

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

Bakalářská práce

Petra Vanclová

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

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., RS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 31.3. 2011

Praha 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31.3. 2011

Podpis:

Abstrakt

VANCLOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., RS. Praha. 2011. s 64.

Hlavním tématem bakalářské práce je metodika ošetrovatelské péče o pacienta s chronickým srdečním selháním při respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část práce charakterizuje etiologii, patofyziologii, klasifikaci, klinický obraz, diagnostiku, terapii a prognózu tohoto onemocnění. V praktické části je popsán průběh choroby a hospitalizace u konkrétního pozorovaného pacienta s vlivem na nemocného a jeho rodinu. Nemocný s akutním srdečním selháním nebo s akutně zhoršeným chronickým srdečním selháním musí být hospitalizován na příslušném interním nebo kardiologickém oddělení, eventuálně na koronární jednotce. Prognóza tohoto onemocnění je nepříznivá, a tudíž je toto onemocnění a hospitalizace velmi psychicky náročné nejen pro samotného pacienta, ale i jeho rodinu. Cílem vypracování metodiky ošetrovatelské péče o pacienta s chronickým srdečním selháním je rozšířit znalosti studentů zdravotnických oborů a zdravotnického personálu o tomto onemocnění.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Chronické srdeční selhání.

Abstract

VANCLOVÁ, Petra. Nursing Process of the Patient with Chronic Heart Failure. College of Health, ops, level of qualification: Bachelor. Supervisor: Mgr. Jitka Nemcova, PhD., MS. Prague. 2011th number of pages 64.

The main theme of the bachelor thesis is the methodology of nursing care of patient with chronic heart failure, while respecting his natural needs. The theoretical part describes the etiology, pathophysiology, classification, clinical presentation, diagnosis, therapy and prognosis of this disease. The practical part describes the disease course and hospitalization observed in a particular patient's progress and impact on the patient and his family. Patient with acute heart failure or acutely worsened chronic heart failure should be hospitalized in cardiac and relevant internal department, possibly in the coronary care unit. The prognosis of this disease is unfavorable and that's why the disease and hospitalization are very mentally demanding not only for the patient but also for his family. The aim of developing the methodology of nursing care of patient with chronic heart failure is to expand students and medical staff knowledge.

Keywords: Nursing process. Chronic heart failure.

Předmluva

Chronické srdeční selhání (SS) není samostatná choroba, je to klinický syndrom, který představuje stádium přirozeného vývoje řady kardiovaskulárních chorob, jako jsou např. Hypertenze, ischemická choroba srdeční, chlopenní srdeční vady, kardiomyopatie a další. Prevalence i incidence chronického SS v populaci se v posledních desetiletích zvyšuje. Přístup k nemocnému se srdeční insuficiencí se během posledního desetiletí výrazně změnil. Současná terapie je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, ale především na ovlivnění výskytu a progresu srdečního selhání a na snížení úmrtnosti.

Tato bakalářská práce vznikla díky spolupráci s panem J. K., který byl hospitalizován na koronární jednotce intenzivní péče, kam byl přijat pro akutní dekompenzaci chronického srdečního selhání. Tento polymorbidní pacient byl během svého života opakovaně hospitalizován v nemocnici a byl vstřícný ke spolupráci při vzniku této bakalářské práce, souhlasil se systematickým pozorováním a použitím jeho zdravotnické dokumentace. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to teoretické části, kde je rozebrána problematika onemocnění a dále praktické části, kde je popsán ošetrovatelský proces u pacienta a ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové.

Jako hlavní informační zdroje pro zpracování bakalářské práce bylo použito odborné lékařské a ošetrovatelské literatury, internetových zdrojů, dále byla zpracována zdravotnická dokumentace, informace od samotného klienta, jeho rodiny, ale i od ostatního lékařského a ošetrovatelského personálu.

Bakalářská práce je určena zejména studentům zdravotnických oborů a zdravotnickému personálu. Snahou je rozšířit znalosti čtenářů této bakalářské práce o chronickém srdečním selhání, které je závažným onemocněním, které může velmi často vyústit až v úmrtí pacienta, což je nejen pro rodinu pacienta, ale i pro zdravotnické pracovníky velmi psychicky i fyzicky náročné.

Poděkování patří panu J. K., který souhlasil s poskytnutím své dokumentace a rozhovorem, dále vedoucí bakalářské práce paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., RS za odborné vedení a konzultace při zpracování bakalářské práce a zapomenout nesmím ani na svého manžela, který mi je podporou při mém náročném zaměstnání.

Obsah

| | |
|--|----|
| Obsah..... | 7 |
| Seznam použitých zkratk..... | 8 |
| Úvod..... | 10 |
| 1 Srdeční selhání..... | 11 |
| 1.1 Výskyt srdečního selhání..... | 12 |
| 1.2 Etiologie srdečního selhání..... | 12 |
| 1.3 Epidemiologie a prognóza..... | 12 |
| 1.4 Patofyziologie srdečního selhání..... | 13 |
| 1.5 Klasifikace srdečního selhání..... | 13 |
| 2. Chronické srdeční selhání..... | 14 |
| 2.1 Chronické levostranné srdeční selhání..... | 14 |
| 2.2 Chronické pravostranné srdeční selhání..... | 15 |
| 3. Ošetrovatelský proces..... | 25 |
| 4 Koncepční model dle Marjory Gordonové | 27 |
| 5 Základní informace o klientovi..... | 29 |
| 5.1 Identifikační údaje klienta..... | 29 |
| 5.2 Lékařská anamnéza..... | 30 |
| 5.3 Sesterská anamnéza..... | 32 |
| Spirituální anamnéza..... | 34 |
| 5.4 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 9. 7. 2010..... | 35 |
| 6. Průběh hospitalizace..... | 36 |
| 7. Ošetrovatelský proces..... | 42 |
| 7. 1 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Gordonové..... | 42 |
| 7. 2 Ošetrovatelské diagnózy | 46 |
| 7. 2. 1 Chronická bolest | 47 |
| 7. 2. 2 Výměna plynů porušená..... | 47 |
| 7. 2. 3 Péče o sebe sama nedostatečná..... | 49 |
| 7. 2. 4 Porucha hybnosti..... | 50 |
| 7. 2. 5 Únava..... | 51 |
| 7. 2. 6 Tkáňová integrita porušená..... | 52 |
| 7. 2. 7 Tělesné tekutiny, nerovnováha..... | 53 |
| 7.2.8 Inkontinence stolice..... | 54 |
| 7. 2. 9 Aspirace zvýšené riziko..... | 55 |
| 7. 2. 10 Riziko vzniku hypertermie..... | 56 |
| 7. 2. 11 Riziko pádu..... | 57 |
| 7. 2. 12 Riziko vzniku infekce..... | 58 |
| 8. Shrnutí ošetrovatelské péče..... | 60 |
| Závěr..... | 61 |
| Seznam použité literatury..... | 63 |
| Seznam příloh..... | 65 |

Seznam použitých zkratk

| | |
|-----------------|--|
| SS | srdeční selhání |
| ICHS | ischemická choroba srdeční |
| NYHA | New York Heart Association |
| IM | infarkt myokardu |
| LK | levá komora |
| EKG | elektrokardiografie |
| RTG | rentgenové vyšetření |
| ASTRUP | vyšetření acidobazické rovnováhy |
| FW | vyšetření sedimentace |
| CO ₂ | oxid uhličitý |
| CHOPN | chronická obstrukční plicní nemoc |
| TBC | tuberkulóza |
| ACE I | inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu |
| ICHDK | ischemická choroba dolních končetin |
| EF | ejekční frakce |
| CHSS | chronické srdeční selhání |
| IABK | balónková kontrapulzace |
| ICD | implantabilní kardioverter – defibrilátor |
| Tx | transplantace srdce |
| PTCA | katetrizační revaskularizace myokardu |
| DM | diabetes mellitus |
| ANA | Americká Asociace Sester |
| KOS 2 | standardní kardiologické oddělení |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| KOKJ | koronární jednotka intenzivní péče |
| TTE | jícnová echokardiografie |
| AIM | akutní infarkt myokardu |
| PCI | perkutánní koronární intervence |
| LS | levá síň srdeční |
| IT | intervenční terapie |
| PAD | perorální antidiabetika |
| PTA | perkutánní transluminární angioplastika |
| FNM | Fakultní nemocnice Motol |

| | |
|-------|---|
| FA | farmakologická anamnéza |
| I. V. | intra venózní (do žíly) |
| S. C. | sub cutánně (pod kůží) |
| P. O. | per os (ústy) |
| LHK | levá horní končetina |
| LDK | levá dolní končetina |
| NNH | Nemocnice na Homolce |
| MV | minutový objem srdeční |
| DK | dolní končetina |
| GIT | gastrointestinální trakt |
| CVP | centrální venózní tlak |
| VAS | vizuální analogová škála |
| ung. | mast |
| APTT | aktivovaný parciální tromboplastinový čas |
| KMP | kardiomyopatie |

Úvod

Chronické srdeční selhání (SS) není samostatná choroba, je to klinický syndrom, který představuje stádium přirozeného vývoje řady kardiovaskulárních chorob, jako jsou např. hypertenze, ischemická choroba srdeční, chlopenní srdeční vady, kardiomyopatie a další. Prevalence i incidence chronického SS v populaci se v posledních desetiletích zvyšuje. Výskyt SS výrazně narůstá s věkem tak, jak populace prakticky ve všech rozvinutých zemích včetně České republiky stárne, narůstá také počet nemocných s chronickým SS. Díky stále se zlepšující léčbě se výrazně snížila a stále snižuje úmrtnost na akutní kardiovaskulární příhody, především na akutní infarkt myokardu. Prežívající nemocní ale mají poškozený myokard a jsou kandidáty pozdějšího rozvoje chronického SS. Pokročilejší chronické SS je spojeno s nutností opakovaných hospitalizací.

Pro bakalářskou byl proto zvolen pacient, který byl v nemocnici během svého života opakovaně hospitalizován a to zejména pro onemocnění kardiovaskulárního systému. Na koronární jednotku byl tento pacient přijat s akutní dekompenzací chronického srdečního selhání s hypotenzí. Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit problematiku srdečního selhání a komplexní ošetrovatelskou péčí o polymorbidního pacienta, jehož zdravotní stav se i přes veškerou lékařskou i ošetrovatelskou péči nadále zhoršoval.

Teoretická část

1 Srdeční selhání

U srdečního selhání neexistuje definice, která by byla jednoznačně a všobecně přijímána. „Z patofyziologického hlediska jde o komplikující a často konečný stav řady srdečních chorob, při kterém porucha srdeční funkce vede k neschopnosti srdce přečerpávat krev v množství, které je vyžadováno metabolizujícími tkáněmi, nebo je schopno potřebnou dávku krve zajistit jen při zvýšeném plicním tlaku. Srdce tedy není schopno zajistit adekvátní přívod kyslíku a živin do tkání a orgánů ani odstraňování oxidu uhličitého a metabolických zplodin, které ve tkáních a orgánech vznikají. Z klinického hlediska je nejužitečnější definice, že srdeční selhání je komplexní klinický syndrom charakterizovaný abnormalitami funkce srdce a aktivací neurohumorálních mechanismů, které jsou doprovázeny sníženou tolerancí zátěže, retencí tekutin a zkrácením života.“ (HRADEC; SPÁČIL, 2001, s. 101)

Diagnóza srdečního selhání musí obsahovat objektivní průkaz srdeční dysfunkce, ale i klinické příznaky. Srdeční dysfunkci dělíme na systolickou a diastolickou. Při systolické dysfunkci selhává srdce jako pumpa, klesá ejekční frakce a snižuje se srdeční výdej. Při diastolické dysfunkci se srdeční komory špatně plní krví a to nejčastěji při snížení jejich poddajnosti a zhoršené roztažitelnosti a k neadekvátnímu naplnění srdečních komor krví musí stoupnout plicní tlak (tlak na konci diastoly).

Hlavními příznaky srdečního selhání jsou únava a nevykonnost, dušnost a periferní otoky. Příčinami neadekvátní dodávky krve a tedy i kyslíku a živin do metabolizujících tkání při systolické dysfunkci jsou únava a nevykonnost. Díky městnání krve v plicích (plicní kongesci) při dysfunkci levé komory vzniká dušnost. Zapomenout nesmíme ani na periferní otoky, jejichž příčinou je městnání krve ve venózním řečišti (systémová žilní kongesce) při dysfunkci pravé komory. Dysfunkce pravé komory je však často druhotná k primární dysfunkci levé komory. Srdce také selhává tehdy, pokud není schopno udržet normální krevní tlak při normální nebo zvýšené periferní cévní rezistenci. Tato forma srdečního selhání je nazývána jako akutní cirkulační selhání neboli kardiogenní šok (LUKL, 2004).

1.1 Výskyt srdečního selhání

Výskyt SS i nadále narůstá. Prevalence srdečního selhání v populaci se v současné době pohybuje v rozmezí 0,5 – 2 % a výrazně narůstá s věkem. Toto závažné onemocnění s vysokou roční úmrtností kolem 10 % stoupá se závažností srdeční slabosti (LUKL, 2004).

1.2 Etiologie srdečního selhání

Primárními příčinami srdečního selhání jsou organická onemocnění srdce, extrakardiální obstrukce oběhu nebo srdeční arytmie. Příkladem organického postižení srdce jsou: srdeční infarkt, hypertenze, srdeční vady, kardiomyopatie apod. Příčinami extrakardiální obstrukce oběhu jsou: akutní plicní embolie a arteriální hypertenze.

Spouštěcími faktory SS jsou vlivy vedoucí k manifestaci latentní srdeční slabosti nebo k její dramatické progresi. Včasná korekce těchto faktorů může vést k prevenci recidiv srdeční slabosti. Mezi nejčastější patří: změna v terapii (např. vysazení diuretik), solná zátěž (dietní chyba), arytmie (např. akutně vzniklá tachyfibrilace síní), extrémní fyzická zátěž, zánětlivá onemocnění (např. bronchopneumonie), febrilní stavy a anémie (LUKL, J. 2004).

1.3 Epidemiologie a prognóza

V posledních dvaceti až třiceti letech ve vyspělých zemích klesá mortalita na ICHS a ostatní kardiovaskulární choroby. Tento příznivý trend je od osmdesátých let pozorován i v České republice. V kontrastu s tímto pozitivním vývojem se výskyt srdečního selhání celosvětově neustále zvyšuje. Nárůst je důsledkem několika faktorů: všeobecného stárnutí populace, zlepšení léčby ICHS, které má za následek neustále se zvyšující přežívání nemocných po prodělaném infarktu myokardu, důsledkem zdokonalování diagnostických metod a v neposlední řadě důsledkem vývoje novějších a účinnějších léků a léčebných postupů. Dle epidemiologických studií je udávána prevalence srdečního selhání u 0,5 – 2,0 % populace. Při spíše podhodnoceném průměru 1 % to znamená, že v České republice trpí srdečním selháním minimálně 100 000 nemocných. Incidence srdečního selhání je odhadována na 0,4 % populace ročně, což aplikováno na Českou republiku znamená, že každým rokem u 40 000 nemocných srdeční selhání nově manifestuje.

Prognóza srdečního selhání je velmi špatná. Srdeční selhání má devastující vliv na kvalitu i délku života nemocných. Pět let od stanovení diagnózy přežívá jen 25 – 30 % nemocných. Mortalita je závislá na závažnosti srdečního selhání. U nemocných ve funkční třídě IV podle NYHA se roční mortalita pohybuje kolem 50 %. U nemocných s lehčími formami srdečního selhání, tedy ve funkční třídě II – III podle NYHA je to 15 – 20 % (HRADEC; SPÁČIL, 2001).

1.4 Patofyziologie srdečního selhání

Srdeční slabost může být způsobena třemi rozdílnými mechanismy, mezi které patří pokles kontraktility (např. akutní infarkt myokardu, myokarditida), tlakové přetížení (systémová hypertenze, aortální stenóza) a objemové přetížení (např. aortální nebo mitrální regurgitace). Kterýkoliv z těchto mechanismů může vést k výraznému poklesu minutového objemu a následným neurohumorálním regulacím, které jsou základem současné patofyziologické interpretace srdečního selhání (LUKL, 2004).

1.5 Klasifikace srdečního selhání

Srdeční selhání je děleno podle různých kritérií na několik forem. Podle časového průběhu, rychlosti vzniku na akutní a chronické SS. Podle klinického obrazu na jednostranné, pravostranné a oboustranné. A dále podle typu vyvolávající srdeční dysfunkce na systolické a diastolické.

Pojem městnavé SS označuje stav SS s příznaky žilní kongesce v plicním nebo systémovém řečišti. Není to tedy synonymum k pravostrannému SS nebo k SS s periferními otoky. Podle charakteru srdeční dysfunkce se SS klasifikuje jako systolické, při kterém klesá stažlivost myokardu, srdeční výdej a ejekční frakce, a diastolické, při němž je ztíženo plnění srdečních komor při poklesu poddajnosti (zvýšení tuhosti) myokardu (HRADEC; BÝMA, 2008).

Dále bude blíže rozebráno pouze chronické srdeční selhání, které je tématem této bakalářské práce.

2. Chronické srdeční selhání

Chronické SS bývá nejčastěji obecně definováno jako stav, při kterém srdce není schopno bez zvýšení plicního tlaku (tlaku na konci diastoly) udržet takový srdeční výdej, který by pokrýval potřeby organismu. Tato definice nebere ohled na mechanismus vzniku SS, jeho etiologii a různé klinické projevy.

Pro stanovení diagnózy chronického srdečního selhání musí být přítomny klinické příznaky a objektivně prokázaná porušená srdeční funkce. Chronické srdeční selhání dělíme na levostranné a pravostranné.

Ke stanovení funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá klasifikace New York Heart Association (NYHA) na čtyři funkční třídy. Tato klasifikace kvantifikuje výkonnost a subjektivní obtíže nemocného (dušnost, palpitace a anginózní bolesti). Jde o klasifikaci dle anamnestických údajů, tedy subjektivní, ale pro jednoduchost velmi populární a užitečnou:

NYHA I – dušnost při extrémní námaze (normální stav).

NYHA II – dušnost při vyšší námaze.

NYHA III – dušnost při běžné námaze.

NYHA IV – klidová dušnost (LUKL, 2004).

2.1 Chronické levostranné srdeční selhání

Definice

Chronické levostranné srdeční selhání je charakterizováno postupným vzestupem plicního tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plicním oběhu a hypoxií v důsledku sníženého MV (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

Fyziologicko – patologický úvod

Pokud levé srdce nedokáže vyčerpat většinu krve, která do něj přitéká plicními žilami, zvyšuje se plicní tlak levé komory a dochází k městnání krve v plicích s únikem tekutiny z plicních kapilár do intersticia a vznikem dušnosti. Srdce reaguje na vyšší plicní tlak hypertrofií a na nižší systolický výdej aktivací sympatiku, tedy tachykardií. Tím se srdeční selhávání do určité míry kompenzuje, ale onemocnění se stále zhoršuje a hrozí akutní srdeční selhání. Není totiž možná stále větší hypertrofie (srdce hypertrofuje dovnitř) a zvyšující se tachykardie (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

Etiologie

Nejčastějšími příčinami jsou hypertenze, stavy po IM se sníženou ejekční frakcí LK, významné srdeční vady a KMP (SOVOVÁ; ŘEHOŘOVÁ, 2004).

Klinický obraz a diagnostika

Chronické srdeční selhání může probíhat zpočátku bez příznaků, charakterizované pouze snížením minutového srdečního objemu. Postupně se rozvíjí hypoxie, a proto se zhoršuje výkonnost, koncentrace, paměť, spánek. Nemocný je unavený, neklidný a zmatený. Ve spánku se v důsledku hypoxie objevuje Cheyneho – Stokesovo dýchání. Nemocný udává námahovou dušnost nebo ortopnoe, které mohou být spojeny s kašlem, a stav může vyústit v obraz asthma cardiale. Při progresi choroby se dušnost postupně mění v klidovou. Na plicích poslechově zjišťujeme nepřízvučné chrůpky malých bublin. V pokročilých fázích levostranného selhání se objevují příznaky hypoxie i dalších orgánů, zejména ledvin. Sníží se diuréza ve dne a objeví se nykturie. V noci v klidu se zmenší nároky na práci srdce a zvýší se žilní návrat a tím i průtok krve ledvinami a trávicím traktem. Objevuje se malabsorpce a anorexie. Objektivně nacházíme příznaky základního srdečního onemocnění, známky městnání v plicním oběhu (chrůpky), přítomnost kompenzačních mechanismů, jakými jsou tachykardie, bledá, studená periferie, objevit se může i srdeční cval. Na EKG je přítomen obraz základní příčiny selhání (např. infarkt myokardu). Na RTG srdce a plic nacházíme v počátcích selhání rozšíření plicních žil, dilataci plicnice, při zhoršení stavu obraz intersticiálního až alveolárního edému plic. Využíváme také laboratorní diagnostiky. Vyšetřujeme krevní plyny (ASTRUP), kde zjistíme hypoxemii a hyperkapnii z hypoventilace. Hodnoty FW jsou zvýšeny u infarktu myokardu a myokarditid. Echokardiografie zhodnotí srdeční funkci a může přispět ke stanovení příčiny srdečního selhání (SOVOVÁ; ŘEHOŘOVÁ, 2004).

2. 2 Chronické pravostranné srdeční selhání

Definice

Chronické pravostranné srdeční selhání je charakterizováno postupným vzestupem plicního tlaku pravé komory srdeční a městnáním v systémových žilách, tedy v povodí horní a dolní duté žíly.

Fyziologicko – patologický úvod

Selháváním pravého srdce se sníží minutový objem srdeční, proto se krev městná v přítokové části pravého srdce. Snížený minutový objem má za následek hypoxii všech orgánů a městnání v povodí horní a dolní duté žíly znamená zpomalení toku krve a proto uniká tekutina z krve do tkání a vznikají otoky. Odevzdává se zvýšené množství kyslíku a vzniká hypoxie a cyanóza. Dále se zpomalí odvod CO₂ a metabolitů a trpí metabolismus.

Podle závažnosti srdečního selhávání se zhoršují klinické příznaky. Srdce kompenzuje nižší výkon hypertrofií a vzniká cor pulmonale chronicum (chronické plicní srdce) (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

Etiologie

Příčin chronického srdečního selhání je mnoho. Patří sem onemocnění plic: CHOPN, plicní emfyzém, cystická fibróza, bronchiektázie, TBC, pneumokoniózy a embolizace plic. Srdce vyčerpává krev z pravé komory proti zvýšenému odporu. Zvýšený plicní odpor je plicní hypertenze. Dalšími příčinami selhání může být levostranné srdeční selhání s plicní hypertenzí a přenesené doprava, dále mitrální vady, perikarditida a vrozené vývojové vady (levopřevé zkraty). Nesmíme zapomenout ani na hypertyreózu, anémii a cirhózu (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

Klinický obraz a diagnostika

Příznaky vznikají v důsledku nízkého minutového objemu, který způsobí svalovou hypoxii. Ta se projevuje slabostí a zvýšenou únavností svalů až svalovou atrofií. Dalším příznakem je venostáza (městnání krve) v povodí horní a dolní duté žíly. Při městnání krve v povodí horní duté žíly jsou přítomny: závratě, spavost, neklid a zmatenost v důsledku hypoxie mozku, zvýšená náplň krčních žil v klidu, případně po půlminutovém tlaku na játra (hepatojugulární reflux), může být lehký exoftalmus a akrocyanóza.

Příznaky městnání v povodí dolní duté žíly jsou symetrické perimaleolární otoky u chodících pacientů, zpočátku jen večer, později trvale i na bérkách, na zádech u ležících. Dále je přítomna anasarka (celkový otok všech tkání), nykturie ze zvýšeného žilního návratu v horizontální poloze, ascites, hepatosplenomegalie s ikterem a bolestí v pravém podžebří. Do této skupiny příznaků dále patří: nechutenství, pocit plnosti, nauzea, zvracení až kardiální kachexie a zácpa (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

Terapie chronického srdečního selhání

Cílem terapie srdečního selhání je zjistit základní příčinu a snažit se ji odstranit nebo onemocnění kompenzovat.

Léčba chronického srdečního selhání musí být komplexní a zahrnuje řadu režimových nefarmakologických opatření, farmakoterapii a v indikovaných případech nejrůznější chirurgické léčebné výkony (od revaskularizačních výkonů až po transplantaci srdce) a sofistikované přístrojové léčebné postupy (např. biventrikulární kardiostimulaci srdeční, resynchronizační léčbu, implantabilní kardiostimulátory/kardiovertery a podpůrné levokomorové pumpy). Léčba musí být primárně zaměřena na prevenci kardiovaskulárních chorob, které vedou k dysfunkci levé komory a vzniku srdečního selhání a na prevenci progresu srdečního selhání u nemocných, u kterých se již srdeční selhání rozvinulo. Dalším cílem léčby je zlepšení kvality života a zlepšení prognózy (HRADEC; BÝMA, 2008).

Nefarmakologická opatření

U nemocných i jejich rodinných příslušníků je nesmírně důležité dbát na informovanost a edukaci, která zlepší jeho spolupráci a zvýší adherenci k léčbě. Nemocný musí být instruován, že by si měl pravidelně monitorovat svoji tělesnou hmotnost a při jejím náhlém vzestupu o více jak 2 kg za 3 dny vyhledat neprodleně svého ošetřujícího lékaře. Z dietních opatření je třeba při pokročilém srdečním selhání omezovat příjem sodíkových iontů, tedy kuchyňské soli a minerálních vod a eventuálně i tekutin na 1,5 až 2 litry/den. Umírněné požívání alkoholu, tedy 1 pivo nebo 2 dl vína denně je povolené vyjma nemocných s etylickou dilatační kardiomyopatií. Obézní nemocní by měli být motivováni k redukci váhy, zákaz kouření u kuřáků je samozřejmostí. Při cestování by měli nemocní preferovat krátké lety před dlouhými cestami autem nebo autobusem a měli by se vyhýbat pobytům v horkých krajinách s vysokou vlhkostí vzduchu. Častá je otázka nemocných na možné sexuální aktivity. Obavy mají spíše partneři nemocných než nemocní sami. Pokud nemocný není příliš symptomatický (funkční třída NYHA I – II), měli by být on i jeho partner ujistěni, že umírněná sexuální aktivita neškodí. Chronické SS představuje jeden z rizikových faktorů pro vznik hluboké žilní trombózy. V kombinaci s dalšími rizikovými faktory (např. imobilizace při hospitalizaci, delší let apod.) je proto vhodná prevence vzniku žilní trombózy preventivními nízkými dávkami nízkomolekulárního heparinu.

Farmakologická léčba

K farmakologické léčbě chronického srdečního selhání se používají léky, jejichž účinnost a bezpečnost byla přesvědčivě prokázána v mnoha klinických studiích. Jsou to inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), betablokátory, diuretika, vazodilatancia, blokátory receptorů pro aldosteron, digoxin a řada dalších dle stavu nemocného.

Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE I)

Tyto inhibitory patří mezi antihypertenziva a jsou u nemocných se srdečním selháním na podkladě systolické dysfunkce a u nemocných s asymptomatickou systolickou dysfunkcí levé komory léky první volby. Inhibitory ACE nejen snižují afterload, brání konverzi angiotensinu I na angiotensin II, čímž způsobují mohutnou vazodilataci a snižují retenci vody a dále přispívají ke snížení preloadu. To vede ke zvýšení srdečního výdeje a zlepšení příznaků u srdečního selhání. Dále zlepšují toleranci při zátěži a především prodlužují délku přežití pacientů se srdečním selháním tím, že redukuje srdeční hypertrofii. Léčba je zahajována nízkou dávkou, kterou postupně zvyšujeme. Při jejich podávání je nutné kontrolovat hodnoty minerálů v séru a ledvinné funkce. Vedlejším účinkem je hypotenze, která se může objevit zejména při zahajování léčby současně s diuretiky, dále hyperkalémie a kašel. Nejstaršími zástupci této skupiny jsou kaptopril a enalapril. Dále např. losartan, valsartan, candesartan a další (HYNIE, 2001).

Blokátory receptorů AT1 pro angiotenzin II (sartany)

Tyto blokátory mají u nemocných s chronickým SS na podkladě systolické dysfunkce levé komory podobný účinek na mortalitu a morbiditu jako inhibitory ACE. Indikace pro antagonisty receptorů pro angiotenzin II jsou shodné s indikacemi pro inhibitory ACE, tedy léčbě nekomplikované hypertenze, jako prevence rozvoje hypertrofie levé komory a srdečnímu selhání. Kombinace obou léků blokujících systém renin – angiotenzin – aldosteron proti monoterapii inhibitorem ACE snižuje počet hospitalizací pro srdeční selhání, ale neovlivňuje ani mortalitu, ani výskyt infarktů myokardu a cévních mozkových příhod. Sartany zůstávají hlavně alternativou pro nemocné, kteří mají kontraindikace nebo netolerují inhibitory ACE. Zástupcem této skupiny je candesartan, který prokázal v klinických studiích u SS nejlepší účinek a má zatím jako jediný také doklady o prospěšnosti u diastolického SS (HRADEC; BÝMA, 2008).

Betablokátory

Tato skupina se stala základním preparátem v terapii chronického srdečního selhání. Betablokátory tlumí některé funkce sympatického nervového systému, zejména jeho účinek na srdce a krevní oběh. Zpomalují srdeční činnost a snižují krevní tlak. Užívají se proto jako antihypertenziva ke snížení vysokého krevního tlaku, antiarytmika, upravují některé poruchy srdečního rytmu, v léčbě anginy pectoris a někdy dlouhodobě po infarktu myokardu. Při dlouhodobém podávání s pozvolna zvyšovanými dávkami zlepšují systolickou i diastolickou dysfunkci levé komory, dále snižují negativní dopady katecholaminů na myokard, kterými jsou apoptóza myocytů, fibrotizace myokardu a snížení prahu pro fibrilaci komor. Tímto snižují výskyt maligních arytmií a prodlužují život nemocných. Zástupci této skupiny jsou: carvediol, metoprolol, bisoprolol atd. (LUKL, 2004).

Diuretika

Diuretika snižují množství retinované tekutiny tím, že zvyšují tvorbu a vylučování moči a dále snižují preload. Často se užívají k léčbě hypertenze a k „odvodnění“ při celkových otocích, např. srdečním selhání, ledvinných nebo jaterních onemocněních. Základem léčby SS by měl být hydrochlorothiazid 25 mg denně, který ale není vhodný u diabetiků. Z klíčkových diuretik je znám především furosemid. Pro razantní diuretický efekt by furosemid neměl být používán jako první diuretikum u starších nemocných. Může způsobit hypokalémii. Mezi kalium šetřící diuretika patří amilorid a spironolakton, který výrazně zlepšuje prognózu nemocných se srdeční insuficiencí. Diuretika jsou kontraindikována u akutní izolované pravostranné srdeční slabosti, např: plicní embolie, infarkt pravé komory. Při podávání diuretik musíme kontrolovat hodnoty minerálů v séru a diurézu u pacienta.

Vazodilatancia

Vazodilatancia jsou léky, které vyvolají vazodilataci. Užívají se k léčbě ischemických chorob ICHS, ICHDK, vysokého krevního tlaku, srdečního selhání. Působí buď přímo na cévní stěnu např. dihydralazin, blokátory kalciových kanálů, nebo nepřímo prostřednictvím inhibice sympatiku alfablokátory či ACE IACE. Mezi nejčastější vazodilatancia patří nitráty, které ovlivňují především preload. Nitráty působí v perorální formě hlavně periferní venózní dilataci, v parenterální formě spíše arteriální dilataci. Podle formy aplikace tedy snižují buď preload, nebo afterload, čehož je využíváno v léčbě levostranné srdeční slabosti (LUKL, 2004).

Blokátory receptorů pro aldosteron

Tyto blokátory inhibují směnu sodíku za draslík a kromě diuretického efektu mají již v malých dávkách podstatný vliv na zpomalení tvorby fibrózní tkáně v myokardu a na zlepšení prognózy nemocných se srdečním selháním. Zástupci této skupiny jsou starší spironolakton a nový eplerenon. Spironolakton je indikován v malé dávce a to 25 až 50 mg denně u nemocných s pokročilým srdečním selháním (NYHA III–IV) na podkladě systolické dysfunkce, u kterých snižuje mortalitu i morbiditu. Kolem 10 % mužů spironolakton netoleruje pro výskyt hormonálních nežádoucích účinků, jako jsou: gynekomastie, mastodynie a impotence. Eplerenon má nižší výskyt nežádoucích účinků a to především hormonálních. Podávání blokátorů receptorů pro aldosteron zvyšuje kalemii. Kalemie vyšší, než 5,0 mmol/l je kontraindikací jejich nasazení. V průběhu léčby je nutné kalemii monitorovat, překročí-li 5,5 mmol/l, je nutné léčbu přerušit. (HRADEC; BÝMA, 2008).

Digoxin

Digoxin je nejběžnějším kardiotonikem, lékem užívaným k posílení srdeční činnosti a k léčbě některých poruch srdečního rytmu. Je jednoznačně indikovaný k chronickému podávání u nemocných s chronickým SS při systolické dysfunkci levé srdeční komory a fibrilaci síní s rychlou komorovou odpovědí. Zpomaluje komorovou frekvenci, což vede ke zlepšení systolické i diastolické funkce komory i symptomů. Kombinace digoxinu a betablokátoru je u nemocných s chronickým SS a fibrilací síní s rychlou odpovědí komor účinnější než monoterapie kterýmkoliv z těchto dvou léků. U nemocných se sinusovým rytmem je digoxin indikován u těch, kteří mají systolickou dysfunkci levé komory a jsou symptomatictí i při léčbě kombinací inhibitoru ACE, betablokátoru, diuretika a event. i spironolaktonu. Digoxin sice neovlivňuje mortalitu nemocných se srdečním selháním, ale může snížit potřebu hospitalizací, zejména pro zhoršení srdečního selhání. Kontraindikacemi digoxinu jsou bradykardie, síňokomorové blokády 2. – 3. stupně, syndrom nemocného sinusového uzlu, Wolffův – Parkinsonův - Whiteův syndrom, hypertrofickoobstrukční kardiomyopatie, hypokalemie a hyperkalemie. Digoxin se vylučuje téměř úplně ledvinami, při renální insuficienci je proto nutné denní dávku příslušně redukovat (HRADEC; BÝMA, 2008).

Antiagregační léčba

Antiagregancia jsou léky, které zabraňují shlukování krevních destiček, a tím mohou předcházet tvorbě trombů. Podávána je nejčastěji kyselina acetylsalicylová (ASA). V klinické praxi se obvykle podává u nemocných se SS ischemické etiologie, stejně jako v sekundární prevenci u nemocných s jinými klinickými manifestacemi.

Antikoagulační léčba

Antikoagulancia jsou látky, které snižují srážlivost krve. Používají se především k prevenci a léčbě žilní, nitrosrdeční a vzácněji tepenné trombózy a při pooperační prevenci vzniku trombů. Již vytvořený trombus antikoagulancia neovlivní, protože nemají fibrinolytickou aktivitu. Terapie warfarinem je indikována u nemocných se SS a fibrilací síní, anamnézou systémové nebo plicní embolizace, prokázaným intrakardiálním trombem, po rozsáhlém Q - IM přední stěny s poinfarktovou výdutí, výraznou dilatací levé komory neischemické etiologie a EF nižší než 0,20 (HYNIE, 2001).

Hypolipidemická léčba

Hypolipidemika jsou látky, které se používají k léčbě hyperlipoproteinémie. Do této skupiny řadíme látky, které snižují patologicky zvýšené hodnoty plazmatických lipidů, především cholesterolu a triacylglycerolu. Do této skupiny řadíme statiny, pryskyřice, probukol, fibráty atd. (HRADEC; BÝMA, 2008).

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována tehdy, je-li SS důsledkem korigovatelné poruchy srdečních struktur. O indikaci chirurgických léčebných postupů obvykle rozhoduje kardiolog a předchází jí řada specializovaných vyšetření. Proto zde jenom stručně vyjmenujeme nejčastější léčebné postupy, které přicházejí v úvahu.

Revaskularizace myokardu

U nemocného s ICHS a dysfunkcí LK je indikována koronarografie a při vhodném nálezu revaskularizace myokardu. Důležitým momentem v indikaci je průkaz viability myokardu, k čemuž využíváme nejčastěji metodu dobutaminové echokardiografie nebo perfuzní scintigrafie myokardu.

Intervenční léčba

Dalšími možnostmi léčby u pacientů s CHSS je intervenční léčba, kam patří implantace mechanické podpory, balónková kontrapulzace a koronární intervence.

Umělé srdeční podpory (mechanické náhrady)

Umělé srdeční podpory jsou vyráběny jako jednostranná podpora levé, nebo pravé srdeční komory, oboustranná srdeční podpora, nebo i dočasná plně implantabilní srdeční náhrada (umělé srdce). Jako trvalé srdeční náhrady však dosud nebyly definitivně schváleny.

Mechanické náhrady jsou čerpadla, která mají dočasně nahradit činnost srdce do doby, než se zotaví vlastní selhávající srdce po infarktu myokardu či operaci, nebo než se najde vhodný dárce srdce pro nemocného s ireverzibilním (nezvratným) srdečním selháním. Umělé srdce je poháněno elektrickým pohonem a někteří jedinci žijí s implantovaným srdcem na indukční pohon z baterie zavěšené na opasku již měsíce nebo roky. Problémem jsou vysoké náklady a z toho vyplývající výběrová kritéria. V České republice se srdeční podpory užívají sporadicky na některých kardiologických pracovištích v případě, že není možné nemocného odpojit od mimotělního oběhu. (KOLÁŘ, 2009).

Balónková kontrapulzace (IABK)

IABK je nejdéle a nejčastěji používanou podporou selhávajícího srdce. Princip podpory je v lepším diastolickém plnění koronárních tepen při nafouknutém balonku v descendentní aortě a usnadnění vyprázdnění LK krátce po sfouknutí balonku. Činnost balonku je synchronizována s EKG, popř. s tlakovou křivkou. Použití IABK je především u šokových stavů po kardiologické operaci, akutního infarktu myokardu nebo u vysoce rizikových nemocných před katetrizační léčbou koronárních tepen a v terminálních fázích refrakterního srdečního selhání.

Přístrojová léčba

Implantabilní kardioverter – defibrilátor (ICD)

Implantace ICD u nemocného s chronickým srdečním selháním se zvažuje po prodělané synkopě, dokumentované epizodě komorové tachykardie nebo fibrilace komor, pokud trvají známky elektrické nestability i při léčbě amiodaronem. U nemocných s dysfunkcí LK ve funkční třídě NYHA I-III se implantace ICD ukázala v prevenci náhlé smrti nejúčinnější metodou. U nemocných s velmi pokročilým srdečním selháním (NYHA IV) se implantace ICD zvažuje pouze jako "most" k transplantaci srdce.

Implantace kardiostimulátoru

Implantace kardiostimulátoru je indikovaná při bradyarytmických vyvolaných

poruchou tvorby nebo vedení vzruchu. U pacientů s chronotropní inkompetencí (relativní bradykardie v klidu a/nebo nedostatečný vzestup srdeční frekvence při zátěži) vede implantace kardiostimulátoru ke zlepšení stavu a kompenzace srdce a dovoluje zavedení účinné medikamentózní léčby, např. Betablokátorů. Implantace kardiostimulátoru také obvykle doplňuje provedení neselektivní ablace a-v junkce při farmakologicky nezvládnutelné fibrilaci síní. V poslední době se při volbě stimulační metody začíná uplatňovat biventrikulární stimulace, nebo stimulace LK. Klinický význam takto provedené „resynchronizace“ srdce se teprve ověřuje.

Transplantace srdce (Tx)

Transplantace srdce je dnes zavedenou klinickou metodou pro léčení terminálních stádií srdečního selhání. Prognóza nemocných s transplantovaným srdcem se dramaticky zlepšila od zavedení cyklosporinu do imunosupresivní léčby po transplantaci. Provedená Tx výrazně zlepšuje kvalitu života nemocného i jeho prognózu. Operační úmrtnost je kolem 10 %, 1 rok přežívá 80 % a 5 let 70 % nemocných. Program je omezen především nabídkou dárců, a tak je tato metoda řešením pouze pro malou část nemocných se srdeční insuficiencí. U mnohých nemocných je možno očekávat i návrat do zaměstnání. V České republice se provádí srdeční transplantace ve dvou centrech a to v Transplantačním centru Institutu klinické a experimentální medicíny Praha (IKEM) a v Centru kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno. K výkonu jsou indikováni nemocní ve IV. nebo pokročilé III. třídě NYHA klasifikace s doloženou závažnou poruchou systolické funkce levé komory (EF < 20 %) a špatnou prognózou. Nejčastější příčinou takto pokročilého srdečního selhání je ischemická choroba srdeční nebo dilatační kardiomyopatie. Nemocní jsou limitováni nejčastěji dušností a únavou, ve výjimečných případech se o indikaci k Tx uvažuje při těžké angině pectoris nebo závažných, jinak nezvládnutelných poruchách rytmu. U nemocných ve III. třídě funkční klasifikace je rozhodující odhad dalšího vývoje a prognózy onemocnění. Toto posuzování je komplexní, nezbytným vyšetřením je spiroergometrie. Indikace k Tx představuje nález VO₂ max. pod 10-14 ml/kg/min., při VO₂max. nad 17 ml/kg/min. není Tx srdce ještě nutná (ŠPINAR; HRADEC; MÁLEK; TOMAN, 2011).

Indikace k Tx srdce jsou: těžké srdeční selhání (NYHA III – IV), výrazně symptomatický nemocný i při maximální farmakologické léčbě, pokud není možná revaskularizace myokardu katetrizační (PTCA), či chirurgickou (CABG), špatná

prognóza nemocného (očekávané úmrtí bez transplantace do 6 měsíců), věk pod 60 let, nepřítomnost jiných závažných onemocnění (komplikovaný DM, ICHDK, těžké ledvinné selhání, těžší hepatopatie, malignita, těžší plicní hypertenze aj.) a pravděpodobnost dobré prognózy a dobré kvality života po transplantaci.

Transplantace má i své kontraindikace, které dělíme na absolutní a relativní. Absolutními kontraindikacemi jsou: aktivní infekce, malignita, vysoká plicní cévní resistence. Relativní kontraindikace jsou: věk nad 60 let, nezhojený plicní infarkt, aktivní vředová gastroduodenální choroba, diabetes mellitus s komplikacemi, poruchy ledvin a jater, systémová onemocnění a chronické infekce, psychiatrické choroby a drogové závislosti a špatné psychosociální zázemí (HRADEC; SPÁČIL, 2001).

Metodou volby je ortotopická transplantace provedena bikavální technikou, kdy z původního srdce příjemce zůstává pouze zadní strana levé síně s vyústěním plicních žil. Zachování integrity pravé síně je výhodné, neboť je zachována fyziologická tvorba a vedení vzruchu a také je menší trikuspidální regurgitace.

Nemocní po Tx srdce potřebují trvalou péči, kterou zajišťuje příslušné kardiocentrum ve spolupráci s ambulantním kardiologem. V prvních měsících je nemocný nejvíce ohrožen odhojováním (rejekcí) štěpu a infekcemi, dalšími komplikacemi jsou hypertenze, obezita, hyperlipidémie, osteoporóza, selhávání ledvin a koronární nemoc štěpu.

Časná stádia rejekce štěpu lze zjistit pouze mikroskopickým vyšetřením vzorků srdečního svalu získaného endomyokardiální biopsií. Prevence rejekce spočívá v kombinované imunosupresivní léčbě (obvykle cyklosporin A, azathioprin a prednizon). Akutní epizoda buněčné rejekce se léčí metylprednizolonem nebo antilymfocytárními globuliny. Kromě imunosupresiv nemocní obvykle užívají kombinaci antihypertenzív a statiny.

Rehabilitace a lázeňská léčba

U nemocných se stabilizovaným srdečním selháním je žádoucí pravidelný kondiční trénink. Stanovení standardů pro jeho provádění je stále ve stádiu klinického výzkumu, takže zatím nelze doporučit metodické pokyny pro běžnou praxi. Probíhají jednání o zařazení chronického srdečního selhání a stavů po transplantaci srdce do indikačního seznamu pro lázeňskou léčbu.

3. Ošetrovatelský proces

Jak uvádí literatura, pojem ošetrovatelský proces je poměrně nový a souvisí s akceptováním vědeckého (systémového) přístupu a východisek v ošetrovatelství, kterými se řídí lidské poznání. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová v roce 1955 (MASTILIAKOVÁ, 2005).

Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší. Je to určitý problém s předem stanoveným cílem a očekávanými výsledky, jinak také analyticko – syntetická metoda řešení problému nebo myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti poskytnuté péče. Z teoretického hlediska jde o metodologii oboru ošetrovatelství.

Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta/pacienta. Ošetrovatelský proces je dnes mezinárodním standardem ošetrovatelské péče.

Předtím, než se začala používat metoda ošetrovatelského procesu v praxi, sestry poskytovaly svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka.

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester (ANA) jej uveřejnila jako „Standard ošetrovatelské praxe“, který má pět fází: zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení (MASTILIAKOVÁ, 2005).

Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče a uspokojení individuálních potřeb klienta/pacienta. Sestra nejdříve ve spolupráci s klientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav (sestaví anamnézu), určí aktuální a potencionální problémy (aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy), sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče (seřadí ošetrovatelské diagnózy dle priorit a ke každé stanoví očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy), poté péči realizuje a vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Sestra pozoruje vývoj stavu klienta a účinnost poskytnuté péče po určité době vyhodnotí srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče.

Pokud není pacient schopen samostatně rozhodovat a spolupracovat, sestra může požádat o spolupráci jeho příbuzné nebo přátele (MASTILIAKOVÁ, 2005).

Aplikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje, aby sestra získala odpovídající vzdělání a dovednosti v oblasti interpersonální, technické, a intelektové. Ošetrovatelský proces má své výhody a to nejen pro klienta/pacienta, ale i pro sestru.

Pro klienta/pacienta to jsou: Kvalitní plánovaná péče, která uspokojuje potřeby jednotlivce, rodiny, komunity, společnosti, návaznost a kontinuita péče, účast klientů/pacientů na péči.

Pro sestru: Důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělání, spokojenost v zaměstnání, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, realizace standardů ošetrovatelské praxe a splnění standardů akreditovaného pracoviště (MASTILIAKOVÁ, 2005).

4 Konceptní model dle Marjory Gordonové

Konceptní model dle Marjory Gordonové je dle odborníků na ošetrovatelskou teorii z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Tento model se uplatňuje jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak při řízení a poskytování ošetrovatelské péče v praxi, takto vzdělanými sestrami. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Zdravotní stav klienta/pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, stanoví aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy a může poté efektivně naplánovat i realizovat svoji péči (TRACHTOVÁ, 2006).

Pro dokonalé pochopení tohoto konceptního modelu je nutné znát i jiné typy a definice zdraví, kterých je v literatuře mnoho. Funkční typy zdraví klientů, jednotlivců, rodin a komunity jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio – psycho – sociální integrace (poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu/zdraví celého organismu).

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

Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chrobných stavů (sekundární, terciální prevence), ale i u relativně zdravých jednotlivců, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetrovatelské péče (primární prevence) dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

K posouzení, zda jde o typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví je nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry, zejména z oblastí klinické propedeutiky, psychologie a používání určitých standardních nástrojů např. výchozí individuální stav, normy stanovené pro věkovou skupinu, normy kulturní, společenské atd.

Základní strukturu modelu Marjory Gordonové tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (TRACHTOVÁ, 2006):

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné

Praktická část

5 Základní informace o klientovi

67 – letý pan J. K. interně polymorbidní pacient byl přijat na koronární jednotku překladem dne 9. 7. 2010 ve 12:30 h ze standardního kardiologického oddělení KOS 2 pro akutní dekompenzaci chronického srdečního selhání s hypotenzí. Pacient na standardním oddělení od rána udával nechutenství, cítil se unavený. Došlo k celkové alteraci jeho stavu, měřením tělesné teploty byla zjištěna subfebrilie 37,9 °C. V popředí je dušnost a hypotenze, před překladem ze standardního oddělení KOS 2 na koronární JIP je klientovi aplikován kontinuálně pomocí dávkovačů Furosemid a Dobutamin.

Během hospitalizace u pacienta dominuje interní problematika a diabetická gangrena na LDK, která je indikována k transmetatarsální amputaci. Dále je přítomna progresivní fluidothoraxu vlevo, dle pneumologa spíše kardiální etiologie. Dle TTE je těžká systolická dysfunkce LK s EF 30 % a lehkou mitrální insuficiencí. Pacient udává bolest LDK od konečků prstů po kotník.

Pan J. K. byl hospitalizován na koronární jednotce od 9. 7. do 31. 7. 2010. Ošetrovatelský plán péče byl sestaven od 9. 7. do 11.7. 2010.

5.1 Identifikační údaje klienta

Jméno, příjmení: J. K.

Pohlaví: muž

Věk: 67 let

Stav: ženatý

Bydliště: Praha 5

Pojišťovna: 111 – Všeobecná zdravotní pojišťovna

Zaměstnání: nyní v důchodu, dříve seřizovač strojů

Vzdělání: vyučen

Státní příslušnost: Česká republika

Důvod přijetí udávaný pacientem: zhoršení dechu, celková slabost

Datum přijetí na KOKJ: 9.7. 2010 ve 12:30 h

Typ přijetí: neodkladné

Hlavní důvod pro přijetí na KOKJ: Akutní dekompenzace CHSS s hypotenzí

Nejbližší příbuzní pacienta: manželka Drahomíra a dcera Jaromíra

Vitální funkce při přijetí na KOKJ:

TK: 96/59

P: 112´

D: 15´

TT: 37,9 °C

Stav vědomí: somnolentní

Výška: 175 cm

Hmotnost: 85 kg

BMI: 27,76

Pohyblivost: v lůžku se pacient sám přetáčí ze zad na boky, nyní se není z důvodu dušnosti a celkové slabosti schopen posadit na lůžku ani postavit

Krevní skupina: 0 pozitivní

5.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: z kardiologického hlediska negativní

Osobní anamnéza: Chronické srdeční selhání t. č. akutní dekompenzace s hypotenzí a na kontinuálních katecholaminech.

St.p. evakuaci fluidothoraxu l. sin. 8.7. 2010, dle dokumentace perzistující výpotek, charakter transudátu.

St.p. AIM 3x (1974, 1984, 1987).

St.p. PCI RIA, EF LK 30 %, lehká mitrální regurgitace, dilatace LS, hypokinesa až aneurysma v oblasti hrotu.

DM 2. typu na PAD, nyní na konvenční IT s mnohočetnými komplikacemi – neproliferativní diabetická retinopatie bilaterálně, diabetická neuropatie ve stadiu mikroalbuminurie, diabetická polyneuropatie, diabetická noha.

ICHDK IV. stupně – nyní gangrena akra LDK – v plánu amputace 2. prstu.

St.p. PTA aorty s implantací stentu.

St.p. PTA a. poplitea l. sin., chronický uzávěr a. tibialis posterior bilaterálně 2008

8/09 hospitalizován na interním oddělení FNM – plánována rekonstrukční operace cév LDK - neuskutečněno z důvodu kardiálního selhání a následné dimise pacienta na reverz

St.p. endarterektomie ICA vlevo pro stenosu v r. 2003 (NNH)

St.p. fr. L5 v mládí s přechodnou paraparézou DK, řešeno konzervativně

Abusus: exnikotinismus 7 měsíců, předtím kouřil kolem 60 cigaret denně

Zaměstnání: v důchodu, předtím seřizovač strojů

FA (medikace na KOS2 před překladem na KOKJ) :

I.V.: Dobutamin 250 mg/FR 50 ml - kont. 6 ml/h, event. dle TK
(sympatikomimetikum)

Furosemid F. 1 amp/FR 50 ml – kont. 1 ml/h dle diurezy (diuretikum)

Algifen 4 amp./FR 50 ml – kont. na 24h (spazmolytikum)

S.C.: inzulin Novomix 20 – 0 – 12 j. eventuálně dle hodnot glykémie (rychle působící inzulin)

P.O.: Trombex 75 mg tbl 0 – 0 – 1 (antikoagulancia)

Atoris 40 mg tbl 0 – 1 – 0 (hypolipidemikum)

APO – Famotidine tbl 0 – 0 – 1 (antiulcerózum)

Vesel due tbl. 0 – 1 – 1 (antitrombotikum, antisklerotikum)

Coxtral tbl 0 – 1 – 1 (antirevmatikum,

antiflogistikum, antipyretikum, analgetikum)

Verospiron 25 mg tbl 0 – 1 – 1 (diuretikum)

Cotrimoxazol lokálně na třísla 2x denně (chemoterapeutikum)

Denně převaz LDK Nugel nebo Inadine.

Antibiotika p.o. : 2. den Dalacin 300 mg cps. 12 – 18 – 24 – 6 (linkosamidové antibiotikum)

Antikoagulační léčba: Fraxiparine 0,3 ml 20 (antikoagulancium)

Katetry:

pernamentní močový od 8. 7. 2010

periferní žilní katetry 2 x na LHK na předloktí a v cubitě

Infuze: Ringer 500 ml 14 – 12 (koloidní roztok)

EKG při přijetí: SR 103/min., osa IM, pz V 3 – 4, PQ 160 ms, QRS 110 ms, denivelace ST s neg. T I, aVL, ploché T II, aVF, vyšší odstup ST V 1 – 4

Diagnostický závěr:

I 702 Ateroskleróza končetinových tepen

I 500 Chronické srdeční selhání t. č. akutní dekompenzace s hypotenzí na kontinuálních katecholaminech

Diabetes mellitus 2. typu na konvenční IT s mnohočetnými komplikacemi - neprolif. diabetická retinopatie bilat., diabetická nefropatie ve stadiu mikroalbuminurie, diabetická polyneuropatie, diabetická noha

ICHDK IV. stupně - nyní gangrena akra LDK, v plánu amputace 2. prstu

Obezita

Důvod k přijetí k hospitalizaci na KOKJ:

Akutní dekompenzace CHSS s hypotenzí

Plán péče:

Telemetrie, terapie SS

5.3 Sesterská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela stářím

Otec: zemřel na karcinom plic v 65 letech

Sourozenci: nemá

Děti: dcera zdráva

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění :

Chronické srdeční selhání

St.p. evakuaci fluidothoraxu l. sin. 8.7. 2010

St.p. AIM 3x (1974, 1984, 1987).

St.p. PCI RIA, EF LK 30 %, lehká mitrální regurgitace, dilatace LS, hypokinesa až aneurysma v oblasti hrotu.

DM 2. typu na PAD, nyní na konvenční IT s mnohačetnými komplikacemi – neproliferativní diabetická retinopatie bilaterálně, diabetická neuropatie ve stadiu mikroalbuminurie, diabetická polyneuropatie, diabetická noha.

ICHDK IV. Stupně – nyní gangrena akra LDK

St.p. PTA aorty s implantací stentu.

St.p. PTA a. poplitea l. sin. , chronický uzávěr a. tibialis posterior bilaterálně 2008

St.p. endarterektomie ICA vlevo pro stenosu v r. 2003 (NNH)

St.p. fr. L5 v mládí s přechodnou paraparézou DK

Hospitalizace a operace

2008 St.p. PTA aorty s implantací stentu.

2003 St.p. endarterektomii ICA vlevo pro stenosu v r. 2003 (NNH).

Úrazy :

St.p. fr. L5 v mládí s přechodnou paraparézou DK, řešeno konzervativně

Transfúze:

8.7.2010 na standardním oddělení podána 2 x transfúze resuspendovaných deleukotizovaných erytrocytů krevní skupiny 0 pozitivní.

Očkování: dle očkovacího kalendáře

Léková anamnéza po přijetí na KOKJ dne 9. 7. 2010:

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|--|------------------------|---------|---------------------------|---|
| Dobutamin/50 ml FR | INJ PLV SOL INF SOL | 250 mg | kontinuálně dle hodnot TK | sympatikomimetikum |
| Furosemid F 1 amp./ FR | INJ SOL INF SOL | 125 mg | kontinuálně dle diurézy | diuretikum |
| Voluven | INF SOL | | kontinuálně 100 ml/ h | koloidní roztok |
| G 5% 500 ml + 6 j HMR | INF SOL INJ SOL | | kontinuálně 75 ml/ h | infundabilum krátkodobě působící inzulin |
| FR 1/ 1 500 ml + 1 amp. Multibionta | INF SOL INJ | | kontinuálně 75 ml/ h | Infundabilum vitamin |
| Inzulin HMR | INJ SOL | | dle hodnot glykémie | krátkodobě působící inzulin |
| Inzulin NPH | INJ SOL | | dle hodnot glykémie | inzulin s prodlouženou dobou účinku |
| Clexane | INJ SOL | 0, 4 ml | | antikoagulancium |
| Tazocin | INJ PLV SOL | 4,5 g | 16 – 22 – 4 - 10 | antibiotikum |
| Ciprofloxacin | INJ PLV SOL | 400 mg | 11 - 23 | antibiotikum |
| Cotrimoxazol | UNG | | 2 x denně | chemoterapeutikum |

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně 2 – 3 piva

Kouření: exnikotinismus 6 měsíců

Káva: 1 x denně

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: neguje

Poslední návštěva u urologa: klient si nevzpomíná

Samovyšetření semeníků: neprovádí

Sociální anamnéza

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí v panelovém bytě s výtahem ve 2. patře s manželkou

Vztahy, role, a interakce v rodině: vztahy v rodině jsou dobré, manželka i dcera za klientem pravidelně dochází na návštěvu, již doma o něho pečovaly

Vztahy, role, a interakce mimo rodinu: občas za klientem domů přijde na návštěvu některý z jeho bývalých spolupracovníků

Záliby: sledování televize, luštění křížovek

Volnočasové aktivity : vycházka do parku

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: seřizovač strojů

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: v 61 letech odchod do starobního důchodu

Vztahy na pracovišti: před odchodem do důchodu velmi dobré

Ekonomické podmínky: uspokojivé

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: klient je ateista

5.4 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 9. 7. 2010

Celkový stav: spavý, unavený, orientován všemi smysly, spolupracuje, klidové eupnoe, klient udává bolest LDK. Poloha aktivní, chůzi nyní zjistit nelze, tremor není přítomen, klient normostenický.

Hlava: normocefalická, facialis inervuje správně, oční bulby ve středním postavení, bez nystagmu, spojivky růžové, vlhké, skléry bílé, zornice okrouhlé, isokorické, reagují fyziologicky, výstupy trigeminu nebolestivé, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí ve střední čáře, hrdlo klidné, uši a nos bez sekrece, zbylý chrup kariézní.

Krk: karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil nezvětšená, thyreoidea a uzliny nehmatné.

Hrudník a dýchací systém: symetrický, axily volné, mammy bez rezistence.

Plíce: poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, dýchání vpravo čisté, vlevo bazálně oslabeno, přítomny expirační pískoty.

Srdcovo – cévní systém: pokleповě nezvětšeno, akce srdeční pravidelná, ozvy 2 ohraničené, systolický šelest na hrotě. Otoky dolních končetin v oblasti kotníků, pulzace hmatná do periferie, arteria femorales bez šelestu. Pulzace v obou tříslech je hmatná, pod kolenem na LDK již nehmatná.

Břicho a GIT: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklep bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, peristaltika slyšitelná, játra nezvětšená, slezina nezvětšena.

Močovo – pohlavní systém: ledviny nehmatné, tapotement bilaterálně negativní, ureterální body nebolestivé, močový měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivé, scrotum nebolestivé, bez zduření, uretra bez výtoku.

Kostrovo – svalový systém: tvar kloubů ušlechtilý, klouby volně pohyblivé, svaly a šlachy pohmatově nebolestivé kromě LDK, na které od konečků prstů po kotník udává klient bolest z důvodu defektů. Páteř fyziologicky zakřivená.

Endokrinní systém: glandula thyroidea nehmatná.

Imunologický systém: lymfatické uzliny nehmatné, nebolestivé.

Kůže a její adnexa: prokrvená, bez ikteru a cyanózy, bez hyperpigmentace a jizev, turgor dobrý. Na skrótu a vnitřní straně stehen přítomna mykóza.

Genitál: normálně vyvinutý, bez výtoku, varlata nezvětšena.

Dolní končetiny: otoky kolem obou kotníků DK, hybnost končetin volná, na LDK defekty:

vlhká gangrena s hnisavým povlakem celého ukazováku LDK

vlhká gangrena s hnisavým povlakem vnitřní strany palce LDK velikosti 4 x 3 cm

vlhká gangrena s hnisavým povlakem paty na plosce nohy LDK velikosti 4 x 3 cm

Okolí gangrény u všech defektů je zarudlé, oteklé, okraje defektů neohrazené. Pacient udává bolest LDK a to od konečků prstů po kotník.

6. Průběh hospitalizace

V období 9. - 11. 7. 2010 byl pacient v mé péči.

1. den hospitalizace (9.7. 2010 ve 12:30 h je klient přeložen ze standardního kardiologického oddělení na koronární JIP)

Pacient byl po překladi na KOKJ přeložen s dopomocí sester na lůžko a napojen na telemetrii pro kontinuální monitorování vitálních funkcí. Pacient byl subjektivně i objektivně dušný, proto jsem zahájila aplikaci oxygenoterapie kyslíkovou maskou s rezervoárem a měření krevního tlaku jsem na telemetrii nastavila dle ordinace lékaře po patnácti minutách. Na ukazováček pravé horní končetiny jsem pacientovi nasadila saturační čidlo pro kontrolu hodnot SPO₂. Dále jsem natočila EKG záznam a poskytla ho lékaři. Zkontrolovala jsem funkčnost obou periferních žilních katetrů, se kterými k nám pacient byl přeložen ze standardního oddělení, a provedla odběry krve dle ordinace lékaře. Dále jsem zkontrolovala permanentní močový katetr, který byl stejně jako periferní žilní katetry zavedený 1. den na standardním oddělení. Permanentní močový katetr odváděl moč slámovitě žluté barvy, bez příměsí.

Lékař mající službu se rozhodl zavést pacientovi trojcestný centrální žilní katetr a arteriální katetr. Pacient byl lékařem seznámen s výkonem a podepsal informovaný souhlas. Poté mu byl lékařem zaveden centrální žilní katetr do vena subclavia dextra a arteriální katetr do arteria femoralis dextra. Tyto výkony proběhly bez komplikací. Oba periferní žilní katetry jsem po zavedení centrálního žilního katetru zrušila. U pacienta byl lékařem naordinován RTG srdce a plic, kde byla patrna progresse fluidothoraxu. Po zajištění pacienta jsem jej edukovala o jeho právech, domácím řádu

oddělení, identifikačním náramku, jeho pohybovém režimu, o péči o žilní vstup Jako prevenci pádu pacienta jsem zajistila k lůžku zábrany. K ruce jsem mu dala signalizaci a poučila ho opakovaně o tom, jak si v případě potřeby přivolat zdravotnického pracovníka.

Pacient byl somnolentní, ale snažil se spolupracovat se sestrou a dodržoval léčebný režim. Pacient byl lačný z důvodu rizika možné aspirace při zhoršeném stavu vědomí (sommolence). U klienta jsem zajišťovala pravidelnou péči o dutinu ústní po 2 hodinách a dále dle potřeby. Do ošetřovatelské dokumentace jsem zapisovala hodnoty krevního tlaku po patnácti minutách do stabilizace stavu klienta, poté už po hodině. Dále jsem zapisovala po šesti hodinách hodnoty CVP a tělesné teploty, po jedné hodině hodnoty SPO₂.

Po zbytek mé služby na koronární jednotce jsem plnila ordinace dle lékaře:

V dávkovačích byly klientovi do CŽK kontinuálně podávány:

Dobutamin 250 mg/50 FR 6 ml/h

Furosemid F. 1 amp./50 FR 0, 5 ml

Infúzní terapie podávaná do CŽK infúzními pumpami:

Voluven 500 ml 13 – 18h 100ml/h

G 5 % 500 ml + 6j. HMR 18 – 02h 75 ml/h

FR 1/1 500 ml + 1 amp. Multibionta 02 – 10h 75 ml/h

S.C.:

HMR + NPH inzulin dle glykémie (měřena 4x denně) – pacient měl první den hospitalizace hodnoty glykémie mezi 9 – 10 mmol/l. Žádný inzulin jsem mu tento den neaplikovala, protože byl lačný.

Dle výsledků kultivace z defektů na LDK byla vykultivována E. Coli a Proteus Byla tedy i nadále podávána antibiotika Tazocin a Ciprofloxacin i. v.

I.V.:

Tramal 3 x denně při bolesti LDK

Tazocin 4, 5 g 16 – 22 – 4 - 10

Ciprofloxacin 400 mg 11 - 23

P.O.:

zatím nic

Lokálně jsem 2 x denně klientovi nanášela Cotrimoxazol ung. z důvodu mykózy na skrótú a vnitřní straně stehén. Dále jsem zkontrolovala stav defektů na LDK a provedla jejich převaz po uskutečnění chirurgického konzilia. Pacient byl indikován k transmetatarzální amputaci, ale vzhledem k jeho současnému stavu a dle ošetřujícího lékaře nebyl tohoto výkonu z kardiologického hlediska schopen. Amputace byla tedy odložena. Na celém ukazováku je vlhká gangrena s hnisavým povlakem, na vnitřní straně palce LDK je vlhká gangrena s hnisavým povlakem velikosti 4 x 3 cm a na plosce nohy na patě je také vlhká gangrena s hnisavým povlakem velikosti 4 x 3 cm. Okolí gangrény u všech defektů je zarudlé, oteklé, okraje defektů neohrazené. Provedla jsem oplach defektů roztokem Prontosanu a poté jsem přiložila sterilní čtverce s roztokem Betadine a provedla obvaz dolní končetiny do 1/2 holeně. Pacient udával bolest LDK a to od konečků prstů po kotník. Dle VAS 3. Podala jsem mu tedy analgetika dle dekurzu. Poté jsem zhodnotila VAS hodinu po podání analgetik, kdy pacient udával snížení intenzity bolesti na VAS 1, pacient nepožadoval již analgetika, k úlevě od bolesti mu dopomohlo zaujmutí úlevové polohy, kdy mu byla vypodložena LDK polštářem. V 18 h jsem zhodnotila opět VAS, která byla opět 3 a podala jsem analgetika dle dekurzu. U klienta byl proveden RTG srdce a plic, echokardiografické vyšetření a odběry krve (Na, K, Cl, urea, kreatinin, krevní obraz, Quick, APTT, CK – MB mass, troponin I a Astrup).

2. den hospitalizace (10.7. 2010)

U pacienta jsem zajistila intimitu pacienta pomocí pleny, jelikož byl hospitalizován na pokoji s dalšími dvěma pacienty, a provedla celkovou ranní hygienu a péči o dutinu ústní, jelikož byla u pacienta snížena soběstačnost vzhledem k jeho zhoršenému zdravotnímu stavu. Dále jsem opět provedla převaz diabetické gangény na LDK stejným způsobem jako předchozí den. Ve 12 hodin udával pacient opět bolest od konečků prstů po kotník – VAS 3. Podány analgetika dle dekurzu. Hodinu po aplikaci analgetika jsem opět provedla zhodnocení VAS a pacient udal snížení intenzity na VAS 1. V 18 h pacient neudával žádnou bolest.

Byla lékařem upravena stávající medikace:

Dobutamin 250 mg/50 FR 5, 2ml/h

Furosemid F. 1 amp./50 FR 1ml

KCL 50 ml 1 ml/h

Infúzní terapie byla stejná jako předchozí den.

S.C.:

HMR + NPH dle glykémie (měřena 4x denně) – hodnoty glykémie se tento den pohybovaly mezi

11 – 13 mmol/l. Klientovi dnes nebyl opět podán po dohodě s lékařem žádný inzulin.

Clexane 0,4 ml s. c. 10 H

I.V.:

Tramal při bolesti 3 krát denně

Tazocin 4, 5 g 16 – 22 – 4 - 10

Ciprofloxacín 400 mg 11 - 23

P.O. :

0 – pouze tekutiny dle stavu pacienta, Nutridrink 3 krát denně

Lokálně:

Cotrimoxazol ung. z důvodu mykózy na skrůtu a vnitřní straně stehen.

Pro přetrvávající fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor na teletrii byl lékařem naordinován Cordarone 1 amp. bolusově, poté 4 amp. Cordarone/38 ml 5 % G kontinuálně dávkovačem. Druhý hospitalizační den pacienta na JIP byly provedeny odběry krve na Na, K, Cl, urea, kreatinin, CRP, prokalcitonin, krevní obraz, CK – MB mass, troponin I, Quick, APTT a ASTRUP. Byly provedeny stěry z defektů na LDK a odeslány na kultivaci a citlivost na mikrobiologii. V laboratorních výsledcích v 17 h přítomna hypokalémie. Pacientovi bylo tedy dávkovačem kontinuálně aplikováno KCL 5 ml/h a dále dle hodnot kalémie, na 22 h byl naordinován kontrolní odběr kália. Během celého dne jsem plnila ordinace lékaře a dopomáhala mu k jeho potřebám.

3. den hospitalizace (11.7. 2010)

U pacienta jsem po vyšetření zajistila intimitu pomocí pleny, poté jsem provedla převaz LDK a ošetřila nekrózu stejným způsobem jako předchozí den. Klient se již podle jeho slov cítil lépe, než předchozí dny. Pokašlává, je zahleněný, ale žádné sputum nevykašlal.

Během dne se dušnost u klienta zhoršovala. Byly přítomny expirační chropy, poslechově inspirační chrůpky bilaterálně. Klient žádné obtíže neudával, tento den byl zcela bez bolestí – VAS 0. Přesto ve večerních hodinách došlo při službě noční směny k další progresi srdečního selhání. Dle ordinace lékaře byl furosemid forte v dávkovači zvýšen na 2 ml/h, bilance tekutin počítána po šesti hodinách. Infúzní terapie byla kromě dávkovačů zastavena.

Lékařem byla opět upravena stávající medikace:

Dobutamin 250 mg/50 FR 5 ml/h

Furosemid F. 1 amp./50 FR 1ml

KCL 7,5 % 50 ml 2 ml/h

4 amp. Cordarone/38 ml 5 % G (zrušeno v 11:15 h)

Dnes byla nově do ordinací přidána inhalační terapie 0,5 ml Atrovent + 0,5 ml

Mucosolvan + FR 1/1 6 – 10 – 14 – 18 – 22 – 2 – 6

ACC long tbl. 1 – 0 – 0

Infúzní terapie byla stejná jako předchozí dva dny.

S.C.:

HMR + NPH dle glykémie (měřena 4x denně) – hodnoty glykémie se tento den pohybovaly mezi 9 – 13 mmol/l. Ve 12 h bylo klientovi aplikováno 6 j HMR inzulínu, k obědu snědl 200 ml polévky.

Clexane 0,4 ml s. c. 10H

I.V.:

Tramal při bolesti 3 krát denně

Ciprofloxacin 400 mg 11 - 23

Biseptol 960 mg a 12 h 12 - 24

P.O.:

0 – pouze tekutiny dle stavu pacienta, nutridrink 3 x denně

Lokálně:

Cotrimoxazol ung. z důvodu mykózy na skrótu a vnitřní straně stehen.

Během dne byly již jasné výsledky stěrů z defektů LDK. Byly zde přítomny: Proteus, E. Coli, Stenotroponas, které byly citlivé na podávaná antibiotika, ale pro další elevaci hodnot CRP a pro infekci dýchacích cest bylo ošetřujícímu lékaři mikrobiologickou laboratoří doporučeno změnit Tazocin za Biseptol, což provedl. Na telemetrii již byl přítomen sinusový rytmus, proto bylo zrušeno podávání 4 amp. Cordarone/38 ml 5 % G podávaných pomocí dávkovače. Byly opět provedeny odběry krve a to stejné, jako předchozí dny.

Ošetrovateľská časť

7. Ošetrovateľský proces

Základní anamnéza byla získána 9. - 11. 7. 2010, tedy v den příjmu pacienta na KOKJ, dále druhý a třetí den hospitalizace, kdy se pacientův stav vědomí zlepšil. Pacient byl ale nadále dušný, unavený. Informace pro ošetrovateľskou část této práce byly získány především pozorováním, rozhovorem s pacientem a ostatním zdravotnickým personálem, ale také prací s ošetrovateľskou a lékařskou dokumentací.

7. 1 Ošetrovateľská anamnéza dle modelu Gordonové

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient se cítí unavený, slabý, udává subjektivní pocit nedostatku vzduchu, slyšitelné vrzoty, poslechově inspirační chrůpky. Dále udává bolest LDK a to od konečků prstů po kotník.

Pacient udává, že na standardní oddělení kardiologie byl přijat poté, co se svou manželkou navštívil kardiologickou ambulanci pro zhoršení dechu, celkovou slabost a únavnost. Na standardním oddělení byl hospitalizován 1. den a poté je pro další progresi zdravotního stavu přeložen na koronární jednotku.

Klient je o svém stavu, jak tvrdí, dobře informován, ale není informován o závažnosti svého zdravotního stavu a prognóze onemocnění. Klient byl během svého života opakovaně hospitalizován, takže na pobyt v nemocnici si celkem zvykl. Na převaz s defekty na LDK ho dovážela manželka na chirurgickou ambulanci.

Na preventivní prohlídky klienta dovážela manželka. Nyní je již exkuřák, dříve kouřil až 60 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně, jiné návykové látky neužívá. Pacient alergii neguje.

Výživa a metabolismus

Pacient nyní není schopen se najíst a napít sám z důvodu slabosti. Předtím se napil a najedl samostatně. Doma ale nejedl zcela pravidelně, i když je diabetik.

Má kariézni chybějící chrup, z dutiny ústní foetor ex ore. Má snímatelnou zubní protézu, a to horní i dolní.

Pacient je dle dokumentace vysoký 175 cm, váží 85 kg, nyní není možné klienta zvážit. Kůže je suchá, klient je bez otoků. Na celém ukazováku je vlhká gangrena s hnisavým povlakem, na vnitřní straně palce LDK je vlhká gangrena s hnisavým povlakem velikosti 4 x 3 cm a na plosce nohy na patě je vlhká gangrena s hnisavým

povlakem velikosti 4 x 3 cm. Okolí gangrény u všech defektů je zarudlé, oteklé, okraje defektů neohraničené. Po domluvě s chirurgem na nekrózu přikládány sterilní čtverce s roztokem Betadine a končetina byla obvázána obinadlem. Po stabilizaci a dořešení stavu pacienta plánována transmetatarzální amputace LDK. Sliznice a rty jsou vlhké. Nehty na rukách a nohách jsou bez patologií. Vlasy řídké, bez patologií.

Nutriční skóre: 3 b (nízké nutriční riziko) (viz příloha A)

BMI: 27, 76 (viz příloha B)

Klient má zaveden centrální žilní katetr ve vena subclavia dextra a arteriální katetr do arteria femoralis dextra. Oba invazivní vstupy jsou průchozí, okolí vpichů bez známek infekce, nebolestivé. Pacient má 1. den zavedený permanentní močový katetr, který odvádí moč fyziologické barvy, bez příměsí.

Pacient první den nedostává nic per os z důvodu somnolentního stavu a možné aspirace. Druhý a třetí den má již tekutou dietu a podávám mu čaj, pak 3 x denně Nutridrink, který pacientovi chutná. Doma moc nedodržoval diabetickou dietu, i když se snažila na něho dohlížet dcera. Váhu má stále stejnou.

Rád pije ovocný čaj nebo minerálku. Doma vypil do 1 l tekutin/24 hodin. Pacient za dnešní den přijal 2330 ml i. v., per os zatím díky zhoršenému stavu a riziku aspirace nic. Klient se zvýšeně nepotí.

Norton score rozšířené: 16 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů (viz příloha C).

Vylučování

Pacient má zaveden permanentní močový katetr, č. 18. Katetr odvádí moč fyziologické, slámovitě žluté barvy. Diuréza je měřena po 6 hodinách. Za 24 hodin katetr odvedl 1300 ml. Pacient je nyní inkontinentní a vzhledem k jeho současnému zdravotnímu stavu není schopen zaznamenat nucení na stolici. Jsou tedy používány inkontinenční pomůcky a to plenkové kalhotky nebo savá podložka. První stolice byla 3. pacientův hospitalizační den na KOKJ. Plyny odcházejí, břicho je nebolestivé. Pacient byl doma v oblasti vyprazdňování zcela soběstačný.

Aktivita, cvičení

Pacient je ležící, otáčí se sám na bok a na záda. Pohyblivost je omezena zejména celkovou slabostí, dušností a defekty na LDK. Pacient se však i přes únavu a zhoršený zdravotní stav snaží spolupracovat se sestrou.

Hygiena je prováděna sestrami na lůžku. Pacient je schopen si sám umýt horní polovinu těla, poté je dušný a to jak subjektivně, tak objektivně a cítí se velmi unavený. Pacient byl po jeho souhlasu 2. den při ranní hygieně oholen.

Od druhého dne hospitalizace, kdy již pacient má tekutou dietu, je schopen se sám napít z lahvičky, kterou má na stolku u lůžka. Pacienta pravidelně kontroluji a pobízím ho k popíjení tekutin a Nutridrinku.

Pacient je dušný, je podáván kyslík maskou 6 l/min, saturace kyslíkem se pohybuje kolem 91 – 95 %.

Pacient nikdy nesportoval. Před hospitalizací byl schopen chůze pomocí francouzských holí, nyní se nepostaví a je zcela upoután na lůžko.

Rád poslouchal rádio, sledoval televizní pořady. Ven mezi lidi chodil jen občas, většinou šel s manželkou do parku.

Barthelův test – 35 bodů – pacient je vysoce závislý na péči zdravotnického personálu (viz příloha D).

Spánek, odpočinek

Pacient uvádí, že se mu hůře spí, v noci se budí z důvodu bolesti LDK. Přes den je spavý, na oslovení se vzbudí. Žádné léky na spaní klient neužívá.

Vnímání, poznávání

Pacient je spavý, na oslovení se budí. Je orientovaný místem, časem i osobou.

Glasgow Coma Scale: 14 bodů (viz příloha E).

Pacient používá brýle na čtení, má je s sebou v nemocnici. Je těžce tupozraký. Slyší dobře, s krátkodobou i dlouhodobou pamětí nemá potíže. Klient první den hospitalizace dlouho neudrží pozornost, cítí se unavený a opakovaně usíná.

Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Pacient se snaží zapojit do ošetrovatelského procesu a to i přes zhoršení jeho zdravotního stavu. Je unavený z důvodu dušnosti a bolesti LDK. Přeje si ale co nejdříve se uzdravit.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klient bydlí s manželkou, kterou má velmi rád v panelovém bytě, pravidelně je navštěvuje dcera a dopomáhá s domácností, když je třeba. Pacient je v důchodu, předtím pracoval jako seřizovač strojů. Práce ho celkem bavila. Je rád, když za ním přijde do nemocnice na návštěvu rodina. Říká, že mu pak hospitalizace více utíká.

Sexualita, reprodukční schopnost

O sexualitě jsem s pacientem vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a věku nehovořila.

Stres, zátěžové situace

Pacient se snaží životní situace řešit hned, podporu má ve své manželce a dceři. Na hospitalizaci v nemocnici si zvykl, má jen strach, aby si při přetáčení nevytáhl „hadičky“. Snaží se spolupracovat, vyšetření a ošetrovatelské úkony zvládá klidně.

Víra, životní hodnoty

Pacient žádnou víru nevyznává, zprostředkovat návštěvu duchovního si tudíž nepřeje.

Jiné

Všechny potřebné informace jsem od klienta získala, proto nebylo potřeba do této oblasti cokoliv dalšího uvádět.

7. 2 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny u pana J. K. první den hospitalizace, kdy byl přijat na koronární JIP a po sběru informací o klientovi rozhovorem s ním, ale také ostatním zdravotnickým personálem (DOENGES; MOORHOUSE, 2001).

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Chronická bolest z důvodu ischemie a defektů LDK.
2. Výměna plynů porušená z důvodu městnání v plicním oběhu.
3. Péče o sama sebe nedostatečná z důvodu progredujícího srdečního selhání, dušnosti, únavy, hypotenze, otoku dolních končetin, somnolence.
4. Porucha hybnosti z důvodu námahové dušnosti, bolesti LDK, snížení svalové síly.
5. Únava z důvodu chronického srdečního selhání, poklesu svalové síly, zhoršené výměny plynů v plicích.
6. Tkáňová integrita porušená z důvodu porušené tělesné mobility, ICHDK.
7. Tělesné tekutiny, nerovnováha z důvodu selhání přečerpávací funkce srdce, nerovnováhy v systému zajišťujícím filtraci mezi kapilárním a intersticiálním prostorem.
8. Inkontinence stolice z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, oslabení svalového tonu análního svěrače, zhoršeného stavu vědomí.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Aspirace zvýšené riziko z důvodu zhoršeného stavu vědomí (somnolence)
2. Riziko vzniku hypertermie z důvodu porušené kožní integrity LDK s gangrenózními defekty
3. Riziko pádu z důvodu kardiálního onemocnění, zhoršeného stavu vědomí, užívání rizikových skupin léků (diuretika)
4. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katetru a arteriálního katetru, zavedení permanentního močového katetru, otevřených defektů na LDK

7. 2. 1 Chronická bolest

Z důvodu: ICHDK, defektů LDK

Cíl: zmírnění či zvládnutí chronické bolesti u pacienta, snažit se o zmírnění bolesti podáváním analgetik, ale i jinými metodami (např. pomoci zaujmout úlevovou polohu)

Projevující se: vyslovenou stížností pacienta na bolest, únavou, výrazem bolesti v obličeji pacienta,

Plán péče:

- posoudit etiologii vzniku bolesti
- stanovit intenzitu bolesti dle VAS
- sledovat bolest, její intenzitu, lokalizaci, faktory a činnosti, které ji zvyšují a snižují
- sledovat doprovodné projevy bolesti
- sledovat účinek naordinovaných léků (analgetika)
- pomoci pacientovi vyhledat vhodnou úlevovou polohu

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacient během hospitalizace opakovaně hlasitě sténal, slovně opakoval, že trpí bolestí a v obličeji byly přítomné grimasy z důvodu bolesti LDK, která byla způsobena ICHDK a diabetickými defekty. Pacienta jsem požádala o slovní zhodnocení bolesti dle VAS. Udal intenzitu VAS 3. Informovala jsem proto ošetřujícího lékaře, který naordinoval analgetika – Tramal při bolesti i. v. 3 x denně. Provedla jsem záznam zhodnocení VAS do dokumentace před podáním analgetik a následně jsem zhodnotila intenzitu bolesti hodinu po aplikaci analgetika a dále opakovaně po šesti hodinách během své služby. Pacient po aplikaci analgetik udával úlevu od bolesti LDK na VAS 2. Pacientovi jsem také dopomohla vyhledat úlevovou polohu, pro kterou se osvědčila poloha na zádech s vypodložením LDK polštářem či klínem a pomůckami pro polohování.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Po aplikaci analgetik a dopomoci zaujmout úlevovou polohu dle slov pacienta došlo k úlevě od bolesti LDK a snížení její intenzity na VAS 1. Cíl diagnózy byl splněn.

7. 2. 2 Výměna plynů porušená

Z důvodu: městnání v plicním oběhu

Cíl: pacient netrpí klidovou dušností do 14 dnů

Plán péče:

- monitorovat pravidelně fyziologické funkce
- sledovat hodnoty saturace
- hodnotit frekvenci a kvalitu dýchání, dýchací pohyby, zapojení pomocných dýchacích svalů
- aplikovat kyslík dle potřeby, hodnotit účinek kyslíkové terapie
- zajistit polohu pacienta v sedě, polosedě
- kontrolovat prokrvení a teplotu periferie, kvalitu pokožky
- hodnotit vzhled sputa pokud pacient vykašlává
- sledovat hodnoty krevních plynů (ABR) a krevního obrazu
- podávat kyslík dle potřeby pomocí kyslíkové masky, hodnotit odezvu saturace; kontrolovat, zda je v kyslíkových hodinách vždy dostatek vody
- udržovat klienta v polosedě, dle hodnot saturace a adaptace klienta zahájit polohování a uložení do nižší polohy
- hodnotit frekvenci a charakter vykašlávaného sputa
- podávat léky dle ordinace lékaře a hodnotit jejich účinnost
- informovat lékaře o změnách ve zdravotním stavu pacienta

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacient byl napojen kontinuálně na telemetrii a hodnoty tlaku, pulsu a saturace jsem zaznamenávala první den hospitalizace po patnácti minutách do stabilizace stavu a poté další dva dny po 1 hodině do dokumentace. Pacientovi je aplikován zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou a to 4 – 7 l/min. Saturace kyslíkem byla monitorována kontinuálně po celou dobu hospitalizace, zápis byl prováděn do dokumentace každou hodinu. Pacient byl v klidu dušný, vleže se jeho dech ještě zhoršoval, zapojoval pomocné dýchací svaly, proto jsem pacienta umístila do polohy v polosedě. Pacient sputum za mé péče nevykašlával. Periferie klienta byla přiměřeně teplá. Odběry krve na ABR byly lékařem naordinovány 2 x denně. Ošetřujícího lékaře jsem pravidelně informovala o jeho zdravotním stavu.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient byl při poloze vleže dušný, hodnoty SPO₂ byly mezi 91 - 95 %, proto jsem ho umístila do polohy v polosedě, kdy se hodnoty saturace zlepšily na 95 - 98 %. Přesto pacient trpěl klidovou dušností, proto jsem si cíl této diagnózy stanovila jako

dlouhodobý.

7. 2. 3 Péče o sebe sama nedostatečná

Z důvodu: progredujícího srdečního selhání, dušnosti, únavy, hypotenze, otoku dolních končetin, somnolence

Projevující se: neschopností provádět samostatně hygienu, potřebou dopomoci při příjmu tekutin, při změnách polohy

Cíl: zvýšit úroveň sebestačce pacienta na lůžku do 14 dní

Plán péče:

- zhodnotit úroveň soběstačnosti pacienta v péči o sebe sama
- vysvětlit, co způsobuje pohybové omezení klienta
- vysvětlit klientovi postup při hygieně, motivovat ho k zapojení se do hygienické léčby
- zajistit intimitu pacienta při hygienické péči
- zajistit pomůcky a signalizaci k ruce pacienta
- pomoci zaujmout pacientovi při hygieně vhodnou polohu
- ve vodorovné poloze provádět hygienickou péči co nejkratší dobu, většinu hygieny provádět vsedě
- zajistit dostatek času pro pacienta při hygieně, podporovat ho v sebestačce v rozsahu, který sám zvládne
- dbát na důkladnou hygienu zejména v oblasti genitálu, anální oblasti a kožních záhybech
- provádět hygienu důkladně, ale rychle, aby klientovi nebyla zima
- zajistit péči o pokožku např. promazáním suché kůže a zad Francovkovým mazáním pro lepší komfort pacienta na lůžku
- sledovat hodnoty fyziologických funkcí a hodnoty saturace na monitoru, všechny patologie hlásit lékaři
- zajistit pacientovi tekutiny k lůžku, aby v případě potřeby mohl přijímat tekutiny, kontrolovat a podporovat pacienta při příjmu tekutin
- zajistit časté podávání tekutin klientovi pokud toho není sám schopen
- dát pacientovi signalizaci k ruce a vyzvat ho, aby zazvonil, kdyby potřeboval s čímkoliv pomoci

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacienta jsem při příjmu na naše oddělení zhodnotila úroveň soběstačnosti

pomocí Barthelova testu s výsledkem 35 bodů – pacient byl tedy vysoce závislý na péči zdravotnického personálu. Pacienta jsem se snažila zapojit do hygieny. Hodnoty saturace a dušnost pacienta se ale při námaze ještě zhoršovala, proto jsem hygienickou péči pacienta poté uskutečnila sama. Provedla jsem také promazání suché kůže tělovým mlékem a masáž zad Francovkovým mazáním. Pacient byl na třílůžkovém pokoji, proto jsem se snažila zajistit mu nejen při celkové ranní hygieně, ale také při převazu defektů na LDK dostatečnou intimitu pomocí pleny. První den hospitalizace byl pacient lačný z důvodu rizika aspirace pro somnolenci. Další dny již sám popíjel tekutiny z lahvičky. Pacientovi jsem dala k dispozici signalizaci, aby si kdykoliv mohl v případě potřeby přivolat zdravotnického pracovníka.

7. 2. 4 Porucha hybnosti

Z důvodu: námahové dušnosti, bolesti LDK, snížení svalové síly

Projevující se: omezenou hybností LDK, neschopností se samostatně posadit

Cíl: pacient je schopen se sám posadit na lůžku, pacient je schopen se sám posadit s dolními končetinami z lůžka (dlouhodobý cíl)

Plán péče:

- zhodnotit rozsah pohybu a svalovou sílu
- sledovat vitální funkce a celkový stavu pacienta
- nacvičovat s klientem samostatné přetáčení v lůžku, posazování na lůžku a v případě zlepšení celkového stavu i posazování s dolními končetinami z lůžka
- poučit klienta o nutnosti měnění polohy v lůžku z důvodu vysokého rizika vzniku dekubitů
- při změně polohy pacienta kontrolovat vzhled predilekčních míst
- zajistit pravidelné polohování klienta
- zajistit pacientovi po domluvě s lékařem odbornou rehabilitaci fyzioterapeutem

Realizace:

Pacient se sám přetáčel na oba boky a záda např. z důvodu, aby se mohl druhý či třetí den napít. Jinak byl spavý. Pacienta jsem proto pravidelně kontrolovala a zajišťovala polohování každé 2 – 3h. Pacientovi se v lůžku cítil nejlépe na zádech v polosedě, pokud měl ve zvýšené poloze LDK, která ho bolela a tato poloha mu poskytovala úlevu. Pacient byl schopen na vyzvání sestry nadzvednout boky, pokud se chytil hrazdičky. Pacientovi jsem pomohla zaujmout polohu v polosedě, jelikož se u něho v poloze vleže zhoršovaly hodnoty saturace a klidová dušnost. S pacientem

nebyla vzhledem k jeho zhoršujícímu stavu a zvýšené spavosti prozatím prováděna žádná rehabilitace s fyzioterapeutem.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientův zdravotní stav se během jeho hospitalizace bohužel i nadále zhoršoval. V následujících dnech již pacient nebyl ani sám schopen polohovat se na bok a záda, proto začaly pacienta v rámci prevence proti dekubitům pacienta polohovat sestry po 2 – 3h.

7. 2. 5 Únava

Z důvodu: chronického srdečního selhávání, poklesu svalové síly, zhoršené výměny plynů v plicích

Cíl: Pacient se cítí méně unavený

Projevující se: stížností pacienta na nedostatek energie, ospalostí, sníženou výkonností

Plán péče:

- hodnotit průběžně pacientův stav, jeho soběstačnost
- zjistit pacientovy rituály před spaním (vyvětraná místnost, teplý nápoj před spaním atd.)
- zajistit klidné prostředí pro odpočinek pacienta (klid na pokoji, snížení osvětlení na pokoji, redukce kontinuálního měření např. TK, tiché prostředí atd.)
- před spaním pomoci pacientovi zaujmout pohodlnou polohu
- připravit si noční ordinace na pokoji pacienta, snažit se být při jejich plnění maximálně tichá, aby měl pacient dostatečný klid pro spánek
- hodnotit kvalitu spánku, ptát se pacienta po probuzení, zda se cítí odpočatý

Realizace ošetrovatelské péče:

Pravidelně jsem sledovala a hodnotila celkový stav klienta, jeho a aktivitu a spánek. Snažila jsem se pacientovi zajistit příjemnou polohu v lůžku, aby se mu lépe odpočívalo, a proto jsem mu vypořádala LDK u které udával bolest. Po zvýšení polohy končetiny udával úlevu. V noci spal a pospával i přes den.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient spal, jak udával, celkem dobře a to především díky aplikaci analgetik kvůli chronické bolesti LDK. Pro zlepšení kvality spánku jsem před spaním pacientovi promazala záda Francovkovým mazáním a vyvětrala pokoj. Na dotaz, zda se cítí pacient odpočatý, odpověděl že ano. Cíl splněn.

7. 2. 6 Tkáňová integrita porušená

Z důvodu: porušené tělesné mobility, ICHDK

Projevující se: vlhkou gangrenou s hnisavým povlakem celého ukazováku LDK, vnitřní strany palce LDK, paty na plosce nohy LDK

Cíl: U pacienta dojde ke zmenšení rozsahu nekrotických defektů na LDK

Plán péče:

- zhodnotit rozsah defektů, převazy zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace
- zvolit vhodné přípravky k ošetřování podle aktuálního stavu rány
- monitorovat bolestivost, v případě potřeby podávat analgetika
- zajistit pravidelnou hygienu a pravidelné převazy defektů
- sledovat prosakování rány, stav okrajů, případný zápach
- informovat pacienta o ošetřování defektů
- zajistit pravidelné aseptické převazy defektů
- zajistit chirurgické konzilium
- zajistit pravidelné polohování pacienta, prevenci dalších dekubitů na predilekčních místech
- zajistit používání antidekubitárních pomůcek
- zajistit nutriční doplňky pro pacienta - doplňkové přípravky pro enterální výživu formou sippingu (Cubitan, Nutridrink atd.)

Realizace péče:

Pacient byl na KOKJ přijat 9.7. ze standardního oddělení KOS2, kde mu již byly defekty ten den ráno převázány: vlhká gangrena s hnisavým povlakem celého ukazováku LDK, vlhká gangrena s hnisavým povlakem vnitřní strany palce LDK velikosti 4 x 3 cm a vlhká gangrena s hnisavým povlakem paty na plosce nohy LDK velikosti 4 x 3 cm.

Okolí gangrény u všech defektů je zarudlé, oteklé, okraje defektů neohraňené. Na JIP bylo ale tento den provedeno chirurgické konzilium, proto jsem poté opět provedla převaz defektů na LDK. Proveden oplach defektů Prontosanem, následně po domluvě s chirurgem byly na nekrózu přikládány sterilní čtverce s roztokem Betadine a končetina obvázána obinadlem do 1/3 lýtka. Po stabilizaci a dořešení stavu pacienta plánována transmetatarsální amputace.

Krytí defektů jsem během své služby pravidelně kontrolovala a neprosakovalo. Pacientovi jsem druhý a třetí den hospitalizace začala podávat 3 x denně Nutridrink dle

ordinace lékaře. Pacientovi moc chutnal, a i když později odmítal jíst, přípravky určené pro sipping vždy rád vypil.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Rozsah všech výše uvedených defektů na LDK zůstal stejný, po dobu hospitalizace na KOKJ se dokonce defekty začaly zvětšovat, jak jsem si mohla všimnout při dalších službách, kdy jsem měla opět pacienta v péči. Každý převaz defektu a ošetření byl pečlivě zapsán do dokumentace. Pacient byl polohován sestrou a dalším ošetrovatelským personálem po 2 – 3 hodinách, byla zajišťována péče o pokožku pečujícími krémy. Cíl nebyl splněn. Stav kožních defektů byl po tři dny mého ošetřování pacienta stejný. Stav pacientových defektů jsem sledovala i nadále a jejich rozsah se zvětšoval.

7. 2. 7 Tělesné tekutiny, nerovnováha

Z důvodu: selhání přečerpávací funkce srdce, nerovnováhy v systému zajišťujícím filtraci mezi kapilárním a intersticiálním prostorem

Projevující se: otoky kolem kotníků na dolních končetinách

Cíl: U pacienta dojde k ústupu otoků na dolních končetinách do 14 dní

Plán péče:

- zaznamenávat bilanci tekutin, příjem per os a i.v.
- sledovat výdej moče a okamžitě informovat lékaře o oligurii
- sledovat fyziologické funkce, hodnoty saturace, výskyt dušnosti
- kontrolovat rozsah otoků na celém těle pacienta
- prohlížet pravidelně končetiny postižené edémem, zajistit jejich zvýšenou polohu
- pravidelně měnit polohu klienta v lůžku
- sledovat účinky aplikovaných léků
- omezit příjem tekutin při dalším zhoršování SS

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacienta jsem sledovala a zapisovala příjem tekutin per os a i.v., byl počítán celkový příjem a výdej po 24 hodinách. Sledovala jsem diurézu moči po 6 hodinách a hodnoty zapisovala do dokumentace. Po dobu mojí služby byla slámovitě žlutá, bez příměsí. Sledovala jsem fyziologické funkce po hodině, vše zapisovala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Rozsah všech defektů na LDK zůstal stejný. Defekty jsou ohraničené a z krytí defektů je cítit výrazný zápach. Pacienta jsem pravidelně polohovala po 2 – 3 hodinách, zajistila jsem úlevovou polohu pro LDK jejím vypodložením. Otoky obou dolních končetin v oblasti kotníků přetrvávaly. Cíl prozatím nesplněn.

7.2.8 Inkontinence stolice

Z důvodu: oslabení svalového tonu análního svěrače, zhoršeného stavu vědomí

Projevující se: neschopností klienta vnímat plnost rektu a verbalizovat potřebu vyprázdnění stolice

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient je schopen informovat ošetrovatelský personál o potřebě defekace a sám se vědomě vyprádnit (do 14 dnů)

Krátkodobý: Nedojde k poškození kožní integrity v perianální oblasti

Ošetrovatelský plán:

- sledovat frekvenci vyprazdňování stolice, charakter, barvu, příměsi a zápach a vše zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace
- sledovat odchod plynů a dotazovat se pacienta, zda nepocítuje bolesti břicha
- zajistit edukaci pacienta o vyprazdňování na podložní míse, zkusit praktický nácvik zaujmutí polohy pro vyprazňování na podložní míse
- zajistit pacientovi signalizaci k ruce, aby si mohl v případě nucení na defekaci přivolat zdravotnického pracovníka
- zajistit intimitu pacienta při defekaci
- kontrolovat, zda pacientovi neodešla stolice a zda nepotřísnil lůžko
- zajistit dostatečnou hygienu perianální oblasti, péči o kůži pomocí ošetřujících krémů
- zajistit přestlání lůžka v případě jeho znečištění
- používat inkontinenční pomůcky (pleny, savé podložky)
- dbát na dostatečnou hydrataci pacienta a zajistit příjem vhodné stravy

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacienta jsem sledovala frekvenci vyprazdňování stolice, charakter, barvu, příměsi a zápach, prováděla záznam do ošetrovatelské dokumentace. Pacient se vyprazdňoval do přiřkládaných inkontinenčních pomůcek (plen) díky svému zhošenému zdravotnímu stavu, somnolentnímu a následně dále se zhoršujícímu stavu vědomí. Nácvik zaujmutí polohy pro vyprazňování na podložní míse jsem s pacientem

nenacvičovala vzhledem ke stavu jeho vědomí, porušené hybnosti a celkově zhoršenému zdravotnímu stavu. Během své služby jsem pravidelně sledovala, zda se pacient nevyprázdnil do plen a zda nebylo znečištěno lůžko. Pokud tak nastalo, zajistila jsem hygienickou péči o perianální oblast pomocí čistící pěny a jednorázové žínky a zajistila promazání konečníku ošetřujícím krémem. Dále jsem provedla přestlání lůžka. Plyny u pacienta pravidelně odcházely, na cílený dotaz, zda nepociťuje bolesti břicha odpověděl, že ne. První den hospitalizace nesměl pacient vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu a riziku aspirace nic per os, proto jsem hydrataci pacienta zajistila jen pomocí infúzní terapie dle ordinace lékaře. Další dny hospitalizace jsem již mohla pacientovi po malých dávkách podávat tekutou dietu. Zajistila jsem mu dostatek tekutin v lahvičce a dále 2 – 3x denně sipping pomocí Nutridrinku, který pacientovi velmi chutnal.

Hodnocení:

Pacient se opakovaně každý den několikrát a to menším množstvím formované stolice fyziologické barvy bez příměsí vyprazdňoval do přiložených plen. Pacient se nebyl schopen sám vědomě vyprázdnit do podložní mísy, ani informovat ošetřovatelský personál o potřebě defekace a to díky poruše hybnosti, somnolentnímu stavu vědomí a celkovému zdravotnímu stavu. Dlouhodobý cíl tedy nebyl splněn.

Pokožka v perianální oblasti zůstala bez patologických změn. Krátkodobý cíl byl splněn.

7. 2. 9 Aspirace zvýšené riziko

Z důvodu: zhoršeného stavu vědomí (somnia)

Cíl: U pacienta nedojde k aspiraci.

Plán péče:

- sledovat celkový stav pacienta, stav fyziologických funkcí (dech, TK, P, SPO₂) a vědomí, provádět zápis do dokumentace
- zajistit pravidelnou kontrolu stavu dutiny ústní a její hygienu
- v případě potřeby zajistit odsávání slin a hlenu z dutiny ústní
- zajistit zvýšenou Fowlerovu polohu pacienta jako prevenci proti aspiraci
- poučit pacienta pokud může přijímat tekutiny per os, aby tak učinil po malém množství a pomalým tempem, pacienta pravidelně kontrolovat
- nepodávat nic per os, pokud je zhoršený stav vědomí a pacient je ohrožen aspirací

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacient byl kontinuálně napojen na telemetrii, fyziologické hodnoty byly měřeny první den do stabilizace stavu po patnácti minutách, další dny po hodině a zapisovány každou hodinu do ošetrovatelské dokumentace. Dutina ústní byla pravidelně kontrolována a ošetřována po 2 hodinách, sliny, ani hlen nemusely být odsávány, protože se v dutině ústní nevyskytovaly. Pacient byl umístěn do zvýšené Fowlerovy polohy, ve které se cítil příjemně. V den přijetí nesměl pacient přijímat nic per os, proto byl edukován o příjmu tekutin až druhý den, když mu již byla naordinována tekutá dieta.

Hodnocení:

Po dobu poskytování ošetrovatelské péče nedošlo k aspiraci u pacienta. Cíl byl splněn.

7. 2. 10 Riziko vzniku hypertermie

Z důvodu: porušené kožní integrity LDK s gangrenózními defekty

Cíl: Pacientovi hodnoty tělesné teploty budou během hospitalizace ve fyziologických hodnotách

Plán péče:

- pravidelně sledovat, měřit a zapisovat hodnoty tělesné teploty, krevního tlaku, srdeční frekvenci a rytmus, dechovou frekvenci
- sledovat a zapisovat bilanci tekutin
- hodnotit úroveň vědomí a orientaci, odezvu na podněty
- sledovat pacientovo pocení
- sledovat laboratorní hodnoty
- podávat léky v rámci léčby základní příčiny, např. antibiotika (při infekci)
- provádět náhradu tekutin a elektrolytů k udržení cirkulujícího objemu a tkáňové perfuze
- dbát na zachování klidu na lůžku, aby se snížily metabolické nároky a spotřeba kyslíku

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacienta jsem pravidelně měřila a zapisovala hodnoty tělesné teploty (3 x denně), krevního tlaku, srdeční frekvenci a rytmus, dechovou frekvenci a hodnoty saturace první den hospitalizace po patnácti minutách a další dny každou hodinu.

Níže uvádím hodnoty fyziologických funkcí pacienta po šesti hodinách v den příjmu:

12:00 h: TK 96/59, P 112 tepů/min., D 25/min, SPO2 98 %, TT 37,9 °C

18:00h: TK 107/59, P 110 tepů/min., D 23/min, SPO2 98 %, TT 37,5 °C

24:00h: TK 108/44, P 116 tepů/min., D 23/min, SPO2 95 %, TT 37 °C

Bilance tekutin byla u pacienta sledována a zapisována po 6 hodinách dle ordinace lékaře. Pacient byl somnolentní, na hlasité oslovení se budil a odpověděl přiléhavou odpovědí. Pacient se potil úměrně své aktuální tělesné teplotě. U pacienta byly prováděny odběry krve dle ordinace lékaře, podávána antibiotická terapie z důvodu vzestupu zánětlivých parametrů a defektů na LDK.

7. 2. 11 Riziko pádu

Z důvodu: kardiálního onemocnění, zhoršeného stavu vědomí, užívání rizikových skupin léků (diuretika)

Cíl: U pacienta nedojde během hospitalizace k pádu

Plán ošetrovatelské péče:

- zhodnotit riziko pádu u pacienta
- vysvětlit pacientovi důvod umístění zábran k lůžku
- zajistit pacientovo lůžko zábranami
- sledovat a zapisovat hodnoty fyziologických funkcí do dokumentace
- sledovat účinky podávaných léků
- manipulovat s pacientem ve větším počtu zdravotnického personálu a se zvednutou zábranou v lůžku (např. při polohování na bok při provádění celkové hygieny při umývání zad)
- zajistit signalizaci a potřebné pomůcky k ruce pacienta, tak, aby na ně dosáhl
- sledovat stav vědomí a orientaci pacienta místem, časem a osobou
- před odchodem od lůžka pacienta se přesvědčit, že je lůžko zajištěno zvednutými zábranami

Realizace ošetrovatelské péče:

Po zhodnocení rizika pádu při příjmu pacienta, jehož výsledek byl 4 body a tudíž byl pacient pádem ohrožen. K lůžku byly tedy umístěny zábrany. Pacientovi byl důvod umístění zábran k lůžku vysvětlen a dotazem ověřeno, zda vše pochopil. Hodnoty fyziologických funkcí byly sledovány a zapisovány do dokumentace každou hodinu. Pacient byl v prvních hodinách hospitalizace hypotenzní. Signalizace byla dána k dosahu pacienta, aby si mohl kdykoliv přivolat zdravotnický personál. Od druhého dne, kdy se již zlepšil pacientův stav vědomí a mohl přijímat tekutiny, byl u pacientova

lůžka dán pojízdný stolek s lahvičkou a pitím tak, aby na ni dosáhl a mohl se v případě potřeby napít. Před odchodem od lůžka pacienta se každý z ošetřujícího personálu přesvědčil, zda jsou zábrany zvednuté.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace nedošlo k pádu pacienta.

7. 2. 12 Riziko vzniku infekce

Z důvodu: zavedení centrálního žilního katetru a arteriálního katetru, zavedení pernanentního močového katetru, otevřených kožních defektů na LDK

Cíl: U pacienta nedojde ke vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- kontrolovat okolí vpichu zavedení CŽK a ART, projevy infekce (zarudnutí, bolestivost, zvýšená TT atd.) a průchodnost katetrů
- při manipulaci s katetry přistupovat asepticky
- zajistit výměnu katetrů dle standardu oddělení
- zajistit pravidelné převazy CŽK i ART, výměny močového sáčku a PMK
- kontrolovat průchodnost PMK, barvu moči
- sledovat okolí zavedení PMK do uretry, případný výtok, zarudnutí
- dotazovat se pacienta na případné pálení a bolestivost uretry
- zajistit pravidelnou výměnu močového sáčku
- sledovat stav kožních defektů na LDK, projevy infekce
- zajistit asepticky pravidelné převazy defektů vhodnými přípravky, provést záznam do ošetrovatelské dokumentace (Záznam péče o dekubity a kožní defekty)
- sledovat laboratorní výsledky, patologie hlásit lékaři
- zajistit pravidelnou hygienu pacienta
- používat rukavice na každý výkon, provést před a po každém výkonu hygienu rukou mýdlem a dezinfekčním přípravkem

Realizace ošetrovatelské péče:

U pacienta bylo vzhledem ke zdravotníku stavu, zajištění infúzní terapie, ale i monitorování arteriálního tlaku lékařem rozhodnuto o zavedení centrálního žilního a arteriálního katetru. Oba periferní žilní katetry byly zrušeny. Všechny výše uvedené body v plánu ošetrovatelské péče byly splněny.

Hodnocení:

Po dobu poskytování ošetrovatelské péče nedošlo ke vzniku infekce u pacienta.

8. Shrnutí ošetrovatelské péče

Pacientův zdravotní stav se i přes vškerou komplexní lékařskou i sesterskou péči zhoršoval. Pacient byl od čtvrtého dne hospitalizace somnolentní, od páteho dne soporózní, dušný, byly slyšitelné expirační chropy a vrzoty. Objevily se otoky dolních končetin po tříslo a přibyla anasarka. K onemocnění se přidal i infekci dolních dýchacích cest, pacientův stav vědomí se zhoršil na sopor, a proto bylo nutné, aby se z dutiny ústní pravidelně odsávalo vazké zeleno – žluté sputum. Pro narůstající intenzitu bolesti LDK byla lékařem naordinována analgetika opiátového typu (Morphin 1 %), která byla aplikována pacientovi 3 x denně. Ke gangrenózním defektům levé dolní končetiny přibyl dne 27. 7. 2010 ještě puchýř velikosti 15 x 10 cm v sacrální oblasti, který se neustále zvětšoval i přes pravidelné převazy Inadine a Tegaderm, polohování, využívání antidekubitárních pomůcek a využití dynamické matrace. Pro alteraci zdravotního stavu byl pacient z třílůžkového pokoje přestěhován na box, aby zde byl sám a mohla mu být poskytována náročná ošetrovatelská péče kdykoliv během 24 hodin a nebyli tak rušeni ostatní pacienti například nočním rozsvědčováním na pokoji z důvodu polohování pacienta, plnění ordinací atd. Pacient byl zcela odkázaný na ošetrovatelskou péči sester a jeho zdravotní stav vyústil až do terminální fáze, kdy 31.7. 2010 v 6:50 hodin nastal exitus letalis. Rodina byla telefonicky informována službu majícím lékařem. Osobní věci byly později předány dceři, která si pro ně přišla dva dny po úmrtí pacienta.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku srdečního selhání a komplexní ošetrovatelskou péčí o polymorbidního pacienta, jehož zdravotní stav se i přes veškerou lékařskou i ošetrovatelskou péči nadále zhoršoval. Pacient byl v nemocnici během svého života opakovaně hospitalizován a to zejména pro onemocnění kardiovaskulárního systému. Na koronární jednotku byl přijat s akutní dekompenzací chronického srdečního selhání s hypotenzí. Péče o něho byla pro sestry náročná nejen po stránce psychické, ale i fyzické, protože byl zcela odkázán na ošetrovatelskou péči a prognóza jeho onemocnění byla infaustní. Průběh jeho onemocnění bylo možné sledovat od doby, kdy byl přijat, přes zhoršující stav až po úmrtí a následnou a péči o tělo zemřelého.

U závažných onemocnění, mezi které patří chronické srdeční selhání by měla zdravotní sestra dbát nejen na pečlivě sestavený ošetrovatelský proces u daného onemocnění, ale také na potřebu spirituality u pacientů. V dnešní době na ni bývá totiž často zapomínáno.

Požadavky na poskytování spirituální péče v nemocnicích, a tím uspokojování duchovních potřeb pacientů, se stále zvyšují vzhledem k obecně uznávanému bio – psycho – sociálně - spirituálnímu modelu člověka. Tato péče totiž bývá často chápána pouze jako zajišťování duchovních potřeb pacientům religiózním, organizovaným v církvích a zapomíná se na to, že duchovní rozměr má každá bytost, nehledě k jejímu osobnímu přesvědčení. Zvláště patrné to bývá v obdobích zdravotní krize, kterou vážná nemoc nebo dokonce umírání přinášejí. V tomto čase se totiž u mnoha pacientů objevují tzv. existenciální otázky, týkající se smyslu života, utrpení, umírání a smrti, i dalších otázek s tím souvisejících. Podobné otázky si může pokládat i ošetřující personál, který se v nemocnici opakovaně setkává s utrpením a umíráním. Například ve FNM, kde byl klient hospitalizován, byl proto zřízen Prostor ticha, který mohou vážně nemocní pacienti, jejich blízcí, ale i personál po těžké službě navštívit a načerpat další síly, potřebné pro zvládnutí náročné životní situace. Další možností je využít pozvání teologa přímo na lůžkové oddělení a to celých 24 hodin denně dle přání klientů.

Zajisté by bylo velmi přínosné zpracovat studii zaměřenou na zdravotnické pracovníky na odděleních se zvýšenou mortalitou pacientů, která by byla zaměřena na jejich psychické vyrovnávání s častými úmrtími pacientů. Dále by bylo vhodné, aby byl s pomocí zkušených psychologů, odborníků na duševní zdraví, sociálních pracovníků,

vyškolených poradců, psychiatrů, pracovní skupinou pro národní standardizaci MZČR a skupinou náměstkyň ošetrovatelské péče nemocnic České republiky zpracován tištěný standard. Tento standard by zahrnoval doporučení konzultací, terapeutických skupin a terapeutických činností zvláště pro zdravotnické pracovníky, studenty středních i vysokých zdravotnických oborů, ale i rodinné příslušníky, kteří se vyrovnávají s náročnou životní situací, jakou je úmrtí člověka, či blízkého rodinného příslušníka.

Seznam použité literatury

ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999. ISBN 80-7169-893-8.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry 2*. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.

ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

HORKÝ, D.; ČECH, S. 2003. *Mikroskopická anatomie*. Brno : Masarykova univerzita, 2003. [CD ROM].

HRADEC, J.; SPÁČIL, J. 2001. *Kardiologie, angiologie*. Praha: Galén. 2001. ISBN 80-7262-106-8.

HRADEC, J.; BÝMA, S. *Chronické srdeční selhání*. ČLS JEP [online]. 2008. [cit.2011-02-01]. Dostupný z WWW: <http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/srdecni-selhani.pdf>.

HYNIE, S. 2001. *Farmakologie v kostce*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOCINOVÁ, S.; ŠTERBÁKOVÁ, Z. 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha : Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-012-1.

KOLÁŘ, J. 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5.

LUKL, J. 2004. *Klinická kardiologie stručně*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0876-7.

MASTILIAKOVÁ, D. 2005. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.

NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea, s. r. o., 2009. ISBN: 978-80-902876-0-0.

SOVOVÁ, E.; ŘEHOŘOVÁ, J. 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-1009-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1148-6.

ŠPINAR, J.; HRADEC, J.; MÁLEK, I.; TOMAN, J. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání*. Česká kardiologická společnost [online]. 2011. [cit.2011-02-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.kardio-cz.cz/>>

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

VOKURKA, M.; HUGO, J. 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0

Seznam příloh

Příloha A: Dospělé nutriční skóre

Příloha B: Body mass index (BMI)

Příloha C: Norton skóre

Příloha D: Bartelův test soběstačnosti

Příloha E: Glasgow coma scale (GCS)

Příloha F: Souhlas zdravotnického zařízení s realizací ošetrovatelského procesu v rámci tvorby bakalářské práce

Příloha A: Dospělé nutriční skóre

Věk

0 - do 65 let

1 - nad 65 let

BMI

0 - BMI 20-35

1 - BMI 18-20; nad 35

2 - BMI pod 18

Ztráta hmotnosti za 3 měsíce

1 - ztráta 0-3 kg

2 - ztráta 3-6 kg

3 - ztráta nad 6 kg

Množství jídla za poslední 3 týdny

0 - beze změny

1 - poloviční porce

2 - jí občas nebo nejí

Projevy nemoci v současné době

0 - žádné

1 - nechutenství, bolesti břicha

1 - zvracení, průjem > 6 x za den

Stres

0 - žádný

1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok

2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT

Nelze

2 - nelze změřit a zvážit

3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

Vyhodnocení: zaškrtneme a sečteme body

0 - 3 není nutná nutriční intervence

4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou

7 a více nutná speciální nutriční intervence

Příloha B: Body mass index (BMI)

$$\text{BMI} = \text{Váha (kg)} / \text{Výška (m)}^2$$

| | Muži | Ženy |
|----------------------|------------------|------------------|
| Podváha | BMI menší než 20 | BMI menší než 19 |
| Normální váha | 20 až 24,9 | 19 až 23,9 |
| Nadváha | 25 až 29,9 | 24 až 28,9 |
| Obezita | 30 až 39,9 | 29 až 38,9 |
| Těžká obezita | BMI vyšší než 40 | BMI vyšší než 39 |

Příloha C: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

| Rozšířená stupnice Nortonové | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|----------------------|---------------------|---|----------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | Věk | Stav kůže | Zvláštní rizika | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita | Pohyblivost | Inkontinence |
| 4 | • úplná | • do 10 let | • normální | • žádné | • dobrý | • bdělý | • chodící samostatný | • úplná | • kontinentní |
| 3 | • malá | • do 30 let | • suchá, šupinatá | • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus | • zhoršený | • apatický | • chodící s doprovodem | • částečně omezená | • občasná inkontinence |
| 2 | • částečná | • do 60 let | • vlhká | • sklerosis multiplex • obezita • anemie | • špatný | • zmatený | • sedící na lůžku, v křesle | • velmi omezená | • inkontinence převážně moče |
| 1 | • žádná | • 60 let + | • alergie, porušená | • onemocnění cév • kachexie • karcinom | • velmi špatný | • bezvědomí | • ležící | • žádná | • inkontinence moče a stolice |
| | | | | | | | | | Celkem |
| Riziko vzniku dekubitu | | nízké (25 - 24 bodů) | | střední (23 - 19 bodů) | | vysoké (18 - 14 bodů) | | velmi vysoké (13 - 9 bodů) | |

Příloha D: Bartelův test soběstačnosti

1. najedení napití

Samostatně bez pomoci 10

S pomocí 5

Neprovede 0

2. oblékání

Samostatně bez pomoci 10

S pomocí 5

Neprovede 0

3. koupání

Samostatně bez pomoci 10

S pomocí 5

Neprovede 0

4. osobní hygiena

Samostatně nebo s pomocí 5

Neprovede 0

5. kontinence moči

Plně kontinentní 10

Občas inkontinentní 5

Inkontinentní 0

6. kontinence stolice

Plně kontinentní 10

Občas inkontinentní 5

Inkontinentní 0

7. použití WC

Samostatně bez pomoci 10

S pomocí 5

Neprovede 0

8. přesun lůžko – židle

Samostatně bez pomoci 15

S malou pomocí 10

Vydrží sedět 5

Neprovede 0

9. chůze po rovině

Samostatně nad 50 m 15

S pomocí 50 m 10

Na vozíku 50 m 5

Neprovede 0

10. chůze po schodech

Samostatně bez pomoci 10

S pomocí 5

Neprovede 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0-40 bodů - vysoce závislý

45-60 bodů - závislost středního stupně

65-95 bodů - lehká závislost

100 bodů - nezávislý

Příloha E: Glasgow coma scale (GCS)

Otevření očí

Spontánně 4

Na oslovení 3

Na bolest 2

Žádná odpověď 1

Nejlepší motorická odpověď

Vyhoví příkazům 6

Lokalizuje bolestivý podnět 5

Normální flexe na bolest 4

Spastická flexe na bolest 3

Extenze na bolest 2

Nejlepší slovní odpověď

Orientován 5

Dezorientován 4

Neadekvátní slova 3

Nesrozumitelné zvuky 2

Žádná odpověď 1

Maximální počet bodů: 15

Při GCS < 7 mluvíme o kómatu (hlubokém bezvědomí)

při GCS < 13 vždy postiženého hospitalizujeme. Lehčí forma poruchy vědomí se nazývá somnolence – pacient musí být vzbuzen podrážděním (oslovením, dotykem) a potom je plně orientován. Těžší forma poruchy vědomí, kdy pacient může být přiveden krátkodobě k částečnému vědomí jen silným (bolestivým) podrážděním, se nazývá sopor.

Příloha F: Souhlas zdravotnického zařízení s realizací ošetrovatelského procesu v rámci tvorby bakalářské práce

K rukám vrchní sestry Kardiologické kliniky UK 2.LF a FN Motol paní Bc. Jany Kovalčíkové
Fakultní nemocnice v Motole
V úvalu 84
150 06 Praha 5

Žadatel:

Petra Vanclová 3.BVS
Lipová alej 1
Praha 5 - Hlubočepy
154 00

Věc:

Žádost o souhlas zdravotnického zařízení s realizací ošetrovatelského procesu, zpracováním zdravotnické dokumentace na koronární jednotce intenzivní péče na téma Ošetrovatelský proces o pacienta s chronickým srdečním selháním.

Jmenuji se Petra Vanclová a jsem studentkou závěrečného třetího ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Tímto Vás paní Bc. Kovalčíková žádám o Vaše svolení realizovat na koronární jednotce intenzivní péče Kardiologické kliniky UK 2.LF FN Motol ošetrovatelský proces v rámci tvorby bakalářské práce na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickým srdečním selháním a dále také zpracovávat zdravotnickou dokumentaci mnou zvoleného pacienta.

V Praze dne 12.1. 2011

Petra Vanclová, studentka 3. BVS

Bc. Jana KOVALČIKOVÁ
vrchní sestra
KARDIOLOGIE

| | | |
|-----|---|----------|
| IČP | FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE | 134 / 10 |
| 05 | 150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84 | |
| 002 | Kardiologická klinika UK 2. LF a FN Motol | |
| 370 | Přednosta: Prof. MUDr. Josef Veselka, CSc. vrchní sestra tel.: 224 434 905 fax: 224 434 920 odb. 107 IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203 | |