

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ISCHEMICKOU CHOROBU DOLNÍCH KONČETIN**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IRENA DIVILOVÁ

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ISCHEMICKOU CHOROBOU DOLNÍCH KONČETIN**

Bakalářská práce

IRENA DIVILOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2015



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

Divilová Irena
3. CVV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 06. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

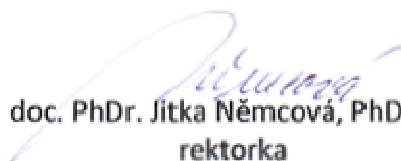
**Ošetřovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou dolních
končetin**

The Nursing Process in Patients with Ischemic Disease of Lower Limbs

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 05. 09. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 5. 2015

Irena Divilová

ABSTRAKT

DIVILOVÁ, Irena. *Ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň vzdělání: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2015. 60 str.

Bakalářská práce se zabývá ischemickou chorobou dolních končetin a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části je zpracovaná charakteristika onemocnění, ve které jsou popsány příčiny, rizikové faktory, typy, diagnostika a léčba onemocnění. Další kapitoly se zabývají specifiky ošetrovatelské péče na katetrizačním sále a obecnými doporučeními pro pacienty po intervenčním výkonu.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin po intervenčním zákroku – perkutánní transluminální angioplastika.

Klíčová slova:

Ischemická choroba dolních končetin. Ošetrovatelský proces. Pacient. Péče.

Perkutánní transluminální angioplastika.

ABSTRAKT

DIVILOVÁ, Irena. *The Nursing Process in Patients with Ischemic Disease of Lower Limbs*. Medical college. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague 2015. 60 pages

This bachelor thesis focuses on ischemic disease of the lower extremities and nursing process for patients with this disease. Thesis is divided into two parts – theoretical and practical.

The aim of the first part is to provide characteristics of the disease, to describe causes, risk factors, types, diagnosis and treatment. Following chapters deal with specifics of nursing care in catheterization room and general recommendations for patients after interventional procedure.

The practical part is devoted to nursing process for patients with ischemic disease of the lower extremities after procedure – Percutaneous Transluminal Angioplasty.

Keywords:

Ischemic disease of the lower extremities. Nursing process. Patient. Nursing care. Percutaneous Transluminal Angioplasty.

PŘEDMLUVA

Termín ischemická choroba dolních končetin je používán k označení klinických projevů špatného prokrvení končetinových tepen, většinou na podkladě aterosklerotického procesu. Počet pacientů stále stoupá. Mezi nejrizikovější pacienty patří kuřáci a diabetici, u kterých se ICHDK vyskytuje až dvacetkrát častěji než u zdravé populace.

Ateroskleróza ovlivňuje veškerý cévní, převážně tepenný systém. I přes závažnost tohoto onemocnění lidé bolestem dolních končetin nevěnují takovou pozornost, jakou by měli. Potíže při chůzi se snaží maskovat zastávkami s předstíraným zájmem např. před výlohami obchodů apod.

Výběr tématu byl ovlivněn jeho aktuálností a také mým současným působením na intervenční radiologii, kde se s tímto onemocněním denně setkávám. Mezi nejčastější zákroky v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin patří perkutánní transluminální angioplastika, kterou jsem zpracovala v ošetrovatelském procesu. Práce má poukázat na závažnost a širokou problematiku tohoto onemocnění.

K vypracování bakalářské práce byla použita dokumentace pacientky, ale především knižní a internetové zdroje.

Práce je určena pro všeobecné sestry, studentům zdravotnických oborů, ale může být také přínosem pro rodinu, jejichž člen onemocněl touto nemocí.

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Jarmile Verešové za metodické vedení bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad a podkladových materiálů k práci.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
ÚVOD	13
1 ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN	14
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	14
1.2 PŘÍČINY VZNIKU A RIZIKOVÉ FAKTORY ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN	15
1.3 FORMY ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN.....	16
1.3.1 AKUTNÍ KONČETINOVÁ ISCHEMIE	16
1.3.2 CHRONICKÁ KONČETINOVÁ ISCHEMIE.....	17
1.4 KLASIFIKACE ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN DLE R. FONTAINA	17
1.5 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍ KONČETIN A KOMPLIKACE.....	18
1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	18
1.7 LÉČBA.....	21
1.7.1 INTERVENCE RIZIKOVÝCH FAKTORŮ.....	21
1.7.2 ANTIAGREGAČNÍ MEDIKACE	21
1.7.3 SYMPTOMATICKÁ LÉČBA	22
1.7.4 REVASKULARIZAČNÍ A CHIRURGICKÁ LÉČBA	22
1.8 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ	23
2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA KATETRIZAČNÍM SÁLE INTERVENČNÍ RADIOLOGIE	24
3 KOMPLIKACE ENDOVASKULÁRNÍCH VÝKONŮ	26
3.1 KOMPLIKACE V MÍSTĚ PUNKCE.....	26
3.2 KOMPLIKACE ZPŮSOBENÉ KONTRASTNÍ LÁTKOU	27
3.3 SPECIFICKÉ KOMPLIKACE U NEJBĚŽNĚJŠÍCH VÝKONŮ	27

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ISCHEMICKOU CHOROBU DOLNÍCH KONČETIN.....	29
4.1 ANAMNÉZA	30
4.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	43
4.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	55
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABI	anele-brachial index (měření rozdílu tlaku na paži a kotníku)
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C – reaktivní protein
CTA	angiografie výpočetní tomografií
DSA	digitální subtrakční angiografie
FF	fyziologické funkce
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
LDK	levá dolní končetina
MRA	angiografie magnetickou rezonancí
PŽK	periferní žilní katetr
PTA	perkutánní transluminální angioplastika
SIR	subintimální rekanalizace
VAS	vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace

(VOMÁČKA a kol. 2012), (BROULÍKOVÁ a kol. 2007).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adnexa kožní	přídavné orgány kůže (nehty, vlasy, mazové žlázy)
Angiografie	rentgenologické vyšetření cév pomocí kontrastní látky
Angioplastika	rekonstrukce, znovu vytvoření poškozených cév
Antiagregační	snižující shlukování krevních destiček
Antikoagulační	působící proti krevnímu srážení
Arteriální hypertenze	vysoký tlak
Arterie	tepna
Aspekce	vyšetření pohledem
Ateroskleróza	kornatění tepen
Auskultace	vyšetření poslechem
Cyanóza	modrofialové zbarvení kůže a sliznic
Diabetes mellitus	cukrovka
Dyslipidémie	porucha metabolismu tuků
Disekce	podélné odlepení stěny tepny
Embolie	zaklínění vmetku v cévách
Endofibróza	zhuštění vaziva uvnitř tepen
Endovaskulární	uvnitř cévy
Fibromuskulární dysplazie	nezánětlivé cévní onemocnění, které nejčastěji postihuje ledvinné tepny
Gangréna	nekróza tkáně
Gonartróza	artróza kolena
Chronická renální insuficience	chronické onemocnění ledvin
Iatrogenní	zhoršení stavu nemocného v důsledku negativního působení lékaře
Intervence	zásah, zakročení, zákrok
Ischemie	místní nedokrevnost tkání nebo orgánů
Katarakta	šedý zákal
Koarktace aorty	vrozené zúžení aorty
Kolaterální řečiště	náhradní okruh
Lucidní	jasný

Menarché	první menstruační krvácení v životě ženy
Nefrotoxický	toxický pro ledviny
Normotenze	normální krevní tlak
Palpace	vyšetření pohmatem
Parestezie	porucha čítí
Periferní	okrajový
Popliteální antrapment	syndrom postižení podkolenní tepny
Prevalence	určuje podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci
Revaskularizace	obnovení cévního zásobení
Stent	endoprotéza
Stentgraft	stent potažený nepropustnou tkaninou
Subintimální rekanalizace	vytvoření neolumina ve stěně tepny
Trombangiitis obliterans	chronické recidivující zánětlivé a trombotické onemocnění tepen
Trombolýza	proces rozpouštění krevní sraženiny
Trombóza	krevní sraženina
Vaskulární	cévní
Vaskulitida	zánětlivé onemocnění cév

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2008) .

ÚVOD

Ischemická choroba dolních končetin je závažné onemocnění a její výskyt v populaci je vysoký. ROZTOČIL (2011) uvádí, že touto nemocí trpí každý druhý obyvatel České republiky starší 80 – ti let. Závažnost tohoto onemocnění spočívá ve více faktorech. Často se stává, že může být přehlédnuta a vyvíjí se po řadu let. Dalším důležitým faktorem je podcenění nemoci samotným pacientem, který své potíže většinou připisuje vyššímu věku. Nejzávažnější skutečností je fakt, že je provázena zvýšeným rizikem infarktu myokardu a cévních mozkových příhod, které pacienta ohrožují předčasným úmrtím. Ischemická choroba dolních končetin je onemocnění, vyžadující komplexní péči, které se účastní celá řada profesí (kardiolog, diabetolog, neurolog, intervenční radiolog aj.). Ischemická choroba dolních končetin ovlivňuje pacienta ve všech oblastech jeho života. Zhoršuje schopnost pohybu, pracovní uplatnění a má vliv na celkovou kvalitu života. Snahou celého týmu, který pečuje o pacienta je, aby žil plnohodnotný život, a aby pro něj jeho nemoc byla co nejmenším omezením. Součástí týmu musí být také samotný pacient, který si musí uvědomovat dodržování správné životosprávy, být součástí léčby a dokázat přijmout odpovědnost za své zdraví (ROZTOČIL, 2011).

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin. Téma bylo vybráno pro jeho aktuálnost.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část popisuje příčiny, druhy, léčbu a prevenci onemocnění. Dále seznamuje s rizikovými faktory a diagnostikou ischemické choroby dolních končetin. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na specifika práce všeobecné sestry na intervenční radiologii. Hlavním cílem práce bylo vypracovat ošetrovatelský proces u pacientky s ischemickou chorobou dolních končetin po intervenčním výkonu – perkutánní transluminální angioplastika, který tvoří praktickou část této práce. Nejdůležitější ošetrovatelské problémy a způsoby jejich řešení, včetně poučení pacienta a jeho následné domácí péče, jsou shrnuty v závěrečné části práce v kapitole doporučení pro praxi.

1 ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN

Ischemická choroba dolních končetin se řadí do skupiny kardiovaskulárních onemocnění, které jsou v dnešním vyspělém světě zásadní příčinou mortality a morbidit (BULVAS a kol. In BROTÁNEK, 2014). ČEŠKA a kol. (2010) definují ischemickou chorobu dolních končetin jako onemocnění, u kterého dochází ke špatnému prokrvení tkání dolních končetin, k nedostatku kyslíku a živin a tím k narušení jejich správné funkce. Nejčastěji je ischemická choroba dolních končetin (dále ICHDK) způsobena zúžením nebo uzávěrem periferní tepny, a to na bázi aterosklerózy.

Rozsah projevů je od bezpříznakových forem přes klaudikační bolesti až po projevy kritické končetinové ischemie (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011). Mezi méně časté příčiny se řadí dále např. koarktace aorty, fibromuskulární dysplazie, vaskulitidy, cévní trauma, endofibróza zevních pánevních tepen, postradiační postižení tepen, iatrogenní cévní postižení, útlak okolními strukturami (nádorem nebo hematomem), popliteální entrapment syndrom aj. (ČEŠKA a kol., 2010). Další méně častou příčinou ischemické choroby dolních končetin, vyskytující se pouze u kuřáků ve věku od 20 – 40 let, se uvádí thrombangiitis obliterans neboli von Winiwarter-Buergova choroba (KLENER a kol., 2011).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Jedním ze základních epidemiologických ukazatelů je prevalence, která určuje podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Prevalence bezpříznakové formy onemocnění je v rozmezí 3 – 10 % s nárůstem k 15 – 20 % u osob starších 70 let a ve všech formách stoupá s věkem. Ischemická choroba dolních končetin postihuje mnohem častěji muže než ženy. Vyšší výskyt ischemické choroby dolních končetin se uvádí v černošské populaci (ČEŠKA a kol., 2010). KARETOVÁ, ROZTOČIL A HERBER (2011) ve své publikaci uvádějí, že asymptomatické formy ischemické choroby dolních končetin se vyskytují třikrát až čtyřikrát častěji než formy symptomatické. CHOCHOLA (2009) dodává, že 50 – 70 % nemocných s klaudikačními bolestmi zůstane stabilizováno,

u 30 – 40 % nemocných dochází ke zhoršení potíží a u 20 % nemocných dojde k rozvoji kritické končetinové ischemie. Incidence ischemické choroby dolních končetin se pohybuje mezi 1,3% - 2,3% (SLOVÁČEK a kol., 2008). V Evropě se incidence chronické kritické končetinové ischemie pohybuje v rozmezí 500 – 1000 osob za rok (ČEŠKA a kol., 2010).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU A RIZIKOVÉ FAKTORY ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN

Ischemická choroba dolních končetin vzniká v důsledku ukládání tukových látek, především cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k přeměně cévní stěny, jejímu zúžení a omezení pružnosti. Sníženým krevním tokem dochází k poškození orgánů v důsledku omezeného zásobení kyslíkem (ROZTOČIL, 2011).

Rizikové faktory vývoje aterosklerózy jsou dvojího typu – ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory řadíme:

- Věk – u osob nad 65 let postihuje ICHDK každého pátého obyvatele České republiky a nad 80 let věku je postižen každý druhý člověk.
- Pohlaví - v mladším věku postihuje tohle onemocnění více muže, ale ve věku nad 60 let je výskyt onemocnění u mužů i žen téměř stejný (ROZTOČIL, 2011).
- Genetické faktory – pozitivní rodinná anamnéza z hlediska předčasné aterosklerózy (SLOVÁČEK a kol., 2008).

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadíme:

- Kouření,
- arteriální hypertenze,
- diabetes mellitus a hraniční poruchy glukózové homeostázy,
- dyslipidémie,
- obezita,
- chronická renální insuficience,
- pozitivní hodnoty CRP,

- hyperviskózní stavy,
- hyperkoagulační stavy (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011; MAREK a kol., 2010).

1.3 FORMY ICHDK

Na základě odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření zjistíme, který cévní systém je poškozen, a zda se jedná o stav chronický nebo akutní (BACHLEDA a kol., 2011).

1.3.1 Akutní končetinová ischemie

ČEŠKA a kol. (2010) definují akutní končetinovou ischemii jako náhle vzniklou poruchu prokrvení dolní končetiny, která pokud není rychle odstraněna, vede k nezvratným změnám a pacienta ohrožuje nejen ztrátou končetiny, ale i na životě.

Příčinou je náhlý uzávěr tepny způsobený embolií, akutní trombózou tepny nebo traumatickým poškozením tepny. Nejčastější z těchto příčin je akutní končetinová ischemie způsobená embolií, a to ze 70 %. Emboly se většinou zachycují v místě zúžení tepny nebo v místě větvení tepen. V 20 % vzniká akutní ischemie na podkladě trombózy v místě zúžení tepny, kde dochází ke zpomalení až zastavení toku krve. Takto vzniklá akutní ischemie je méně závažná, protože vzniká již v oblasti s vytvořeným kolaterálním řečištěm. V posledních 10 % je jako příčina akutní končetinové ischemie uváděna punkce tepny, disekce aorty, zevní komprese tepny, trauma aj.

K akutnímu uzávěru může dojít i při selhání cévních rekonstrukcí (ČEŠKA a kol., 2010). Hlavním příznakem je náhle vzniklá krutá bolest, kterou pacienti popisují jako "šlehnutí bičem". Končetina je bledá, někdy bledě mramorovaná, v pozdějším stadiu až cyanotická. Pod místem uzávěru bývá vždy vymizení periferní pulsace. Pokud ischemie trvá více hodin, přidruží se poruchy cití a posléze poruchy motoriky. Může dojít k celkovému vyčerpání organismu, které končí oběhovým selháním. Při přítomnosti bolesti, ztráty pulsace a změny barvy končetiny hovoříme o inkompletním ischemickém syndromu. Pokud se přidruží parestezie a svalová obrna, pak se jedná o kompletní ischemický syndrom.

1.3.2 Chronická končetinová ischemie

Největší podíl na vzniku chronické ischemické choroby dolních končetin má ateroskleróza. K posouzení stupně chronického postižení tepen dolních končetin se nejčastěji používá klasifikace příznaků dle Fontaina z roku 1954. Tato klasifikace je rozdělena do čtyř stádií, podle velikosti zúžení tepny (viz kapitola 1.5 Klasifikace ischemické choroby dolních končetin dle Fontaina) (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Pokud je zúžení arterie malého rozsahu, nemusí se onemocnění nijak projevovat. Významnější zúžení je charakteristické bolestí dolní končetiny, která se objevuje zkraje onemocnění jen po zátěži. Typickým příznakem chronické formy jsou klaudikační bolesti, které vnikají v závislosti na chůzi. Bolest ustupuje po krátkém odpočinku. Pokud je tepenné zásobení porušeno natolik, že má pacient bolesti v klidu, vleže nebo se vytvoří defekty, hovoříme o kritické končetinové ischemii. Tito nemocní vyžadují vždy odeslání do nemocničního zařízení, které má vaskulární centrum a možnost interdisciplinární spolupráce umožňující provedení revaskularizačního výkonu k záchraně končetiny (ROZTOČIL, 2011).

1.4 KLASIFIKACE ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN DLE R. FONTAINA

Nejčastěji užívané rozdělení ICHDK je dle R. Fontaina, jehož klasifikace se dělí na čtyři stádia:

- I. Asymptomatické stadium** – pacient nemá žádné potíže, ICHDK je zjištěna náhodně při fyzikálním vyšetření.
- II. Klaudikační stadium** – stadium se dělí na tři podskupiny, dle klaudikačního intervalu. Stadium IIa, u kterého se klaudikace objeví po ujití 200 a více metrů, stadium IIb, kde se klaudikace objeví po ujití méně než 200 metrů a poslední stadium IIc s klaudikacemi pod 50 metrů.
- III. Klidové ischemické bolesti.**
- IV. Trofické defekty.**

Třetí a čtvrté stádium ICHDK lze nazvat jako kritickou ischemií dolních končetin, která zahrnuje déle než dva týdny trvající klidovou ischemickou bolest dolních končetin nebo vznik trofického defektu na dolních končetinách (KARETOVÁ a kol., 2007).

1.5 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍ KONČETIN A KOMPLIKACE

V závislosti na rozsahu změn a postižení je klinický obraz jiný u akutní formy a jiný u chronické formy ICHDK (ČEŠKA a kol., 2010). U akutní formy je klinický obraz tvořen inkompletním (bolest, bledost, vymizení pulsace) nebo kompletním ischemickým syndromem (bolest, bledost, vymizení pulsace, parestázie, svalové obrny a celkové vyčerpání organismu). U chronické formy této nemoci, která vzniká postupně, můžeme sledovat vznik defektů z důvodu nedostatečného prokrvení a klidové bolesti trvající déle než dva týdny, které si vyžadují analgetickou léčbu. Pacient s tímto postižením bývá v noci často buzen pro silné bolesti v postižené končetině, které částečně ustupují po svěšení končetiny z lůžka. Klinické příznaky klaudikačního stádia se vždy projevují níže, než je lokalizováno postižení (např. při postižení stehenní tepny se bolest objevuje v oblasti lýtky) (ZIMOLOVÁ, 2014). V případě nejtěžších poruch prokrvení končetin vznikají trofické, špatně se hojící defekty, později gangrény, jejichž vznik výrazně urychlují zánětlivá kožní onemocnění. Prvotním ložiskem gangrény bývá pata, prsty a meziprstí. Častou komplikací gangrény může být neohraňčený zánět (flegmóna), popřípadě následná sepse (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Diagnostika ICHDK se provádí u pacientů, kteří přichází s typickými příznaky tohoto onemocnění nebo v případě screeningu nemoci u rizikové části populace jako např. kuřáci, diabetici aj. (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011). Problematickou skutečností této nemoci je dosažení pokročilé fáze nemoci bez jakýchkoli příznaků, což vede k pozdní diagnostice a tím i pozdějšímu zahájení léčby. Pacienti bez příznaků mají stejně vysoké riziko úmrtnosti jako pacienti, u kterých se již příznaky objevily, proto je velmi důležitá včasná a kvalitní diagnostika (BAYER HEALTHCARE, 2015).

Mezi stěžejní články diagnostiky ICHDK patří podrobná anamnéza a rozbor klinických potíží. Dále na základě klinického vyšetření včetně polohových testů již lze stanovit diagnózu a odhadnout lokalizaci největšího postižení. Pro upřesnění rozsahu a závažnosti onemocnění můžeme využít měření kotníkových nebo prstových tlaků, zátěžové vyšetření na běhátku, duplexní ultrasonografii, počítačovou tomografii, magnetickou rezonanci aj. (ČEŠKA a kol., 2010).

Anamnéza

Rodinná anamnéza se zaměřuje na výskyt ischemické choroby dolních končetin, ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody a diabetu mellitu v rodině.

V osobní anamnéze zjišťujeme rizikové faktory aterosklerózy, současné a prodělané onemocnění. Při stanovení nynějšího onemocnění se zaměřujeme na charakter bolesti (klaudikační, klidová) a lokalizaci bolesti, která nás informuje o místě maximálních obliterativních změn (KARETOVÁ a kol., 2007).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření, které zahrnuje aspekci, palpaci a auskultaci, může poměrně jednoduše zjistit rozdíly ve zbarvení, teplotě a symetrii dolních končetin. Pozornost je věnována kvalitě kůže a jejich adnex. Vždy je nutno porovnat obě končetiny (VOJTÍŠKOVÁ, 2013).

Palpace odhalí zúžení tepny, která se projeví oslabenou pulsací. Vymizelá pulzace svědčí o uzávěru arterie nad místem palpce.

Při auskultaci je zjišťována přítomnost šelestu, a to v oblasti předpokládaného průběhu aorty, ledvinných a pánevních tepen. Vyšetření auskultací se provádí v klidu a po námaze. Auskultace během námahy může odhalit i počínající změny na artériích dolních končetin (KARETOVÁ a kol., 2007).

Nedílnou součástí fyzikálního vyšetření při podezření na ischemii dolních končetin je polohový test. Nemocný zvedne dolní končetinu v úhlu 45 – 60 stupňů nad podložku a provádí plantární a dorsální flexe kotníku do doby než se objeví bolest, ale maximálně dvě minuty. V průběhu polohového testu se mohou objevit svalové bolesti a také bledost končetiny. Po uplynutí doby testu si nemocný sedá, svěsí končetiny a během 5 – 10 sekund by se měla obnovit náplň podkožních žil. Pokud nejsou přítomny ischemické poruchy, po 15 sekundách by mělo dojít k návratu přirozené barvy

končetiny. Naměřené hodnoty zaznamenáváme pro každou končetinu zvlášť (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

Laboratorní vyšetření

V rámci laboratorního vyšetření zjišťujeme hladinu glykémie v krvi, provádíme lipidogram, stanovujeme hladinu kreatininu a urey, dále odebíráme krevní obraz, vyšetřujeme koagulační parametry aj. Nezbytnou součástí je taktéž biochemické a mikrobiologické vyšetření moči (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

Instrumentální vyšetření

Mezi instrumentální vyšetření řadíme měření dopplerovským tužkovým přístrojem, měření oscilometrickou metodou a stanovení klaudikační vzdálenosti testem na běhátku.

Měření dopplerovským tužkovým přístrojem je nejjednodušší metodou, která vede k definitivní diagnostice ICHDK a umožňuje stanovit rozsah nemoci.

Oscilometrická metoda potvrzuje diagnózu ICHDK i u asymptomatických pacientů, umožňuje rozlišit stupně stadia onemocnění a informuje nás o dlouhodobé prognóze. Lze ji využít také jako doplnění preventivních prohlídek u rizikových pacientů.

Stanovení klaudikační vzdálenosti testem na běhátku nás informuje o délce chůze bez subjektivní bolesti a celkové délce ušlých kilometrů až do definitivního zastavení (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

Zobrazovací techniky

Nejčastěji prováděnou zobrazovací metodou k posouzení rozsahu a lokalizaci lézí je kontrastní angiografie. Jedná se o základní zobrazovací metodu, která určuje další strategii léčby.

Další metodou je duplexní ultrasonografie, sloužící k určení místa a rozsahu tepenného zúžení, uzávěru a míry vytvoření kolaterálního oběhu. Dále se využívá k posouzení možnosti intervence a to buď provedením angioplastiky, nebo chirurgickou léčbou.

K náročnějším vyšetřovacím metodám řadíme CT angiografii, která vyžaduje žilní aplikaci kontrastní látky a MR angiografii, která se využívá jako alternativa kontrastní angiografie u nemocných s ledvinnou nedostatečností nebo u pacientů s alergií na kontrastní látku (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

1.7 LÉČBA

Léčba ICHDK je zaměřena nejen na samotné postižení cév, ale i na faktory, které se podílejí nebo zhoršují aterosklerotický proces. Léčba musí být komplexní, dlouhodobá, se zaměřením na odstranění klidových bolestí, optimální obnovení cévního zásobení, prodloužení klaudikačního intervalu a hojení končetinových defektů (SLOVÁČEK a kol., 2008).

MAREK a kol. (2010) uvádí, že základním předpokladem úspěchu je trvalá nikotinová abstinence, léčba základního onemocnění, léčba přidružených chorob, svalový trénink a prevence kožních defektů.

Léčba se odvíjí podle stupně postižení od konzervativních postupů, rehabilitace až po obnovení cévního zásobení endovaskulární nebo chirurgickou cestou (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

1.7.1 Intervence rizikových faktorů

Základem léčby jsou trvalé léčebné intervence rizikových faktorů, mezi které řadíme především zákaz kouření, léčbu diabetu mellitu, léčbu dyslipoproteinémie a hypertenze. Léčba diabetu mellitu by měla být zaměřená na úpravu hladiny glykémie a na podiatrickou péči, která zahrnuje správnou hygienu dolních končetin, nošení vhodné obuvi aj. (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

1.7.2 Antiagregační medikace

Základem farmakologické léčby všech forem aterosklerózy je antiagregační terapie (tlumí shlukování krevních destiček), která výrazně snižuje výskyt dalších vaskulárních událostí u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

Základním lékem v medikaci je kyselina acetylsalicylová, při alergii nebo nesnášenlivosti ASA se používá clopidogrel. Dlouhodobá léčba kyselinou acetylsalicylovou snižuje o jednu třetinu riziko ischemické CMP a nefatálního infarktu myokardu, o jednu šestinu riziko smrti z cévních příčin a má příznivý vliv na průběh ICHDK. Tento pozitivní vliv není závislý na věku, přítomnosti cukrovky a arteriální hypertenzi. Doporučená denní dávka kyseliny acetylsalicylové je 75 – 150 mg a měli by

ji užívat pacienti s asymptomatickou i symptomatickou formou ischemické choroby dolních končetin (MUSIL, 2007).

1.7.3 Symptomatická léčba

Symptomatická léčba zahrnuje rehabilitaci a farmakoterapii. Rehabilitace by měla být základem léčby zejména u pacientů s klaudikacemi. Pravidelná chůze, ale i domácí cvičení se zatěžováním svalů dolních končetin vede k prodloužení vzdálenosti absolvované bez bolesti a snížení intenzity bolesti navozené chůzí.

Základem farmakoterapie je prodloužení klaudikační vzdálenosti za pomoci vazoaktivních léků, z nichž nejčastěji se užívají cilostazol, naftidrofuryl a pentoxifyllin. V nejtěžších stádiích nemoci se nitrožilně podávají prostaglandiny po dobu dvou až tří týdnů (KARETOVÁ, ROZTOČIL, HERBER, 2011).

1.7.4 Revaskularizační a chirurgická léčba

Revaskularizační léčba se provádí endovaskulárně nebo chirurgicky. Často se tyto dva výkony kombinují. Volba výkonu záleží na morfologii, etiologii a stupni postižení cévního řečiště. Rozhodující je pravděpodobnost klinického zlepšení a proveditelnost intervence (ZIMOLOVÁ, 2014).

Nejčastějším endovaskulárním výkonem je perkutánní transluminální angioplastika (PTA), která spočívá v roztažení cévy balónkovým katetrem, který je zaveden do místa zúžení nebo uzavěru. Někdy bývá PTA doplněná implantací stentu nebo stengraftu. Mezi další endovaskulární léčby patří subintimální rekanalizace (SIR), trombolýza aj. V průběhu výkonu je pacientům podávána antikoagulační terapie a pak jsou trvale na antiagregační terapii (BACHLEDA a kol., 2011).

Dle KARETOVÉ a kol. (2007) patří k nejčastějším typům chirurgických výkonů přemostění uzavřeného úseku cévního řečiště (bypass) a vzácněji pak odstranění aterosklerotického plátu nejčastěji v karotickém řečišti (endarterektomie).

1.8 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

Prevence ischemické choroby dolních končetin spočívá v odstranění rizikových faktorů. Je důležité dodržovat zásady správné životosprávy, jíst zdravě a vyváženě, omezit konzumaci tučných a sladkých jídel, zvýšit množství vlákniny v přijímané potravě, živočišné tuky nahradit rostlinnými aj. Obezita je v případě tohoto onemocnění velmi nebezpečná. Zvyšuje krevní tlak, cholesterol a ovlivňuje hladinu cukru v krvi. Dále je důležité nekouřit a být fyzicky aktivní.

V případě, že pacient trpí cukrovkou, vysokým krevním tlakem nebo zvýšeným cholesterolem je velmi důležité, aby dodržoval léčbu stanovenou ošetřujícím lékařem a udržoval hodnoty ve fyziologickém rozmezí (WARREN, 2013).

Velkou pozornost je nutné věnovat dolním končetinám a důsledně o ně pečovat. Nohy by se měly udržovat v suchu a teple, dále je důležité vyhnout se prochlazení, poranění a vzniku infekce. Základem je vybírat si pohodlnou obuv, která nikde netlačí. Pozornost je nutné věnovat také ponožkám a vybírat si takové, které příliš neškrtí. Zároveň je také důležité sledovat změnu v barvě kůže na dolních končetinách a jakékoliv malé, nehojící se defekty konzultovat s lékařem (KŘEČKOVÁ, 2015).

2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA KATETRIZAČNÍM SÁLE INTERVENČNÍ RADIOLOGIE

Tato kapitola se zabývá specifiky práce všeobecné sestry na katetrizačním sále při vaskulárním intervenčním výkonu – perkutánní transluminální angioplastice. Převážně se jedná o plánované výkony.

Pacient je den před výkonem přijatý na chirurgické oddělení, kde je s ním sepsána veškerá dokumentace včetně informovaného souhlasu s intervenčním výkonem – PTA, je řádně poučen a je mu vysvětlena povaha výkonu včetně možných komplikací. Základní laboratorní vyšetření (koagulace, iontogram, krevní obraz, vyšetření renálních a jaterních funkcí) a anamnestické údaje jsou pacientovi vyhotoveny cestou obvodního lékaře. Před samotným výkonem je nutné lačnění 6 hod, tekutiny výrazně neomezujeme, protože dostatečná hydratace snižuje nefrotoxitu kontrastní látky (ČEŠKA a kol., 2010).

V den výkonu je pacient přivezen v doprovodu zdravotního personálu na intervenční radiologii, kde je předán do péče všeobecných sester, jejichž role jsou rozděleny. Sestra přebírající pacienta zároveň zajišťuje péči o pacienta během výkonu, odpovídá za správnost dokumentace, zajišťuje veškerý materiál potřebný k výkonu aj. Tato sestra se nazývá sestra obíhající a kromě ní je součástí operačního týmu také sestra, která společně s lékařem bezprostředně zabezpečuje výkon.

Po převzetí následuje seznámení s pacientem, s ošetřovatelskou dokumentací včetně stranového verifikačního protokolu, kontrola alergické anamnézy a laboratorních parametrů. Poté je pacient převezen na katetrizační sál, kde je přeložen na operační stůl. Poloha na operačním stole musí být pro pacienta bezpečná a co nejvíce pohodlná, velký důraz je kladen na dodržování intimity. Při každém transportu pacienta je zajištěna fyziologická poloha všech končetin, popřípadě fixace popruhy.

Před samotným výkonem je provedena kontrola třísla, zda je čisté a vyholené, je zaveden periferní žilní katétr s řádným označením a pacient je napojen na monitor, který nám umožňuje sledovat vitální funkce během zákroku. Po dobu trvání výkonu s pacientem komunikujeme, minimalizujeme strach a stres, opakovanými dotazy si

ověřujeme, jak se cítí, zda nemá bolesti nebo jiné problémy (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Po ukončení intervenčního výkonu je nutné místo vpichu stlačit až do doby, kdy nekrvácí (doporučená doba je 15 minut). Doba komprese a zátěže se pohybuje mezi 6 – 18 hodinami a závisí na velikosti použitého instrumentária, koagulačních parametrech a na medikaci. Pokud je tepna uzavřena speciálním klipem nebo šicím zařízením, doba celkového ležení se zkracuje na 6 hodin, nebo dle ordinace lékaře, provádějící intervenční výkon (ČEŠKA a kol. 2010).

Po ukončení výkonu a stabilizaci stavu je pacient řádně předán ústně a písemně sestře z příslušného oddělení. Součástí písemného předání je sesterská překládová zpráva o intervenčním výkonu, ve které jsou uvedeny iniciály pacienta, stav vědomí, invazivní vstupy, podaná medikace během výkonu, druh a množství podané kontrastní látky, průběh výkonu, komplikace, péče po výkonu, doporučení aj. Po intervenčním výkonu je nezbytné sledovat celkový stav pacienta, kontrolovat a ošetřovat místo punkce a minimalizovat vznik komplikací (PROCHÁZKA a kol. 2012).

Nejčastější komplikace angiografických vyšetření jsou komplikace lokální a systémové. Mezi lokální komplikace se řadí krvácení místa vpichu do podkoží (hematom) a méně časté otevřené krvácení. Systémové komplikace jsou např. reakce na podanou kontrastní látku, komplikace dané povahou výkonu a hemoragický šok (ČEŠKA a kol., 2010).

Sestra i zde pracuje metodou ošetřovatelského procesu a přistupuje k pacientovi jako k biopsychosociální bytosti dle holistické filosofie. Holismus neboli filosofie celistvosti vychází z teorie, že živé organismy jsou jako celky složené z mnoha částí, které jsou ve vzájemné interakci, a porucha jedné z částí vyvolá poruchu celého systému. Z hlediska ošetřovatelství zahrnuje holistická péče přístup k jedinci jako k celku a ne jen k jeho porušené části či funkci. V rámci péče o tělo a duši musí sestra respektovat práva a přání pacienta, jeho autonomii a sociální status (MASTILIAKOVÁ, 2003).

Holistické pojetí ošetřovatelské péče úzce souvisí s ošetřovatelskou etikou. Cílem etiky v ošetřovatelství je humanizace mezilidských vztahů mezi sestrou a nemocným, mezi sestrami a lékaři apod. Je nutné vhodným způsobem usilovat o spokojení psychických, kulturních, sociálních a duchovních potřeb pacientů a nalézt také smysl osobní existence. V neposlední řadě je také jejím cílem usměrnění chování a jednání při profesionálních výkonech v ošetřovatelství (KUTNOHORSKÁ, 2007).

3 KOMPLIKACE ENDOVASKULÁRNÍCH VÝKONŮ

Při endovaskulárních výkonech, mezi které řadíme také nejčastěji vykonávaný zákrok v souvislosti s ICHDK – perkutánní transluminální angioplastiku, mohou vzniknout různé komplikace. Dělí se na komplikace lokální, celkové a vzdálené.

Komplikace lokální jsou způsobené v místě punkce, komplikace celkové jsou způsobené kontrastní látkou a komplikace vzdálené jsou specifické komplikace u jednotlivých druhů výkonů v místě intervence.

3.1 KOMPLIKACE V MÍSTĚ PUNKCE

Za častou komplikaci v místě punkce je považováno krvácení, které se může projevit jako hematoma (za komplikaci se považuje v případě, že tvoří hmatnou rezistenci větší než 5 cm), dále může mít podobu krvácení do stehenního svalu nebo retroperitoneální krvácení. Prevencí je správné provedení punkce tepny a dostatečná komprese. Při velmi intenzivní kompresi třísla vzniká drážděním parasympatického vegetativního nervstva tzv. vagová reakce, která má podobné příznaky jako krvácení. Velmi důležité je rozlišit tyto příznaky, jelikož v případě nevhodného stanovení diagnózy a nesprávné léčby se může stát ohrožující komplikací. V případě krvácení je jedním z příznaků tachykardie a je nutné zesílit kompresi, v případě vagové reakce se objevuje bradykardie a kompresi je nutné povolit. Pseudoaneurysma neboli nepravá výduť se pravidelně plní krví krčkem z mateřské tepny a většinou vzniká jako následek nízké punkce povrchové femorální tepny společně s nedostatečnou kompresí. Příznaky této komplikace jsou pulzující bolest v třísle a rozsáhlý, pulzující hematoma.

Za méně častou komplikaci je považována disekce tepny, která vzniká při obtížné punkci skleroticky změněné arterie, konkrétně při průchodu vodičem pod intimu tepny. K příznakům řadíme stagnaci kontrastní látky a defekt v náplni, bolest končetiny a projevy ischemie. Prevencí je vhodný výběr vodiče (J – vodič), jehož zavedení by mělo jít hladce.

Vzácnou komplikací je perforace tepny, která může vzniknout při rozšiřování postižené tepny balónkovým katetrem, u postradiačních stenóz nebo při použití řezacího balónku. Příznakem perforace tepny je bolest v končetině, může vzniknout hematoma v místě perforace a na rentgenu se zobrazí jezírko kontrastní látky mimo tepnu. Další vzácnou komplikací je trombotický uzávěr v místě punkce, kdy příčinou může být

nadměrná komprese, vznik trombózy kolem zaváděcího pouzdra nebo podél katetru. (PROCHÁZKA a kol., 2012).

Jako následek chybné punkce vzniká arteriovenózní píštěl. Jedná se o patologickou spojku mezi tepnou a žílou a klinicky nad píštělí můžeme slyšet šelest a hmatat vír. Léčbou této komplikace je chirurgický podvaz tepny a u hemodynamicky nevýznamných píštělí bývá úspěšná konzervativní léčba kompresí (KYSELA, ŠILHART In KALA a kol., 2011).

Při nedodržování aseptických postupů se může objevit infekce v místě vpichu, která se projevuje zarudnutím, bolestivostí a otokem postižené oblasti. V tomto případě je nutné nasadit léčbu antibiotiky, popř. lokální chirurgickou léčbu (při vytvoření abscesu).

3.2 KOMPLIKACE ZPŮSOBENÉ KONTRASTNÍ LÁTKOU

Tyto komplikace můžeme rozdělit na akutní a zpožděné. Mezi akutní komplikace řadíme např. kopřivku, křeče hrtanu, anafylaktickou reakci, bolesti na hrudi aj. Diagnostika a léčba těchto komplikací je v kompetenci lékaře, který provádí výkon a je v bezprostředním kontaktu s nemocným.

Zpožděné komplikace vznikají více než za jednu hodinu po podání kontrastní látky a většinou se jedná o kopřivku, která se může objevit nejdříve po třech hodinách a vymizí do týdne. Opožděnými komplikacemi jsou ohroženi pacienti se zvýšenou funkcí štítné žlázy, nedostatečnou funkcí ledvin a u pacientů s onemocněním diabetes mellitus, kterým je podáván lék metformin (PROCHÁZKA a kol., 2012).

3.3 SPECIFICKÉ KOMPLIKACE U NEJBĚŽNĚJŠÍCH VÝKONŮ

Mezi specifické komplikace patří komplikace při diagnostické angiografii, které se mohou objevit ve vyšetřovaném orgánu nebo na jakémkoliv místě při manipulaci s katétre a vodičem. Klinicky se projevují akutní ischemií v postižené oblasti.

Při výkonu PTA může dojít k disekci, perforaci, distální embolizaci, akutnímu trombotickému uzávěru, spasmu tepny nebo nepříliš časté ruptuře tepny. Další komplikace mohou nastat při zavádění stentu.

Důkladnou přípravou pacienta (osobní anamnéza, informovaný souhlas, verifikační protokol aj.) lze zjistit, kteří pacienti jsou pro výkon rizikovější a tím předejít vzniku možných komplikací (PROCHÁZKA a kol., 2012).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ISCHEMICKOU CHOROBOU DOLNÍCH KONČETIN

V této kapitole jsme zpracovali ošetřovatelský proces u pacientky s ischemickou chorobou dolních končetin, která je hospitalizovaná na chirurgickém oddělení po endovaskulárním zákroku.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Z. M.	Pohlaví: ženské
Datum narození: 1924	Věk: 88
Adresa bydliště a telefon: Hranice	
Adresa příbuzných: Hranice	
RČ: xxxx	Číslo pojišťovny: pojištěna
Vzdělání: základní	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: Česká
Datum přijetí: 19. 2. 2015	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Chirurgické oddělení	Ošetřující lékař: MUDr. M. V.

Medicínská diagnóza hlavní:

Ateroskleróza končetinových tepen, bez gangrény

Medicínské diagnózy vedlejší:

Esenciální hypertenze

Stav po oboustranné totální endoprotéze kolen

Vředová choroba žaludku

Stav po resekci žaludku pro tumor

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Poslední dobou se mi hůř chodí, sotva obejdu domek. Chtěla bych zase chodit, jako dřív, proto podstupuji tuto operaci.“

Vitální funkce při přijetí 19. 2. 2015

TK: 135/80 mmHg	Výška: 150 cm
P: 69/min.	Hmotnost: 62 kg
D: 17/min.	BMI: 28
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: chůze s oporou hole
Stav vědomí: lucidní	Krevní skupina: A, Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata k plánovanému endovaskulárnímu výkonu, který byl proveden dne 20. 2. 2015. Při přijetí vyšetřena pro krátký klaudikační interval spíše vlevo. Dolní končetiny teplé, prokrvené, pulsace vpravo v třísele a na periferii dobrá, vlevo pulsace chabá. Periferie bez defektů a edémů.

Informační zdroje:

- Chorobopis pacientky
- Rozhovor s pacientkou
- Anamnestický dotazník

4.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

- Matka: zemřela v 86 letech stáří
- Otec: zemřel v 65 letech na CMP
- Sourozenci: bratr zemřel v 59 letech na Ca prostaty, bratr zemřel v 69 letech na Ca duodena
- Děti: syn zemřel v 50 letech na Ca prostaty, dcera zdravá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

- Sekundární hypertenze
- Chronická ischemická choroba srdeční
- Gonartrosa III. stupně dle WHO

- Vředová choroba žaludku

Hospitalizace a operace:

- Operace katarakty obou očí 5/2004
- Stav po totální endoprotéze obou kolen, vpravo 2/2006, vlevo 4/2007
- Stav po resekci žaludku pro tumor 11/2007

Úrazy: negativní

Transfúze: negativní

Očkování: povinné, poslední 2 roky očkována proti chřipce

Medikamentózní léčba:

Per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Verogalid ER	tbl	240 mg	1-0-0	Vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu
Cynt	tbl	0,2 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Loradur mite	tbl	2,5mg/25mg	1-0-0	Diuretikum, antihypertenzivum
Detralex	tbl	500 mg	1-0-1	Venofarmakum
Magnesium laktici	tbl	0,5 g	0-0-2	Soli a ionty, magnesium

Alergologická anamnéza:

- Léky: negativní
- Potraviny: negativní
- Chemické látky: negativní
- Jiné: negativní

Abúzy:

- Alkohol: negativní
- Kouření: 15 cigaret/den
- Káva: 2 kávy/den

- Léky: negativní
- Jiné: negativní

Gynekologická anamnéza:

- Menarche: od 15 let
- Cyklus: pravidelný
- Trvání: 38 let
- Menopauza: od 53 let
- Potíže klimakteria: negativní
- Samovyšetřování prsů: negativní
- Poslední gynekologická prohlídka: 2/2010

Sociální anamnéza:

- Stav: Vdova.
- Bytové podmínky: Žije se snachou v rodinném domě.
- Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině byly vždy velmi dobré. Rodina se o pacientku a její zdravotní stav zajímá. Dcera za ní pravidelně dojíždí.
- Vztahy mimo rodinu: Vztahy se sousedkou a blízkým okolím má dobré.
- Záliby: „Velmi ráda se starám o zahrádku a květiny. Chodím k sousedce na kávu a cigaretu“.
- Volnočasové aktivity: „Ráda se v televizi podívám na seriály a zábavné pořady, také ráda jezdím na venkov za vnučkou a pravnoučaty“.

Pracovní anamnéza:

- Vzdělání: Střední odborné s výučním listem.
- Pracovní zařazení: Důchodce, dříve prodavačka.
- Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Starobní důchod od 55 let.
- Vztahy na pracovišti: Pracovala v dobrém kolektivu a práce ji vždy bavila.
- Ekonomické podmínky: Finanční problémy nikdy neměla.

Spirituální anamnéza

- Religiózní praktiky: Pacientka je pasivně věřící, pouze ráda vzpomíná na svou svatbu v kostele.

Posouzení současného stavu ze dne 20. 2. 2015

POPIS FYZICKÉHO STAVU – FYZIKÁLNÍ ASSESMENT		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí.“	<p>Hlava: Normocefalická, pokleповě nebolestivá.</p> <p>Oči: Bulby ve středním postavení, spojivky růžové, zornice izokorické, skléry anikterické.</p> <p>Uši a nos: Bez výtoků.</p> <p>Rty: Růžové, suché.</p> <p>DÚ: Jazyk plazí středem, vlhký, růžový, hrdlo a tonsily klidné.</p> <p>Krk: Štítnice a uzliny nezvětšeny, pulsace na karotidách symetrická, žíly nepřeplněny.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	<p>Hrudník: Symetrický, bez deformit.</p> <p>Plíce: Dýchání sklípkovité, bez vedlejších dýchacích fenoménů.</p> <p>Dech: 17/min – eupnoe.</p>
Srdeční a cévní systém	„Mám vysoký tlak a špatné tepny na nohou, ucpávají se mi, všichni mi říkají, že to mám z cigaret.“	<p>Srdce: Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.</p> <p>TK: 135/80 – normotenze.</p> <p>P: 68/min.</p> <p>Cévy: ICHDKK</p> <p>LHK: PŽK zaveden 20. 2. 2015</p> <p>PDK: Pulsace v třísle a na periférii dobrá, bez defektů a otoku.</p> <p>LDK: V třísle LDK vpich do</p>

		femorální tepny, sterilně překrytý, s přiloženou kompresí.
Břicho a GIT:	„Jsem po operaci žaludku, ale jím všechno. S vyprazdňováním problémy nemám. Na stolici chodím pravidelně, každý den.“	Břicho: Měkké, palpačně nebolestivé, prohmatné, bez peritoneálního dráždění. Játra a slezina: Játra v oblouku, slezina nehmatná. Stolice: dnes nebyla
Močový a pohlavní systém	„S močením problémy nemám.“	Ledviny: Palpačně nebolestivé. Močový systém: Bez známek infekce. Prsa: Prsy bez patologie.
Kosterní a svalový systém	„Cítím se víc unavená, nejvíce mi vadí, že už nemůžu chodit jako dřív. Ujdu kousek a musím si odpočinout. Ted po zákroku musím ležet.“	Poloha: Vleže na zádech. Páteř: Bez patologických změn. Horní a dolní končetiny: Bez deformit. Klaudikační bolesti LDK s krátkým intervalem 50 metrů. Klouby: Stav po totální endoprotéze obou kolen. Svalová síla a tonus: Chodící s oporou vycházkové hole.
Nervový a smyslový systém	„Nepozoruji na sobě žádné změny. Sluch i zrak mám v pořádku.“	Vědomí: Lucidní. Orientace: Orientovaná všemi směry. Reflexy: Zachovalé. Zrak: Stav po operaci obou očí pro kataraktu, vidí dobře. Sluch: Normální.
Endokrinní systém	„Žádné takové onemocnění nemám.“	Bez patologického nálezu.
Imunologický systém	„Alergii nemám na nic, teplotu nemám.“	Alergická anamnéza: negativní TT: 36,6 °C

Kůže a její adnexa	„Kůži na celém těle mám suchou. Hodně se musím promazávat.“	Kůže: Suchá, anikterická. Jizvy po operacích klidné. Kožní turgor: Snížený. Sliznice: Vlhké, růžové. Nehty: Upravené, čisté. Vlasy: Upravené, střižené na krátko. Operační rána: V levém tříse rána o velikosti 0,5 cm po intervenčním zákroku, krytá sterilním krytím s přiloženou kompresí.
---------------------------	---	--

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka spolupracující, na otázky odpovídá ochotně a otevřeně. Fyziologické funkce měřeny v pravidelných intervalech (první 4 hodiny každých 30 minut, další 4 hodiny každou hodinu). Kontrola rány po intervenčním zákroku (4 hodiny po výkonu každých 15 minut, další 4 hodiny každých 30 minut, další 4 hodiny každou hodinu).

Aktivity denního života ze dne 20. 2. 2015

Aktivity denního života			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	Doma	„Doma sním všechno, co si uvařím. Nejráději mám českou kuchyni.“	Stav výživy dobrý.
	V nemocnici	„Já si v jídle nevybírám. A tady to mám navařené a nachystané, o nic se nemusím starat.“	Váha: 62 kg Výška: 150 cm Dieta: 2 šetřící BMI: 28 – nadváha
Příjem tekutin	Doma	„Doma piju různé čaje, vodu a kávu. Sladké vody nemám ráda. Někdy si dám po obědě trochu piva. Za den vypiju asi 1,5 l tekutin.“	Pacientka jeví sklony k dehydrataci, kožní turgor snížený.
	V nemocnici	„Ten čaj, co tu mají je dobrý, jen se mi špatně pije vleže, musím pít brčkem.“	Monitoring příjmu tekutin za 24 hodin/ 1 800 ml
Vylučování moče	Doma	„Potíže s močením, nemám.“	Pacientka neužívá inkontinentní pomůcky, je plně kontinentní.
	V nemocnici	„Bojím se, jak budu zvládat močit na mísu. Musím ležet, až do zítřejšího odpoledne, tak nevím, jak to půjde.“	Z důvodu klidového režimu je pacientce podkládána podložní mísa.

Vylučování stolice	Doma	„Na stolici chodím každý den. Nikdy jsem s tím problém neměla.“	Poslední stolice 19. 2. 2015.
	V nemocnici	„To je skoro stejné jako s močením. Nevím, jak to zvládnou.“	Na stolici nebyla.
Spánek a bdění	Doma	„Doma spím dobře, ale někdy mě budily bolesti nohou. Spát chodím kolem 21:00 hodin a budím se mezi 6:00 – 7:00 hod. ranní.“	Pacientka bez známek únavy.
	V nemocnici	„Pospávám, chvílemi sleduji televizi.“	Klidná, pospává.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda se starám o zahrádku a květiny, také jsem vykonávala drobné domácí práce. Po obědě jsem si na hodinku zdřímla. V noci mě někdy budily bolesti v nohách.“	Mobilní s oporou vycházkové hole, pomalejší tempo, soběstačná.
	V nemocnici	„Jsem po operaci, tak musím ležet.“	Z důvodu provedení endovaskulárního zákroku má pacientka naordinován klidový režim po dobu 24 hodin.
Hygienická péče	Doma	„Doma se sprchuji každý den. Ve všem jsem samostatná. Důležitá je pro mě hygiena rukou před každým jídlem.“	Má vypěstovány dostatečné hygienické návyky.

	V nemocnici	„Musím ležet, tak mě asi umyjí sestřičky.“	Z důvodu klidového režimu zajišťuje hygienickou péči u pacientky personál.
Samostatnost	Doma	„Doma jsem byla zcela samostatná.“	Soběstačná pacientka.
	V nemocnici	„Jsem po operaci a úplně se vším mě pomáhají sestřičky.“	Pacientka z důvodu klidového režimu po endovaskulárním zákroku je zcela odkázaná na péči personálu.

Posouzení psychického stavu ze dne 20. 2. 2015

Posouzení psychického stavu			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí		„Jsem unavená, ale ráda, že mam operaci za sebou.“	Pacientka je při plném vědomí, lucidní.
Orientace		„Jsem v nemocnici na chirurgii. Dnes je 20. února 2015. Bydlím v Hranicích. Jmenuji se Z. M. a ležím tu, protože jsem po operaci nohy.“	Pacientka je orientována všemi směry.
Nálada		„Náladu mám dobrou.“	Pacientka má dobrou náladu.
Paměť	Staropaměť	„Ze svého dětství a mládí si pamatuji vše.“	Pacientka problémy s pamětí nemá.
	Novopaměť	„I teď ve stáří si pamatuji všechno.“	Pacientka problémy s pamětí nemá.
Myšlení		„Zaplat' Pán Bůh, myslí mi to dobře.“	Pacientka na otázky odpovídá adekvátně.
Temperament		„Jsem přátelská, veselá a mám ráda lidi.“	Pacientka je extrovert.
Sebehodnocení		„Jsem obyčejný člověk, s obyčejnými potřebami.“	Pacientka se hodnotí přiměřeně.
Vnímání zdraví		„Zdraví je jedna z nejdůležitější věci, co v životě máme.“	Pacientka vnímá zdraví jako velmi důležité.
Vnímání zdravotního stavu		„ Vždyť já už mám, jak se říká odžito, ale umřít se nechystám. Nohy v mém věku bolí každého.“	Pacientka svůj zdravotní stav vnímá pozitivně.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Myslím, že reaguji jako každý jiný člověk, který má takové potíže jako já.“	Pacientka je adaptována na onemocnění.
Reakce na hospitalizaci	„Hospitalizaci vnímám pozitivně, protože věřím, že mi tady pomůžete.“	Pacientka na hospitalizaci reaguje přiměřeně.
Adaptace na onemocnění	„Nejsem v nemocnici poprvé, a s nohama už jsem v nemocnici byla několikrát.“	Adaptace je u pacientky přiměřená.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres).	„Nebojím se ničeho, věřím, že vše dobře dopadne.“	Pacientka věří, že bude zase chodit jako dřív.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Už jsem byla několikrát v nemocnici, ale vždy se ke mně všichni chovali moc pěkně.“	Pacientka má z předchozích hospitalizací pozitivní zkušenosti.

Posouzení sociálního stavu ze dne 20. 2. 2015

Posouzení sociálního stavu			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Komunikace	Verbální	„Myslím, že jsem hodně upovídaná, ale to mám z práce, pracovala jsem celý život s lidmi.“	Slovní zásoba pacientky je přiměřená.
	Neverbální		Ke komunikaci využívá mimiku, gestiku, posturologii.
Informovanost	O nemocnění	„Tekla mi málo krev do nohy, proto mě bolela.“	Pacientka má dostatek informací od ošetřujícího lékaře.
	O diagnostických metodách	„Paní doktorka mě všechno vysvětlila.“	Pacientka má dostatek informací od ošetřujícího lékaře.
	O léčbě a dietě	„Paní doktorka mě upozornila, že hlavně musím přestat kouřit a snažit se co nejvíc chodit.“	Pacientka má dostatek informací od ošetřujícího lékaře, ale nepřikládá jim patřičnou váhu.
	O délce hospitalizace	„Pokud všechno dobře dopadne a nebudou komplikace, tak za tři dny půjdu domů.“	Pacientka má dostatek informací od ošetřujícího lékaře.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„ Jsem žena a je mi 88 let.“	Primární role není ovlivněna hospitalizací.
	Sekundární (související s rodinou a	„Jsem matka, babička, prababička, snacha, tchýně, kamarádka.“	Sekundární role je částečně narušena hospitalizací.

stylu v průběhu nemoci a hospitalizac e)	společenskými funkcemi)		
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Ráda pracuji na zahrádce a starám se o květiny a také sleduji televizní pořady.“	Terciální role je částečně narušena hospitalizací.

4.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Pro plánovaný výkon byla laboratorní vyšetření provedena cestou praktického lékaře dne 13. 2. 2015

Anamnestické údaje: (viz anamnéza)

Fyzikální vyšetření: Orientační cévní vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí.

Laboratorní vyšetření:

- Krev: Základní biochemické vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, Ca, ALT, AST, AMS, cholesterol, triacylglycerol, glukosa, CRP), krevní obraz a diferenciál, koagulační vyšetření (Protrombinový test, INR, APTT).
- Moč: Biochemické vyšetření – moč a sediment.

Výsledky:

- Orientační cévní vyšetření: ABI LDK 0,45, slabě hmatný puls v třísle na LDK.
- Biochemické vyšetření krve: Urea 3,4 mmol/l, triacylglycerol 1,95 mmol/l, CRP 8,40mg/l, ostatní laboratorní hodnoty v normě.
- Krevní obraz: Laboratorní hodnoty v normě.
- Koagulační vyšetření: Protrombinový test 11,60 S, ostatní laboratorní hodnoty v normě.
- Biochemické vyšetření moče: Leukocyty 26 /ul, hlen 1, ostatní laboratorní hodnoty v normě.

Přístrojové vyšetřovací metody:

- EKG ze dne 13. 2. 2015 – bez patologického nálezu.
- RTG srdce a plic ze dne 13. 2. 2015 – bez patologického nálezu.

Ordinovaná vyšetření během hospitalizace:

- Sledování fyziologických funkcí 3x denně, po intervenčním zákroku dle ordinace lékaře – první 4 hodiny každých 30 minut, další 4 hodiny každou hodinu.

- Sledování místa vpichu – 4 hodiny po výkonu každých 15 minut, další 4 hodiny každých 30 minut, další 4 hodiny každou hodinu.
- Sledování celkového zdravotního stavu.

Konzervativní léčba:

- Dieta: 2 – šetřící
- Pohybový režim: klidový režim na lůžku
- Výživa: perorální

Medikamentózní léčba:

Per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Verogalid ER	tbl	240 mg	1-0-0	Vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu
Cynt	tbl	0,2 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Loradur mite	tbl	2,5mg/25mg	1-0-0	Diuretikum, antihypertenzivum
Detralex	tbl	500 mg	1-0-1	Venofarmakum
Magnesium laktici	tbl	0,5 g	0-0-2	Soli a ionty, magnesium
Trombex	tbl	75 mg	1-0-0	Antiagregancium

Subcutánní

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Heparin	inj	5000 j	1-1-1	Antikoagulancium

Endovaskulární výkon:

- První den hospitalizace byl u pacientky proveden zákrok PTA na LDK s implantací stentu v lokální anestezii. Na LHK v loketní jamce zaveden periferní žilní katétr, toho času bez známek infekce, dle Madonnovy škály na čísle 0. Měřily se FF dle ordinace lékaře, prováděla se kontrola místa vpichu, funkčnost komprese a sledoval se celkový zdravotní stav pacientky.
- Druhý den byl zrušen PŽK, okolí po vpichu klidné, bez známek zánětu, dle Madonnovy škály na čísle 0, FF měřeny 3x denně, proveden převaz místa vpichu na LDK roztokem Betadiny a sterilním překrytím.
- Třetí den byla pacientka propuštěna v dobrém stavu do domácího ošetření. Místo vpichu bylo klidné, čisté, nekrvácelo. Odvoz byl zajištěn sanitním vozem.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 19. 2. 2015 byla plánovaně přijatá pacientka na chirurgické oddělení k endovaskulárnímu výkonu na LDK. Výkon byl naplánován cestou cévní ambulance, kam pacientka docházela pro zhoršující se bolesti LDK zejména při chůzi (klaudikační interval 50 m). Obvodním lékařem bylo zajištěno předoperační vyšetření (laboratorní vyšetření krve a moče, EKG, RTG srdce a plic). Pacientka je plně orientovaná, komunikace je na dobré úrovni. Odebrána ošetřovatelská anamnéza, sepsán informovaný souhlas s výkonem, pacientka poučena o výkonu a hodnocení bolesti dle VAS.

V den výkonu 20. 2. 2015 je zaveden periferní žilní katétr v loketní jamce LHK, toho času bez známek infekce, dle Madonnovy škály na čísle 0. Dopoledne proveden výkon na hybridním operačním sále, po výkonu je pacientka převezena zpět na chirurgické lůžkové oddělení. V levém třísele má sterilně překrytou ránu velikosti 0,5 cm s přiloženou kompresí na 6 hodin. Dle rozpisu lékaře jsou sledovány FF, kontrolována rána a monitorována bilance tekutin. Pacientka udává bolest v levém třísele, která je hodnocena na vizuální analogové škále č. 6. Bez infuzní terapie, periferní žilní katétr ponechán.

Po výkonu je u pacientky nařízen na 24 hodin klidový režim na lůžku, včetně zvedání hlavy a pokrčení LDK. Pacientka je klidná, mimo bolesti jiné potíže neudává.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest z důvodu provedeného intervenčního výkonu na LDK projevující se verbalizací pacientky vyjádřené na stupnici VAS č. 6 – priorita střední.
- Porušená kožní integrita z důvodu intervenčního zákroku na LDK projevující se ránou velikosti 0,5 cm – priorita střední.
- Imobilizace z důvodu provedeného intervenčního zákroku projevující se nutností dodržovat klidový režim – priorita střední.
- Snížená sebeděče v oblasti vyprazdňování moče z důvodu klidového režimu po intervenčním zákroku projevující se nemožností dojít si na toaletu – priorita střední.
- Snížená sebeděče při jídle a pití z důvodu klidového režimu po operačním zákroku projevující se nemožností zaujmout vhodnou polohu při jídle a příjmu tekutin – priorita střední.
- Deficit vědomostí o problematice onemocnění projevující se porušováním léčebného režimu, především kouřením – priorita střední.

Potenciální diagnózy:

- Riziko krvácení z důvodu intervenčního zákroku.
- Riziko narušení fyziologických funkcí z důvodu intervenčního zákroku.
- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Akutní bolest z důvodu provedeného intervenčního výkonu na LDK projevující se verbalizací pacientkou vyjádřené na stupnici VAS 6 – priorita střední.</p>
<p>Cíl: Dojde ke zmírnění bolesti.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientka verbalizuje snížení bolesti o 2 stupně VAS (4) po podání analgetika do 30 minut. ➤ Pacientka udává snížení bolesti o 4 stupně VAS (2) do 60 minut. ➤ Pacientka má dostupnou analgetickou terapii při vzestupu bolesti. ➤ U pacientky je sledována bolest po celou dobu hospitalizace pomocí VAS.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sleduj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti – sestra, zdravotnický asistent. ➤ O intenzitě bolesti informuj lékaře – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Sleduj nonverbální projevy bolesti (bolestivé grimasy v obličeji aj.) – sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář. ➤ Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Nabídni pacientce alternativní metody vedoucí ke ztlumení bolesti odvedením pozornosti: dechová cvičení, pokrčení končetiny, na které nebyl proveden zákrok, mírné podložení operované končetiny pomocí kompenzačních pomůcek, poslouchání hudby, komunikace s blízkými, sledování televize – sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář. ➤ Pouč pacientku jak postupovat při zhoršení bolesti – sestra, zdravotnický asistent.
<p>Realizace: 20. 2. 2015</p> <p>Pacientka verbalizuje bolest v třísle LDK na stupni č. 6 dle škály VAS. Analgetizaci pacientka odmítá, lékař informován, intenzita bolesti dále sledována, pacientka poučena o alternativních metodách vedoucích ke ztlumení bolesti.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoring lokalizace, charakteru, intenzity, vyvolávajícího a utišujícího faktoru bolesti. ➤ Aplikace analgetik dle ordinace lékaře a sledování účinku – pokud bude

pacientka analgetizaci vyžadovat.

- Provedení záznamů do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka nadále analgetizaci odmítá, ale udává zmírnění bolesti na stupeň č. 4 dle škály VAS. Provádí dechová cvičení na lůžku a pohybuje končetinou, na které nebyl proveden operační zákrok. Sleduje televizi, pospává, měla návštěvu.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Bolest byla snížena použitím alternativních technik s ještě doznívající lokální anestezií. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Porušená kožní integrita z důvodu intervenčního zákroku projevující se ránou velikosti 0,5 cm – priorita střední.</p>
<p>Cíl: Obnovit celistvost kůže.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rána nebude krváčet do 24 hodin po výkonu. ➤ Nedojde ke vzniku infekce v ráně do 24 hodin. ➤ Dojde k obnovení celistvosti kůže do 7 dnů.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontroluj funkčnost komprese na ráně – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Sleduj krvácivé projevy a kontroluj sekundární krytí – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Prováděj převazy rány dle ordinace lékaře – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Při převazu seznam pacientku s prováděným výkonem – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Při převazu postupuj asepticky, používej sterilní materiál – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Hodnocení stavu rány zaznamenávej do zdravotnické dokumentace a změny hlas ošetřujícímu lékaři – sestra, zdravotnický asistent.
<p>Realizace: 20. 2. 2015</p> <p>Operační rána je pravidelně kontrolována dle ordinace lékaře. Na místě rány je přiložena komprese (sáček s pískem), komprese je funkční – krytí neprosakuje, v okolí rány není přítomna krev ani hematoma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ kontrola přiložení komprese ➤ kontrola sekundárního krytí a okolí rány ➤ provedení záznamů do zdravotnické dokumentace ➤ aseptický převaz rány po 24 hodinách
<p>Hodnocení:</p> <p>Po stanovenou dobu byla komprese plně funkční, rána a okolí bez krvácivých projevů. Po 24 hodinách při převazu rána nevykazuje známky infekce. Hojení per primam.</p>

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Hojení rány probíhá bez komplikací. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

<p>Ošetrovatelská diagnóza</p> <p>Imobilizace z důvodu provedeného intervenčního zákroku projevující se nutností dodržovat klidový režim v poloze na zádech.</p>
<p>Cíl: Dodržení doby nutné imobilizace.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientka dodržuje klidový režim, včetně zákazu zvedání hlavy a pokrčení LDK – ihned. ➤ Pacientka využívá signalizační zařízení – ihned. ➤ Pacientka toleruje polohu na zádech s využitím pomůcek pro zvýšení komfortu – do 20 minut. ➤ Nevzniknou komplikace z důvodu nedodržení klidového režimu – 24 hodin.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouč pacientku o nutnosti dodržení klidového režimu – lékař, sestra, zdravotnický asistent. ➤ Kontroluj dodržování restriktivních opatření – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Zajisti pacientce dostupnost signalizačního zařízení – sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka, sanitář. ➤ Umožni pacientce zaujmout co nejpohodlnější polohu s využitím dostupných pomůcek (podložení LDK) – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Zajisti pacientce co nejvyšší komfort po dobu upoutání na lůžko (sledování TV apod.) – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Kontroluj projevy spojené s nedodržením klidového režimu po zákroku – sestra, zdravotnický asistent. ➤ Dodržování restriktivních opatření zaznamenávej do zdravotnické dokumentace – sestra, zdravotnický asistent.
<p>Realizace: 20. 2. 2015</p> <p>Pacientka poučena o nutnosti dodržování klidového režimu, uložena do vodorovné polohy na zádech, je zajištěna dostupnost signalizačního zařízení k ruce pacientky. Pacientka rozumí důležitosti režimového opatření.</p> <p>Pacientka je pravidelně kontrolována sestrou, zaujímá vodorovnou polohu, kompenzační pomůcky nevyžaduje, pospává.</p>

- upozornění pacientky na důležitost dodržování klidového režimu
- uložení pacientky do polohy na zádech s využitím pomůcek
- kontrola funkčnosti signalizace
- zajištění dostupnosti signalizace
- provedení záznamů do zdravotnické dokumentace

Hodnocení:

Pacientka 24 hodin tolerovala klidový režim, nedošlo ke komplikacím. Dobře spolupracovala, dodržovala omezení.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn. Na plánovaných intervencích není třeba pokračovat.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení pro plánovaný endovaskulární výkon – PTA na levé dolní končetině. Při přijetí byla klidná, plně orientovaná, spolupracovala. Pacientka byla seznámena s operačním výkonem, byl sepsán informovaný souhlas a odebrána ošetřovatelská anamnéza.

První den hospitalizace byl proveden výše uvedený výkon, po kterém bylo nutné dodržovat klidový režim 24 hodin. Po výkonu dle ordinace lékaře sledoval zdravotnický personál ránu v levém třísele, funkčnost komprese, bolest, monitoroval fyziologické funkce a sledoval celkový stav pacientky. Byla zajištěna komplexní ošetřovatelská péče, včetně podávání stravy a tekutin na lůžku. Pacientka měla zajištěný periferní žilní katétr pro infuzní analgetickou terapii, kterou však odmítala.

Druhý den po výkonu byl odstraněn periferní žilní katétr, místo vpichu bylo bez známek infekce, dle Madonnovy škály na čísle 0. Místo punkce tepny v třísele je klidné, nekrvácí, je ošetřeno dezinfekcí lokálně roztokem Betadiny a sterilně přelepeno. Fyziologické funkce jsou stabilní. Bolest již pacientka neudává. V poledne pacientka za pomoci personálu vstala, došla si na WC. Odpoledne s pomocí opěrné hole se krátce prošla po oddělení.

Třetí den je zhodnocen celkový stav pacientky, FF jsou v normě, třísele po vpichu klidné, nekrvácí. LDK je teplá, prokrvená, pulsace na ADP + subjektivně se pacientka cítí dobře. Po vizitě je v uspokojivém stavu propuštěna do domácího ošetřování.

Kontrola v cévní ambulanci se změřením ABI je naplánována na 20. 3. 2014. Odvoz je zajištěn sanitním vozem.

4.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak již bylo uvedeno, ischemická choroba dolních končetin je onemocnění, které omezuje a ovlivňuje nemocné v mnoha oblastech. Pro plánování a vykonávání efektivní ošetrovatelské péče je nutné mít komplexní znalosti o této problematice. Pro možnosti prevence je nutné znát rizikové faktory a příčiny onemocnění, pro diagnostiku a zjišťování stádia nemoci je velmi důležitá znalost klinického obrazu a pro pozitivní ovlivnění kvality života je významná komplexní léčba. Z výše popsaného ošetrovatelského procesu a uvedených ošetrovatelských diagnóz vyplývá, že nejčastějšími problémy, které se vyskytují v souvislosti s intervenčním zákrokem, jsou bolest a poškození kožní integrity, imobilizace, snížená schopnost sebepéče a nedostatek informací o onemocnění.

Ischemická choroba dolních končetin je závažné onemocnění, u kterého je velmi důležitá zejména prevence a s ní spojená eliminace rizikových faktorů. Stejně důležitá je komplexní péče, ve které hraje hlavní úlohu tým zdravotního personálu pečujícího o nemocného, rodina, ale také samotný pacient, který musí dodržovat správný životní styl, vycházející z dodržování veškerých pokynů a rad ošetřujícího lékaře a obecných doporučení pro pacienty s touto nemocí.

Doporučení pro pacienta:

- Minimalizovat všechny rizikové faktory, do kterých se řadí zejména kouření, nedostatek pohybu, cukrovka a vysoký krevní tlak.
- Dbát doporučení lékaře, tj. dodržovat medikaci a chodit na pravidelné kontroly.
- Změnit životní styl, který zahrnuje dostatek pohybu, zdravou stravu, absolutní zákaz kouření a pohybovou léčbu v odborných zařízeních.
- V případě potřeby vyhledat odbornou pomoc (konzultace s odborníkem, poradenská činnost...).

Doporučení pro rodinu:

- Psychicky podporovat nemocného ve všech oblastech jeho potřeb.
- Nepodceňovat problémy nemocného, ale vždy se mu snažit pomoci.
- Být aktivní ve změně jeho životního stylu a být mu oporou.

- Nechat nemocného postupovat svým vlastním tempem, aktivně ho povzbuzovat.
- Motivovat ho a pomáhat mu zvládat změny, které souvisí s novým životním stylem.

Doporučení pro zdravotníky:

- Pozitivně přistupovat k práci, ke kolegům a k pacientům.
- Spolupracovat se všemi odborníky, kteří se podílejí na celkové péči o nemocného s ICHDK.
- Mít k dispozici edukační materiál a předávat nemocnému i jeho rodině dostatek informací o ICHDK včetně prevence, léčby a následné domácí péče.
- Celoživotně se vzdělávat, aby byla zdravotní péče co nejkvalitnější.
- Být empatický, vstřícný, komunikativní, umět relaxovat, bojovat proti stresu a syndromu vyhoření.
- Správně motivovat pacienta tak, aby byl aktivní a zodpovědný v péči o své zdraví.
- Vzbuzovat zájem nemocného o léčebný tělocvik v rehabilitačních centrech i v domácím prostředí.

ZÁVĚR

Ischemická choroba dolních končetin je vážné a velmi časté onemocnění, které je řazeno do skupiny kardiovaskulárních onemocnění. Je hlavní příčinou morbidit a mortality v současném vyspělém světě.

Problematika tohoto onemocnění zahrnuje nejen samotnou léčbu, ale také informace o fyzickém, psychickém, sociálním a spirituálním stavu nemocného. Lze předpokládat, že ischemická choroba dolních končetin negativně ovlivňuje každou z výše jmenovaných oblastí. Záleží samozřejmě na stadiu onemocnění a délce trvání příznaků. Bolest jako hlavní příznak onemocnění omezuje nemocného v oblasti sebeobsluhy a v běžných denních aktivitách.

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo upozornit na problematiku ischemické choroby dolních končetin, popsat formy, léčbu, prevenci tohoto onemocnění aj. Dále práce přibližuje specifika práce všeobecné sestry na katetrizačním sále intervenční radiologie a upozorňuje na možná rizika a komplikace po endovaskulárním výkonu.

Po zhodnocení průběhu hospitalizace v ošetrovatelském procesu, který je vypracován v praktické části této práce, je zřejmé, že zprůchodnění tepen je prvním krokem celého procesu. Další kroky zahrnují veškeré aktivity související se změnou životního stylu a snahu o to, aby se nemocný s těmito změnami co nejlépe vyrovnal a zahrnul je do svého běžného života. Na této dlouhé cestě je důležitá jak aktivní účast nemocného, tak obrovská podpora ze strany rodiny a všech jeho blízkých.

Vypracováním bakalářské práce bylo zjištěno, že zásadním problémem je zejména nedostatečná informovanost pacientů o nemoci. V souvislosti s tímto faktem byla vypracována nejdůležitější doporučení pro pacienta, rodinu i zdravotní personál. Lze se domnívat, že dodržováním těchto pokynů lze významně přispět ke zkvalitnění života nemocných, jehož hlavním cílem je smysluplný, aktivní život a prodloužení věku nemocného. Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BACHLEDA, Petr a kol. *Cévní chirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 136 s. ISBN 978-80-244-2958-8.

BROTÁNEK, Jaroslav. Pacient s ischemickou chorobou dolních končetin a nemožností další revaskularizační léčby. *Kazuistiky v diabetologii*. 2014, roč. 12, č. 2, s. 4-7. ISSN: 1214-231X.

ČEŠKA, Richard a kol. *Interna*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010. xix, 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

EASTERLOW, Dean, HODDINOTT, Phill a HARRISON, Stephanie. Implementing and standardising the use of peripheral vascular access devices. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, roč. 19, č. 5/6, s. 721-727 [cit. 2015-05-05]. ISSN:0962-1067. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03098.x.

GAUTAM, Milan et al. Importance of Fatty Acid Compositions in Patients with Peripheral Arterial Disease. *PLoS ONE*. 2014, roč. 9, č. 9, s. 1-7 [cit. 2015-05-05]. ISSN:1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0107003.

CHOCHOLA, Miroslav. Ischemická choroba dolních končetin. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 172-173. ISSN: 1214-8687.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 162 s. ISBN 978-80-7013-536-5.

KARETOVÁ, Debora, ROZTOČIL, Karel a HERBER, Otto. *Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. 12 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-43-5.

KARETOVÁ, Debora a kol. *Angiologie pro praxi*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©2007. 400 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-115-8.

- KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, ©2011. xlii, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. xxiv, 777 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod od ošetrovatelství: systémový přístup. 1. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9.
- MUSIL, Dalibor. Ischemická choroba dolních končetin. *Interní medicína pro praxi*. 2007, roč. 9, č. 4, s. 170-174. ISSN: 1212-7299.
- PROCHÁZKA, Václav a kol. *Vaskulární diagnostika a intervenční výkony*. Praha: Maxdorf, ©2012. 217 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-284-1.
- ROZTOČIL, Karel. Ischemická choroba dolních končetin. *Angis revue*. 2011, roč. 4, č. 3-4, s. 16-18.
- SLOVÁČEK, Ladislav a kol. Kvalita života u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 5, s. 27-29. ISSN: 1801-1349.
- SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana a MASÁR, Oto. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. Libirix.eu. ISBN 978-80-7399-289-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 280 s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
- VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Ischemická choroba dolních končetin - diagnóza v primární péči?. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 9, s. 969-971. ISSN: 1212-4184.
- WARREN, Ed. Ten thingsthepracticenursecan do aboutPeripheralArterialDisease. *PracticeNurse*. 2013, roč. 43, č. 12, s. 14-17. ISSN:0953-6612.
- ZIMOLOVÁ, Petra. Ischemická choroba dolních končetin. *Practicus*. 2014, roč. 13, č. 4, s. 17-19. ISSN: 1213-8711.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

KŘEČKOVÁ, Eva. Ischemická choroba dolních končetin. *MUDr. Eva Křečková*[online]. © 2015 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.kreckova.medikus.cz/o-nemocech/ischemicka-choroba-dolnich-koncetin-1075>.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* [online]. 2. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2014. [cit. 2015-05-05]. ISBN 978-80-902876-9-3. Dostupné z: <http://www.vszdrav.cz/cz/vszdrav/dokumenty/>

Peripheral arterial occlusive disease. *Bayer HealthCare: Science For A Better Life* [online]. Bayer Pharma AG, 2015. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <https://pharma.bayer.com/en/therapeutic-areas/therapeutic-areas-a-z/peripheral-arterial-occlusive-disease.php>

Stádia aterosklerózy – kornatění tepen. In: *Symptomy.cz - databáze příznaků a indikací častých nemocí* [online]. Brno: Syntex, 2009-2015. [2015-05-20]. ISSN 2336-6540. Dostupné z: <http://www.symptomy.cz/nemoc/ateroskleroza>

Velký lékařský slovník [online]. Praha: Maxdorf, 2008- [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas s PTA

Příloha č. 2 - Stádia aterosklerózy – kornatění tepen

Příloha č. 3 - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha č. 4 - Rešerše



**Poučení a informovaný souhlas pacienta
s perkutánní transluminální angioplastikou – PTA (rozšíření zúžené cévy)**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Vážená pacientko, paciente

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevil(a) Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme perkutánní transluminální angioplastiku.

Název výkonu

**Perkutánní transluminální angioplastika – PTA
(rozšíření zúžené cévy)**

Účel výkonu

PTA (rozšíření zúžené cévy), ke kterému jste se dostavil(a) na naše pracoviště, je specializovaný výkon, kterým se pomocí speciálně upraveného balónkového katétru (cévky) léčí zúžení a uzavěry cév.

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné!

4 hodiny před vyšetřením nejíst, čiré tekutiny je možné přijímat v množství 100ml/hod.

Technika PTA:

Principem metody je mechanické rozšíření zúženého či uzavřeného úseku cévy.

Vlastní výkon:

- punkce (napíchnutí) přístupové cévy v místním znecitlivění
- po punkci se zavede přes jehlu do cévy vodič (speciální, měkký, ohebný drát)
- jehla se po vodiči odstraní, zatímco vodič je ponechán v cévním řečišti
- po vodiči se zavede dilatační katétr (cévka) do zúženého nebo uzavřeného místa
- v případě čerstvých uzavěrů budou pro prvotní zprůchodnění použity látky rozpouštějící krevní sraženiny (trombolýza)
- nafouknutím balónku se provede vlastní rozšíření
- v případě neúčinnosti metody bude situace řešena zavedením stentu (kovové výztuže, jejímž cílem je udržet průsvit a tím průchodnost cévy)
- během výkonu jsou podávány látky proti srážení krve
- po provedení dilatace (rozšíření) je výkon ukončen odstraněním nástrojů a místo vpichu bude stlačeno po dobu 10 - 15 minut.

Při výkonu je pro získání kvalitních výsledků nezbytně nutná Vaše spolupráce ve smyslu naprostého pohybového klidu. Aplikace kontrastní látky, která je vždy spojena s tímto výkonem, je spojená s pocitem tepla, rozlévajícího se po celém těle.

Po výkonu je nezbytné!

- dostatečný přívod tekutin
- klid na lůžku 8 – 24 hodin, dle ordinace lékaře

V případě jakýchkoliv potíží (tlak, teplo v oblasti punkce, bolesti břicha, hlavy či končetiny na straně vpichu atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení toku krve ve zúžené cévě nebo její zprůchodnění vedoucí k výraznému zlepšení cirkulace krve.

Alternativa výkonu
Chirurgické zlepšení cirkulace krve.

Možná rizika zvoleného výkonu
Možné komplikace:
Komplikace PTA přicházejí zřídka. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení nástrojů i kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení.
Nejčastější možné komplikace jsou:
- komplikace v místě vpichu, nejčastěji hematom
- rozrušení a uvolnění aterosklerotického plátu s následným vmetkem do cévního řečiště
- krvácení do tělních tkání a orgánů (platí při použití trombolýzy) alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji jsou lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až ohrožení života.

Následky výkonu
Pokud nedojde k závažné výše uvedené komplikaci, která může vést ke zhoršení stavu, pak bez možných následků.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Označte správnou odpověď	
	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
1. Měl jste alergickou reakci po předchozím podání jodové kontrastní látky intravenózně?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
2. Léčíte se na astma bronchiale?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
3. Jste těhotná?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
4. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
5. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že jsem lékařům nezamířel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba(osoby):			ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:		
Přeji si, aby výše uvedená osoba(osoby) měla právo:				
a) nahližet do mé zdravotnické dokumentace			ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*			ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 67bb odst. 4 písm. b) zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotního pracovníka, který provedl poučení	Podpis oprávněného zdravotního pracovníka, který provedl poučení	Razítko zdravotnického pracoviště

Jméno a příjmení lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Podpis lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Datum:	Hodina

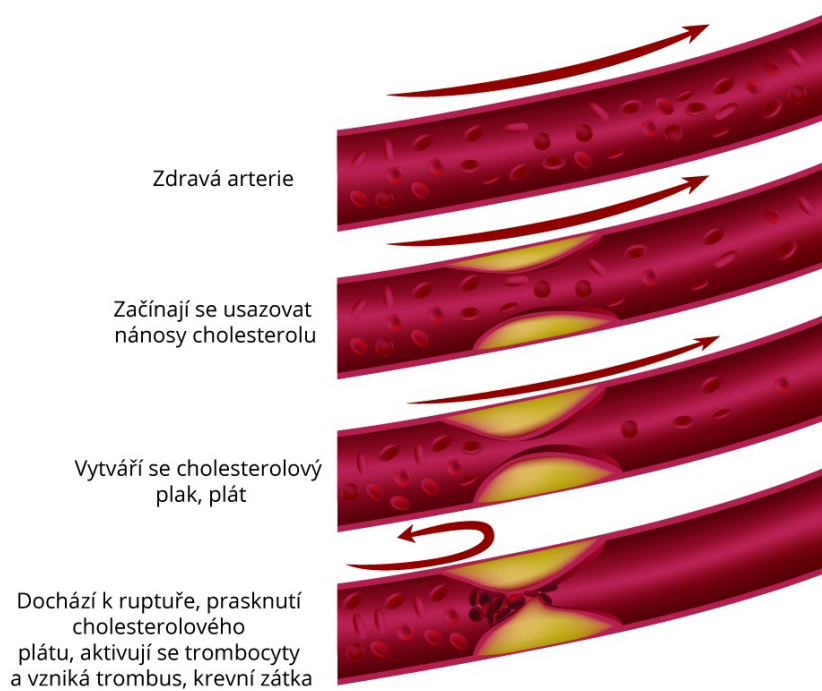
Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient(ka) souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacienta(tky)	Datum	Podpis pacienta(tky)

Zpracoval: doc. MUDr. Martin Kócher, Ph.D. zástupce přednosty pro LP
Přednosta: prof. MUDr. Miroslav Heřman, Ph.D.

Stádia aterosklerózy – kornatění tepen



symptomy.cz

Zdroj: <http://www.symptomy.cz/nemoc/ateroskleroz>

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Divilová Irena	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	FN Olomouc Radiologická klinika	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojena s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojena s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího odboru Úseku nelékařských odborů	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelékařské péče
Fakultní nemocnice Olomouc

V Majetině 22.04.2015

podpis studenta

Irena Divilová

Vědecká knihovna v Olomouci
Bezručova 2, 771 99 Olomouc
Informační služba: is@vkol.cz

Téma: Ošetřovatelský proces u pacientky s ischemickou chorobou dolních končetin
Klíčová slova: ischemická choroba dolních končetin, ošetřovatelská péče, pacient, sestra
Časové vymezení: 2003-2014
Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština
Druhy dokumentů: knihy, články, stati
Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna, Národní knihovna Praha, EBSCO

ADÁMKOVÁ, S. Polymorbidní pacient s ischemickou chorobou dolních končetin. *Kazuistiky v diabetologii*. 2014, roč. 12, č. 2, s. 8-9. ISSN: 1214-231X.

ADÁMKOVÁ, Irena. Problematika ischemie dolních končetin. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 52-53. ISSN: 1210-0404.

ALONSO, Alvaro et al. *Peripheral vascular disease*. Sudbury: Jones and Bartlett, ©2011. xi, 204 s., [4] s. obr. příl. ISBN 978-0-7637-5538-6.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003, 99 s. ISBN 80-862-2533-X.

BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN: 1210-0404.

BORŮVKA, Vladimír. Ischemická choroba dolních končetin. *Česká radiologie*. 2009, roč. 63, č. 2, s. 177-178. ISSN: 1210-7883.

BROTÁNEK, Jaroslav. Pacient s ischemickou chorobou dolních končetin a nemožností další revaskularizační léčby. *Kazuistiky v diabetologii*. 2014, roč. 12, č. 2, s. 4-7. ISSN: 1214-231X.

BROULÍKOVÁ, Alena. Diabetes mellitus a cévní komplikace. *Angiologie ...*, 2011, s. 10-13.

BROULÍKOVÁ, Alena. Diabetes mellitus a cévní onemocnění. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 5, s. 199-201. ISSN: 1212-7299.

BROULÍKOVÁ, Alena. Prevence kritické končetinové ischemie a diabetické nohy. In: *Angiologie ...*. Praha: Galén, [199]-. 2010, s. 24-28.

BULVAS, Miroslav. Ischemická choroba dolních končetin. In: *Klinická kardiologie*. 2. vyd. Praha: Nucleus HK, 2012, 2012, s. 810-846. ISBN: 978-80-87009-89-5.

BULVAS, Miroslav. Doporučení pro diagnostiku a léčbu ischemické choroby dolních končetin. In: *Angiologie ...*. Praha: Galén, [199]-. 2009, s. 126-155.

BÝMA, Svatopluk a Jaromír HRADEC. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*: [novelizace 2013]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013, 17 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-63-3.

CÍFKOVÁ, Renata. Hypertenze a ischemická choroba dolních končetin. In: *Arteriální hypertenze - současné klinické trendy*. Praha: Triton, [2004]-. 2009, roč. 7, s. 37-41.

FEJFAROVÁ, Vladimíra — JIRKOVSKÁ, Alexandra. Ischemická choroba dolních končetin u pacientů s diabetes mellitus. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 2, s. 169-175. ISSN: 1212-4184.

GALOVCOVÁ, Markéta. Diabetik 2. typu s ischemickou chorobou dolních končetin. *Kazuistiky v diabetologii*. 2014, roč. 12, č. 2, s. 10-11. ISSN: 1214-231X.