

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ULMANOVÁ VERONIKA

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2012



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

Ulmanová Veronika
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 3. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacientky s hlubokou žilní trombózou

Nursing Care of the Patients with Tromboembolic Diseases

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za velmi cenné, odborné a podnětné rady při tvorení bakalářské práce. Děkuji také celé mé rodině za podporu a pevné nervy.

Abstrakt

ULMANOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče u pacientky s hlubokou žilní trombózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2012. 62 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o dvacetiletou ženu s hlubokou žilní trombózou a diagnostikovanou Leidenskou mutací. V teoretické části je charakterizována hluboká žilní trombóza, její historie, příznaky, diagnostika a léčba. U příčin hluboké žilní trombózy chceme poukázat, že v hodně případech (hlavně u mladých jedinců) jsou příčiny hlavně genetické. Genetické příčiny hluboké žilní trombózy se nazývají trombofilie. V této práci se budeme věnovat hlavně primárním (dědičným) trombofiliím a zejména Leidenské mutaci, která byla u pacientky prokázána. Všeobecná sestra pečuje o ženu s hlubokou žilní trombózou, snaží se předcházet komplikacím a pomáhá pacientce začlenit se zpět do svého, i když trochu pozměněného životního stylu. Součástí práce bude ošetrovatelský proces. V péči o pacientku se zaměříme na vytyčené cíle a na konci práce shrneme jejich výsledek. Velkou částí práce je ošetrovatelská péče o pacientku s hlubokou žilní trombózou, na interním oddělení před a po jejím propuštění. V této práci chceme informovat, že hluboká žilní trombóza nepostihuje jen lidi vystavující se nikotinu, pacientům imobilním nebo jiným dalším rizikovým stavům. Cílem je informovat, že příčiny jsou také genetické.

Klíčová slova: Hluboká žilní trombóza. Leidenská mutace. Ošetrovatelská péče. Trombofilie.

Abstract

ULMANOVÁ, Veronika. Nursing Care of Female Patient with Deep Vein Thrombosis. Nursing College, o.p.s., Degree: Bachelor (Bc), Tutor: PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague 2012. 62 pages

The main topic of my bachelor thesis is nursing care of a 20-year-old woman with deep vein thrombosis and diagnosis with Leiden mutation. The theoretical part introduces deep vein thrombosis, its history, signs and symptoms, diagnosis and treatment. I want to show that the causes of the deep vein thrombosis in many cases are mainly heredity. Hereditary causes of deep vein thrombosis called thrombophilia. This part of the thesis is devoted to the primary hereditary thrombophilia and especially Leiden mutation which is proven in female patient. A general nurse cares of a woman with deep vein thrombosis, tries to prevent from complications and helps the patients to integrate into normal life and change their lifestyle. The part of the thesis will be the nursing process. The goal of the thesis is to care of a female patient and at the end of the thesis is conclusion about the outcomes. The large part of the thesis is the nursing care of a female patient with deep vein thrombosis in the ward and her discharge. I would like to tell that deep vein thrombosis does not affect only people exposed to nicotine immobilized patients and people with other risk factors but the goal is to tell about heredity as well.

Key words: Deep Vein Thrombosis. Leiden Mutation. Nursing Care. Thrombophilia.

Předmluva

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam ošetrovatelské péče v práci všeobecné sestry o pacienty s hlubokou žilní trombózou. A přiblížit více problematiku jejich příčin – tedy trombofilie. Chceme informovat, že i lidé po tromboembolické nemoci s diagnostikovanou trombofilií, mohou žít pěkný a plnohodnotný život.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a absolvováním klinických cvičení na interních odděleních v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních pramenů.

Práce je určena studentům všeobecné sestry a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry z praxe, které se věnují ošetrovatelské péči po tromboembolických nemocích, nejen na interních odděleních.

Obsah

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	11
1 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA.....	12
1.1 Historie žilní trombózy.....	12
1.2 Charakteristika žilní trombózy.....	13
2 PATOGENEZE ŽILNÍ TROMBÓZY.....	15
2.1 Rizikové faktory.....	16
3 PŘÍČINA – TROMBOFILIE.....	18
3.1 Leidenská mutace.....	18
4 KLINICKÝ OBRAZ.....	21
4.1 Příznaky trombózy.....	21
4.2 Lokalizace trombóz.....	22
5 DIAGNOSTIKA ŽILNÍ TROMBÓZY.....	24
5.1 Klinické vyšetření.....	24
5.2 Laboratorní a pomocná vyšetření.....	25
6 KOMPLIKACE ŽILNÍ TROMBÓZY.....	27
6.1 Plicní embolie.....	27
6.2 Posttrombotický syndrom.....	28
7 LÉČBA ŽILNÍ TROMBÓZY.....	29

7.1 Heparin.....	29
7.2 Nízkomolekulární hepariny	30
7.3 Trombolytická léčba	31
7.4 Perorální antikoagulancia	31
7.5 Chirurgická léčba.....	32
7.6 Kompresivní terapie.....	32
7.7 Dietoterapie.....	32
7.8 Pohybový režim	33
8 PREVENCE ŽILNÍ TROMBÓZY	34
9 POJEM OŠETŘOVATELSTVÍ	35
9.1 Zdraví a potřeby nemocného	36
10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	37
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61

PŘÍLOHY

Seznam zkratek

APC rezistence – rezistence na aktivovaný protein c

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

FT - flebotrombóza

HŽT – hluboká žilní trombóza

INR – určuje krevní srážlivost

LMWH – nízkomolekulární hepariny

NMR – nukleární magnetická rezonance

TEN – tromboembolická nemoc

TT – trombinový čas

WHO – světová zdravotnická organizace

Úvod

Hluboká žilní trombóza je třetím nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním. V dnešní době je její výskyt na interních odděleních četný. Vzniká nejčastěji v oblasti hlubokých žil dolních končetin, může ovšem postihnout žíly v hrudní či břišní dutině, ale také na horní končetině. Akutní trombotický uzávěr žil hlubokého oběhu se označuje jako hluboká žilní trombóza.

Hluboká žilní trombóza si nevybírání jen jedince staršího věku, ale také mladé, např. okolo dvaceti let. Pak se musíme ptát proč? Někteří jedinci jsou zdraví, nekouří, v případě dívek neužívají hormonální antikoncepci, a přesto leží ve dvaceti letech (bohužel i mladší) na interních odděleních. Odpověď je trombofilie. V práci se budeme zabývat Leidenskou mutací, tedy vrozenou formou trombofilie.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Z části teoretické a praktické.

Cílem bakalářské práce je popsat hlubokou žilní trombózu a hlavně její příčiny – trombofilie, se zaměřením na Leidenskou mutaci.

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA

Tromboembolická nemoc je třetím nejčastějším kardiovaskulární onemocněním (SUSA, 2002). „*Jako hluboká žilní trombóza se označuje akutní trombotický uzávěr žil hlubokého oběhu.*“ (SUSA, 2002, s. 20)

„*Významný zdravotnický problém představuje žilní trombóza, která má dva možné závažné následky: často fatální embolizaci do plic a také rozvoj posttrombotického syndromu. Epidemiologické údaje v běžné populaci poukazují na roční výskyt žilní trombózy, ve 160 případech na 100 000 lidí, symptomatické nefatální embolii do plic v 20 případech na 100 000 lidí a fatální embolie do plic zjištěné při pitvě v 50 případech na 100 000 lidí. Žilní trombóza je multifaktoriální onemocnění, které vzniká působením různých rizikových faktorů současně. U jedinců mladších 20 let, je výskyt žilní trombózy v 1 případě na 100 000 lidí, ve středním věku je přibližně 1 případ na 1000 lidí, potom se postupně zvyšuje a ve vyšším věku dosahuje 1% ročně.*“ (REMKOVÁ, 2000, s. 9)

1.1 Historie žilní trombózy

Již ve starověku věděli, že krev mimo cévy koaguluje a objevovali se i případy velkého a nezastavitelného krvácení. Krvácení a koagulace nebyli spolu ovšem spojovány. Jako první spojil dohromady hemostázu a tvorbu krevní sraženiny francouzský chirurg Jean – Louis Petit v roce 1720. Začátkem 19. století popsal Rudolf Virchow žilní trombózu, mechanismus tromboembolismu a podmínky jejího vzniku. Malpighi popisoval v roce 1687 základní stavební jednotku krevní sraženiny jako fibrae. V tomto období převládal názor, že srážení krve mimo cévy je uzpůsobeno jejím ochlazením. V pojednání De spontanea sanguinis separatione. Quam annuente summo numine z roku 1760 se J. M. Butt domníval, že teplá krev, která cirkuluje, obsahuje v přesyceném roztoku fibrin, a proto fibrin při ochlazení precipituje. Teorii koagulační kaskády formuloval v roce 1905 Paul Moravitz. Již byli známy čtyři komponenty

koagulační kaskády: fibrinogen, protrombin, tromboplastin a vápník. Objevoval se vitamin K, heparin a dikumarol (VOJÁČEK, 2004).

Fogarty zavedl do klinické praxe v roce 1963 chirurgickou tromboemboliotomií, která snížila počet amputací u akutních uzávěrů tepen dolních končetin. Dodnes se tato metoda používá především při léčení tepenných uzávěrů. Je to nejrychlejší způsob, jak zprůchodnit náhle uzavřenou tepnu (VOJÁČEK, 2004).

Zakladatelem československé a české angiologie je Bohumil Prusík. Již od roku 1917 prof. Prusík prováděl kapilaroskopii, oscilometrické vyšetření periferních tepen. Jako jeden z prvních ve světě a jako první u nás v roce 1928 provedl arteriografické vyšetření periferních tepen společně s prof. Volicerem (rentgenolog). Účinky kyseliny nikotinové zkoumal na tepnách. Založil IV. Interní kliniku lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Zde se také podílel na vzniku první angiologické školy. Poté zavedl antikoagulační terapii Pelentanem (KARETOVÁ, 2001).

1.2 Charakteristika žilní trombózy

„Hluboká žilní trombóza, označována také jako flebotrombóza – FT - je onemocnění postihující některou část hlubokého žilního systému (zejména dolních končetin), které vzniká kompletním či parciálním uzávěrem žíly trombem. Flebotrombóza nese riziko vzniku závažných komplikací: jsou jimi plicní embolie a vznik chronické žilní insuficience. V oblasti diagnostiky již vzniklé nemoci, kdy bohužel víme, že přínos klinického vyšetření je malý, se můžeme dnes opřít především o rychle se rozvíjející ultrazvukové metody. Ale ani včasné diagnostikovaná flebotrombóza, léčená současnými postupy, nevede až v padesáti procentech případů k plné rekanalizaci, a může proto vyústit v posttrombotický syndrom se všemi jeho negativními důsledky.“ (KARETOVÁ, 2001, s. 204)

„Flebotrombóza je onemocnění postihující některou z částí hlubokého žilního systému (nejčastěji jde o žíly dolních končetin a pánevního řečiště), jehož podkladem je kompletní nebo částečný uzávěr žíly trombem. Trombóza je intravitální, patologické srážení krve, v případě flebotrombózy lokalizované uvnitř žil. Tromby se tvoří většinou v hlubokých lýtkových žilách a následně se šíří do proximálních úseků, ze kterých je pro jejich větší kalibr vyšší pravděpodobnost embolizace. K rozvoji plicní embolizace

dochází až u padesáti procent nemocných s hlubokou žilní trombózou, přičemž velká část probíhá asymptomaticky.“ (KARETOVÁ, 2009, s. 11)

Trombus, který nasedá na aterosklerotický plát v tepnách, je odlišný od trombu vznikající v žilách. Trombus tepenný obsahuje až 30 % trombocytů, které ho zbarvují do bílé barvy (bílý trombus), v žilách obsahuje trombus asi pouze 15% trombocytů a zde převládají erytrocyty (červený trombus). Odlišnosti ve složení a tvorbě žilního a tepenného trombu mají své léčebné důsledky – v prevenci žilní trombózy užíváme antikoagulancia, v prevenci ateroskleroticko-trombotických uzávěrů tepen se spíše užívají antiagregační látky (VOJÁČEK, 2004).

2 PATOGENEZE ŽILNÍ TROMBÓZY

Žilní trombóza je multifaktorové onemocnění spojené se vznikem trombu v různých úsecích žilního systému. V ekonomicky vyspělých zemích se HŽT vyskytuje v 2 – 3 %. Je zajímavé, že v oblasti Asie a Afriky je výskyt trombózy nižší. Z hlediska patogeneze se rozlišují dva způsoby vzniku trombóz. Trombózy bez poškození žilní stěny v místě vzniku trombu. Trombózy nasedající na přímé poškození žilní stěny, např. při traumatech a operacích, kdy se uvolňuje i větší množství tkáňového faktoru, který figuruje na začátku koagulačního řetězce (MAZUCH, 2008).

„Patogeneze žilní trombózy byla prvně shrnuta Rudolfem Virchovem v roce 1856, který popsal tři hlavní mechanismy porušené homeostázy, jež buď samostatně či v kombinaci vedou k tvorbě trombu – tzv. Virchova trias (též Virchova – Rokitanského trias).“ (KARETOVÁ et al., 2001, s. 206)

Je známo z výzkumu a praxe, že při vzniklé trombóze působí i několik příčin najednou a navzájem se násobí. Přírozená antitrombotická ochrana pak ochabuje a přestává bránit zdravou žílu, před vznikem trombózy (KVASNIČKA, 2003).

Virchova trias se skládá z alterace krevního toku, stázou a turbulencí. Poškozením cévní stěny a změnou koagulace krve (hyperkoagulace) (KARETOVÁ et al., 2001).

Aktivace koagulačních mechanismů je podnětem ke vzniku a tvorbě žilních trombů, často je přítomna stáza. Nejobvyklejší lokalizací jsou žilní sinusy bérce nebo stehna. Ale trombóza může vzniknout na kterémkoliv místě žilního řečiště. Tromby v žíle se skládají ze zachycených erytrocytů a ještě především z fibrinu a obsahují malé množství trombocytů. Naopak tromby tepenné se skládají především z destiček a mají malé množství fibrinu (KARETOVÁ et al., 2001).

„Z klinického hlediska jsou nejzávažnější trombózy proximálních partií hlubokého žilního systému. U neléčených (nediagnostikovaných) flebotrombóz, které jsou lokalizovány ve stehenní a pánevní oblasti se nefatální plicní embolismus vyskytuje až v 50 %. Menší riziko embolizace (asi v 10 %), respektive klinicky méně významné

drobné embolizace, hrozí, pokud žilní trombóza vznikla v bérkové oblasti. Zde se však žilní trombózy vytvářejí poměrně často.“ (KVASNIČKA, 2003, s. 33-34)

2.1 Rizikové faktory

Hluboká žilní trombóza vzniká při součinnosti několika faktorů. Jako je nikotinismus, těhotenství, obezita, věk apod., může nasednout spouštěcí faktor např. infekce, imobilita, maligní proces nebo dlouhá cesta, hormonální léčba, ale také chirurgický výkon. Proces mezi fibrinolýzou a koagulačním procesem se vychýlí a směřuje k hyperkoagulaci (KARETOVÁ, 2009).

Nejvýznamnější rizikové faktory vzniku TEN jsou:

Věk riziko trombózy významně ovlivňuje. Není přesně jasné, co závislost žilní trombózy na věku způsobuje. Nejspíše jde o pokles svalového napětí s kombinací snížení mobility (WIDIMSKÝ et al., 2002). Flebotrombóza je v dětství opravdu vzácná, ale nejvýrazněji se projevuje v 5. dekádě věku. Pooperační trombózy mají těsnou vazbu na věk. Je ovšem jedno, který typ operace byl proveden (KARETOVÁ et al., 2001).

Obezita je dalším faktorem, který se podílí na vzniku trombózy. Hlavně po operacích, kdy aktivizace je v pozdější době. Spojení trombózy a obezity bylo prokázáno hlavně u žen (KARETOVÁ, et al., 2001). Při obezitě dochází k poruše fibrinolýzy a vznikají častěji arteriální trombózy (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Hormonální léčba, hormonální antikoncepce dle studie WHO zvyšuje riziko trombózy až 4x. Existuje Leidenská studie a ta též přinesla stejné výsledky. V roce 1961 byl popsán první případ u zdravotní sestry, která prodělala embolii krátce po začátku užívání hormonální antikoncepce. Ženy, které užívají hormonální antikoncepci a mají Leidenskou mutaci heterozygotní formy, se zvyšuje riziko žilní trombózy až 35x (WIDIMSKÝ et al., 2002). U žen, které prodělávají menopauzu a užívají hormonální léčbu je riziko žilní trombózy 2x větší (KARETOVÁ et al., 2001).

Imobilizace v hojné míře přispívá k žilní trombóze. Nejvíce jsou ohroženi hemiplegičtí pacienti, kterým se na postižené straně začne tvořit stáza. I při krátkodobé imobilizaci, např. cesta autem, autobusem, se může vytvořit žilní trombóza. Nazývána jako cestovní trombóza (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Trombofilní stavy jsou přítomny u většiny nemocných s trombózami. Trombofilie je stav zvýšeného rizika hluboké žilní trombózy. Trombofilie mohou být vrozené, či získané. Pokud má nemocný trombofilii, vyšetřuje se zároveň celá přímá rodina, aby se mohlo účinně trombózám předcházet (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Gravidita je obdobím, které je vysoce rizikové pro ženy s nějakou vrozenou trombofilií. V těhotenství a poporodním obdobím často dochází k první atace žilní trombózy. Dochází k tomu díky útlaku žil v pánevních oblastech a změnami koagulačních systémů (KARETOVÁ et al., 2001).

3 PŘÍČINA – TROMBOFILIE

„Trombofilní stavy rozumíme stavy charakterizované recidivujícími trombotickými příhodami, většinou v žilním řečišti, vyskytující se již v adolescenci nebo v mladších věkových skupinách do 45 let. Jejich příčina tkví v narušení hemostatické rovnováhy plazmatických činitelů v neprospěch mechanismů inhibice koagulace a fibrinolytické schopnosti za nepřítomnosti organických postižení cévní stěny či hrubších poruch hemodynamiky.“ (KLENER et al., 2003, s. 108)

Pokud se potvrdí přítomnost trombózy, mělo by se pátrat po její příčině. Pokud je příčina jasná, např. imobilizace, nepátráme po příčině, ale zaměříme se rovnou na léčbu a prevenci. Pokud se trombóza opakuje, měli bychom pátrat přímo po trombofiliích.

Vyšetřování by měli být mladší pacienti s trombózou nebo plicní embolií, recidivující trombózy, nemocné s atypickou žilní trombózou (typ, velikost, lokalizace), ale také přímé příbuzné již diagnostikovaných jedinců (KARETOVÁ, 2009).

„V současnosti je uznáváno pět abnormalit jako prokázané vrozené rizikové faktory pro vznik žilní trombózy. Jsou jimi defekt antitrombinu, proteinu C či S, faktor V (Leiden), mutace protrombinu.“ (VOJÁČEK et al., 2004, s. 80)

Trombofilie se testují na začátku žilních trombóz, netestují se při hormonální léčbě, během těhotenství (např. díky těhotenství je hladina proteinu S mnohokrát zvýšena). Po antikoagulační léčbě je vhodné testování až po dvou týdnech. Ovšem kdykoliv lze provést genetické vyšetření (KARETOVÁ, 2009).

3.1 Leidenská mutace

Leidenská mutace, nazývaná jako APC rezistence – rezistence k aktivovanému proteinu C, nebo také mutace V a faktor V – Leiden (KARETOVÁ et al, 2001).

„U jedinců s tímto typem postižení není antikoagulační vliv aktivovaného proteinu C patrný, byť protein S funguje správně. Jde o autozomálně dominantní odchylku. Jediná mutace aminokyseliny V koagulačního faktoru způsobuje, že aktivovaný protein C není schopen inaktivovat faktor V v kaskádě. Normálně fungující

protein C tedy naráží na abnormitu jednoho z klíčových koagulačních faktorů v koagulační soustavě, který je za normálních okolností schopen deaktivovat, čímž výrazně ovlivní průběh následních dějů a brání trombogenezí. S objevem této rezistence souvisí tedy úzce i zjištění nové role V faktoru, který není jen článkem koagulačního děje, ale účastní se i antikoagulačního působení proteinu C.“ (KARETOVÁ et al, 2001, s. 211)

Porucha byla v roce 1993 popsána švédským lékařem Dählbackem. Tato genetická mutace může být získaná nebo vrozená (REMKOVÁ, 2000).

Vrozená APC rezistence je popsána jako žádná nebo nedostatečná odpověď na aktivovaný C protein. Vyskytuje se dvou formách Faktor V Cambridge a Faktor V Leiden. Získaná forma se vyskytuje při Lupus antikoagulans, při perorální antikoagulační léčbě, při hormonální léčbě a v graviditě (MAZUCH, 2008).

Tato mutace je stará asi 20 – 30 tisíc let. U africké a asijské populace se nevyskytuje, také se nevyskytuje u původních obyvatel Oceánie a Austrálie a u amerických indiánů. V populaci Evropy má prevalenci asi 3 – 7 %, a okolo 50 % postižených trombofilií. Má dvě formy, heterozygotní a homozygotní (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Pokud vznikne trombóza, objevuje se spíše v žilním řečišti, než v tepenném. Výjimkou mohou být osoby s dalšími rizikovými faktory, nebo kuřáci (CHLUMSKÝ et al., 2005).

Riziko tromboembolické nemoci u Leidenské mutace je u heterozygotů asi 5x větší než u zdravých jedinců. Naopak u homozygotů se riziko zvyšuje 10x – 100x v porovnání se zdravými jedinci. S používáním hormonální antikoncepce se riziko TEN u heterozygotů zvyšuje až 35x.

Diagnostika se určuje funkčním testem. Určuje se odpověď na aktivovaný protein C (MAZUCH, 2008). Funkční testy lze provést kdykoliv, klidně i během antikoagulační léčby. Testování na Leidenskou mutaci by měla být i přímá rodina jedince (CHLUMSKÝ et al., 2005).

Riziko vzniku TEN při užívání hormonální antikoncepce je spíše u gestagenů 3. generace, než u gestagenů 2. generace. Rizika spojená s těhotenstvím jsou častější

spontánní potraty, častější rozvoj preeklampsie, abrubce placenty, plod s nízkou porodní váhou. Riziko recidiv TEN je během 8 let cca 30 – 40 % (www.leiden.cz).

4 KLINICKÝ OBRAZ

Trombóza může vzniknout na kterémkoliv místě žilního řečiště, ale nejobvykleji se nachází v žilách bérce nebo stehna. Prohlubující se stázou dochází k nárůstu trombu a způsobuje sterilní zánět žilní stěny. Dislokace a uvolnění části trombu proximálním směrem způsobuje embolizaci, často klinicky němou. S prokázanou plicní embolií u řady nemocných naopak zjistíme asymptomatickou trombózu žil dolních končetin (KARETOVÁ, 2009).

Hluboká žilní trombóza se může vyskytnout ve dvou extrémních situacích. Jako trombóza rozsáhlá nebo latentní. Rozsáhlá trombóza velkých žilních kmenů, kde jsou evidentní klinické příznaky a diagnóza je klinicky jasná. Latentní flebotrombóza je extrémem druhým. Děje se v menším rozsahu a probíhá bez klinických příznaků. Je tu veliké riziko embolizace do plic (MAZUCH et al., 2008).

4.1 Příznaky trombózy

Pro žilní trombózu je typická změna barvy pokožky, dilatace žil, otok a bolest. Tělesná teplota může být také zvětšená. Tyto příznaky u jedné poloviny jedinců jsou a trombóza se neprokáže. Naopak u druhé poloviny pacientů příznaky chybějí, a přesto je diagnostikována žilní trombóza. Trombóza bývá nejčastěji lokalizovaná v lýtkových žilách (SUSA, 2002).

Hluboká žilní trombóza má několik příznaků:

Bolest se objevuje, jakmile jedinec došlápne končetinou na zem, pokud se objevuje i v klidu, jde již o těžší případ. Elevace končetin pomůže a bolest odejde, zlepší se žilní návrat (VOJÁČEK, 2004). Je přítomná palpační bolestivost lýtky, osvědčí se Homansovo znamení – bolestivost lýtky při dorzální flexi nohy (MAZUCH, 2008). Bolest je udávána jen u cca poloviny pacientů (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Otok končetiny vzniká náhle a je spojen s pocitem napětí v celé končetině (VOJÁČEK, 2004). *„Otok je nejčastější známkou žilní trombózy. Je způsobena zvýšením žilního tlaku pod místem uzávěru. Palpací zjišťujeme přítomnost tekutiny v podkoží. Otok žilního původu je obvykle měkký a dobře vytlačitelný. Přítomnost edému dokumentujeme*

měřením obvodů končetin na obvyklých místech – porovnáváním ve stejné úrovni na kotníku, bérce a na stehně.“ (WIDIMSKÝ et al., 2002, s. 114)

Změna barvy pokožky souvisí se žilním uzávěrem. Oproti druhé končetině je pokožka na postižené straně cyanotická až sytě červená (WIDIMSKÝ et al., 2002). Nejobvykleji je končetina lividní (červenofialová). Cyanóza svědčí o rozsáhlé vysoké trombóze, při níž dochází k tepenným spasmům. Pokožku na postižené končetině pozorujeme v poloze vestoje (SUSA, 2002).

Dilatace povrchových žil se objeví pod místem uzávěru, ale u většiny jedinců jsou dilatované povrchové žíly viděny i za normálních okolností. Tento příznak má váhu pouze v převelkém rozdílu obou končetin (SUSA, 2002).

4.2 Lokalizace trombóz

Distální trombóza nebo také trombóza lýtkových žil. Jsou postiženy žíly bérce a dále se nešíří vény poplitea. Tato trombóza je nejčastější, méně častá je trombóza žil proximálních. Trombóza distální má malé riziko vzniku embolie.

Proximální trombóza nebo ileofemorální trombóza vzniká při šíření trombózy lýtkových žil, ale i retrográdním šířením trombózy. K plicní embolizaci vede v 50 % případů. Edém je většinou na celé dolní končetině (SUSA, 2002).

Phlegmasia cerulea dolens vystupňovaný obraz ileofemorální trombózy, vzniká náhlý a kompletní v. ileofemoralis. Končetina je chladná, mramorovaná a fialovomodrá (MAZUCH, 2008).

Trombóza žil horních končetin postižení je v důsledku úrazu anebo delší námaze. Končetina při námaze by měla mít takovou polohu, že utiskuje žíly mezi prvním žebrem a klíční kostí nebo žíly v axile. Tato trombóza je vzácná.

Trombóza dolní duté žíly vzácně je komplikací trombózy ileofemorální. Tato trombóza se spíše vyskytuje při některém okolním onemocnění dolní duté žíly, např. útlak při nádorovém bujení. Kolaterály jsou v pozdních stádiích viděny na zádech nebo břiše.

Trombóza horní duté žíly je důsledkem při utlačování horní duté žíly v okolí mediastina, tento proces se děje nejčastěji opět při nádorovém bujení. Projevy jsou jiné, jedinci mají otok horní části hrudi, hlavy a krku. Nedochozí při tomto typu k embolizaci (SUSA, 2002).

5 DIAGNOSTIKA ŽILNÍ TROMBÓZY

„Rozpoznání žilní trombózy a její včasná léčba je ztíženo častým asymptomatickým průběhem tohoto onemocnění. U interních pacientů je poměr asymptomatických flebotrombóz k symptomatickým flebotrombózám asi 5:1. Z toho přibližně 90 % tvoří flebotrombózy lýtky.“ (MUSIL, 2008, s. 99)

Pro stanovení hluboké žilní trombózy je potřeba anamnéza a velice pečlivé klinické vyšetření dolních končetin pacienta. Jedinec s příznaky HŽT nemusí mít žilní trombózu a je potřeba udělat ještě diagnostické metody. Jsou to např. ultrazvukové vyšetření na Dopplerovém principu, flebografické vyšetření, duplexní ultrasonografie a vyšetření D – dimerů a odběr krve na speciální hemokoagulační vyšetření u mladých jedinců, anebo u recidivujících trombóz (MAZUCH, 2008).

5.1 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření pacienta by mělo být jasné a snadné. Pokud má jedinec škrabavou bolest v lýtku, otok končetiny, cyanózu anebo naopak modročervenou barvu, tak by měla být hluboká žilní trombóza lehce diagnostikovaná (KVASNIČKA, 2003).

Po pacientově příchodu si všímáme jeho chůze, pro bolest končetiny nemůže na patu plně došlápnout. Někde se používají a častěji je psané, že nepoužívají tzv. manévry na určení HŽT.

Je to plantární znamení, kdy dojde k bolestivosti lýtky při tlaku uprostřed chodidla. Když je bolest v lýtku u plantární flexe, je to Homansovo znamení. Lowenbergovo znamení znamená, že bolest je vyvolaná náfukem manžety tonometru, na postižené končetině musí být nižší tlak než na druhé končetině. Rozdíl mezi oběma končetinami musí být vždy větší než 20 mmHg (SUSA, 2002).

Dále si všímáme otoku. Měříme obvod lýtky, rozdíl mezi postiženou a zdravou končetinou by měl být více jak tři cm. V podkoží při palpaci, pokud je otok, můžeme vytlačit důlek (WIDIMSKÝ et al., 2002).

Změna barvy pokožky je při diagnostice žilní trombózy důležitá. Pozorujeme postiženého v poloze ve stoje, je to tak nejlépe hodnocené. Lividita je nejobvyklejší

nález na končetině, je červenofialově zbarvená. Může být také cyanotická, bledá anebo červená.

Zvýšením nitrožilního tlaku se pozoruje dilatace povrchních žil. Význam je pouze u zřetelného rozdílu mezi oběma končetinami. U některých jedinců jsou povrchní žíly vidět i fyziologicky, proto se toto hodnocení nepovažuje za spolehlivé (SUSA, 2002).

5.2 Laboratorní a pomocná vyšetření

„Vyšetření D – dimerů v krvi je citlivou, ale málo specifickou metodou. D – dimery se v krvi objevují nejen při trombóze, ale i při všech stavech, při nichž dochází k degradaci fibrinu, tj. při zánětech, infekcích a maligních onemocněních. Senzitivita metody je ovšem vysoká. Proto se vyšetření D – dimerů může používat jako screening žilní trombózy. Negativní D – dimery prakticky vylučují žilní trombózu. Pozitivní D – dimery žilní trombózu nepotvrzují, ale nutí k dalšímu vyšetření.“ (SUSA, 2002, s. 26–27)

Nejspolehlivější metodou v diagnostice HŽT je flebografie. Vyžaduje zkušenosti při hodnocení nálezů (MAZUCH, 2008). Zobrazit může i pánevní řečiště. Flebografie je rentgenová metoda, při které se používá kontrastní látka a vyžaduje podkožní žíly na dorzální části nohy. Je určena spíše pro vážnější žilní trombózy. Vykonává se na specializovaných pracovištích (SUSA, 2002).

„Ultrazvukové vyšetření se při diagnostice žilní trombózy používá nejčastěji nebo také tzv. Duplexní sonografie.“ (MAZUCH, 2008) *„Duplexní sonografie to je často nejkvalitnější neinvazivní vyšetření k detekci žilní trombózy. Umožňuje mnohdy vidět trombus nebo krev, která trombus obtéká. V oblasti od třísla až po koleno se považuje duplexní sonografie za dostatečné vyšetření. Flebografie se indikuje jen v případech, kdy nález duplexní sonografie je negativní nebo nejistý a trvá klinické podezření na přítomnost žilní trombózy.“* (SUSA, 2002, str. 27)

„U duplexní sonografie se hodnotí průchodnost vyšetřovaného žilního úseku. Základem je kompresní metoda, kdy transverzálně uloženou sondou komprimujeme zpočátku v oblasti třísla v. femoralis communis do úplného kolapsu – stlačitelná žíla je průchodná. Současně v podélném řezu hodnotíme undulaci žilního signálu při respiraci.“

Dále komprimujeme na stehně vény směrem distálním – v. femoralis (podle starší terminologie vena femoralis superficialis – pozor nejde o žílu povrchovou, ale o žílu hlubokou), v. popliteu a obvykle zdvojené žíly bérce provázejí bércové tepny (vv. Tibiales posteriori, vv. Tibiales anteriores, vv. Fibulares). Obdobně lze vyšetřit i žíly horní končetiny. Velmi důležitým údajem, který metoda může poskytnout, je i hodnocení stáří trombu, rozsah vytvořeného kolaterálního oběhu apod.“ (KARETOVÁ, 2009, s. 32)

Flebografie CT, spirální CT metody užíváme u ileofemorálních trombóz k posouzení anatomických poměrů v břiše, zejména při podezření na syndrom útlaku (tumory, hematomy, útlak levostranné ilické žíly pravostrannou ilickou tepnou – Mayův – Thurnerův syndrom).

Nukleární magnetická rezonance (NMR) se používá po duplexní sonografii, pokud je negativní, jestli je podezření na útlak žíly v pánvi, u postižených s podezřením na ilickou nebo kavální trombózu. Metoda se přednostně užívá u těhotných žen. Detekce trombu je 97 – 100%.

Již se nepoužívá metoda venózní okluzivní pletysmografie. Při zaškrcení manžetou tonometru se měří nárůst objemu končetinového segmentu. Posuzuje se končetina zdravá a postižená. Jen výjimečně se používá izotopová flebografie. Metoda je nejcitlivější na tromby proximálně uložené a selhává v oblasti bérce. Často byla kombinována s plicní scintigrafií k prokázání embolizace v plicích (KARETOVÁ, 2009).

6 KOMPLIKACE ŽILNÍ TROMBÓZY

Nejvážnější komplikace pro pacienta je plicní embolie. Je nejhůře rozpoznatelná mezi srdečními akutními stavy. V roce 1975 nebyla plicní embolie rozpoznána v 70 % případech. Samozřejmě při hluboké žilní trombóze by měla být jasnou a rychle diagnostikovanou komplikací, než u jiných onemocnění. Ačkoli řada postižených plicní embolií umírá dříve, než je tento akutní stav diagnostikován (WIDIMSKÝ, 2002). Další závažnou komplikací, ale již ne akutní je posttrombotický syndrom. Jde spíše o změny dlouhodobé a může se vyústit do chronické žilní insuficience. Ve 30 – 50 % případů se rozvíjí posttrombotický syndrom, i když měl postižený řádnou heparinizaci (SUSA, 2002).

6.1 Plicní embolie

Prvním příznakem bývá náhlá anebo velice rychle se zhoršující klidová dušnost (je příznakem u 90 – 95% případů). Příznaky jako bolest na hrudi a hemoptýza jsou již málo časté. Plicní embolie by nás při přijetí pacienta měla napadnout jako první pokud pacient má zhoršené dýchání a udává klidovou dušnost. Plicní embolie nemusí být vždy spojená s žilní trombózou, ale může jít i o jiná onemocnění např. pneumonie, pneumotorax anebo srdeční onemocnění. Nejčastější klinické známky plicní embolie jsou také tachypnoe nebo tachykardie (WIDIMSKÝ, 2002).

Diagnostika plicní embolie spočívá v EKG, RTG snímek hrudníku (spočívá při vyloučení jiných patologických možností), stanovení srdečního troponinu, odběr krve a stanovení D – dimerů. U ultrazvukového vyšetření se provádí ECHO – echokardiografie. U ECHA se pozoruje dilatace plicnice, paradoxní pohyb septa, dilatace pravé komory srdeční a změny ve velikosti dolní duté žíly. Provádí se také CT a hemodynamické vyšetření (WIDIMSKÝ, 2002).

Léčbu plicní embolie můžeme rozdělit na akutní a pak další léčebné postupy. Při urgentní léčbě se monitoruje srdeční akce, zavede se centrální žilní katétr, žádné léky se neaplikují intramuskulárně, transport postiženého je v polosedě, při bolesti se podávají analgetika. Aplikuje se kyslík cca 6 l/min, intubace se provádí při respirační insuficienci. U konzervativní léčby antikoagulancii se používá heparin frakcionovaný či

nefrakcionovaný. Hepariny se podávají 5 – 10 dní, dále se současným užíváním Warfarinu (KARETOVÁ, 2009).

6.2 Posttrombotický syndrom

Posttrombotický syndrom se rozvíjí během 1 – 2 let a je u 30 – 50 % pacientů s žilní trombózou. Patofyziologický podklad má v sekundární žilní nedostatečnosti anebo v žilní obstrukci. Pokud jsou tyto patofyziologické podklady kombinované, jsou nejzávažnějšími klinickými projevy.

Syndrom je charakterizován chronickou bolestí, která je doprovázena svěděním, pálením, tíhou, pícháním nebo brněním. Objevit se může i otok, trofické změny kůže a podkoží jako je např. lipodermatofibróza nebo hyperpigmentace a ekzém. Bércový vřed se objevuje u cca třetiny pacientů. Posttrombotický syndrom se častěji rozvíjí po recidivujících flebotrombózách. Riziko je také u vyššího věku, při hormonální léčbě, u varixů a obézních jedinců. Vyskytuje se také častěji po recidivujících trombózách bérce.

Diagnostikovat se dá dopplerovským ultrazvukovým vyšetřením. U nemocných bychom měli pátrat po klinických projevech a ultrasonograficky prokázat žilní obstrukci anebo žilní insuficienci. Po akutní žilní trombóze může trvat 3 – 6 měsíců než bolestivost, napětí a brnění v končetině přejde a vymizí. Posttrombotický syndrom by se měl prokazovat tedy po delší době od vyléčení a to nejméně po šesti měsících (MUSIL, 2008).

Posttrombotický syndrom můžeme léčit kompresivní terapií. Tato léčba je schopná odstranit trofické změny na končetině. Doporučuje se tedy po léčbě a při léčbě flebotrombózy nosit bandážní punčochu, anebo alespoň vázat si bandáž obinadlem dolní končetinu. Při léčbě medikamenty se léčí spíše již specifické změny na končetině. Používají se např. venotonika, antiflogistika, kortikosteroidy. V těžších případech se provádí chirurgická léčba, která koriguje povrchní žilní insuficienci. Cílem této léčby je zabránit patologickému reflexu (MAZUCH, 2008).

7 LÉČBA ŽILNÍ TROMBÓZY

Nedílnou součástí léčby nemoci TEN jsou fyzikální metody. Je důležité cvičení s nemocným (dorzální a plantární flexi procvičovat, hlavně u pacientů upoutaných na lůžko). Důležitá je také časná imobilizace po operacích, používání elastických antitrombotických punčoch, které mají kompresy okolo kotníku cca 20mm Hg. Nejlepší jsou kompresivní nafukovací punčochy, které se používají hlavně u nemocných, kde malé krvácení pro ně představuje riziko. Například se užívají na neurochirurgii (MALÝ et al., 2010).

Léčba akutní fáze HŽT má zabránit růstu trombu, má omezit otok končetiny, případně trombus rozpustit, má zabránit rozvinutí plicní embolizace a je to prevence posttrombotického syndromu. Léčba žilní trombózy spočívá v antikoagulační terapii, farmakologické a trombolytické léčbě. Jen u mála pacientů se používá chirurgická trombektomie (ELIŠKA et al., 2008).

Při léčbě TEN je specifickým, že léčba při žilní trombóze nespočívá v podávání antikoagulačních jen v akutní fázi, ale terapie pokračuje nadále i několik měsíců po vymizení akutní fáze. Následující měsíce po vyléčení akutní fáze HŽT jsou rizikové pro recidivy. Po léčbě nízkomolekulárními hepariny, kdy se podávají společně s Warfarinem, akutní fáze terapie s hepariny trvá 5 – 10 dní. Poté následuje terapie Warfarinem, která je několika měsíční a některých jedinců dokonce doživotní. Doživotní terapie Warfarinem je nezbytná spíše u postižených, u kterých žilní trombóza recidivuje. Minimální délka následné antikoagulační léčby Warfarinem by měla trvat minimálně tři měsíce (KARETOVÁ, 2009).

7.1 Heparin

Heparin byl objeven v roce 1916 lékařem McLeanem, patří mezi antitrombotika a nemá přímo účinek na trombin. Heparin je organopreparát, vyrábí se ze zvířecích sliznic. Je tvořen směsí mukopolysacharidů tzv. nehomogenní směsí (KARETOVÁ, et al., 2001).

Původně byl extrahován z jater, nejčastěji se získává z vepřových a hovězích vnitřností. Účinek Heparinu není přímo, ale váže se na antitrombin III (REMKOVÁ, 2002).

„Obvyklé léčebné schéma zahrnuje úvodní nitrožilní aplikaci bolusu 5000 – 10 000 IU k rychlému zahájení antikoagulačního působení s následnou kontinuální venózní aplikací 400 IU/kg hmotnosti /24 hodin, tzn. Obvykle 20 – 40 000 IU denně. Intenzitu léčby je nutno kontrolovat testem APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas – nebo méně často trombinovým časem – TT - . Účinně léčený nemocný má prodloužený čas APTT 1,5 – 2,5 násobně vyšší proti kontrole času normálního. Tento test provádíme 1 – 2x denně.“ (KARETOVÁ et al., 2001, s. 227)

Zastaralost nefrakcionovaného heparinu spočívá v nitrožilní aplikaci, při které se musí během hospitalizace pravidelně monitorovat APTT. Není tedy možná ambulantní léčba. Mezi nežádoucí účinky standardního heparinu patří krvácení, jako proti terapii krvácení se používá Protamin sulfát. Jako další nežádoucí účinek řadíme trombocytopenii.

Heparin má prověřený účinek v terapii žilní trombózy, při akutních koronárních syndromech (invazivní procedury, infarkt myokardu po trombolýze), plicní embolizaci, u mimotělních oběhů a v prevenci trombózy. V některých případech pomáhá při intravaskulární koagulaci (KARETOVÁ, et al., 2001).

7.2 Nízkomolekulární hepariny

K pokroku v technologii došlo v 80. letech, 20. století. Poprvé se objevily nízkomolekulární hepariny. Zkratkou jsou nazývané LMWH – Low Molecular Weight Heparins – vznikají enzymatickou či chemickou depolymerizací a jsou odvozeny od standartního (nefrakcionovaného) heparinu. Molekulovou hmotnost mají 1000 – 10 000 daltonů. Mají menší schopnost inaktivovat trombin, mají sníženou vazbu na trombocyty. Jsou vhodné pro gravidní ženy a při laktaci, LMWH nepronikají do placenty a ani mléka (KARETOVÁ et al., 2001).

Dávkování nízkomolekulárních heparinů se řídí pacientovou hmotností a u akutní fáze HŽT se používá 2x denně tj. ráno a večer subkutánně. Obvykle mají nízkomolekulární hepariny fixní dávku. LMWH jsou již naplněné v injekcích a balené

po kusech a rozlišené barvami a podle dávkování. Doba aplikace je 5 – 10 dní, ovšem těch 5 dní by měla trvat určitě. Při aplikacích heparinu současně zahajujeme terapii Warfarinem. Po dosažení INR – International Normalized Ratio – 2,0 po dvou dnech se takto drží, poté můžeme vysadit nízkomolekulární hepariny. Monitorování účinku naproti standartnímu heparinu není nutné (KARETOVÁ, 2009).

7.3 Trombolytická léčba

Trombolytická léčba je určena pacientům, kterým nevádí, když ponесou větší riziko krvácení v akutní fázi žilní trombózy. Naopak po léčbě mají nízké riziko rozvinutí posttrombotického syndromu. Tato terapie je přínosnější oproti konvenční heparinizaci. Při indikaci této formy léčby se řídíme několika faktory. Kde je trombóza lokalizovaná a jaký je její rozsah, jsou to především ileofemorálně uložené trombózy. Ohlížíme se na věk pacienta, po 50. roce jsou častější komplikace, jsou indikováni mladší pacienti, a to kvůli riziku rozsáhlého krvácení. Metoda se provádí, pokud je trombus mladší jak tři dny. Uvádí se, že byla terapie zahájena i po větším stáří trombu, ale je zde velké riziko malé účinnosti této metody.

Mezi kontraindikace aplikace trombolytika zahrnujeme diabetickou retinopatii, sepsi, arteriální hypertenzi, graviditu, vředovou chorobu gastroduodenální a např. nádorů GIT (KARETOVÁ et al., 2001).

7.4 Perorální antikoagulancia

Antikoagulancia snižují srážlivost krve. Jsou často používány k léčbě a prevenci žilní trombózy, srdeční a vzácněji tepenné trombózy. Dříve se používal Pelentan, u nás se již používá jen Warfarin – Warfarin sodný 3 mg nebo 5 mg – Warfarin již vzniklý trombus neodstraní, ale používá se spíše k prevenci jejich recidiv.

Warfarin má nástup účinku cca pět dnů. Začíná se tedy podávat společně s nízkomolekulárními hepariny. Léčba musí být kontrolována, aspoň jednou týdně. Každý warfarinik dostane zápisník o užívání Warfarinu sodného. Lékař tam píše hodnoty a dávkování. Každý warfarinik by toto měl nosit u sebe, aby se v případě nehody dalo zjistit, že užívá Warfarin sodný. Je to důležité kvůli možnému krvácení. Jako antidotum Warfarinu sodného působí Vitamin K (CHLUMSKÝ et al., 2005).

7.5 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se nikdy moc nepoužívala a dnes se také moc nepoužívá. Nazývá se také chirurgická trombektomie. Používala se tehdy, pokud se z nějakého důvodu nemohla provést trombolýza. Byla tedy jedinou možností, jak pomoci pacientovi při rozsáhlé trombóze hlubokých žil na končetině. Při výkonu a i po něm je veliké riziko komplikací, a proto se nepoužívala často. Rozvinuly se katetrizační léčebné postupy a tak se používání trombektomie omezuje. Tato terapie zůstává v pozadí pro ileofemorální trombózy, u kterých nejde provést trombolytická léčba anebo není možné zahájit antikoagulační léčbu (SUSA, 2002).

7.6 Kompresivní terapie

Kompresse se používá jako podpůrná léčba k žilní trombóze. Lze ji provádět elastickými bandážemi anebo výhodněji kompresivními punčochami. Je to nutnou součástí akutní fáze trombózy a předchází také rozvinutí posttrombotického syndromu. V akutní fázi léčby zavazujeme končetinu elastickými obinadly celou končetinu. Po propuštění dostávají pacienti elastické punčochy (nejčastěji II. kompresní třídy). Studie prokázali, že dobře a brzy zahájená kompresivní terapie napomáhá proti rozvinutí posttrombotického syndromu (KARETOVÁ, 2009).

7.7 Dietoterapie

Pokud je lék podán současně s jídlem, nic to na jeho účinku nemění. Některá jídla mohou účinek Warfarinu snížit, a to potraviny, které mají vysoké množství Vitamínu K (brokolice, špenát). Musíme proto upozornit nemocné, že by se měli těmto potravinám vyhýbat. Pokud dojde u pacienta k výrazným dietním změnám, a více k příjmu Vitamínu K, musí se častěji kontrolovat INR. Lékař pak stanoví denní dávku Warfarinu. Je však vhodné se s pacientem domluvit, aby jeho životospráva byla stálá a ve větší míře se neměnila.

Nejde jen o potraviny s Vitaminem K, ale i další potraviny ve větší míře mohou ovlivnit INR. Pokud jde o alkohol, studie prokázali, že nijak zvlášť nehýbe s výsledky

INR. Ale mohl by změnit výsledky ve smyslu plus, tak i minus díky inhibici nebo indukci warfarinového metabolismu alkoholem.

Ovlivnit INR může i tabákový kouř, má v sobě hodně látek, které by mohli s výsledky zahýbat. Pacient, který přestává anebo naopak začal kouřit, musí být častěji sledován. Česnek ve větším množství také mění výsledky. Dále by se neměli ve velkém množství konzumovat tyto potraviny: Heřmánek, zelený čaj, světlicový olej, červená paprika, avokádo nebo sójové mléko (CHLUMSKÝ et al., 2005).

7.8 Pohybový režim

Dříve byl klid na lůžku důležitý. Věřilo se, že je to prevence embolie plic. V dnešní době má pacient volný pohyb, ačkoliv v prvních dnech akutní fáze žilní trombózy sám chůzi nebo velký pohyb nevyhledává pro velkou bolestivost.

Studie ukázaly, že velký klid na lůžku může dokonce škodit. V důsledku stázy, i při účinné heparinizaci, může trombus narůstat. Pacienti se nenutí do absolutního klidu. Nízkomolekulární hepariny umožňují dokonce i ambulantní léčbu žilních trombóz. Nutná hospitalizace je pouze tehdy, pokud zahajujeme klasickou antikoagulační léčbu – tedy standartním heparinem anebo při indikaci k trombolýze (SUSA, 2002).

8 PREVENCE ŽILNÍ TROMBÓZY

Všude v knihách se shodneme, že fyzická aktivita je jen zdraví prospěšná. Fyzickou aktivitou posilujeme svalovou sílu a zvyšujeme si kardiorespirační výkonnost. Naopak inaktivita zvyšuje riziko žilní trombózy (SPÁČIL et al., 2010).

Prevence spočívá v užívání Warfarinu a kompresivní terapie (elastické punčochy). Při cestování bychom si měli dávat velký pozor na inaktivitu. Právě při cestování často dochází k žilním trombózám a jejím dalším recidivám. Pokud cesta trvá více jak 8 hodin, měli bychom se vyvarovat těsnému oblečení. V sedu cvičit s nohama, pokud to jde. Provádět kontrakce svalů lýtka a udržovat si dostatečnou hydrataci. Pokud jedeme autem, tak častěji stavět, protáhnout se. V letadle se častěji procházet v uličce. A jsou indikovány kompresivní podkolenky jako prevence. Samozřejmě by se pacienti měli vyvarovat kouření a dávat na sebe více pozor. Pokud má pacient nějakou trombofilii a má úraz, např. frakturu, jsou indikované nízkomolekulární hepariny. Jako prevence žilní trombózy (KARETOVÁ, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 POJEM OŠETŘOVATELSTVÍ

Volba povolání všeobecné sestry je krásné, ale také náročné. Velký důraz se klade na vědomosti a komunikační dovednosti sestry. Měla by pacienty psychicky podporovat a být schopná empatie. Právem je toto povolání nazýváno jako etické umění.

Každá reprezentantka profese ošetřovatelství, by měla být na svůj obor hrdá. Hrdá by měla být na historii ošetřovatelství, co naše předchůdkyně v minulosti dokázaly a jak těžko své postavení prosazovaly. Denní a noční starost o pacienty nebyla automatická, ale časem se ošetřování nemocných stalo stejně důležité, jako určení diagnózy (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Pod pojmem ošetřovatelství ve slovnících českého jazyka se rozumí odborná péče o nemocné. Pojem ošetřovatelství by mělo zahrnovat nejen odbornou péči o pacienty, ale poskytnou komplexní ošetřovatelskou péči během nemoci a ve zdraví, bez rozdílu věku (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

Pojem ošetřovatelství, Farkašová uvádí tyto definice:

„Ošetřovatelství má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu a vědomosti. Stejně tak je úlohou sester pomoci nemocným získat co nejrychlejší soběstačnost“.

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat.“ (FARKAŠOVÁ et al., 2006, s. 13)

9.1 Zdraví a potřeby nemocného

V roce 1947 WHO definovala zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen jako chybění nemoci nebo slabosti.

Zdraví jako pojem chápou lidé různě. Souvisí to s tím, kde člověk žije, v jaké společnosti, s jakým vzděláním, jeho hodnotovým systémem a tím co pro něj zdraví znamená a co pod pojmem zdraví rozumí (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

Abraham H. Maslow (americký psycholog), byl prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Každý jedinec má podle Maslowa individuální systém motivů, které jsou hierarchicky uspořádané.

Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá (Maslow) (TRACHTOVÁ et al., 1999).

Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa:

„Fyziologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, sloužící k přežití.“

„Potřeba jistoty a bezpečí je potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě. U nemocného můžeme mluvit o ztrátě životní jistoty.“

„Potřeba lásky a sounáležitosti, někdy také nazývaná jako potřeba afiliční, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti a sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován.“

„Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny.“

„Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.“
(TRACHTOVÁ et al., 1999, s. 14)

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetřovatelské profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.“ (MAREČKOVÁ, 2005, s. 37)

V ošetřovatelském procesu se zaměříme na uspokojení potřeb pacientky, zhodnotíme a pokusíme se splnit dané cíle. Pomůžeme pacientce integrovat se zpět do společnosti v míře úplného zdraví.

Ošetřovatelský proces byl tvořen od 22.11 2011 do 25.11 2011.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K.M.	Pohlaví: Ženské
Datum narození: 20. 2 1991	Věk: 20
Adresa bydliště : Praha východ	
Adresa příbuzných: Praha východ	
Vzdělání: střední s maturitou	Zaměstnání: student
Stav: Svobodná	Státní příslušnost: Česká
Datum přijetí: 22.11 2011	Typ přijetí: Akutní

Oddělení: interní

Důvod přijetí udávaný pacientem: Bolestivost dolní pravé končetiny.

Medicínská diagnóza hlavní: Hluboká žilní trombóza.

Medicínská diagnóza vedlejší: -----

Informační zdroje: Dokumentace pacientky, rozhovor s pacientkou a rodinou.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/70	Výška: 159 cm
P: 71'	Hmotnost: 55 kg
D: 17'	BMI: 20
TT: 37, 2°C	Pohyblivost: snižená
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A+

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: úmrtí 55 let, karcinom střev

Otec: DM na lécích a dietě, jinak zdrav

Sourozenci: Sestra – zdráva

Bratr – zdrav

Osobní anamnéza:

Hospitalizace, operace: Apendix 2003, bez komplikací.

Úrazy: Fractura radialis 1999.

Očkování: Jen povinné dle očkovacího kalendáře.

Léková anamnéza:

- Hormonální antikoncepce Chloe.

Alergologická anamnéza:

Léky: Erytromycin, penicilin.

Chemické látky: Latexové výrobky.

Abúzy:

Alkohol: Příležitostně.

Kouření: Ano, cca 10 cigaret denně.

Káva: 2x denně.

Gynekologická anamnéza:

Ménarché: 12 Let

Cyklus: 28

Trvání: 5 dní

Intenzita, bolestivost: Málo, bolestivé

PM: Ne

UPT: Ne

Antikoncepce: Ano

Menopauza: -----

Potíže klimakteria: -----

Samovyšetření prsou: Ano

Poslední gynekologická prohlídka: 11.8 2011

Sociální anamnéza:

Stav: Svobodná.

Bytové podmínky: Žije s rodiči v domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: V pořádku.

Záliby: Plavání, četba.

Volnočasové aktivity: Sport, knihy.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Studentka.

Ekonomické podmínky: Živena rodiči.

Spirituální anamnéza:

- Ateistka

Posouzení současného stavu ze dne: 22.11 2011

Hlava a krk:

Subjektivně: „Bolesti hlavy nemívám, mám brýle na dálku.“

Objektivně:

Lebka: Mezocefalická, na poklep nebolestivá.

Oči: Bulvy ve středním postavení, skléry bílé, spojovky růžové, zornice izokorické bez nystagmu.

Uši: Normální postavení bez výpotku.

Nos: Souměrný, bez sekrece.

Rty: Růžové, suché.

Dutina ústní:

Jazyk: Suchý, bez povlaků, plazi se ve střední rovině.

Chrup: Sanovaný.

Sliznice: Nepovlečené, vlhké.

Krk: Souměrný, přiměřeně pohyblivý každým směrem, lymfatické uzliny a štítná žláza nezvětšené.

Hrudník a dýchací systém:

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně:

Hrudník: Klenutý

Plíce: Poklep plný, jasný

Dýchání: Čisté, bez vedlejších fenoménů, D: 17/min, bez kašle, kuřačka

Kardiovaskulární systém:

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně:

TK: 110/70 Torr

P: 71', plný, hmatný, pravidelný

Pulzace: a. karotis, a. radialis, a. brachialis, a. femoralis, a. poplitea, a. dorsalis pedis, a. tialis posteriori – dobře hmatatelné.

DK: Pravá končetina teplá, na dotek bolestivá, lehký otok. Levá končetina v pořádku. Obě končetiny bez varixů.

Břicho a GIT (Gastrointestinální trakt):

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně: Břicho v úrovni Niveau.

Palpačně: Nebolestivé.

Poklep: Bubínkový.

Peristaltika: Auskultačně přítomná, ascites nepřítomný, hepar alien nehmatné.

Poslední stolice: 21.11 2011

Plyny: Odcházejí pravidelně.

- Na břišní stěně jizva po operaci apendixu.

Močopohlavní systém:

Subjektivně: „Nemám žádné problémy.“

Objektivně:

Ledviny: Na poklep nebolestivé.

Močení: Bez dysurie, nykturii neudává.

Moč: Tmavožluté barvy, bez příměsí.

Ochlupení: Přiměřené věku, vnější genitálie bez výtoku.

Prsa: Na pohled a pohmat v pořádku, normálního postavení.

Kostrosvalový systém:

Subjektivně: „Občasné bolesti zad, jinak vše v pořádku.“

Objektivně:

Postava: Normostenická, pohyby koordinované.

HK: Souměrné.

DK: Bez deformit, PDK hluboká žilní trombóza.

Klouby: Úplná pohyblivost.

Nervosmyslový systém:

Subjektivně: „Nosím brýle na dálku, slyším dobře.“

Objektivně:

Reakce: Přiměřené.

Orientace: V čase, místě, prostoru a ve své osobě.

Zrak: Brýle na dálku, nosí někdy čočky, přiměřená adaptace na světlo a tmu.

Sluch: Dobrý.

Čich: Dobrý.

Chuť: Zachovalá.

Hmat: Neporušená vnímavost.

Reflexy: Zachované.

Endokrinní systém:

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně:

Endokrinní žlázy: Bez vnějších projevů.

Lymfatické uzliny: Nezvětšené.

- Speciálně nevyšetřovaná.

Imunitní systém:

Subjektivně: „Mám atopický ekzém, jinak bez jiných alergických projevů.“

Objektivně: Projevy atopického ekzému na prstech pravé a levé ruky, TT 37,2 °C.

Kůže:

Subjektivně: „Trpím na atopický ekzém již od mala, mám ho na prstech ruky.“

Objektivně:

Kůže: Na prstech ruky suchá, viditelný atopický ekzém. Jinak kůže bez problémů.

Turgor: V normě.

Nehty: Čisté, upravené.

Vlasy: Čisté a upravené.

Aktivity denního života:

Stravování:

Subjektivně: Doma: „Doma jsem jedla dost, vždy 2 teplá jídla denně.“

V Nemocnici: „Není tu jídlo jako doma, ale snažím se tu jíst.“

Objektivně: Pacientka nesní celou porci jí 5x denně. Dieta číslo 3.

Příjem tekutin:

Subjektivně: Doma: „Vypiju asi tak 2.5 – 3 litry.“

V nemocnici: „Jak nemám co dělat, pořád piju, vypiju asi tak 4 litry.“

Objektivně: Pacientka pije dobře, v nemocnici více, až 4 litry, udává, že se nudí, tak pije. Má od rodiny minerálky a jemně perlivé vody.

Vylučování moči:

Subjektivně: Doma: „Nemám problém s močením.“

V Nemocnici: „Nemám problém.“

Objektivně: V prvních dnech hospitalizace vylučování na mísu, bez problémů. Noční močení neudává.

Vylučování stolice:

Subjektivně: Doma: „Bez potíží.“

V nemocnici: „Trošku problémy (není tu soukromí jako doma).“

Objektivně: V nemocnici nepravidelné vylučování, stolice na mísu nebyla. Doma pravidelné. Stolicí, ale vylučuje.

Spánek:

Subjektivně: Doma: „Bez problémů.“

V nemocnici: „Mám problémy s usínáním, bouchají tu dveře a nemám svojí postel, přemýšlím, jak mi dopadnou různá vyšetření.“

Objektivně: Pacientka doma spala dobře, bez prášků. V nemocnici spí špatně, má úzkost jak ji dopadnou vyšetření, udává bouchání dveří. Prášek mněla jednou jinak další nechtěla.

Aktivita a odpočinek:

Subjektivně: Doma: „Chodím s přítelem na procházky, hraji si se synovci a nejlepší relaxace pro mě je u dobré knížky.“

V nemocnici: „Čtu různé časopisy a knížku.“

Objektivně: Pacientka odpočínutá, má na stole knihu a časopisy, návštěvy každý den. Omezená pohyblivost pro bolestivost a užívání nízkomolekulárních heparinů.

Hygiena:

Subjektivně: Doma: „Umývám se každý den, někdy i dvakrát denně.“

V nemocnici: „Umývám se jednou denně, jak mi to dovolí sestřičky.“

Objektivně: Pacientka je soběstačná, jen má teď 2. dny klid na lůžku, je ji vždy připraven lavor s teplou vodou od sestřiček, umyje se sama. Čisté prádlo zabezpečuje matka.

Soběstačnost:

Subjektivně: Doma: „Jsem soběstačná.“

V nemocnici: „Jsem soběstačná, jen potřebuji donést mísu.“

Objektivně: Pacientka byla doma soběstačná. V nemocnici je také, jen musí chodit vylučovat se na mísu (s tím potřebuje pomoci jinak nic jiného).

Popis současného psychického stavu:

Vědomí a orientace:

Objektivně: Vědomí je plné, jasné. Orientace v čase, místě, prostoru a v osobě.

Nálada:

Subjektivně: „Náladu mám dobrou, jen se trochu bojím krevních výsledků.“

Objektivně: Nálada dobrá, jen úzkost z krevních výsledků.

Myšlení:

Objektivně: Logické, reálné.

Paměť – staropaměť, novopaměť:

Subjektivně: „Pamatuji si hodně věcí z dětství, nové věci si zapamatuji dobře.“

Objektivně: Pacientka nemá problémy s pamětí, pamatuje si věci a zapamatovává si je dobře.

Temperament:

Objektivně: Sangvinik, extrovert.

Vývojový stav:

Objektivně: Dívka mladého věku, vývin přiměřený věku.

Vnímání zdraví a zdravotního stavu:

Subjektivně: „Svého zdraví si velmi cením, přestala jsem kouřit.“

Reakce na onemocnění:

Objektivně: Přiměřené.

Reakce na hospitalizaci:

Objektivně: Přiměřené.

Adaptace na onemocnění:

Objektivně: Přiměřené.

Adaptace na hospitalizaci:

Objektivně: Přiměřené.

Zkušenosti s předcházejícími hospitalizacemi:

Subjektivně: „Byla jsem na operaci slepého střeva v roce 2003, chovali se ke mně dobře.“

Pozornost:

Objektivně: Pacientka soustředěná na rozhovor.

Sebehodnocení:

Subjektivně: „Jsem spokojená sama se sebou.“

Emoce:

Objektivně: Pacientka nekonfliktní.

Jistota – nejistota:

Objektivně: Pacientka nejistá kvůli vyšetření co jí čekají a co jí vyjde.

Popis sociálního stavu:

Komunikace:

Objektivně: Verbální mimika adekvátní, řeč artikulovaná, neverbální mimika – přiměřená gesta.

Sociální role a jejich ovlivnění:

Subjektivně: Primárně: žena, sekundárně: dcera, terciálně: pacientka.

Sociální interakce:

Subjektivně: „Máme dobré vztahy v rodině.“

Sociální opora:

Subjektivně: „Oporu mám samozřejmě v mojí rodině a v přítelovi.“

Ovlivnění sociální sféry během hospitalizace:

Subjektivně: „Živý mě rodiče, takže bez problémů.“

Informovanost o onemocnění:

Objektivně: Informovaná.

Informovanost o dg. metodách:

Objektivně: Informovaná.

Informovanost o délce hospitalizace:

Objektivně: Informovaná.

Spirituální oblast:

Subjektivně: „Nejsem věřící, jsem ateista.“

Objektivně: Pacientka je nevěřící.

Kulturní a estetická oblast:

Subjektivně: „Ráda si poslechnu rádio, kouknu na televizi, zajdu do kina a na koncerty.“

Medicínský manažment:

Ordinovaná vyšetření:

- Biochemie, FW, KO, INR, D – dimery, odběr na trombofilní stavy.
- Preventivně proveden ultrazvuk břicha a RTG plic (vše v normě).

RTG vyšetření: Zítra ultrasonografie, na cévní ambulanci.

Výsledky trombofilních stavů:

- LEIDENSKÁ MUTACE, heterozygot

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 (základní)

Pohybový režim: Klid na lůžku – cca 2 dny.

<u>Medikamentózní léčba:</u>	Paralen 20 mg dle potřeby
Per os: Glyvenol 400 mg 2x denně	Jiné : s.c Fraxiparine 0,8, poté s.c Clexane 0,4
Warfarin 5 mg 1x denně	
Amoksiklav 600 mg 2x denně	

Situační analýza

Pacientka 20 let byla přijata na interní oddělení s bolestivostí pravé dolní končetiny. Je zde 1 den hospitalizace. Před hospitalizací měla bolesti pravé dolní končetiny cca 3 dny. Byla jí diagnostikována hluboká žilní trombóza. Pozitivní Homansovo znamení. Po dalších vyšetřeních byla objevena jako příčina Leidenská mutace, heterozygotního druhu. Pacientka snáší hospitalizaci a léčbu dobře, jen je lehce úzkostná z diagnostikované Leidenské mutace. Špatně v nemocnici spí, vadí ji bouchání dveří a ranní vstávání (cca v 5:30 budí sestry pacienty), prášek měla jednou. Udává bolestivost pravé dolní končetiny během dne a i na dotek, k dispozici má analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka brala antikoncepci, na doporučení vysazena, neměla by ji už brát. Kuřačka, v nemocnici nekouří. Pacientka je bez žilní kanyly. U pravé dolní končetiny se dělá bandáž, převaz 2x denně a dle potřeby. Má klid na lůžku, od 25.11.2011 může již povolna chodit, snižují se jí též dávky nízkomolekulárních heparinů, pacientka povolna přechází na Warfarin. Tekutiny přijímá velmi dobře. Vylučování moče a stolice bez větších problémů.

SESTERSKÉ DIAGNÓZY DLE PRIORIT PACIENTA

- Ošetrovatelské diagnózy jsou zpracované podle kapesního průvodce sestry.
- Seřazení diagnóz je po rozhovoru s pacientkou dle jejích priorit.
- Sesterské aktuální diagnózy jsou rozpracované jen některé, z důvodu krátké praxe na oddělení.

Aktuální sesterské diagnózy

1. Bolest (akutní) související se zraňujícími činiteli (biologickými) projevující se vyslovenou stížností, antalgickou polohou a poruchy spánku.

2. Prokrvení tkání porušené, periferní v souvislosti s přerušením venózního průtoku projevující se klaudikací, změnou teploty kůže, bolestí a pozitivním Homansovým znamením.

3. Spánek porušený v souvislosti s nadměrnou stimulací (hluk) a úzkostí projevující se probouzením během noci třikrát i vícekrát a kratší celkovou dobou spánku, než by odpovídalo věku.

4. Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem projevující se žádostí o informace a nepřesným sledováním instrukcí.

5. Pohyblivost porušená v souvislosti s bolestí a celkovým nepohodlím projevující se stížnostmi na bolest, omezeným rozsahem pohybu a problémy při chůzi.

6. Úzkost (mírná) v souvislosti s nenaplněnými potřebami projevující se vyjadřování obav z významné životní změny a sklíčeností.

7. Zábava a rekreace, nedostatek v souvislosti s upoutáním na lůžko projevující se neklidem, nudou a zvýšeným pitným režimem.

Potencionální sesterské diagnózy

1. Periferní neurovaskulární dysfunkce, zvýšené riziko
2. Zácpa, riziko vzniku
3. Latex, riziko alergické reakce

Sesterské diagnózy aktuální:

1. Bolest (akutní) související se zraňujícími činiteli (biologickými) projevující se vyslovenou stížností, antalgickou polohou a poruchy spánku.

Cíle:

Krátkodobý: Naučit se metodám, jak zmírnit bolest - do 24 hod

Dlouhodobý: Pacientka ví, jak zmírnit a zvládnout svoji bolest – do 2 dnů

Priorita: Vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacientka je edukována o metodách na zmírnění bolesti. Do 12 hod
- Pacientka ví, že může požádat o analgetika dle ordinace lékaře. Do 12 hod
- Pacientka ví, jak zvládnout svoji bolest. Do 24 hod
- Pacientka ví, jakou polohu má při bolesti zaujmout. Do 24 hod

Intervence:

- Edukuj pacientku o prevenci bolesti. SESTRA do 12 hodin.
- Posuzuj bolest vždy znovu, kdykoliv se objeví. SESTRA, měřící technika VAS ihned.
- Edukuj pacientku o metodách na zmírnění bolesti. SESTRA do 12 hod.
- Informuj pacientku o možnosti analgetik dle ordinace lékaře. SESTRA do 12 hod.
- Proveď důkladné posouzení bolesti, včetně lokalizace, nástupu a délce trvání. SESTRA, měřící technika VAS do 24 hod

Realizace:

- 7:00 Podání léků dle ordinace lékařů
- 8:00 Edukace pacientky o metodách na zmírnění bolesti
- 9:00 Měření fyziologických funkcí
- 10:00 Posouzení bolesti u pacientky
- 11:00 Informace o možnosti podání analgetik
- 11:30 Podání analgetik dle ordinace lékaře
- 12:30 Posouzení bolesti po podaných analgetikách
- 13:00 Podání léků dle ordinace lékaře
- 15:00 Měření fyziologických funkcí
- 16:00 Měření obvodu pravé dolní končetiny
- 17:00 Edukace pacientky o prevenci bolesti
- 18:00 Pacientka má již mírnou bolest

Vyhodnocení:

22.11 – 23.11 2011: Pacientka trpí akutní bolestí pravé dolní končetiny. Bolest je posouzena dle škály bolestivosti (VAS od 1 – 10) a pacientkou je charakterizována jako 6. Pacientce byly podány analgetika dle ordinace lékaře a byla edukována o metodách zmírnění bolesti. Bolest se zmírnila, ale kvůli pomalu se léčícímu zánětu nepolevuje do bolesti mírné. Pacientku bolest značně vyčerpává a upoutává na lůžko.

- Dle zadaných cílů se nám podařily vyplnit jen částečně. Pacientce bolest polevila, ale neustoupila.

2. Prokrvení tkání porušené, periferní v souvislosti s přerušением venózního průtoku projevující se klaudikací, změnou teploty kůže, bolestí a pozitivním Homansovým znamením.

Cíle:

Krátkodobý: Pacientka spolupracuje při léčbě – do 24 hodin.

Dlouhodobý: Pacientka ví, jak medikaci užívat – do 2 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka je edukována o ošetrovatelských postupech. Do 24 hod.
- Pacientka ví, že pokud jí bude končetina bolet má možnost si říci o analgetika dle ordinace lékaře. Do 24 hod.
- Pacientka je edukována o změně životního stylu (nekouřit, pravidelně cvičit, zdravě jíst). Do 2 dnů.

Intervence:

- Edukuj pacientku o ošetrovatelských postupech. SESTRA do 24. hod
- Edukuj pacientku o změně životního stylu (neměla by kouřit) do 24. hod
- Zjistí anamnézu, charakter bolesti, denní či noční dobu maxima obtíží, vztah k teplu a chladu. SESTRA do 1. dne
- Dle indikace měř obvod končetin. SESTRA do 3. dnů
- Ověř citlivost lýtek (Homansovo znamení), otok a zarudnutí. SESTRA do 12. hod
- Seznam se s laboratorními výsledky (např. Quick) SESTRA do 2. dnů
- Sleduj pacientku a možné příznaky embolie. SESTRA do 12 hodin

Realizace:

- 7:00 Měření fyziologických funkcí
- 8:00 Seznámení s anamnézou a bolestí pacientky
- 9:00 Měření obvodu pravé končetiny a ověření citlivosti lýtek
- 10:00 Sono dolní pravé končetiny
- 13:00 Edukace pacientky o ošetrovatelských postupech

- 15:00 Informovat pacientku o komplikacích spojené s HŽT
- 16:00 Informovat pacientku o změně životního stylu
- 17:00 Měření fyziologických funkcí
- 18:00 Seznámit se s barvou pokožky končetiny a její bolestivostí a zapsání do chorobopisu

Vyhodnocení:

22.11 – 23.11 2011: Pravá dolní končetina je na pohmat citlivá, bolestivá. Je přítomno Homansovo znamení a zjevná klaudikace. Zahájena léčba nízkomolekulárními hepariny. Pacientka poučena o medikaci a její komplikaci.

24.11 – 25.11 2011: Klaudikaci pacientka již nemá, končetina je na pohmat stále citlivá. O medikaci pacientka řádně poučena, ví jak ji užívat. Informována o recidivě, pokud by byl Warfarin vysazen.

-Ze zadaných cílů, byly oba dva splněny.

3. Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem projevující se žádostí o informace a nepřesným sledováním instrukcí.

Cíle:

Krátkodobý: Pacientka zná ošetrovatelské postupy - do 24 hodin.

Dlouhodobý: Pacientka ví, že mohou nastat komplikace a ví jak o sebe dbát - do 3 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka je edukována o ošetrovatelských postupech. Do 12 hod
- Pacientka je poučena, že nesmí kouřit. Do 12 hod
- Pacientka je edukována o lékové terapii a ví, jak léky užívat. Do 2 dnů
- Pacientka je edukována o abstinenci alkoholu. Pacientka je poučena o doporučené dietě. Do 2 dnů
- Pacientka je edukována o vhodnosti oblečení. Do 3 dnů
- Pacientka je poučena, co musí dělat v případě těhotenství. Do 3 dnů

Intervence:

- Edukuj pacientku o ošetrovatelských postupech. SESTRA do 24 hod
- Edukuj pacientku o vysazení kouření. SESTRA do 24 hod
- Edukuj pacientku o lékové terapii. SESTRA do 24 hod
- Edukuj pacientku o abstinenci alkoholu. SESTRA do 2 dnů
- Doporuč pacientce vhodnou dietu, popřípadě pozvi nutričního terapeuta. SESTRA do 2 dnů
- Pouč pacientku o vhodnosti oblečení. SESTRA do 3 dnů
- Edukuj pacientku co musí dělat v případě těhotenství. SESTRA do 3 dnů

Realizace:

- 7:00 Rentgen srdce + plíce (orientačně)
- 8:00 Edukace o vysazení tabáku
- 9:00 Měření fyziologických funkcí
- 10:00 Informuj pacientku o vhodném, nepřilnavém oblečení
- 13:00 Edukace pacientky o lékové terapii (proč ji užívá)
- 14:00 Vysvětlení ošetrovatelských postupů
- 16:00 Měření obvodu pravé končetiny
- 18:00 Informovat pacientku co dělat, v případě otěhotnění

Vyhodnocení:

22.11 – 23.11 2011: Pacientce bylo vysvětleno co, to Hluboká žilní trombóza znamená, byly vysvětleny komplikace spojené s onemocněním. Informovali jsme pacientku o lékové terapii a o její nutnosti dlouhodobě užívat.

23.11 – 24.11 2011: Edukace pacientky o nevhodnosti kouření, a nošení přiléhavých kalhot, punčoch atd. Pacientka ví, jak o sebe dbát.

- Pacientka byla dostatečně informována a stanovené cíle tedy splněné.

4. Pohyblivost porušená v souvislosti s bolestí a celkovým nepohodlím projevující se stížnostmi na bolest, omezeným rozsahem pohybu a problémy při chůzi.

Cíle:

Krátkodobý: Pacientka ví, že má mít klid na lůžku – ihned

Dlouhodobý: Pacientka zná omezení, při svých aktivitách – do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka je informována o klidu na lůžku. Ihned
- Pacientka je poučena o snížené aktivitě během hospitalizace. Do 24 hod
- Pacientka je poučena o postupné zátěži končetiny. Do 3 dnů
- Pacientka byla edukována o opatrnosti při sportovních aktivitách. Do 3 dnů

Intervence:

- Informuj pacientku o klidu na lůžku. SESTRA ihned
- Informuj pacientku o nevhodnosti zvýšené aktivity během hospitalizace. SESTRA do 1 dne
- Edukuj pacientku o zátěži končetiny po hospitalizaci. SESTRA do 3 dnů
- Edukuj pacientku o nevhodnosti některých sportovních aktivit. SESTRA do 3 dnů
- Informuj pacientku o možnosti rehabilitačního terapeuta a jeho doporučení sportovních aktivit. SESTRA do 3 dnů

Realizace:

- 7:00 Odběr krve
- 8:00 Informovat pacientku o klidu na lůžku cca 2 dny
- 10:00 Informovat pacientku, že se musí vylučovat na podložní mísu
- 11:00 Edukace pacientky o zmírnění zátěže na končetinu během hospitalizace

- 13:00 Informuj pacientku o možnosti rehabilitačního terapeuta pro doporučení sportovních aktivit
- 14:00 Informovat pacientku o nevhodnosti některých sportovních aktivit
- 15:00 Měření fyziologických funkcí
- 16:00 Měření obvodu pravé končetiny
- 18:00 Pacientka byla edukována o opatrnosti při kterémkoliv sport

Vyhodnocení:

22.11 – 24.11 2011: Pacientka byla přijata pro hlubokou žilní trombózu, nasazena léčba a přísný klid na lůžku cca 2 dny. Pacientka musí provádět hygienu na lůžku v sedu a vyprazdňovat se na podložní mísu na lůžku. Zatím jsme neshledali žádný problém s hygienou ani s vylučováním. Pacientka dodržuje klid na lůžku a zná svá omezení po hospitalizaci. Týkající se hlavně sportovních aktivit.

- Určené cíle byly splněny.

5. Spánek porušený v souvislosti s nadměrnou stimulací (hluk) a úzkostí projevující se probouzením během noci třikrát i vícekrát a kratší celkovou dobou spánku, než by odpovídalo věku.

Cíle:

Krátkodobý: Pacientka ví, že má zabránit spánku přes den – do 24 hodin

Dlouhodobý: Pacientka ví, jak zlepšit spánek a odpočinek – do 2 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka je poučena o eliminaci denního spánku. Do 24 hod
- Pacientka je informována o způsobech, jak zlepšit spaní. Do 24 hod
- Pacientka je edukována o nevhodnosti kofeinu nebo čokolády před spánkem. Do 2 dnů
- Pacientka je poučena, že by neměla spát déle než sedm hodin. Do 2 dnů

Intervence:

- Informuj pacientku o nevhodnosti denního spánku. SESTRA do 24 hodin

- Zjistí, zda pacientka trpí nespavostí i doma, nebo jen během hospitalizace. SESTRA do 24 hodin
- Edukuj pacientku o možnostech zlepšení spánku (např. pokrm s vysokým obsahem bílkovin před spaním). SESTRA do 2 dnů
- Informuj pacientku o vysazení kofeinu a čokolády před spánkem. SESTRA do 2 dnů
- Edukuj pacientku o délce spánku. SESTRA do 2 dnů
- Informuj personál o menším hluku na oddělení. SESTRA do 2 dnů
- Zajisti klidné prostředí před spánkem. SESTRA do 2 dnů

Realizace:

- 7:00 Odběr krve
- 8:00 Edukace pacientky o eliminaci denního spánku
- 10:00 Měření fyziologických funkcí
- 11:00 Informovat pacientku o možnosti zlepšení spánku
- 13:00 Pouč pacientku o délce spánku
- 14:00 Zjištění, zda trpí pacientka nespavostí i doma
- 15:00 Edukace pacientky o délce spánku
- 17:00 Zajistit klidné prostředí před spánkem
- 18:00 Informovat personál o zmírnění hluku

Vyhodnocení:

24.11 2011: Pacientka dodržela kritéria pro lepší spánek, ale po probuzení se opět necítila odpočatá. Slíbila, že během dne zkusí zabránit dennímu spánku. Pacientka přes den nespala, večer usínala s potížemi. Spánek byl již kvalitnější, v noci se neprobudila. Ráno a přes den byla odpočínutá.

- Oba dva cíle byly splněny.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Při aplikaci ošetrovatelského procesu pacientka výborně spolupracovala. Na začátku hospitalizace byla pacientka nejistá a úzkostná, ale během 2 dnů se adaptovala na nemocničním prostředí. Hospitalizaci tedy snášela dobře. Pacientka ví, co její nemoc znamená, je o ní plně poučena. Informovaná o medikaci v nemocnici a i o medikaci Warfarinu doma. Pacientka je edukována o nutnosti kontroly medikace Warfarinem u praktického lékaře. Společně po rozhovoru s pacientkou jsme stanovily ošetrovatelské problémy a stanovily jsme sesterské diagnózy. Kvůli onemocnění pacientky – Hluboká žilní trombóza, se všechny cíle nepodařilo splnit, a to zejména úplné odstranění bolesti. Je tedy potřeba, aby ošetrovatelské intervence nadále pokračovaly, dle zdravotního stavu pacientky. Pacientka by se měla vyhnout nikotinu, po dobu léčby Warfarinem alkoholu a vyvarovat se také náhlým úrazům (nutnost nasadit nízkomolekulární hepariny). Pacientka má prognózu velmi dobrou a ošetrovatelskou péči hodnotí pozitivně.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Lidé trpící poruchou krevní srážlivosti – trombofilii musí při každém ošetření lékařem hlásit svoji danou poruchu. Hlavně při traumatických poraněních je to důležité. Při medikamentózní léčbě Warfarinem sodným je nutné nahlásit jeho užívání. Právě pro zvýšenou krvácivost.

Při hospitalizaci je důležitý klid na lůžku. Domácí péče, která následuje po hospitalizaci, by měla být aspoň dva týdny. Pacient se potřebuje zregenerovat a postižená končetina stále ještě trochu pobolívá. Je nutné dodržovat kompresivní nošení punčoch a medikaci Warfarinem sodným. Pacienti by měli také přizpůsobit oblečení, tj. nenosit těsné džíny, těsné kozačky, žádné podkolenky, aby nedocházelo ke stlačení žil a špatnému průtoku krve. V tuto chvíli by hrozila recidiva.

Doporučení pro moje kolegyně z oboru i veřejnost je, že by měly být dostupné informační brožury. Pro pacienty, kteří jsou propuštěni domů, aby hlavně věděli, čemu se vyvarovat a co je právě pro ně dobré.

Po zhodnocení stávajících letáčků/brožur v cévní ambulanci jsme se rozhodly udělat vlastní konstrukci brožury. V cévních ambulancích je mnoho brožur, ale jsou zaměřené spíše na Hlubokou žilní trombózu. Ani v jedné nejsou zmíněné trombofilie. V navržené brožure se zaměříme na Leidenskou mutaci jakožto nejčastější trombofilii a trombofilii obsaženou v bakalářské práci.

Informační brožura a ukázka záznamové karty pacienta užívajícího Warfarin sodný jsou uvedené v přílohách.

Závěr

V ošetřovatelské části jsme vytyčili dané problémy pacientky a snažili se o jejich splnění. Cíle námi určené byly až na některé splněny a pacientka byla již posléze spokojena a především pozitivně nakloněna léčbě.

V současnosti (hlavně v gynekologických ordinacích) se dívkám předepisuje hormonální antikoncepce a nedělají se k tomu potřebné testy, například testy na poruchu krevní srážlivosti – tedy trombofilie. Rodinná anamnéza je v těchto případech nedostatečná. Hluboká žilní trombóza ve 20 letech opravdu není ten nejlepší start do života.

O tomto onemocnění se moc nemluví a myslíme si, že ani moc neví, proto jsme si vybrali Hlubokou žilní trombózu pro bakalářskou práci a začlenili do ní Leidenskou mutaci. K bakalářské práci jsme vytvořili informační brožuru a zaměřili se v ní na Leidenskou mutaci. Snažili jsme se obsáhnout vše důležité pro pacienty s Leidenskou mutací.

Seznam použité literatury

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2, 1997

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň : Maurea, s.r.o., 2010. 193 s. ISBN 978 – 80 – 902876 – 4 - 8

ČERTÍK, B. 2003. *Akutní končetinová ischemie.* Praha : Grada Publishing, 2003. 147 s. ISBN 80 – 247 – 0624 – 5.

DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80 – 247 – 0242 - 8

ELIŠKA, O.; SPÁČIL, J.; ŠTVRTINOVÁ, V. 2008. *Angiologie. Trendy soudobé angiologie.* 3. svazek. Praha : Galén, 2008. 130 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 544 – 4.

FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie.* Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80 – 8063 – 227 - 8

CHLUMSKÝ, J. 2005. *Antikoagulační léčba.* Praha : Grada Publishing, 2005. 219 s. ISBN 80 – 247 – 9061 – 0.

KARETOVÁ, D.; BULTAS. 2009. *Farmakoterapie tromboembolických stavů.* Praha : Maxdorf, 2009. 136 s. ISBN 978 – 80 – 7345 – 184 – 4.

KARETOVÁ, D.; STANĚK. 2001. *Angiologie pro praxi.* Praha : Maxdorf, 2001. 311 s. ISBN 80 – 85912 - 52 – X.

KLENER, P. et al. 2003. *Hematologie.* Praha : Galén, 2003. 115 s. ISBN 80 – 7262 – 210 – 2.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství.* Praha : Grada Publishing, 2010. 206 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3224 – 4.

KVASNIČKA J. 2003. *Trombofilie a trombotické stavy v praxi.* Praha : Grada Publishing, 2003. 299 s. ISBN 80 – 7169 – 993 – 4.

MALÝ, J. et al. 2010. *Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci.* Praha : Mladá fronta, 2010. 206 s. ISBN 978 – 80 – 204 – 2021 – 3.

MAREČKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava : Repronis Ostrava, 2005. 86 s. ISBN 80 – 7368 – 030 – 0.

MAZUCH, J. et al. 2008. *Tromboembolická choroba venózního původu*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 2008. 251 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 283 -0.

MUSIL, D.; HERMAN, J.; HOFÍREK, I. 2008. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. Praha : Grada Publishing, 2008. 152 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2161 – 3.

REMKOVÁ, A. et al. 2000. *Nízkomolekulové hepariny v prevencii a léčbě trombóz*. Aventis Pharma, 2000. 155 s. ISBN 80 – 88908 – 67 – 1.

ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha : Grada Publishing, 2009. 160 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3012 – 7.

SPÁČIL, J.; KARETOVÁ, D.; CHOCHOLA, M. 2010. *Angiologie*. Praha : Maxdorf, 2010. 86 s. ISBN 978 – 80 – 7345 – 236 – 0.

SUSA, Z. 2002. *Tromboembolická nemoc*. Praha : Triton, 2002. 88 s. ISBN 80 – 7254 – 228 – 1.

TRACHTOVÁ, E. et al., 1999, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 185 s. ISBN 80 – 7013 – 285 – X.

VOJÁČEK, J.; MALÝ, M. et al. 2004. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. 276 s. ISBN 80 – 247 – 0501 – X.

WIDIMSKÝ, J.; MALÝ, J. et al. 2002. *Akutní plicní embolie a žilní trombóza*. Praha : Triton, 2002. 303 s. ISBN 80 – 7254 – 258 – 3.

<http://leiden.cz/leidenska-mutace-pro-lekare>

Obsah příloh

Příloha A - Záznamová karta pacienta užívajícího W.S.....	I
Příloha B - Čestné prohlášení.....	II
Příloha C – Brožura (Leidenská mutace).....	III

Příloha A

Záznamová karta pro pacienta užívajícího Warfarin sodný

- Záznamová karta je vhodná pro každodenní nošení u sebe, kdyby se uživatel nějak zranil.
- Je také vhodná pro pacienty, aby věděli, jak přesně mají užívat Warfarin sodný. Trvá delší dobu, než se zvolí přesné užívání a docílí se vhodných hodnot INR.

Jméno: X.Y.									
Diagnóza: Hluboká žilní trombóza									
INR: 2,0									
Warfarin sodný: 5 mg									
Medikamentózní léčba je plánovaná do: roku 2013									
Krevní skupina: A+									
Při vysazení Warfarinu sodného: Plná dávka LMWH – nízkomolekulárních heparinů									
Dávka W 5 mg počínaje dnem	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	INR	Datum kontroly
9.12 11	1	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	2,0	23.12
23.12	1	1/2	1	1/2	1	1/2	1/2	1,5	4.1 12
4.1 12	1	1/2	-	-	1	1/2	1/2	2,1	2.2
2.2	1	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1,3	9.3
9.3	1	1/2	1	1/2	1	1/2	1/2	1,5	30.3
30.3	1	1/2	1	1/2	1	1/2	1	1,9	26.4
26.4	1	1/2	1	1	1	1/2	1	2,4	27.5

Zdroj: Vlastní konstrukce.

Příloha B

Čestné prohlášení o sběru dat

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci – Ošetrovatelská péče u pacientky s hlubokou žilní trombózou – vypracovávala na odborných praktických cvičeních.

V Praze dne 26.3 2012

Podpis

Leidenská mutace



„Není důvod přestat se smát.“

Co je to Leidenská mutace?

- V roce 1993 popsal Leidenskou mutaci švédský lékař Dählback. Leidenská mutace je nazývána jako APC rezistence – rezistence na aktivovaný protein C. Tato mutace je dědičná.

Může být:

1. Vrozená
 2. Získaná – vyskytuje se u Lupus antikoagulants a v graviditě
- Tato mutace je stará asi 20 – 30 tisíc let.
 - U africké a asijské populace se nevyskytuje, také se nevyskytuje u původních obyvatel Oceánie a Austrálie a u amerických indiánů.
 - V populaci Evropy má prevalenci asi 3 – 7 %, a okolo 50 % postižených trombofilií.

Má dvě formy:

1. Heterozygotní
 2. Homozygotní
- U formy heterozygotní je možnost hluboké žilní trombózy 5x vyšší než u zdravých jedinců.
 - U homozygotní formy je mnohonásobně vyšší riziko HŽT.
 - U těhotných žen je riziko až 100x vyšší.

Proč proboha zrovna JÁ ??

- **Ano, to je otázka, kterou si klade mnoho lidí, ať už jde o jakékoliv onemocnění. Leidenská mutace jako taková není život ohrožující stav.**
- **Leidenská mutace se právě projeví Hlubokou žilní trombózou, a díky ní se většinou přijde na Leidenskou mutaci**
- **Jde o poruchu krve, se kterou se dá žít plnohodnotný život. Někdy se na ni přijde až ve stáří, někdy ve 20. letech.**

Příběh rodiny p. Milana (60 let) vše dokazuje:

„Jsem nositelem Leidenské mutace – heterozygot. Ani jsem nevěděl, že bych mohl mít L.M. Rodiče žádné problémy neměli. Na to, že máme Leidenskou mutaci v rodině se přišlo náhodou. Moje dcera (18 let) brala hormonální antikoncepci a dostala hlubokou žilní trombózu. Dělalí jí testy a vyšlo vše najevo. Testům se podrobili všichni v rodině a přišlo se na to, že ji mám já a dcera. Její dva sourozenci ji nemají.“

- **Riziko vzniku TEN při užívání hormonální antikoncepce je spíše u gestagenů 3. generace, než u gestagenů 2. Generace**

Leidenská mutace – rizika:

- **Hluboká žilní trombóza a s ní spojená plicní embolie**
- **Heterozygot užívající Hormonální antikoncepci má riziko HŽT až 30x větší než zdravý jedinec**

- **Kouření**
- **Riziko recidiv v prevalenci 8 let je 30-40%**

Mírné zvýšení rizik spojených s těhotenstvím

- **Častější rozvoj preeklampsie**
- **Častější abrubce placenty**
- **Častější spontánní potraty**
- **Častější porod plodu s nízkou váhou**
- **Není to jen Hluboká žilní trombóza, která hrozí, ale i její komplikace nás ohrožují. Např. plicní embolie, to už život ohrožující stav je.**
- **Pokud máte v rodině následující příznaky anebo již výskyt Hluboké žilní trombózy, nečekejte a udělejte si krevní testy! Níže Vám poradíme jak na to**

Kdy se mám nechat vyšetřit?

- **Vyšetřit se můžete nechat v kterémkoliv věku. Zvláště by o vyšetření měli uvažovat ženy plánující těhotenství anebo užívání hormonální antikoncepce.**
- **A pak zvláště ženy/muži, kde se v jejich rodině vyskytli infarkty, mrtvice a hluboké žilní trombózy před 40. rokem života a více jak tři spontánní potraty u jedné ženy.**

Jak bude vyšetření probíhat?

- **Vyšetření může být krevní anebo stěrem z dutiny ústní.**
- **Vyšetření krevní Vám provedou ve kterékoliv větší nemocnici. Mělo by být doporučení praktického lékaře. Výsledky Vám pak budou odeslány poštou anebo zodpovězeny lékařem.**
- **Poliklinika MephaCentrum v Ostravě poskytuje i test stěrem z dutiny ústní. Na jejích webových stránkách si vyplníte online formulář a bude Vám zaslána odběrová souprava. Po odběru vše pošlete zpět. Výsledky Vám budou poslány poštou.**

Platí se ten test?

- **Ano, toto vyšetření není hrazeno pojišťovnou a stojí cca 1 000 korun. POKUD MÁTE V RODINĚ JIŽ UVEDENÉ PŘÍZNAKY, VYŠETŘENÍ JE ZDARMA.**

**UDĚLEJTE SI TEST, INVESTUJTE PENÍZE DO ZDRAVÍ.
TESTEM NECHRÁNÍTE JEN SEBE, ALE I SVOJE DĚTI A
CELOU SVOU RODINU !**

- **Více se můžete dozvědět na webových stránkách**

www.gynordplus.cz

www.leiden.cz