

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍM  
RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA ZGARBOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Praha 2012



**Prohlášení:**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2012

Podpis:

# **ABSTRAKT**

ZGARBOVÁ Hana. *Péče o pacienta s akutním respiračním onemocněním.*

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha 2012

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta hospitalizovaného s akutním respiračním onemocněním. Teoretická část práce charakterizuje obecně akutní respirační onemocnění, jejich příčiny, příznaky, vyšetřovací metody a možnosti léčby. Jako příklad je podrobněji zmíněna chřipka a pneumonie. Na teoretickou část navazuje ošetrovatelský proces a péče o pacienta hospitalizovaného s pneumonií. Hlavním cílem této práce je popsat nejčastější příznaky a obtíže, které provázejí akutní respirační onemocnění a edukace pacienta.

## **Klíčová slova**

Akutní respirační onemocnění. Chřipka. Pneumonie. Zánět. Ošetrovatelský proces

## **ABSTRACT**

ZGARBOVÁ Hana. *Caring for a patient with acute respiratory illness.*

College of Health, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc).

Leader: Mgr. Miroslav Kubicova. Prague 2012

The main topic of this thesis is the nursing process for patients hospitalized with acute respiratory illness. The theoretical part describes A general acute respiratory diseases, their causes, symptoms, diagnosis and treatment options. As an example is mentioned description of flu and pneumonia in the detail. The theoretical part is followed by process and nursing care for patients hospitalized with pneumonia. The main objective of this paper is to describe the most common symptoms and problems accompanying an acute respiratory disease and patient education.

### **Keywords**

Acute respiratory disease. Influenza. Pneumonia. Inflammation. Nursing process

# PŘEDMLUVA

*„Přibližně 400 plicních sklípků tvoří plochu o 100 až 150 metrech čtverečních. Tím je dýchací soustava nejrozlehlejší styčná oblast těla s vnějším světem, dokonce rozsáhlejší než kůže.“* (RIGUTTI 2006. str. 160) Dýchání je nejzákladnější podmínkou pro přežití. Neuspokojení potřeby kyslíku má dramatický průběh. Při nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě, což se projevuje úzkostí a strachem ze smrti. Naopak vlivem negativních emocí (strachu, hněvu) může mít člověk pocit nedostatku vzduchu.

Akutní respirační infekce je nejčastější onemocnění, se kterým se ve svém životě setkal snad každý člověk. Proto jsem si toto téma vybrala i já ke zpracování v bakalářské práci.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, začínajícím sestřám v praxi, ale i nezdravotníkům.

Touto cestou děkuji Mgr. Miroslavě Kubicové za cenné rady a podporu, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

# OBSAH

ABSTRAKT

ABSTRACT

PŘEDMLUVA

OBSAH7

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

ÚVOD .....	10
1. PROBLEMATIKA AKUTNÍCH RESPIRAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ .....	11
2. KLINICKÝ OBRAZ AKUTNÍCH RESPIRAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ .....	14
3. PNEUMONIE .....	16
3.1 Komunitní pneumonie .....	18
3.2 Pneumonie u imunokompromitovaných pacientů .....	25
3.3 Nozokomiální pneumonie .....	28
4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍM RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	30
5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍM RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM - PNEUMONIÍ .....	34
DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	62
ZÁVĚR .....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	65
PŘÍLOHY	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BT ..... bilance tekutin

FN ..... fakultní nemocnice

GIT ..... gastrointestinální trakt

KO ..... krevní obraz – hematologické vyšetření krve

NPB..... náhlá příhoda břicha

OCHRIP..... oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče

TT..... tělesná teplota

UZ vyšetření ..... vyšetření pomocí ultrazvuku



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Identifikační údaje

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

Tabulka 3 Léková anamnéza

Tabulka 4 Urologická anamnéza

Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 4. 12. 2011

# ÚVOD

Akutní respirační infekce patří mezi nejčtenější onemocnění lidí prakticky na celém světě a postihují všechny věkové skupiny obyvatelstva. Jsou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti a absence ve škole a jsou také nejčastějším důvodem hospitalizací v dětském věku. Představují proto velmi závažný zdravotní a ekonomický problém. Pouze v České republice bývá ročně hlášeno 5 – 6 milionů těchto onemocnění. Respirační infekcí onemocní v průměru každý dospělý člověk 2x za rok, dítě v předškolním věku nejméně 4 – 5x .

Respirační infekce jsou způsobeny viry nebo bakteriemi, které snadno přežívají v teplotách charakteristických pro zimní a podzimní období a snadno jsou přenášeny kapénkovou infekcí.

# 1. PROBLEMATIKA AKUTNÍCH RESPIRAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

V České republice existuje monitorování výskytu akutních respiračních infekcí (ARI). Tento systém vznikl v roce 1968. Je zahrnut do komplexního programu kontroly a prevence těchto onemocnění. Navazoval na sledování nemocnosti chřipkou v Československu, které už v roce 1951 začalo jako aktivita referenční laboratoře – Československé chřipkové centrály, jež byla jednou z prvních laboratoří sítě světové zdravotnické organizace.

Týdenní hlášení jednotlivých případů akutních respiračních onemocnění zasílají spolupracující praktičtí lékaři pro dospělé a pediatri prostřednictvím okresních a krajských hygienických stanic. Za celou Českou republiku se tato data zpracovávají ve Státním zdravotním ústavu a jsou k dispozici také pro širokou veřejnost. Systém hlášení akutních respiračních infekcí slouží k získání týdenního přehledu o počtech nemocných v jednotlivých okresech v České republice pro potřeby hygienické služby, Ministerstva zdravotnictví, European Influenza Surveillance Scheme (EU), FluNet (WHO) a pro potřeby veřejnosti.

Mezi častá a pravidelná akutní respirační onemocnění patří chřipka. Je to vysoce nakažlivé virové onemocnění vyznačující se periodickými epidemiemi v chladném ročním období. Je přenášena kapénkovou infekcí, inkubační doba je jeden až dva dny. Onemocnění začíná náhle třesavkou, malátností, vzestupem teploty až na 39-40°C, bolestmi svalů, hlavy, kloubů, nechutenstvím, výrazná únava, suchý kašel, může se rozvinout rýma. Léčba se zaměřuje na zmírnění obtíží vyvolaných onemocněním, klid

na lůžku, dostatek tekutin (2,5-3l za den), potraviny s vysokým obsahem vitamínu C. Při superinfekci se podává antibiotikum. Může probíhat v jednotlivých onemocněních, nebo v epidemiích, pokud zasahuje celé kontinenty, pak jde o pandemii. Pro případy pandemie jsou připraveny takzvané pandemické plány, které mohou do značné míry zmírnit její následky. Pandemické plány vypracovávají jednotlivé země, v závislosti na místních podmínkách a řídí se pokyny Světové zdravotnické organizace, která poskytuje návody, jak při pandemii postupovat.

Na ministerstvu zdravotnictví ČR ve spolupráci s hlavním hygienikem ČR vznikl Český pandemický plán. Obsahem plánu je mimo jiné přesně stanovený návrh opatření pro případ pandemie. Údaje o stavu v ostatních zemích jsou poskytovány Světovou zdravotnickou organizací přímo českému ministerstvu zdravotnictví.

Epidemický stav v kraji vyhláší krajská hygienická stanice. V jednotlivých zdravotnických zařízeních vyhláší v případě potřeby tým pro kontrolu infekcí zákaz návštěv. Tento tým tvoří infektolog, mikrobiolog a epidemiologická sestra. Na každém oddělení je pak kontaktní lékař a sestra. Zákaz návštěv může vydat i krajská hygienická stanice na základě epidemiologického sledování.

Akutní respirační onemocnění mohou přecházet v chronické respirační onemocnění různého průběhu a stav pacienta může vyžadovat intenzivní péči. V roce 1998 vzniklo

### **OCHRIP – oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče ve FN Praha**

Na OCHRIP jsou léčeni dlouhodobí pacienti, závislí na resuscitační či intenzivní péči, na dýchacích přístrojích, pacienti vyžadující specializovanou rehabilitaci mozku a resocializaci.

V problematice dlouhodobé resuscitační a intenzivní péče a budoucí domácí ventiloterapie působí OCHRIP i jako konzultant pro MZČR v rozvíjení této tematiky.

OCHRIP je jediné pracoviště v ČR, které pečuje soustředěně o pacienty v dlouhodobé resuscitační a intenzivní péči, zavádí nové způsoby komplexní péče, komunikace a spolupráce s rodinou.

## 2. KLINICKÝ OBRAZ AKUTNÍCH RESPIRAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Infekce může být lokalizována v kterékoliv části respiračního traktu, ale většinou postihuje několik úseků dýchacích cest současně

### **Horní cesty dýchací:**

akutní rinitida, akutní faryngitida, epiglottitida, tonzilitida, laryngitida

### **Dolní cesty dýchací:**

Tracheitida, akutní bronchitida a pneumonie.

S respiračním onemocněním jsou spojeny také záněty spojivek, záněty středního ucha a záněty vedlejších nosních dutin.

### **Příčiny**

Nejčastějším původcem jsou respirační viry, ale mohou to být i bakterie, kvasinky, plísně, rickettsie nebo inhalace dráždivých plynů a prachu.

Zdrojem nákazy je člověk, zvíře, nebo zevní prostředí. Infekční agens většinou vychází z horních cest dýchacích zdroje nákazy ve formě kapének při kýchání, kašlání, nebo mluvení.

Při šíření infekce záleží na velikosti kapének. Větší klesají k zemi a vysychají, přičemž tvoří kontaminovaný prach, který může být vdechnut, menší kapénky zůstávají ve vzduchu. Zcela malé kapičky okamžitě vysychají a přetrvávají velmi dlouhou dobu ve vzduchu. Při vdechnutí se dostávají až do alveolů.

Pro většinu virů jsou dýchací cesty cílovým orgánem. U některých dochází v respiračním traktu k jejich pomnožení a dalšímu šíření hematogenní, nebo

lymfatickou cestou na jiná místa v organismu.

## **Příznaky**

Náhlý začátek, kašel nejdříve suchý dráždivý, později s expektorací sputa

subfebrilie až febrilie často se zimnicí a třesavkou

Pocit únavy, bolest kloubů, svalů, hlavy, při postižení trachey bolest za hrudní kostí

Povlaky na tonzilách, afty

U laryngitidy stridor, dušnost, cyanóza, kýchání

U akutní bronchitidy dráždivý kašel s expektorací hnisavého sputa.

## **Vyšetřovací metody**

Vyšetření se řídí druhem onemocnění

RTG srdce a plic

Odběry biologického materiálu

Biochemické vyšetření krve - KO, sedimentace, CRP, hematokryt, arteriální krevní

plyny

Moč + sediment

Bakteriologické vyšetření (sputum, výtěr) + citlivost na antibiotika

## **Terapie**

Klid na lůžku, při teplotě nad 38°C antipyretika, dále antitusika, mukolytika, expektorancia, podpurná léčba vit. C, inhalace, při bakteriální infekci antibiotika. Dále je možná rehabilitace, z níž se dají využít poklepové masáže a dechová cvičení.

Jako prevence se uplatňuje speleoterapie, pobyt v solných jeskyních, saunování, otužování a zvyšování fyzické kondice, nejlépe v přírodě na čerstvém vzduchu.

### 3. PNEUMONIE

Pneumonie je akutní zánětlivé onemocnění plicního parenchymu velmi pestré etiologie, nejednotné patogeneze, s rozmanitým morfologickým nálezem, klinickým obrazem a různou prognózou. Patří mezi nejčastější plicní onemocnění. Celosvětově jsou pneumonie na 3. místě ze všech příčin úmrtí a na 1. místě z infekčních chorob. (Musil, Petřík, Trefný 2005 str. 52)

Pneumonie je většinou infekčního původu. Postihuje plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiium. Mezi pneumonie se počítají také záněty plic vyvolané chemickými a fyzikálními vlivy, na jejichž podkladě může vzniknout infekce.

Neinfekční pneumonie se nazývají pneumonitidy. Může to být pneumonie inhalační (většinou profesního původu), hypersenzitivní (alergické) a jatrogenní (po léčích a léčebných zákrocích)

#### **Klasifikace pneumonií:**

Pneumonie je možno klasifikovat dle různých kritérií.

**Podle lokalizace:** Bronchopneumonie a pneumonie.

**Podle závažnosti:** Lehká pneumonie, středně těžká pneumonie nebo těžká pneumonie u pacientů nad 50 let, při výskytu smíšené infekce a při komplikacích.

#### **Klasifikace podle základní choroby:**

- Primární pneumonie je izolované onemocnění jinak zdravého jedince
- Sekundární pneumonie je plicní komplikace jiného onemocnění. Do této skupiny patří



i pneumonie za bronchiální obstrukcí, například způsobené bronchogenním karcinomem.

V současné době je nejpoužívanější **klasifikace epidemiologická**, která dělí pneumonie podle místa, kde došlo k infekci. Důležitý je také imunologický stav pacienta, rizikové faktory a závažnost onemocnění.

### **Komunitní pneumonie**

Komunitní pneumonie je zánětlivé onemocnění plicního parenchymu u pacientů nehospitalizovaných v předchozích 14 dnech a neumístěných v zařízeních sociální péče, které se manifestovalo mimo nemocnici, nebo do dvou dnů po začátku hospitalizace.

### **Pneumonie u imunokompromitovaných**

Se vyčleňuje jako zvláštní kategorie, protože se vyznačuje výrazně odlišným mikrobiologickým spektrem, kde se kromě běžných patogenů uplatňují i oportunní agens (některé viry, houby, prvoci). Vyskytuje se u nemocných léčených imunosupresí pro malignity, onemocnění pojiva, nebo po orgánových transplantacích a u nemocných s HIV infekcí. (Musil, Petřík, Trefný 2005, str. 52-53)

### **Nozokomiální pneumonie**

je onemocnění, jehož příznaky vznikly více než 2 dny po nástupu do nemocnice. Zvláštním druhem nozokomiální pneumonie je **ventilátorová pneumonie** u pacientů na umělé plicní ventilaci.

### **3.1. Komunitní pneumonie**

Většina komunitních pneumonií je bakteriálního původu. Virové pneumonie jsou u imunokompetentních dospělých vzácné. Houby a paraziti se jako původci pneumonie u jinak zdravých jedinců uplatňují výjimečně.

#### **- Bakteriální pneumonie**

Patogen bývá do oblasti dýchacího ústrojí transportován inhalací, aspirací, hematogenně, nebo lymfogenně nebo může být reaktivována dosud latentní infekce. Následně musí infekční agens překonat obrannou bariéru hostitele.

Spektrum infekčních agens je velmi široké. Jejich četnost se liší. Nejčastěji nalezeným patogenem je *S.pneumoniae*, který je zodpovědný za asi 2/3 případů komunitní pneumonie a *H.influenzae*. Ve více než polovině případů se nepodaří etiologii určit. (V. Kašák, V. Koblížek a kol. 2008-2009)

Pneumonie se projevuje příznaky akutního infekčního onemocnění s respirační symptomatologií. Podle prezentace je možno rozlišit pneumonii typickou a atypickou, i když existují i smíšené obrazy.

#### **Typická pneumonie**

začíná náhle třesavkou, vysokou teplotou, pleurální bolestí, produktivním kašlem s rezavou nebo hnisavou expektorací. Častý je pozitivní fyzikální nález (trubicové dýchání a přízvučné chrůpky), v krevním obraze nacházíme leukocytózu.

#### **Atypická pneumonie**

Začíná jako chřipkové onemocnění s prodromálními syndromy, suchým kašlem, myalgiemi, malátností, rýmou a mírně zvýšenou teplotou. Fyzikální vyšetření je

většinou negativní, počet leukocytů bývá normální. Skiograficky nacházíme difuzní infiltrativní a peribronchiální změny. Vyvolávající agens bývají *M.pneumoniae*, *Ch.pneumoniae*, nebo některé respirační viry.

### **Vyšetřovací metody:**

#### **- Radiologické vyšetření**

Podezření na pneumonii je nutno potvrdit snímkem plic v zadopřední a boční projekci, které rozliší infiltraci plicního parenchymu od akutní bronchitidy a exacerbase chronické obstrukční plicní nemoci. Toto vyšetření též pomůže zjistit komplikace onemocnění má význam diferenciálně diagnostický. Pouze ve výjimečných případech je možno radiologické vyšetření pominout.

#### **- Vyšetření sputa**

Vyšetření sputa se provádí obvykle pouze u hospitalizovaných pacientů, a to pokud možno před začátkem antibiotické léčby. Mikroskopické vyšetření odliší sputum od sekretu z horních cest dýchacích a dává orientaci o možných patogenech. Kultivace trvá obvykle 48 hod. Specifikuje bakterie a určí citlivost na antibiotika.

Bakteriologie sputa má u pneumonií malou záchytnost. Mikrobiologicky negativních je 50% až 75% vzorků. *S.pneumoniae* je vysoce citlivý na rychlost transportu do laboratoře a jeho záchytnost výrazně snižuje podání antibiotika před odběrem sputa. Některá agens jsou nezachytitelná běžnou kultivací.

(Musil, Petřík, Trefný 2005 str.56)

- **Hemokultura**

Provádí se při podezření na bakteriemii, nejlépe při vzestupu teplot nad 38°C s třesavkou. U hospitalizovaných nemocných se doporučuje toto vyšetření provést 2x před zahájením antibiotické léčby.

- **Sérologické vyšetření**

Sérologické vyšetření se používá pro diagnostiku chlamydiových, mykoplazmových a legionelových pneumonií. V akutní fázi mají význam jen protilátky třídy IgM. Sérologické vyšetření na viry má malý praktický význam.

PCR metody – molekulárně biologické metody se uplatňují zejména při diagnostice mykobakterií nebo plísni, chlamydií.

- **Vyšetření moči**

V moči lze prokazovat antigeny patogenů *S.pneumoniae* a *L.pneumophylla* a *legionella*

- **Vyšetření pleurálního výpotku**

Je-li přítomen výpotek, provádí se jeho punkce. Kromě obvyklého biochemického vyšetření a cytologie se výpotek vyšetřuje mikrobiologicky na nescifickou flóru a mykobaktéria.

- **Invazivní vyšetření**

Invazivní vyšetření jako je transtracheální aspirace, transparietální plicní biopsie a bronchoskopie s odběrem materiálu a bronchoalveolární laváž se provádějí vzhledem k možným komplikacím zřídka. Mají význam hlavně u pneumonií nozokomiálních a u imunokompromitovaných pacientů.

## **Rizikové faktory**

věk nad 70 let

přidružené choroby (těžká chronická obstrukční plicní nemoc, kardiální insuficience, chronické onemocnění jater nebo ledvin, nádory, cévní mozkové příhody, imunosuprese)

alkoholismus nebo i.v. drogová závislost

oběhová nestabilita

tachypnoe, hypoxémie

teplota pod 35°C nebo nad 40°C

postižení více laloků, rozpad na snímku, přítomnost pleurálního výpotku

patologické laboratorní nálezy (leukocyty méně než 4 000 a více než 20 000, anémie, renální insuficience, acidóza)

sociální případ

Po potvrzení diagnózy komunitní pneumonie je nejdůležitější rozhodnutí, zda pacienta léčit ambulantně, nebo ho odeslat k hospitalizaci. Většina (80%) pacientů s pneumonií je léčeno ambulantně. Je nutno posoudit rizikové faktory, které zvyšují mortalitu, a proto indikují odeslání pacienta do nemocnice.

## **Terapie**

Nekodeinová antitusika při dráždivém a neproduktivním kašli

Analgetika, antiflogistika při pleurální bolesti

Antipyretika při horečce nad 38°C, preferován je paracetamol

Mukolytika, expektorancia při produktivním kašli

Dostatečná hydratace a racionální strava.

U hospitalizovaných pacientů se podávají bronchodilatancia formou inhalací

Systémové kortikosteroidy

Oxygenoterapie při hypoxemii

Terapie na JIP nebo ARO

Zajištění průchodnosti dýchacích cest

Neinvazivní podpora dýchání

Intubace s invazivní podporou dýchání

Kardiopulmonální resuscitace

Stálé monitorování životních funkcí – krevní tlak, puls, teplota, dechová frekvence, hodnoty krevních plynů, bilance sérových iontů a tělesných tekutin a glykemie

Cílená intravenózní léčba antimikrobiálními léčivy – průběžně se vyhodnocuje s antibiotickým střediskem

Zvlhčování vdechovaného vzduchu

Bronchoskopické odsávání s eventuálními cílenými odběry na mikrobiologické vyšetření

Profylaxe nízkomolekulárními hepariny

Infuzní parenterální terapie, enterální výživa

Základem léčby pneumonie je podávání antibiotik, které je nutno zahájit co nejdříve po radiologickém potvrzení diagnózy, bez vyčkávání na výsledek kultivace a stanovení citlivosti, které má význam pouze pro případnou pozdější změnu léčby. Je třeba brát v úvahu i způsob podávání a toleranci antibiotika, závažnost choroby, věk pacienta, přidružené choroby, epidemiologickou situaci a údaje o resistenci mikrobů na antibiotika v daném regionu. Doba podávání antibiotik u pneumonie je individuální.

Podávání antibiotik je doplněno léčbou podpůrnou, která u ambulantních pacientů zahrnuje dle klinické situace podávání mukolytik, antitusik, analgetik, antipyretik,

bronchodilatancí, péči o dostatečnou hydrataci a výživu pacienta. U pacientů hospitalizovaných je v některých případech nutná dostatečná oxygenace a zajištění stability vnitřního prostředí pacienta.

#### - **Virové pneumonie**

Virové pneumonie jsou u imunokompetentních dospělých vzácné. Postihují hlavně děti a staré osoby. Nejvíce se na nich podílejí 4 skupiny virů:

Viry influenzy, parainfluenzy, respirační synciciální virus (RS virus) a adenoviry.

Rubeolová pneumonie je příčinou většiny smrtelných komplikací zarděnek.

Varicelová pneumonie postihuje hlavně dospělé, u dětí je jako komplikace planých neštovic vzácná. Pneumonie vyvolává i hantavirus, jehož rezervoárem jsou hlodavci a přenos na člověka se děje aerosolem z jejich výkalů.

Příznaky chřipkové pneumonie jsou obdobné jako u těžšího průběhu chřipky - náhlý začátek, schvácenost, bolesti kloubů, svalů, kašel, rýma. Obdobně je tomu i u parainfluenzy, kde ale bývají příznaky mírnější. RS virus vyvolává u malých dětí bronchiolitidu a pneumonii, často se závažnou hypoxémií.

#### - **Mykotické pneumonie**

Mykotická onemocnění plicního parenchymu jsou způsobena nižšími houbami (mikromycetami). Imunokompetentní jedince postihují onemocnění plísněmi rodu *Aspergillus* a endemické mykózy, mezi které patří hlavně histoplasmóza, blastomykóza a kokcidiomykóza. Tyto plísně se vyskytují prakticky výhradně v určitých oblastech Severní Ameriky, kde jsou příznivé klimatické podmínky a složení půdy pro jejich rozmnožování.

#### **Aspergilóza**

Aspergily jsou izolovány z půdy, vody, a hnilého organického materiálu. K infekci dochází jejich inhalací.

### **Histoplasmóza**

Je onemocnění vyvolané inhalací spor *Histoplasma capsulatum*. Jejím přirozeným rezervoárem je půda znečištěná trusem ptáků a netopýrů. Endemickou oblastí je hlavně severní Amerika. Infekce je provázena febrilním stavem různé závažnosti, od příznaků připomínajících chřipkové onemocnění až po život ohrožující rychlou oboustrannou pneumonii. Inkubační doba je od 7 do 14 dnů. (Musil, Petřík, Trefný 2005 str.62)

### **Blastomykóza**

je onemocnění vyvolané dimorfní houbou *Blastomyces dermatitidis*. Endemická oblast je obdobná jako u histoplasmózy. Rizikovým faktorem infekce je pobyt v přírodě.

Příznaky jsou kašel, zimnice, teplota a pleurální bolest. Onemocnění je obvykle lehké nebo střední závažnosti, Někdy blastomykóza přechází do chronického stádia a na RTG snímku může připomínat bronchogenní karcinom. Z mimoplicních lokalizací postihuje blastomykóza nejčastěji kůži, kde vytváří rozsáhlé verukózní útvary a podkožní mikroabscesy. (Musil, Petřík, Trefný Pneumologie 2005 str.62)

### **Kokcidiomykóza**

Je onemocnění vyvolané houbou *Coccidioides immitis*, omezené na pouštní pás na pomezí mezi USA a Mexikem. Příznaky onemocnění odpovídají atypické pneumonii. 90 % případů onemocnění se zhojí bez léčby. Chronické stádium může připomínat tuberkulózu.

### **Parazitární pneumonie**



Plicní infekce vyvolané parazity jsou u pacientů s neporušenou imunitou vzácné, je však nutno je brát v úvahu v diferenciální diagnostice u osob, které žijí v endemické oblasti.

### **3.2 Pneumonie u imunokompromitovaných pacientů**

#### **- Bakteriální pneumonie**

U imunokompromitovaných je nejčastější příčinou pneumonie bakteriální infekce. Bakteriální pneumonie se objevuje u 10-25 % pacientů po transplantaci jater, srdce a ledvin, u až 60 % pacientů po transplantaci plic a u 25-50 % pacientů po transplantaci kostní dřeně.

Rizikové faktory pro bakteriální pneumonii jsou stupeň imunosuprese, porušení slizniční bariery, centrální žilní katetry, bakteriální kolonizace, stav výživy, aspirace.

Klinické příznaky pneumonie mohou být latentní, protože může chybět zánětlivá reakce. Diagnostika je proto obtížná a pneumonie je často zjištěna pozdě. Základními vyšetřovacími metodami jsou kultivace sputa, hemokultura, snímek hrudníku a bronchoskopie, odběry bronchoskopického materiálu a bronchoalveolární laváž.

#### **- Virové pneumonie**

Z virových pneumonií je nejčastější cytomegalovirová (CMV) pneumonie.

Cytomegalovirová pneumonie je nejčastější u pacientů po orgánových transplantacích, kteří jsou léčeni cyklosporinem.

Klinický obraz CMV pneumonie je nespecifický. Projevuje se příznaky vleklého onemocnění se slabostí a únavností. Mohou být vyjádřeny s různou intenzitou příznaky

připomínající mononukleózu, někdy s teplotou.

Základem léčby je podávání virostatik. K léčebnému selhání dochází při pozdním zahájení terapie.

#### - **Mykotické pneumonie**

Nejvýznamnějšími mykotickými onemocněními u imunokompromitovaných jsou kandidóza a aspergilóza.

#### **Kandidóza**

Vyskytuje se nejčastěji, ale zřídka vyvolává invazivní plicní onemocnění.

Je vyvolána kvasinkami rodu *Candida*, které za normálních okolností kolonizují zažívací trakt a další tělní dutiny. U asymptomatických pacientů jsou běžným nálezem v dolních dýchacích cestách a na kůži, zatímco v močových cestách se vyskytují zřídka. Kolonizace je masivnější u hospitalizovaných pacientů, zvláště na jednotkách intenzivní péče.

Rizikovými faktory jsou hematologická a onkologická onemocnění, rozsáhlé popáleniny, stavy po transplantacích, dlouhodobá kortikoidní a antibiotická léčba, centrální žilní katetry, intravenózní drogová závislost.

#### **Aspergilóza**

*Aspergillus* vyvolává širokou škálu plicních onemocnění. Nejzávažnějším aspergilovým onemocněním je **invazivní bronchopulmonální aspergilóza (IBPA)**, která se vyskytuje u pacientů po transplantaci kostní dřeně, jater, plic a srdce. Tato forma se nejčastěji vyskytuje po transplantaci plic.

#### **Pneumocystová pneumonie (PP)**

PP se vyskytuje nejčastěji u pacientů s HIV infekcí, kde je příčinou 25 % úmrtí, i když se objevuje i u jiných imunokompromitovaných. Jde většinou o reaktivaci latentní infekce. Vyvolávající agens se dlouho řadilo mezi prvoky, ale výzkumem bylo zjištěno, že jde spíše o houbu.

**Aspirační pneumonie** je definována jako následek aspirace žaludečního obsahu, nebo orofaryngeálního sekretu do dolních cest dýchacích. Může být komunitní, nebo nozokomialní. Vyskytuje se u pacientů s poruchami vědomí, dysfagiemi, nebo neurologickými chorobami. U starších lidí nebo malých dětí často dochází k aspiraci ve spánku. Další rizikové faktory jsou abusus alkoholu a drog.

Začátek onemocnění je plíživý s kašlem s purulentní expektorací, úbytkem na váze, později s febriliemi, a s pozitivním RTG nálezem. Některé aspirační pneumonie jsou neinfekční.

### 3.3 Nozokomiální pneumonie

Nozokomiální pneumonie představuje 13-18 % všech nozokomiálních infekcí.

Vyskytuje se nejčastěji na jednotkách intenzivní péče u ventilovaných pacientů (ventilátorová pneumonie), u pacientů s alterací vědomí, ve špatném nutričním stavu a u nemocných po hrudních a břišních operacích. Její incidence stoupá s věkem.

#### Etiologie u nozokomiálních pneumonií

Vyvolávající agens pochází z endogenní flóry, od nemocničního personálu, ostatních pacientů, ze zdravotnického materiálu a přístrojů (endotracheální rourky, cévky, bronchoskopy) nebo z okolního vzduchu, event. vody. Cestou infekce je inhalace, nebo častá je i aspirace. U časných nozokomiálních pneumonií (do 4 dnů od začátku hospitalizace) je nejčastějším původcem *H.influenzae*, následuje *S.pneumoniae* a *M.catarrhalis*. U pozdních nozokomiálních pneumonií převažuje gram-negativní flóra (*P.aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Proteus*, *Serratia*, *Klebsiela*, *E.colli*) a *S.aureus*. U pneumonií z aspirace je častá anaerobní flóra. Při dlouhodobém podávání antibiotik je pravděpodobná spoluúčast plísní.

#### Příčiny selhání léčby pneumonie:

- Věk – zpomalená klinická odpověď na léčbu u starších pacientů
- Chybná diagnóza
- Nevhodná volba antibiotika
- chybné dávkování (dávka, interval podávání, doba podávání)
- špatná compliance
- nevhodná aplikační cesta

- neočekávaný patogen – méně časté patogeny, resistantní patogeny
- imunodeficit pacienta
- hypogamaglobulinémie
- HIV infekce
- myelom
- lokální poškození imunity
- bronchiektázie
- bronchogenní karcinom
- Nezdolatelná infekce

Komplikované pneumonie představují specifickou problematiku a potřebu specializované diagnostiky i léčby na specializovaných odděleních s odpovídajícím přístrojovým vybavením.

## **4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍM RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM**

### **Ošetrovatelský proces**

Je racionální a systematická metoda posuzování, plánování a poskytování ošetrovatelské péče s cílem změny zdravotního stavu pacienta. Skládá se z pěti kroků, kterými sestra dosahuje vytyčených cílů v ošetrovatelské péči.

Při ošetřování nemocného je důležitý komplexní pohled na osobnost a vytvoření vzájemné důvěry a porozumění, což umožňuje ošetrovatelský proces.

### **1. Posuzování**

je sběr subjektivních a objektivních údajů o pacientově stavu. Získáváme je z různých zdrojů, především z ošetrovatelské anamnézy, pozorováním pacienta a rozhovorem s pacientem. Jedná se o informace o fyzických, psychických, emocionálních, sociálních, intelektových, spirituálních a kulturních aspektech, které mohou ovlivnit zdravotní stav a léčbu pacienta.

U pacienta s akutním respiračním onemocněním pozorujeme většinou kašel se zeleným až rezavě zbarveným hlenem, rychlé a povrchní dýchání s chrůpky při expiraci, používání pomocných respiračních svalů, horečka, zimnice, bolest hrudníku, slabost a celkový neklid.

## **2. Diagnostika**

V diagnostickém procesu sestra hodnotí pacientovy aktuální a potencionální problémy a potřeby a na jejich základě formuluje diagnózy.

Nejčastějšími sesterskými diagnózami při akutních respiračních onemocněních jsou:

zhoršená průchodnost dýchacích cest, neefektivní dýchání, oslabené dýchání, hypertermie, intolerance aktivity, únava, narušený spánek, akutní bolest, úzkost, strach, riziko infekce u pacienta, neefektivní termoregulace, riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin, riziko deficitu tělesných tekutin, narušená výměna plynů, zhoršená verbální komunikace, zhoršená pohyblivost, riziko pádu, riziko kontaminace pro okolí.

## **3. Plánování**

Zahrnuje určení priorit, stanovení cílů a výsledných kritérií. Na jejich základě pak sestra plánuje ošetrovatelské intervence specifické pro danou diagnózu, pomocí kterých pak ošetrovatelský tým dosahuje stanoveného cíle.

### **Výsledná kritéria:**

pacient dýchá fyziologicky a dostatečně 12-20x za minutu bez příznaků námahy a jeho hrudník se symetricky rozpíná

prokazuje fyziologické hodnoty arteriálních krevních plynů

prokazuje vitální funkce v mezích normy

lehce vykašlává sekrety a udržuje si průchodné dýchací cesty, hloubka a rychlost

dýchání jsou v normě

snáší fyzickou zátěž bez projevů hyperventilace a nadměrné únavy, životní funkce jsou fyziologické

efektivně odpočívá a udává kvalitní spánek

verbálně i nonverbálně vyjadřuje zvládání stresu  
projevuje ochotu dodržování léčebného režimu  
vyjmenuje zásady správné životosprávy a udržování dobré kondice  
vyjmenuje rizikové faktory a odstraňuje je ze svého prostředí  
verbalizuje možný přenos infekce a rizika pro své okolí  
dodržuje hygienické zásady.

### **Intervence sestry**

Uložit pacienta do střední Fowlerovy polohy  
Podávat antibiotika a ostatní léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky  
Odebírat biologický materiál dle ordinace lékaře  
Kontrolovat teplotu, eventuálně zimnici a třesavku  
Kontrolovat vitální funkce – dech, puls, tlak krve  
Zabezpečit dostatečnou hydrataci pacienta  
Udržovat čistotu lůžka a osobního prádla podle potřeby  
Podávat podle potřeby kyslík a sledovat jeho účinek a sledovat dýchání  
Postupně zvyšovat u pacienta účast na sebeobsluze v závislosti na zdravotním stavu  
Ulehčit odstranění sekretů – hydratace, hluboké dýchání a kašláni, odsávání sekretů, expektorancia dle ordinace lékaře, aerosoly, zvlhčování inhalovaného vzduchu, dechová rehabilitace prostřednictvím fyzioterapeuta  
Umožnit přiměřený nepřerušovaný odpočinek a uvolnění bolesti  
Sledovat barvu a charakter hlenu, zaznamenávat každou změnu  
Potlačovat stavy úzkosti a strachu vhodnou komunikací  
Poučit o nevyhnutelnosti hlubokého dýchání a produktivního kašláni v následujících 6-8 týdnech po ukončení hospitalizace



Vysvětlit pacientovi nutnost dodržování správné ústní hygieny po každém vykašlávání

Poučit pacienta o potřebě adekvátního odpočinku, omezení aktivity, správné výživě s přiměřeným příjmem tekutin a častým větráním

Zabezpečit krátké návštěvy rodiny a udržovat příjemné prostředí

Zabránit přenosu infekce zejména u pacientů se stafylokokovou infekcí

Poučit o možnostech zabránění přenosu a šíření infekce

#### **4. Realizace**

Zahrnuje vykonání naplánovaných ošetrovatelských intervencí a podrobné záznamy o jejich efektu.

#### **5. Hodnocení**

Sestra porovnává stanovené cíle s výslednými kritérii určenými ve fázi plánování.

Plán může být splněn a tím je proces uzavřen, nebo je částečně splněn, či nesplněn a v tom případě se celý ošetrovatelský proces znovu opakuje.

## 5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍM RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM - PNEUMONIÍ

Pacient byl přijat na interní oddělení dne 4. 12. 2011. Ošetrovatelskou péčí o pacienta jsem prováděla od 4. 12. 2011 do 9. 12. 2011. Na základě zdravotní dokumentace, anamnézy, rozhovoru a pozorování pacienta jsem zhodnotila jeho stav a jeho aktuální potřeby. Dále jsem zformulovala ošetrovatelské diagnózy podle priorit a navrhla jsem plán ošetrovatelské péče, který jsem pravidelně vyhodnocovala a aktualizovala.

*Tabulka č.1 - Identifikační údaje*

<b>Jméno a příjmení :</b> F.P.	<b>Pohlaví :</b> Muž
<b>Datum narození :</b> 1959	<b>Věk :</b> 52 let
<b>Adresa bydliště a telefon :</b> Vsetín	
<b>Adresa příbuzných :</b> Vsetín	
<b>RČ :</b>	<b>Číslo pojišťovny :</b>
<b>Vzdělání :</b> Středoškolské	<b>Zaměstnání :</b> Řidič autobusu
<b>Stav :</b> Ženatý	<b>Státní příslušnost :</b> ČR
<b>Datum přijetí :</b> 4.12. 2011	<b>Typ přijetí :</b> Akutní
<b>Oddělení :</b> Interní	<b>Ošetřující lékař :</b>

**Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Pacient byl odeslán z lékařské pohotovostní služby. „Mám 6 dnů horečku 38-39°C, celkovou slabost, špatně se mi dýchá, mám suchý a dráždivý kašel. Kašlu i v noci, často močím, pálí mě při močení, bolí mě břicho, záda a hlava.“

**Medicínská diagnóza hlavní : J 189 Bronchopneumonie**

R 509 Horečka NS

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

G 542 Vertebro algický syndrom C oblasti, poruchy krčních kořenů

M 510 Onemocnění lumbálních a meziobratlových plotének s myelopatií

*Tabulka č.2 - Vitální funkce při přijetí*

<b>TK :</b> 140/90	<b>Výška :</b> 179 cm
<b>P :</b> 110/min.	<b>Hmotnost :</b> 90 Kg
<b>D :</b> 18/ min.	<b>BMI :</b> 28
<b>TT :</b> 39,1°C	<b>Pohyblivost :</b> Dopomoc dle potřeby 1.den - 2
<b>Stav vědomí :</b> Lucidní, spolupracuje	<b>Krevní skupina :</b>

**Nynější onemocnění :** Pneumonie l.dx.**Informační zdroje :** Pacient a NIS

## **Anamnéza:**

### **Rodinná anamnéza:**

Matka : měla karcinom plic, žije

Otec : Zemřel v 75 letech na infarkt myokardu, měl TBC plic

Sourozenci : Bratr zdrav

Děti : 2 děti zdravé

### **Osobní anamnéza:**

#### **Překonané a chronické onemocnění :**

V dětství zápal plic, meningitis r. 1982, vertebroalgický syndrom, CB syndrom, léze n.medianus l.dx.

**Hospitalizace a operace :** r.1982 hospitalizován na infekčním oddělení s meningitidou

**Úrazy :** 0

**Transfúze :** 0

**Očkování :** Hepatitida

Tabulka č.3 - Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Fromilid 500</b>	Tbl.	500	1-0-1	Makrolidové ATB
<b>Augmentin 625</b>	1.den i.v. Pak Tbl.	625	1-1-1 po 8 hod.	Penicilinové ATB širokospektrální
<b>MgSO4</b>	i.m.			
<b>ACC long</b>	Šumivé tablety	600mg	1-0-0	mukolytikum
<b><u>Lexaurin</u></b>	Tbl.	3mg	0-0-1	psycholeptikum
<b><u>Paralen</u></b>	Tbl.			antipyretikum

**Alergologická anamnéza:**

**Léky:** 0

**Potraviny :** 0

**Chemické látky :** 0

**Jiné :** prach

**Abúzy**

**Alkohol:** Příležitostně

**Kouření:** Nekouří

**Káva:** 1-2x denně

**Léky:** 0

**Jiné drogy:** 0

Tabulka č.4 - Urologická anamnéza

Gynekologická anamnéza ( u žen )	Urologická anamnéza ( u mužů )
Menarché :	Překonané urologické onemocnění : 0
Cyklus :	
Trvání :	
Intenzita , bolesti:	
PM:	
A:	
UPT:	
Antikoncepce :	
Menopauza :	
Potíže klimakteria :	
Samovyšetřování prsou :	Poslední návštěva u urologa : 2002
Poslední gynekologická prohlídka :	Samovyšetřování varlat :

**Sociální anamnéza :**

**Stav :** Ženatý

**Bytové podmínky :** Byt 3+1 v paneláku

**Vztahy, role, a interakce v rodině :** Bydlí s manželkou a synem

**mimo rodiny :** Má pár přátel

**Záliby:** Sport, četba, televize

**Volnočasové aktivity :** Běžky, kolo, procházky se psem

**Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání :** Středoškolské

**Pracovní zařazení :** Řidič

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :** 12 let pracuje jako řidič

**Vztahy na pracovišti :** Dobré

## Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky : Bez vyznání

Tabulka č. 5 - Posouzení současného stavu ze dne 4. 12. 2011

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Bolí mě hlava hučí mi v uších“	Hlava normocefalická Oči – sklery bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, fotoreakce +/+, bez nystagmu. Jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem hrdlo a tonzily klidné poklep nad dutinami nebolestivý, Štítná žláza nezvětšená, krk souměrný, lymfatické uzliny mírně zvětšené, náplň jugulárních žil v normě, šije bez opozice.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Mám bolesti na hrudníku, špatně se mi dýchá.“	Hrudník souměrný, bez deformit, dýchání oslabené, slyšitelné chrůpky při expiraci, dech zrychlený 78/min. Suchý kašel. Bolest identifikuje na škále bolesti stupněm 3
<b>Srdcovo-cévní systém</b>	„Nemám problém“	Tlak 140/90 mmHg – hraniční normotenze. Akce pravidelné, ozvy zrychlené 95/min. ohraničené, bez šelestu. DKK bez otoků, známek žilního zánětu, pulsace do periferie hmatná
<b>Břicho a GIT</b>	„Bolí mě břicho“	Břicho měkké prohmatné a nezvětšené, palpačně bolestivé nad symfýzou, peristaltika přítomná. Játra, slezina a pankreas nezvětšené
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	„Mám pálení a řezání při močení a bolí mě močový měchýř“	Moč je fyziologické barvy. Odebrána moč + sediment a moč na BV

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Kostrovo-svalový systém</b>	„Bolí mě všechno z horečky, nejvíce záda a mám ztuhlý krk“	Pacient je dlouhodobě v péči neurologa pro vertebro algický syndrom, svalový aparát v normě, klouby bez patologie, nebolestivé, kosterní aparát bez deformit Pacient je chodící, t.č. s dohledem
<b>Nervovo-smyslový systém</b>	„Někdy pociťuji mravenčení v rukách Brýle nosím na čtení Mám problémy s pamětí“	Vědomí je plné, jasné, je orientován v čase, místem, prostředím i osobou. Pacient v minulosti prodělal meningitidu a je v péči neurologa pro myopatii v oblasti LS páteře a poruchy krčních kořenů. Tremor a tiky nepřítomné. Čich a sluch bez patologie, reflexy výbavné. Pacient udává dlouhodobé problémy s pamětí.
<b>Endokrinní systém</b>	„Nemám problémy“	Štítná žláza nezvětšená, bez strumy.
<b>Imunologický systém</b>	„Nebývám často nemocný, ale jsem alergický na prach.“	Momentálně bez projevů alergie Lymfatické uzliny mírně zvětšené. Infekty dýchacích cest nejsou časté, ale v dětství prodělal zápal plic. Tělesná teplota při příjmu 39,0°C
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Kožní problémy nemívám“	Kůže anikterická, bez cyanózy. Turgor přiměřený, kůže opocená, turgor v normě Nehty růžové bez cyanózy



<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Mám dobrou chuť k jídlu, sním všechno.“	Pacient je normostenického habitu, hmotnost 90 kg, výška 179, MBI: 28 normální hodnota
	<b>V nemocnici</b>	„Mám menší potřebu jíst“	Dieta č. 3
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Piju asi 2 litry tekutin denně hlavně vodu, čaj a sem tam pivo“	Při příjmu pacient nejeví známky dehydratace, turgor kůže je přiměřený
	<b>V nemocnici</b>	„Mám k dispozici čaj a džus“	Pacient má 1. den i.v. katetr infuzi, sledujeme bilanci tekutin. Příjem tekutin je 2000-2500 ml denně. Pacient nejeví známky dehydratace
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Nemívám problémy“	Pacient byl poučen o sledování diurézy
	<b>V nemocnici</b>	„Mám pálení a řezání při močení a bolí mě močový měchýř“	Moč je žluté barvy, odebrán moč+sediment a moč na BV
<b>Vylučování Stolice</b>	<b>Doma</b>	„Chodím pravidelně obden“	Poslední stolice 3. 12. 2011
	<b>V nemocnici</b>	„Zatím jsem nebyl na stolici“	Stolice 0

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma spím většinou dobře“	nehodnoceno
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem unavený, ale v noci mě budí kašel, pospávám i ve dne“	Pacient se v noci budí, má suchý kašel. Spí ve dne.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Nejvíce si odpočinu u televize“	nehodnoceno
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem rád, že ležím celý den, jsem unavený a vyčerpaný“	Pacient komunikuje, je ležící, chodí s dohledem.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„Jsem soběstačný“	nehodnoceno
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem slabý, chodím jen na WC a do koupelny“	Pacient chodí pod dohled sestry na WC a do koupelny
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Jsem plně soběstačný“	nehodnoceno
	<b>V nemocnici</b>	„Potřebuji se jen najíst, to zvládám sám a dojít na WC, to mě hlídá sestra“	Pacient potřebuje dohled vzhledem k riziku pádu v souvislosti s vyčerpaním z horečky, ale je soběstačný.

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„Nevím, co mám na to říct“	Lucidní, orientovaný, spolupracuje, bez kvalitativních a kvantitativních poruch
<b>Orientace</b>		„Zatím se orientuji dobře“	Pacient je orientovaný v čase, prostoru situaci a osobách.
<b>Nálada</b>		„Už bych chtěl být zdravý“	Pacient nemá poruchy nálady, ale je unavený a vyčerpaný
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Špatně si pamatuju, například“	Pacient má několik let problémy s pamětí, snad v souvislosti s dříve prodělanou meningitidou
	<b>Novopaměť</b>	„Špatně si pamatuju staré i nové věci“	Pacient má problémy se staropamětí i novopamětí
<b>Myšlení</b>		„Poradím si v běžných situacích“	Reálné, logické, převládá praktické myšlení
<b>Temperament</b>		„Někdy se cítím unavený, ale udržuju se v kondici“	Pacient se jeví jako emocionálně vyrovnaný, sangvinický typ
<b>Sebehodnocení</b>		„Jsem normální obyčejný chlap“	Pacient vnímá své tělo i osobnost pozitivně
<b>Vnímání zdraví</b>		„Zdraví je pro mě hodně důležité“	Vnímá své zdraví jako jednu z nejdůležitějších hodnot.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>		„Musím být rychle zdravý“	Svůj zdravotní stav vnímá reálně

<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Až mi klesne horečka, bude mi lépe“	Má přiměřené reakce na onemocnění, má zájem o informace o nemoci.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Doma se mi nepodařilo srazit horečku“	Chápe nutnost hospitalizace, spolupracuje při léčbě.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Vydržím to, budu brzy v pořádku“	Realistická, aktivní adaptace. Pacientka je plně informovaná o onemocnění, o diagnostických metodách i o léčbě.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Mám obavy, abych nebyl nemocný příliš dlouho.“	Pacient verbalizuje obavy z vývoje svého onemocnění.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>	„Nemám špatnou zkušenost“	Pacient udává pozitivní zkušenosti s hospitalizací

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Nechce se mi ani mluvit, jsem unavený“	Pacient komunikuje jasně, zřetelně, bez poruch řeči, ale pomalu - je vyčerpaný. Využívá verbální i neverbální
	<b>Neverbální</b>	„Nemám potřebu pořád o něčem mluvit. Jsem rád i potichu“.	Snížená mimika tváře, nevyhýbá se očnímu kontaktu
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Jsem dostatečně informován, vím co mi je.“	Pacient verbalizuje dostatek informací o nemoci, diagnostických metodách, léčbě, dietě a délce hospitalizace
	<b>O diagnost. metodách</b>	„Lékař mě informoval o diagnostických metodách, o nutnosti dodržování léčby“	Pacient verbalizuje dostatečné informace o diagnostických metodách
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Lékař i sestra mě informovali o léčbě a dietě“	Pacient je dostatečně informován o způsobu léčby a dietě.
	<b>O délce hospitalizace</b>	„Lékař slíbil, že pokud ustoupí horečka, můžu jít domů“	Pacient má objektivní informace o podmíněné délce hospitalizace

<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	„Jsem spokojený“	52 letý muž, upraveného zevnějšku
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	„Rodina je pro mě důležitá“	Manžel a otec, kterému nemoc dočasně neumožňuje plnit své role.
	<b>Terciární (související s volným časem a zálibami)</b>	„Teď nemám myšlenky na zábavu, jsem rád, že ležím.“	Pacient má možnost dostatečně odpočívat, poslouchat rádio a eventuálně dle možností komunikovat s ostatními pacienty.

## **MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT :**

### **Ordinovaná vyšetření:**

Chirurgické vyš. za účelem vyloučení NPB

Interní vyšetření

moč + sediment, moč na BV

Biochemie, KO,

RTG plic

UZ břicha a ledvin

Výtěr krk a hemokultury + citlivost

### **Výsledky:**

Chirurgickým vyšetřením vyloučena náhlá příhoda břišní.

UZ vyšetření břicha a ledvin:

Játra nezvětšená, bez ložiskových změn. Žlučník, žlučovody, pankreas a retroperitoneum, slezina, ledviny, močový měchýř a prostata bez strukturních změn. Volná tekutina v dutině břišní neprokázaná.

Po interním vyšetření pacient přijat na oddělení interna muži

RTG vyš. prokázalo infiltrát bazálně vpravo, po celkovém vyšetření lékař stanovil diagnózu bronchopneumonie

Vyšetření krve v den příjmu 4.12.2011

**CRP** : 166,2 mg/l      (fyziologická hodnota 0,1-5 mg/l)

**FW**: 72/80

**KO:**

WBC.....11,7 10E9/l	MCV.....88,7 fl
RBC.....4,86 10E12/l	MCH.....29,0 pg
HGB.....141 g/l	MCHC.....327 g/l
HCT.....0,43 l/l	PLT.....217 10E9/l

**Krev – biochemické vyš. :**

S UREA 6.2 mmol/l	S GMT. 2.70 ukat/l	S MG.....0.81 mmol/l
S KREA 98 umol/l	S ALP 1.41 ukat/l	S AMS...0.50 ukat/l
S KMOC 263 umol/l	S CHOL. 3.54 mmol/l	S HDLC 0.90 mmol/l
S Ca... 2.39 mmol/l	S TAG. 1.33 mmol/l	S LDLC 2.04 mmol/l
S P ....1.18 mmol/l	S GLU 6.2 mmol/l	CRP.....166.2 mg/l
S BIL. 13 umol/l	S Na ... 135 mmol/l	TSH .....1.904 uIU/ml
S ALT. 1.23 ukat/l	S K.....4.0 mmol/l	
S AST. 0.58 ukat/l	S Cl.....97 mmol/l	

**Srážlivost:**

D-D.....0.89 mg/l	APTT-R ..... 1.20	INR.....1.1 INR
FIB.....5.4 g/l	APTT..... 30 sec.	Q% .....84%

**Moč + sed. 5.12.2011:**

M-SG...1.030 kg/l	M-Krv....0	EPip...0
M-pH.. 6	L - CH ...0	EPik...0
M-Prot. Stopa	NITR ....0	BAKT...DOSTI
M-Glu...0	UEry ... 4 j/ul	DRŤ ...0



M-Ket. Stopa	ULeu ... 4 j/ul	HLEN ...DOSTI
M-Ubg. 1	Hyal .....0 j/ul	
M-Bil. 0	Gran ..... 0 j/ul	

**Výtěr krk:** aerobní kultivace – fyziologická flóra

**Krev biochemie 6.12.2011:**

S UREA 4.7 mmol/l	S Na ...139 mmol/l	S Cl ...98 mmol/l
S KREA 80 umol./l	S K ....4.5 mmo l/l	CRP ..146.5 mg/l

**KO 6.12.2011**

WBC ..... 6.5 10E 9/l	HCT ....0.40 l/l	MCHC ....321 g/l
RBC .....4.46 10E 12/l	MCV .... 88.7 fl	PLT .....217 g/l
HGB ... 128 g/l	MCH ... 28.7 pg	

**CRP 9.12.2011 :** 20.4 mg/l

**Konzervativní léčba :**

**Dieta :** 3                      **Pohybový režim :** 1.den kat. 2                      **RHB :** Dechová  
cvičení

**Výživa :** 0

**Medikamentozní léčba :**

- **Per os :**  
Fromilid 500 1-0-1

Augmentin 625 1-1-1

MgSO4 1-0-0

ACC LONG 1-0-0

Paralen

- **Intravenózní:**

1. den Fyziologický roztok + Augmentin 3xD po 8 hod.

- **Per rectum: 0**

- **Jiná : 0**

**Chirurgická léčba : 0**

## **SITUAČNÍ ANALÝZA:**

4.12.2011

52 letý pacient odeslán z LSPP, kde byl včera vyšetřen pro 5 dnů trvající horečky nad 38°C. Včera nasazen Duomox, stav nezlepšen. Pacient byl vyšetřen lékařem na interním oddělení a po chirurgickém vyšetření pro vyloučení NPB byl přijat k hospitalizaci s diagnózou bronchopneumonie l.dx.

### **Posouzení zdravotního stavu**

Pacient má suchý kašel, rychlé a povrchní dýchání s chrůpky při expiraci, používá pomocné respirační svaly, má horečku, bolest hrudníku a cítí se unavený a slabý, v noci nemůže spát.

### **Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:**

#### **Aktuální sesterské diagnózy:**

Hypertermie v souvislosti s pneumonií projevující se pocením, zrychleným dýcháním a tachykardií

Snížená průchodnost dýchacích cest vzhledem k zúženému průsvitu dýchacích cest nahromaděním hlenu projevující se dráždivým kašlem

Neefektivní dýchání v souvislosti s únavou dýchacích svalů, projevující se tělesným vyčerpáním

Porucha spánku v souvislosti s dráždivým kašlem projevující se únavou a tělesným vyčerpáním

Intolerance aktivity vzhledem k tělesnému vyčerpání pacienta

Akutní bolest v podbřišku a v zádech v souvislosti se zánětlivým onemocněním močových cest

Dysurie a strangurie v souvislosti se zánětlivým onemocněním močových cest

**Potencionální sesterské diagnózy:**

Riziko infekce v souvislosti s venepunkcí při infuzní terapii; priorita nízká

Riziko dehydratace v souvislosti s hypertermií; priorita střední

Riziko pádu v souvislosti s tělesným vyčerpáním pacienta; priorita střední

Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin; priorita střední

Úzkost v souvislosti se sníženou průchodností dýchacích cest; priorita střední

**1. Sesterská diagnóza:**

Hypertermie v souvislosti s pneumonií projevující se pocením, zrychleným dýcháním a tachykardií

**Cíl :**

U pacienta dojde k poklesu teploty na fyziologickou úroveň

**Priorita :** Střední

**Výsledná kritéria :**

Pacient je edukován o nutnosti dostatečného příjmu tekutin ihned

Pacient je bez známek dehydratace během 1. dne

Pacient přijímá přiměřené množství tekutin po celou dobu hospitalizace

U pacienta dojde k poklesu TT pod 38°C do druhého dne

Teplota pacienta klesne na fyziologickou úroveň alespoň do 3.dne hospitalizace

### **Plán intervencí ze dne 4.12.2011**

Podávej antibiotika, antipyretika a ostatní léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky

- sestra

Zaveď teplotní křivku, monitoruj teplotu, eventuálně zimnici a třesavku - sestra

Kontroluj ostatní vitální funkce – dech, puls, tlak krve a všechny zjištěné údaje zapisuj -

sestra

Zabezpeč dostatečnou hydrataci pacienta – sestra, sanitář

Sleduj bilanci tekutin – sestra

Pouč pacienta o potřebě adekvátního odpočinku, omezení aktivity a nutnosti přiměřeného příjmu tekutin – sestra, sanitář

Sleduj stav vědomí, somnolenci, případný neklid, nebo bolest hlavy – sestra, ošetřovatel

Udržuj lůžko čisté, suché a dbej na suché osobní prádlo – sestra, ošetřovatel

Proveď záznam do dokumentace – sestra

Sestavila: Hana Zgarbová

### **Realizace ze dne 4.12.2011**

12.30 hod. Po vyšetření pacient uložen na lůžko, sestrou podány antibiotika, infuze a antipyretika dle ordinace lékaře.

Zavedena teplotní křivka, teplota měřena každé 2 hod.

Zaveden bilanční list tekutin.

Pacient poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin

14 hod. pacient je zpocený, jde na WC s doprovodem, mezi tím převlečeno a upraveno lůžko, pokoj vyvětrán.

14.30 hod. TT 38,2°C

Podány léky dle ordinace lékaře.

Pacient monitorován, je somnolentní.

21 hod. naměřená TT 37,8°C

21.30 hod. pacient se vysprchoval, provedena úprava lůžka.

Tělesná teplota pacienta klesla na 37,8°C, plán pro 1. den splněn

### **Realizace ze dne 5.11.2011**

6.00 hod. naměřena TT 37,2°C

Pacient provedl ranní hygienu ve sprše, mezi tím vyvětrán pokoj a provedena úprava lůžka.

10 hod. dle ordinace infuzní terapie ukončena,

Proveden záznam do dokumentace

Pokračování v monitorování bilance tekutin, pacient znovu poučen o nutnosti příjmu tekutin alespoň 2.5 l/den

12 hod. TT 37,4°C

18 hod. TT 37,6 °C

TT měřena 3x za den

Bilance tekutin: Příjem 3 litry, výdej 1,8 litrů

Další dny hospitalizace pacient má fyziologickou TT 36.6 – 36.8°C

### **Hodnocení ze dne 9.12.2011:**

Pacient dodržuje pitný režim, podílí se na monitorování bilance tekutin, nejeví známky

dehydratace,

Má fyziologickou tělesnou teplotu v rozmezí 36,6 – 36,8 °C.

Hodnocení provedla: Hana Zgarbová

## **2. Sesterská diagnóza:**

Zhoršená průchodnost dýchacích cest v souvislosti se základním onemocněním projevující se suchým dráždivým kašlem

### **Cíl:**

Pacient má průchodné dýchací cesty a produktivně vykašlává

### **Priorita:**

Střední

### **Výsledná kritéria:**

Pacient dodržuje hygienické zásady při vykašlávání od 1. dne hospitalizace

Pacient fyziologicky a dostatečně dýchá 12-20x za minutu bez známek námahy a jeho hrudník se symetricky rozpíná do 2 dnů

Pacient prokazuje vitální funkce v mezích normy do 2 dnů

Pacient lehce vykašlává sekrety, udržuje si průchodné dýchací cesty do 2 dnů

Pacient zná a provádí dechová cvičení do 2. dne

Pacient verbalizuje zlepšení stavu do 2 dnů

Pacient ví o možném přenosu infekce a rizika pro své okolí od 1. dne

### **Plán ošetrovatelských intervencí ze dne 4.12.2011:**

Zajisti odběr biologického materiálu na biochemické, bakteriologické a kultivační vyšetření dle ordinace lékaře – sestra

Ulož pacienta do Fowlerovy polohy – sestra

Zajisti dostupnost signalizačního zařízení pro pacienta a zajisti dostatek pomůcek k vykašlávání – sestra, ošetrovatel

Podávej mukolytika a ostatní léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – sestra

Edukuj pacienta o nutnosti spolupráce - sestra

Sleduj barvu a charakter vykašlaného hlenu – sestra, sanitář

Zhodnoť kvalitu, typ dýchání, sleduj případné projevy periferní i centrální cyanózy - sestra

Sleduj stav vědomí – celý ošetrovatelský tým

Kontroluj vitální funkce - sestra

Zajisti dostatečnou hydrataci pacienta – sestra, sanitář

Udržuj průchodnost dýchacích cest, povzbuzuj pacienta k odkašlávání a polohování – sestra

V případě potřeby zajisti odsávání sekretů z dýchacích cest – sestra

Vysvětlit pacientovi nutnost dodržování správné ústní hygieny po každém vykašlávání – sestra

Poučit o možnostech zabránění přenosu a šíření infekce -sestra

V případě potřeby zajisti aplikaci O<sub>2</sub> a povzbuzuj pacienta k prohloubenému dýchání - sestra

Nauč pacienta dechová cvičení, podle ordinace lékaře případně zajisti péči fyzioterapeuta -sestra

Zajisti pravidelné a přiměřené větrání místnosti a zvlhčení vzduchu podle možnosti –



sestra, sanitář

Pouč pacienta o nevyhnutelnosti hlubokého dýchání a produktivního vykašlávání v následujících 6-8 týdnech po ukončení hospitalizace – sestra

Ověř si, zda pacient všemu rozumí - sestra

Prováděj záznam do dokumentace – sestra

Sestavila: Hana Zgarbová

### **Realizace ze dne 4.12.2011:**

12 hod. provedeny odběry a podány léky dle ordinace lékaře.

Pacient uložen do střední Fowlerovy polohy na interním oddělení na lůžko. Dána signalizace a pacient poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Na ústřední topení dán zvlhčovač vzduchu.

12 hod. podána medikace dle ordinace lékaře

13 hod. pacient edukován o správném vykašlávání a dýchání

Pacient je somnolentní, verbalizuje únavu.

Pacient pravidelně kontrolován, měřeny fyziologické funkce každé 2 hodiny a proveden záznam do dokumentace.

19.00 hod. provedena hygiena ve sprše, mezi tím převlečeno a upraveno lůžko, podána medikace dle ordinace lékaře, pacient usíná.

### **Realizace dne 5.12. 2011:**

6,15-7,30 hod. ranní odběry, ranní hygiena, úprava lůžka, měření fyziologických funkcí

8,00 hod. po snídani podány léky dle ordinace lékaře

9 hod. podle ordinace lékaře ukončena infuzní terapie.

Pacient poučen o správném dýchání, dechové gymnastice a správném odkašlávání.

Pacient poučen o nutnosti a zásadách hygieny při odkašlávání

10 hod. provedena poklepová a vibrační masáž hrudníku

12 hod. po obědě podána medikace dle ordinace lékaře

14 hod. rozhovor s pacientem, dechová cvičení, poklepová a vibrační masáž hrudníku

19 hod. večerní toaleta ve sprše – pacient zvládá s doprovodem bez pomoci

úprava lůžka a větrání pokoje

### **Hodnocení:**

Pacient si aktivně udržuje průchodné dýchací cesty, zná a provádí dechová cvičení a dodržuje zásady hygieny při vykašlávání, zvládá poklepové masáže hrudníku.

Hodnocení provedla: Hana Zgarbová

### **3. Sesterská diagnóza:**

Porucha spánku v souvislosti s dráždivým kašlem projevující se únavou

#### **Cíl:**

Pacient spí plnohodnotným spánkem přinášejícím odpočinek

#### **Priorita:**

Střední

#### **Výsledná kritéria:**

Pacient verbalizuje faktory, které mu brání při usínání a souvislém spánku do 2 hodin

Pacient spí alespoň 6 hodin bez přerušení do 2 dní

Pacient se probouzí odpočínutý do 2 dní

Pacient efektivně odpočívá a udává kvalitní spánek

### **Plán intervencí**

Zjistí příčinu nespavosti pacienta, zajisti klidné prostředí a omez rušivé vlivy – sestra, sanitář

Zjistí od pacienta jeho spánkové návyky v domácím prostředí - sestra

Zapoj pacienta do plánování a realizace léčebného režimu a prevenci komplikací - sestra

Podaj sedativum a ostatní léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky - sestra

Udržuj čistotu lůžka a osobního prádla podle potřeby pacienta – sestra, sanitář

Umožni přiměřený nepřerušovaný odpočinek – sestra, sanitář

Pouč pacienta o potřebě adekvátního odpočinku, omezení aktivity, správné výživě s přiměřeným příjmem tekutin a častým větráním – sestra, sanitář

Zabezpeč krátké návštěvy rodiny a udržuj příjemné prostředí – sestra, sanitář

Zaměstnej pacienta přes den přiměřeně jeho stavu – sestra, ošetřovatel

Sleduj průměrnou délku a kvalitu spánku pacienta - sestra

Sestavila: Hana Zgarbová.

### **Realizace dne 4.12.2011**

12.30 hod. pacient je uložen na lůžko, je vyčerpaný, febrilní, na pokoji zajištěn klid.

Splněny ordinace lékaře, pacient monitorován, vše zapsáno do dokumentace.

18 hod. večere pacient trochu povečeřel, pak medikace dle ordinace lékaře

19 hod. provedena hygiena dutiny ústní a večerní toaleta ve sprše.

Mezi tím provedena úprava lůžka a pokoj vyvětrán.

Po večerní medikaci pacient usíná. V noci se ale často budí dráždivým kašlem

### **Realizace dne 5.12.2011**

7 hod. tělesná teplota pacienta klesla pod 38°C. Pacient je mobilní, dojde si do sprchy.

Poučen o nutnosti dodržování klidového režimu.

9 hod. ráno rozhovor zaměřený na zjištění kvality spánku a příčiny nespavosti.

Během dne komunikace s pacientem, dechová cvičení, poklepové masáže, pacient si střídavě čte, nebo poslouchá rádio. Pacientovi doporučeno, aby nespál během dne.

14 hod. návštěva příbuzných

19 hod. pacient provádí samostatně večerní toaletu ve sprše, během toalety vyvětrán pokoj pacienta, upraveno lůžko, dáno čisté prádlo.

podána medikace dle ordinace lékaře

Pacient verbalizuje pohodu

Na noc podán Diazepam per os dle ordinace lékaře.

V noci pacient spí, kašle jen občas.

### **Realizace dne 6.12.2011**

Pacient se 3x za noc probudil v souvislosti s produktivním kašlem, ale ráno verbalizuje lepší kvalitu spánku a lepší kondici.

9 hod. dopoledne dechová cvičení a nácvik poklepových masáží

Pacient má fyziologickou tělesnou teplotu, toaletu vykonává ve sprše. Doporučen klidový režim. Během dne aktivizace pacienta rozhovorem

15 hod. odpoledne návštěva příbuzných.

17 hod. dechová cvičení, kontrola odkašlávání, poklepová masáž,

19 hod. toaleta ve sprše, večerní medikace

## **Hodnocení**

Pacient odkašlává většinou jen ve dne, v noci spí a ráno verbalizuje fyzickou i psychickou pohodu.

Hodnocení provedla: Hana Zgarbová

## **Celkové hodnocení 9.12.2011**

Pacientův stav se rychle upravil. Cítí se lépe, jen při chůzi se mu trochu točí hlava a má pocit slabosti. Má fyziologickou tělesnou teplotu 36.6 – 36.8°C, vitální funkce jsou v normě. Pacient spí plnohodnotným spánkem 6 – 7 hod. Produktivně vykašlává, zná zásady hygieny při vykašlávání, provádí dechová cvičení. Během hospitalizace nedošlo k nozokomiální nákaze.

Hemokultury negativní, RTG plic s nálezem regrese bronchopneumonického infiltrátu, nyní již zastřené minimální. Přehledný plicní parenchym bez patrných ložisek, bez známek městnání v malém oběhu, srdeční stín nerozšířen, hily nezvětšeny, bránice konturována

Spirometrické vyšetření : F-V křivka: Velmi dobrá ventilace hodnoty nad 100 % n.h.

Pacient propuštěn do domácí péče.

Doporučen nadále šetřící režim, kontrola 22.12.2011 na plicní ambulanci. Pacient je poučen o nutnosti doužívání předepsané dávky antibiotik.

Hodnocení provedla: Hana Zgarbová

Ordinace lékaře pro pacienta na doma:

Fromilid 500 1-0-1 do 15.2.2011

Augmentin 625 1-1-1 do 15.2.2011

ACClong 1-0-0

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nechodte na místa s velkou koncentrací lidí.

Vyhňte se kontaktu s nemocnými lidmi.

Myjte si často a opakovaně ruce. Mytím rukou mýdlem pod teplou tekoucí vodou se snižuje pravděpodobnost onemocnění. Pokud není voda a mýdlo k dispozici, je možné použít dezinfekční gely na ruce na alkoholové bázi.

Při kašli a kýchání si kapesníkem zakryvejte nos a ústa.

Nedotýkejte se rukama obličeje, nemněte si oči.

Podpořte svůj imunitní systém správnou životosprávou:

- dodržujte přiměřenou fyzickou aktivitu, nejlépe pravidelnými procházkami na čerstvém vzduchu.
- Jezte pestrou stravu bohatou na vlákninu, zvyšte přísun ovoce a zeleniny,
- otužujte se
- často větrejte místnost ve které pobýváte
- dopřejte si kvalitní a dostatečný spánek a odpočinek.

Pacient byl podrobně poučen o správné životosprávě a nutnosti předcházení všem respiračním onemocněním, stejně tak rodinní příslušníci. Nutné je posílit imunitní systém. Důležitá je pestrá strava, zvýšit příjem ovoce a zeleniny a dostatek tekutin. Měl by se otužovat, mít pravidelný pohyb na čerstvém vzduchu, ale i dostatek odpočinku, adekvátně se oblékat a vyhýbat se venkovnímu sportu při inverzním počasí.

Pacient je nekuřák, ale vzhledem k anamnestické zátěži by se měl vyhýbat zakouřenému prostředí, protože dlouhodobé vdechování kouře a jiných dráždivých látek může vyvolat

zánět dýchacích cest, který následně poškozuje plicní tkáň. Měl by se vyhýbat místům s koncentrací lidí nakažených chřipkou, nebo jiným respiračním onemocněním. Důležitá je včasná léčba i zdánlivě zanedbatelných onemocnění dýchacích cest. V začátcích mohou onemocnění zastavit homeopatika, volně prodejná léčiva, různé čaje, Vincentka a aromaterapie. Je možné je použít i v prevenci. Pacientovi lze doporučit návštěvu solné jeskyně, pobyt u moře, v lese, reflexní terapii a enzymoterapii. Vzhledem k tomu, že pacient ještě užívá antibiotika, je vhodné doporučit probiotika a dostatek vlákniny a péči o pravidelné vyprazdňování, protože tlusté střevo souvisí s imunitním systémem a podle čínské medicíny má souvislost s plícemi. Riziko pneumonie vzrůstá při chřipkových epidemiích, proto je na zvážení pacienta možnost očkování proti chřipce a proti pneumokokům. Názory na očkování se však mezi odborníky různí. Pacientovi i rodinným příslušníkům jsem doporučila dostupné zdroje informací.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo prezentovat ošetrovatelský proces u pacienta s akutním respiračním onemocněním a zpřístupnit tak teoretické i praktické poznatky.

Vybrala jsem si pacienta s pneumonií. V praktické části jsem zpracovala aktuální ošetrovatelské diagnózy, stanovila cíle, výsledná kritéria a sestavila intervence. Na závěr práce jsem vypracovala doporučení pro praxi.

Pneumonie zůstává i v dnešní době závažným zdravotním problémem. Výskyt pneumonie se nesnižuje ani v době stále účinnějších antibiotik. Incidence se výrazně zvyšuje při výskytu chřipkové epidemie a ostatních akutních respiračních onemocněních.

Dýchání je základní životní princip. Vdech a výdech odpovídají zákonu vzniku a zániku každého člověka. Je to základní biologická potřeba a předpoklad existence každého živého organismu. Dýchání je fyziologická funkce, která společně s činností kardio vaskulárního systému a látkovou výměnou slouží k udržení rovnováhy vnitřního prostředí. Příjem kyslíku a výdej kysličníku uhličitého slouží k výživě tělesných buněk a tím k zachování života.

Člověk s poruchou dýchání, provázející akutní respirační onemocnění, potřebuje ošetrovatelskou péči, pomoc a pochopení. Jako návod může, mimo jiné, posloužit i tato práce.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

JULÁK, Jaroslav. 2006. *Úvod do lékařské bakteriologie*

1. vyd. Karolinum, 2006. 404 s. ISBN 10-80-246-1270-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*

1. vyd. Grada, 2010. 77 s. ISBN 13-978-80-247-2171-2.

KAŇKOVÁ, Kateřina. a kol. 2007. *Patologická fyziologie pro bakalářský studijní program*

1. vyd. MU Brno skripta LFMU, 2007. 161 s. ISBN 13-978-80-210-3112-8.

KAŠÁK, Viktor; KOBLÍŽEK, Vladimír. 2008. *Naléhavé stavy v pneumologii.*

1. vyd. Maxdorf, 2008. 520 s. ISBN 13-978-807-3451-851.

KLABAN, Vladimír. 2005. *Ilustrovaný mikrobiologický slovník*

1. vyd., Galén, 2005. 654 s. ISBN 10-80-7262-341-9.

KLENER, Pavel. 2006. *Vnitřní lékařství .*

3. vyd. Galén, 2006. 1158 s. ISBN 10-978-807-2627-059.

KOLEK, Vítězslav. 2010. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*

1. vyd. UP Olomouc skripta, 2005. 82 s. ISBN 10-80-244-1175-X.

KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství I pro bakalářské studium ošetrovatelství skripta LFMU.*

1. vyd. Brno: MU, 2003. 103 s. ISBN 15-80-210-3138-7.

MAGUROVÁ, D.; MAJERNÍKOVÁ, L *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*

1. vyd. nakl.: Osveta, 2009. 154 s. ISBN 13-978-80-8063-326-4.

MUSIL, J.; PETŘÍK, F.; TREFNÝ, M. 2005. *Pneumologie – učební texty univerzity Karlovy v Praze.*

1. vyd. Karolinum, skripta Praha, 2005. 250 s. ISBN 10-80-246-0993-2.

NEMCOVÁ, J.; HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*

1. vyd. Osveta, 2010. 260 s. ISBN 13-978-80-8063-321-3.

NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací.*

1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

RIGUTTI, Adriana. 2006 *Ilustrovaný atlas anatomie.* str.150

1.vyd. SUN, 2006. 242 s. ISBN 10-80-7371-142-70.

SCHINDLER, Jiří. 2009. *Mikrobiologie pro studenty zdravotnických oborů*

1. vyd. Grada. 2009. 248 s. ISBN 13-978-80-247-3170-4.

SILBERNAGL, S.; FLORIAN, L. 2001. *Atlas patofyziologie člověka*

1. vyd. Grada publishing, 2001. 404 s. ISBN 80-7169-968-3.

SYSEL, D; BELEJOVÁ, H ; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu* 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-802-4711-485.

ŠAMÁNKOVÁ, M.; HRUŠKOVÁ, M.; MATOUŠOVIC, K. 2005. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult I. a II. Díl Skripta UK Praha* 2. vyd. nakl.: Karolinum, 2005. 275 s. ISBN 10-80-246-0477-9.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 10-80-7013-224-4.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. 2011. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Osveta, 2011. 240 s. ISBN 13-978-808-0633-585.

Akutní respirační onemocnění. Dostupné z WWW:

[hygpraha.cz/files/akutnirespiracni\\_onemocneni.pdf](http://hygpraha.cz/files/akutnirespiracni_onemocneni.pdf)

Dostupné na WWW:

<<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospole/oddeleni-chronicke-resuscitacni-a-intenzivni-pece-/>>

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.

## PŘÍLOHA č.1 REŠERŠE

Zdroj:

KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a. s. lékařská knihovna

AN: 10024813 DT: 201010

TI: Lidský metapneumovirus

AU: Štěpánová, Eva - Žák, Pavel, 1966- - Štěpánová, Vlasta - Ryška, Pavel

AD: II. interní klinika, odd. klinické hematologie, FN a LF, Hradec Králové

CI: Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, Roč. 16, č. 4 (2010), s.

124-129. ISSN: 1211-264X. Lit.: 29

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 11006860 DT: 201104

TI: Jak změní pandemie bioetiku ve společnosti a v urgentní a intenzivní medicíně?

AU: Drábková, Jarmila, 1934-

CI: Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Roč. 56, č. 4-5 (2009), s. 254-257. ISSN: 1212-3048.

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 11006859 DT: 201104

TI: Chřipka A (H1N1), kritické pneumonie a selhání dýchání

AU: Drábková, Jarmila, 1934-

CI: Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Roč.

56, č. 4-5 (2009), s. 252-253. ISSN: 1212-3048.

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 07525988 DT: 200907

TI: Dětské pneumonie zůstávají závažným onemocněním

AU: Pohunek, Petr, 1956- - Vančíková, Zuzana - Vaníček, H. - Koťátko, Petr

CI: Medical tribune, Roč. 5, č. 16 (2009), s. B3. ISSN: 1214-8911.

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 07517389 DT: 200902

TI: Kritické infekce dolních dýchacích cest

AU: Drábková, Jarmila, 1934-

AD: OCHRIP FN Motol, Praha

CI: Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Roč.

55, č. 1 (2008), s. 17-21. ISSN: 1212-3048. Lit.: 1

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 07006349 DT: 200706

TI: Záněty horních cest dýchacích. První prohra s infekcí

AU: Havlíčková, Iveta - Paska, Jan

CI: Moje zdraví, č. 11 (2006), s. 38-41. ISSN: 1214-3871.

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 07504762

DT: 200806

TI: Problematika zánětů horních cest dýchacích ve vyšším věku

AU: Jablonský, Pavol

AD: Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK, FN Motol,  
Praha

CI: Practicus, Roč. 4, č. 1 (2005), s. 11-13. ISSN: 1213-8711. Lit.: 9

LA: cze

RT: 3 - článek

AN: 06002344

DT: 200603

TI: Změny stárnucího organismu z hlediska patofyziologie

AU: Kubešová, Hana, 1957- - Weber, Pavel - Meluzínová, Hana - Polcarová,  
Vlasta - Mazalová, Kamila - Malásková, Lenka

AD: Klinika interní, geriatric, ošetrovatelství a praktického lékařství í LF  
MU a FN, Brno, CZ

CI: Česká geriatrická revue, Roč. 3, č. 1 (2005), s. 18-23. ISSN: 1801-8661.

Lit. 32

LA: cze, eng

RT: 3 - článek

AN: 06001327

DT: 200603

TI: XIV. Moravskoslezské dny pneumologie v Olomouci ([14. a 15.10.2005])

AU: Kos, Stanislav, 1944-

CI: Studia pneumologica et phtiseologica cechoslovaca, Roč. 65, č. 6 (2005),  
s. 252-253. ISSN: 0371-2222.

LA: cze

RT: 3 - článek

AN: 06001232

DT: 200603

TI: V zajetí chrapotu. Příznak onemocnění dýchacích cest

AU: Kovařík, Zdeněk

CI: Moje zdraví, Roč. 3, č. 11 (2005), s. 16-19. ISSN: 1214-3871.

LA: cze

RT: 3 - článek

AN: 05008431

DT: 200509

TI: Onemocnění horních a dolních dýchacích cest v primární péči

AU: Dindoš, Ján

CI: Zdravotnické noviny, Lékařské listy - Praktický lékař, Roč. 54, č. 23  
(2005), s. 4-9 příl.. ISSN: 0044-1996.

LA: cze

RT: 3 - článek

AN: 05002392

DT: 200503

TI: Nemoci spojené s rýmou (Když nemůžeme dýchat.)

AU: Kovařík, Zdeněk

CI: Moje zdraví, č. 1 (2005), s. 18-21. ISSN: 1214-3871.

LA: cze

RT: 3 - článek

AN: 04015509

DT: 200412

TI: EBM pohled na doporučení "pít hodně tekutin" u dětí s akutním respiračním  
infektem

AU: Mihál, Vladimír

AD: Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc, CZ

CI: Pediatrie pro praxi, Roč. 5, č. 5 (2004), s. 263. ISSN: 1803-5264. Lit:

LA: cze RT: 3 - článek

AU: Margolis, David J. - Bowe, Whitney P. - Hoffstad, Ole - Berlin, Jesse A.

AD: Department of Dermatology, University of Pennsylvania Center for  
Education and Research in Therapeutics, Philadelphia, US

CI: Archives of dermatology, Roč. 6, č. 1 (2006), s. 29-33. ISSN: 1214-8466.

Lit. 26

LA: cze RT: 3 - článek

AN: 06006571 DT: 200607

TI: Hyperimmunoglobulinemia-E case presentation (Paediatric Assembly of the  
European Respiratory Society. Section on Paediatrics of the European  
Academy of Allergology and Clinical Immunology. Joint Meeting. Prague,  
November 12-15, 2005. Abstract)

AU: Stankovic, S. - Sulejmani, A. - Mihajlovska, M. - Stojkovska, R.

AD: General Hospital, Paediatric Department, Kumanovo, MK

CI: Alergie, Roč. 7, č. 2 (2005), s. 51. ISSN: 1212-687X.

LA: eng RT: 6 - abstrakt

AN: 06006496 DT: 200607

TI: <The >role of antenatal and postnatal infection in the pathogenesis of  
chronic lung disease of prematurity (Paediatric Assembly of the European  
Respiratory Society. Section on Paediatrics of the European Academy of  
Allergology and Clinical Immunology. Joint Meeting. Prague, November  
12-15, 2005. Abstract)



AU: Kotecha, Sailesh

AD: Department of Child Health, Cardiff University, Cardiff, UK

CI: Alergie, Roč. 7, č. 2 (2005), s. 16. ISSN: 1212-687X. Lit. 2

LA: eng RT: 6 - abstrakt

AN: 06006492 DT: 200607

TI: Asthma from a general perspective (Paediatric Assembly of the European Respiratory Society. Section on Paediatrics of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Joint Meeting. Prague, November 12-15, 2005. Abstract)

AU: Martinez, Fernando D.

AD: Arizona Respiratory Center, University of Arizona, Tuscon, US

CI: Alergie, Roč. 7, č. 2 (2005), s. 15. ISSN: 1212-687X.

LA: eng RT: 6 - abstrakt

Allen, Patricia Jackson. „Home care fact sheet: influenza“. *Pediatric Nursing* 32.6 (2006): 573-578. Print.

Arbogast, Donna. „Masked, but not silent“. *Revolution (Oakland, Calif.)* 4.3 (2003): 26-31. Print.

Bateman, Chris. „World first for South African TB treatment guidelines“. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde* 95.11 (2005): 824-826. Print.

Bergeron, Sherry M et al. „Diverse implications of a national health crisis: A qualitative exploration of community nurses' SARS experiences“. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmières*

38.2 (2006): 42-54. Print.

Bheekie, A et al. „The Practical Approach to Lung Health in South Africa (PALSA) intervention: respiratory guideline implementation for nurse trainers“.

*International Nursing Review* 53.4 (2006): 261-268. Web. 1 pro 2011.

Biancofiore, G et al. „Nurses’ knowledge and application of evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia“. *Minerva Anestesiologica* 73.3

(2007): 129-134. Print.

Cavanaugh, Carolyn C. „H1N1 flu preparedness in the ambulatory care setting“. *Insight*

(*American Society of Ophthalmic Registered Nurses*) 36.1 (2011): 13-14. Print.