

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ICHEMICKOU
CHOROBU SRDEČNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DAGMAR FEIXOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

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

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

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

Praha 31. března 2009

.....

ABSTRAKT

FEIXOVÁ, Dagmar. *Ošetrovatelská péče o pacienta s ischemickou chorobou srdeční*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. A. Mazalánová, PhD.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou ischemická choroba srdeční. Teoretická část práce popisuje patofyziologii onemocnění, možnosti diagnostiky a léčby. Empirická část je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta po operaci srdce. Cílem práce je správně vyhodnotit zdravotní stav pacienta, stanovit ošetrovatelské diagnózy a sestavit kvalitní ošetrovatelský a edukační plán. Pro nalezené ošetrovatelské problémy najít řešení realizovatelné v praxi. Práce též poukazuje na důležitost tělesné a psychické přípravy pacienta. Zvláštní pozornost je věnována komunikaci, psychologii, dietoterapii a rehabilitaci. Po operačním výkonu zdůrazňuje nutnost návaznosti léčebné a ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: ischemická choroba srdeční, aortokoronární bypass, sestra, pacient, edukace, ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

FEIXOVÁ, Dagmar. *Nursing care of patient with vascular ischemic disease*. Prague, 2009. Bachelor work. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Bachelor general nurse. Tutor: PhDr. A. Mazalánová, PhD.

The topic of the bachelor work is nursing care of people with diagnosis of vascular ischemic disease. The theoretical part of this work describes pathophysiology of disease, possibilities of diagnostics and therapy. The empirical part is focused on nursing process of patient after a cardiosurgical operation. The objective of this bachelor work is to properly evaluate patient's health, to appoint nursing diagnosis and set together high-quality nursing and educational plan. For discovered nursing problems find workable solutions for practice. This work points out importance of patient's physical and psychical preparation. Special attention is paid to communication, psychology, diettherapy and physiotherapy. It also stresses necessity of sequence of the medical and nursing care after a surgery.

Keywords: vascular ischemic disease, aortocoronary bypass, nurse, patient, education, nursing care.

PŘEDMLUVA

Ischemická choroba srdeční patří mezi závažné civilizační nemoci. V České republice, ale i v celé Evropě, představuje již řadu let prvořadý zdravotní problém. Choroba s sebou nese rovněž problém ekonomický a celospolečenský. Kardiovaskulární choroby jsou u nás hlavní příčinou morbidity.

Výběr tématu byl u ovlivněn dlouholetou praxí na Klinice kardiovaskulární chirurgie a Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

V péči o klienta s touto diagnózou má zcela zásadní význam má tělesná a psychická příprava pacienta před operačním výkonem a návaznost léčebné a ošetrovatelské péče v pooperačním období.

Studijní materiál jsem čerpala z odborné literatury a časopisů. Práce je určena všem, kteří o nemocné s touto diagnózou pečují, pacientům samotným, i těm, kterým jejich osud není lhostejný.

Poděkování vyslovuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, PhD., za podnětné rady a připomínky. Dík patří též kolegyním z anesteziologického i pooperačního oddělení a fyzioterapeutům za spolupráci. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za trpělivost, kterou projevovala při psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	10
1.1 <i>Definice, charakteristika onemocnění</i>	<i>10</i>
1.2 <i>Etiologie, patofyziologie</i>	<i>10</i>
1.3 <i>Klinický obraz.....</i>	<i>11</i>
1.4 <i>Průběh ischemické choroby srdeční</i>	<i>12</i>
1.5 <i>Formy ischemické choroby srdeční</i>	<i>12</i>
1.6 <i>Komplikace ischemické choroby srdeční.....</i>	<i>13</i>
1.7 <i>Diagnostika ischemické choroby srdeční</i>	<i>14</i>
2 TERAPIE ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ.....	17
2.1 <i>Intervenční léčba.....</i>	<i>17</i>
2.2 <i>Chirurgická léčba</i>	<i>18</i>
2.3 <i>Farmakoterapie</i>	<i>19</i>
2.4 <i>Dietoterapie</i>	<i>19</i>
2.5 <i>Pohybový režim.....</i>	<i>20</i>
2.6 <i>Rehabilitace</i>	<i>20</i>
2.7 <i>Psychoterapie.....</i>	<i>21</i>
2.8 <i>Lázeňská léčba.....</i>	<i>22</i>
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	24
ZÁVĚR	54
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

SEZNAM ZKRATEK

ACC - arteria carotis communis
ACE - angio convertující enzym
ACI - arteria carotis interna
AIM - akutní infarkt myokardu
ALP - alkalická fosfatáza celková
ALT - alaninamino-transferáza
AMS - amyláza celková v séru
aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST - aspartátamino-transferáza
BMI - body mass index
Ca - calcium
CB - celková bílkovina
CCS - Canadian Cardiovascular Society
CK - kreatinináza
Cl - chlorid
DK - dolní končetiny
DM - diabetes mellitus
EF - ejekční frakce
EKG - elektrokardiografie
FSM - furosemid
GMT - gama-glutamyltransferáza
Hb - hemoglobin
Ht - hematokrit
HDL - high density lipoprotein
HMRI - human inzulin
chol - cholesterol
I - indikace
ICHS - ischemická choroba srdeční
inj. sol.- injekční solutions
INR - international normalization ratio
IS - indikační skupina

K - kalium

KCL - kalium chloratum

KI - kontraindikace

LDH - laktátdehydrogenáza

LDL - low density lipoprotein

LTV - léčebná tělesná výchova

Na - natrium

PTCA - perkutánní transluminální koronární angioplastika

RC - ramus circumflexus

RIA - ramus interventricularis anterior

RHB - rehabilitace

tbl. - tablety

Th - thoracis, hrudní

VAS - vizuální analogová škála

VFN - Všeobecná fakultní nemocnice

ÚVOD

Téma ischemická choroba srdeční je svým rozsahem poměrně velké a svým významem velice důležité. Patří mezi nejvážnější civilizační nemoci. Důsledky pro naše zdraví jsou příliš vážné a výskyt v našem okolí příliš častý, než aby je bylo možné jen tak přehlédnout. Ischemická choroba srdeční je v České republice již několik let prvořadým zdravotním problémem. Je příčinou takřka třetiny úmrtí v našem státě a u stejně početné skupiny kvalitu života významně zhoršuje. Výskyt kardiovaskulárních chorob je u nás výrazně vyšší, než ve většině západoevropských zemích. Kardiovaskulární choroby představují u nás, i ve všech dalších ekonomicky vyspělých státech, hlavní příčinu morbidit. V posledních letech je však i v našem státě patrný pokles výskytu. Ischemická choroba srdeční stále zůstává problémem nejen zdravotnickým, ekonomickým, ale také celospolečenským. Problematikou těchto nemocných se zabývá též tato bakalářská práce. Teoretická část práce popisuje patofyziologii onemocnění, možnosti diagnostiky a léčby. Další části jsou věnovány ošetrovatelskému procesu u pacienta po aorokoronárním bypassu.

Cílem práce je správně vyhodnotit zdravotní stav pacienta, stanovit ošetrovatelské diagnózy a sestavit kvalitní ošetrovatelský a edukační plán. Pro nalezené ošetrovatelské problémy najít řešení realizovatelné v praxi. S problematikou těchto pacientů se setkávám na klinice kardiovaskulární chirurgie fakultní nemocnice již řadu let a proto zvláštní pozornost věnuji též psychice klienta, komunikaci, dietoterapii, rehabilitaci a lázeňské péči.

1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Úvodní kapitola je pro větší přehlednost rozdělena na sedm podkapitol, které se snaží přiblížit problematiku ischemické choroby srdeční.

1.1 Definice, charakteristika onemocnění

Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS), je souhrnné označení pro choroby, u kterých příčinou ischemie srdce je změna koronárních tepen. ICHS je porucha srdeční funkce vzniklá na podkladě nedostatečného krevního zásobení myokardu při stenózujících a obliterujících změnách na věnčitých tepnách. Nestačí-li množství tepenné krve přitékající do myokardu zajistit jeho metabolické nároky, vzniká ischemie. Podle stupně poškození srdečního svalu vede ischemie ke vzniku anginy pectoris, srdečních komorových arytmií, infarktu myokardu, městnavé srdeční slabosti nebo náhlé smrti.

„V Evropě umírá 1,9 milionů osob ročně a z toho 42 % na kardiovaskulární choroby. Náklady na kardiovaskulární choroby činí ročně 169 miliard eur, z toho jde 105 miliard eur na léčbu a 64 miliard eur stojí ztráta produktivity a následná péče.“ (Šimon, J., 2008, s. 145).

1.2 Etiologie, patofyziologie

„Ischemická choroba srdeční postihuje lidstvo nejméně 3000 let, jak bylo dokumentováno na mumiích starého Egypta“ (Špinar, et al., 2007, s. 443).

ICHS i postižení periferních tepen mají obvykle společného jmenovatele a tím je ateroskleróza. Ateroskleróza je difúzní proces. Dnes je chápán jako celková metabolická porucha, na níž se podílí mnoho faktorů. Řadu let prochází různými fázemi a způsobuje změny cévní stěny. Bylo prokázáno, že proces začíná ve své minimální podobě v dětství a jeho další akcelerace záleží na přítomnosti tzv. rizikových faktorů. Za minimální změnu se považují tzv. tukové proužky, které se časem mění na vazivové. Ty se spojují v souvislé ateromatózní pláty. Následují sekundární změny v podobě vředu, trombu, kalcifikace nebo krvácení. V důsledku všech těchto procesů může dojít k postupnému

zúžení nebo uzávěru tepny. To se následně projeví zhoršenou dodávkou krve a tím i kyslíku a důležitých živin do tkáně. Srdce na vzniklou ischemii reaguje rozvojem kolaterálního řečiště. Pro další prognózu pacienta je tedy důležitý rozsah ischemie, lumen postižené tepny, rychlost vzniku zúžení či uzávěru, stav kolaterální cirkulace a nároky myokardu na kyslík. Zvýšená spotřeba kyslíku v myokardu se uplatňuje nejčastěji jako zhoršující okolnost. Zvýšené nároky na dodávku kyslíku mohou být navozeny fyzickou námahou, zvýšením systolického tlaku nebo tachykardií. Následkem hypoxie dochází k poruchám metabolismu srdečního svalu, ke změnám elektrických vlastností srdce a tím jeho funkce. Další zhoršující okolností může být anemie. Spazmy tepen, záněty, embolie a jiné příčiny jsou bez aterosklerózy vzácné. Hlavní rizikové faktory vedoucí ke vzniku aterosklerózy jsou hypercholesterolemie, zejména vysoká hladina nízkomolekulárního lipoproteinu (LDL) a nízká hladina vysokomolekulárního lipoproteinu (HDL), kdy se ve stěně tepen ukládají tukové látky a druhotně vápník. Rizikovými faktory nemodifikovatelnými je například mužské pohlaví, věk u mužů nad 45 let, u žen nad 55 let, osobní anamnéza ICHS nebo jiná častá manifestace aterosklerózy, pozitivní rodinná anamnéza. Modifikovatelný je především životní styl, obezita centrálního typu, arteriální hypertenze, fyzická inaktivita, stres. Kouření je nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor, protože poškozuje endotel cév chemicky, nikotinem a kysličníkem uhličitým, začíná proces aterogeneze, zvyšuje srážlivost krve a vyvolává vazokonstrikci.

1.3 Klinický obraz

Projevy ICHS jsou velice široké, od asymptomatických, přes přechodnou ischemii projevující se bolestí na hrudi, až po srdeční selhání a náhlou smrt. Klinický projev nepoměru mezi dodávkou a spotřebou kyslíku v myokardu závisí na několika faktorech. Je to délka ischemie, stupeň postižení věnčitých tepen, funkce levé komory a přítomnost kolaterálního oběhu. Nemocný si zpravidla stěžuje na bolest na hrudi. Bolest není bodová, obvykle vyzařuje do krku, čelisti a levého ramene, případně do zad. Retrosternální bolest je svíravá, pálivá, tlaková, tupá. Bolest trvá obvykle 1 až 3 minuty, často ji vyvolá zvýšená námaha, vzrušení, jídlo nebo vystavení chladu. U některých nemocných je spojena s pocitem dušnosti nebo zpocením. Bolest pravidelně ustává v klidu do 3 až 10 minut a po užití nitroglycerinu asi do 1 až 5 minut. Diferenciálně

diagnosticky je nutno odlišit anginu pectoris od onemocnění projevujících se též bolestí na hrudi. Může ji napodobit bolest vertebrogenního původu, neurocirkulační astenie, refluxní ezofagitida, perikarditida i pleuritida. Objektivní nález u nemocných s anginou pectoris bývá chudý. V době silné bolesti mívají nemocní úzkostný výraz a jsou bledí. Při těžším záchvatu anginy pectoris mívají zpravidla rychlejší tep a dech, pocit těžšího dechu, pocit bušení srdce. Občas mívají zvýšený krevní tlak. Bolest u nestabilní anginy pectoris má podobnou lokalizaci jako u stabilní anginy pectoris, má však zpravidla jinou kvantitu. Záchvaty bolesti jsou častější, silnější, trvají déle, bolest po námaze ustupuje v klidu pomaleji nebo k záchvatu dochází bez fyzické či psychické zátěže. Někteří nemocní si stěžují na klidovou bolest, která se vlnovitě zvětšuje a zmenšuje několik hodin. K potlačení bolesti spotřebují větší dávky nitroglycerinu nebo je zcela neúčinný. U určitého procenta nemocných probíhá ICHS skrytě, bez příznaků. Jedná se o tzv. němou ischémii myokardu, která bývá častější u diabetiků.

1.4 Průběh ischemické choroby srdeční

Akutní průběh se projevuje jako akutní koronární syndrom, způsobený nejčastěji nestabilním aterosklerotickým plátem. Příčinou chronických forem je stabilizovaná koronární ateroskleróza, případně cévní spazmy spolu se změnami srdečního svalu. Celkový průběh onemocnění ovlivňuje léčbu a prognózu. Z tohoto hlediska má zásadní význam odlišovat formu akutní - nestabilní a chronickou - stabilizovanou.

1.5 Formy ischemické choroby srdeční

Akutní formy se sdružují do pojmu akutní koronární syndrom, jsou nejčastěji způsobeny přítomností nestabilního aterosklerotického plátu. Patří k nim náhlá srdeční smrt, nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu.

náhlá srdeční smrt - náhlá zástava oběhu, k níž dochází buď bez varovných příznaků nebo do 1 hodiny po vzniku příznaků. Z 80 % nastává vlivem komorové tachykardie a fibrilace komor (Kolář, 2002). Dalšími příčinami jsou zástavy komor, elektromechanické disociace nebo srdeční ruptury.

nestabilní angina pectoris - nemá jednoduchou definici, ale výsledným klinickým projevem je klidová stenokardie obtížně reagující na maximální medikamentózní terapii. Často bývá s EKG obrazem koronární insuficience, ale bez zvýšených hodnot kardiospecifických enzymů. Je důsledkem nestability aterosklerotického plátu uvnitř věnčité tepny. Bývá definována buď jako nově vzniklá angina pectoris nebo jako tzv. klidová angina pectoris, objevující se bez námahy, v klidu.

akutní infarkt myokardu (dále jen AIM) - je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá z přerušení průtoku krve koronární tepnou do příslušné oblasti. Jeho příčinou je v 95 % uzávěr věnčité tepny trombem nasedajícím na plát. Trvá-li přerušení krve k myokardu déle než 20 minut, dochází k jeho ireverzibilnímu poškození. Celý proces přechodu ischemie v nekrózu obvykle končí za 4 - 6 hodin po uzávěru tepny. Rozvoj nekrózy může být některými vlivy urychlen nebo naopak zpomalen. Ostatní příčiny (embolie, spasmus, poranění, zánět) jsou vzácné.

Chronické formy - příčinou je stabilizovaná koronární ateroskleróza, případně cévní spazmy spolu se změnami srdečního svalu. Mezi chronické formy se zařazují:

stabilizovaná námahová angina pectoris

variantní angina pectoris

němá ischemie myokardu

mikrovaskulární forma anginy pectoris (kardiologický syndrom X)

srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS

arytmie na podkladě ICHS

Anginózní symptomatologii hodnotíme podle Canadian Cardiovascular Society (dále jen CCS):

CCS I - běžná fyzická aktivita nevyvolá obtíže, angina se objevuje při značné námaze

CCS II - běžná fyzická aktivita vyvolá minimální obtíže

CCS III - běžná fyzická aktivita vyvolá značnou bolest

CCS IV - běžná fyzická aktivita je pro bolest nemožná, bolest se může objevit i v klidu

1.6 Komplikace ischemické choroby srdeční

nízký srdeční výdej

renální dysfunkce
neuropsychické komplikace
komplikace gastrointestinálního traktu
plicní dysfunkce
poinfarktové aneurysma
ruptura v nekrotickém myokardu
tamponáda srdeční
ischemický defekt mezikomorového septa
pericarditis episternocardiaca
infarkt papilárních svalů
nástěnné tromby
náhlá smrt

1.7 Diagnostika ischemické choroby srdeční

K následujícím typům vyšetření je důležitá tělesná, psychická a odborná příprava pacienta. Příprava by neměla být za žádných okolností podceněna lékařem ani sestrou. Sestra s klientem komunikuje, měří fyziologické funkce, zajišťuje přípravu pacienta k následujícím vyšetřením a lékaři asistuje. Pacienta průběžně hodnotí. Používá měřicí škály, hodnotí např. intenzitu bolesti a sleduje její lokalizaci a vývoj. Diagnostiku umožňují následující typy vyšetření.

Anamnéza - osobní, rodinná, pracovní, alergologická a farmakologická.

Fyzikální vyšetření - pohled - všímáme si celkového vzhledu pacienta, polohy, otoku, prokrvení kůže a sliznic, náplně krčních žil, psychického stavu. Pacienti bývají vystrašení, bledí, opocení, v akutních stavech mají doslova strach o život. Pohmat - pulzace na tepnách, úder hrotu srdce. Poklep - pouze orientační, můžeme určit podezření na zvětšení srdce nebo výpotek. Poslech - na typických 4 poslechových místech, zjišťujeme srdeční frekvenci, rytmus, poslechové fenomény.

Měření krevního tlaku - nepřímou metodou - pokud možno v poloze vsedě, po 10 minutách v klidu, na paži s volně podloženým předloktím ve výši srdce. Měření jednorázové, 24 hodinové, po zátěži. Přímou metodou - hlavně během operačních výkonů a v intenzivní péči.

Elektrokardiografie (dále jen EKG) - základní vyšetřovací metoda v kardiologii prováděná sestrou - zaznamenává vznik a šíření biopotenciálů převodním systémem srdečním a buňkami myokardu. Hodnotíme rytmus, frekvenci, výši kmitů QRS, časové intervaly, elektrickou osu srdeční, tvarové změny v jednotlivých svodech.

Zátěžové EKG, ergometrie - umožňuje sledovat vliv stupňované zátěže na krevní oběh. Je indikována k diagnostice bolestí na hrudi, odhalení němé ischemie myokardu, k hodnocení výkonnosti srdce u stabilní anginy pectoris nebo po infarktu myokardu, k hodnocení výsledků preventivních, terapeutických a rehabilitačních postupů. Bicykloergometrie je dnes užívaná častěji než pohyblivý pás. Vyšetření je vhodné provádět v klimatizované místnosti, v dopoledních hodinách, pacient má být lehce nasnídán. Před vyšetřením nedoporučujeme kouřit, pít alkohol a černou kávu. 12 hodin před testem neprovádět větší fyzickou námahu. Pro vyšetření pacientovi doporučíme vhodný oděv o obutí. Nemocného seznámíme s podstatou vyšetření a ujistíme jej, že vyšetření je nebolestivé. Zároveň spolu s lékařem po dobu testu pacienta kontrolujeme. Před zátěží natočíme klidové EKG vleže a vsedě, změříme krevní tlak a puls. Pacienta předem ujistíme, že vyšetření je ukončeno při jeho subjektivním maximu nebo pokud se objeví patologické známky. Mohou to být bolesti, únava, dušnost, klaudikace, stenokardie, změny ST úseku, arytmie, převodní poruchy, hypertenze, neurologické příznaky. Celková doba zátěže by neměla přesáhnout 12 minut.

Po ukončení testu nemocného ještě 10 minut sledujeme a nevyskytnou-li se komplikace, odchází pacient domů.

Ambulantní monitorování EKG (tzv. Holterovo) - metoda užívaná již od 60. let, která umožňuje zaznamenávat EKG při běžné denní činnosti pacienta po dobu 24 - 48 hodin až 14 dní. Indikace jsou stejné jako u ergometrie.

RTG srdce – je nedílnou součástí vyšetření srdce, jeho přínos spočívá v zobrazení tvaru a velikosti srdce, odhalí městnání v plicích u selhání levé srdeční komory dříve, než se objeví klinické příznaky.

Scintigrafie srdce - neinvazivní vyšetřovací metoda k rozpoznání poruch prokrvení myokardu s minimální radiační zátěží. Pacientovi podáváme i.v. radiofarmakum - Thalium.

Echokardiografie - nejdůležitější neinvazivní metoda, podle způsobu zobrazení jednorozměrná, dvojrozměrná, dopplerovská (barevné mapování). Podle umístění sondy transtorakální nebo transezofageální. Slouží nejen k diagnostice, ale i ke screeningu u rizikových pacientů. Nemocnému doporučíme před vyšetřením 4 hodiny nejíst, nepít,

příp. vyjmout zubní protézu. Před ezofageálním vyšetřením zavedeme pacientovi intravenózní kanylu a podáme podle zvyklostí pracoviště např. Diazepam. Pro transtorakální vyšetření není zvláštní příprava nemocného nutná. Pacienta poučíme, že vyšetření je nebolestivé a bez rizika. Základní poloha klienta je vleže na levém boku. Doba vyšetření je nezatěžující pro pacienta i personál.

Katetrizace - její diagnostický význam spočívá v hodnocení tlakových a průtokových vlastností srdečních oddílů. Je prováděna buď plánovaně nebo akutně. Využití terapeutické je např. při perkutánní transluminální koronární angioplastice (dále jen PTCA). Důležité je poučení pacienta, příprava, zajištění periferního žilního vstupu a monitorace.

Koronarografie a angiografie - invazivní katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen, při které se tepny po nástřiku kontrastní látkou zobrazí. Na základě výsledků se indikuje trombolytická léčba, revaskularizace, apod. Sestra by neměla podcenit psychologickou přípravu pacienta, měla by pacientovi spolu s lékařem vysvětlit význam vyšetření pro stanovení diagnózy a k volbě další terapie. Nemocný by si měl být jistý, že během výkonu je celý tým okamžitě schopen zvládnout jakékoliv komplikace. Pacient by měl mít vyholená třísla a být nalačno. Předem se provádí základní laboratorní vyšetření. Pacienta seznámíme s postupem, upozorníme jej na pocit tlaku v místě vpichu a pocit tepla po aplikaci kontrastní látky. Po skončení vyšetření se provádí komprese tepny nebo se použije tzv. zátka. Pacienta poučíme, že musí 24 hod. ležet a nemůže hýbat dolní katetrizovanou končetinou. Kontrolujeme místo vpichu, zduření, krvácení, krevní tlak a tepovou frekvenci.

Laboratorní vyšetřovací metody - kardiospecifické enzymy především pro diagnostiku infarktu myokardu, tedy k odlišení nekrózy od ischemie. Z nekrotických buněk se uvolňují do krve enzymy, které lze prokázat v plazmě. Jsou to - kreatinkináza (dále jen CK), aspartát - aminotransferáza (dále jen AST), laktátdehydrogenáza (dále jen LDH). Dále vyšetřujeme myoglobin, troponin T a I, krevní obraz, sedimentaci, hematokrit, glykémii, astrup a srážlivost krve.

Elektrofyzilogické vyšetření - představuje často poslední stupeň vyšetřování nemocného s problematikou arytmií a mělo by být indikováno až po vyčerpání předchozích metod.

2 TERAPIE ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ

Léčba ICCHS je konzervativní, nechirurgická intervenční a chirurgická. Terapeutická intervence má zlepšit prokrvení a snížit metabolické nároky ischemického myokardu. Dále se týká koagulační kaskády, má zabránit vzniku trombu. V neposlední řadě koronárních artérií, kde má zabránit zvětšování aterosklerotického plátu. O optimálním způsobu léčení rozhoduje tým lékařů (kardiolog, rentgenolog, chirurg, anesteziolog). Definitivní rozhodnutí o terapii by mělo respektovat volbu pacienta.

2.1 Intervenční léčba

je léčba pomocí určitého zásahu.

PTCA – je nechirurgická metoda, při které je do místa zúžení koronární tepny zaveden speciální katétr s balónkem. Katétr se zavádí cestou artérie femoralis a rozepnutím balónku v postiženém místě, pod tlakem několika atmosfér, dochází k zprůchodnění srdeční tepny. Po angioplastice bohužel dochází k první ischemické příhodě v důsledku restenózy asi za 6 měsíců.

Intrakoronární stenty - řeší problém restenózy a akutního uzavření tepny při PTCA. Jde o výztuže charakteru trubek síťovitých stěn, které umožňují dopravení do místa stenózy a roztažení v tomto místě. Stent zůstává v tepně trvale.

Aterektomie - odříznutí a vyjmutí aterosklerotického plátu z tepny.

Rotablace - využívá katétr zakončený olivkou posetou diamantovým prachem. Za vysokých otáček odbrušuje částičky aterosklerotického plátu. Indikací jsou tuhé, kalcifikované a jinak špatně dostupné stenózy.

Laserová angioplastika - s využitím laserového záření řeší i dlouhodobější uzavěry.

Brachyterapie - terapie zářením radioaktivním materiálem nebo implantací radioaktivních stentů.

Endarterektomie - chirurgický výkon, při kterém se odstraňuje endotel i s intimou poškozených cév.

2.2 Chirurgická léčba

Je nutné, aby indikující lékař pacientovi jasně řekl, zda ho posílá na operaci kvůli záchraně či prodloužení života nebo kvůli odstranění obtíží, příp. z obou důvodů současně. (Widimský, 2006). Operace se provádí na základě angiografického vyšetření, řeší významná postižení koronárních tepen, jejich akutní i chronické uzávěry a další závažné stavy související s onemocněním srdce. Principem operace je normalizovat zásobení postižených částí srdečního svalu kyslíkem, tzn. přivést dostatek okysličené krve za uzávěr koronární tepny pomocí přemostění, tzv. bypassu. Přemostění se provádí pomocí povrchní žíly odebrané z podélného řezu na dolních končetinách - véna saphena magna, véna saphena parva. Stále častěji se používají tepenné štěpy - arteria mammaria interna, arteria radialis, arteria gastroepiploica. Pacient by měl být před operací též informován o počtu zamýšlených bypassů, ale i o tom, že o konečném počtu rozhodne operatér podle nálezu na operačním sále. Operace provádí v celkové anestézii bez nebo s použitím mimotělního oběhu. V současné době jsou trendem operace na bijícím srdci, bez použití mimotělního oběhu, laparoskopické, z thorakotomie, s minimálně invazivním přístupem. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze má světové prvenství v provádění operací srdce v lokální - epidurální anestézii, bez endotracheální intubace s minimální dávkou benzodiazepinů. Přínosem je možnost komunikace s pacientem během operačního výkonu, menší zátěž, rychlejší rehabilitace, kratší doba hospitalizace. Příprava pacienta na operační zákrok probíhá podle standardů.

Prognóza závisí na včasnosti stanovení správné diagnózy, včasnosti poskytnuté kvalitní péče a dostupnosti vhodného zdravotnického zařízení. Prognóza nemocných se zlepšuje nejen rozvojem kardiologie a intervenčních postupů, ale i agresivní léčbou, racionální terapií a dodržováním zásad sekundární prevence. Po provedeném aortokoronárním bypassu je nekomplikovaný pacient 1. den přeložen na intermediální oddělení, 2. den na standardní klinické oddělení a 6. den může být propuštěn do domácího ošetření nebo na kardiologickou jednotku příslušné spádové oblasti. Trendem je zkrácení doby hospitalizace a přesunutí části péče do ambulantní sféry.

2.3 Farmakoterapie

Farmaka mají předejít uzávěru srdečních tepen krevní sraženinou, ulevit příznakům anginy pectoris a ovlivnit další rizikové faktory (léčba hypertenze, diabetu).

Nitráty - používány k léčbě více jak 100 let, jsou odvozeny od nitroglycerinu. Vyvolávají vasodilataci a působí antiagregačně, dávkování je podle výskytu a četnosti stenokardií. (Iso Mack, Maycor, Mono Mack, Nitroglycerin, Corvaton).

Blokátory kalciových kanálů - blokují kalciový kanál v hladké svalovině cév, vyvolávají vasodilataci, následně pokles krevního tlaku a snížení metabolických nároků srdce. (Isoptin, Verapamil, Corinfar, Norvasc, Lomir).

Betablokátoty - snižují tepovou frekvenci, dělí se na kardioselektivní (Tenormin, Betaloc) a neselektivní (Trimepranol).

Antikoagulancia - zasahují do zevního systému srážení krve (Heparin, Fraxiparin).

Antiagregancia - snižují agregaci trombocytů a tím riziko vzniku krevní sraženiny (Anopyrin, Ibustrin, Ticlid).

Srdeční glykosidy - nejčastěji k léčbě srdečního městnání. (Digoxin).

Diuretika - k odstranění nadměrného množství vody z těla (Moduretic).

Inhibitory ACE - novější typ vasodilatancí (Tensiomin, Capoten).

Antiarytmika - vhodnost podávání nutno řádně otestovat (Sedacoron)

2.4 Dietoterapie

Správné výživové zvyklosti jsou hlavním faktorem v prevenci všech kardiovaskulárních nemocí. Pacientův energetický příjem musí vždy odpovídat jeho energetickému výdeji diferencovaně - podle věku, pohlaví a fyzické aktivity. U pacientů s ICHS doporučujeme snížit příjem tuků, cholesterolu, omezit spotřebu masa, zvýšit konzumaci ryb a vlákniny. Spotřebu soli je vhodné zásadním způsobem omezit, rovněž je nutné omezit spotřebu cukru a alkoholu. Vhodnými nápoji jsou minerální vody bez příchutě nebo ovocné čaje. Káva max. dva šálky denně. Vedeme pacienta ke snaze udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost a k tomu, aby se zbytečně nevystavoval stresovým situacím. Vzhledem k tomu, že kouření má prokazatelně neblahý vliv na srdeční a cévní systém, urychluje rozvoj aterosklerózy a přispívá ke vzniku komplikací,

zásadně doporučujeme nekouřit. Silným kuřákům poradíme nikotinové náhražky nebo kontaktujeme protikuřácké poradny.

2.5 Pohybový režim

Fyzická inaktivita se stala v mnoha vyspělých zemích dominantním rysem života. Vytrácejí se dostatečně silné a přirozené podněty, které by mohly udržovat optimální funkci srdečně cévního aparátu. Pohybový režim a jeho případné omezení u nemocných s ICHS je závislý na celkovém zdravotním stavu pacienta. Ne každý pohyb je vhodný. Pacienta informujeme o vhodnosti a přiměřenosti pohybu, který je součástí léčby. Učíme jej aplikovat zásady léčebné tělesné výchovy. Doporučíme spolu s fyzioterapeutem volbu dynamické zátěže. Pohyb u nemocných s ICHS má být různorodý, má mít rekreační charakter. Všeobecně se doporučuje aerobní aktivita se zapojením více svalových skupin, např. rychlá chůze, plavání, jízda na kole, běh na lyžích a trenažéry. Nejlepší aktivitou je zřejmě rychlá chůze v členitém terénu. Do programu je třeba zařazovat relaxaci nebo uvolnění. Pohyb v přírodě je pro kardiaka bezpečný při teplotách mezi 4 – 30 °C. Cvičit doporučíme ve skupinách, pomáhá to k udržení zájmu a motivace.

2.6 Rehabilitace

V akutní fázi pomáhá rehabilitace překonat strach z fyzické aktivity. Klid na lůžku je u pacientů s infarktem myokardu zpravidla nutný pouze 12 až 24 hodin. Nemocný může samostatně provádět nezbytnou hygienu a jíst. Po uplynutí 12 až 24 hod. začínáme s aktivním cvičením, které trvá pouze 5 až 10 minut a zahrnuje základní pohyby horních a dolních končetin vleže na lůžku. Toto aktivní cvičení v časně fázi představuje důležitou součást rehabilitace. Zlepšuje průtok krve a zabraňuje nežádoucímu snižování svalové síly. Cvičení jsou též prevencí tromboembolických komplikací. Následující den přidáváme ke cvičení již sed na lůžku. Nemocný tak může sedět u jídla i osobní hygieny. Vhodné je provádět cviky v koordinaci s dýcháním. U nemocných, kteří mají tendenci k zadržování dechu, je potřeba navodit fyziologický rytmus. Třetí den cvičí nemocný vleže i vsedě a pokud posazování dobře toleruje, je

možné začít s postavením a krátkou chůzí. U pacientů po aortokoronárním bypassu se běžně vyskytuje ortostatická hypotenze a reflexní tachykardie. Než pacienta postavíme, je třeba změřit krevní tlak vsedě a po postavení za 30 sekund. Pokud je asymptomatický, může v chůzi pokračovat. Další dny může chodit po pokoji do 5 minut 2 až 3krát denně. Postupně začínáme s chůzí do schodů, aby po propuštění pacient zvládnul 1 - 2 poschodí. Cvičení jsou prováděna pod odborným dohledem fyzioterapeuta nebo sestry. Jestliže nemocný cvičení bez problémů zvládne, je možno přidat lehké závaží. V poslední fázi cvičení během hospitalizace narůstá doba cvičení na 25 - 30 minut. Toleranci pohybové aktivity hodnotíme měřením fyziologických funkcí nejen před cvičením, ale i v průběhu a po cvičení. Tyto hodnoty jsou pomocné, rozhodující jsou subjektivní pocity, které nemocný udává, jeho subjektivní vnímání námahy. Během posledních dnů hospitalizace by měl být nemocný edukován, jak pokračovat v rehabilitaci.

2.7 Psychoterapie

Příčiny ICHS jsou těsně spjaty s lidským chováním. Onemocnění člověka vždy zaskočí a záleží na osobnosti, jak se s ním vyrovná. Nemoc je pro každého člověka výrazná změna a zátěž. ICHS svým průběhem, způsobem léčby, její úspěšností, resp. následky nezasahuje pouze do života pacienta, ale ovlivňuje také soužití partnerské, rodinný život, plnění pracovních a společenských rolí, zájmovou oblast a společenský život. Pacient přichází do neznámého zdravotnického prostředí. V případě operace je ideální, aby byl poučen již z kardiologického pracoviště. Pokud se jedná o elektivní operační výkon, naší snahou je, aby si nemocný mohl vybrat svého ošetřujícího lékaře a sestru, především pokud je zná, má o nich dobré reference a má v ně důvěru. Psychická příprava pacienta je součástí předoperační přípravy a to jak ze strany anesteziologa, operátora, tak ze strany sester. Psychologická příprava pacienta znamená pro sestru obrovský prostor pro ošetrovatelské intervence. Měla by sledovat změny chování, výskyt psychických problémů, akceptovat změny chování jako určitý způsob vyrovnávání se s nemocí a hospitalizací. Jejím úkolem je pomoci pacientovi zorientovat se, podporovat proces adaptace a zpracování změněných životních možností. Pacient by měl vědět, kdo je „jeho“ sestra. Je důležité seznámit klienta s prostory ošetrovací jednotky, jeho právy i povinnostmi vyplývajícími z nemocničního i hygienického řádu

a chodu oddělení. Práva pacientů, pozitivní revers a informovaný souhlas s anestézií a operací předkládáme pacientovi již na ambulanci při příjmu, aby měl dostatek času vše v klidu pročíst, promyslet a připravit si dotazy. Naším cílem je působit na pacienta tak, aby se neobával na cokoli zeptat. S nadsázkou by se dalo říci, že jediná hloupá otázka je ta, která zůstala nepoložena. Po dohodě na léčebném postupu operátor i anesteziolog získá od pacienta podpis, tzv. informovaný souhlas. Pacient musí vědět, že tento svůj souhlas může až do začátku výkonu kdykoli odvolat, ale současně musí být informován, jaké zdravotní následky to může mít. Snažíme se navázat kontakt nejen s nemocným, ale se souhlasem nemocného i s jeho rodinnými příslušníky či osobami jemu blízkými a včlenit je do ošetrovatelského procesu. Četnost a dobu jejich návštěv pokud možno neomezujeme. Součástí naší snahy je hovořit s pacientem srozumitelně, jasně, citlivě a průběžně mu vysvětlovat naplánované intervence a postupy. Nemocný se často nedovede sám vyrovnat s problémy, které nemoc přináší. Naším úkolem je přistupovat k nemocnému aktivně, péči nabízet. Profesionální komunikací navodit atmosféru důvěry. Jedině tak je nemocný ochoten se na nás obrátit. Pacient by měl uvěřit, že jsme kompetentní mu poradit a pomoci. Pro nemocného není vždy jednoduché se přizpůsobit a změnit dosavadní způsob života, své postoje a návyky. Klient by měl vycítit, že je středem našeho zájmu. Špatný psychický stav pacienta vede často k celkovému zhoršení jeho zdravotního stavu. Dobrý psychický stav tedy hraje důležitou úlohu v celém průběhu nemoci i po dobu rekonvalescence a proto je nutné této stránce osobnosti věnovat náležitou pozornost. Je prokázáno, že deprese zvyšují úmrtnost a ztěžují zotavení. Nezapomínejme, že pacient hodnotí kvalitu zdravotnického zařízení nejen podle výsledků léčby, ale také podle přístupu personálu, podle jejich lidskosti.

2.8 Lázeňská léčba

Možnost lázeňské léčby se řídí indikačním seznamem. Pacient nastupuje do lázní obvykle nejpozději do 4 měsíců po akutním infarktu myokardu a do 6 měsíců po aortokoronárním bypassu. Komplexní lázeňská léčba navazuje na ambulantní nebo ústavní péči. Podle stupně naléhavosti trvá v rozmezí 1 - 3 měsíců. Po nástupu do lázní klient absolvuje vstupní vyšetření, biochemické vyšetření, zátěžovou ergometrii, echokardiografii, Holterovo vyšetření EKG a krevního tlaku. Péče v lázeňském zařízení

je zaměřena na doléčení a zabránění vzniku invalidity. Řízená pohybová aktivita zahrnuje skupinovou léčebnou tělesnou výchovu, léčebný tělocvik v tělocvičně a bazénu, progresivní ergometrický trénink, terénní léčbu s kardiometrem. Tréninková zátěž je volena tak, aby srdeční frekvence dosahovala maximálně 60 % tepové frekvence dosažené při zátěžové elektrokardiografii. Pacient musí být seznámen s tolerancí fyzické zátěže. Nedílnou součástí režimu je dietní režim. Racionální nízkocholesterolová strava vychází z několika principů. Je to zvýšení poměru nenasycených kyselin k nasyceným kyselinám, omezení jednoduchých sacharidů, zvýšení potravin s vysokým obsahem vláknin a vitamínu C a u obézních pacientů redukce hmotnosti. Součástí léčby je balneologická a fyziatrická terapie a kontrola rizikových faktorů. Nejruznější doplňující procedury jsou podvodní masáže a vířivé koupele. Uhlíčitě koupele svou teplotou (33 °C – 34 °C) snižují teplotu tělesného jádra a již 1 hodinu po lázni klesá spotřeba kyslíku v tkáních, sníží se celkový metabolismus a vzniká ekonomizace srdeční práce. Uhlíčitě koupele mají termoregulační význam. Dochází k periferní vasodilataci, snižuje se tepová frekvence, prodlužuje diastola, stoupá minutový srdeční objem a diuréza. Série uhlíčitých koupelí má vliv nejen na srdeční a cévní systém, ale i na celý organismus ve smyslu úpravy porušených vegetativních funkcí a zlepšením tkáňové trofiky. Současně s léčbou uhlíčitými lázněmi se používají jako podpůrná terapie plynové injekce. Z dalších procedur mohou klienti absolvovat subkutánní insuflace, iontoforézu, diadynamické a interferenční proudy, které mají účinek protizánětlivý, sedativní a analgetický. Další možností jsou Hauffeho koupele končetin, střídavé a vířivé nožní koupele. Ultrazvuk zvyšuje prokrvení a působí ve tkáních rovněž analgeticky a spasmolyticky. Z ostatních např. galvanizace, bahenní zábaly, magnetoterapie, krátkovlnná diatermie, horské slunce, solux, inhalace, parafínové zábaly, klasické nebo reflexní a podvodní masáže. K lepšímu hojení ran a jizev po operaci se používá biotronová lampa. Součástí komplexní lázeňské péče je zdravotní výchova prováděná formou individuálních rad lékaře nemocným a formou osvětové činnosti sester. Kardiovaskulární rehabilitace významně napomáhá v důsledné edukaci pacientů ke změně životního stylu a samotná, zejména režimovými opatřeními, dokáže kompenzovat většinu rizikových faktorů. Klienti, kteří prošli kardiorehabilitací v lázních, mají o čtvrtinu nižší úmrtnost než ti, kdo ji neabsolvovali. Lázně specializované na léčbu kardiaků ročně navštíví asi 32 000 lidí.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Základem procesu je interakce mezi klientem a sestrou. Cílem je zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta.

Tato kapitola je věnována prvnímu kroku ošetřovatelského procesu – sběru údajů a posuzování, který vyústí ve situační analýzu.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: L. V.	Pohlaví: mužské
Datum narození: 20. 1. 1960	Věk: 48 let
Adresa bydliště a telefon: Hornická 1734, Roudnice nad Labem	
Adresa příbuzných: dcera J. V., bydliště dtto	
RČ: XY	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: střední odborné bez maturity	Zaměstnání: řidič
Stav: rozvedený	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 20. 2. 2008	Typ přijetí: k plánované operaci
Oddělení: kardiologická chirurgie	Ošetřující lékař: doc. MUDr. M. S., CSc.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Přicházím již podruhé na výzvu k plánované operaci.

Medicínská diagnóza hlavní:

ICHS. Pacient indikován k plánované chirurgické revaskularizaci.

Medicínské diagnózy vedlejší:

stav po AIM v r. 1996

mitrální regurgitace I. st.

arteriální hypertenze

hyperlipidemie

stav po fraktuře pravého kotníku (osteosyntéza)

obezita I. stupně

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 145/80	Výška: 172 cm
P: 90/min.	Hmotnost: 90 kg
D: 16/ min.	BMI: 30,4
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: normální
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A Rh +

Nynější onemocnění:

Pacient s ICHS, stp. AIM spodní stěny v r. 1996, nevýznamnou mitrální regurgitací I. stupně a EF 50 % byl přijat k plánované chirurgické revaskularizaci – aortokoronárnímu čtyřnásobnému bypassu. Pacient je při příjmu bez subjektivních potíží.

Informační zdroje:

Pacient, dcera pacienta, spolupacienti, kolegyně, lékaři, fyzioterapeuti, lékařská a ošetrovatelská dokumentace, překladová zpráva, výsledky vyšetření, laboratorní výsledky, kineziologický rozbor.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: matka po cholecystektomii, jinak údajně zdráva

Otec: otec pacienta prodělal AIM celkem 3krát, zemřel v 65 letech na následky dopravní nehody

Sourozenci: sourozence nemá

Děti: 1 dcera

Osobní anamnéza:

Pacient je rozvedený, přítelkyni nemá, nyní bydlí s dcerou v panelovém bytě.

Překonaná a chronická onemocnění:

Stav po AIM v r. 1996, mitrální regurgitace I. st., arteriální hypertenze, hyperlipidemie, stav po fraktuře pravého kotníku (osteosyntéza), hypokinéza až akinéza posterolaterálně, obezita I. stupně

Hospitalizace a operace:

Hospitalizace: pro AIM v r. 1996, operace (osteosyntéza) pro frakturu pravého kotníku v r. 1985

Úrazy: fraktura pravého kotníku

Transfúze: žádné

Očkování: běžná povinná, přeočkování proti tetanu v r. 2000

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sortis 40 mg	tbl.	40 mg	0-0-1	hypolipidemikum
Prestarium	tbl.	4 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Vasocardin	tbl.	100 mg	1-0-1	sel. betalytikum
Fraxiparine inj.	inj. sol.	0,4 ml	1-0-1	antikoagulans
Anopyrin	tbl.	100 mg	1-0-0	antiagregans

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: exkuřák, před 11 lety kouřil asi 10 cigaret /den

Káva: 3x denně

Léky: Ibalgin 200 mg tbl. při bolesti

Jiné drogy: neuvádí

Urologická anamnéza:

Překonaná urologická onemocnění: žádná

Poslední návštěva u urologa: neproběhla

Samovyšetřování semeníků: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedený

Bytové podmínky: vyhovující, bydlí s dcerou v panelovém bytě

Vztahy, role a interakce:

v rodině: Pacient se před 12 lety rozvedl, nyní bydlí s dcerou v panelovém bytě na malém městě. S bývalou manželkou se nestýká. S dcerou vychází velmi dobře. Dcera je jediný člověk, na kterého se může spolehnout. Otce již nemá, zemřel na následky dopravní nehody, což prý těžce nesl. S matkou se navštěvuje podle možností.

mimo rodinu: V zaměstnání a v soukromém životě má několik přátel. Samota mu nevadí, ale přátele vyhledává především v souvislosti s rekreačními aktivitami ve volném čase.

Záliby: Rád jezdí na kole, a doufá, že bude moci sportovat i nadále. Doma má rotoped.

Pravidelně cvičil pouze v lázních při programu léčebné tělesné výchovy.

Volnočasové aktivity: Práce na zahrádce. Jízda na kole. Přátelé.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední odborné bez maturity

Pracovní zařazení: řidič z povolání

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: nyní je pacient v pracovní neschopnosti, na důchod zatím prý nemyslí

Vztahy na pracovišti: pracuje jako řidič z povolání, jezdí sám, s kolegy potkává na cestách, vychází s nimi dobře, problémy nemá

Ekonomické podmínky: přiměřené, nyní je v pracovní neschopnosti a tím pádem ekonomické podmínky vnímá jako zhoršené

Spirituální anamnéza:

Klient považuje za nejdůležitější zdraví a svou rodinu. Peníze pro něj nikdy nebyly na prvním místě, ale tvrdí, že pro spokojený život jsou nutné. Jak sám říká, bohužel pro jeho bývalou manželku byly prioritní. Uvědomuje si, že v souvislosti se zaměstnáním neměl na rodinu tolik času, kolik by si přál.

Religiozní praktiky:

Pacient do kostela nechodí. Prý není nic, v co věří a co by dokázal pojmenovat.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 23. 2. 2008

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Hlava mě nebolí, s očima problémy nemívám, jen při jízdě v noci mám oči unavené. Kapky do očí neužívám. Noviny čtu s brýlemi. Na dálku vidím dobře. Jsem řidič z povolání, na oči si musím dávat pozor, na oční prohlídky chodím pravidelně. S nosem jsem nikdy problémy neměl. Na uši musím být také opatrný,	Hlava: mezocefalická, volná, na poklep nebolestivá, neurologicky orientačně v normě, vegetativní projevy při bolesti - opocené čelo Oči: skléry anikterické, zornice izokorické, fotoreakce správná oboustranně, spojivky bez známek zánětu, čtení na blízko s brýlemi, na dálku bez patologie Uši, nos: bez zvýšené sekrece, slyší bez problémů, s čichem problémy nejsou

<p>Hlava a krk</p>	<p>v autě mám na své straně zavřené okénko, abych nenastydnu. Občas mívám pocit suchosti v ústech, ale to si dávám do v souvislosti s nedostatkem pití na cestách. Nyní mě hlava nebolí. Se štítnou žlázou se neléčím. Hadička na krku mě neobtěžuje.</p>	<p>Dutina ústní, jazyk: prokrvení v normě, sliznice růžové, jazyk normální barvy, nepovleklý, vlhký</p> <p>Chrup: vlastní, sanovaný, kontrola součástí předoperační přípravy, kontroly udává pravidelné</p> <p>Krk: centrální žilní katétr (véna jugularis interna) vpravo, místo vpichu sterilně kryté, bez známek infekce a bolestivosti, náplň krčních žil přiměřená</p> <p>Arteria carotis: pulzace bez šelestu oboustranně</p> <p>Šíje: volná</p> <p>Štítná žláza: nezvětšená, lymfatické uzliny nezvětšeny</p> <p>Otoky, opary: nejsou</p> <p>Ošetřovatelský problém: riziko infekce</p>
<p>Hrudník a dýchací systém</p>	<p>Před 11 lety jsem kouřil asi 10 cigaret denně, pak jsem přestal. Nyní se mě dýchá celkem dobře. Kašel nemám. Žáda mě někdy bolí při dlouhé jízdě autem. Na hrudníku mě nyní nebolí. Jsem připoutaný k přístroji s léky proti bolesti.</p>	<p>Hrudník: symetrický, stav po sternotomii, sternum bez krepitací, nebolestivé, rána klidná, bez sekrece</p> <p>Poklep: jasný, mírně bolestivý</p> <p>Dýchání: sklípkové, čisté oboustranně</p> <p>Frekvence: 16/ min., pravidelná</p> <p>Dušnost: nepřítomná</p> <p>Cyanóza: nepřítomná</p> <p>Kašel: není, pacient exkuřák</p> <p>Alergie: není</p>

<p>Hrudník a dýchací systém</p>		<p>Saturace krve kyslíkem: 98 %</p> <p>Podávání kyslíku: neindikováno</p> <p>Bolest: na hrudníku neudává</p> <p>Drény, katétry: 2 stimulační elektrody, Redonův drén (odvádí minimálně), epidurální katétr (Th 2-3) funkční, dávkování analgetické směsi kontinuální, lokalizace správná, vpichy a okolí klidné</p> <p>Ošetrovatelský problém: riziko infekce, omezená pohyblivost</p>
<p>Kardiovaskulární systém</p>	<p>Jsem krátce po operaci srdce. V 36 letech jsem měl infarkt, mám stále vyšší tlak. Hlava se mi doma netočí, ale zatočila se mi dnes ráno při posazování na vozíček, abych se dopravil sem na oddělení. Doufám, že bude vše v pořádku. Mám strach a obavy z pádu a možných komplikací. Na prsou mě nebolí, ale cítím bolest při pohybu pravé nohy, při jejím svěšení z postele a pokusu se postavit. Při bolesti mám opocené čelo a pocit zrychlení srdíčka. Před spaním si vyžádám léky na bolest, během dne to vydržím.</p>	<p>TK: 145/80 (hypertenze)</p> <p>Puls: 90/min. (tachykardie) rytmus pravidelný, puls plný</p> <p>Tělesná teplota: 36,6 °C</p> <p>Akce srdeční: sinusový rytmus, ozvy ohraničené, bez šelestu. Zavedeny 2 stimulační elektrody (nestimulujeme), Redonův drén. AIM před 12 lety.</p> <p>RTG: pleurální dutiny bez výpotku</p> <p>Vertigo: dnes udává při posazování se a stojí - ortostatická hypotenze</p> <p>Rizikové léky: intravenózně antihypertenzivum a sympatomimetikum, opiát a lokální anestetikum do epidurálního katétru</p> <p>Riziko pádu: skóre 4</p> <p>DK: nepatrný otok, bolest pravé DK při svěšení, stojí a pohybu (VAS 3),</p>

Kardio vaskulární systém		<p>incize, sterilní krytí, bandáže obou DK, varixy nejsou</p> <p>Periferní perfuze: barva, teplota a citlivost končetin v normě</p> <p>Ošetrovatelský problém: akutní bolest, riziko infekce, strach, riziko pádu, omezená pohyblivost</p>
Břicho a GIT	<p>S břichem problémy nemám, nadýmání nemám, na žaludek si nestěžuji. Na stolici jsem byl dnes ráno na mísu, průjem nemám. Na WC ještě nedojdu. Nezvracím, bolest nemám. Denně mám vypít 1,5 litru tekutin, což dodržuji, jsem zvyklý vypít až 3 litry.</p>	<p>Břicho: měkké, bez bolesti a bez hmatné rezistence. Jizvy žádné.</p> <p>Peristaltika: auskultačně přítomná, plyny odcházejí, stolice dnes normální barvy a konzistence. Defekace na podložní mísu.</p> <p>Játra: nezvětšená, v oblouku</p> <p>Slezina: nehmatná</p> <p>Nauzea: nepřítomná</p> <p>Vomitus: není</p> <p>Bolest: není</p> <p>Ošetrovatelský problém: deficit sebedpěče</p>
Urogenitální systém	<p>Doma močím tak 8krát za den. V noci vstávám močit 1 krát, někdy vůbec. Nyní mám k močení zavedenou hadičku, která mi prý zítra bude vytažena. Již se těším, až budu moci močit normálně, ale dnes bych na WC stejně nedošel.</p>	<p>Moč: světle žluté barvy, čirá, bez příměsí, specifická hmotnost 1008.</p> <p>Diuréza: v normálních porcích</p> <p>Laboratorní hodnoty: kvantitativně a kvalitativně bez patologického nálezu</p> <p>Katétr: permanentní močový katétr průchodný, bez známek infekce a lézí</p> <p>Ošetrovatelský problém: riziko infekce, deficit sebedpěče</p>

Kosterně - svalový systém	Mám chuť cvičit, abych byl brzy doma. Cítím se stále trochu unavený. Ještě nemám tolik síly, kolik bych potřeboval.	Držení těla: vzpřímené, s oporou Pohyb v kloubech: bez omezení Svalový tonus: přiměřený Chybějící části těla: ne RHB: na lůžku a vedle lůžka pod vedením fyzioterapeuta Ošetřovatelský problém: únava
Nervově - smyslový systém	Na čtení používám brýle. Jiné pomůcky nepoužívám. Nemám pocit brnění ani chladu.	Vědomí: jasné, neporušené Orientace: časem, místem a osobou dobrá Zornice: izokorické Poklep: nebolestivý Citlivost: přiměřená Reflexy: zachovány Zrak, sluch, čich, chuť, hmat: brýle na čtení, ostatní v normě, bez kompenzačních pomůcek Řeč: srozumitelná, plynulá
Endokrinní systém	Cukrovku nemám. Se štítnou žlázou ani ledvinami jsem se nikdy neléčil.	Štítná žláza: nehmatná Glykémie: normální laboratorní hodnoty
Imunologický systém	Běžně se mi rány hojí dobře. Alergický na nic nejsem. Ekzémy jsem nikdy neměl.	Tělesná teplota: 36,6 °C Alergie: není Ekzémy: nejsou

Imunologický systém	Nebývám nemocný.	Hojivost ran: dobrá Známky infekce: nejsou Laboratorní vyš.: odpovídají 2. pooperačnímu dni Lymfatické uzliny: nezvětšené
Kůže a její adnexa	Nemám pocit napětí kůže, horkost ani jiné problémy. Rány po operačním výkonu mám zakryté.	Turgor: přiměřený Pigmentace: v normě Vlasy, nehty: bez patologických změn Známky infekce: nejsou, rány i okolí vstupů klidné Dekubity: nejsou Riziko dekubitů: dle Nortonové 29 bodů

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	<p>Snažím se, abych jedl 5krát denně, ale ne vždy to dodržím. Bohužel jím více v odpoledních a večerních hodinách. Žádné vitaminové přípravky jsem nikdy neužíval. Na cestách často využívám tzv. rychlá občerstvení. Nechutenstvím ani poruchami polykání a trávení jsem nikdy netrpěl. Alergii na jídlo nemám.</p>	<p>Příjem potravy: 5krát denně</p> <p>Apetit: velmi dobrý</p> <p>Výběr stravy: nevhodný</p> <p>Potravné doplňky: neužívá</p> <p>Potravná alergie: není</p> <p>BMI: 30,4 (obezita I. stupně)</p> <p>Obvod pasu: 98 cm</p> <p>Ošetrovatelský problém: nadměrná výživa</p>

Stravování	V nemocnici	Žádná jídla nepreferuji, ale ani neodmítám. Strava mi chutná, jsem nenáročný. Měl bych prý zhubnout, uvítal bych informace o stravování po operaci.	Příjem: per os Dieta: racionální, antisklerotická, doporučena redukce váhy Ošetřovatelský problém: neznalost, potřeba poučení
Příjem tekutin	Doma	Denně vypiji až 3 litry tekutin. Kávu v průměru 3 – 4 šálky. Před 5 lety jsem omezil alkohol. Pracuji jako řidič z povolání, alkohol bych v práci nepožil.	Příjem: množství přiměřené, složení méně vhodné
	V nemocnici	Nesmím vypít více než 1,5 litru denně. Žízeň nemám. Stačí mi čaj a voda, kterou mi přinese dcera.	Příjem: omezení na 1500 ml denně. Pitný režim dodržuje. Výběr tekutin vyhovující. Sliznice dutiny ústní, jazyk: vlhké
Vylučování moči	Doma	Doma močím tak 8krát za den, v noci nemám potřebu chodit na WC.	Vylučování: fyziologické

<p>Vylučování moči</p>	<p>V nemocnici</p>	<p>Mám zavedenou cévku. Zatím bych na záchod sám nedošel. Těším se, až mi lékař cévku zítra odstraní. Potíže nemám.</p>	<p>Moč: světle žluté barvy, čirá, bez příměsí, specifická hmotnost 1008. Laboratorní hodnoty: kvantitativně a kvalitativně bez patologického nálezu Diuréza: v normálních porcích a objemu Katétr: 2. pooperační den permanentní močový katétr Ošetřovatelský problém: riziko infekce, deficit sebeděže, omezená pohyblivost</p>
<p>Vylučování stolice</p>	<p>Doma</p>	<p>S vylučováním problémy nemám a nikdy jsem neměl. Po delší cestě autem jsem pozoroval pouze problémy s nadměrnou plynatostí. Pomáhá mi pohyb. Stolici mám pravidelně 1krát denně ráno, normální barvy, konzistence, bez příměsí. Doma mi pomáhá ranní rituál s kávou a novinami. Projímavě na mě působí jen švestkový kompot.</p>	<p>Vylučování: fyziologické, pravidelné.</p>

Vylučování stolice	V nemocnici	<p>Stolici jsem měl dnes ráno. Obával jsem se bolesti a nezvyklé polohy při vyprazdňování na mísu v lůžku, ale vše proběhlo bez větších problémů. Stolice byla spíše tužší, průjem nemám. Břicho mě nebolí. Větry odcházejí.</p>	<p>Stolice: dnes ráno na podložní mísu, bez potíží</p> <p>Peristaltika: normální poslechový nález</p> <p>Plyny: odcházejí</p> <p>Ošetřovatelský problém: deficit sebepěče, omezená pohyblivost</p>
Spánek a bdění	Doma	<p>Jsem zvyklý spát 7 hodin denně, nejraději v poloze na břiše a boku. Přes den nespím. Léky na spaní neužívám.</p>	<p>Spánek: fyziologický rytmus, nejlépe 7 hodin v noci, poloha břicho, bok</p> <p>Denní spánek: ne</p> <p>Abúzus: hypnotika neužívá</p>
	V nemocnici	<p>Měl jsem obavy z usínání po operaci. Musím nyní spát na zádech, bojím se otočit na bok. V noci se dvakrát vzbudím, někdy mě bolí noha. Spím tak 5 hodin. Přes den nespím. Cítím se mírně nevyspalý a unavený. Během dne cvičím nebo si povídám s ostatními na pokoji.</p>	<p>Spánek: přerušovaný, nezvyklá poloha a prostředí, mírná nevyspalost</p> <p>Bdění: komunikace s pacienty, RHB</p> <p>Ošetřovatelský problém: porušený spánek, únava</p>

Aktivita a odpočinek	Doma	<p>Ve volném čase pracuji u matky na zahrádce, jezdím na kole nebo jen tak odpočívám. Na televizi se dívám málo, noviny čtu nepravidelně. Volný čas trávím nejraději s dcerou a přáteli.</p>	Režim: střídání pohybové aktivity a odpočinku
Aktivita a odpočinek	V nemocnici	<p>Snažím se dělat, co se mi řekne, cvičím. Zatím si jen stoupnu u lůžka a posadím vedle do křesla. Cítím se ještě trochu unavený, občas mě pobolívá pravá noha. Hledám nějakou vhodnou polohu. Těším se na návštěvu dcery.</p>	Pohyblivost: sed na lůžku, stoj vedle lůžka, křeslo Rehabilitace: spolupracuje, střídání aktivity a odpočinku dle plánu Ošetřovatelský problém: akutní bolest, omezená pohyblivost, únava
Hygiena	Doma	<p>Myji se denně, sprchuji večer, na cestách je to obtížné. Hygiena je důležitá.</p>	Hygienické návyky: zachovány

Hygiena	V nemocnici	Hygienu se snažím dodržovat. Večer a dnes ráno jsem se umyl v sedě na lůžku čistou vodou. Pomůcky mi připraví sestřička. Nesmím si namočit rány.	Informovanost o hygienické péči: dostatečná Ošetrovatelský problém: deficit sebepéče, omezená pohyblivost
Samostatnost	Doma	Nejsem na žádné osobě ani věci závislý.	Úroveň: samostatnost
Samostatnost	V nemocnici	Jsem krátce po operaci. Chci zvládnout vše sám. Mám strach, abych v budoucnu nebyl závislý na dceři. Musím ji zabezpečit, než vystuduje. Momentálně potřebuji v některých činnostech pomoc okolí. Jsem napojený na dávkovač s léky proti bolesti. Doufám v rychlé uzdravení.	Barthelův test základních všedních činností (ADL): skóre 65 (lehká závislost) Ošetrovatelský problém: deficit sebepéče, strach, omezená pohyblivost
POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		Po operaci jsem byl obluzený, nyní již nemám problémy	Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida: skóre 9 Vědomí: neporušené

Orientace		Nyní jsem pacientem ve fakultní nemocnici, je úterý, 8 hodin ráno	Orientace: místem, časem i osobou dobrá
Nálada		Snad se můj nynější stav nezkomplikuje. Věřím lékařům i sestřičkám.	Nálada: optimistické ladění s mírnými obavami
Paměť	Staropaměť	S pamětí mám problémy jako každý v mém věku. Na většinu událostí vzpomínám rád a nemám s tím potíže.	Paměť: zachována
	Novopaměť	Občas samozřejmě něco zapomenou nebo si nemohu vzpomenout. Lépe si zapamatuji to, co vidím něco dělám.	Paměť: zachována, převažuje spíše vizuální Učení: mechanické, nejlépe praktickými činnostmi
Myšlení		Nemám problémy	Typ: logické, racionální
Temperament		Stihnu dělat několik věcí najednou, rád sportuji i pracuji. Teď jsem musel zvolnit. Nemám problém se spřátelit ani se přizpůsobit situaci.	Typ: sangvinik

Sebehodnocení	Považuji se za optimistu a realistu zároveň. Život беру tak, jak přichází. Jsem zodpovědný.	Stupnice hodnocení psychického zdraví: skóre 4 (Kolibiáš)
Vnímání zdraví	Zdraví je pro mne spolu s rodinou to nejdůležitější v životě.	Reakce: přiměřená
Vnímání zdravotního stavu	Po infarktu jsem pociťoval obavy z budoucího osudu. Jsem vážně nemocný, ale věřím ve své uzdravení.	Reakce: přiměřená
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Se zátěžovými situacemi se vyrovnávám poměrně dobře.	Reakce: přiměřená
Reakce na hospitalizaci	Velmi vítám neomezenou možnost návštěv dcery. Před operací jsem se chtěl podívat, kde budu operován a léčen. Neměl jsem tu možnost.	Reakce: potřeba kontaktu s blízkou osobou - dcerou Ošetřovatelský problém: deficit informací
Adaptace na onemocnění	Život беру tak, jak přichází. Zvykám si rychle.	Obranné reakce: nejsou, adaptace dobrá

<p>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</p>	<p>Nyní jsem po operaci, stále mám trochu strach, aby nenastaly nějaké nepředvídané komplikace, abych neupadnul nebo si při spánku omylem nevytáhnul hadičky. Bojím se dotknout rány. Lékařům tady věřím.</p>	<p>Reakce: zvýšené napětí Zrakový kontakt: přiměřený Gesta: obranná ve vztahu o operačním ranám Pozornost: udrží Neverbální řeč: srozumitelná Ošetrovatelský problém: strach</p>
<p>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</p>	<p>Zneklidnilo mne zbytečné prodlužování mé nepříznivé situace nástupem do nemocnice, propuštěním domů a opětnou výzvou k operaci. Prý mě propustili z technických důvodů na pracovišti. Nedostal jsem ihned dostatečné vysvětlení. Byl jsem již na operaci připravený, nemohu být doma zbytečně dlouho, potřebuji chodit do práce. Na nový termín jsem naštěstí čekal jen několik dní.</p>	<p>Reakce: verbalizace nespokojenosti s předchozí hospitalizací</p>

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Rád si povídám, protože jako řidič kamionu jsem v práci často sám.	Řeč: srozumitelná Způsob vyjadřování: úroveň slovní zásoby dobrá Hlas a způsob řeči: v normě Komunikace navázána dobře.
Komunikace	Neverbální	Nemám rád zbytečná gesta.	Oční kontakt: udržuje z 30 % Neverbální projevy: srozumitelné Postoje: kongruentní Gesta: přiměřená situaci Haptika: pouze se známými a blízkými osobami
Informovanost	O onemocnění	Své onemocnění považuji za vážné, proto jsem musel na operaci. Snažím se dodržovat léčebný režim.	Úroveň informací: přiměřená

Informovanost	O diagnostických metodách	Byl jsem informován o svých možnostech, měl jsem možnost se ptát.	Úroveň informací: velmi dobrá
	O léčbě a dietě	Uvítal bych informace o výživě. Byl jsem již jednou v lázních a myslím, že mi pobyt prospěl. Chtěl bych zhubnout, abych se lépe cítil a byl zdravý. Než půjdu domů, uvítal bych poučení, co si mohu dovolit.	Reakce: žádost o edukaci Ošetrovatelský problém: neznalost, potřeba poučení
Informovanost	O délce hospitalizace	Už vím, že pokud nenastanou komplikace, půjdu domů asi šestý den nebo budu přeložen na jiné oddělení.	Úroveň: dobrá

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Pracuji jako řidič z povolání, nyní jsem v nemocnici.	Role: 48-letý muž v reprodukčním věku, nyní v pracovní neschopnosti, 2. den po operaci
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Před 12 lety jsem se rozvedl. Jsem otec dcery, která studuje. Mám trochu obavy, abych to zvládnul, musím dceru ještě nějakou dobu živit.	Role: role otce, ekonomická závislost dcery Ošetrovatelský problém: nejistota, strach z vykonávání role v budoucnu
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Nyní jsem pacient.	Role: není konflikt

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: biochemické vyšetření krve (referenční hodnoty):

Na 139 (135-150)	K 4,8 (3,8-5)	Cl 97 (97-108)	Ca 2,08 (2-2,75)	glykémie 5,9 (4,2-6)	CB 75 (65-85)	chol 6,9 (3,8-5,8)
ALT 1,97 (0,1-0,78)	AST 0,56 (0,05-0,72)	AMS 0,46 (0,3-1,67)	bilirubin 11 (2-17)	ALP 0,95 (0,66-2,0)	GMT 0,53 (0,14-84)	urea 5,2 (2-6,8)
kreatinin 91 (44-104)	albumin 46 (35-53)	leukocyty 7,6 (4,1-10,2)	erytrocyty 5,05 (4,19- 5,75)	Hb 153 (135-174)	Ht 0,453 (0,39- 0,51)	trombo 200 (142- 327)
INR 0.9 (0,8-1,25)	aPTT 39,6 (28-40)	trombinový čas 14,3 (12-18)	fibrinogen 3,1 (2-4)	etanol neg negativní	D-dimer 11 (< 190]	

Pacient má zvýšený cholesterol a ALT jako projev kardiovaskulárního onemocnění, ostatní výsledky jsou v normě.

Biochemické vyšetření moči:

bez patologického nálezu

RTG hrudníku:

bránice hladká, pleurální dutiny bez výpotku. Srdeční stín mírně rozšířen, bez známek městnání v malém oběhu, plicní parenchym bez čerstvých infiltrativních změn.

Echokardiografické vyšetření:

chlopně bez morfologických změn, nevýznamná mitrální regurgitace. Není perikardiální výpotek.

EKG vyšetření:

sinusový rytmus

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3, doporučena antisklerotická, pitný režim 1 500 ml/den

Pohybový režim: LTV

RHB: dle managementu fyzioterapeuta

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:**Per os:**

Paralen 500 mg tbl. 4x denně per os, IS - analgetikum, antipyretikum

Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0, IS - antiagregans

Mucosolvan sol. 3x10 ml per os, IS - expektorans, mukolytikum

KCL (dále jen *KCl*) tbl. dle kalémie, IS - kaliový přípravek k prevenci a léčbě hypokalémie

Tramal 50 mg cps. při bolesti, IS - analgetikum, anodynum

Intravenózní:

Degan 3x1 amp. i.v., IS - prokinetikum, antiemetikum

Noradrenalin dle krevního tlaku, IS - sympatomimetikum

HMRI 50 j/50 ml dle glykémie, IS - antidiabetikum, biosyntetický humánní inzulín

Furosemid (dále jen *FSM*) 10 mg dle diurézy, IS - diuretikum, antihypertenzivum

Epidurální:

Sufentanil 50 ug - IS - opioid + *Marcaïn* 0,5 % 20 ml - IS - lokální anestetikum v 50 ml fyziologického roztoku do epidurálního katétru kontinuálně 3 - 8 ml /hod.

Per rectum:

léčba neindikována

Chirurgická léčba:

Dne 21. 2. 2008 byla v celkové anestézii ze střední sternotomie provedena operace – bypass coronarius quadruplex. Byly našity autovenózní štěpy z levé a pravé arteria mammae. Odebrána a použita byla část velké safény z oblasti pravého bérce. Operace proběhla bez komplikací. Po operaci byl pacient převezen na pooperační oddělení. Zdravotní stav dovolil extubaci pacienta již za 3 hodiny. Již na pooperačním oddělení bylo započato s důslednou dechovou a pohybovou rehabilitací. Druhý pooperační den ráno byl pacientovi odstraněn hrudní drén a periferní žilní kanyla. Ponechán byl centrální žilní katétr (véna jugularis interna vpravo), epidurální katétr (Th 2-3), Redonův drén, stimulační elektrody a permanentní močový katétr. Pacient byl přeložen na standardní klinické oddělení ve stabilizovaném stavu. Operační rány na hrudníku a v oblasti pravého bérce jsou kryté sterilními čtverci. Rány jsou klidné, neprosakují. Pacient má bandáže obou dolních končetin.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pan L. V., 48 let, rozvedený, má jednu dceru, se kterou bydlí. Vzdělání má střední odborné bez maturity, pracuje jako řidič z povolání. V současné době je v pracovní neschopnosti. Hlavní lékařskou diagnózou je ICHS. Před 12 lety pacient prodělal AIM, má mitrální regurgitaci I. st., arteriální hypertenzi, hyperlipidemii, je po ostesyntéze pravého kotníku v roce 1985, má obezitu I. stupně. Nyní hospitalizován na standardním oddělení kliniky kardiiovaskulární chirurgie fakultní nemocnice. Je 2. den po operaci srdce, čtyřnásobném aortokoronárním bypassu. Pacient má zavedený centrální žilní katétr, dvě stimulační elektrody, Redonův drén, epidurální katétr a permanentní močový katétr.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY

Ošetrovatelské diagnózy jsou závěry o aktuálním nebo potenciálním narušení zdravotního stavu pacienta. Poskytují základ pro výběr zásahů k dosažení cílů, za které zodpovídá sestra. Ošetrovatelské problémy byly nalezeny v oblasti biologické, psychologické i sociální. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priorit, na pořadí

jsme se shodli s pacientem. Pro omezený rozsah stran bakalářské práce zde navrhuji řešení jedné aktuální a jedné potenciální ošetrovatelské diagnózy s nejvyšší prioritou. Ošetrovatelské problémy - nadměrná výživa a neznalost (potřeba poučení) byly řešeny edukacemi, které jsou přílohami této práce č. 1 a 2.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- **Akutní bolest (00132)** z důvodu operačního traumatu hrudníku, invazivní drenáže, kanylace a incize v místě odběru cévního štěpu, projevující se hodnocením na vizuální analogové škále stupněm 2 z 5, verbalizací, neverbálními projevy při změně polohy i pohybu a vyžádáním analgetik ve večerních hodinách.

Cíl: pacient udává zmírnění bolesti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient udává na VAS snížení bolesti ze stupně 3 na stupeň 2 - do 30 minut po podání analgetik
- pacient má mírnější vegetativní a obranné projevy - do 45 minut po podání analgetik
- pacient udává na VAS snížení bolesti ze stupně 2 na stupeň 1 - večer před usnutím
- pacient verbalizuje zlepšení kvality spánku v souvislosti s bolestí - do 48 hodin
- pacient nevyžaduje analgetika ve večerních hodinách - 5. pooperační den

Plán intervencí:

- posuzuj bolest a její zhoršující faktory - do 15 minut a průběžně
- k hodnocení využívej vizuální analogovou škálu se stupnicí 0 - 5
- vypracuj záznam hodnocení a vývoje bolesti - zaznamenávej průběžně
- všímej si pacientových postojů k bolesti a užívání léků - do 15 minut a průběžně
- pozoruj neverbální projevy pacienta - průběžně
- vybízej k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí - průběžně
- akceptuj pacientovo líčení bolesti - vždy

- podej pacientovi při bolesti analgetika - dle ordinace lékaře
- sleduj úlevu od bolesti a vedlejší účinky léků - po jejich podání
- požádej pacienta, aby svou bolest hlásil - vždy
- posuzuj novou bolest - vždy
- kontroluj místa invazivních vstupů, operační rány a okolí - při převazech a průběžně
- měř fyziologické funkce a sleduj laboratorní výsledky - dle ordinace lékaře
- starej se o klidné prostředí a nerušený spánek - průběžně
- sleduj kvalitu spánku - průběžně
- chovej se empaticky - vždy
- zapoj do procesu dceru klienta - dle možností

Realizace:

7.00 – měření fyziologických funkcí

8.00 – vizita ošetrovatelského týmu, posuzování bolesti na VAS

8.15 – převaz a kontrola operačních ran a invazivních vstupů, dodržování aseptických postupů a ošetrovatelských standardů, výměna perfusorové stříkačky a hadičky, plnění ordinací ošetřujícího lékaře

9.00 – rehabilitace

12.00 – měření fyziologických funkcí

14.00 – rehabilitace

15.00 – návštěva dcery

17.00 – měření fyziologických funkcí

18.00 – podání analgetika dle ordinace lékaře

18.30 – kontrola účinku analgetika, posuzování bolesti na VAS

18.45 – sledování vegetativních a neverbálních projevů i obranných reakcí

Na realizaci se podílel fyzioterapeut. Další intervence jsou delegovány na službu konající sestru.

Hodnocení:

Pacient uvádí na VAS zmírnění bolesti ze stupně 3 na stupeň 2 po 30 minutách od podání analgetika. Po dalších 15 minutách jsem pozorovala jeho mírnější vegetativní a obranné projevy. Z psychologického hlediska se na zmírnění bolesti podílela dcera

svou přítomností a komunikací při návštěvě. Pacient je relativně spokojený, s fyzioterapeutem spolupracuje výborně. Další hodnocení bude probíhat v následujících dnech. Cíl se podařilo splnit.

Strach (00148) z důvodu stavu po operaci srdce, projevující se zvýšeným napětím, obavami z možných komplikací a pádu, nejistotou z budoucnosti v souvislosti s vykonáváním sociálních rolí, žádostmi o informace a následnou lázeňskou léčbu.

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110) a hygieně (00108) z důvodu operačního zákroku a režimu druhého pooperačního dne, omezené pohyblivosti pro napojení na lineární dávkovač s epidurální směsí, únavy a bolesti, projevující se dyskomfortem a potřebou pomoci.

Neznalost, potřeba poučení (00126) z důvodu nedostatku zkušeností s danou situací, projevující se obavami, častými dotazy a žádostmi o poučení před propuštěním do domácího léčení.

Nadměrná výživa (00001) z důvodu nevhodného výběru a nadměrného příjmu potravy v poměru k metabolickým nárokům a soustředěním příjmu do pozdně odpoledních nebo večerních hodin, projevující se obezitou I. stupně (BMI 30,4), nespokojeností se stavem výživy a žádostmi o edukaci.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Riziko infekce (00004) z důvodu porušené tkáňové a kožní integrity operačním zákrokem a invazivními medicínskými postupy.

Cíl: pacient je bez známek infekce

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient dodržuje zásady hygienické péče - do úplného zahojení ran a vstupů

- pacient si nestěžuje na progresi bolesti v souvislosti s potenciální infekcí - během hospitalizace
- pacient má fyziologickou tělesnou teplotu a laboratorní hodnoty - v pooperačním období
- pacient má normální barvu a teplotu kůže v okolí operačních ran a invazivních vstupů - v pooperačním období
- pacient má operační rány hojící se per primam - při propuštění domů
- pacient má stabilizované sternum - při kontrole na ambulanci za 2 měsíce

Plán intervencí:

- pouč pacienta o způsobech, jak snížit riziko infekce - podle potřeby
- posuzuj rizikové faktory, odstraňuj je - průběžně, odstranění ihned
- hodnot' stav kůže v místech invazivních vstupů a ran - průběžně
- připomínej všem poskytovatelům péče řádné mytí rukou - průběžně
- dodržuj sterilní techniky, ošetrovatelské standardy - vždy
- asistuj při lékařských zákrocích - dle požadavků lékaře
- hodnot' laboratorní vyšetření - denně
- monitoruj fyziologické funkce - 3krát denně
- hodnot' stupeň bolesti - dle potřeby
- posiluj imunitu pacienta - dle možností
- zkontroluj stav hojení ran a stabilitu sternu - při propuštění pacienta domů, při kontrole na ambulanci za 1 a 2 měsíce

Realizace:

7.00 – měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu na vyšetření

8.00 – vizita ošetrovatelského týmu, posuzování rizikových faktorů, hodnocení laboratorních výsledků ve vztahu k riziku infekce

8.15 – převaz a kontrola operačních ran a invazivních vstupů, dodržování aseptických postupů a ošetrovatelských standardů, výměna perfusorové stříkačky a hadičky, plnění ordinací ošetřujícího lékaře, asistence lékaři

12.00 – měření fyziologických funkcí

14.00 – reedukace - dodržování zásad péče o rány a invazivní vstupy, eliminace rizikových faktorů

17.00 – měření fyziologických funkcí

18.30 – posuzování bolesti na VAS z hlediska rizika infekce

19.00 – pomoc s večerní hygienou, dodržování zásad péče

Hodnocení:

Rány jsou 2. pooperační den klidné, bez známek infekce a sekrece. Ošetrovatelská péče probíhá dle standardů. Pacient je spokojený s vývojem svého zdravotního stavu. Cíl je splněn. Vývoj stavu v souvislosti s rizikem infekce bude možné hodnotit při propuštění pacienta do domácího léčení a při kontrole za 1 a 2 měsíce.

Riziko pádu (00155) z důvodu pooperačního stavu, podávání rizikových léků (antihypertenziva, opiáty, anodyna, diuretika), únavy, deficitu sebedpěče, vertiga a ortostatické hypotenze při vertikalizaci a přesunu do křesla.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacienta L. V. jsem ošetřovala na standardním oddělení fakultní nemocnice 2. den po aortokoronárním bypassu. Na operaci se klient připravoval na kardiologickém oddělení nemocnice na Bulovce. Po prvním přijetí k operačnímu výkonu byl pacient bohužel z provozních důvodů propuštěn domů. Podle pacientova pozdějšího sdělení mu k lepšímu pochopení situace chybělo podrobnější vysvětlení důvodů lékařem. K dalšímu termínu byl vyzván za několik dní. Uvítal poskytnutí informací, materiály si prý řádně prostudoval a k rozhovoru měl připravené dotazy. Odpovědi jej uspokojily. Vybavení i obsazení pokoje mu vyhovovalo. Měl pouze připomínku k teplotě vody v hygienickém zařízení. Pacient byl informován o přechodném problému a jeho řešení. Přání shlédnout před operací pooperační oddělení a operační sál mu vzhledem ke zvyklostem pracoviště nebylo splněno. Pacient další požadavky neměl. Operace proběhla bez komplikací. Bolest byla tlumena směsí podávanou epidurálním katétre a analgetiky na vyžádání pacientem. Na pooperační bolest si stěžoval přiměřeně k operačnímu zákroku. Ordinované léky užíval pravidelně, žádné vedlejší účinky ani alergické reakce se neprojevily. Rány byly klidné, bez sekrece. Klient mluvil o ošetřujícím personálu s obdivem. Na tuto práci by prý neměl fyzickou ani psychickou kondici. Velmi ochotně s námi spolupracovala též jediná dcera klienta. Svého otce pravidelně navštěvovala, povzbuzovala a zajímala se o jeho zdravotní stav. Vzhledem k trvalému bydlišti mimo Prahu velmi ocenila možnost časově neomezených návštěv

nejen na oddělení standardním, ale též na pooperačním. Péči hodnotila jako velmi dobrou, což celý tým velmi potěšilo. Podle hodnocení všech zúčastněných péče probíhá dle standardů ke spokojenosti klienta. Vytyčené cíle se podařilo splnit, další kritéria budeme hodnotit při propuštění pacienta domů a při kontrolách na ambulanci.

Prognóza klienta L. V. záleží na dodržování opatření k zastavení progresu nebo k regresi aterosklerotických změn na věnčitých cévách. Na ochotě pacienta nadále spolupracovat. Prognóza závisí též na tom, zda klient pochopil nezbytnost dodržování vhodného životního stylu. Na prognózu pacienta po operaci srdce má obecně vliv celá řada faktorů. Patří k nim např. akutní stav vedoucí k operaci, operace srdce v anamnéze, věk, pohlaví, váha, infarkt myokardu méně než 1 týden před operací, diabetes mellitus a další. Zpracováním těchto rizikových ukazatelů je možné vypočítat operační riziko, tzv. Euroscore. Pacient L. V. prodělal operaci aortokoronárního bypassu bez vážnějších komplikací. Má doporučenu chronickou antiagregační léčbu, která se též podílí na zvýšení průchodnosti aortokoronárního bypassu. Vzhledem k věku pacienta byly při operaci použity převážně tepenné štěpy, které mají vyšší „životnost“ než štěpy žilní. K jeho dobrému zdravotnímu stavu a prognóze jistě přispělo před 11 lety rozhodnutí přestat kouřit. Bohužel se mu nepodařilo udržet optimální váhu, ale věřím, že při dodržování všech zásad správné životosprávy se podaří časem i toto. Pacient byl fyzicky aktivní již před operací a je velmi pravděpodobné, že kardiovaskulární rehabilitace zlepší jeho prognózu. Je vysoce pravděpodobné, že zlepší jeho kvalitu života. Spolu s pacientem předpokládáme, že k příznivému vývoji blahodárně přispěje navazující lázeňská léčba, která vhodné návyky upevní a nevhodné eliminuje. Během pobytu pacient dodržuje veškerá léčebná opatření a projevuje vůli je dodržovat i nadále. Troufám si tvrdit, že při dodržování všech zásad sekundární prevence je prognóza mého pacienta velice příznivá.

ZÁVĚR

Operace srdce se na II. chirurgické klinice VFN provádějí od roku 1955. První aortokoronární bypass zde byl proveden v roce 1970, poprvé v České republice. Velká část nemocných, dříve doporučovaných k operaci, je nyní léčena na pracovištích intervenční kardiologie. Díky neustálému zdokonalování medicíny přibývá nemocných vyšších věkových kategorií. Tito nemocní vyžadují nejen speciální operační přístupy, ale též nutnost zajištění následné péče v oblasti sociální. Kvalita života pacientů by měla být taková, aby zastali každodenní základní činnosti pokud možno samostatně. Myslím si, že pacienty příliš nezajímá, že se lékařům daří snižovat mortalitu, ale zajímá je kvalita vlastního života. Na kvalitě života nemocných se podílí také sestra. Spolupracuje při zavádění opatření, která jsou cílená k zastavení ischemických změn na koronárních tepnách nejen v primární péči, ale i během hospitalizace pacienta. Tato opatření zahrnují doporučení režimová, medikamentózní a preventivní se zaměřením na rizikové skupiny. Klíčovým opatřením je absolutní zákaz kouření. K odstranění škodlivého návyku kouření cigaret mohou sestry přispět např. organizováním kurzů odvykání kouření. Fyzická aktivita by měla být nedílnou součástí a samozřejmostí komplexní léčby, ale i běžnou součástí moderního života. Péče o tělesnou aktivitu je stále doménou fyzioterapeutů, ale sestra během hospitalizace může pacienta také velice účinně aktivizovat. Pohyb je významnou součástí sekundární prevence ICHS, předoperační i pooperační péče o pacienta s onemocněním srdce. Za přiměřenou aktivitu pokládám u pacienta po aortokoronárním bypassu takovou, kterou nemocný snáší bez dušnosti a bolesti. Aktivitu, po níž se cítí příjemně unaven. K nemocným je nutné přistupovat individuálně a trénink přiměřeně dávkovat. K příznivému vývoji prokazatelně přispívá lázeňská léčba se standardizovaným rekondičním programem. Dieta s omezeným přívodem tuku, obsahujícím nižší podíl nasycených mastných kyselin, dokáže u nemocných zpomalit progresi koronární aterosklerózy. Změna dietních návyků však není jednoduchou záležitostí. Za obecně účinnější bych považovala včasnou osvětu a prevenci rizikových faktorů již u lidí mladšího věku. Zde vidím aktivitu sester ne zcela dostatečnou. Ovlivňování rizikových faktorů považuji za nezbytnou součást komplexního přístupu. Pacienta L. V. bych doporučila sledovat nejen pravidelně na ambulanci, ale např. zařazením do studie z důvodu přetrvávajících rizikových faktorů (pohlaví, věk, nadváha, hypertenze, hypercholesterolemie, osobní

a rodinná zátěž) a ponechat si tak možnost dlouhodoběji sledovat vývoj jeho zdravotního stavu. Péče o duševní stav pacienta patřila vždy k základním starostem lékaře. Bohužel, pokrok s sebou přinesl koncentraci lékaře spíše na somatický stav klienta. Díky absenci psychologa na pracovišti kardiochirurgie je péče o psychiku též součástí ošetrovatelské péče. Psychiku mého pacienta na určitou dobu poznamenal faktor odložení operace. Odložení operace z nejrůznějších důvodů není ovšem jevem ojedinělým. Vliv odložení operace na bio-psycho-sociální stav klientů by z mého pohledu bylo zajímavé téma pro výzkumnou práci. Za vhodné považuji zavedení edukace, v níž by byli klienti instruováni nejen o průběhu léčby, ale měli by možnost podívat se předem na místa, kde budou operováni a léčeni. Seznámení se s ošetřujícím personálem, prostředím operačního sálu a pooperačního pokoje by mnozí pacienti dle mých zkušeností uvítali. Jistě lze pro edukaci využít moderní audiovizuální techniku, např. záznamy videokamer z operačních sálů, instruktážní videofilmy, apod. Mému pacientovi tato potřeba saturována nebyla. Je samozřejmé, že nelze postupovat u všech pacientů stejně. Naší snahou je pacienta informovat a motivovat k sebeděči a soběstačnosti. Denně se v praxi přesvědčuji o tom, že holistický styl práce sestry se příznivě projevuje v lepším zotavování a vyšší spokojenosti pacientů. Uspokojujeme potřeby nemocného, pracujeme podle standardů a nejnovějších metod podložených výzkumem. K hodnocení využíváme nejrůznější měřicí škály a výsledky zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Při sběru anamnestických údajů a kladení dotazů bych chtěla poukázat na individuální a citlivý přístup k nemocným a jejich svobodnou volbu v tom, které informace nám poskytnou či nikoli. Jedině tak se vyhneme konfrontaci se zákonem o ochraně osobních údajů. Za citlivé je možno považovat všechny údaje, ale největším problémem se jeví otázky v oblasti náboženské, víry a sexuality. Ke kvalitě v ošetrovatelské péči srovnatelné se světem a ke zvyšování prestiže mohou dnes sestry přispět svým přístupem ke zdravým i nemocným lidem. Kromě jiného vytvořením atmosféry humanity, profesionální odbornosti, vědomím odpovědnosti, poctivosti a náročnosti na sebe i druhé. Podle mého názoru nastává posun v roli sestry od „pravé ruky lékaře“ k týmově orientovanému odborníkovi. V současnosti je sestra v roli rovnocenného partnera lékaře. Ale často to musí dokazovat svými znalostmi a dovednostmi. Doufám, že k tomu malou měrou přispěla i tato práce, která v rovině obecné odráží především rozsáhlost a naléhavost celé problematiky.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra; SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : Nukleus, 2005. ISBN 886225-63-1.
2. CABRNOCH, Milan. Jaké informace by měl znát pacient? *Medical tribune*, 2008, roč. 4, č. 30, s. B5.
3. DOENGES, Marilyn. E; MOORHOUSE, Mary, F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. CHALOUPKA, Václav. Pacienti začali cvičit a my jsme žasli. *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56, č. 11, s. 22-24.
5. CHALOUPKA, Václav a kol. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*. 2. vyd. Brno : IDVPZ 1999. ISBN 80-7013-297-3.
6. KAREL, I. a kol. Časná lázeňská rehabilitace nemocných po kardiochirurgických výkonech. *Cor et Vasa*, 2006, roč. 48, č. 9, s. 312-316.
7. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha : Akcenta , 1998. ISBN 80-86232-00-X.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada 2002. ISBN 80-247-0179-0.
9. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada 2006. ISBN 80-247-1399-3.
10. MARX, David. Jak přežít pobyt v nemocnici. *Český pacient*, 2006, roč. 2006, č. 5, s. 28-30. ISSN 1801-626X.
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno : NCO NZO 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.
12. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl*. Praha : Univerzita Karlova 2005. ISBN 80-246-0429-9.
13. RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha : Grada 2004. ISBN 80-247-0932-5.
14. SOVOVÁ, Eliška; ŘEHOŘOVÁ Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha : Grada 2004. ISBN 80-247-1009-9.
15. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno : IDV PZ 1999. (České ošetrovatelství, 4). ISBN 80-7013-283-3.

16. STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : IDV PZ 2001. (České ošetrovatelství, 6). ISBN 80-7013-323-6.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ Marie. *Interní ošetrovatelství. 1. díl*. Praha : Grada 2006. ISBN 80-247-1148-6.
18. ŠIMON, Jaroslav. Perspektivy preventivní kardiologie aneb co dále. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 48, č. 4, s. 145-146.
19. ŠPINAR, Jindřich a kol. Pacienti po infarktu nechtějí být zdraví. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 47, č. 12, s. 443-444.
20. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO 2006. ISBN 80-7013-324-4.
21. VANĚK, I. a kol. *Kardiovaskulární chirurgie*. Praha : Karolinum 2002. ISBN 80-246-0523-6.
22. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha : Grada 2005. ISBN 80-247-1198-2.
23. WIDIMSKÝ Petr a kol. Indikace ke koronárnímu bypassu. *Cor et Vasa*, 2006, roč. 48, č. 11, s. 392-398.
24. ZIMA, T. a kol. *Přehled laboratorních vyšetření prováděných ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze*. © VFN Praha 10. 11. 2007.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Edukace pacienta po operaci srdce	59
Příloha č. 2	Edukace v oblasti výživy a stravování	62
Příloha č. 3	Obrázek 1 - Zajištění dýchacích cest	65
Příloha č. 4	Obrázek 2 - Příprava operačního pole	66
Příloha č. 5	Obrázek 3 - Žilní štěp z pravého bérce	67
Příloha č. 6	Obrázek 4 - Odběr štěpu z levé prsní tepny	68
Příloha č. 7	Obrázek 5 - Napojení na mimotělní oběh	69
Příloha č. 8	Obrázek 6 - Zavírání hrudníku	70

Příloha č. 1

EDUKACE PACIENTA PO OPERACI SRDCE

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, apod., přerušete činnost a odpočiňte si
- dávejte pozor na přechod ze zimy do tepla, snažte se chvíli aklimatizovat v předsíni či chodbě, než se svléknete
- alespoň 2x denně cvičit jednoduché cvičení, které jste se v nemocnici naučili
- vlastníte-li ortoped, můžete trénovat (s nulovou zátěží), doba jízdy je individuální (asi 15 minut), záleží na Vašich subjektivních pocitech
- procházky – nejzdravější a nejvšestrannější pohybová aktivita, zvyšují Vaši kondici, doporučujeme chodit alespoň 1x denně, začínat na rovném terénu, doba procházek by měla být individuální dle Vašeho aktuálního stavu, se snahou délku postupně zvyšovat, např. na 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 další doporučení:

- stále se posazujte šetrným způsobem přes bok, při zvedání ze židle se nevzpírejte o ruce
- nenoste a nezvedejte těžké předměty
- maximální zátěž je 2,5 kg do každé ruky
- neležte na břiše
- vyvarujte se jednostranné zátěže
- opatrně s předkláněním

- vyvarujte se dlouhodobé činnosti s rukama nad hlavou

Prevence vzniku infekce:

- doporučujeme nezdržovat se v uzavřených veřejných zařízeních (čekárna, kino, kavárna, restaurace, hromadné veřejné prostředky, apod.)
- 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 nehody (abyste se vyhnuli nehodě, je někdy nutné náhle zastavit a 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

Dodržujte zásady zdravé výživy:

- jezte hodně zeleniny a ovoce, celozrnného pečiva, cereálií – jsou to cenné zdroje vlákniny
- omezte tučné pečivo, sušenky, apod.
- nezdravé tuky nahraďte zdravými
- dávejte přednost bílému a libovému masu
- jezte dostatek mléčných výrobků

Lázeňská léčba:

- máte nárok na křížkové lázně do půl roku od operace

Návrat do zaměstnání:

- předpokládaná doba pracovní neschopnosti je 2 – 3 měsíce, Váš návrat do práce závisí na posudku Vašeho lékaře, průběhu Vaší rekonvalescence, 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 se 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 škvařené nesolené sádlo, zajistí se tím vláčnost
- aplikujte na jizvu tzv. tlakovou masáž
- po 7 dnech by měla rána zůstat suchá, pokud přetrvává sekrece nebo se zvětšuje, je zarudlá, na pohmat horká, okamžitě volejte na ambulanci naší kliniky



Příloha č. 2

EDUKACE V OBLASTI VÝŽIVY A STRAVOVÁNÍ

Edukační list:

Edukační anamnézu jsem odebrala při individuálním rozhovoru s pacientem 2.

pooperační den. Edukace má zájem se zúčastnit také dcera klienta.

Jméno, příjmení:	L. V., J. V.
Oddělení:	standardní
Lékařská diagnóza:	stp. aortokoronárním bypassu, stp. IM 1996, mitrální regurgitace I.st., arteriální hypertenze, hyperlipidemie, obezita I. stupně, stp. fraktury pravého kotníku
Edukant je:	pacient a jeho dcera
Vztah k zařízení:	hospitalizovaný, příbuzná pacienta
Edukační potřeba v oblasti:	výživy, stravovacích návyků, sestavování jídelníčku
Plánované téma edukace:	výživy, stravovacích návyků, sestavování jídelníčku
Forma edukace:	instrukce, letáčky, ukázka, verbálně
Zaměření edukace:	průběžné vzdělávání
Zdroj informací:	informační materiály, letáčky, literatura
Medikace ovlivňující edukaci:	ne
Pomůcky, závislost na přístrojích:	ne
Komunikační bariéra:	ne
Biorytmus:	skřivan
Reakce klienta:	dotazy, verbální pochopení, prokázaná dovednost
Prognóza:	dobrá

Edukační záznam:

Edukační plán bude realizován 3. pooperační den. Edukace se spolu klientem zúčastní jeho dcera.

Edukant:	L. V. a J. V.
Edukátor:	primární sestra – D. Feixová
Téma:	výživa a stravování
Forma:	instruktáž, letáčky, ukázka, verbálně
Doporučení / řešení:	sledovat efekt před propuštěním, prokonzultovat ochotu ke změně, upozorňovat na chyby, opravovat je, doporučit literaturu a kurzy
Reakce na edukaci:	dotazy, verbální pochopení, prokázaná dovednost

Edukační plán:

Cíl edukačního plánu

- seznámení klienta se správnými stravovacími návyky k nastolení a udržení optimální tělesné hmotnosti
- seznámení s rizikovými faktory nadváhy
- sestavení vhodného jídelníčku
- definování porce jídla
- výpočet indexu tělesné hmotnosti
- motivace klienta ke správnému životnímu stylu po operaci
- doporučení literatury, kurzů a odborníků na správnou výživu
- doporučení lázeňské léčby k upevnění vhodných návyků

Význam

Edukační program má význam pro motivaci klienta ke změně. Posílí jeho správné návyky, zdravý životní styl, zlepší kondici a celkově prognózu onemocnění.

Technika

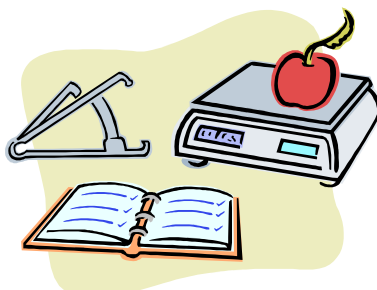
V edukačním programu použijeme instruktáž, letáčky, ukázkou a verbalizaci.

Postup při zaškolování

- seznam klienta s riziky nevhodného stravování
- seznam klienta s významem a možnostmi vhodného stravování
- snaž se klienta a jeho dceru získat pro spolupráci
- naplánuj sestavení vhodného jídelníčku a výpočet BMI
- nachystej pomůcky potřebné pro edukaci
- pokračuj nácvikem, klient dle tvých instrukcí předvede výpočet BMI samostatně
- edukuj o vhodné pohybové aktivitě

Kontrolní otázky pro pacienta

<i>Kontrolní otázky:</i>	<i>Správné odpovědi:</i>
1. Proč je pro vás důležitý zdravý životní styl?	Udržuje mne v kondici. Zlepšuje to stav mého onemocnění. Pomáhá předcházet vzniku komplikací.
2. Jak vypočítáte BMI?	$BMI = \text{váha v kg} \div \text{výška v metrech na druhou}$
3. Co přispívá k udržení optimální hmotnosti?	Racionální strava doplněná pohybovou aktivitou.
4. Jaké stravě dáte přednost?	Obilniny, ovoce, zelenina, ryby, drůbež.



Příloha č. 3



Obr. č. 1 Zajištění dýchacích cest

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).

Příloha č. 4



Obr. č. 2 Příprava operačního pole

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).

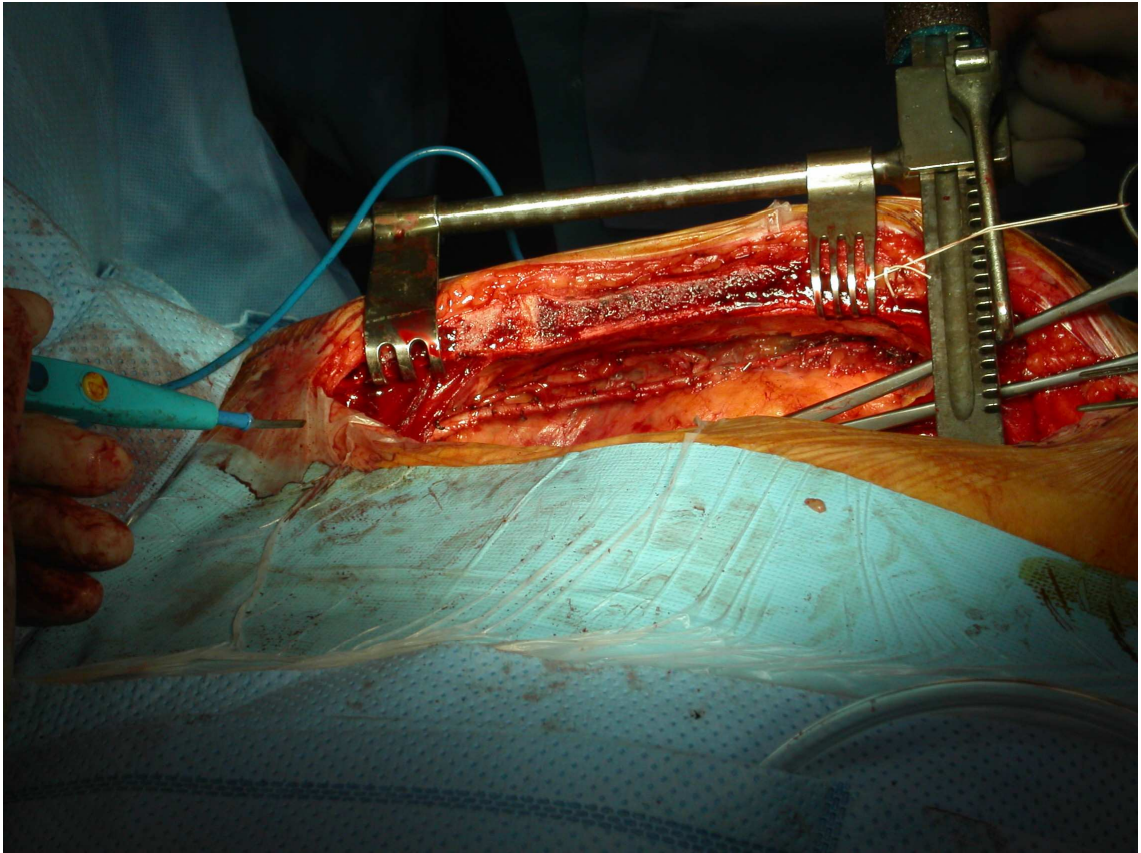
Příloha č. 5



Obr. č. 3 Žilní štěp z pravého bérce

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).

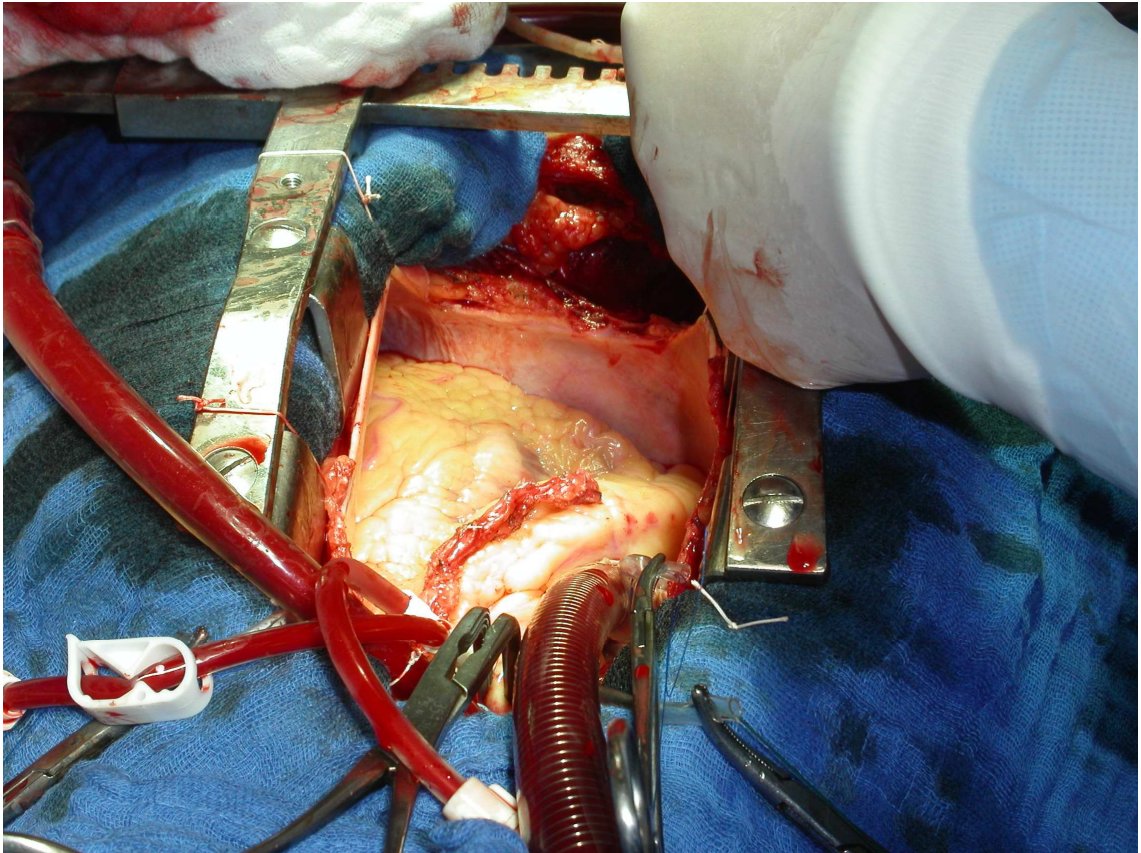
Příloha č. 6



Obr. č. 4 Odběr štěpu z levé prsní tepny

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).

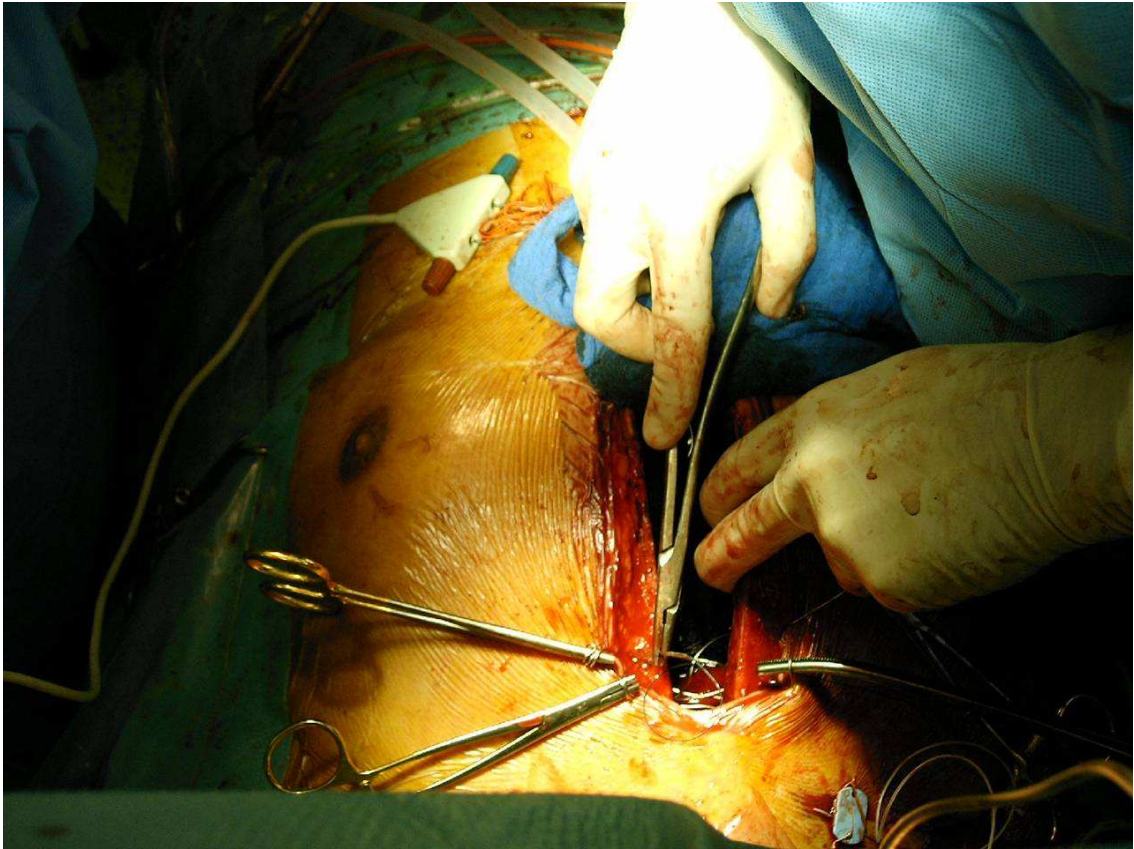
Příloha č. 7



Obr. č. 5 Napojení na mimotělní oběh

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).

Příloha č. 8



Obr. č. 6 Zavírání hrudníku

Foceno autorkou bakalářské práce (se souhlasem zúčastněných osob).