

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTA
S BRONCHIÁLNÍM ASTMATEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JUDITA PAPÍRNÍKOVÁ

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTA
S BRONCHIÁLNÍM ASTMATEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JUDITA PAPÍRNÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Papírníková Judita
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces o pacienta s bronchiálním astmatem

Nurse Process for Patient with Bronchial Asthma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 20. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny literární zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedené v seznamu použité literatury.

Souhlasím, aby tato bakalářská práce byla prezenčně zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě chci především poděkovat PhDr. Karolině Moravcové, která je vedoucí této práce, za její cenné rady, připomínky a trpělivost.

Dále chci poděkovat všem, kteří se jakkoliv podíleli na, vytvoření této bakalářské práce.

ABSTRAKT

PAPÍRNÍKOVÁ, Judita. *Ošetrovatelský proces o pacienta s bronchiálním astmatem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2012. 60 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces o pacienta s bronchiálním astmatem. V teoretické části se zaměřujeme na samotné onemocnění astmatu, klasifikaci rizikových faktorů, vyšetřovací metody a léčbu.

Praktická část práce se zabývá ošetrovatelským procesem, rozpracováním jeho složek, stanovení ošetrovatelských diagnóz, realizací a zhodnocením intervencí. Zde jsme volili model dle Marjory Gordon.

Klíčová slova

Astma bronchiale. Diagnostika astmatu. Léčba astmatu. Ošetrovatelský proces. Patofyziologie astmatu. Prevence astmatu.

ABSTRACT

PAPÍRNÍKOVÁ, Judita. *Nurse process for patient with Bronchial Asthma*. College of Health, o.p.s. Level of professional qualifications: Bachelor (Bc.). Leader: Dr. Karolina Moravcová. Prague. 2011. 60 p.

The main theme of this work is the process of nursing a patient with bronchial asthma. In the theoretical part, we focus on disease characteristics, definitions of asthma, classification of risk factors, diagnostic tests, treatment and prevention.

The main part of the work is the nursing process for a particular patient. Here is a compiled history of nursing, established nursing diagnosis, nursing intervention planning, implementation and evaluation. For work, we chose a model according to Marjory Gordon.

Keywords

Bronchial Asthma. Diagnosis of asthma. Nursing process. Pathophysiology of asthma. Treatment of asthma.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zajistit individuální ošetrovatelskou péči o pacienta s astmatem. Za velmi důležité zde považujeme nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale také citlivý lidský přístup v péči o pacienta.

Důvod výběru tohoto tématu byl ovlivněn blízkou zkušeností s touto nemocí a zájmem získat více informací o dané problematice. Podklady práce jsou čerpány z 24 zdrojů literatury.

Práce je určena studentům zdravotnických škol, kde mohou najít důležité informace o astmatu, nebo dohledat cenné zdroje, díky kterým byla práce sepsána. Čtenáři si mohou udělat lepší představu o tom, co pociťuje člověk trpící astmatem, jaké má potřeby a jak je nutné o něj pečovat ze sesterského hlediska. Práci mohou také využít již vyškolení pracovníci nebo zdravotničtí neodborníci, kteří chtějí získat informace ve svém zájmu.

Zde chci poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolině Moravcové, za obětavé vedení, poskytování cenných informací a psychickou podporu během tvorby bakalářské práce.

„Příliš často se špatné věci stávají lidem bez ohledu na to, jak jsou hodní. Možná není spravedlivé, že jste se nenarodili do jednoduchého života, ale jestli je to vaše realita, pak s ní musíte pracovat.“

Nick Vujicic

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	12
1 Základní poznatky o astmatu	13
1.1 Příčiny a spouštějící faktory astmatu	14
1.1.1 Atopie	14
1.1.2 Alergie	14
1.1.3 Dědičnost	14
1.1.4 Prostředí a způsob života	15
1.1.5 Faktory horšící astma	15
2 Manifestace astmatu	16
3 Klasifikace astmatu	17
3.1 Další dělení astmatu	18
3.2 Obtížně léčitelné astma	19
4 Vyšetřovací metody	20
5 Léčba astmatu	22
5.1 Farmakologická	23
5.1.1 Úlevová antiastmatika	23
5.1.2 Preventivní antiastmatika	23
5.2 Léčba astmatického záchvatu (exacerbace)	24
5.2.1 Vhodné nefarmakologické techniky k uvolnění DC	25
5.3 Režimová opatření pro astmatika (Sekundární prevence)	25
5.3.1 Další léčebné postupy	27
6 Prevence astmatu a úloha všeobecné sestry	28
7 Ošetrovatelský proces	29
7.1 Anamnestické údaje o pacientce	30
7.2 Fyzikální vyšetření	32
7.3 Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon	33
7.4 Přehled sesterských diagnóz	39
7.5 Rozpracované vybrané sesterské diagnózy	40
8 Denní záznamy	48
8.1 Zhodnocení Ošetrovatelského procesu	54
9 Doporučení pro praxi	55

ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ASTRUP – acidobazická rovnováha

AIA – (aspirin included asthma) aspirinem vyvolané astma

BMI – Body Mass Index, ukazatel tělesné hmotnosti

CT – počítačová tomografie

D – dech

EFV1 – vitální kapacita za jednu sekundu

GINA – globální iniciativa pro astma

IgE – antigen

i.v. – intravenózní

NCTA – Národní centrum pro těžce léčitelné astma

PEF – vrcholový výdechový průtok

p.o. – ústy

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace

TK – tlak

TT – tělesná teplota

ÚVOD

Dnes patří astma bronchiale (dále jen astma) k nejčastější respirační chorobě a její počet stále stoupá. Odhaduje se na 300 milionů nemocných po celém světě a týká se všech generací. Toto chronické onemocnění má nejen zdravotní, ale i ekonomický a sociální dopad. Neléčené onemocnění může značně stěžovat nemocnému život a způsobit i smrt. Spousta nemocných se i napříč vyspělým možnostem začínají léčit pozdě.

Dnes o astmatu víme daleko více, a tak jej můžeme efektivněji léčit a kvalita života pacientů se značně zlepšila. K tomu je však důležitý aktivní přístup pacienta a svědomitá péče zdravotnického personálu.

Téma jsem si vybrala, protože toto onemocnění rychle přibývá. Dalším důvodem byl můj zájem díky výskytu astmatu v mém blízkém okolí. S touto nemocí mám osobní zkušenosti a pocity dušení a strachu jsou nezapomenutelné.

Práce má dvě části. V teoretické části se zabýváme příčinami, příznaky, diagnostikou, léčbou a prevencí. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s bronchiálním astmatem, základními údaji o pacientovi, posouzení jeho zdravotního stavu, sestavení ošetrovatelských diagnóz, následnou realizací, zhodnocením a doporučením pro praxi.

Zdroje informací o pacientovi použitých k práci byly dokumentace nemocného, sám pacient, příbuzní pacienta, ošetrovatelský personál. Dle informací jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy podle Kapesního průvodce zdravotní sestry. Následuje popis realizace plánu a hodnocení úspěšnosti.

Tato bakalářská práce se týká oblasti interního ošetrovatelství. Má za cíl sestavit kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienta s daným onemocněním, být informačním zdrojem pro zdravotnický personál, ale i veřejnost. Dále prohloubit dosavadní znalosti a přispět ke zlepšení péče o pacienta.

ČÁST TEORETICKÁ

1 Základní poznatky o astmatu

„Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, na němž se účastní mnoho buněčných produktů. Chronický zánět je sdružen s bronchiální hyperaktivitou, která vede k opakovaným epizodám hvízdavého dýchání, ztíženého dýchání či dušnosti, k pocitům tíhy na hrudi a ke kašli. Tyto stavy vznikají většinou v noci nebo časně ráno a jsou spojeny s variabilní bronchiální obstrukcí, která je reverzibilní spontánně nebo po léčbě“ (BRHEL aj., 2008, s. 5).

Slovo „asthma“ pochází z řeckého jazyka a v překladu znamená „záducha“. Dnes o astmatu víme, že se nejedná pouze o stavy dušnosti, ale o zánětlivou nemoc měnící uspořádání dýchacích cest (dále jen DC). Jedná se o soubor příznaků prezentující se neprůchodností DC, která se mění samovolně nebo účinkem léků. Hlavně se na rozvoji chronického zánětu podílí TH2 lymfocyty, žírné buňky a eozinofilní granulocyty (viz příloha B). Tato nemoc se ve velké míře týká obyvatel průmyslově rozvinutých zemí a v poslední době hlavně dětí.

Mimo záchvaty nemocný nemusí mít žádné problémy. Záchvaty se bez léčby stupňují a opakují se stále častěji. Pokud není astmatik léčen, má problémy s dýcháním i mimo záchvat v důsledku probíhajících změn v průduškách a parenchymu (ISAJEV aj., 2005).

„Hlavním patogenetickým mechanismem asthma bronchiale je zvláštní forma chronického zánětu – chronický eozinofilní zánět sliznice průdušek“ (KOPŘIVA, 2003, s. 9).

1.1 Příčiny a spouštějící faktory astmatu

Astma způsobuje mnoho faktorů, které se projevují různorodě. Mezi základní patří dědičná náchylnost a zevní prostředí. Nejohroženější skupinou pro rozvoj astmatu jsou atopici.

1.1.1 Atopie

„Atopie je pojem vyjadřující dědičně založený sklon ke vzniku imunologické přecitlivělosti časného typu zprostředkované protilátkami IgE“ (KOPŘIVA, 2003, s. 63).

Atopie z velké části vzniká díky genetice. To však ještě neznamená, že člověk bude určitě astmatik. Zda nemoc u takového jedince propukne, je závislé hlavně na vlivu prostředí, dědičnosti, prodělaných nemocech a stresových situacích. Atopie se však týká okolo poloviny astmatiků (KAŠÁK, 2009).

1.1.2 Alergie

Jedná se o nepřiměřenou reakci jedince na alergen, u které se podílí imunoglobulin E. Kauzální léčba dosud není, snaha je o vyloučení alergenů a podávání kortikosteroidů, antihistaminik, kromonů a ketotifenu. Nejčastěji se projevuje skrze respirační ústrojí, dále může postihovat oční spojivky a kůži. V těžkých případech může jít o systémovou reakci, která ohrozí život postiženého (DAŇKOVÁ aj., 2010).

1.1.3 Dědičnost

Dnes známe okolo stovky genů, které se podílí na vzniku astmatu a alergického onemocnění. Za propuknutí nemoci je dědičnost odpovědná ze dvou třetin. Dědičná dispozice má zároveň vliv při odpovědi organismu na léčbu astmatu (BRHEL, 2008).

1.1.4 Prostředí a způsob života

Dnes lidé tráví většinu času v uzavřeném prostředí. Nejčastější zdroje interiérového znečištění jsou:

- alergeny v uzavřených a obytných prostorech – domácí prach, roztoči, domácí zvířata, plísně atd.
- venkovní alergeny jako jsou pyly a plísně
- látky, se kterými se setkává člověk v pracovním prostředí (více v příloze E)
- kouření, jež významně zvyšuje riziko astmatu hlavně u žen
- špatná kvalita ovzduší – oxidační smog
- znečištění bytových prostor – látky uvolňující se při topení, formaldehyd, spreje, čisticí prostředky
- nakažlivé nemoci DC – virová infekce se může podílet na rozvoji astmatu
- potraviny – alergie na kravské mléko v raném věku může podpořit rozvoj astmatu
- léky – nesteroidní antiflogistika mohou podpořit astma
- důležitý faktor mohou hrát také nervová regulace, fyzická zátěž a psychické vlivy (KAŠÁK, 2005).

V poslední době bylo zjištěno, že viry hrají daleko větší roli ve vyvolání astmatu, než se dříve myslelo. Proč lidé, kteří jsou řazeni mezi atopiky, mají daleko častěji virové infekce, a proč se hůře brání infekci, dosud nevíme (PETER aj., 2009).

1.1.5 Faktory horšící astma

- přecitlivělost
- látky znečišťující ovzduší
- hyperventilace
- změny počasí a ročního období
- některé druhy jídel
- léky a různé druhy narkotik
- další přidružené nemoci (KAŠÁK, 2005)

2 Manifestace astmatu

U této choroby se střídají období bez obtíží s astmatickým záchvatem. Při záchvatu trpí pacient výdechovou dušností, kde je výdech prodloužen v důsledku zúžení DC. Záchvat je náhlý a neočekávaný, v jakoukoli denní dobu. Nemocný je neklidný a úzkostný, zaujímá ortopnoickou polohu a zapojuje pomocné dýchací svaly. Kašel je dráždivý, ke konci záchvatu nemocný vykašle malé množství vazkého hlenu. Záchvat doprovází pocit tísně na hrudi. Dech je krátký, zatahují se hrdelní jamky. Při výdechu jsou slyšitelné různé zvuky jako pískoty a vrzoty. Záchvat trvá obvykle třicet minut až hodinu (ŠAFRÁNKVÁ aj., 2006).

Exacerbace astmatu je soubor příznaků, které poukazují na horšící se astma. Pokud se tento stav dobře neléčí, může končit i smrtí. Pokud je pacientův život v ohrožení, nazývá se život ohrožující exacerbace astmatu (označován také jako „status asthmaticus“). Tento stav vzniká při dlouhodobém zúžení dýchacích cest a vede k zadržování vzduchu v plicích, a tím k hypoxemii (snížený obsah kyslíku v arteriální krvi) a hyperkapnii (nedostatek kyslíku a přebytek oxidu uhličitého). Nemocný je ohrožen smrtí díky dechové nedostatečnosti nebo selhání srdce (KOLEK aj., 2010).

Astma u dětí mladších 4 let se projevuje často jako alergie. Při lehkém stavu může být jen přítomný dráždivý nebo suchý kašel. Ten mizí po podání léku rozšiřujícího průdušky. Jiné léky, například podporující odkašlávání, nejsou účinné (JANÍČKOVÁ, 2003).

3 Klasifikace astmatu

Podle kontroly nad nemocí a tíhy nemoci můžeme rozdělovat astma. Hodnocení se odvíjí od dávky, druhů medikamentů a následné reakce na tuto léčbu. Kvalitní sledování je podstatné pro monitorování stavu a musí být dlouhodobé. Záchvat se může objevit u každého typu astmatu a průběh může být různý. I nemocný s lehkou formou astmatu může mít těžký záchvat (KAŠÁK aj., 2003).

- **Intermitentní**

Denní příznaky se nedostavují častěji než jednou týdně. Noční příznaky jsou maximálně dvakrát do měsíce. Exacerbace je krátká. PFE nebo EFV1 je nad 80 procent. Zde není nutná denní aplikace léků.

- **Lehké perzistující**

Ve dne jsou příznaky dvakrát týdně, méně než jedenkrát denně. V noci dvakrát za měsíc. PEF a FEV1 se pohybuje nad 80 procent. K léčbě se užívají nízké dávky kortikosteroidu.

- **Středně těžké perzistující**

Přítomno každý den. V noci alespoň jedenkrát týdně. PEF a FEV1 je v rozmezí 60 až 80 procent. K léčbě se užívají nízké dávky inhalačního kortikosteroidu a beta-2-mimetika s dlouhodobým účinkem.

- **Těžké perzistující**

Přes den téměř nepřetržitě, v noci má příznaky často. PRF a FEV1 se pohybují kolem 60 procent. K léčbě jsou nutné vysoké dávky kortikosteroidu a beta-2-mimetika s dlouhodobým účinkem (ŠAFRÁNKOVÁ aj., 2006).

3.1 Další dělení astmatu

Noční astma probudí nemocného nejčastěji mezi první až třetí hodinou ranní. Příčiny tohoto druhu astmatu zcela zatím nechápeme. Velký význam hrají alergenů v prostředí, kde nemocný spí. Noční astma bychom měli chápat jako ukazatel zhoršení stavu. Je důležité znovu takového nemocného vyšetřit a učinit vhodná opatření pro zlepšení stavu (KAŠÁK, 2005).

Sezónní astma je zhoršováno velkou koncentrací pylů v prostředí a plísni. Mimo sezónu se nemusí astma projevovat. Také před bouřkou nebo během bouřky může dojít ke ztížení stavu. Je to dáno rozbitím zrn pylů, drobnější částí se snáze dostávají do průdušek (KAŠÁK aj., 2003).

Aspirinem vyvolané astma (AIA) způsobuje acetylsalicylová kyselina. Následky se dostaví během jedné až tří hodin. Obtíže, které se týkají hlavně žen, se objevují mezi třicátým a čtyřicátým rokem. Tento záchvat může probíhat lehce, jen za přítomnosti dušnosti a rýmy, nebo kožní reakce. Může se také vystupňovat tak, že nemocný bude ohrožen na životě. Provokační test může s přesností potvrdit přecitlivělost na danou látku (KOLEK aj., 2010).

Premenstruační, menstruační astma. Zvýšení ženských hormonů může vyvolat zhoršení stavu. To se týká okolo třiceti až čtyřiceti procent astmatiček. Je pravděpodobné, že významný vliv na zhoršení stavu má antikoncepce v podobě tablet. Zde je nutná spolupráce alergologa a gynekologa (KAŠÁK, 2005).

Astma u seniorů není ničím výjimečným. Toto onemocnění může být jednoduše zanedbané v důsledku zařazením projevů k jiné nemoci. V léčbě je nutné zaměřit se na veškeré léky pacienta, aby nedošlo k ovlivnění účinku léků. Dále je nutné zaměřit se na nácvik správného inhalování (KAŠÁK, 2005).

Profesní astma je vyvoláno antigenem, vyskytujícím se v pracovním prostředí. Tento druh patří mezi nemoci z povolání. Důležité je pro dobrou léčbu pacienta izolovat od antigenu (KAŠÁK aj., 2009).

Astma v dětském věku je časté. V České republice se počet dětských astmatiků pohybuje okolo osmi až patnácti procent. Ve skutečnosti toto číslo bude ale daleko vyšší. Pokud má jeden z rodičů astma, riziko se pohybuje okolo dvaceti procent. Jestliže mají astma oba rodiče, riziko astmatu je až šedesát procent (POHUNEK, 2009).

3.2 Obtížně léčitelné astma

„Jako obtížně léčitelné astma (OLA) označujeme stav, kdy po dobu šesti měsíců selhávají veškeré léčebné snahy a astma nereaguje ani na vysoké dávky inhalačních kortikosteroidů“(BRHEL aj., 2008. s. 84).

Národní centrum pro těžce léčitelné astma (NCTA) doporučilo měřítko pro stanovení diagnózy těžce léčitelného astmatu. Patří sem správně stanovená diagnóza bronchiálního astmatu dle GINA. Odhalení a následná léčba nemocí, které ztěžují pacientovo astma. Obtížně léčitelné astma je těžce kontrolovatelné i přes správně sestavenou léčbu, kterou pacient užívá tak, jak má. Vysoké dávky inhalačních kortikosteroidů stav pacienta nelepší (BRHEL, 2008).

Mezi vedlejší ukazatele řadíme užívání záchranné léčby každý den. Dále je to stálá neprůchodnost DC. Nutné náhlé ošetření lékařem pro zhoršení astmatu během roku. Nezbytné užívání systémových kortikosteroidů častěji jak dvakrát ročně. Rapidní zhoršení stavu, pokud jsou nemocnému snižené dávky systémových kortikosteroidů. Pacientův život bývá pro astmatický záchvat ohrožen. Toto se týká doby uplynulých pěti let (NOVOTNÁ, 2010).

Pokud o pacientovi víme, že hrozí anafylaktický záchvat, měl by u sebe nosit autoinjektor. Ten mu umožní v akutním případě aplikovat adrenalin do svalů. Také je důležité, aby byl edukován, jak v takovém případě postupovat (KOLEK aj., 2010).

Pokud pacient na léčbu nereaguje, je nutná hospitalizace. V nemocnici se řídí v léčbě individuálně akutním stavem. Měří se ventilace, saturace, krevní plyny. Aplikuje se kyslík, hydrokortizon, adrenalin, beta2-mimetika. Nutné je zajistit žilní vstup. Jestliže se rozvíjí hypoxémie, je nutné pacienta umístit na JIP (SUSA, 2003).

4 Vyšetřovací metody

Abychom mohli nemocného kvalitně léčit, je důležité správně a co nejrychleji odhalit onemocnění. Špatná diagnóza může nemocnému přitížit. Kvalitní diagnóza by měla znázornit míru nemoci, od které se budou sestavovat léčebná opatření (BRHEL, 2008).

Anamnéza

Ptáme se na stavy dušnosti a pocity nemocného během tohoto stavu. Nemocný může cítit tíhu na hrudi až bolest. Kašel je záchvatovitý a dráždí nemocného. Pacient může vykašlat malé množství hlenu, který je lepivý. Během dýchání je možné slyšet zvukové fenomény, jako je třeba pískot. Je dobré zjistit, zda se záchvat nepojí s nějakou činností, věcí, zvířetem nebo denní dobou. Dále je důležité vědět, jaké alergie nemocný má. Nutné je zjistit frekvenci, délku obtíží, propojení s určitou činností, noční nebo denní dobou a prostředím. Přitížení stavu má často souvislost s námahou. Infekce DC mohou být opakované, a jejich léčba je komplikovanější, to může také nepřímo ukazovat na astma. Neměla by se zanedbat rodinná anamnéza spojená s tímto onemocněním (SUSA, 2003).

Fyzikální vyšetření

Lékař si všímá polohy pacienta, ten často zaujímá ortopnoickou polohu. Poslechem lze zjistit oslabené dýchání a prodloužený výdech. Taky se objevují pískoty a vrzoty během dýchání. Nemocný může být úzkostný, někdy dezorientovaný a mít strach o svůj život. Ve stavu mimo záchvat může být zcela bez problémů (ŠAFRÁNKOVÁ aj., 2006).

- Spirometrie

Jedná se o nejdůležitější vyšetření funkce plic, u kterého lékař posuzuje kvalitu práce plic. Podstatné jsou hodnoty PEF (vrcholová výdechová rychlost), u astmatu je tato hodnota pod osmdesát procent, při těžkém záchvatu může PEF dosahovat čtyřiceti

procent. FEV1 (jednosekundová vitální kapacita), FVC (usilovný výdech vitální kapacity). Důležité je vyšetření provádět pravidelně, tak můžeme sledovat, zda je léčba úspěšná (TETŘL, 2007).

- *Bronchoprovokační test*

Díky němu můžeme zjistit nadměrnou činnost průdušek. Test spočívá ve vdechování látek, které mohou vyvolat přecitlivělost v průduškách a následné sledování reakce na podání léčby. Další možností je test během nebo po jízdě na rotopedu. Dobré je tuto metodu využít, pokud pacientovo spirometrické vyšetření je normální, přesto trpí příznaky astmatu (KOLEK aj., 2010).

- *Alergologická vyšetření*

Toto vyšetření je důležité, řadíme je však mezi doplňkové. Samo o sobě ještě nepotvrdí diagnózu astmatu. Astmatik totiž nemusí být alergický a alergik nemusí být astmatikem. Je možné toto vyšetření provést kožními testy (prick testace), nebo odběrem krve a vyšetření IgE látek. Nejčastěji se astma způsobené alergií projevuje u dětí (TEŘL, 2007).

Kompozitní (skórovací) nástroje

Slouží k lepšímu zhodnocení kontroly nad astmatem a jejímu sledování. Jako příklad můžeme uvést týdny s dobrou kontrolou nad astmatem nebo dotazník kontroly nad astmatem (KOLEK aj., 2010).

Ostatní vyšetření

- histologické vyšetření vzorku bronchiální sliznice
- vyšetření horních cest dýchacích
- ORL vyšetření
- zobrazovací metody (RTG, CT) hrudníku
- zvýšení eozinofilů v krvi a sputu
- zhodnocení acidobazické rovnováhy
- saturace
- test stanovení kvality života (ŠAFRÁNKOVÁ aj., 2006)

5 Léčba astmatu

Pro úspěšnost léčby je nutné, pokud včas zjistíme náchylnost pacienta k alergiím. Poté nasadíme správnou medikamentózní léčbu, najdeme hlavní alergen, zabráníme styku s alergenem. Snížíme nadměrnou citlivost, zmírníme zánět DC, co nejvíce snížíme úzkost týkající se onemocnění. Naučíme jak při exacerbaci správně dýchat, jak vhodně uvolnit hlen z DC. Nemocného a jeho nejbližší seznámíme s postupy, jak si může při záchvatu pomoci a jak mu mohou pomoci jeho nejbližší. Zlepšíme pohyblivost hrudníku, zpevníme svalstvo DC, zlepšíme kondici těla nemocného, obranyschopnost a psychickou odolnost (ISAJEV aj., 2005).

Aby byla léčba kvalitní, je podstatné, vytvořit partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient musí být při léčbě aktivní, proto je nutné jej správně motivovat (BRHEL, 2008).

Globální iniciativa pro astma vydala v roce 2002 doporučení pro léčbu astmatu. Léčba musí být individuální. Při léčbě se snažíme mít astma plně pod kontrolou, to má tyto charakteristiky:

- *„Minimální nebo žádné astmatické příznaky, během dne a noci*
- *minimální, nejlépe bez nových vzplanutí astmatu,*
- *bez naléhavých návštěv lékaře,*
- *žádná nebo minimální potřeba inhalačních záchranných léků,*
- *žádné omezení denních činností, týkajících se také tělesné zátěže,*
- *průměrné hodnoty funkce plic,*
- *co nejméně nežádoucí účinky léků“ (SCHAD aj., 2008. s. 85).*

5.1 Farmakologická

„Základní farmakoterapie se skládá z podávání úlevových antiastmatik a kontrolujících antiastmatik, které je nutno podávat všem pacientům s perzistujícím astmatem, pravidelně, denně a i v období, kdy nemá pacient žádné příznaky“ (KOLEK aj., 2010, s. 90).

Léčba je uskutečňována hlavně v podobě inhalátorů. U nás mezi hojně používané patří:

- Aerosolové dávkovače – DIM (metered dose Inhalers)
- Dechem aktivované aerosolové dávkovače – BAI (breath-actuated inhalers)
- Práškové inhalátory – DPI (dry powder inhalers)
- Nebulizátory – vylučují lehké aerosoly, hlavním pozitivem tohoto systému je, že vdechovaný lék se dostane i do okrajových částí (KAŠÁK aj., 2009).

5.1.1 Úlevová antiastmatika

Hlavními zástupci této skupiny jsou beta2-mimetika, které rychle účinkují. Sem můžeme zařadit fenoterol, salbutamol, terbutalin. Do této skupiny patří injekčně aplikované theofyliny nebo systémové kortikosteroidy (KOLEK aj., 2010).

5.1.2 Preventivní antiastmatika

Preventivní léky nemocný užívá pravidelně dle doporučení lékaře. Jejich úkolem je udržet astmatika v co nejlepším stavu a předcházet záchvatům (KAŠÁK aj., 2009).

- Inhalační kortikosteroidy. Jeden z hlavních léků při přetrvávajícím astmatu.
- Inhalační beta2-agonisté s dlouhodobým účinkem (salmeterol, formoterol), které jsou schopny rozšiřovat průdušky až na 12 hodin. Také zlepšují účinek inhalačních kortikosteroidů (KAŠÁK, FETEOVÁ, 2009).
- Fixní kombinace zajišťuje pravidelnou dávku bronchodilatačního léku a protizánětlivého inhalačního kortikosteroidu. Antileukotrieny se užívají

s jinými antiastmatiky nebo u lehkých stavů.

- Systémové kortikosteroidy se používají u těžkého astmatu. Jsou to účinná protizánětlivá antiastmatika. Není vhodné tento lék užívat dlouhodobě, jelikož má spoustu nežádoucích účinků.
- Anti-Ige (omalizumab) je charakterizován jako protilátka proti imunoglobulinu E, ten se podílí významně na alergickém astmatu. Tato léčba je poměrně nákladná a je určena nemocným, kteří nereagují dobře na běžnou léčbu.
- Methylxanthiny jsou užívány pro léčbu hůře léčitelného astmatu. Často v kombinaci s inhalačními kortikosteroidy. Vhodné je použít tento preparát u nemocných, kteří kouří.
- Kromony se dnes moc nepoužívají (KAŠÁK aj., 2003).

5.2 Léčba astmatického záchvatu (exacerbace)

„Každý nemocný by měl mít písemný akční plán pro zvládnutí akutního záchvatu. V něm musí být uvedeny nejen akutní záchranné léky a jejich dávky, ale i frekvence jejich podání“ (KAŠÁK aj., 2003, s. 147).

Pokud je záchvat lehký, nemocný může tento stav zvládnout sám. Ale to jen v případě, jestliže má správné a dostatečné informace od lékaře. Pokud záchvat vzniká rychle, pacient nemůže říci celou větu, aniž by se nadechl a i v klidu je dušný. Potom je dobré vyhledat lékaře (KOLEK aj., 2010). Podrobnější informace v příloze F.

Je výhodou, pokud má nemocný sestavený nouzový plán. Jedná se o individuální postup, který je sestaven lékařem a nemocným. Tento plán pak při záchvatu může nemocnému výrazně pomoci zvládnout tíživou situaci. Plán zahrnuje aplikaci nouzových léčiv, postoje těla a techniky dýchání.

Pokud u nemocného ustanou pískoty, je možné že se jedná o vážný stav. Nemocný může mít tak úzké DC, že skrze ně neprochází skoro žádný vzduch (ADAMS aj., 1999). Podrobnější informace o nemocniční léčbě astmatického záchvatu jsou v příloze G.

5.2.1 Vhodné nefarmakologické techniky k uvolnění DC

- poloha těla k usnadnění dýchání (sed na židli, ruce jsou na stole a hlava položená na rukách)
- správný způsob dýchání (šíjové svaly se snažíme povolit, při výdechu máme rty přivřené pro zpomalení výdechu)
- ruce ponoříme na 15 minut do vody, o teplotě 40°C (děti 37-38°C)
- polohovací metody, které přispívají k drenáži DC
- bodová reflexní terapie (ISAJEV aj., 2005)

5.3 Režimová opatření pro astmatika (Sekundární prevence)

V domácím prostředí je nutné si uvědomit, co může nemocnému vyprovokovat potíže a dle toho přizpůsobit podmínky tak, aby jej astma omezovalo co nejméně.

Nutná je častá očista domácích povrchů a lůžkovin, protože velká koncentrace roztočů je v posteli. Péřové pokrývky jsou krajně nevhodné pro alergika, natož pro astmatika. Proto je nutné nahradit materiály dobře omyvatelnými, jako je duté vlákno. Dobré je peřiny a polštáře prát o teplotě nad 60°C. Frekvence praní je u povlaků jedenkrát za týden až dva týdny. U pokrývek a polštářů je dobré prát jednou za osm týdnů. Ložní matraci je také nutné luxovat a to jednou týdně ze všech stran. Dobrým nápadem je umisťovat pokrývky, koberce a jiné tkaniny na mráz po určitou dobu, ten zabíjí roztoče (JANÍČKOVÁ, 2003).

Pokud se objeví astma u kuřáka, měl by přestat kouřit. Pokud nepřestane, léčba nikdy nebude mít velký efekt. To samé platí i u pasivního kouření. Pokud je v rodině dítě astmatik, je krajně nevhodné aby rodiče kouřili v prostorech, kde se dítě pohybuje (KAŠÁK aj., 2003).

Na trhu je také možné koupit speciální povlaky, které nepustí roztoče. U dítěte je vhodné snížit množství hraček v postýlce. Plyšové hračky je dobré pravidelně prát. Ostatní hračky je dobré umisťovat do uzavíratelných skříní. Roztoče také eliminuje, pokud hračku dáme přes noc v igelitu do mrazničky (JANÍČKOVÁ, 2003).

Koberce by měly být z bytu odstraněny. Prostředí by mělo být často luxováno. Pro luxování jsou vhodné vysavače s HEPA filtrem. Také na závěsech a záclonách se usazuje velké množství prachu. Pokud se jich nemocný nechce vzdát, je nutné je často prát a prach odstraňovat.

Na dekorativních předmětech se může usazovat mnoho alergenů jako třeba tapiserie, nástěnné koberce aj. Pokud se alergik nechce těchto předmětů vzdát, měl by se o ně pečlivě starat a pravidelně je čistit. Podlaha by se měla utírat vlhkým hadrem a povrchy také. Pokud je dítě alergik, nemělo by se v době úklidu pohybovat v místnosti (JANÍČKOVÁ, 2003).

Domácí zvířata by měla být odstraněna z bytu, pokud se prokáže, že jsou zdrojem potíží. Jejich alergeny se totiž vyskytují v celém bytě. Velmi citlivému člověku může vadit přítomnost člověka žijícího se zvířetem, jelikož alergeny se usazují a i na jeho oblečení. Jestli se odmítne zvířete vzdát, je nutné zabránit, aby mohlo do ložnice postíženého. Délka srsti nemá velký význam, protože mnoho alergenů obsahují sliny a výkaly. Vhodné je také domácího mazlíčka jednou týdně umýt. Pokud je v domácnosti zvíře, je dobré pořídit si čistič vzduchu (KAŠÁK aj., 2009).

Plísňe musí být odstraněny. Proto je nutné důkladně větrat nejméně dvakrát denně, snížit vlhkost vzduchu, pravidelně a důsledně uklízet. Dále je dobré snížit počet květin. V místnosti, kde nemocný spí, by neměly být vůbec. Nutné je kontrolovat a čistit zvlhčovače vzduchu (SCHAD aj., 2008).

Co se týká venkovních plísni a pylů, je dobré naopak v pylové sezóně zbytečně byt nevětrat a venku se pohybovat co nejméně. Vhodné je větrat ráno a při dešti. Při pobytu venku používat brýle, které alespoň trochu chrání oční spojivku před pylem (KAŠÁK aj., 2009).

5.3.1 Další léčebné postupy

Zde se můžeme zmínit o alternativních metodách jako doplňkové léčbě. Jedná se hlavně o použití přírodních metod ke zvládnutí astmatu. Do této skupiny patří různé psychologické, fyzikální a mechanické metody ovlivnění organismu. Řadí se sem masáže, cvičení, působení tepla a chladu, klimatoterapie, působení minerální vody, rostlinná terapie, dietní režim a působení na podvědomí. Tyto metody lze uplatňovat jak při záchvatu, tak jako prevenci.

Od devadesátých let máme možnost léčit astma pomocí homeopatické léčby. Tato metoda je jednou odbornou veřejností odsuzována a jinou chválena. Můžeme tento druh uplatnit jako doplněk. Nebo pokud se o léčbu bude nemocný zajímat více, může se stát jeho životním stylem. Pokud se nemocný rozhodne svěřit do péče homeopata, je důležité, aby byl odborník zkušený a dostatečně vzdělaný v oboru (PONĚŠICKÝ, 2003).

„Dlouhodobá, komplexní a variabilní nekonvenční léčba pod dohledem kvalifikovaného odborníka může vést i k vyléčení astmatu, nebo přinejmenším může významně zlepšit kvalitu pacientova života“ (ISAJEV aj., 2005, s. 10).

6 Prevence astmatu a úloha všeobecné sestry

Je vhodné, aby všeobecná sestra dávala informace, hlavně ženám a matkám alergičkám, jak snížit riziko astmatu u potomků. Jako dobrá primární prevence se osvědčilo dlouhodobé kojení. To oddaluje dětský organismus před stykem s alergeny v potravě. Střevo dítěte je totiž háklivější na různé látky.

Proto se doporučuje:

- Kojit nejméně do 4 měsíců.
- Kojící matka nemusí absolvovat žádnou speciální dietu.
- Tuhá strava je dítěti nabízena až po 4. měsíci.
- Pokud nemůže být dítě kojeno a v rodině jsou přítomni alergici, mělo by se podávat mléko pro kojence bez alergenů (JANÍČKOVÁ, 2003).

Dalšími metodami doporučované prevence je snížit počet roztočů z okolí novorozence. Tím chápeme eliminaci všech předmětů, na kterých se usazují roztoči ve velkém množství (záclony, koberce a jiné). Prach by se měl odstraňovat vlhkým hadrem a jedinec by se neměl dostat do kontaktu s domácími zvířaty.

„V poslední době se objevily některé údaje o tom, že časný kontakt dítěte s některými alergeny, především alergeny zvířecími, může vyvolat vznik tolerance a snížení alergické přecitlivělosti. Tento jev však není dosud dostatečně prozkoumán“(KAŠÁK aj., 2003, s. 96).

V současné době se také objevují názory, že alergie a astma může být důsledek přehnané čistoty. Také jsou práce, které popisují pozitivní vliv prevence dítěte, díky zvýšenému množství alergenů působících na těhotnou matku (SUSA, 2003).

ČÁST PRAKTICKÁ

7 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

V den 11. 4. 2011 byla pacientka přijata na interní oddělení. Ošetrovatelská péče o pacientku byla vykonávána od 11. 4. - 15. 4. 2011. Stav pacientky byl zhodnocen na základě informací, pocházejících z dokumentace pacientky, anamnestického rozhovoru, informací od dalšího ošetrovatelského personálu (fyzioterapeut, lékař), pozorováním a měřicími techniky. Díky těmto informacím jsme porovnali potřeby dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Následně jsme mohli zformulovat ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta. Poté byl sestaven plán ošetrovatelské péče dle potřeb pacientky. Ten jsme realizovali a na konec vyhodnotili.

Pacientka souhlasila s poskytováním informací pro vytvoření bakalářské práce.

7.1 Anamnestické údaje o pacientce

Jméno: D. M.

Pohlaví: žena

Věk: 50 let

Stav: vdaná

Povolání: chemik

Národnost: česká

Přijímací diagnóza: J45.9 Astma

Druh přijetí: akutní příjem, z domova

Oddělení: Interní oddělení

Datum přijetí: 11. 4. 2011

Čas přijetí: 20:00

Důvod přijetí: Dušnost při exacerbaci astmatu, subfebrilní.

Nynější onemocnění:

Pacientka je týden na pracovní neschopnosti v důsledku zhoršeného astmatu. Do nemocnice přichází bez doporučení praktického lékaře pro čtyři dny trvající stále zhoršující se dušnost, dva dny má zvýšenou teplotu, dnes 37,9°C. Pacientce se špatně dýchá, od včerejška má kašel, zřídka vykašlává šedo-zelené sputum. Stravu zvracela. Bolesti břicha a průjem nemá. Při kašli a vleže cítí tlak na hrudi. Má mírné bolesti kloubů, kostí a hrudníku.

Rodinná anamnéza:

Otec žije, je nevlastní. Matka zemřela v 69 letech, pacientka nezná důvod. Sourozenci dva, jsou zdraví. Děti tři, jedno má alergii na pyl.

Osobní anamnéze:

V dětství častější angíny, jinak běžná dětská onemocnění. Standardní očkování, tetanus naposledy 2003. Od roku 2002 astma bronchiale, v péči plicního lékaře. V roce 2003 hospitalizována pro tentamen suicidii. Na jaře 2004 hospitalizována pro absces dorsa pravé ruky s následnou léčbou antibiotiky. Na jaře 2004 ledvinná kolika. V roce

2007 operace bederní páteře z důvodu výhřezu bederní ploténky. Žádné úrazy.

Tento rok žádné zahraniční cesty. Dříve každý rok Bulharsko. Žádné klíště v průběhu dvou let. Nekonzumuje syrové maso. Dříve pravidelný styk s chemickými látkami. Opakované kožní pyodermie.

Abúzy:

Od roku 2002 nekouří, dříve 15 – 20 cigaret denně po dobu 20 let. Alkohol nepije. Kávu pije dvakrát denně, někdy třikrát. Léky jenom na astma, drogy neudává.

Alergická anamnéza:

V kontaktu s chemickými látkami, opakované kožní pyodermie. Jiné alergie neudává. Žádné zvíře v domácnosti.

Sociální anamnéza:

Žije s manželem v rodinném domě. Má tři zdravé děti. Pracuje jako profesní chemik. Zvíře žádné nemá.

Gynekologická anamnéza:

První menstruace od 13 let. Cyklus měla celý život pravidelný. Momentálně typické problémy související s přechodem (návaly horka), řeší s gynekologem. Žádnou antikoncepci neužívá. Pacientka měla tři porody, potrat žádný. Neudává žádná vážná gynekologická onemocnění. Vyšetřování prsou neprovádí. Preventivně chodí na gynekologická vyšetření dvakrát ročně. Poslední kontrola gynekologem 8/2010.

Pracovní anamnéza:

Vystudovala střední chemickou školu. Celý život pracovala v chemickém průmyslu. Momentálně je v pracovní neschopnosti. Vztahy s kolegy na pracovišti dobré. Ekonomická situace dobrá.

Farmakologická anamnéza:

Miflonid 400 mg 1-0-1 (dva vdechy) antiastmatikum

Ventolin inhaler N – při zhoršení (exacerbaci) antiastmatikum

Stav při přijetí:

Pacientka je při vědomí, orientovaná časem a osobou, spolupracuje, klidově dušná s centrální cyanózou, bez ikteru, hydratace snižená. Poloha ortopnoická, chůze s námahou. Těs 0. Řeč ztížená pro dušnost. Jazyk bíle povleklý středem. Náplň krčních žil zvýšená. Hrudník na poklep plný, jasný. Dýchání je tiché, oslabené difúzně. Při dýchání místy vrzoty.

7.2 Fyzikální vyšetření**Hlava a krk:**

Lebka normocefalická, na poklep nebolestivá, držení hlavy fyziologické, vlasy husté, místy prošedivělé. Oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, bez patologického procesu, spojivky růžové, sclery bílé, zornice pravidelné, izokorické. Uši bez patologického nálezu. Nos s občasným výtokem. Rty růžové, souměrné, bez deformit. Jazyk mírně bíle povleklý, s projevem mírné dehydratace. Jazyk plazí ve střední linii. Dásně nezduřené, fyziologické. Chrup na mnoha místech sanován, bez protézy. Lymfatické uzliny nezvětšené, souměrné. Krk nebolestivý, bez známek patologie. Náplň krčních žil přiměřená. Štítná žláza v normě.

Hrudník:

Fyziologický tvar hrudníku, symetrický. Hrudník na poklep plný a jasný. Dýchání je tiché, oslabené difúzně. Přítomné chrupy, hlavně vlevo.

Břicho:

Měkké, souměrné, v úrovni hrudníku. Nemá známky jizev. Břicho při pohmatu nebolestivé. Poklep fyziologický. Játra a slezina v normě. Peristaltika slyšitelná.

Končetiny:

Nejví známky otoků, nebolestivé. Periferní pulsace je hmatná. Tvar a postavení prstů fyziologický. Kůže bez patologického zabarvení. Svalový tonus je přiměřený.

Údaje při přijetí pacientky:

Výška: 168 cm	Hmotnost: 56 kg	BMI: 19,8
Tlak: 140/70	P: 110	Teplota: 37,8°C
SpO2: 87%	D: 25/minutu	

Pacientka při vědomí, komunikuje. Zaveden periferní žilní vstup, natočeno EKG.

Podáno:

- Solu-Medrol 125 mg, i.v. – bolusem
- ACC inj. i.v. – bolusem
- infuze FR 250 ml + Syntophyllin 240 mg inj. 1 ks

7.3 Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon

Model funkčního typu zdraví

Marjory Gordon je autorem tohoto modelu, který patří mezi často používané. Autorka pochází z USA a její model byl poprvé publikován v roce 1987. Ve své práci je dodnes aktivní, působí jako profesorka a aktivně se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelství (PAVLÍKOVÁ, 2008).

Tento model patří mezi interpersonální. Důraz se klade na holistický přístup a vychází z humanismu. Pacient je chápán jako celistvá bytost s různými potřebami týkající se fyzické, psychické, spirituální a sociální oblasti, jelikož vše spolu souvisí. Všeobecná sestra se snaží vyhledávat oblasti, kde je problém a následně se jej snaží řešit. Hledání problému se uskutečňuje díky odebraným informacím o pacientovi, zpracováním a následným vyhodnocením.

Vybrali jsme právě tento model, jelikož je celistvý a zkoumá všechny složky pacienta. Myslíme si, že bohatě mapuje veškeré nezbytné informace, pro sestavení kvalitní ošetrovatelské péče. Nesnažíme se úplně vyléčit pacientku, protože to není

možné. Jde nám o zmírnění aktuálního zhoršení a zařazení zpátky do normálního života, protože pokud bude dobře kompenzovaná, může žít dlouhou dobu bez příznaků nemoci.

Všeobecná sestra hodnotí tyto složky:

1. Vnímání zdraví
2. Výživa – metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek – odpočinek
6. Vnímání – poznávání
7. Sebepojetí – sebeúcta
8. Role – mezilidské vztahy
9. Sexualita – reprodukční schopnosti
10. Stres, zátěžové situace
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné (FARKAŠOVÁ aj., 2001)

1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Subjektivní

„Nevím co dál dělat. Pro svoji léčbu jsem udělala maximum, efekt ale velký není. Neustále pátrám po možnostech jak zlepšovat zdravotní stav. Chodím na procházky, dýchám čerstvý vzduch, užívám léky, tak jak mám. Stále se mi špatně dýchá.“

Objektivní

Pacientka je ze svého stavu rozladěná, spíše negativně naladěná. Má strach z dalšího zhoršení. Také má obavu, že by se jednoho dne mohla udusit. Pacientka kouřila dvacet let 15 – 20 cigaret denně. Od roku 2002 nekouří. Velký podíl na chorobě vidí právě v důsledku dlouhodobého kouření a přecházení nemocí.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- Špatné dýchání
- Obava z udušení

2. Výživa – metabolismus

Subjektivní

„V poslední době nemám chuť k jídlu, protože se mi dělá špatně. Za normálních okolností konzumuji čtyřikrát denně. Snažím se jíst zdravé věci, ale občas si dám i něco nezdravého. Tekutiny se nutím pít. Momentálně mám trochu sucho v ústech.“

Objektivní

Váha pacientky je v normě (BMI 19,8). V poslední době jídlo odmítá v důsledku nevolnosti, ztíženého dýchání, zvracení a také stresu. Momentálně má dietu číslo 2 (šetřící), doma žádná dietní opatření nedodržuje. Pacientka je poučena o nutnosti konzumace potravy. Stravu konzumuje ústy, nemá zubní protézu a její chrup je v dobrém stavu. Během poslední doby zhubla o dva kilogramy. Denně vypije za normálních okolností okolo dvou litrů tekutin. Nejraději pije čaje nebo perlivé vody, ale při momentálním stavu je pro ni přijímání tekutin obtížnější. Kožní turgor není přiměřený, sliznice sušší, má pocit sucha v ústech. Na kůži malý hematom, jinak bez defektů. Nehty krátké se sklonem k lámání, vlasy husté, spíše suché.

Použita měřicí technika: BMI (19,8) – v normě

Ošetrovatelský problém:

- Odmítání jídla
- Obtížnější přijímání tekutin, sucho v ústech

3. Vylučování

Subjektivní

Vylučování moče je snižené, bez přítomností příznaků zánětu (pálení řezání). Obvykle se vyprazdňuje každý druhý, nebo třetí den. Naposled byla předevcírem. Stolice jsou bez patologické příměsi, při defekaci nemá obvykle potíže. Vylučování stolice je však v posledních dnech obtížné. Má sklony k zácpě a bojí se, že při dlouhodobé hospitalizaci se tento stav bude zhoršovat v důsledku cizího prostředí. Vyprazdňuje se sama na WC bez pomoci, a žádné léky pro snadnější vyprázdnění nepoužívá.

Objektivní

Celé břicho je nebolestivé, měkké s přítomností střevních zvuků. Pacientka je subfebrilní (37,8°C) mírně opocená.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- Obtíže s vylučováním stolice

4. Aktivita – cvičení

Subjektivní

Momentálně se cítí unavená. Snaží se pravidelně chodit na procházky, ale v poslední době to není možné díky zhoršení astmatu. Volné chvíle si krátí čtením knih, luštěním, díváním na televizi nebo z okna. Má ráda návštěvy rodiny, které ji podle jejich slov dodávají sílu. „*Poslední dobou jsem se cítila více a více vyčerpaná, nebyla jsem schopná zastat běžné domácí práce.*“

Objektivní

Aktivita dělá pacientce potíže, rychle se unavuje, při chůzi se zastavuje a hluboce oddychuje. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Je nutná pomoc při hygieně, přípravě jídla, oblékání a svlékání. Tělo drží v mírném předklonu. U pacientky byla vyhodnocena Nortonova stupnice, kde pacientka dosáhla 25 bodů (riziko proleženin je při momentálním stavu nízké). Byl proveden ADL test, hodnotící základní denní činnosti. Výsledek byl 75 bodů (lehká závislost).

Použita měřicí technika: ADL test, Nortonova stupnice

Ošetrovatelský problém:

- Rychlá unavenost
- Nutná pomoc při hygieně, přípravě jídla, oblékání a svlékání

5. Spánek – odpočinek

Subjektivní

Denně spí 5 až 7 hodin, záleží dle stavu nemoci. V poslední době však měla problém usnout a často se budila. Pro usnutí potřebuje hodně polštářů pod hlavou. Léky žádné na spaní neužívá. Svůj spánek pokládá za nekvalitní, cítí se nevyspalá.

Objektivní

Přes den pospává a jeví známky únavy.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- Problém s usínáním, nekvalitní spánek

6. Vnímání – poznávání

Subjektivní

Brýle používá jenom na čtení. Sluch má v pořádku. Trpí občas bolestí hlavy. Momentálně má mírné bolesti na hrudi v důsledku kašle.

Objektivní

Pacientka orientovaná místem a časem, při vědomí. Komunikace ztížená dušností, jinak bez problému s plnou slovní zásobou. Při komunikaci je pacientka otevřená. Nemá problém vyjádřit vlastní názor. Zhoršené vidění na blízko, používá brýle. Sluch dobrý, paměť nejeví známky poruchy.

Použita měřicí technika: Analogová škála pro měření bolesti – výsledek 1

Ošetrovatelský problém: 0

7. Sebepojetí – sebeúcta

Subjektivní

„Jsem nemocná, jsem stará, ale doufám, že tento stav se zlepší.“ Sama by se charakterizovala jako pesimista, který se snaží být optimistou. Pacientka si nepřipadá významně nadaná. V poslední době se bojí smrti z udušení. Nejvíce jí při tomto stavu pomáhá rodina a přátelé. Hodnotí se jako vyrovnaná osoba.

Objektivní

Pacientka působí úzkostlivě. Neustále upozorňuje na svůj zdravotní stav, jak špatně se cítí. Pomáhá ji, pokud je vyslyšena a ujištěna lékařem, že stav se bude lepší.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- Bojí se smrti z udušení

8. Role – mezilidské vztahy

Subjektivní

Pacientka bydlí s manželem v rodinném domě. Vztahy v rodině hodnotí kladně. *„Nemůžu si na nic v tomto ohledu stěžovat. Vždycky jsme měli dobré vztahy.“* S dětmi a manželem mají společné zájmy a často tráví volný čas spolu. Pacientka má také hodně přátel, kteří jí pomáhají. Vidí v nich velkou oporu, kterou také nalézá ve společenství lidí z kostela. V práci hodnotí také vztahy kladně, považuje se za nekonfliktního člověka.

Objektivní

Pacientka často mluví o rodině a vždy v dobrém. S manželem jsou neustále v kontaktu. Pacientka je velice komunikativní, s každým se snaží v dobrém vyjít a umí říci vlastní názor.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

9. Sexualita – reprodukční schopnosti

Subjektivní

Po sexuální stránce nevidí žádný problém. Jen ji občas trápí problémy spojené s přechodem, které však řeší úspěšně s lékařem gynekologem.

Objektivní

Porody tři bez komplikací, potrat žádný. Neudává žádná gynekologická onemocnění ani operace.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace

Subjektivní

Myslí si, že stres zvládá dobře. Mluvit o problému s nejbližšími ji nejvíce pomáhá tuto situaci zvládat. Pokud nastane problém, snaží se jej neoddalovat. Žádné velké změny kromě zhoršení astmatu během dvou let nenastaly.

Objektivní

Pacientka působí spíše úzkostlivě. Svěřila se, že jí děsí možnost smrti udušením.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- Děsí se smrti udušením

11. Víra – životní hodnoty

Subjektivní

Pacientka a její rodina je katolického vyznání. Udává, že v Bohu nachází velkou oporu v životních nesnázích. Je šťastná, že má vnoučata. Chce se dožít jejich dospělosti a vidět jak založí vlastní rodiny. Na první místo v žebříčku hodnot dává vždy rodinu.

Objektivní

Ráda hovoří o své rodině a víře. Rodinu pokládá za nejdůležitější hodnotu, následuje zdraví a víra. Když pacientka mluví o náboženství, působí klidným dojmem. Neudává potřebu návštěvy duchovního. Neudává žádná omezení vycházející z víry (jídlo, oblékání, potrava).

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

12. Jiné

V této oblasti žádný problém neshledáváme.

7.4 Přehled sesterských diagnóz

Diagnózy vychází ze sesterské anamnézy, sestavené dle Marjory Gordon. Dělí se na aktuální a potenciální. Jsou řazeny dle priorit pacienta. K jejich zpracování jsme použili Kapesní průvodce zdravotní sestry.

Aktuální diagnózy:

- **Průchodnost dýchacích cest zhoršena**, z důvodu zvýšené produkce bronchiálního sekretu a bronchospazmu, projevující se obtížným dýcháním, zvukovými fenomény a verbalizací.
- **Strach ze smrti**, v souvislosti s pocit dušení, projevující se verbalizací.
- **Aktivita, intolerance** v důsledku nerovnováhy mezi dodávkou a potřebou kyslíku, projevující se slabostí, sníženou výkonností a neschopností zcela samostatně vykonávat základní denní činnosti. (Dle vyhodnocení testu základních denních činností).
- **Péče o sebe sama nedostatečná při hygieně, a oblékání**, v souvislosti s obtížným dýcháním, projevující se rychlým vyčerpáním a verbalizací.
- **Spánek porušený** v souvislosti s rušivými elementy během noci (hluk, osvětlení, pachy, nedostatek soukromí), projevující se nedostatkem energie, ospáváním

během dne a verbalizací.

- **Únava**, v souvislosti se zhoršeným dýcháním, strachem a hlukem, projevující se sníženou výkonností a verbalizací.
- **Tělesné tekutiny, deficit** v souvislosti se sníženým příjmem tekutin, projevující se sníženým kožním turgorem, suchými sliznicemi a verbalizací.
- **Výživa porušená, nedostatečná**, v souvislosti se tíženým dýcháním, projevující se snížením tělesné váhy a odmítáním potravy.

Potenciální diagnózy:

- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem.
- **Zácpa, riziko vzniku** v souvislosti s pobytem v cizím prostředí.

7.5 Rozpracované vybrané sesterské diagnózy

Pro rozpracování v jednotlivých dnech jsme vybrali čtyři diagnózy. Výběr byl proveden na základě pacientova uvážení dle důležitosti. Pacientka se aktivně podílela na sestavování ošetrovatelského procesu.

1) Průchodnost dýchacích cest zhoršena z důvodu zvýšené produkce bronchiálního sekretu a bronchospasmu, projevující se obtížným dýcháním, zvukovými fenomény a verbalizací.

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl:

- pacientka má průchodnost DC normalizovanou do 7 dnů

Krátkodobý cíl:

- pacientka má osvojené návyky vedoucí k lepší a stabilní průchodnosti DC do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka umí správně manipulovat a inhalovat s kyslíkovými brýlemi do 24 hodin
- pacientka verbalizuje snadnější dýchání do 24 hodin
- pacientka chápe nutnost dechového cvičení do 24 hodin
- pacientka udává zvýšený pocit energie do 2 dnů
- pacientka správně provádí dechová cvičení do 3 dnů
- pacientka má tendence zlepšovat dechové funkce do 4 dnů

Ošetrovatelské intervence: 11. 4. – 15. 4. 2011

- udržuj větrané prostředí bez alergenů – 5x denně – všeobecná sestra, ošetrovatelka
- prováděj dechovou rehabilitaci – 2x denně – fyzioterapeut
- zaznamenávej účinky léků – denně – všeobecná sestra
- informuj o používání kyslíkových brýlí – do 2 hodin – všeobecná sestra
- dbej o zvýšenou polohu horní části těla – průběžně – všeobecná sestra
- odsaj sekrety z DC – dle nutnosti – všeobecná sestra
- vysvětli význam dechového cvičení a hlubokého dýchání – do 24 hodin – fyzioterapeut
- sleduj fyziologické funkce – dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- sleduj hodnoty saturace – při fyzické námaze a dle ordinace – všeobecná sestra
- pátrej po známkách špatného okysličení – vždy – všeobecná sestra
- kontroluj a udržuj čistotu DC – 4x denně (a dle potřeby) – všeobecná sestra
- eliminuj alergeny v pokoji pacientky – 2x denně – ošetrovatelka
- udržuj příjem tekutin nad 2000 ml za den – každý den – všeobecná sestra

Realizace: 11. 4. – 15. 4. 2011

Pacientka byla seznámena o správném používání kyslíkových brýlí do 1 hodiny od přijetí. Bylo dbáno na zvýšenou polohu horní části těla. Sekret z DC nebylo nutné odsávat. Čistota DC byla udržována v rámci hygieny a kontrolována byla 4x denně. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře (viz. Denní záznam). Fyzioterapeut docházel každý den 2x, vysvětlil důležitost rehabilitace a prováděl jednotlivé cviky. Naučil pacientku dechová cvičení, která může provádět sama. Každý

den byly sledovány známky špatného okysličení. Pokud byla hodnota saturace pod 90 procent, byl aplikován kyslík. Ošetrovatelský personál eliminoval alergeny 2x denně. Účinky léků byly sledovány a zaznamenávány každý den. Pacientce jsme nabízeli tekutiny při každém kontaktu a byla poučena o nutnosti vypít nad 2000 ml za den.

Hodnocení:

Cíle byly splněny částečně. Dlouhodobý cíl zatím nesplněn, je nutné pokračovat v intervencích. Krátkodobý cíl splněn, pacientka si osvojila návyky vedoucích k lepší a stabilní průchodnosti DC do 5 dnů. Nemůžeme zhodnotit, zda se normalizovaly dechové funkce do 7 dnů, jelikož naše ošetrovatelská péče trvala 5 dnů.

Pacientka zná zásady manipulace a inhalování s kyslíkovými brýlemi. Do 10 hodin od zahájení léčby poukazovala na snadnější dýchání. Pochopila nutnost dechových cvičení a aktivně se jich účastnila. Dle fyzioterapeuta správně prováděla dechová cvičení od druhého dne. Hodnoty saturace se 5. den blížily fyziologickým. K viditelnému zlepšení průchodnosti DC došlo již 3. den.

2) Strach ze smrti, v souvislosti s pocity dušení, projevující se verbalizací.

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl:

- pacientka má zmírněný strach ze smrti do 14 dnů v nejvyšší možné míře

Krátkodobý cíl:

- pacientka je schopna vyjádřit své pocity týkající se strachu ze smrti do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka vyjadřuje své problémy a obavy týkající se průběhu astmatického záchvatu svobodně a výstižně do 24 hodin
- pacientka informuje, co pomáhá zvládat úzkostné situace do 2 dnů
- pacientka udává zlepšení zdravotního stavu a je pozitivněji naladěna do 3 dnů
- pacientka informuje o pocitu zmírnění strachu ze smrti do 4 dnů

Ošetřovatelské intervence: 11. 4. – 15. 4. 2011

- zjistí, jak pacientka vidí aktuální stav a budoucnost – do 3 dnů – všeobecná sestra
- zjistí, jaké má pacientka informace o svém onemocnění a z jakých zdrojů – do 24 hodin – všeobecná sestra
- zjistí z čeho pacientka má největší obavy – do 24 hodin – všeobecná sestra
- pozoruj chování pacientky, ukazující současnou hladinu strachu – při každém kontaktu – všeobecná sestra
- vybuduj s pacientkou důvěrný vztah – do 3 dnů – všeobecná sestra
- využij terapeutických komunikačních dovedností – při každém kontaktu – všeobecná sestra
- povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů – vždy – všeobecná sestra
- vytvoř přátelské a klidné prostředí – po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- podporuj pacientky duchovní aktivity v rámci možností – dle potřeby – všeobecná sestra
- zajisti rozhovor pacientky s lékařem, pro zjištění nových informací – do 12 hodin – všeobecná sestra

Realizace: 11. 4. – 15. 4. 2011

Při rozhovorech byla vždy zajištěna klidná místnost, kde rozhovor nikdo nerušil. Pacientka zde mohla svobodně vyjadřovat vše, co ji trápí. První den bylo zjištěno, jak vidí svůj aktuální stav a budoucnost. Nejvíce ji trápil strach z udušení. Sama uvítala možnost někomu se svěřit o svých problémech. Pacientka měla mnoho informací o svém onemocnění z různých zdrojů (lékař, knihy, časopisy, internet) problém byl v tom, že si pamatovala ty nejhorší případy onemocnění. Každý den jsme si všímali jejího verbálního a neverbálního projevu v souvislosti s vnitřním rozpoložením. Pokud bylo pozorováno, že pacientka je smutná, snažili jsme si udělat více času na to, abychom ji povzbudili. Vždy jsme se snažili působit pozitivně a vstřícně. Věnovali jsme jí mnoho času, mluvili jsme o mnoha věcech. Často jsme se snažili odvést pozornost, což se setkávalo s kladným efektem. Mnohokrát jsme mluvili o její víře a rodině, jelikož jí oboje nesmírně pomáhá zvládat životní těžkosti. Dle potřeby byl sjednán rozhovor mezi lékařem a pacientkou.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl nebylo možno hodnotit, protože naše ošetrovatelská péče trvala 5 dní. Při aktuálním stavu pacientky není možné pocity strachu zcela odstranit.

Pacientka vyjádřila své problémy a obavy do 24 hodin. Podala informace o tom, co ji pomáhá zvládat těžkosti. Po čtvrtém dnu pocítovala zmírnění strachu a všímala si zlepšení svého zdravotního stavu. Všechny ošetrovatelské intervence byly splněny.

3) Aktivita, intolerance v důsledku nerovnováhy mezi dodávkou a potřebou kyslíku, projevující se slabostí, únavou a neschopností zcela samostatně vykonávat základní denní činnosti. (Dle vyhodnocení testu základních denních činností)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl:

- pacientka toleruje aktivitu v nejvyšší možné míře do týdne

Krátkodobý cíl:

- zmírnění projevů intolerance aktivity do 5 dnů (dle měření P, D, TK, SpO₂)

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny nezvládnutí základních denních činností do 24 hodin
- pacientka se zapojuje do aktivity dle svých možností do 2 dnů
- pacientka je schopna ukázat do 3. dne jednoduchá cvičení, která ji naučil fyzioterapeut
- pacientka zná principy bezpečné chůze do 4 dnů
- pacientka má tendence zlepšovat fyziologické funkce při zátěži do 4 dnů

Ošetrovatelské intervence: 11. 4. – 15. 4. 2011

- zjistí aktuální omezení pacientky – ihned – všeobecná sestra
- zjistí riziko pádu – ihned – všeobecná sestra
- zajistí u lůžka signalizační zařízení a seznam pacientku se správným použitím – ihned – všeobecná sestra
- umístí vše podstatné na dosah nemocného – ihned – všeobecná sestra
- zapoj pacientku do plánování činností – ihned – všeobecná sestra
- spolupracuj s fyzioterapeutem – do 24 hodin – všeobecná sestra

- dbej na to, aby nemocný mezi činnostmi měl čas odpočinout si – vždy – všeobecná sestra
- poskytuj nemocnému pomoc při přemísťování – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- měř hodnoty saturace – po každé aktivitě – všeobecná sestra
- všímej si, jak současný stav působí na psychiku pacientky – při každém kontaktu – všeobecná sestra
- sleduj reakci pacientky na podání kyslíku a dalších medikamentů – po každém podání – všeobecná sestra
- povzbuzuj pacientku, chval každé zlepšení – při každé aktivitě – všeobecná sestra
- podej pacientce informace o důležitosti rehabilitace – do 24 hodin – fyzioterapeut
- ber na vědomí stížnosti nemocné během celého pobytu – vždy – všeobecná sestra, fyzioterapeut
- měř fyziologické funkce – dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Realizace: 11. 4. – 15. 4. 2011

V den přijetí, pacientka trpěla klidovou dušností a únavou. Byl proveden test rizika pádu s výsledkem 2 body. Pacientka byla upozorněna na nutnost pomoci při přemísťování. Vše podstatné pro pacientku jsme umístili v blízkosti jejího lůžka, aby mohla pohodlně z postele dosáhnout na vše, co bude potřebovat. Byla vysvětlena obsluha signalizačního zařízení. Byly měřené fyziologické funkce dle ordinace a pacientka měla čas na odpočinek po každé aktivitě. Poskytovali jsme jí pomoc při přemísťování, jednalo se hlavně o koupelnu nebo toaletu. Bylo sledováno, jak sama vnímá svůj stav a co ji trápí aktuálně nejvíce. Pokud bylo v naší kompetenci s určitým problémem pomoci, udělali jsme to. Po fyzické aktivitě byly měřeny hodnoty saturace. Každé sebemenší zlepšení bylo pochváleno a snažili jsme se jí motivovat k dalším pokrokům. Každý den byla pacientka seznámena s plánem péče, a měla prostor vyjádřit svůj názor a podílet se na sestavení plánu činností. Denně jsme se informovali u fyzioterapeuta ohledně rozsahu rehabilitace a zvládnání dané obtížnosti. Fyzioterapeut naučil pacientku zásady bezpečné chůze.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. V této oblasti lze pozorovat zlepšení, je však nutné dále plnit intervence pro plné dosažení cíle. Krátkodobý cíl byl splněn protože, byly zmírněny projevy intolerance aktivity do 5 dnů.

Pacientka zná příčiny nezvládnání základních denních činností. Byla schopna ukázat do druhého dne cvičení, která prováděla s fyzioterapeutem. Pod dohledem se byla pacientka schopná sama pohybovat po oddělení do pěti dnů. Byla seznámena fyzioterapeutem o zásadách bezpečné chůze. Všechny intervence byly realizovány.

4) Péče o sebe sama nedostatečná při hygieně a oblékání, v souvislosti s obtížným dýcháním, projevující se rychlým vyčerpáním a verbalizací.

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl:

- dostatečná péče o sebe sama do jednoho týdne

Krátkodobý cíl:

- pacientka jeví známky větší samostatnosti v oblasti sebepečce do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny vedoucí k nedostatečné péči o sebe sama do 24 hodin
- pacientka se zapojuje do péče o sebe sama na úrovni svých schopností do 24 hodin
- pacientka se účastní rehabilitace dle ordinace lékaře
- pacientka si samostatně zvládne umýt horní polovinu těla do 2 dnů
- pacientka udává zlepšení svého zdravotního stavu do 3 dnů
- pacientka zvyšuje skóre ADL testu do 4 dnů

Ošetrovatelské intervence: 11. 4. – 15. 4. 2011

- vysvětlí příčiny nedostatečné sebepečce – do 2 hodin – všeobecná sestra
- vyhodnotí škálu rizika vzniku proleženin dle Nortonové – do 2 hodin – všeobecná sestra
- prováděj naordinovanou rehabilitaci – každý den – fyzioterapeut
- zapojují pacientku do aktivit sebepečce dle jejich možností – při každé příležitosti

- všeobecná sestra
- poskytuj pacientce dostatek času – při každé aktivitě – všeobecná sestra
- motivuj pacientku v oblasti sebeděče, chval pokroky – při každé příležitosti – všeobecná sestra
- dbej o čisté okolí pacientky – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- při úkonech, které pacientka nezvládá, jí pomáhej – vždy – ošetřovatelka, všeobecná sestra
- vyhodnot' míru soběstačnosti (ADL test) – 5. den – všeobecná sestra

Realizace: 11. 4. – 15. 4. 2011

Při přijetí byla zjištěna závislost středního stupně dle ADL testu. Do dvou hodin byl proveden test dle Nortonové, výsledek byl nízké riziko proleženin. Pacientka se sama ráda zapojovala do všech aktivit. Dle jejich slov si připadala užitečnější. Pacientce bylo necháno po fyzicky náročnějších aktivitách nejméně 15 minut na zklidnění a odpočinek. Každý sebemenší pokrok jsme chválili a motivovali ji k další snaze o zlepšení. Fyzioterapeut prováděl rehabilitaci každý den dvakrát. Ošetřovatelský personál dbal o čistotu a komfort pacientky, nahrazovat a pomáhal v činnostech, které pacientka v daných okamžicích nezvládala (dojít na toaletu, koupel aj.). Koupel celého těla byla prováděna každý druhý den. Pacientka si byla schopna umýt sama horní polovinu těla. S dolní polovinou bylo nutné pomoci. Celou dobu při této činnosti seděla. Po osušení byla kůže promazána zvláčňujícím krémem. Při svlékání a oblékání byla také poskytnutá pomoc. Při každé činnosti bylo monitorováno, zda se pacientce nepřitěžuje. Pacientku jsme několikrát denně vozili a později vodili na toaletu. Znovu byla vyhodnocena míra soběstačnosti ADL testem 5. den.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka jeví známky větší samostatnosti pátý den péče. Nebylo možné pro naši práci zhodnotit dlouhodobý cíl, jelikož naše péče trvala pět dní.

Pacientka definovala potřeby a chápala příčiny nemožnosti sebeděče. Samostatně zvládla umýt horní polovinu těla. Denně se účastnila rehabilitace. Intervence byly splněny.

8 Denní záznamy

Denní záznam – 1. den (pondělí)

Záznam lékaře:

Pacientka přijatá pro dušnost při exacerbaci astmatu, subfebrilní.

Plán péče:

Měření fyziologických funkcí 4x denně

EKG natočeno: v normě, bez patologických změn

Monitorace SpO₂ 4x denně

(při poklesu pod devadesát procent podat kyslík brýlemi 3-4l/min)

Laboratoř:

Sputum K+C: bakteriální infekce, stanovená citlivost

Přehled užívané medikace		
Název	Způsob	Dávkování
MIFLONID 400	inhal.	0 – 0 – 1
VENTOLIN INHALER N	inhal.	0 – 1 – 1
ACC INJEKT	i.v.	0 – 1 – 0
SOLU-MEDROL 40 mg.	i.v.	0 – 1 – 0
UNASYN 5gm	i.v.	po 8 hodinách
KLACID 500mg	p.o.	po 12 hodinách

Přehled infuzní terapie

Fyziologický roztok 1/1, 250 ml + SYNTOPHYLLIN 250 mg

Glukosa 5 %, 500 ml

Hartmanův roztok 500 ml

Monitorované funkce				
Druh funkce	6:00	12:00	18:00	24:00
TK	130/90	120/80	140/90	120/90
P	105	100	96	90
D	24	23	20	19
TT	36,2	36,5	36,8	37,1
Saturace	92 %	86 %	93 %	92 %

PŽK: 1. den Den hospitalizace: 1. Dieta: 2 (šetřící)

Pohybový režim: na WC na vozíku

RHB: 2x denně dechová

Pacientka přijata dnes v noci. Trápí ji pocity strachu, neustále se vyptává a vše ji zajímá. Její přístup je přátelský, souhlasí se zpracováním ošetřovatelského procesu pro bakalářskou práci, vítá jakékoliv rozptýlení. S pacientkou hovoříme, snažíme se ji povzbudit a odvést myšlenky na příjemná témata. Je unavená, nemůže však spát, jelikož se jí špatně dýchá. Pacientka vítá pomoc při hygieně. Je dušná při klidu, pohyb vykonává s obtížemi. Fyzioterapeut dohází každý den dvakrát. Přes den pacientka sedí v křesle a čte si. Přijímá kyslík kyslíkovými brýlemi. Na stolici dnes nebyla a bojí se zácpy. Močení v normě bez problému. Jídlo dnes odmítá, nemá chuť. Pacientka je poučena o nutnosti příjmu tekutin. Dnes snědla jen jablko. Léky všechny konzumovala. Pacientka orientovaná.

Dnes zavedena kanyla bez problému, průchodná, nebolestivá, místo vpichu bez patologického projevu.

Denní záznam – 2. den (úterý)

Plán péče:

Inhalace 3x denně 2 ml FR + 2 ml Mucosolvan + 1 ml Ventolin

Při saturaci pod 90 % oxygenoterapie

RTG hrudníku: zánětlivá infiltrace parenchymu neprokázána

Přehled užívané medikace		
Název	Způsob	Dávkování
MIFLONID 400	inhal.	0 – 0 – 1
VENTOLIN INHALER N	inhal.	0 – 1 – 1
ACC INJEKT	i.v.	0 – 1 – 0
FURON 40 mg	p.o.	0,5 – 0 – 0
KALNORMIN	p.o.	0 – 1 – 1
UNASYN 5 gm	i.v.	po 8 hodinách
KLACID 500 mg	p.o.	po 12 hodinách

Přehled infuzní terapie

Fyziologický roztok 1/1, 250 ml + SYNTOPHYLLIN 240 mg

Glukosa 5 %, 500 ml

Hartmanův roztok, 500 ml

Monitorované funkce				
Druh funkce	6:00	12:00	18:00	24:00
TK	120/90	130/90	140/90	120/80
P	100	110	90	80
D	24	23	22	20
TT	36,5	36,7	37,2	37,4
Saturace	89 %	91 %	94 %	95 %

PŽK: 2. den

Den hospitalizace: 2.

Dieta: 2 (šetřící)

Pohybový režim: na WC na vozíku

Dnes se trochu vyspala, stále se ale cítí slabá. Ráno ji vyděsilo, že nemohla popadnout dech, momentálně se cítí lépe. Kyslíkové brýle má téměř neustále. Den tráví čtením a díváním se z okna nebo na televizi. Jakoukoliv společnost ráda uvítá. Má radost, že přijde manžel na návštěvu, stýská se jí po rodině. Klidová dušnost přetrvává.

Provedena hygiena s dopomocí. Dnes snědla celou snídani a k obědu jen polévku. Přes den vypije dva litry tekutin. Pacientka dnes byla na stolici, problémy s močením neudává. Těší se na rehabilitaci, cvičení ji baví. Léčebný režim dodržuje důsledně.

Kontrola a převaz kanyly, bez patologického nálezu, neudává bolest.

Denní záznam – 3. den (středa)

Plán péče:

Měření fyziologických funkcí 4x denně

Inhalace 3x denně 2 ml FR + 2 ml Mucosolvan + 1 ml Ventolin

Při saturaci pod 90 % oxygenoterapie

Přehled užívané medicíny		
Název	Způsob	Dávkování
MIFLONID 400	inhal.	0-0-1
VENTOLIN INHALER N	inhal.	0-1-1
ACC INJEKT	i.v.	0-1-0
FURON 40 mg	p.o.	0,5-0-0
KALNORMIN	p.o.	0-1-1
UNASYN 5 gm	i.v.	po 8 hodinách
KLACID 500 mg	p.o.	po 12 hodinách

Přehled infuzní terapie

Fyziologický roztok 1/1, 250 ml + SYNTOPHYLLIN 240 mg + HYDROCORTISON 100 mg

Fyziologický roztok 1/1, 100 ml + SYNTOPHYLLIN 240 mg

Monitorované funkce				
Druh funkce	6:00	12:00	18:00	24:00
TK	120/90	130/90	120/90	120/90
P	90	102	94	88
D	18	19	20	18
TT	36,1	36,4	36,5	36,3
Saturace	91 %	93 %	92 %	93 %

PŽK: 3. den Den hospitalizace: 3. Dieta: 2 (šetřící)

Pohybový režim: na WC s doprovodem

Poprvé prospala celou noc, cítí se být odpočatější. Kyslíkové brýle občas sundává. Snídani snědla celou, oběd také. Cítí se lépe a je pozitivněji naladěná. Klidová dušnost mírná. Dnes přijede dcera s dítětem, moc se těší. Ptá se, kdy asi půjde domů, chce co nejdříve. Hygiena provedena s dopomocí, pije okolo dvou litrů tekutin za den. Na stoličce dnes nebyla. Dodržuje léčebný režim, těší se na rehabilitaci, má zájem o léčbu.

PŽK dnes musel být vyměněn pro neprůchodnost.

Denní záznam – 4. den (čtvrtek)

Tento den se nedělo nic zásadního, proto nebyla nutnost jej rozepisovat.

Denní záznam – 5. den (pátek)

Plán péče:

Měření fyziologických funkcí 4x denně

Inhalace 3x denně 2ml FR + 2 ml Mucosolvan + 1 ml Ventolin

Při saturaci pod 90 % oxygenoterapie

Přehled užívané medikace		
Název	Způsob	Dávkování
MIFLONID 400	inhal.	0-0-1
VENTOLIN INHALER N	inhal.	0-1-1
ACC INJEKT	i.v.	0-1-0
FURON 40 mg	p.o.	0,5-0-0
KALNORMIN	p.o.	0-1-1
UNASYN 5 gm	i.v.	po 8 hodinách
KLACID 500 mg	p.o.	po 12 hodinách

Přehled infuzní terapie

Fyziologický roztok 1/1, 250 ml + SYNTOPHYLLIN 240 mg + HYDROCORTISON 100 mg

Fyziologický roztok 1/1, 100 ml + SYNTOPHYLLIN 240 mg

Monitorované funkce				
Druh funkce	6:00	12:00	18:00	24:00
TK	125/90	120/90	130/90	120/80
P	80	100	96	98
D	21	20	16	18
TT	36,3	36,4	36,5	36,5
Saturace	92 %	95 %	98 %	94 %

PŽK: 3. den Den hospitalizace: 5. Dieta: 2 (šetrčí)

Pohybový režim: WC s doprovodem.

Pacientka odpočatá, každým dnem se cítí lépe. Dušnost v klidu téměř žádná. Těší se domů, v nemocnici se již nudí. Zítra chce s lékařem hovořit o propuštění. Kyslíkové brýle již téměř nepoužívá. Trochu ji mrzí, že návštěva dnes nepřijde. Hygiena provedena pod dohledem, bez pomoci. Snídani snědla celou, z obědu polovinu, večeři celou. Tekutin vypije lahev a půl minerálky (odhadem 2 litry). Dnes byla na stolici. Pacientka informuje, že se cítí o dost lépe.

Pacientka udává, že jí mírně bolí PŽK, pravděpodobný důvodem je nechtěné zatáhnutí. Při kontrole a převazu není shledán problém. Po převazu již bez problému.

8.1 Zhodnocení Ošetrovatelského procesu

Pacient

Pacientka byla s péčí v nemocnici spokojená. Přístup nemocničního personálu považuje za vstřícný a přátelský. Toho si cení nejvíce. Byla ráda, že se mohla podílet na vzniku bakalářské práce, jelikož mohla více komunikovat o svých problémech a také si krátit čas. Přání nemocné je, se co nejdříve vrátit domů a znovu začít chodit do práce. Chce pro to udělat vše, co bude v jejích silách.

Všeobecná sestra

Jsme spokojeni s výběrem pacientky, protože byla velice otevřená a vstřícná. Nečekali jsme u nemocné tak rychlé zlepšení, ale jsme tím velice potěšeni. Věříme, že s pomocí odborníků a kvalitních medikamentů, je možné, aby pacientka měla trvale nemoc pod kontrolou.

Žádný z cílů nebyl splněn v celé míře. Je to v důsledku krátkého časového úseku pro plnění naší ošetrovatelské péče. Co se týká krátkodobých cílů, byly splněny všechny.

9 Doporučení pro praxi

Pro všeobecné sestry

Základem kvalitní ošetrovatelské péče je vybudovat profesionální ale vřelý, empatický a otevřený vztah s pacientem.

Zjistit úroveň informovanosti o onemocnění a z jakých zdrojů pochází. Protože nemocný má často výborné znalosti o problematice. Na druhé straně mohou být často zkreslené, neúplné nebo nepravdivé. Je to také díky internetu, kde nemocný často čerpá.

Dobré je, aby měla všeobecná sestra vždy možnost dát pacientovi edukační materiál (brožurka, letáček, videokazeta), kde jsou psané informace tak, aby jim laik rozuměl.

Nutné je zjistit aktuální psychický stav, protože vleklá onemocnění mohou pacienta velice trápit. Důležité je si všímat všech detailů a včas zahájit vhodná opatření vedoucí ke zlepšení psychického stavu. Sem patří vhodně povzbuzovat, chválit každé zlepšení a umět motivovat.

Přínosné také je navázání kontaktu s rodinou. Zjistit situaci a snažit se na rodinu působit ve prospěch nemocného. Příjemně vystupovat a ukázat rodině, že nám na nemocném záleží a snažíme se mu pomoci.

Pro pacientku

Denně a pravidelně pokračovat v naučených rehabilitačních cvičení, která zná od fyzioterapeuta. Pravidelně užívat všechny medikamenty dle doporučení lékaře. Nutná je znalost léků, včetně jejich možných nežádoucích účinků. Pravidelné kontroly u lékaře jsou nutné ke kvalitnímu monitorování zdravotního stavu. Měřit a zapisovat hodnoty peak-flow denně a pravidelně. To je nezbytné, aby pacientka mohla zpětně kontrolovat

svůj stav. Nutné je sestavit individuální léčebný plán nouze pro případ astmatického záchvatu. Tento plán může ulehčit stresovou situaci během záchvatu a zabránit možné panice.

Nepodceňovat infekce dýchacích cest, ale i jiné infekce. Každou takovou infekci je nutné dobře léčit. Ještě lépe je jim předcházet, příkladem může být očkování proti chřipce.

Najít si čas na relaxaci, pravidelná relaxace je velice důležitá pro psychickou stránku člověka, obzvláště chronicky nemocného. Dobré jsou pravidelné procházky na čerstvém vzduchu, nejlépe každý den. Další možností může být dovolená u moře. Pokud je to možné, je velice vhodné využít možnosti pobytu v lázních ve spolupráci s pojišťovnou. V tomto ohledu je nutné aktivně pátrat po informacích.

Dobré je, aby pacientka spala denně, pravidelně osm hodin. Pokud je problém se spánkem z důvodu stresu a pacientka má pocit, že situaci nezvládá, je dobré navštívit psychologa. Také by mohlo pacientce pomoci, vyhledat lidi se stejným onemocněním.

Pro rodinu

Rodina by měla psychicky podporovat pacientku. Měla by znát alespoň základní informace o této nemoci a jak pomoci při záchvatu. S tím je spojená nutnost znalostí léků a jejich aplikace. Je nutná tolerance přátel, rodiny, nekouřit v blízkosti pacientky a eliminovat i další látky, které by mohly přitížit stavu pacientky.

Kde získat další důvěryhodné informace o astmatu:

<http://www.cipa.cz/> – Česká iniciativa pro astma

ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl poskytnout kvalitní individuální ošetrovatelskou péči pro nemocného trpícího bronchiálním astmatem. Práci jsme rozdělili do dvou částí. První polovina čtenáře seznámila s podrobnými informacemi o onemocnění. K tomuto účelu jsme použili 24 zdrojů literatury.

Praktická část seznámila čtenáře s problematikou daného pacienta, se zdravotním stavem. Zde byla vypracovaná ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon. Dále jsme stanovili 10 ošetrovatelských diagnóz a 4 z nich jsme rozpracovali. Výběr byl proveden dle priorit pacientky. Po naplánování ošetrovatelské péče následovala realizace a následně vyhodnocení jednotlivých cílů. Cíle byly splněny částečně. To z důvodu krátkého časového úseku péče. Díky zpracování všech teoretických a praktických informací jsme v závěru stanovili doporučení pro praxi. Ta je rozdělena na doporučení pro sestry, pacienta a rodinu. V přílohách byl vypracován individuální plán léčby při záchvatu.

Bronchiální astma je onemocnění, které citelně mění kvalitu života. Během práce, se nám osvědčilo, jak důležitý je správný psychologický přístup, umět nemocného povzbudit a ukázat mu lepší zítřky. To klade velké nároky na všeobecnou sestru. Na druhou stranu umět pozitivně ovlivnit psychiku pacienta může vést k velkému zlepšení jeho zdravotního stavu. Dále může také motivovat nemocného k zájmu o důslednou léčbu.

Za základ kvalitní péče považujeme, aby nemocný byl správně, citlivě a srozumitelně seznámen s problematikou nemoci. Proto by měla všeobecná sestra pátrat po znalostech nemocného a nedostatky doplnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMS, Beath; HAROLD, Catarien. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing s. r. o., 1999. 58 – 63 s. ISBN 80-7169-893-8.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha : Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

BRHEL, P. aj. 2008. *Diagnostika, léčba a prevence průduškového astmatu v České republice : Uvedení globální strategie do praxe*. 1. vid. Česká iniciativa pro astma, o. p. s., 2008. 120 s. ISBN 978-80-86396-32-3.

DOENGES, Marilyn; MOOEHOUSE, Mary. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FARKAŠOVÁ, D. aj. 2001. *Ošetrovatel'stvo*. Matrina : Osveta. 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.

ISAJEV, Jurij; MOJSJUKOVÁ, Ludmila. 2005. *Průduškové astma, Dýchání, masáže, cvičení*. Z rus. orig. přel. Vladimíra Daňková. Praha : Granit, 2005. 166 s. ISBN 80-7296-042-3.

JANÍČKOVÁ, Hana. 2003. *Povídání o astmatu* 1. vid. Praha : Triton, 3003. 95 s. ISBN 80-7254-376-8.

KAŠÁK, Viktor. 2005. *Astma bronchiale*. Praha : Maxdorf, 2005. 148 s. ISBN 80-7345-062-3.

KAŠÁK, V.; POHUNEK, P.; SEBEROVÁ, E. 2003. *Překonej své astma*. Praha : Maxdorf. 2003. 239 s. ISBN 80-85912-96-1.

- KAŠÁK, Viktor; FETEOVÁ, Eva. 2009. *Průduškové astma v dospělosti*. Praha ; Maxdorf, 2009. 40 s. ISBN 978-80-7345-197-4.
- KOPŘIVA, František. 2003. *Chronický eozinofilní zánět a asthma bronchiale*. Praha : Maxdorf. 2003. 224 s. ISBN 80-85912-73-2.
- KOLEK, Vítězslav; KAŠÁK, Viktor. 2010. *Pneumologie, vybrané kapitoly pro praxi*. Praha ; Maxdorf, 2010. s. 424. ISBN 978-80-7345-220-9.
- KOZIEROVA, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I*. Martin : Osveta, 1995. 834 s. ISBN 80- 217- 0528- 0.
- MAZÁKOVÁ, H.; DAŇKOVÁ, I.; BYSTROŇ, J. 2010. *Jaro a léto v ordinaci lékaře*. In: MAZÁKOVÁ, H. *Léčba alergie a astmatu*. Olomouc : SOLEN, 2010, s. 11 – 19. ISBN 978-80-87327-32-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha : Maurea, s. r. o., Plzeň, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2008. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. Praha : Grada Publish s. r. o., 2008. 121 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- POHUNEK, Petr. 2009. *Průduškové astma v dětském věku*. Praha ; Maxdorf, 2009. 28 s. ISBN 978-80-7345-201-8.
- PONĚŠICKÝ, J. aj. 2003. *Povídání o astmatu 2*. Praha : Triton s. r. o., 2003. 135 s. ISBN 80-7254-405-5.
- SCHAD, Oliver; HAUF, Albert. 2008. *Astma, prevence a vhodná péče*. Z něm. orig. přel. Klára Heytmánková. Praha : Olympia a. s. 2008. 159 s. ISBN 978-7376-111-0.
- SUSA, Zdeněk. 2003. *Asthma bronchiale*. Praha : Triton, 2003. 110 s. ISBN 80-7254-441-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství 1*. Praha : Grada Publish. 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

TEŘL, Milan; RYBNÍČEK, Ondřej. 2008. *Astma bronchiale v příčinách a klinických obrazech*. Semily : Geum s. r. o., 2008. 311 s. ISBN 978-80-86256-59-7.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2010. 1160 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

NOVOTNÁ, B. 2010. *Charakteristiky pacientů s obtížně léčitelným astmatem – naše zkušenosti*. 2010. *Klinická imunologie a alergologie*. ISSN 1335-0013, 2010, roč. 20, č. 1. s. 33 – 34.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Čestné prohlášení o sběru dat.....	I
Příloha B – Patologické znaky a patogeneze astmatu.....	II
Příloha C – Mechanismy akutního a chronického zánětu u astmatu a procesy remodelace.....	III
Příloha D – Zánět a přestavba u astmatu.....	IV
Příloha E – Látky způsobující astma ve vybraných profesích.....	V
Příloha F – Hodnocení tíže astmatického záchvatu.....	VI
Příloha G – Nemocniční léčba astmatického záchvatu.....	VII
Příloha H – Postup léčby při astmatickém záchvatu.....	VIII

Příloha A – Čestné prohlášení o sběru dat

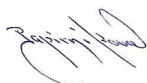
Čestné prohlášení

Já, Judita Papírníková, narozena 21.2. 1989 v Třebíči, tímto **čestně prohlašuji**, že podklady k bakalářské práci jsem získala se souhlasem pacienta a zdravotnického zařízení v průběhu odborné praxe v Nemocnici Na Františku v období od 11. 4. do 15.4 2011.

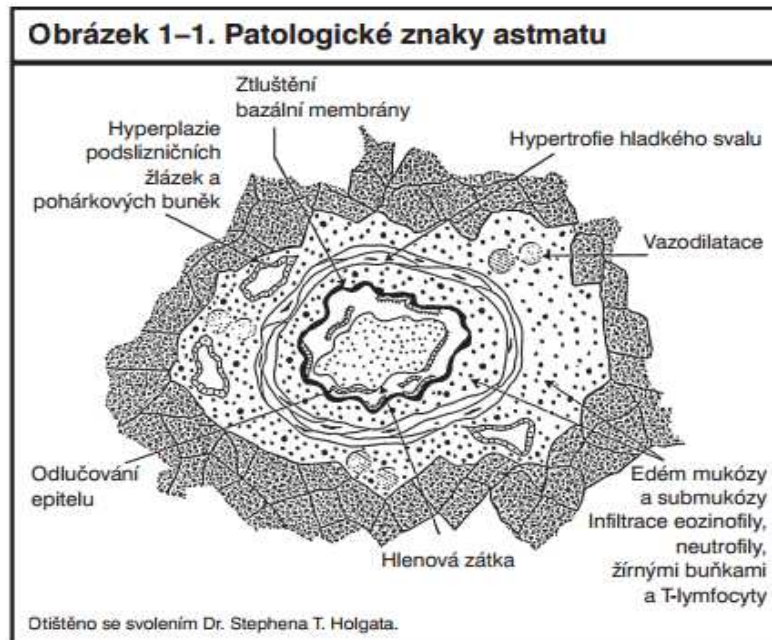
V Praze

Dne: 16. 5. 2011

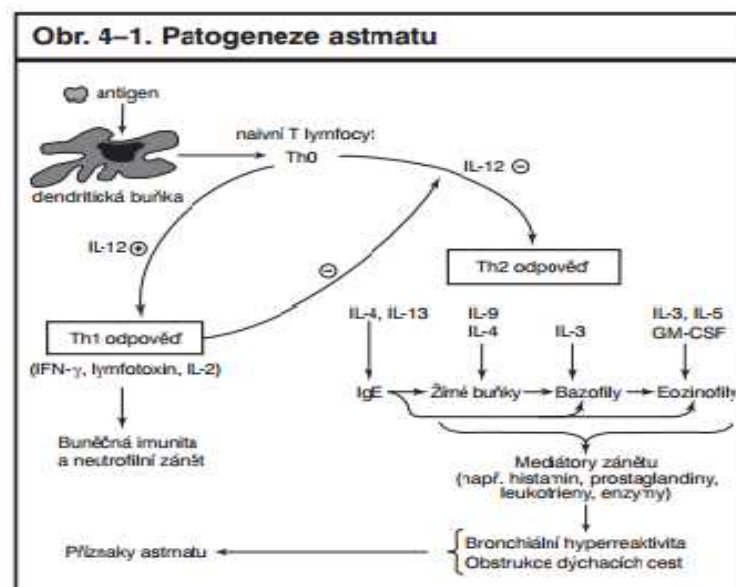
Podpis:



Příloha B – Patologické znaky a patogeneze astmatu

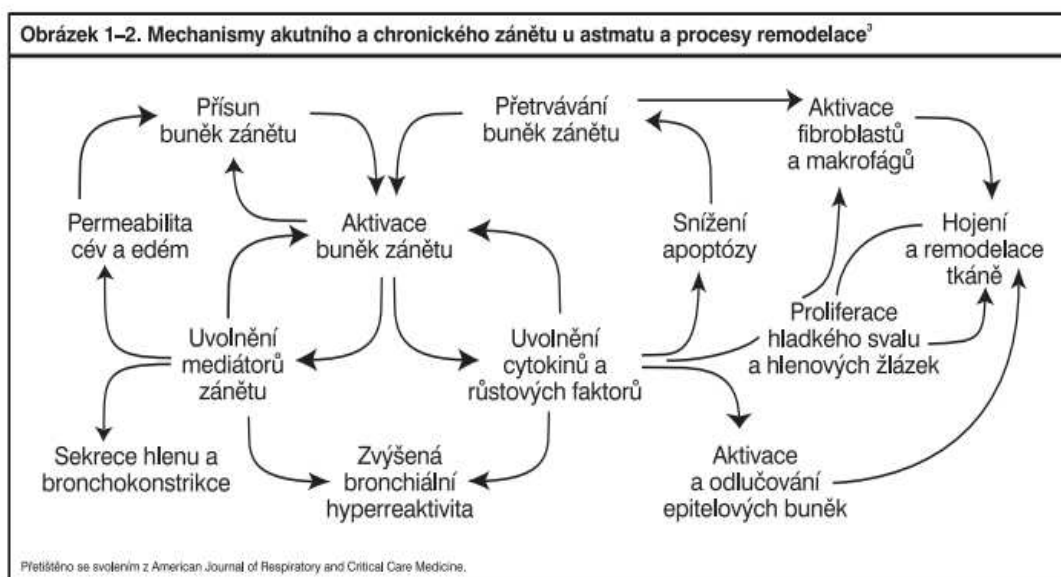


Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 2



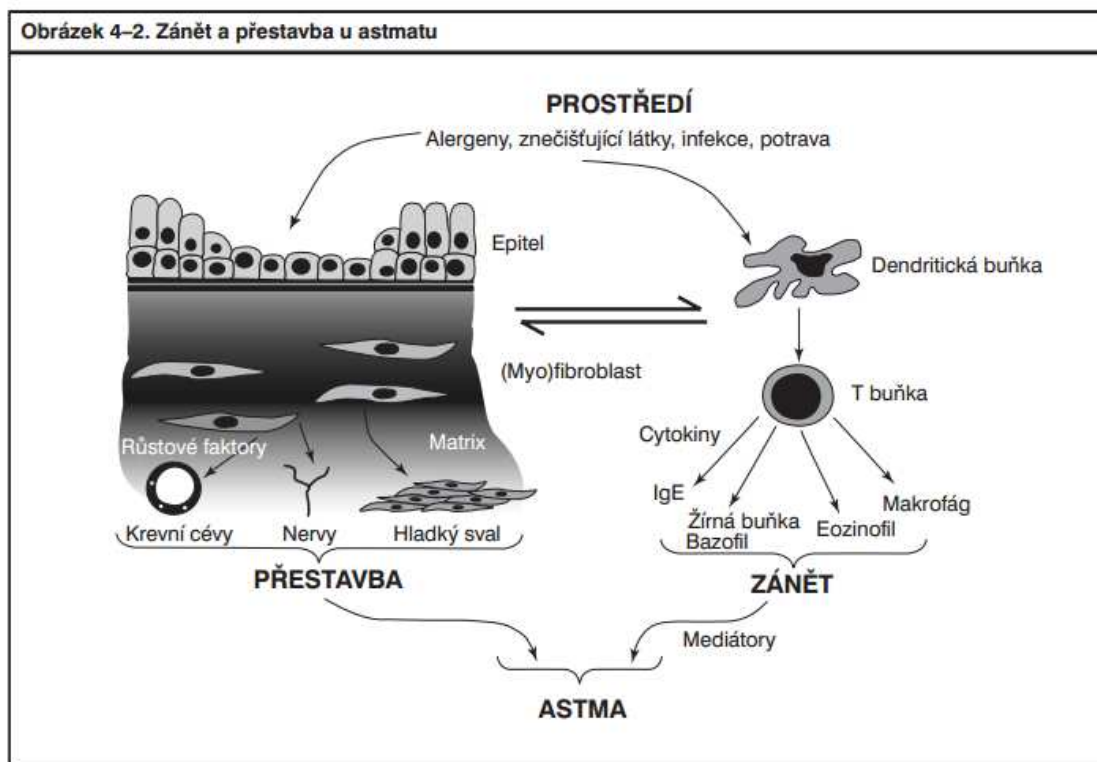
Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 3

Příloha C – Mechanismy akutního a chronického zánětu u astmatu a procesy remodelace



Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 4

Příloha D – Zánět a přestavba u astmatu



Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 56

Příloha E – Látky způsobující astma ve vybraných profesích

Tabulka 3–4. Látky způsobující astma ve vybraných profesích	
Profese nebo výrobní odvětví	Profesní látky
	Živočišné proteiny
Veterináři a laboratorní pracovníci	Zvířecí epitelie a močové proteiny
Potravinářský průmysl	Korýši, vaječné proteiny, pankreatické enzymy, papain, amyláza
Pracovníci v mlékárenství	Roztoči skladovacích prostor
Pracovníci drůbežáren	Roztoči, vyskytující se u drůbeže, trus, peří
Pracovníci v rostlinné výrobě – cibilnice, sýpky	Roztoči skladovacích prostor, <i>Aspergillus</i> , pylly travin a ambrózie i ve vnitřním pracovním prostředí
Výzkumní pracovníci	Kobylky, sarančata
Rybářství	Komáři
Výroba detergentů	Enzymy <i>Bacillus subtilis</i>
Zpracovatelé hedvábí	Housenky, larvy, můry bource morušového
	Rostlinné proteiny
Pekaři	Mouka, amyláza
Zpracování potravin	Prach z kávových zrn, naklepání a rozklepání masa (papain), čaj
Farmáři	Prach ze sojových bobů
Dopravci	Prach z obilí (plísňe, hmyz, obilí)
Výroba laxativ	Ispaghula, psyllium
Pracovníci na pilách, tesaři	Prach ze dřeva (západní červený cedr, dub, mahagon, zebrové cřevo, červené dřevo, libanonský cedr, africký javor, východní bílý cedr)
Elektrické pájení, letování	Kalafuna (pryskyřice)
Zdravotní sestry	Psyllium, latex
	Anorganické chemické látky
Pracovníci ražinění	Soľi platiny, vanadium
Pokovování	Soľi niklu
Broušení diamantů	Soľi kobaltu
Výroba	Aluminium fluorid
Kosmetičky	Persulfát
Sváření	Výpary při sváření antikorozních ocelí, soľi chrómu
	Organické chemické látky
Výroba	Antibiotika, piperazin, metyldopa, salbutamol, cimetidine
Zdravotničtí pracovníci	Dezinfekční prostředky (sulfathiazol, chloramin, formaldehyd, glutaraldehyd), latex
Anesteziologie	Enflurán
Zaměstřanci drůbežáren	Aprolium
Barvení kožešin	Barvy na kožešiny
Gumárenství	Formaldehyd, etyléndamin, ftalanhydrid
Plastový průmysl	Toluidiizokyanát, hexametyléndiizokyanát, metyléndifenyl-diizokyanát, ftalanhydrid, trietyléntetramin, trimelítanhydrid, hexametyltetramin, akryláty
Lakování aut	Etanolamin, diizokyanáty

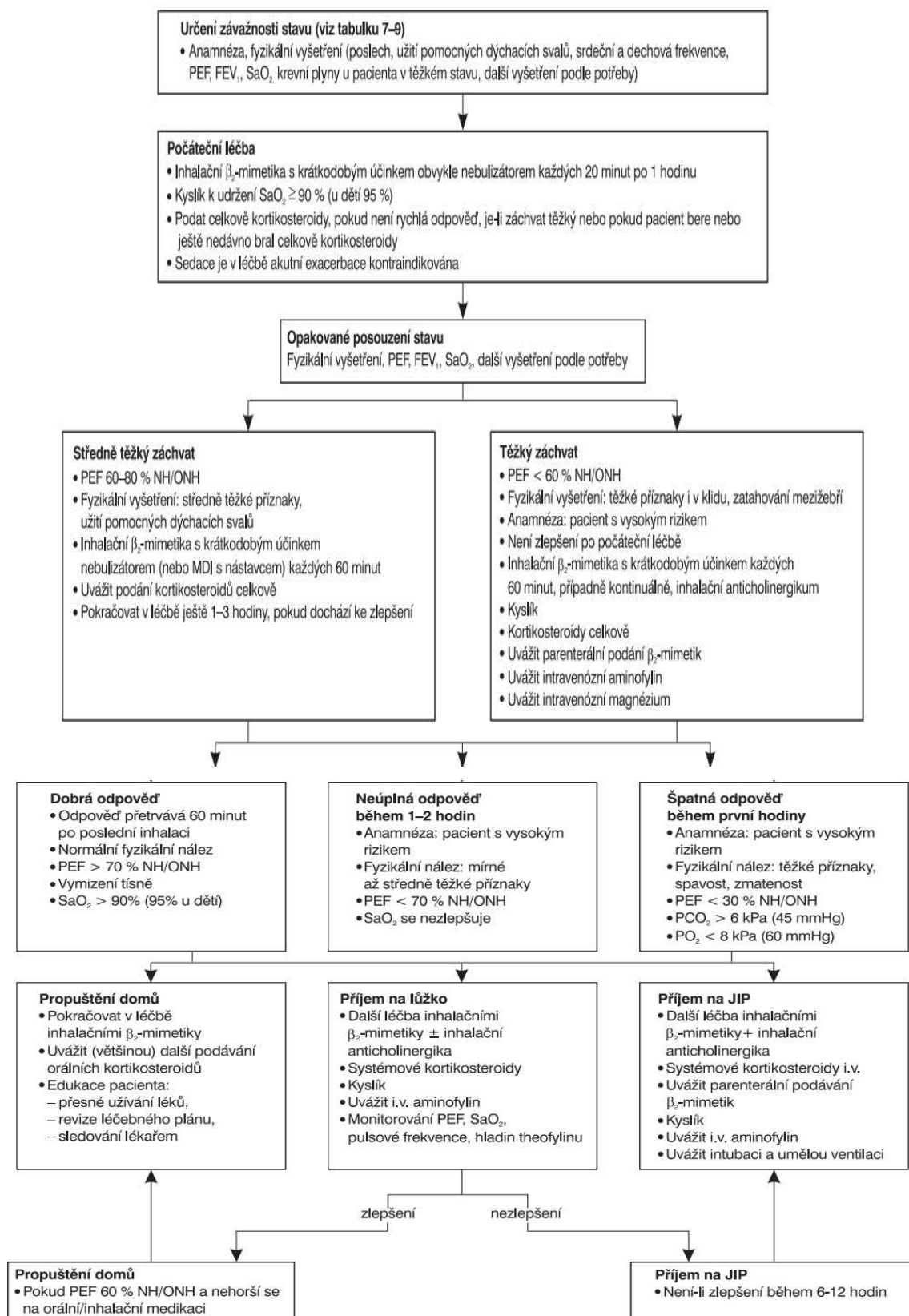
Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 37

Příloha F – Hodnocení tíže astmatického záchvatu

Tabulka 7–9. Hodnocení tíže astmatického záchvatu*				
	Lehký záchvat	Středně těžký záchvat	Těžký záchvat	Hrozící zástava dechu
Dušnost	Chodí Může ležet	Mluví Raději sedí Kojenec – tiší kratší pláč, obtížné krmení	V klidové poloze Předklon Kojenec – přestává jíst	
Řeč	Věty	Fráze	Slova	
Vědomí	Někdy agitace	Obvykle agitace	Obvykle agitace	Spavost nebo zmatenost
Dechová frekvence	Zvýšena	Zvýšena	Často > 30/min	
	Hodnocení dechové frekvence při dechové tísní u bdělých dětí			
	Věk			Normální dechová frekvence
	< 2 měsíce			< 60/min
	2–12 měsíců			< 50/min
	1–5 let			< 40/min
	6–8 let			< 30/min
Pomocné dýchací svaly a zatahování jugulární jamky	Obvykle ne	Obvykle ano	Obvykle ano	Paradoxní pohyby břicha a hrudi
Pískoty	Mírné, obvykle pouze na konci výdechu	Hlasité	Obvykle hlasité	Nepřítomny
Pulsová frekvence	< 100/min	100–120/min	> 120/min	Bradykardie
	Hodnocení normální pulsově frekvence u dětí			
	Kojenci	2–12 měsíců	< 160/min	
	Batoleta	1–2 roky	< 120/min	
	Starší děti	2–8 let	< 110/min	
Paradoxní puls	nepřítomen < 10 mmHg	Může být přítomen 10–25 mmHg	Často přítomen > 25 mmHg (dospělý) 20–40 mmHg (dítě)	Nepřítomnost ukazuje na únavu dýchacích svalů
PEF po počáteční léčbě (% náležité nebo nejlepší osobní hodnoty)	> 80%	60–80 %	< 60% (< 100 l/min dospělí) nebo zlepšení kratší než 2 hodiny	
PaO ₂ v atm. vzduchu [†]	Normální, obvykle není třeba vyšetřovat	> 8 kPa	< 8 kPa Možná cyanóza	
a/nebo PaCO ₂ [†]	< 6 kPa	< 6 kPa	> 6 kPa	
Možné respirační selhání (viz text)				
SaO ₂ % v atm. vzduchu [†]	> 95 %	91–95 %	< 90 %	

Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 141

Příloha G – Nemocniční léčba astmatického záchvatu



Zdroj: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci, 2003, s. 144

Příloha H - Postup léčby při astmatickém záchvatu

Vypracovaný individuální plán pro pacientku. Tento plán byl sestaven podle vzoru z knihy Astma, prevence a vhodná péče od Olivera Schada a Alberta Haufse.

Kdy použít tento plán?

- dušnost, ztížené dýchání, hvízdavé zvuky během dýchání, pocit že přijde nebo se rozvíjí záchvat

1. sedni si s mírným předklonem
2. změř hodnotu peak – flow a zapiš do deníku
3. dva vdechy léku pro případ nouze – Ventolin inhaler N
4. dýchej s přivřenými rty
5. po 5 minutách změř znovu peak – flow a zaznamenej

Pokud obtíže přetrvávají:

6. dýchej s přivřenými rty
7. udržuj předkloněný trup
8. po 5 minutách opakuj aplikaci léku pro případ nouze – Ventolin inhaler N

Pokud potíže přetrvávají:

9. vyšetři peak – flow a zaznamenej
10. pokud se stav horší → kontaktuj první pomoc