou definici průběhu edukace pacienta, který podstoupí plánovanou operaci aortokoronárního bypassu.

1 Charakteristika ischemické choroby srdeční

1.1 Historie kardiologie a kardiochirurgie

Starověký Egypt

ICHS postihuje lidstvo nejméně 3000 let, jak bylo zdokumentováno na mumiiích starého Egypta. Věřilo se, že srdce, jako jediný orgán v lidském těle, žije vlastním životem. Bylo sídlem pro duši, myšlení a cit.

Egyptští lékaři ovládali umění počítat puls. Své řecké kolegy s ním však neseznámili, patřilo to podle všeho k tajným znalostem jejich umění.

Srdce bylo svědkem normálního a pozemského života. Balzamovači jej jako jediný orgán ponechávali uvnitř těla. Později jej nahrazovali posvátným amuletem (skarabeem) a ukládali ho ve zvláštních nádobách vedle těla spolu s ostatními orgány. Srdce bylo důležité i po smrti pro Osirisův soud (obřad nazývaný „Vážení srdce“).

Osirisův soud – „Vážení srdce“

Osirisův soud byl obřad, kdy srdce zemřelého bylo váženo na vahách bohyně Maat (bohyně pravdy a spravedlnosti) za účasti boha Shaj, který byl bohem lidského osudu a osud sám a bohyně Selket, jež chránila pozemský i posmrtný život a zesnulým ochraňovala vnitřnosti uložené v kanopách.

Jestliže srdce převážilo peříčko na vahách bohyně Maat, byl hříšník sežrán bohyní zla.

Starověk

Hippokrates (Řecko)

Považoval srdce za zdroj vrozeného tepla a jeho pulsace za výsledek varu krve, který ji tlačil proti srdečním stěnám a vypuzoval do cévního systému. Dále předpokládal, že teplo vznikající v srdci rozšiřuje plíce, tak že do nich může pronikat čerstvý vzduch, který měl krev opět ochlazovat a po ohřátí být vydechován.

Galénos (Řím)

Tvrdil, že srdce a tepny zodpovídají za uchovávání a předávání tělesného tepla a pneumatu (vitální hybná síla), která stále oživuje jednotlivé části organismu. Podle Galéna orgánem produkující krev byla játra.

Středověk

V této době bylo srdce považováno za třídutinové. Přetrvávaly však omyly z dob starověku.

Renesance

Leonardo DaVinci (přelom 15.stol. a 16.stol.) přirovnával cévy k větvím stromů či říčním tokům. Vytvořil 750 anatomických kreseb, nicméně jeho dílo tehdejší medicínu nijak neovlivnilo, neboť k publikaci jeho anatomických spisů došlo až na konci 18.století.

Již v 17.stol učinil William Harvey (1578 - 1657) objev krevního oběhu. Dospěl k závěru, že srdce pracuje jako sval, jehož komory se kontrahují a svými systolickými kontrakcemi vypuzují krev. Odvodil hypotézu, že krev proudí v uzavřeném oběhu. Úkolem srdce je, aby svým pohybem udrželo pohyb krve.

18. století

V roce 1768 William Heberden poprvé popsal syndrom Anginy Pectoris - bolest za hrudní kostí v důsledku nedokrevnosti srdečního svalu. Antonio Scarpa (1752 -1832) popsal proces, který později dostal název Arterioskleróza, což je proces kalcifikace a tvrdnutí tepenných stěn v souvislosti se stárnutím.

19. století – Vědecká medicína

Ještě v roce 1892 byla ICHS relativně vzácně prokazovaným onemocněním. O dvě desetiletí později mělo toto onemocnění již na svědomí

každé osmé úmrtí. V tomto století se začaly postupně objevovat a v praxi uplatňovat i nové instrumentální vyšetřovací metody např. sfygmograf Karl Vierord (zařízení schopné rutinně zaznamenávat puls člověka), sfygmomanometr Scipione Riva – Rocci (přístroj na měření krevního tlaku), stetoskop prof. Škoda (poslech srdečních ozev).

Ještě na konci 19.století prohlašoval slavný německý chirurg Theodor Billroth (1829 – 1894), že kdo z chirurgů se pokusí sešít poraněné srdce, navždy ztratí úctu svých kolegů.

Ale již v roce 1896 Ludwig Rehn (německý lékař) úspěšně provedl suturu bodné rány pravé srdeční komory.

Srdeční a cévní choroby se dostaly do popředí zájmu v 2.polovině 20.století.

Novodobé dějiny kardiochirurgie

Kardiochirurgie je mladým chirurgickým oborem. Žádné jiné odvětví neprodělalo, tak rychlý a ucelený vývoj, který lze vměstnat do 50ti let.

První popud k rozmachu kardiovaskulární chirurgie, jak ji známe dnes byl úspěšný uzávěr tepenné dučeje, který uskutečnil jako první Robert Gross v Bostonu v roce 1938. V roce 1944 Alfréd Blalock v Baltimore vytvořil první subklavio – pulmonální spojku u dítěte s Fallotovou tetralogií. V roce 1944 Clarence Crafoord ve Stockholmu jako první resekoval koarktaci aorty.

Česká kardiochirurgie se zrodila prvním úspěšným ošetřením bodného poranění srdce, které provedl Emanuel Rychlík v roce 1910. Několik dalších let byla poté kardiochirurgie pouze příležitostným ošetřením poranění srdce.

V roce 1947 Jan Bedrna v Hradci Královém úspěšně podvázal tepennou dučeje. Všechny operace byly prováděny na klinických pracovištích, jejichž náplní byla všeobecná chirurgie.

V roce 1949, z iniciativy Jana Bedrny a Arnošta Mládka, bylo založeno první specializované kardiochirurgické středisko v Hradci Královém. Rozvoj moderní kardiochirurgie umožnily hlubší znalosti z patofyziologie krevního oběhu, vývoj chirurgické techniky a technologií v dalších oblastech medicíny - zejména anesteziologie.

Za základ moderní kardiochirurgie lze považovat zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe v 50. letech (v r. 1953). V roce 1958 byl použit první přístroj pro mimotělní oběh v Čechách, který pocházel z vlastní výroby brněnského pracoviště - Jana Navrátila z Brna.

Současnost

Díky novým technikám, materiálovému a přístrojovému vybavení, ale i lékům a dokonalejší pooperační péči se rozšířilo spektrum kardiochirurgických výkonů a indikací k jejich provedení. Dnes lze operovat nemocné, u kterých byla dříve operace pro věk, charakter nebo pokročilost onemocnění nebo pro závažná přidružená onemocnění neproveditelná.

Na rozvoji kardiochirurgie se podílí:

- zlepšení techniky a vedení mimotělního oběhu
- nové způsoby ochrany myokardu
- nové poznatky o poruchách oběhového systému
- změny v operační technice a taktice
- nové chlopenní náhrady
- přesnější předoperační diagnostika
- pokroky ve farmakologické léčbě
- moderní přístrojové a technické vybavení

Další vývoj kardiochirurgie směřuje k miniinvazivním výkonům a kombinovaným hybridním výkonům (kombinaci chirurgické a endoskopické techniky). Dnes se již na řadě pracovišť rozvíjí program oprav a náhrad srdečních chlopní a operací vybraných vrozených vad pomocí kamery a

speciálních endoskopických nástrojů, nebo s využitím robota (viz obrázek 1).

1.2 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je soubor onemocnění, při kterém dochází ke snížení průtoku krve koronárním řečištěm do určité oblasti myokardu, která je pak nedostatečně zásobena kyslíkem a živinami – hovoříme o ischemii (nedokrevnosti) myokardu. Následkem toho dochází k zhoršení funkce nedokrvené svaloviny.²

Rizikové faktory: obezita, tělesná inaktivita, psychické stresy, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu, kouření, vysoký krevní tlak a dědičné faktory

Základní dělení:

| | |
|-----------|--|
| AKUTNÍ: | nestabilní angína pectoris akutní infarkt myokardu náhlá smrt |
| CHRONICKÁ | angína pectoris (dále jen AP) vazospastická AP němá ischemie syndrom X ICHS se srdečním selháním ICHS s arytmiemi |

Etiologie a patogeneze

Kritické snížení perfúze koronárního řečiště může mít organický podklad nebo funkční příčinu.

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Organický podklad | ateroskleróza trombus embolie |
|-------------------|-------------------------------------|

² Šetina, M., Kardiologie, s.19

arteriitis

disekce koronární tepny

Funkční příčina

spasmus koronární tepny

Podpůrné vlivy ischemické choroby srdeční jsou hypoxie a anémie. Mezi tři hlavní faktory patří aterosklerotický plát, trombus a spasmus. Příčiny bývají často kombinované.

1.2.1 Nestabilní angína pectoris

Je jedna z forem akutního koronárního syndromu charakterizovaná ischemickou bolestí, nespecifickým obrazem EKG a normální hodnotou kardiomarkerů.

Závažnost nestabilní anginy pectoris (dále jen NAP) spočívá v tom, že nemocný s NAP je po celou dobu záchvatu ohrožen vznikem infarktu myokardu nebo náhlou smrtí. Zhruba třetina nemocných přijatá pro akutní infarkt myokardu má před vznikem infarktu příznaky odpovídající NAP.

Klinický obraz

Nestabilní anginu pectoris charakterizují v podstatě tři hlavní klinické typy anginy pectoris:

1. nově vzniklé záchvaty
2. záchvaty se zvyšující frekvencí, intenzitou a trváním
3. záchvaty přicházející v klidu

Stenóza koronární tepny přesahující 70 % vede k námahové angíně pectoris, subtotální stenóza má za následek klidovou angínu. Jakmile dojde k úplnému uzávěru koronární tepny, vznikne infarkt myokardu, jehož rozsah závisí na lokalizaci uzávěru a na vydatnosti kolaterálního koronárního tepenného oběhu.

Pacienti na potlačení bolesti spotřebují větší dávky nitroglycerínu a nebo se stává, že nitroglycerin je zcela neúčinný. Někteří nemocní pozorují, že

bolest na hrudi je spojena s pocitem těžšího dechu nebo i s výraznou dušností, popř. s pocitem bušení srdce.

Vyšetřovací metody

Nejdůležitější je EKG vyšetření. Podobně důležité je vyšetření kardiospecifických enzymů, Holterovo monitorování EKG, zátěžové EKG (zátěžová ergometrie), Koronarografické vyšetření- SKG - selektivní koronarografie - je kontrastní rentgenologické vyšetření věnčitých (koronárních) tepen, zásobujících srdce. Používá se při podezření na zúžení nebo uzávěr věnčitých tepen. (viz. obrázek 5.).

Léčba

Hlavním cílem konzervativní léčby nestabilní angíny pectoris je zabránění vzniku akutního infarktu myokardu a náhlé smrti. Důležitý je klidový režim a podávání antiagregancií (Anopyrin), antikoagulancií (heparin), nitrátů, betablokátorů.

Invazivní léčba se indikuje na základě koronarografického nálezu. Pacient musí být stabilizován, aby mohla být provedena perkutánní transluminální angioplastika (PTCA). Pokud nelze provést PTCA přeje se na chirurgické řešení, aortokoronární bypass.

1.2.2 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá z přerušení průtoku krve věnčitou tepnou do příslušné oblasti.³ Je nejzávažnější formou akutního koronárního syndromu. Celková úmrtnost nemocných AIM je zhruba 50%, největší počet úmrtí je v prvé hodině onemocnění, ještě před hospitalizací.

³ J. Kolář, Kardiologie pro sestry intenzivní péče, s.202

Faktory ovlivňující rozsah infarktu

Rozvoj nekrózy může být některými faktory urychlena naopak jinými zpomalen. Mezi nejdůležitější faktory určující konečný rozsah infarktu patří:

1. Průsvit tepny v místě uzávěru.
2. Stav kolaterální cirkulace.
3. Spazmus věnčitých tepen.
4. Rychlost uzávěru.
5. Srdeční funkce.
6. Vysoká hladina katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu).

Lokalizace infarktu myokardu

Infarkt myokardu nejčastěji postihuje přední stěnu levé srdeční komory a přední polovinu mezikomorové přepážky, odtud název anteroseptální infarkt. Spodní a zadní infarkty bývají co do výskytu na druhém místě a většina z nich též postihuje zadní polovinu mezi komorové přepážky - posteroseptální.

Anatomicky podle postižení konkrétní věnčité tepny rozlišujeme infarkt přední, bočné, zadní nebo spodní stěny srdeční. Dále je možno infarkty dělit podle stupně postižení srdeční stěny na transmurální (postihují celou tloušťku srdečního myokardu) a netransmurální (postihují srdeční sval jen do určité hloubky), další dělení se opírá o EKG obraz, kdy rozlišujeme infarkt bez nebo s elevacemi ST segmentu.

Diagnostika akutního infarktu myokardu

Diagnostická kritéria akutního infarktu myokardu jsou:

- a. klinický obraz
- b. EKG vyšetření (viz. obrázek 6.)
- c. laboratorní průkaz nekrózy
- d. koronarografie
- e. echokardiografie

Angiózní bolest

Patří mezi velmi spolehlivé klinické známky AIM. Typická anginózní bolest je zpravidla lokalizovaná retrosternálně a vyzařuje na přední plochu hrudníku, do krku, popř. do dolní čelisti a tváří, do ramen, do zad a do paží, častěji do břicha. Mívá charakter pálení, svírání, řezání, bodání, podobně jako bolest při nestabilní angíně. Obecně platí zásada, že anginózní bolest trvající déle jak 30min je příznakem infarktu myokardu. Typická infarktová bolest trvá hodiny a neustupuje v klidu ani po nitrátech, někdy ani po opiátech.

Diferenciální diagnostika infarktu myokardu

Existují především dvě onemocnění, která mohou mít stejný charakter bolesti jako má AIM. Jsou to plicní embolie a disekující aneurysma aorty. Mimo tato kardiovaskulární onemocnění mohou infarktovou bolest napodobit akutní příhody břišní, vertebrogenní bolest, nebo pásový opar před výsevem apod.

Fyzikální nález

Nemocný s AIM mívá obvykle úzkostný výraz (strach ze smrti). Nemocní s infarktem, komplikovaným srdečním selháním zaujímají polohu vsedě, popř. svěšují dolní končetiny z lůžka a zápasí s dechem. Mezi dechy si stěžují na dušnost. Mohou vykašlávat zpěněné nebo i narůžovělé hleny. Vlivem nadměrné sympatické stimulace bývají bledí a studeně opocení. Nemocní s kardiogenním šokem leží na lůžku nehnutě a apaticky, vzácněji jsou psychicky agitovaní. Mají nápadně šedavě bledou, studeně opocenou pokožku obličeje a končetin, cyanózu rtů a konců prstů.

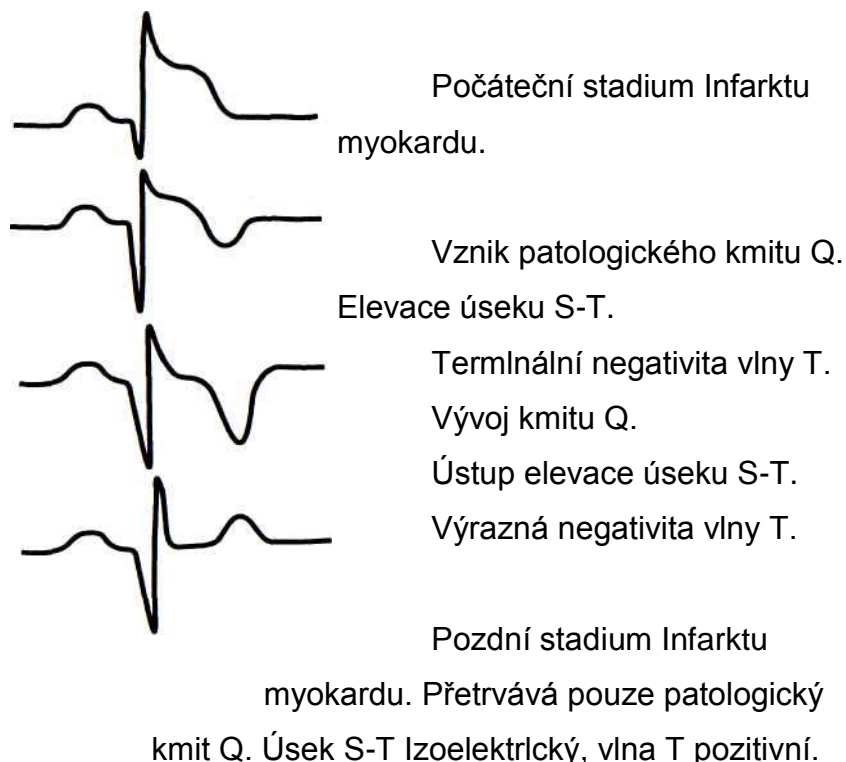
Kardiospecifické enzymy

Laboratorní vyšetření v diagnostice akutního infarktu je podmínkou pro průkaz nekrózy srdeční svaloviny a to bez ohledu na klinické a EKG známky AIM. V laboratorní diagnóze nekrózy myokardu používáme látky (tzv. „srdeční markery" neboli kardiomarkery"), které nejsou v plazmě za normálních okolností

přítomny, nebo jsou přítomny jen ve zcela nepatrném množství. Při nekróze buněk myokardu jsou tyto látky vyplavovány do systémového oběhu a prokazovány v plazmě

(Přehled nejčastěji používaných kardiomarkerů a jejich časový průběh viz příloha).

Charakteristické EKG změny u AIM



Terapie

1. medikamentózní:

- analgetika (*Morfium, Dolsin – působí proti vzniklému stresu a porušení rovnováhy vegetativního nervstva*)
- antikoagulační léčba: *Heparin, Fraxiparin – brání zvětšování trombů a patrně i rozpouští tromby v počátku jejich vzniku.*
- antiarytmika: *Mesocain, Lidocain – při komorových extrasystolách*

Atropin – při bradykardii

Verapamil, beta-blokátory – při tachykardii

- *betablokátory: zkracují trvání ischemické bolesti a částečně snižují možnost vzniku komorové fibrilace.*
- *vazodilatancia: Iso-Mac, NTG*
- *antiagregační léčba: Anopyrin, Aspegic, Plavix*
- *diuretika: v případě srdeční insuficience*
- *inhibitory ACE: Enap, Tensiomin (při projevech srdečního selhání)*
- *trombolytická léčba: spočívá v i.v. podání trombolitik (látek rozpouštějících tromby). Užívá se streptokináza (enzym streptokoků). Léčba by měla být započata do 3-6 hodin od akutního záchvatu. Tato terapie by měla probíhat na JIP za přísné monitorace ZŽF a hemokoagulace. Před započítím léčby se nesmí podávat žádné i.m. injekce, mohlo by pak dojít ke zkrácení CK a vykrvácení.*

2. perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA);

3. fibrinolytická (celková nebo cílená), event. v kombinaci s PTCA, event. zavedení stentu;

4. operační

Operační terapie

Jejím cílem je dosáhnout normalizace v zásobení myokardu kyslíkem, překlenutím stenóz a uzávěrů koronárních tepen nebo jejich odstraněním. Tento operační výkon se nazývá aortokoronární bypass. Bypass se může provádět pomocí odebrání následujících stěpů - arteria mammaria int., vena saphéna magna, vena saphéna parva, arteria radiális ; endarterektomie koronárních tepen v kombinaci s aortokoronárními bypassy.

Operační indikace k přímé revaskularizaci myokardu

- **absolutní indikace:**

více než 70% stenóza kmene levé věnčité tepny;

postižení 3 hlavních tepen s více než 70% stenózou;

angina pectoris nezvládnutelná při plné medikamentózní léčbě nebo hrozící infarkt myokardu;

- relativní indikace:

námahová angina pectoris při postižení jedné nebo dvou koronárních tepen;
izolovaná centrálně uložená stenóza rámus interventricularis ant. před
odstupem rámus diagonalis.

1.2.3 Náhlá smrt

Náhlá smrt je definována jako nenásilná smrt objevující se neočekávaně do 6 hodin od začátku symptomů u osob, jejichž stav byl stacionární.⁴ Také se uvádí, že náhlá smrt je úmrtí do jedné hodiny od vzniku potíží.

V 70 % je způsobena ICHS. Jejím mechanismem je většinou fibrilace komor, méně často srdeční zástava nebo ruptura myokardu.

U pacientů, kteří přežili maligní arytmií, je pro další prognózu důležité, zda šlo o arytmií v prvních 48 hodinách od vzniku akutního IM (v tomto případě se jedná o dobrou prognózu) nebo v pozdější fázi IM (špatná prognóza, vyžadující další vyšetření a léčbu).

1.2.4 Chronické formy ICHS

1.2.4.1 Námahová (stabilní) angína pectoris

Chronická (stabilní) angína pectoris nazývaná obvykle námahová angína pectoris, se projevuje jako bolest vyvolaná ischemií myokardu, vznikající při fyzické nebo psychické zátěži a mizící v klidu. Příčinou vzniku ischemické anginózní bolesti je nepoměr mezi potřebou a přísunem kyslíku v myokardu.

Patogeneze

U zdravého jedince existuje rovnováha mezi potřebou a přísunem kyslíku

⁴ Hromadová D., Kardiovaskulární onemocnění, s.37

k myokardiálním buňkám, a to jak v klidu, tak při námaze. Zvýšená potřeba kyslíku v myokardu při pracovní zátěži se pokryje větším přítokem krve k myokardu tím, že se rozšíří průsvit věnčitých tepen, tedy vazodilatací.

U nemocných s aterosklerózou věnčitých tepen je tato rovnováha mezi potřebou a přísunem kyslíku v myokardu omezena vlivem snížení průtoku krve tepnami.

Hlavní příčina námahové angíny pectoris

Ischémie myokardu a angína pectoris nejčastěji vznikají kombinací dvou příčin - vlivem neměnného (fixního) a měnlivého (funkčního) zúžení ateroskleroticky změněné tepny.

Neměnné (fixní) organické zúžení (stenózy) tepny aterosklerotickým plátem je základní příčinou námahové angíny pectoris. U nemocných s námahovou angínou pectoris se stenóza tepny neuplatňuje v klidu, protože přísun kyslíku je pro potřeby myokardu dostatečný. Uplatní se však při zátěži, když potřeba kyslíku v srdci stoupne, neboť fixní stenóza brání zvýšení přítoku krve, a tím i přísunu kyslíku do oblasti myokardu za zúženou tepnou. Vzniklá ischémie srdečních buněk se klinicky projeví jako námahová angina pectoris.

Měnlivé (funkční) zúžení, vyvolané spazmem tepny, k němuž jsou aterosklerotické změny tepny zvýšeně náchylné. Spazmus tepny vzniklé např. po psychickém stresu, v chladu, po vykouření cigarety, ale i bez zjištěné příčiny. Tím se práh anginózní bolesti může v závislosti na přítomnosti spazmu v různém období měnit. Nemocí mají své „dobré a špatné“ dny podle toho, jak se uplatňuje složka dynamického snížení průtoku krve cévou.

Klinický obraz

Nemocný si zpravidla stěžuje na tlakovou bolest za hrudní kostí, která je provokována fyzickou nebo psychickou zátěží. Bolest líčí jako „tlak, svírání, pálení“ na hrudi. Maximum bolesti bývá za hrudní kostí a odtud může vyzařovat

do krku, čelistí, do levého ramene, paže anebo do zad mezi lopatky. U některých nemocných je spojena s pocitem dušnosti nebo se zpcením. Bolest pravidelně ustává v klidu do 3-10 minut a po užití nilroglycerinu ještě dříve (do 1-5 minut).

Klinická klasifikace angíny pectoris podle CCS⁵

Třída I:

Běžná fyzická aktivita, jako je chůze po rovině nebo stoupání do schodů, nepůsobí angínu pectoris. Angína je přítomna při namáhavém nebo rychlém nebo protražovaném výkonu při práci nebo rekreaci.

Třída II:

Lehké omezení běžné aktivity. Rychlá chůze po rovině nebo rychlé stoupání do schodů, chůze do kopce, chůze po rovině nebo do schodů po jídle, v zimě, ve větru nebo při emocionálním stresu nebo jen několik hodin po probuzení. Chůze více než dva bloky po rovině nebo stoupání po více než dvou křídlech běžných schodů normálním tempem za normálních podmínek.

Třída III:

Výrazná limitace běžné fyzické aktivity. Chůze jeden až dva bloky po rovině nebo stoupání o více než jedno křídlo běžných schodů za normálních podmínek.

Třída IV:

Neschopnost provádět jakoukoliv fyzickou aktivitu bez potíží, angína pectoris může být přítomna i v klidu.

Medikamentózní léčba angíny pectoris

Optimální strategie léčby námahové angíny pectoris závisí na subjektivních obtížích nemocného a na objektivních nálezech, zjištěných při ergometrickém, scinti-grafickém, popř. koronarografickém vyšetření. Podle výsledků těchto vyšetření se zvolí buď konzervativní (medikamentózní), nebo

⁵ Canadian Cardiovascular Society Classification

invazivní léčebný přístup (katetrizační nebo chirurgická léčba).

Obecné zásady léčby

Nemocného je nutno především seznámit s podstatou onemocnění a s příčinami, které k jeho onemocnění vedly. V rozhovoru s ním je důležité zdůraznit poznatek, že zhoršování nemoci věnčitých tepen lze zastavit nebo odvrátit, podle toho, jak bude dodržovat léčebné zásady. Cílem rozhovoru je pozitivní motivace pacienta, která bývá vhodnější a účinnější než zdůrazňování závažných nebo smrtících komplikací onemocnění.

Všem těmto nemocným však doporučíme, aby se vyvarovali překročení hranice pracovní zátěže, při níž předtím angina pectoris vznikla.

V prevenci rozvoje aterosklerózy věnčitých tepen platí stejné zásady jako u aterosklerózy - léčba arteriální hypertenze, hyperlipoproteinémie, obezity, diabetů, nikotinizmu a přiměřená fyzická aktivita. Důležitá je dietní léčba.

Při medikamentózní léčbě nemocného s chronickou anginou pectoris používáme nitráty, betablokátory a blokátory kalciových kanálů (antagonisté vápníku). Všem nemocným s chronickou anginou pectoris podáváme antiagregační léky k prevenci vzniku trombu a uzávěru tepny, obvykle medikací nebo předepsáním kyseliny acetylsalicylové (Acylpyrin, Anopyrin, Aspirin).

1.2.5 Vazospastická angina pectoris

Klinický obraz a diagnostika

Tato klinická jednotka je charakterizována spazmy většinou epikardiální části velkých koronárních cév. Původně popsaná variantní AP (Prinzmetalova angína) byla definována jako spasmus epikardiální cévy s normálním koronarografickým nálezem, který vedl ke vzniku elevace ST

úseku na EKG. Spazmus se většinou objevuje v klidu a v ranních hodinách. Nyní se sem zahrnují i spazmy u tepen postižených aterosklerózou, které mohou mít obraz depresí ST úseku.

Tito pacienti jsou ohroženi vznikem závažných arytmí a náhlou smrtí. Příčina spazmu není známa, jsou popisovány nejruznější příčiny jako kouření, porucha metabolismu magnezia, endoteliální dysfunkce.

Diagnózu stanovíme pomocí zátěžových testů (echokardiografie, nukleární metody, koronarografie spojené s provokací spazmu ergonovinem, acetylcholinem, hyperventilací nebo chladem).

Léčba

Základem léčby vazospastické AP jsou nitráty a kalcioví antagonisté. Betablokátory se nedoporučují vzhledem k možnosti zhoršení spazmu. Podávání antiagregancií při negativním koronarografickém nálezu je sporné. Při opakovaném významném spazmu lze použít PTCA se stentem v oblasti spazmu.

1.2.6 Syndrom X

Klinický obraz a diagnostika

Do syndromu X zahrnujeme pacienty s normálním koronarografickým nálezem a průkazem ischemie při zátěži (ergometrie, nukleární metody). Příčinou syndromu může být porucha drobných arteriol (mikrovaskulární AP).

Léčba

K léčbě můžeme použít nitráty a kalciové antagonisty.

1.2.7 Prognóza ICHS

Přesné příčiny vzniku a rozvoje aterosklerotického procesu známy dosud nejsou. Ví se však spolehlivě, že se na něm podílí řada rizikových faktorů, z nichž některé můžeme ovlivnit. A to hlavně nadměrný obsah tuků a cholesterolu v krvi, nezdravá strava, kouření, zvýšený krevní tlak, cukrovka, nadváha, nedostatek pohybu, nadměrný stres a další.

Velkou část těchto rizik může každý z nás aktivně a včas odstranit či zmenšit. Nekouřit, udržovat si optimální tělesnou váhu, dopřát si dostatek pohybu, omezit v potravě přísun energie, zejména tuků, cukrů, a naopak přidat zeleninu, ovoce, ryby a potraviny bohaté na vlákniny. Nechat si pravidelně měřit krevní tlak a je-li zvýšen, pak se léčit.

V neposlední řadě mezi rizikové faktory patří i zděděné dispozice.

V poslední době se radikálně zvýšilo používání tzv. méně invazivních technik, kdy jsou aortocoronární bypasy prováděny na bijícím srdci bez použití mimotělního oběhu a mnohdy i z menší operační rány. Přínosem je menší zátěž pro pacienta, rychlejší rehabilitace a kratší doba hospitalizace.

Léčba ICHS má dva hlavní účely, prvním je zlepšit kvalitu života nemocného, tedy odstranit obtíže a druhým je snížit riziko rozvoje vážnější ischemie srdečního svalu a vzniku infarktu myokardu.

Cílem je odstranění obtíží, zastavení nebo zpomalení postupu aterosklerózy ovlivněním rizikových faktorů, snížení rizika vzniku krevních sraženin, roztažení nebo přemostění zúžených tepen a prevence komplikací ICHS.

2 Kazuistika, edukace

2.1 Co to je edukace, historie

Původ slova vzdělání - „edukace“ odkrývá 1 teorii její funkce: latinské slovo *educare* pochází z kořenů znamenajících „vedení ven“ nebo „vedení vpřed“ s možnými implikacemi vývoje vrozených schopností a rozšíření horizontů.

Edukace existuje po většinu lidské historie. Zjednodušeně řečeno, edukace je vyučování myšlenek, dovedností, principů atd. Myslíme-li na vzdělání jako na část kulturní evoluce lidí, znamená to, že tu vždy byl nějaký typ edukace.

Definicí edukace je souhrn činností sloužících k formování, rozvíjení, změnám životního způsobilostí, kompetencí člověka. Osoba, která plánuje, organizuje, realizuje, vyhodnocuje a optimalizuje edukaci se nazývá edukátor. Edukant je vychovávaný jedinec.

Edukace pacientů je aktivní proces, do kterého je zapojen multidisciplinární tým, kterým je pacient a jeho rodina. K efektivní výuce je nutná důvěra mezi edukátorem a edukantem. Součástí výuky musí být emocionální podpora a empatie.

Cílem edukace je přenos myšlenek z jedné osoby na druhé. Problémy se současným vzdělávacím systémem obsahují: metodu doručení informací, jak zjistit jaké vědomosti vyučovat, použití a důležitost poskytovaných vědomostí a jak dobře si žáci uchovají přijaté vědomosti.

Obecná pravidla edukace:

vytvořit vhodné prostředí pro edukaci
určit si očekávané cíle učení

využít informace získané z anamnézy
vyslechnout problémy pacienta se zájmem a pochopením
respektovat pacienta jako osobnost
používat terminologii, které pacient rozumí
používat pozitivní formu motivace
poskytovat časový prostor na otázky
podávat informace postupně
opakovat jednotlivé praktické úkony
udržovat oční kontakt s edukantem
zapojit do edukace rodinu
dbát na zpětnou vazbu po prezentaci každé části
používat vhodné učební pomůcky
pochválit pacienta za úsilí a dosažené výsledky

Hlavní význam edukace pacienta ve zdravotnickém zařízení spočívá v tom, že u pacientů, kteří jsou dokonale informováni o svém onemocnění, lze předpokládat vyšší zájem o vlastní zdravotní stav a větší snahu podílet se na léčbě a spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Tím, že klienta dostatečně informujeme, jej zároveň uklidníme a mnohdy i posílíme jeho důvěru v nás. U dobře informovaného pacienta lze očekávat větší spolehlivost a snahu o dodržování léčebného režimu.

V ošetrovatelské péči je cílem edukace vyhodnocení připravenosti pacienta jeho potřeb, možností, znalostí a dovedností. Edukace musí zahrnovat podporu celé osobnosti pacienta. O průběhu edukace je nutné udělat písemný záznam do ošetrovatelské dokumentace a k záznamu se podepsat.

Na oddělení kde pracuji, se edukace provádí pomocí edukačního materiálu (brožurky) a pomocí rozhovoru. Rozhovor je verbální výměna mezi dvěma nebo více lidmi. Hlavním cílem komunikace v ošetrovatelství je navázat kontakt s nemocným, vytvořit atmosféru důvěry. Při rozhovoru s pacientem dodržujeme určitá pravidla.

1. úvod - pozdrav, představit se, vysvětlit svojí roli, sdělit účel rozhovoru.
2. získávání informací, obecné, konkrétní i intimní
3. vrchol rozhovoru, odkrytí jádra problému
4. závěr – ukončit rozhovor v přátelské atmosféře a pořídít písemný záznam

2.2 Průběh edukace pacienta přijatého na plánovanou operaci ACB

Edukace pacienta na Kardiovaskulární klinice ve VFN můžeme rozdělit do tří časových pásem:

- Telefonická edukace pacienta před přijetím na plánovaný výkon
- Edukace pacienta při příjmu na standardní oddělení a po plánovaném výkonu v pooperační péči na jednotce intenzivní péče
- Edukace pacienta při propuštění do domácí péče, lázeňské péče či při překladi do jiného zdravotnického zařízení.

2.2.1 Telefonická edukace pacienta před přijetím na plánovaný výkon

Ambulantní sestra dle týdenního rozpisu operačního programu telefonicky informuje pacienty o termínu nástupu na operační výkon. Pacient je poučen o užívání některých léků 3-4 dny před nástupem do nemocnice. Důležité je vysazení antiagregační léčby - anopyrin, ibustrin, warfarin, plavix. Dále je důležité sdělit pacientovi co si sebou vzít do nemocnice- hygienické potřeby, správnou obuv, pyžamo a hlavně svou chronickou medikaci v originálním

balení. Sestra informuje pacienta, aby si nebral cennosti do nemocnice a jakým způsobem lze zaplatit hospitalizační poplatek. Na našem pracovišti lze platit hotově, složenkou i platební kartou. Zdravotnický personál pacienta dále informuje o délce hospitalizace a o následní lázeňské péči. Sestra pacientovi sdělí základní informace o pobytu na standardním oddělení. Seznámí ho

s telefonickými kontakty na JIP, oddělení a ambulanci. Sdělí mu, kdy jsou návštěvní hodiny.

2.2.2 Edukace pacienta při příjmu na standardní oddělení a po plánovaném výkonu v pooperační péči na jednotce intenzivní péče

V den nástupu přijde pacient na ambulanci kolem 9 hodiny ranní. Dostaví se nalačno, aby mu mohly být provedeny krevní odběry. U pacienta musí být proveden RTG snímek srdce a plic vleže (důležité pro porovnání RTG snímků v pooperační době).

Pacient přichází z ambulance, kde byl proveden formální příjem lékařem, natočen EKG záznam, provedeny krevní laboratorní odběry. Na oddělení je doprovázen ambulantní sestrou, která slovně předá pacienta i jeho zdravotní dokumentaci příjmové sestře na standardním oddělení. Pacient je umístěn na pokoj, kde má možnost se převléci a uložit si své věci potřebné během hospitalizace do stolku u lůžka. Ostatní oblečení uloží sanitárka do skříně a sepíše s pacientem doklad o úschově oblečení. Cennosti ukládá sestra. Než se pacient převlékne sestra si nastuduje jeho základní dokumentaci – příjmový protokol.

Pomocí edukačního rozhovoru sestra informuje o průběhu hospitalizace, ošetřovatelské péči a to nejen nemocného, ale i rodinu pokud je přítomna.

Příjmová sestra si odvede pacienta do výukové místnosti, kde společně s pacientem vyplní sesterskou dokumentaci, přeměří krevní tlak na pravé i levé horní končetině, tělesnou teplotu a puls. Důležitá je váha a výška pacienta. Dále sestra pacienta seznámí s režimem na standardním oddělení (viz příloha G), s právy pacientů (viz příloha B). Sestra průběžně zodpovídá na otázky rodiny i pacienta.

Je důležité, aby si sestry popovídaly s pacientem o předoperační přípravě. 24 hodin před operací pacient nesmí jíst čerstvou zeleninu, ovoce a

od půlnoci nejíst, nepít. Den před operací, kolem 17. hodiny pacient dostane glycerinový čípek - je nutné aby pacient věděl, že musí sdělit sestře zda se vyprázdnil. Pokud nedojde k vyprázdnění dostane pacient malé klyzma.

Večer před operací a ráno v den operace se pacient umyje dezinfekčním mýdlem PROSAVON, a ráno v den operace se pacientovi oholí hrudník, obě dolní končetiny, obě třísla. Pokud určí operatér tak i horní končetina, předloktí. Pacient je oholen pomocným personálem, který je informován o druhu operace od sestry.

Již při příjmu pacienta opět informujeme o možnosti následné lázeňské péče (tzv. překlad z lůžka na lůžko do lázní), pokud této nabídky nevyužije má nárok na lázně hrazené pojišťovnou do půl roku od data operace. Po propuštění do domácí péče, návrh na lázně napíše obvodní lékař na podkladě naší propouštěcí zprávy, kde je napsána indikační skupina a doporučení od lékaře specialisty - DOPORUČUJI KOMPLEXNÍ LÁZENSKOU PÉČI II/ 11, II/99

Den před operací pacienta navštíví operatér, anesteziolog, fyzioterapeut, kteří pacientovi poskytnou další důležité informace.

Již na ambulanci darujeme pacientům edukační materiál, ze kterého mohou čerpat mnoho informací o plánovaném výkonu, ale i odpovědi na své otázky týkající se tohoto zákroku a ošetrovatelské péče.

Závěrem je velmi důležité se přesvědčit, že pacient všemu porozuměl a ujistit ho, že se na nás může kdykoliv obrátit s jakoukoli otázkou na kterou mu sestry rády odpoví.

Na pokoji je nutné pacienta seznámit s komunikačním systémem a s elektrickým ovládáním lůžka. Každý pacient má k dispozici uzamykatelný stolek, kde má možnost uložit si své osobní věci. Tento stoleček se uzamkne v okamžiku, kdy sestra odváží pacienta na operační sál a klíč je uložen do uzamykatelné skříně na denní místnosti sester.

Při návštěvě fyzioterapeuta pacient získává další informace o průběhu hospitalizace. Pacient je seznámen - s operačními přístupy (sternotomie, thoracotomie)

- Měkké techniky hrudníku

- Respirační fyzioterapie – inhalace mukolytik, lokalizovaná dechová gymnastika, masáž, vibrace, pružení, autodrenáž (návlek otevřeného výdechu), expektorace s autofixací (odkašlávání s přidržením operační rány), dechové pomůcky (příloha C)

- Léčebná tělesná výchova (cvičení na lůžku, DKK, HKK, cévní gymnastika)

Všechny tyto rehabilitační techniky si pacient názorně procvičí a vyzkouší ještě před operačním výkonem, za asistence fyzioterapeuta. Pro pacienta je tak mnohem snazší v pooperační péči vykonávat tyto cviky. Pacienti mají mnohem pozitivnější přístup k fyzioterapeutce, když vědí, jak bude probíhat terapie. Vědí, že tyto techniky a cvičení zrychlí jejich návrat do běžného života.

Pacient je po operaci hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde se mu věnuje kompletní tým odborníků. Sestra mluví na pacienta srozumitelně a vydává jednoduché pokyny. Vždy musí předem pacienta seznámit s úkonem, který bude provádět. Prvních 24 hodin po operaci bude mít pacient klid na lůžku, další den (pokud to zdravotní stav dovolí) se pacient posadí na posteli a bude probíhat léčebná tělesná výchova, respirační fyzioterapie. Velmi důležitá je stálá komunikace s pacientem, vysvětlit mu co se bude dít teď, co bude následovat. Vzhledem k tomu, že jsou na JIP povoleny návštěvy pacienta, nesmíme zapomínat edukovat rodinné příslušníky a informovat je o stavu pacienta. Snažíme se zmírnit a eliminovat obavy rodiny, že nezvládnou pečovat o člena rodiny po takovém výkonu. Pro mnoho rodinných příslušníků je nemocnice stresující místo a obzvláště pokud jde o jednotku intenzivní péče.

Druhý den po výkonu se pacient postaví na nohy a minimálně 4-5 hodin během dne prosedí ve speciálním kardio křesle. Průměrně se pacient

překládá druhý až třetí pooperační den na standardní oddělení, kde je nejméně dva dny napojen na monitorovací systém. Pacient je připojen na kyslík pomocí kyslíkové masky, kyslíkových brýlí.

Na standardním oddělení pacientovi připomeneme:

- manipulaci se signalizačním zařízením
- opatrnost při vstávání z lůžka
- že je připojen k monitoru FF
- bude-li cokoli potřebovat, použije signalizační zařízení k přivolání sestry.

Sestra zajistí návštěvu fyzioterapeuta a pacient pokračuje v terapii i fyzioterapii dle instrukcí. Třetí až čtvrtý den pacient chodí po pokoji a vydává se na procházku po našem oddělení. Všechny tyto úkony jsou prováděny za asistence fyzioterapeuta nebo sestry. Pátý den čeká pacienta náročný úkol, chůze do schodů.

Mezi jedno z posledních vyšetření před propuštěním z nemocnice je provedení echokardiografického vyšetření srdce (ECHO). Sedmý den je pacient propuštěn do domácí péče, lázeňské péče nebo je přeložen do jiného zdravotnického zařízení. O tomto rozhoduje chirurg ve spolupráci s kardiologem na standardním oddělení.

2.2.3 Edukace pacienta při propuštění

Při propuštění z našeho pracoviště dostává pacient obálku, ve které jsou dvě propouštěcí zprávy, výstupní ECHO vyšetření, popřípadě pracovní neschopenka a lístek na peníze.

Pacienta informujeme o tom, že musí do 3 pracovních dnů po propuštění navštívit svého obvodního lékaře. Druhou propouštěcí zprávu je povinen předat svému obvodnímu kardiologovi. Pokud je pacient diabetik, měl by

navštívit svého diabetologa a informovat ho o provedeném zákroku. Ošetřující lékař pacienta seznámil s další léčbou a vše zapíše do propouštěcí zprávy. Při propuštění edukuje pacienta kromě sestry i fyzioterapeut a lékař.

Sestra, která propouští pacienta, musí seznámit nemocného s jeho novou medikací a vybavit ho léky na tři dny. Informuje ho o kontrole na naší ambulanci a sdělí mu přesný termín kontroly. Pokud má pacient nevstřebatelné stehy, upozorní ho, že se musí dostavit na spádovou chirurgii, kde mu budou stehy 10. den po operaci odstraněny.

Pacienta musíme při propuštění do domácí péče připravit na domácí prostředí. Seznámíme pacienta, jak provádět hygienu a péči o operační rány. Ránu si bude pacient pouze sprchovat a do jejího zhojení nebude používat mýdlo. Pokud možno musí pacient používat bavlněné oblečení. Je třeba se vyvarovat styku s domácími zvířaty. Důležité je dodržování životosprávy, pravidelný příjem potravy a tekutin. První tři měsíce je vhodné vyvarovat se fyzické zátěži a nezvedat těžké věci. Opakovaně pacientovi vysvětlíme, kdy a jak má možnost získat návrh na lázně.

Pokud pacienta překládáme z lůžka na lůžko do lázeňského zařízení nebo jiného zdravotnického zařízení, pacient je rovněž vybaven obálkou s propouštěcí zprávou pro svého obvodního lékaře a kardiologa. Pro personál jiného zdravotnického zařízení je také připravena obálka, která obsahuje lékařskou překladovou zprávu a sesterskou překladovou zprávu. Současně je přiložena překladová zpráva od fyzioterapeuta.

V případě překladu do jiného zdravotnického zařízení pacienta informujeme, že termín kontroly na naší ambulanci si domluví telefonicky po propuštění ze zařízení, kam je překládán. Telefonní čísla na naší ambulanci i standardní oddělení má pacient k dispozici na propouštěcí zprávě.

Vzhledem k tomu, že při propuštění od nás pacient získá mnoho informací, a ne všechny je schopen si zapamatovat, upozorníme ho na edukační materiál, jenž obdržel při příjmu na naše oddělení a který potřebné

informace obsahuje. Ubezpečíme pacienta, že kdyby si doma nevěděl rady, může kdykoliv zavolat na naše oddělení, kde mu rády sestry nebo lékař poradí jak řešit vzniklý problém.

2.3 Edukace pacienta s ischemickou chorobou srdeční, přijatého k plánovanému výkonu na srdci aortokoronárnímu bypassu.

Edukace pacienta A.T. přijatého k plánovanému výkonu na srdci na naše pracoviště. Po dobu jeho hospitalizace jsem se zajímala o jeho zdravotní stav a ošetřovala ho.

2.3.1 Identifikační údaje pacienta, seznámení s jeho dokumentací

Pacient A .T.ve věku 72 let, byl 12.9.2008 přeložen z II. Interní kliniky na II. Chirurgickou kliniku, kardiochirurgické oddělení, pro ischemickou chorobu srdeční s indikací ke kardiochirurgické operaci (aortokoronární bypass).

Výtah z lékařské dokumentace

Pacientovi byly diagnostikovány diagnózy:

ICHS chronická

Hypertenzní nemoc

Dyslipidemie

Diabetes melitus, druhého typu –
kompenzovaný dietou

Lékařská anamnéza

RA: Matce byl v 55 letech vyšetřen maligní nádor na děloze, podstoupila histerektomii. Po operaci bez potíží. V 75 letech umírá na IM.

Otec celý život bez zjevných zdravotních obtíží, zemřel v 76 letech po CMP.

Sourozence pacient nemá. Je ženatý a má dva zdravé syny. Nyní je

v důchodu.

AA: neguje

OA: Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Závažnější byla až zlomenina metakarpální kůstky při sportu. Dodnes pociťuje mírnou bolestivost. V šedesáti letech diagnostikován DM II typu, který se pacient naučil kompenzovat dietou. Léčí se 10 let s hypertenzní nemocí.

FA: Pacient dlouhodobě užívá:

- Egilok 25 mg tbl.
- Prestarium 4mg tbl.
- Sortis 40mg tbl.
- Verospiron 25mg tbl.

NO: Pan A.T. 72 let, měl asi před měsícem výraznou bolest za dolní polovinou sternu, bez dušnosti, bez propagace, či doprovodných obtíží. Spontánní ústup bolesti nastal asi do hodiny. Nikdy předtím podobné bolesti neměl. Poté mu postupně progredovala námahová dušnost a při chůzi se musel častěji zastavovat a vydýchat se. V klidu dušnost nepociťoval. Ráno 10. 2. 2008 během ranní toalety, se u něho objevila klidová pálivá bolest retrosternálně,. Bolesti ani po hodině neustupovaly, pacient byl dušný. Jeho syn zavolal záchranku. V sanitce po podání NTG bolesti ustoupily. Byl převezen na koronární jednotku. Poté mu byla provedena koronarografie, kde byl nález obstrukce epikardiálních tepen a následně byl pacient indikován k aortokoronárnímu bypassu.

Vyšetření lékařem

Pacient se nyní cítí dobře, bez bolestí. Zornice isokorické, jazyk plaví středem, kožní turgor přiměřený věku. Náplň krčních žil dobrá, pulzace +. Dýchání je volné, sklípkovité, poslechově bez vedlejších fenoménů. Srdeční rytmus 64/min, TK 155/80. Dle koronarografického nálezu, obstrukce koronárních tepen (RIA, významné stenózy RCX a ACD). Břicho měkké nebolestivé. Dolní končetiny oteklé do dvou třetin lýtka, bez varixů.

Závěr při příjmu

Pacient hospitalizován a zařazen do operačního programu k operaci aortokoronárního bypassu.

Pacient předoperačně podstoupil koronarografické, spirometrické a echokardiologické vyšetření, sono karotid. Společně s mikrobiologickým, biochemickým, hemokoagulačním a hematologickým vyšetřením krve (urea, kreatinin, cholesterol, triglyceridy, bilirubin, jaterní enzymy, amyláza, celková bílkovina, BWR, HbsAg, KS, moč chemicky+ sediment a moč kulturačně+ citlivost, KO+diff, INR, APTT, antitrombin, tromboplastinový čas, D-dimery).

Chirurgická léčba

Aortokoronární bypass

Konzervativní terapie

Lékařem ordinován klid na lůžku, zahájena předoperační dechová příprava. Indikovány 3 x denně inhalace, bandáže dolních končetin. S fyzioterapeutem nácvik dýchání, odkašlávání a vstávání z lůžka přes bok.

| | | |
|------------------------|-----------------------|-----------|
| Farmakoterapie: | Egilok 25 mg p.o | 1- 0 - 1 |
| | Prestarium 4mg p.o | 1- 0 - 1 |
| | Sortis 40mg p.o. | 0- 0 - 1 |
| | Verospiron 25mg p.o. | 1- 1 - 0 |
| | Iso-mack 20mg p.o. | 1- 1 - 0 |
| | Fraxiparin 0,4ml s.c. | 2 x denně |

Dietoterapie:

Pacient dodržuje diabetickou dietu, snaží se jíst racionálně.

Pohybový režim:

Klid na lůžku, dvakrát denně návštěva fyzioterapeuta.

Psychoterapie:

Pacient byl chirurgem, anesteziologem, sestrou i fyzioterapeutem

seznámen s operací a pooperačním průběhem ošetrovatelskou péčí. Současně byl seznámen s ošetrovací jednotkou a režimem na oddělení a byl poučen o užívání telekomunikačního zařízení u lůžka. Byl informován o možnosti, kdykoli se informovat u sestry, či lékaře. Rodina byla informována o využití návštěv na standardním oddělení i oddělení jednotky intenzivní péče a byly ji poskytnuta veškerá telefonická spojení. Milý a ochotný přístup zdravotnického personálu.

2.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Postava štíhlá, chůze bez potíží, mírně shrbený postoj. Pacient je čistý a upravený.

Hlava: Zorničky izokorické bez známek ikteru. Dutina ústní čistá, pacient má horní i dolní zubní protézu. Rty suché, jazyk bez povlaku, suchý. Vlasy řídké, prošedivělé. Krční žíly naplněné, pulsace 65 tepu/minutu. Krk bez známek poruchy štítné žlázy. Trup mírná skolióza páteře. Pacient si stěžuje na občasné bolesti zad. Dýchání čisté, sklípkovité, bez známek vedlejších zvukových fenoménů. Pacient je dušný pouze při zátěži, nekuřák, bez kašle. Dolní končetiny oteklé do dvou třetin lýtka. Pacient pociťuje těžkost v nohách. Okolo páté hodiny se již cítí velice unavený a musí i během dne častěji odpočívat.

Sociální situace

Bydlí s manželkou v malém rodinném domě, má dva syny a vnoučata.

Vnímání zdraví a jeho udržování

Pacient ve věku 72 let, diabetik II. typu na dietě. Zodpovědně dodržuje diabetickou dietu. Pravidelně chodí na procházky se svým psem. V mládí pracoval v zemědělství, měl těžkou manuální práci, která ho vyčerpávala. Na sportování díky práci neměl čas. Často ho bolívali záda, a proto občas užíval léky na bolest: Zkoušel posilovat zádové svaly plaváním, avšak pravidelnost v plavání nebyla.

Nyní se cítí unavený, má strach jestli se syn dobře stará o psa, kterého má velice rád a chtěl by mít operaci již za sebou. Má obavy z toho, jak bude snášet narkózu. Chce být po operaci ještě užitečný své rodině.

Výživa a metabolismus

Pacient je diabetik, proto dodržuje diabetickou dietu. Snaží se jíst racionálně, omezuje tuky, cukry a do jídelníčku často zařazuje ryby a bílé maso. Manželka je také diabetička. Pacient má rád pivo, vypije jedno pivo denně. Po překročení šedesáti let už jen velice obtížně koriguje váhu, proto si pořídil psa, přece jen s ním chodí 5x denně ven. Jí pětkrát denně a dodržuje pitný režim. Denně vypije 1,5 litry tekutin, převážně pije stolní vodu, ačkoli se do pití musí nutit. Nyní váží 75 kg a měří 174cm. Zubní protézu má horní i dolní. Kožní turgor přiměřený věku, při příjmu mírně dehydratovaný, jelikož celý den nic nepil.

Vylučování

Problémy se stolicí nemá, má citlivé zažívání. Při konzumaci nekvalitního jídla mívá průjem. Chodí častěji močit. Nemá zavedený močový katétr. Barva moče je fyziologická, bez příměsí. Pálení, řezání při močení nepocituje.

Aktivita cvičení

V mládí měl pacient těžkou manuální práci v zemědělské sféře. Práce ho natolik zatěžovala, že volný čas raději věnoval odpočinku. V mládí jezdil na kole, hrál rekreačně fotbal. V současnosti chodí na procházky se psem. Pravidelně se navštěvuje se svými přáteli.

Spánek a odpočinek

Ve známém prostředí nemá se spánkem problémy. Pacient dodává, že spí asi tak 6 – 7 hodin denně. Ovšem nyní se od hospitalizace kvalitně nevyspal. Má problémy s usínáním a časně se probouzí. Vadí mu přítomnost spolupacientů a ztráta soukromí. Nyní se cítí unavený.

Vnímání, smysly

Pacient slyší dobře. Na čtení nosí brýle, na dálku vidí dobře. Na poslední kontrole u očního lékaře byl před půl rokem. Pacient je dobře orientován. S pamětí potíže nemá.

Sebeúcta, sebepojetí

Pacient je optimista. Nemocnice v něm však vyvolává smíšené pocity. Těší se až bude doma. Se svou rodinou má velice hezký vztah, je pravidelně navštěvován syny a vnoučaty i manželkou.

Mezilidské stavy, společenská role

Pacient bydlí společně s manželkou v rodinném domku na vesnici. Jeho děti bydlí blízko. Pacient je v důchodu. Má dva syny, manželku. Oba mají po dvou dětech, je tedy i dědečkem. S vnoučaty má velice dobrý vztah a rád je v jejich společnosti. Jeho rodina je pro něj nedílnou součástí života. S kamarády chodí hrát karty do hospůdky. Pacient zastává ve společnosti roli otce, manžela, dědečka.

Sexualita

Pacient je heterosexuál, nechce na toto téma se mnou hovořit, stydí se.

Stresové zátěžové situace

Pacient je klidný, optimistický, snaží se problémy řešit v klidu. Myslí si, že je tolerantní. Většinu věcí vidí spíše jako problémy běžného života. Momentálně má obavy z operace, ale věří, že bude vše v pořádku.

Životní hodnoty, víra

Je ateista, snaží se žít tak, aby se nemusel za své jednání stydět. V jeho

životě je na prvním místě rodina a zdraví. Peníze pro pacienta nehrají významnou roli. Žebříček hodnot má založený na vzájemné důvěře, toleranci a porozumění.

Ošetrovatelské diagnózy

Přehled aktuálních ošetrovatelských diagnóz:

1. Neznalost 00126
2. Strach 00148
3. Porucha spánku 00095
4. Porucha kožní integrity 00046
5. Bolest akutní 00132
6. Infekce, riziko vzniku 00004
7. Riziko pádu 00155
8. Tělesná teplota, riziko poruchy termoregulace 00007
9. Únava 00093
10. Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091
11. Porucha vyprazdňování tlustého 00011

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Zmatenost akutní 00128
2. Spontální dýchání selhávající 00033
3. Retence moče- akutní i chronická 00023
4. Poškození v souvislosti s operačním výkonem, zvýšené riziko
5. Deficit tělesných tekutin 00027
6. Nausea 00134
7. Péče o sama sebe nedostatečná
8. Bezmocnost 00125
9. Srdeční výdej snížený 00029
10. Opožděné pooperační zotavení 00100

1. Neznalost (00126), potřeba poučení z důvodu nedostatku příležitostí získání informací o ošetrovatelské péči, projevující se opakovanými dotazy k probíhající hospitalizaci

Cíl

pacient je poučen a zná odpovědi na své dotazy do 10 hod

Výsledná kritéria

- pacient zná důvody své hospitalizace na kardiovaskulární klinice
- pacient zná denní režim oddělení
- pacient má po konzultaci s primární sestrou dostatek informací o průběhu ošetrovatelské péče
- pacient zná postup při operačním výkonu
- pacient zná průběh předoperační přípravy

Intervence:

- Důkladně se seznámte s onemocněním pacienta, prostudujte lékařskou dokumentaci, medikaci, dietní omezení
- Zajistěte edukační materiál pro pacienta
- Zajisti návštěvu fyzioterapeuta
- Vysvětlete pacientovi denní režim oddělení
- Komunikujte s pacientem a odpovídejte srozumitelně na jeho otázky
- Ověřujte, že pacient rozumí

Realizace

Věnovala jsem se komunikaci a edukaci pacienta. Zajistila jsem potřebné pomůcky, zodpovědně jsem odpovídala na dotazy pacienta. J.B.

Hodnocení

pacient se seznámil s edukačním materiálem, seznámil se s denním režimem na oddělení. J.B

2. Strach (00148) z důvodu blížící se operace a komplikací spojený s operačním výkonem, projevující se nervozitou, změnou nálad, úzkostí, slovním vyjádřením.

Cíl

do 6 hod zmírnit strach, a eliminovat negativní vlivy na pacienta

Výsledná kritéria

- Pacient je lékařem i sestrou seznámen s průběhem operace a oš.péče.
- Pacient ví, že se může na sestru i lékaře kdykoli obrátit.
- Pacient chápe význam operace a ošetřovatelské péče

Intervence

- Mluv pomalu a klidně
- Zvol si holistický přístup k pacientovi
- Používej jednoduchá vysvětlení
- Trpělivě pacientovi naslouchej
- Ujisti se, zda rozumí všemu, co říkáš
- Vyjádři autentičnost neverbálním projevem, zrakovým kontaktem
- Dávej příklad – jiný pacient
- Vysvětli, že strach před operací je přirozený
- Dej příležitost k otázkám a pravdivě je zodpověz
- Povzbuzuj pacienta ke kontaktu s jinými hospitalizovanými pacienty, kteří s úspěchem prošli strachuplnou situací.
- Ujisti pacienta, že se může v případě potřeby obrátit na sestry

Realizace

S pacientem jsem hovořila velice srozumitelně, pomalu a jasně. Podávala jsem zpětně otázky na pacienta, abych se ubezpečila, že mi pacient rozumí. U pacienta došlo ke snížení nervozity. J.B

Hodnocení

Pacient si pohovořil se spolupacientem na pokoji. Došlo ke zmírnění strachu. U pacienta pozoruji menší fyzické a psychické napětí. J.B

3. porucha spánku (00095) z důvodu časté monitorace FF, ztráta soukromí projevující se únavou, nervozitou, neochotou spolupracovat.

Cíl

do 2hod se snažit pro pacienta zajistit největší možný komfort, který dovoluje jeho zdravotní stav

do 48hod, pacient má zlepšený spánek, dle ordinace lékaře podány léky na spaní (hypnotika), cítí se odpočatý.

Výsledná kritéria

- Pacient zná důvod omezení svého soukromí
- Zná důvod monitorace, měření FF po 1 hod.

Intervence

- Eliminuj rušivé vlivy (světlo, hluk)
- Sleduj, zda pacient často nespí více ve dne
- Zajisti klidné prostředí na spánek
- Vyvětrej a uprav lůžko
- Podávej léky dle ordinace lékaře

Realizace

Před spánkem jsem pacientovi upravila a napolohovala lůžko, vyvětrala pokoj a podala hypnotika dle ordinace lékaře. Provedla jsem zápis do dokumentace.

Hodnocení

Pacient spal 6 hodin, ráno se cítí fyzicky i psychicky odpočatý.

4. Porucha kožní integrity (00046) v důsledku operačního výkonu, projevující se řezem v oblasti hrudníku a vnitřní části dolní končetiny.

Cíl

Zamezit vzniku infekce, zajistit podmínky pro hojení

Výsledná kritéria

- Pacient zná hlavní známky zánětu.
- Pacient udržuje ránu v čistotě.
- Pacient ví, jak o ránu pečovat.
- Pacient v maximální možné míře dodržuje rady fyzioterapeuta o pohybových omezeních a aktivitách.

Intervence

- Sleduj známky zánětu a laboratorní hodnoty.
- Pozoruj sekreci z rány, velikost, zabarvení.
- Pouč pacienta jak o ránu pečovat.
- Vysvětli jak správně zapojovat hrudní a břišní svaly, aby nenamáhal ránu.
- Sleduj bolest (intenzitu, charakter, lokalizaci, vyvolávající příčiny).
- Převazuj rány za aseptických podmínek.
- Pouč pacienta o důležitosti dodržování základních hygienických návyků.
- Proveď záznam do dokumentace.

Realizace

Pacienta jsem převazovala jednou denně sterilním postupem. Vizually jsem ránu kontrolovala. J.B

Hodnocení

Operační rána se hojí per primam, nedošlo ke vzniku infekce. J.B.

5. Akutní bolest (00132) v oblasti hrudníku, z důvodu operační rány, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, grimasami, sténáním.

Cíl

pacient pociťuje zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 3 do 1 hod

pacient pociťuje zmírnění bolesti ze stupně 3 na st. 1- 2 do 4 dnů

Výsledná kritéria

- Pacient zná škálu bolesti
- Pacient zná úlevovou polohu
- Pacient má fyziologické funkce v normálu (nemá vysoký krevní tlak, zrychlený puls).
- Pacient neverbalizuje bolest, má klidný výraz v obličeji

Intervence

- Sleduj fyziologické funkce, které obvykle při bolesti kolísají (krevní tlak, puls) a proved' záznam
- Zjistí charakter bolesti
- Pacient umí hodnotit bolest ve škále
- Posud' příčinu bolesti
- Sleduj tabulku bolesti
- Akceptuj a uznej bolest tak, jak ji vnímá pacient
- Snaž se využít všech dostupných prostředků, které by mohly pomoci bolesti zmírnit (masáže zad, změna polohy těla)
- Pomož pacientovi dosáhnout úlevové polohy
- Informuj lékaře o bolesti
- Podej léky proti bolesti dle ordinace lékaře
- Proved' záznam o podání analgetik (po podání analgetik)
- Informuj lékaře, pokud bolest neustoupí ani po podání analgetik

Realizace

Sledovala jsem FF, podávala jsem analgetika dle ordinace. Pacient spolupracoval při hodnocení bolesti- škála bolesti. Pacienta jsem polohovala. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení

U pacienta byla eliminována bolest. J.B

Závěr

Bypassová chirurgie je bezpečnou a efektivní metodou tam, kde jiný způsob léčby nebyl účinný.

„Na kardiiovaskulární klinice VFN jsme roce v 2008 provedli 738 výkonů na srdci. Pacientů s ischemickou chorobou srdeční indikované k aortokoronárnímu bypassu jsme odoperovali 560. Kombinovaných výkonů na srdci (ACB + náhrada nebo plastika srdeční chlopně) jsme odoperovali u 77 pacientů, operací na chlopni bylo provedeno u 101 pacientů.

Kardiiovaskulární klinika VFN v Praze je na 4 místě v počtu srdečních operací. V roce 2008 bylo provedeno 627 elektivních výkonů a 111 akutních výkonů. Operací srdce za použití mimotělním oběhu bylo provedeno 429, bez použití mimotělního oběhu (na bijícím srdci) bylo provedeno 309.

Mortalita na naší klinice je nižší než 3%.“ (doc. MUDr. Jan Tošovský CSc).

V poslední době se radikálně zvýšilo používání tzv. méně invazivních technik, kdy jsou aortokoronární bypassy prováděny na bijícím srdci bez použití mimotělního oběhu a někdy i z menší operační rány. Přínosem je menší zátěž pro pacienta, rychlejší rehabilitace a kratší doba hospitalizace. Tyto inovační techniky však nijak nesnižují význam edukace pacienta.

I edukační proces za posledních 10 let zaznamenal významný rozvoj. To však neznamená, že v předchozích letech sestry needukovaly pacienty. Proces edukace taktéž probíhal, nicméně neměl jasně definovaná pravidla a nebyl standardizován. Informovanost pacienta byla závislá pouze na individuálním přístupu zdravotnického personálu.

Hlavní význam edukace pacienta ve zdravotnickém zařízení spočívá v tom, že u pacientů, kteří jsou dokonale informováni o svém onemocnění, lze předpokládat vyšší zájem o vlastní zdravotní stav a větší snahu podílet se na léčbě a spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Tím, že klienta dostatečně informujeme, eliminujeme jeho strach (obavy) a mnohdy posílíme jeho důvěru v nás.

Sestry si plně uvědomují význam tohoto procesu, nicméně ne vždy se jim daří tento proces naplnit. Důvodem obvykle bývá časová tíseň a narůstající administrativa ošetrovatelského procesu. Ale i přes všechny negativní faktory ovlivňující edukaci je dobré si uvědomit, že jde o nikdy nekončící proces, který začíná již prvním kontaktem pacienta s lékařem či sestrou. I my a naši blízcí se jednou dostaneme do role pacienta a dostatek informací, času a vlídné zacházení se pro nás stane pověstným stéblem trávy. Vše záleží jen na našem přístupu.

Je nutné si uvědomit, že i pacienti mají možnost získávat informace a to prostřednictvím internetových stránek a médií, a právě proto je důležité celoživotní vzdělávání sester. Získávání a předávání si nových zkušeností na kongresech, pomocí vlastních prezentací. V prezentacích si předávají nejnovější zkušenosti v oblasti ošetrovatelské péče a edukace. Ve VFN mají sestry možnost navštěvovat kurzy komunikace, kde získávají nové dovednosti v oblasti komunikace a to nejen v kontaktu s pacientem.

Seznam zkratk

ACB – aortocoronární bypass
ACD - arteria coronariadextra, pravá koronární tepna
AIM – akutní infarkt myokardu
AP – angína pectori
APTT – hodnota krevní srážlivosti
atd. – a tak dále
BWR - serologické vyšetření krve
CCS- Kanadská kardiovaskulární klasifikace
cm - centimetr
CMP – cení mozková příhoda
ČR – Česká republika
DKK – dolní obě končetiny
DM – diabetes mellitus
EKG – elektrokardiograf
event. – eventuelně
FF – fyziologické funkce
HbsAg - povrchový antigen viru hepatitidy B
HKK – horní obě končetiny
hod. – hodina
i.m. – intramuskulárně
i.v. – intravenózní
ICHS – Ischemická choroba srdeční
INR – hodnota krevní srážlivosti
JIP – jednotka intenzivní péče
kg – kilogram
KO – krevní obraz
KS – krevní skupina
NAP – nestabilní angína pectoris
NTG – nitroglycerin
PTCA – perkutánní transluminální angioplastika
RCX - rāmus circumflexus , levá koronární tepna
RIA- rāmus interventrikulāris anterior, levá koronární tepna
RTG – rentgen
SKG – selektivní koronaroígrafie
TK – krevní tlak
tzv. – to znamená
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
ZŽF – základní životní funkce

Seznam použité literatury a informačních zdrojů

Monografie

1. BALAŠ, V.: *Chirurgická propedeutika*, Avicenum, Praha, 1993, s.487, ISBN 80-85623-45-5
2. HOCKOVÁ, J.: *Nové pohledy v ošetřování kriticky nemocných na ARO..* IN *Sestra*, Roč. 5, č. 5, 2005, s. 45, ISSN 1335-9444
3. KOZIEROVÁ, B.; ERBRTOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R., *Ošetřovatelstvo*, 1.vyd., Martin: Osvěta, 1995, s 1474, ISBN 80-217-0528-0
4. MĚŠKO, D., *Akademická příručka*, Osveta, Martin, 2004, s.315, ISBN 80-8063-150-6
5. KOLÁŘ J., *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*, Akcenta, Praha 2003, s. 415, ISBN 808623206-9
6. VOJÁČEK J., *Akutní koronární syndrom*, Grada, Praha 1998, s.84., ISBN 80-7169-456-8
7. KOLÁŘ J. KAUTZNER J., *Zásady elektrokardiografie*, Akcenta 2002, s.143, ISBN 80-86232-04-2
8. MARILYNN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Grada Praha 2001,
9. VANĚK I. A KOLEKTIV. *KARDIOVASKULÁRNÍ CHIRURGIE*, Karolinum 2002, ISBN 80-246-0523-6
10. Marečková J., *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*, Grada Praha 2006, ISBN 80-247-1399-3

11. Adams B. Harold C.E., Sestra a akutní stavy od A do Z, Grada Praha 1999, ISBN 80-7169-893-8
12. Zimmer C., Jak se duše stala tělem, Galén Praha 2006 ISBN 80-7262-332-X
13. Šrámková A., Nejedlá M., Interní ošetřovatelství II, Grada 2006 ISBN 80-247-1777-8
14. Staňková M. České ošetřovatelství 2,3, NCOVZO Brno 2004 ISBN 80-7013-270-1, ISBN 80-7013-282-5
15. Trachtová E., Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, NCOVZO Brno 2006, ISBN 80-7013-324-4
16. Šetina M. a kol., Kardiologie, Jihočeská univerzita České Budějovice 2005, ISBN 80-7040-779-4
17. SOSOVÁ E., ŘEHOŘOVÁ J., Kardiologie pro obor ošetřovatelství, Grada Praha 2004, ISBN 80-247-1009-9
18. GWOZDZIEWICZ M., Arteriální revaskularizace myokardu, Grada Praha 2007. ISBN 978- 80- 247- 1771- 2
19. ŠPINAR J., VÍTOVEC J. A KOL., Ischemická choroba srdeční, Grada Praha 2003, ISBN 80- 247- 0500- 1
20. HROMADOVÁ D., Kardiovaskulární onemocnění, Neptun Brno 2004, ISBN 80- 902896- 8-1
21. Peče o pacienta po aortokoronárním bypassu. Sestra, 2007, ročník 17, č.4., s. 35- 36., ISSN 1210- 0404
22. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem,

Sestra 2007, ročník 17, č.12, s.17-18. ISSN 1210-0404

23. Edukace pacienta perioperační sestrou, Sestra-mimořádná příloha 2007, ročník 17, č.4., s.3 ISSN 1210- 0404

24. Fyzikální vyšetření – metoda získávání a objektivizace údajů v ošetrovatelském procesu, Sestra 2009, ročník 19, č. 1, s. 29 , ISSN 1210-0404

Internetový zdroj

<http://kardiochirurgie.ikem.cz/cs/>

http://vnl.xf.cz/vnl/vnl_kardiologie_IM.php

<http://www.e-coretvasa.cz/casopis/obsah>

<http://www.elektrotechnickestavebnice.xf.cz/systemy.pdf>

<http://www.katalog-zdravi.cz/lecba-leky-terapie/chemoterapie/edukace-pacienta>

<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/516343-edukace>

<http://knihabezpeci.mzcr.cz>

<http://www.kardiochirurgie.cz/ichs>

<http://edukace-kardiaku.wz.cz/08Historie.php>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Operační robot da Vinci

Obrázek 2 : Dechové pomůcky fyzioterapeuta

Obrázek 3: ECHO,IM vyš. metody archív VFN, Praha 2.

Obrázek 4: Přehled nejčastěji používaných kardiomarkerů a jejich časový průběh

Obrázek 5: Koronarografie, archív VFN Praha

Obrázek 6: EKG obraz non-Q infarktu myokardu.

Seznam příloh

Příloha 1: Příručka pro pacienty II. chirurgické kliniky VFN

Příloha 2: Práva pacientů

Příloha 3: Denní režim pacientů

Příloha 4: Zhodnocení bolesti, kontrola bolesti

Příloha 5: Protokol o pádu pacienta

Příloha 6: Záznam o průběhu fyzioterapie

Příloha 7: Plán ošetrovatelské péče, II. chirurgická klinika, Péče o pacienty se sekundárním hojením rány

Příloha 8: Plán ošetrovatelské péče, II. chirurgická klinika před a pooperační péče

Příloha 9: Ošetrovatelská dokumentace, VNF

Obrázek 1.
Operační robot da Vinci, archív VFN, II.Chirurgická klinika

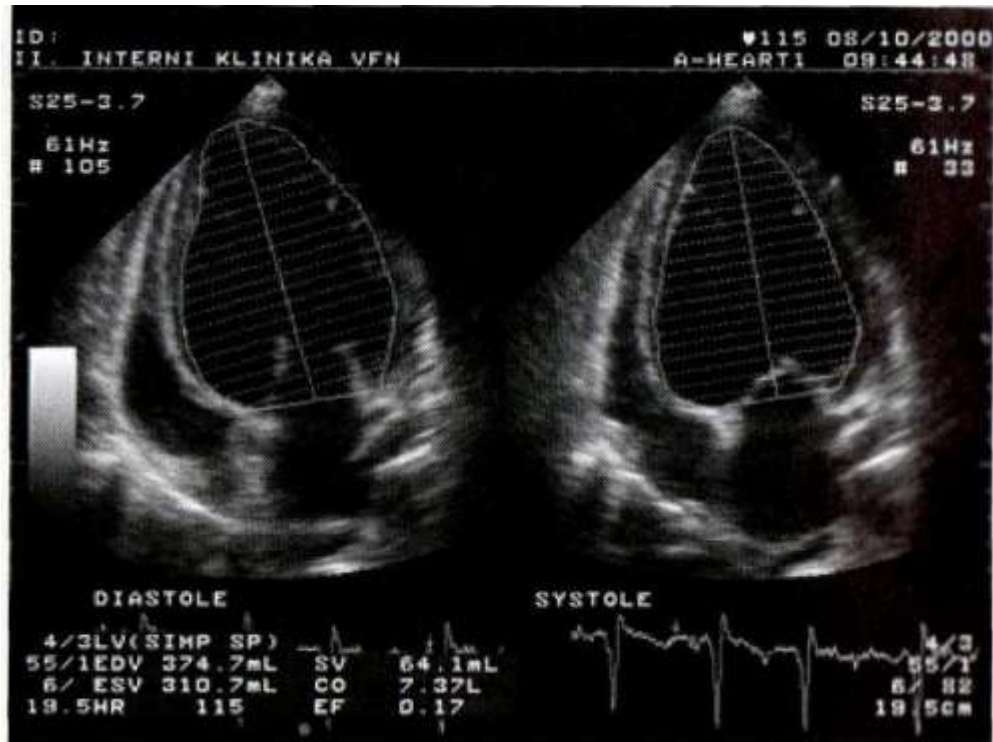


Obrázek 2
Dechové pomůcky fyzioterapeuta

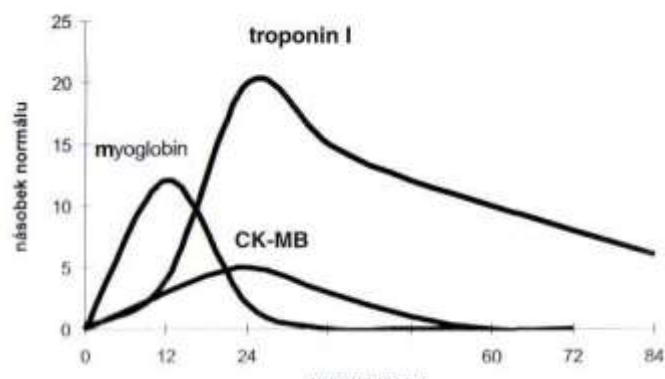


Archiv VFN Kardiochirurgie, Praha 2

Obrázek 3
ECHO,IM vyš. metody archiv VFN, Praha 2.

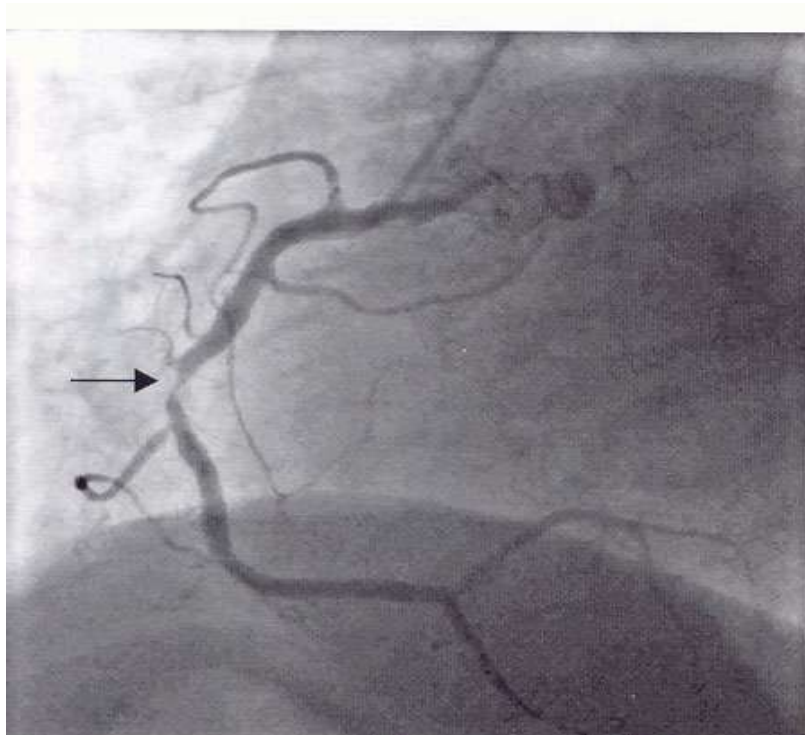


Obrázek 4.
Přehled nejčastěji používaných kardiomarkerů a jejich časový průběh

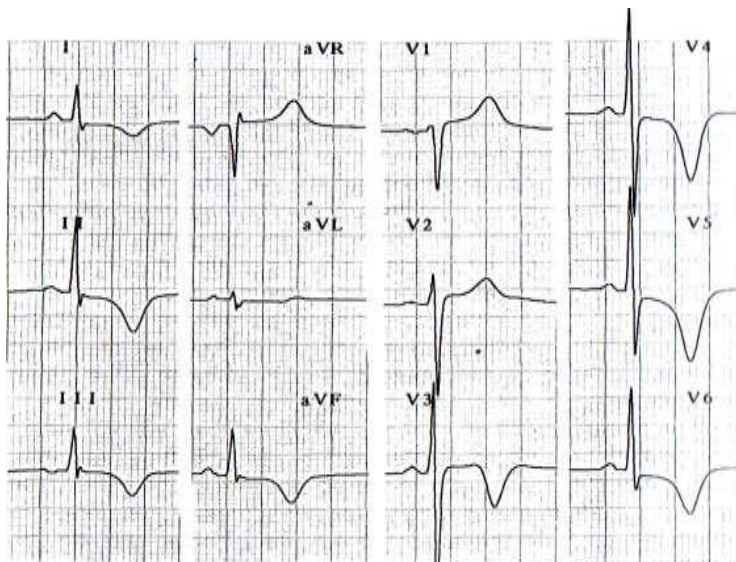


Archív VFN, Kardiochirurgie Praha 2

Obrázek 5
Koronarografie, archiv VFN Praha



Obrázek 6
EKG obraz non-Q infarktu myokardu.



Příloha 1. edukační příručka

Před operací srdce

**Příručka pro pacienty II.chirurgické kliniky
Kardiovaskulární chirurgie VFN**

/ Přednosta : Doc. MUDr. Jan Tošovský, CSc. /

**Autoři: Prim. MUDr. Vilém Rohn, CSc.
MUDr. Tomáš Čermák
MUDr. Petr Jušík
Vrchní sestra Alena Chmaitillová
Fyzioterapeut Dominika Teplá
Staniční sestra Jitka Běhavková**

Vážená paní, vážený pane,

chystáte se k operaci na Klinice kardiovaskulární chirurgie VFN. Tento výkon představuje závažný zásah do Vašeho organismu. Proto je vypracovaný postup, jehož účelem je Vás a Váš organismus co nejlépe připravit na plánovaný výkon.

Jelikož naše klinika slouží jako superkonziliární pracoviště a zároveň zajišťuje teoretickou i praktickou výuku studentům I.lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, je nutno počítat s účastí a přítomností studentů medicíny v průběhu Vaší léčby.

Jako vědecké pracoviště se zároveň podílíme na klinických studiích. Můžete být proto v průběhu Vaší hospitalizace po náležitém vysvětlení vaším ošetřujícím lékařem požádáni o souhlas se zařazením do některé z nich.

Jak Vaše srdce funguje?

Srdce dospělého člověka má přibližně velikost zavřené pěsti a je umístěno mezi plícemi v centrální oblasti hrudníku.

Funguje jako pumpa, která dodává okysličenou krev do celého těla a odkysličenou krev z těla do plic. Krev tak protéká čtyřmi srdečními oddíly: pravá

a levá síň, pravá a levá komora.

Popis průtoku krve srdcem:

Žilní krev z celého těla přitéká oběma dutými žilami do pravé síně, odkud je při stahu síní vypuzována do pravé komory srdeční. Mezi pravou síní a pravou komorou je trojcípá chlopeň (neboli trikuspidální). Při stahu srdečních komor (systole) se tato chlopeň uzavírá a zabraňuje opačnému proudění. Krev dále protéká z pravé komory do plicní tepny a dále do plicního řečiště, které jsou odděleny další chlopní, tzv. pulmonální. Po průtoku plicemi přitéká krev do levé síně, která je od levé komory oddělena dvojcípou chlopní (bikuspidální nebo také mitrální). Z levé komory je krev vypuzována do aorty a dále do tepen celého těla. Mezi aortou a levou komorou je tzv. aortální chlopeň.

Ischemická choroba srdeční

Co je to ischemická choroba srdeční?

Nejprve tedy – co je ischemická srdeční choroba?

Je to důsledek onemocnění věnčitých tepen, jejichž úkolem je zásobovat srdeční sval (myokard) dostatečným množstvím okysličené krve. Tyto tepny obepínají srdce jako věnec, proto se nazývají věnčité tepny (nebo také koronární – z latinského překladu corona = věnec).

Za normálních okolností protéká jejich vnitřním průsvitem s hladkým povrchem krev bez jakýchkoliv problémů. Jestliže se ovšem jejich průtok zúží - což má nejčastěji na svědomí **ateroskleróza** (vzácně přicházejí v úvahu i jiné příčiny)

- přestává být příslušná část srdečního svalu dostatečně zásobována kyslíkem a živinami, ale zároveň i zbavována odpadních látek, což vyvolává svíravé a bolestivé pocity na hrudi (za hrudní kostí).

Přesné příčiny vzniku a rozvoje aterosklerotického procesu známy dosud nejsou. Ví se však spolehlivě, že se na něm podílí řada tzv. rizikových faktorů.

Rizikové faktory

Rizikovými faktory jsou zejména nadměrný obsah tukových buněk v krvi, kouření, zvýšený krevní tlak, diabetes, obezita, nedostatek fyzické činnosti, nadměrný stres, dědičné dispozice a další méně významné faktory.

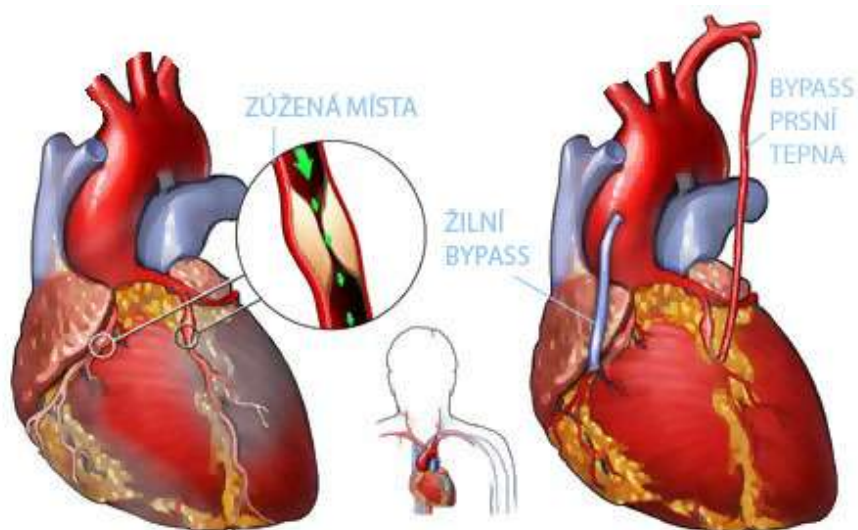
Velkou část těchto faktorů může každý z nás aktivně a včas ovlivnit – nekouřit, udržovat si optimální tělesnou váhu, pravidelně kontrolovat krevní tlak, dopřát si dostatek pohybu, naučit se správně odpočívat, vyhýbat se stresujícím situacím, dbát na životosprávu - snížit kalorie, tuky, cukry, soli, zvýšit příjem ovoce, zeleniny, vlákniny, ryb.

Angina pectoris a infarkt myokardu

Nedostatečný přísun krve do srdečního svalu (myokardu) se projevuje

hlavně při námaze, při které dochází k nerovnováze mezi potřebou kyslíku a jeho dodávkou zúženými věnčitými tepnami v myokardu. Z přechodných námahových bolestí se ale mohou vyvinout i trvalejší, pociťované v klidu, a dokonce i akutní infarkt myokardu. Takový stav vzniká tehdy, jestliže se k aterosklerotickému zúžení věnčité tepny přidruží další kombinace – ucpání tepny krevní sraženinou (trombem), méně často tzv. spasmus čili jakýsi křečovitý stah cévy. Krevní průtok se přeruší docela a není-li včas obnoven, nedokrevnost buněk srdečního svalu způsobí až jejich nekrózu čili odumření, tj. infarkt myokardu.

Záleží pak už jen na tom, jak rychle přijde pomoc a jak velká oblast srdečního svalu byla postižena.



Obr.1

Jak může pomoci chirurg?

Je lépe snažit se tomu všemu zabránit a předejít. Pokud se to nepodaří rozumnější životosprávou, jsou k dispozici účinné léky. V určitých případech, stanovených dle přesných kritérií a na základě komplexního vyšetření, která vyloučila další možnosti konzervativní léčby, přistupuje k nemocnému chirurg se svým operačním týmem. Operatér provádí rekonstrukci tepen zásobující srdeční sval pomocí bypassů (z anglické terminologie -překlenutí, objížďka), je to jakési přemostění, nebo-li vytvoření náhradní cesty mezi aortou a srdečním svalem, čímž se překlene zúžené místo. K takovému přemostění se používají tepny (prsň- a. mammae, vřetenní- a. radialis), žíly dolních končetin (véna saphena magna, parva) nebo kombinace obou variant. Pro jaký způsob rekonstrukce se chirurg rozhodne, záleží na dalších okolnostech (věk, přidružené choroby,)

Onemocnění srdečních chlopní

Druhou velkou skupinou pacientů přicházejících na operaci srdce jsou nemocní s postižením chlopní. Může být postižena jedna chlopeň, ale i všechny čtyři. Tento stav vede k narušení správného toku krve srdcem.

Srdeční chlopně může postihovat jedno nebo oboje z následujících onemocnění:

1. Stenóza (zúžení): chlopeň se nemůže správně otevřít, cípy jsou zúžené
2. Regurgitace/ insuficience (nedomykavost): chlopeň se nedovírá

Stenóza chlopně:

-během let se na chlopni nashromáždí kalciové pláty (nánosy), které způsobí, že se chlopeň neotevívá, tím ztrácí svou funkci a srdce nemůže dobře pumpovat krev.

Regurgitace chlopně:

-u 2. typu poškození se chlopenní cípy nedovírají a to má za následek, že krev proudí i zpětně místo toho, aby proudila pouze vpřed. Takový stav chlopně narušuje schopnost srdce vypumpovat potřebné množství krve do celého těla.

Příklad: jedná-li se o nedomykavou mitrální chlopeň, krev se vrací zpět do levé síně, místo aby pokračovala do aorty. Dochází ke zvyšování tlaku v levé síni a v plicích, které pomalu přestávají správně fungovat (dušnost, kašel, edém plic).

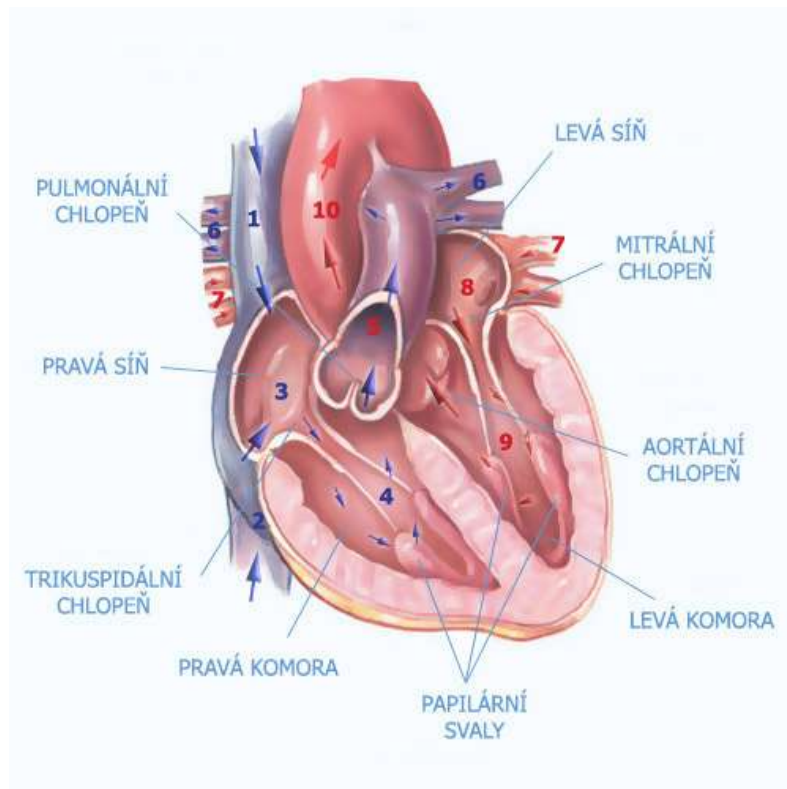
Srdeční chlopeň

Na tomto místě by zřejmě bylo vhodné se stručně zmínit o srdečních chlopních a jejich funkci. Srdeční oddíly a velké tepny jsou od sebe odděleny čtyřmi velkými chlopněmi, které fungují jako ventily usměřující proud krve správným směrem (obr.4).

Pokud chlopně správně fungují, krev proudí plynule bez ohledu na zátěž či odpočinek.

Dvě chlopně jsou umístěny v pravé části srdce (kam je odkysličená krev přiváděna z celého těla). Jsou to trojcípá (trikuspidální) a plicní (pulmonální) chlopeň.

Další dvě chlopně jsou umístěny v levé části srdce, přes které proudí krev okysličená a je rozváděna do celého těla. Jsou to dvojcípá (mitrální) a aortální chlopeň.



Obr. 2

Závažným onemocněním vyžadujícím operaci bývají nejčastěji postiženy mitrální a aortální chlopeň.

Co je příčinou onemocnění srdečních chlopní?

Nejčastějšími příčinami onemocnění srdečních chlopní v našich podmínkách jsou revmatická choroba srdeční a tzv. degenerativní onemocnění chlopně aparátu.

Revmatická choroba srdeční

Jedná se o následek infekčního onemocnění způsobeného streptokoky, které se může projevit jako revmatická horečka s vysokými teplotami, bolestivostí a otokem kloubů nebo také jako spála či „prostá“ tonsilitida (angína – opakované angíny). Pozdním následkem (často po mnoha letech) bývá postižení srdečních chlopní.

Degenerativní onemocnění chlopní

Stejný dopad pro srdce jako revmatické onemocnění má i druhé nejčastější postižení chlopní tzv. degenerativními změnami, které jsou jakýmsi urychleným procesem stárnutí tkání chlopně, zejména při některých vrozených vývojových odchylkách.

V důsledku těchto onemocnění mohou být srdeční chlopně buď zúžené nebo naopak nedomykavé. Mnohdy se jedná o takzvanou kombinovanou vadu chlopně, kdy je chlopeň zúžená a zároveň je nedomykavá.

Při špatné funkci chlopně musí srdce pracovat buď proti zvýšenému odporu(při zúžení) nebo je naopak přetěžováno objemem krve(při nedomykavosti chlopně). V důsledku toho dojde dříve nebo později k selhání srdce.

Chirurgická léčba chlopenních vad

Existuje několik možností.

Nejšetrnější způsob pro pacienta je tzv. plastika chlopně, což je vlastně chirurgická oprava poškozené chlopně bez nutnosti náhrady. Plastiku je možno provést pouze v některých příznivých případech různými chirurgickými technikami a pomocí tzv. anuloplastického prstence, který je ohebný nebo tuhý. Prstenec je speciálně navržen a vyroben tak, aby při implantaci došlo k podpoře původního tvaru, pohybu a poddajnosti anulu. Prstence jsou vyrobeny z trvanlivého materiálu (kov, plast, tkanina) a jsou viditelné na vyšetření ultrazvukem (tzv. echem) a na RTG.

Bohužel velmi často jsou chlopně v době plánování operace již v takovém stupni postižení, že plastiku nelze spolehlivě provést a operatér Vám doporučí náhradu chlopně.

Náhrada nemocné chlopně se provádí pomocí umělé protézy.

Typy chlopenních náhrad

Po pečlivém diagnostikování chlopenní vady Vám lékař doporučí typ protézy, která je pro Vás nejvhodnější. Doporučení je založeno na určitých kritériích, ale i zkušenostech operatéra.

Důvody pro volbu **mechanické chlopně**:

- věk (stáří do 65 let)
- žena, která není těhotná a těhotenství neplánuje
- zodpovědnost pro pravidelné doživotní užívání antikoagulačních léků
- nerizikové zaměstnání
- nerizikové sporty



Obr.3 Mechanická chlopeň

Důvody pro volbu **bioprotézy**:

- věk (lidé starší 65 let)
- žena v plodném věku
- těhotenství
- rizikové sporty
- nemožnost denně a pravidelně užívat antikoagulační léky



Obr.4 biologická chlopeň

Náhrada **mechanickou protézou** (obr.3), je dnes nejčastější operací pro postižení srdečních chlopní. Výhodou této operace je relativně jednoduché provedení a dobrá doživotní funkce protézy. Použití mechanické chlopně má ale také některé nevýhody. Mechanická chlopeň je vyrobena z velmi lehkých kovových a karbonových slitin a prsteneč ze syntetických tkanin – tedy z látek, které jsou lidskému organismu cizí. Na těchto materiálech za normálních okolností dochází k tvorbě krevních sraženin (trombů), které by mohly zablokovat funkci chlopně nebo embolizovat do tepenného řečiště. Je proto nutné, aby pacienti s umělou chlopní náhradou užívali doživotně lék, který krevní srážení omezuje (Warfarin). Účinnost léčby Warfarinem je nutno pravidelně kontrolovat krevními testy (tzv. Quickův test) a léčbu podle výsledků eventuálně upravit.

Dalším typem náhrady jsou chlopně **biologické – tzv. bioprotézy** (obr.4), které jsou vyrobeny ze speciálně upravené vepřové chlopně nebo hovězího perikardu (osrdečník). U nemocných s biochlopní odpadá doživotní nutnost užívání Warfarinu, ten se užívá pouze po dobu tří měsíců. Nevýhodou biochlopně však je, že podléhá degenerativním změnám a vápenatění, které mohou vést k reoperaci zhruba po deseti až patnácti letech. Biologické chlopně jsou indikovány zejména u pacientů, u nichž dlouhodobá léčba Warfarinem nese s sebou větší riziko krvácení (např. ze žaludečního vředu apod.). Biochlopeň implantujeme častěji u starších nemocných, u kterých degenerativní změny a vápenatění postupují pomaleji.

Obecně nevýhodou všech umělých chlopní je riziko infekce chlopní náhrady při běžných infekčních onemocněních dýchacích cest apod. nebo při menších lékařských výkonech (např. u zubaře nebo instrumentální vyšetření močových cest atd.). Proto je nezbytně nutné, aby pacienti s umělou chlopní užívali v takových situacích preventivně antibiotika.

Jinou možností náhrady aortální chlopně je tzv. homograft. Jedná se o jakousi transplantaci lidské chlopně z mrtvého dárce. Výhodou této operace je, že není nutná léčba Warfarinem, riziko infekce je nepoměrně nižší a

degenerativní změny nejsou tak výrazné jako u biochlopní. Nevýhodou je poměrně náročný operační výkon, ale i nedostatek homograftů, které musí velikosti odpovídat příjemci.

Antikoagulační terapie

Po implantaci prstence nebo chlopně se užívají medikamenty k ředění krve a to ve formě injekcí nebo tabletek

injekční Heparin (aplikace pod kůži nebo v infuzi)

tabletový Warfarin

Důvodem užívání je voperovaný materiál, ten je tělu cizí, docházelo by na něm ke srážení krve, vzniku trombózy a následné embolii do tepenného systému (např. mozkové mrtvice). Proto je velmi důležité tuto léčbu dodržovat přesně dle pokynů lékaře. U prstence a biologické protézy je užívání pouze přechodné (většinou na tři měsíce), ale u mechanické náhrady je antikoagulace doživotní.

Dávkování:

Musí být dostatečné proti tvorbě trombů, ale zároveň Vás nesmí ohrožovat vážnými krvácivými projevy. Trvá určitý čas než se nastaví adekvátní hladina antikoagulace.

Kontrola hladiny se provádí krevními testy (Quickův test) zpočátku denně a během této doby se dávkování upravuje. Jakmile se hodnoty stabilizují a lékař je ujistěn o bezpečném dávkování, intervaly kontroly se prodlužují dle potřeby (např. 1x týdně) a s lékařem se dále dohodnete na průběžných kontrolách (např. 1x měsíčně)

Pokud užíváte antikoagulacia, kontaktujte oš. lékaře vyskytnou-li se komplikace:

- neobvyklé modřiny nebo drobné tečkovité krvácení na pokožce
- neobvyklé krvácení z nosu a dásní (příměs krve ve slinách)
- krev v moči
- příměs čerstvé krve ve stolici nebo natrávená krev (černá stolice)
- zvracení krve nebo částecek připomínající zrnka kávy (natrávená krev)
- neobvykle dlouhá a silná menstruace

Stojí to za to?

Pacienta ovšem většinou nezajímá taktika operace, nýbrž zejména její výsledek. A v tomto smyslu jsou zprávy více než potěšující. Operační riziko je malé a bezprostřední i dlouhodobý osud pacientů velmi dobrý, ovšem za předpokladu, že pacient dodržuje zásady správné životosprávy, dlouhodobé léčby a udržuje se v kondici. Nejméně 95% operovaných se může už bezprostředně po výkonu radovat z úplného vymizení či podstatného zmírnění obtíží (např. anginózní bolest, dušnost), jež jim předtím znepříjemňovaly či dokonce znemožňovaly normální život a v důsledku toho i nižší výkonnost a psychické deprese. Jak přibývá let od zavedení metody, prokazuje se navíc i dlouhodobý charakter pozitivních změn. Vždyť někteří pacienti žijí díky bypassu

nebo umělé chlopni už více než 20 let a jejich dobré subjektivní pocity potvrzují i objektivní výsledky nejrůznějších vyšetření. Lidé po operaci mohou více a déle fyzicky a duševně pracovat a tak se jich v zemích s rozvinutou kardiochirurgickou péčí vrací do původního povolání okolo 80%. Žijí výrazně kvalitněji se vším všudy – mohou si dovolit rekreaci s fyzickou zátěží, např. horskými výstupy, cykloturistika, lyžování, a užívat všech radostí života. Také přesná vyšetření zjišťují hemodynamické, elektrofyziologické a metabolické důkazy lepšího prokrvení myokardu, zlepšení srdeční funkce i celkové fyzické výkonnosti. Ukázalo se dokonce, že u přesně definovaných skupin nemocných operace další život nejen zkvalitňuje, ale i prodlužuje.

To vše se zjistilo v mnoha vědeckých studiích.

Před operací

Co Vás čeká v nemocnici

Období před operací od Vás nevyžaduje žádnou speciální přípravu – pouze dodržování všech zásad životosprávy, jak Vám je doporučil Váš lékař. Za samozřejmou součást takové životosprávy považujeme ovšem nekouření, dostatek odpočinku a relaxace a racionální výživu s dostatkem vitamínů.

Nezbytná je pouze jediná věc – navštívit zubního lékaře a nechat si prohlédnout chrup, event. opravit všechny zubní kazy – ty by se mohly v pooperačním období stát zdrojem zbytečných a nebezpečných infekčních komplikací a dále upravit medikaci dle instrukcí, které Vám budou poskytnuty s termínem operace.

Očekáváme, že do nemocnice přijdete v nejlepším psychickém a fyzickém stavu, odpočinutí, v dobré pohodě a že místo obav z operace budete mít na mysli spíše očekávání prospěchu, který Vám z ní vyplyne.

Po přijetí na Kliniku kardiiovaskulární chirurgie počítejte před operací s jedním až dvěma dny hospitalizace, během nichž Vám budou provedena potřebná předoperační vyšetření (jde o odběry krve, rentgenové vyšetření plicních funkcí). Termín operace je obvykle následující den po Vašem přijetí. Pokud je zapotřebí provést upřesňující vyšetření, posouvá se operace o potřebný čas pro tato vyšetření. Někdy se stane, že je několik urgentních operací najednou a pak musíme z kapacitních důvodů některé plánované výkony odložit. Vždy se snažíme o co nejkratší interval mezi Vaším přijetím a operací.

Příprava před kardiochirurgickým výkonem

V den nástupu k hospitalizaci budete vyšetřeni lékařem na příjmové ambulanci, kde ověříme základní data z Vaší anamnézy, provedeme vyšetření EKG a krevní odběry. Poté s Vámi sestra sepíše příjmové dokumenty a budete odvedeni na lůžkové oddělení.

Po příjmu na oddělení Vás postupně navštíví několik členů lékařského a

sesterského týmu a podrobně si s Vámi promluví o všem, co Vás čeká.

Je ve Vašem zájmu, abyste se po nástupu co nejdříve seznámili s chodem oddělení a jeho pravidly a respektovali je.

Sestry na oddělení Vás ubytují na pokoji, seznámí Vás s režimem oddělení, komunikačním systémem a ovládáním lůžka. Následně Vás zváží, změří tělesnou teplotu, krevní tlak na obou rukách, sepíše sesterskou anamnézu a uloží cennosti do trezoru.

Sanitárky sepíší a uschovají Vaše svršky, na které dostanete doklad.

Příjmoví lékaři chirurg a kardiolog s Vámi provede a sepíše příjem a základní vyšetření.

Součástí každé přípravy je i **rozhovor s operátorem**, který se Vám představí, seznámí Vás s rozsahem plánovaného výkonu a stručně a srozumitelně Vám popíše průběh operace.

Rehabilitační sestra s Vámi nacvičí úkony důležité pro co nejlepší přípravu Vašeho organismu k operaci. Podrobným nácvikem dechových cvičení, vstávání z postele a uléhání do ní, Vás zároveň připraví i na období po operaci, kdy tyto dovednosti náležitě upotřebíte.

Dobrá kondice je velmi důležitá, jak pro vlastní průběh operace, tak i pro rychlou a úspěšnou pooperační rekonvalescenci.

Speciální dietu tento výkon nevyžaduje, jen den před operací vám bude jídelníček upraven. V případě, že Vám byla nasazena dieta z důvodu jiného onemocnění (např. diabetická dieta, bezlepková dieta, dieta s omezením tuků apod.), spolupracujeme s dietní sestrou, která s Vámi o dietě pohovoří a doporučí jídelníček.

Je důležité, aby Vaše střevo bylo při operaci dostatečně prázdné, proto dostanete večer před výkonem čípek, který napomůže Vašemu dostatečnému vyprázdnění. Tekutiny, pokud možno bez bublinek, můžete přijímat až do doby cca 3hod před plánovaným začátkem operace.

Celý průběh předoperační přípravy koordinují a zajišťují **sestry oddělení**, které Vám citlivým přístupem pomohou zvládnout celé období před operací. V případě jakýchkoli dotazů či nejasností se na ně můžete kdykoli obrátit. Pokud máte snímatelné zubní protézy, vyberte si je ještě večer z úst a s ostatními cennostmi je předejte sestře k jejich úschově. Po operaci Vám budou vráceny.

Ke zmírnění Vašeho strachu a obav z operace dostanete večer před výkonem a ráno v den výkonu uklidňující léky (tabletky, injekce). Od půlnoci již nic nejzte, nepijte a nekuřte!

Anesteziolog je lékař-specialista, který bude Vaším průvodcem v průběhu celého operačního a pooperačního období. Jeho úkolem je připravit Vás co nejlépe k operačnímu výkonu, co nejbezpečněji a bezbolestně Vás

převést přes operaci a pomoci Vám překonat úskalí pooperačního průběhu.

Ještě před návštěvou u Vašeho lůžka se však musí podrobně seznámit s výsledky Vašeho předoperačního vyšetření a proto očekávejte, že Vám položí řadu upřesňujících otázek, které mu pomohou zvolit ten nejvhodnější způsob anestezie.

Celková anestezie (celková narkóza) znamená vyřazení veškerého vnímání lidského organismu jak smyslového tak bolestivého. Jde o lékařem kontrolované říditelné a zvrátané bezvědomí, které Vám umožní překonat nepříznivé vnímání operačního výkonu a operatérovi zajistí optimální operační podmínky. Využívá se u výkonů na srdci a velkých cévách.

Místní anestézie (místní znecitlivění) znamená zavedení účinné látky (místního anestetika) přímo do místa operačního výkonu (místní anestézie) nebo na vhodném místě do blízkosti nervu, který operovanou oblast zásobuje (okrsková, svodná anestézie). Zvláštní formou svodné anestézie je tzv. anestezie epidurální tj. zavedení místního anestetika k perifernímu nervu po jeho odstupu z míchy. Anestetikum je zavedeno k nervu do páteřního kanálu, nikoliv však do míchy. Místní anestézie zajistí vyřazení vnímání bolestivých podnětů z místa operačního pole, neovlivní však vědomí. I místní anestézii je možno doplnit podáním tlumivých látek tak, abyste nevnímali prostředí operačního sálu. Jednou z výhod svodné anestézie je možnost prodloužení jejího působení do pooperačního období k zajištění tlumení pooperační bolesti. Nejčastěji se využívá pro operace na cévách dolních končetin a jako doplněk k anestézii celkové u výkonů na srdci.

Operační výkon

Na operační sál budete dopraveni brzy ráno (kolem 7:00hod) na Vašem lůžku, překlad na operační stůl proběhne až v sálovém „filtru“. V případě, že nejste v pořadí jako první, pojedete na sál přibližně okolo 11.00 – 12.00 hodiny resp. aktuálně dle situace na operačním sále.

Po příjezdu na sál se Vás ujme lékař-anesteziolog a anesteziologická sestra. Napojí vás na EKG monitor ke sledování srdeční akce, přiloží manžetu k měření krevního tlaku a zavede žilní kanylu. Před úvodem do anestezie (narkózy) je nutné zavést několik dalších katétrů. Prvním je tenká kanylka, která se zavádí do tepny na palcové straně zápěstí a slouží ke kontinuálnímu měření krevního tlaku během operace a bezprostředního pooperačního období. Poté anesteziolog zavádí tzv. centrální žilní katétr do krční žíly pro rychlé a snadné aplikace léků a další způsob měření. Třetím krokem je zavedení epidurálního katétru do páteřního kanálu, kam se podávají léky proti bolesti v pooperačním období. Všechny tyto aplikace katétrů se provádějí v místním znecitlivění, takže neucítíte žádnou bolest, ale jen tlak v daném místě.

Nyní Vás již začne anesteziolog pomalu uspávat. K zajištění průchodnosti dýchacích cest a k umělému dýchání v průběhu operačního výkonu Vám bude do dýchacích cest již v anestézii zavedena rourka nutná pro spojení s dýchacím systémem anestetického přístroje. Tato rourka Vám bude po probuzení z anestezie přechodně bránit v mluvení. Zavedení této rourky může být zdrojem přechodných bolestí v krku po operačním výkonu.

V anestézii je Vám ještě zavedena do močového měchýře cévka ke kontinuálnímu odvádění moče.

Po celou dobu operace budete spát a nebudete nic cítit. Probudíte se až po skončení výkonu na pooperačním pokoji (RES), kde strávíte určitý čas, který si vyžádá Váš zdravotní stav.

Operace

Druh a charakter operace je stanoven podle charakteru a závažnosti nálezu na věnčitých tepnách nebo chlopních Vašeho srdce. Je ovšem samozřejmé, že konkrétní postup se upřesňuje ještě v průběhu výkonu, a tak nehledejte nic zvláštního v tom, jestliže se dozvíte od Vašeho operátora jakékoliv změny proti původnímu plánu. Týká se to např. počtu bypassů, které jsou k nápravě poměrů nezbytné (v zásadě je počet určen předem, ale provedeme jich vždy tolik, kolik je pro vás nejlepší). Podle individuálních poměrů rozhodujeme také o tom, je-li vhodnější tepenný či žilní štěp. Nemějte obavy, že odebraná céva Vám bude chybět. Nebude. Je zde dostatečné kolaterální (boční) řečiště, takže odebrání tepny nebo žíly se obejde bez jakékoliv újmy.

Na operačním výkonu se podílí rozsáhlý tým zkušených odborníků – chirurgové, anesteziologové a anesteziologické sestry, instrumentářky, technici obsluhující přístroj pro mimotělní oběh.

Operace trvá podle závažnosti nálezu a druhu prováděného výkonu (i chirurga) tři až pět hodin, přičemž vlastní výkon na tepnách či chlopni trvá 45 – 90 minut.

Jaký je poměr zisku a rizika? Jestliže už nález na Vašem srdci vyžaduje operaci, pak zisk z ní může být zcela zásadní - vymizení obtíží, jež vám znepříjemňovaly či dokonce znemožňovaly normální život. Samozřejmě však je i tato operace jako každá jiná spojena s možností komplikací – jde přece jen o výrazný zásah do integrity organismu. Pravděpodobnost komplikací je malá a většinou znamená pouze prodloužení pobytu v nemocnici z obvyklého 1 týdne na délku hospitalizace nezbytně nutnou (např. 2-3 týdny). Proto je velmi důležitá Vaše spolupráce!

Po operaci

Budete přeloženi na jednotku intenzivní péče, kde strávíte nějaký čas ihned po operaci (většinou se jedná o 24 hodin), kde se probudíte z narkózy. Budete zde připojeni k monitoru, který snímá srdeční frekvenci, krevní tlak, teplotu, ale i k dýchacímu přístroji, který za vás nejprve dýchá úplně, pak jen asistuje již vašemu dýchání a poté jste odpojeni úplně. Dýchání je zajištěno přes kanylu, která Vám znemožňuje mluvit.

Dále budete mít pocit žízně, avšak potřebné tekutiny jsou dodávány v infuzích. Zároveň budete mít nejspíše pocit nucení na močení, který způsobuje cévka zavedená do močového měchýře, moč odtéká sama. V neposlední řadě ještě budete mít z rány vyvedeny drény, které odvádějí sekret z rány.

Všechny tyto katetry budou omezovat váš komfort a pohyblivost na lůžku, ale jakmile to bude Váš zdravotní stav dovolovat, budou postupně odstraňovány.

Velmi důležitá je i Vaše spolupráce s ošetřujícím personálem. Nyní můžete zúročit předoperační rehabilitační přípravu, hlavně dechová cvičení, odkašlávání, pohyb končetinami a další v rámci prevence komplikací a brzkého návratu do normálního života.

Jakmile Váš pooperační stav nebude vyžadovat intenzivní péči, budete přeložen/a zpět na lůžkové oddělení, kde strávíte několik dní. Pokud je vše v pořádku budete asi po týdnu od operace propuštěn/a domů. V některých případech je nutný překlád na kardiologii či interní odd. k dořešení jiného problému (např. poruchy srdečního rytmu, diabetes apod.)

Návrat domů

Odpočívejte! Vzrušení, které provází propuštění z nemocnice domů je velmi silné a může vést k větší únavě než obvykle. Při sezení nedávejte nohu přes nohu, zkřížené nohy způsobují vyšší tlak v podkolenní oblasti a zhoršují krevní oběh. Máte-li otoky v důsledku rány na noze, vyhýbejte se dlouhému stání a při relaxaci je mějte ve vyšší poloze. Období rekonvalescence je individuální, záleží na rozsahu operace, věku, celkové kondici, kvalitě hojení a také na Vaši spolupráci. Během několika týdnů se většina nemocných vrací k normálnímu životu, zaměstnání, ale i původní fyzické kondici. Nic neuspěchejte, nekladte na sebe přehnané požadavky, uvědomte si, že jste po náročné operaci, všechno chce svůj čas. Vaše srdce se musí pomalu připravit na běžnou zátěž a pokud Vám nějaká činnost činí obtíže, zátěž snižte pomalu začněte znovu.

Je dobré vést si jakýsi deník, co vše během dne děláte, jak se přitom cítíte, kdy a jak odpočíváte, máte-li bolesti apod. Při kontrole o tom můžete pohovořit s lékařem.

Návštěvy

Během prvních dvou týdnů neztevíte příliš mnoho příbuzných a přátel. Jedna až dvě návštěvy denně stačí a neměly by zůstat dlouho, ať Vás příliš neunaví. Pozor dávejte hlavně v období viróz, infekce Vás vystavuje dalšímu riziku a oslabení organismu.

Lázně

Po operaci srdíčka máte nárok na 4-týdenní lázeňský pobyt, hrazený zdravotní pojišťovnou.

Jedná se o důležitou součást celkové terapie, zaměřenou na rehabilitaci a uvolnění psychického stresu. Pomáhá zlepšit pohyblivost hrudníku, podpořit funkci plic a celkově zlepšit kondici.

Časná rehabilitace po kardiochirurgických výkonech může navazovat přímo na hospitalizaci a můžete být přeložen/a přímo z lůžka na lůžko do lázní cca týden po operaci.

Pokud budete mít o časnou rehabilitaci zájem, informujte o této skutečnosti ošetřujícího lékaře při přijetí, zároveň si sebou vezměte potřebné věci do lázní a léky na 4 týdny.

V případě, že takto časně do lázní nemůžete či nechcete, vypíšeme Vám návrh na lázeňskou léčbu při propuštění. Vy nebo Váš praktický lékař si zařídíte schválení návrhu revizním lékařem své zdravotní pojišťovny a pojedete později.

A jaké lázně máte na výběr? Můžeme Vám nabídnout pobyt v Konstantinových lázních nebo lázně Poděbrady.

Pooperační instruktáž je souhrn rad a doporučení, kterými byste se měli řídit po propuštění do domácího prostředí.

- v prvních několika dnech po návratu domů dodržujte obdobný režim jako v nemocnici
 - střídejte přiměřenou aktivitu s dostatečným odpočinkem
 - při subjektivním pocitu dušnosti, pocení, únavy, slabosti atd. přerušete činnost a odpočiňte si
 - pozor na přechod ze zimy do tepla – chvíli se aklimatizovat v předsíni či chodbě než se svléknete

Pro udržování a zvyšování kondice doporučujeme tyto pohybové aktivity:

- alespoň 2krát denně cvičit jednoduché cvičení, které jste se v nemocnici naučili
 - vlastníte-li rotoped doporučujeme jízdu na rotopedu, **s nulovou zátěží**, doba jízdy individuální (např.: 15 minut), záleží na subjektivních pocitech (zadýchání, únava, opocení...)
 - procházky – nejzdravější a nejvšestrannější pohybová aktivita zvyšující vaši kondici. Doporučujeme chodit alespoň 1krát denně, začínat na rovném terénu, doba procházek by měla být individuální dle vašeho aktuálního stavu, se snahou postupně délku procházek zvyšovat (např.: půl hodiny denně)

- sport** - ANO - chůze, plavání (až po úplném zahojení jizvy) , jóga
- NE - posilování, doskoky, jízda na kole

Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá a zavápňuje se 2 měsíce, dodržujte během této doby tato doporučení:

- stále se posazujte šetrným způsobem **přes bok**, při zvedání ze židle se nevzpírejte o ruce
- nenoste a nezvedejte těžké předměty (nákupní tašky, kusy nábytku...)
- maximální zátěž je 2,5 kg do každé ruky
- neležte na břiše

- vyvarujte se jednostranné zátěže (netlačte ani netahejte jen jednou rukou)
- opatrně s předkláněním
- vyvarujte se dlouhodobé činnosti s rukama nad hlavou (mytí oken, věšení záclon...)

Prevence vzniku infekce:

- doporučujeme nezdržovat se v uzavřených veřejných zařízeních (čekárna, kino, kavárna, restaurace, hromadné dopravní prostředky)
- zákaz kontaktu s domácími zvířaty

Řízení automobilu:

- je zakázáno během prvních 4 týdnů z následujících důvodů:
- Vaše reakce mohou být pomalejší a je tedy zvýšené riziko dopravní nehody.
 - aby jste se vyhnuli nehodě, je někdy nutné náhle zastavit. Nárazem do volantu riskujete poranění Vaší hojící se hrudní kosti
 - mezi hrudní kost a bezpečnostní pás doporučujeme vložit polštářek
 - řízení motocyklu je zakázáno po dobu hojení hrudní kosti

Stravování a Vaše srdce:

- držte se zásad zdravé výživy:
- jezte hodně zeleniny a ovoce, celozrnného pečiva a cereálií, jsou to cenné zdroje vlákniny
 - omezte tučné pečivo, sušenky
 - nezdravé tuky nahradte zdravými
 - dávejte přednost bílému a libovému masu
 - jezte dostatek mléčných výrobků

Návrat do zaměstnání:

- předpokládaná doba pracovní neschopnosti je 2-3 měsíce. Váš návrat do práce závisí na posudku Vašeho lékaře, průběhu Vaší rekonvalescence a povaze Vašeho povolání.

Péče o jizvu:

- cílem péče o jizvu je její dobré zhojení, zajištění posunlivosti jizvy proti podkoží a jiným strukturám
- nechte jizvu zhojit, nestrhávejte stroupky v jejím okolí
- sprchujte jizvu vlažnou vodou a pro vás příjemným proudem vody, nenechávejte své rány promáčet po delší dobu
- lehce namydlete neparfémovaným mýdlem (ne sprchovým gelem)
- udržujte jizvu čistou, dobře osušenou po koupeli, noste vzdušné, volné oblečení
- vyvarujte se opalování jizvy (pigmentuje)

- na zahojenou jizvu aplikujte nejlépe vepřové vyškvařené nesolené sádlo – zajistí se tím její vláčnost
- aplikujte na jizvu tzv. tlakovou masáž (viz níže popsaná technika)
- ženám s větším poprsím doporučujeme nosit dobře padnoucí podprsenku (jako prevenci komplikací při hojení)
- po 7 dnech by měla rána zůstat suchá, pokud přetrvává sekrece nebo se zvětšuje, je zarudlá nebo na pohmat horká okamžitě volejte na ambulanci naší Kardiochirurgie: tel. 224962721

Tlaková masáž:

- před úplným zhojením jizvy aplikujte tlakovou masáž podél jizvy oboustranně, po zhojení aplikujte tlakovou masáž po celé délce jizvy
- přiložte palec jedné ruky na spodní okraj jizvy a lehce přitlačte pro vás snesitelnou intenzitou palec k jizvě, po několika vteřinách palec uvolněte, tím se zvýší prokrvení jizvy v místě vašeho stlačení, postupujte stejným způsobem po celé délce jizvy.

- **Tlak do hloubky**



- **Kroužky na místě**



Brzké uzdravení Vám přeje tým fyzioterapeutů Kardiovaskulární kliniky.

Příloha 2: Práva pacienta

Právo na zdravotní péči

Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas

Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (**výjimkou jsou případy v zákoně výslovně uvedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu – je-li vám uloženo povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní chroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví**).

Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon

Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný revers) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vaším podpisem.

Právo na informace

Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován

Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte). V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzeneckého vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořízení jejich výpisů, opisů či kopií.

Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny

Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby.

Odmítne-li lékař či zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítí-li se tímto jednáním poškozen, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice).

Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem.

V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice).

Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte.

V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni

kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (**osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní**).

Práva osob pozůstalých

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyslovil jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života.

Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Příloha 3.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2; Praha 2; 128 08; IČ: 000 641 165
II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie VFN a 1.LF UK

DENNÍ REŽIM PACIENTŮ NA KLINICKÉM ODDĚLENÍ I.+II.

7.00- 8.00 lékařská vizita , převazy operačních ran , příprava na operaci ,
krevní odběry .

8.00-8.30 výdej snídaně

8,30-11,00 rehabilitace , propuštění pacientů, vyšetření dle ordinací
(ECHO ,RTG,EKG,KONSILIA) průběžné plnění ordinací

11,00-12,30 obědy pacientů, měření TK, P, TT , ODBĚRY

12,20 velká vizita 2x týdně

12,30-14,00 polední klid

14,00-17,00 rehabilitace, převazy, příprava k operacím na další den,
plnění běžných ordinací .

17,00 večere

18,00-22,00 příprava pacientů na noc, (toaleta nemocného ,úprava lůžek
analgetika , sedativa , ATB), druhá večere pro pac. s DM.

22,00-6,00 noční klid

Návštěvy u pacientů:

Jsou možné každý den v odpoledních hodinách (13,00- 18,00). Mimo tuto dobu jen se svolením ošetřujícího lékaře. Podrobné informace o zdravotním stavu podává ošetřující lékař nebo vedoucí oddělení pouze osobám uvedených v Záznamu o souhlasu s poskytováním informací. Připomínky a stížnosti nemocných řeší ošetřující lékař spolu se staniční sestrou a vedoucím oddělení.

Pacient byl seznámen s etickým kodexem – PRÁVA PACIENTŮ

INFORMACE PRO PŘÍBUZNÉ: tel. 22496 2717 - ODD. I.

22496 3464 - ODD. II

PACIENT BEZ SOUHLASU SESTRY NESMÍ OPUSTIT ODD. ANI
KLINIKU

(BANKOMAT, NOVINOVÝ STÁNEK)

Datum:

Podpis pacienta: