

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5
OŠETROVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM
SELHÁNÍM SRDCE

BAKALÁRSKÁ PRÁCE

KABDOLLA ILIYAS, DiS.

Stupen kvalifikace: bakalár

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD

Praha 2015



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

Kabdolla Ilyas
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s levostranným srdečním
selháním

Complex Nursing Care for Patients with Left-sided Heart failure

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ABSTRAKT

KABDOLLA, Iliyas. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s levostranným srdečním selháním. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupen kvalifikace: Bakalár (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD, Praha 2015. Pocat s. 56.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s levostranným srdečním selháním. Práce je rozdělena na dvě části. Částí teoretické a praktické. V první teoretické části se zaměřím na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku pacientů s levostranným srdečním selháním. V návaznosti je v práci rozepsáno základní dělení srdečního selhání, prevence, příznaky a především léčba o pacienta v přednemocniční a také v navazující nemocniční péči.

V praktické části jsou uvedeny základní informace o pacientovi s levostranným srdečním seláním, dále vypracovaný ošetrovatelský proces dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordona rozpracované ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.

Klíčové slova: Levostranní srdeční selhání. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

KABDOLLA, Iliyas. Complex Nursing Care for Patients with Left-sided Heart failure. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Jana Hlinovská PhD, Prague 2015. 56 pages.

The main topic of my bachelor thesis is nursing care of patient with left-sided heart failure. The bachelor thesis is divided into two parts: theoretical and practical part. The theoretical part introduces the division of heart failure and detailed description about heart failure including diagnostic screening, reperfusion therapy, complication related myocardial infarction and following rehabilitation. The bachelor thesis also introduces M. Gordon's functional health patterns.

The practical part introduces the basic information in patient with left-sided heart failure. Bachelor thesis describes nursing process according to M. Gordon's functional health patterns and nursing diagnosis according to NANDA taxonomy II.

Key words: Left-sided Heart failure. Nursing Care.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZU

ÚVOD	11
1 SELHÁNÍ SRDCE	12
1.1 Definice a prevence.....	12
1.2 Prevence	12
1.3 Patogeneze.....	13
2 Klasifikace srdečního selhání	14
2.1 Akutní srdeční selhání	14
2.2 Chronické srdeční selhání	14
2.3 Levostranný srdeční selhání	15
2.3.1 Definice	15
2.3.2 Klinický obraz.....	16
2.3.3 Astma kardiale.....	17
2.3.4 Plicní edém.....	17
2.4 Pravostranný srdeční selhání.....	18
2.4.1 Definice.....	18
2.4.2 Klinický obraz.....	19
3 DIAGNOSTIKA	21
3.1 Klasifikace dle NYHA.....	21
3.2 Přístrojové vyšetření	23
4 LEČBA	25
5 SPECIFIKA OŠETROVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S LEVOSTRANNÝM SELHÁNÍM SRDCE	30
5.1 Specifická ošetrovatelská péče na standardním oddelení.....	30
6 OŠETROVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S LEVOSTRANNÍM SELHÁNÍM SRDCE	32

7 DOPORUCENÍ PRO PRAXI 50

8 ZÁVĚR 51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CŽK	centrální žilní katétr
TSH	thyreotropní hormon (hormon stimulující štítnou žlázu)
TT	tělesná teplota
VAS	Vertebroalgický syndrom
NT- pro BNP	N-Terminální prohormon natriuretického peptidu B
SS	srdeční selhání
St. p. op.	stav po operaci
NYHA	New York Heart Association Functional Classification (klasifikace hodnocení srdečního selhání na základě míry funkčního postižení)
P	puls
PAD	perorální antideabetika
D	dech
EKG	Elektrokardiografie
PHK	pravá horní končetina
JIP	Jednotka intenzivní péče
LS páter	lumbo-sakrální část pátere
PMK	permanentní močový katétr
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IVK	intravenózní kanyla
TK	krevní tlak
RZP	rychlá zdravotnická pomoc

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZU

Amentní stav	zmatenost
Analgetikum	látka snižující intenzitu bolesti
Anémie	chudokrevnost
Antihypertenzivum	léčivo užívané ke snížení vysokého krevního tlaku
Aortální stenóza	zúžení aortální chlopně
Arytmie	porucha srdečního rytmu
Ascites	tekutiny v dutině břišní
Cirhóza jater	chronické onemocnění jater
Cyanóza	modrofialové zbarvení kůže a sliznice
Diuretikum	močopudný lék
Hydrothorax	tekutiny v pleurální dutině
Hypoxie	snížený obsah kyslíku ve tkáních
Hypovolémie	snížené množství krve
Infarkt myokardu	srdeční mrtvice
Kumulace	hromadění
Tachykardie	zvýšená tepová frekvence
Palpitace	bušení srdce
Plicní edém	plicní otok
Plicní hypertenze	vysoký krevní tlak v plicním oběhu
Saturace	nasycení krve kyslíkem
Somnolence	zvýšená spavost
Venostáza	mětnání krve v žilách

Úvod

V současné době, kardiovaskulární onemocnění je "zabijákem číslo jedna" ve všech vyspělých a mnoha rozvojových zemích. Srdeční selhání je třetí nejčastější příčinou hospitalizace, a na prvním místě u osob nad 65 let. Ve věkové skupině starších než 45 let, každých 10 let incidence zdvojnásobí. Současně, výskyt úmrtnosti stále roste - 50% pacientů s těžkým srdečním selháním.

Srdeční selhání je závažné onemocnění, jehož podstatou je porucha funkce srdce jako pumpy. Srdeční selhání dělíme podle rychlosti a času vzniku, na akutní srdeční selhání a chronické srdeční selhání. Srdeční selhání může mít mnoho příčin, jako jsou infarkt myokardu, poruchy v oběhovém systému, srdeční arytmie, či poškození srdečního svalu. Neléčené srdeční selhání výrazně zkracuje život pacientů a velmi snižuje jeho kvalitu.

Příznaky srdečního selhání se odvíjí především od toho, která část srdce je postižena, zda pravá či levá komora. V této bakalářské práci bude blíže rozebráno levostranné srdeční selhání, které je tématem této práce.

V první teoretické části jsem popsal obecně co je to selhání srdce, jaká je klasifikace srdečního selhání, její klinický obraz, diagnostika a léčba.

Druhou praktickou část této práce tvoří ošetrovatelský proces u pacienta s levostranným srdečním selháním. Všechny důležité informace o pacientovi jsem získal z lékařské dokumentace, pozorování, rozhovoru a od rodinných příslušníků.

«Dokud má nemocný duši v těle, má prý i naději.»

- Cicero

1 Srdeční selhání

Srdeční selhání je patofyziologicky definováno jako stav, při kterém abnormální srdeční funkce je odpovědná za neschopnost zajistit dostatečný přívod krve metabolicky aktivním tkáním nebo k udržení dostatečného přívodu krve je nutné zvýšení plicních tlaků. – (MÁLEK; MÁLEK, 2013 s. 5)

1.1 Definice

Srdeční selhání je definována jako neschopnost srdce pumpovat objemu krve nezbytné pro metabolické potřeby těla ("systolické dysfunkce"), nebo schopnost poskytovat tyto potřeby pouze abnormálně vysoký tlak v důsledku plnění dutin srdce ("diastolické dysfunkce"), nebo oběma mechanismy. K dnešnímu dni, srdeční selhání je běžné a nejčastěji vidět u žen (HRADEC et al., 2011).

1.2 Patogeneze

Srdce - centrální orgán oběhového systému, který zajišťuje průtok krve cévami. V případě, když srdeční sval oslabuje, srdce není schopné plnit svoji funkci: čerpat správné množství krve v systémovém oběhu. Zároveň, krev, který se vrací do srdce od jiných orgánů, stagnuje. Pokud oslabila levá polovina srdce, krev se hromadí v plicích, což způsobuje dušnost a kašel. Pokud je oslabena pravá polovina srdce, krevní stagnace v systémovém oběhu vede především k otoky nohou, a poté do jiných orgánů a tkání. Často se stává, když jsou postiženy dvě poloviny srdce. Srdeční tkáně mohou pomalu umírat a začnou se objevovat jizevnaté tkáně (SOVOVÁ, SEDLAŘOVÁ, 2014).

1.3 Prevence

Podle statistických údajů, úmrtí na nemoci kardiovaskulárního systému ve světě stále roste. Výzkum příčin těchto nemocí se ukázalo, že některé z nich jsou spojeny s infekcí, jiné mají dědičný nebo vrozený charakter. Nicméně, největší skupina onemocnění je do značné míry důsledkem špatných návyků a životního stylu. Takové nemoci můžete do určité míry zabránit.

Srdeční selhání je pořád jednou z nejčastějších příčin úmrtí nejen v České republice. Prevence příčin srdečního selhání je z velké části právě na nás. Ke zlepšení stavu našeho srdce, můžeme se podílet sami snahou o zdravější způsob života. Základem je prevence rozvoje aterosklerózy, vysokého krevního tlaku a obezity, což můžeme sami dělat změnou životního stylu.

Srdce je skutečným základem našeho života, a proto bychom měli chránit ho a naslouchat mu. Není žádným tajemstvím, že nejlepším způsobem jeho ochrany je pestrá, vyvážená strava a zdravý životní styl. Nejvíce svoje zdraví ovlivňujete svým vlastním životním stylem, celkově určuje naše zdraví životní styl z 80 %.

Hlavní zásady zdravého životního stylu:

- Pestrá a vyvážená strava
- Omezte tuky živočišného původu
- Nekouření cigaret,
- Umírněná spotřeba alkoholu,
- Fyzická aktivita
- Neužívání škodlivých látek
- Kvalitní spánek
- Optimismus a dobrá nálada

Hlavními příčinami srdečního selhání je hypertenze ISCHS. Léčba hypertenze a rizikových faktorů ischemické srdeční choroby může výrazně snížit výskyt srdečního selhání (WIDIMSKÝ, a kolektiv, 2013)

2. Klasifikace srdečního selhání

V lékařské praxi srdeční selhání má několik klasifikace. Odlišují tvarem aktuálního procesu, a stupněm lokalizace při patologii onemocnění. V každém případě, srdeční selhání je klinický syndrom, který se vyvíjí v důsledku nedostatečné "čerpací" funkce myokardu, které vede ke neschopnosti srdce, aby plně kompenzoval energetické potřeby organismu.

Podle rychlosti vývoje srdečního selhání lze identifikovat dvě formy:

- Akutní srdeční selhání
- Chronické srdeční selhání

Podle toho, která část srdce selhává, důležité je také rozdělení na dvě části:

- Pravostranné srdeční selhání
- Levostranné srdeční selhání

2.1 Akutní srdeční selhání

Akutní srdeční selhání (AHF) - je akutní klinický syndrom, který je způsobena porušením systolické a diastolické funkce komor srdce, což vede k poklesu srdečního výdeje, nerovnováze mezi potřebou organismu na kyslík a jeho dodání, a v důsledku toho, poškození funkce orgánu.

Akutní srdeční selhání - je nejnebezpečnější forma syndromu, který se vyznačuje prudkým poklesu myokardiální kontraktility nebo stagnace krve v různých orgánech těla.

Akutní srdeční selhání - vyvíjí velmi rychle (od několika minut do několika hodin). Se projevuje jako plicní edém, srdeční astma a kardiogenní šoku. Mezi hlavní příčiny akutního srdečního selhání jsou infarkt myokardu, srdeční komory ruptura stěny vlevo, akutní aortální a mitrální ventily. V tom případě, pokud je srdeční selhání postupuje v krátké době (minuty, hodiny, dny), řekněme o akutní srdeční selhání. Všechny ostatní případy se označují jako chronické srdeční selhání.

Příčiny a vyvolávající faktory akutního srdečního selhání.

Akutní chlopenní vada	Endokarditida Aortální disekce Chlopenní stenóza
Arytmie Hypertenze	Akutní arytmie Hypertenzí krize
Ischemická srdeční choroba – komplikace infarktu myokardu a akutní formy	Infarkt pravé srdeční komory Mechanické komplikace infarktu myokardu Koronární syndromy
Neischemické příčiny Poškození svalů srdce	Myokarditida Postpartální kardiomyopatie

(MÁLEK, a MÁLEK. 2013)

2.2 Chronické srdeční selhání

Výsledkem většiny srdečních onemocnění v nepřítomnosti léčby, se stává chronické srdeční selhání (CHSS). To je stav, ve kterém je schopnost srdce pumpovat dostatek krve, vedoucí k orgánům a tkáním nedostatek kyslíku a živin.

Chronické srdeční selhání - tvorba patologie se postupně vyvíjí v průběhu týdnů, měsíců či let). Chronické srdeční selhání je zdaleka jedním z nejčastějších komplikací spojených s problémy v kardiovaskulárním systému. Příčiny chronického srdečního selhání může sloužit jako onemocnění, jako je srdeční onemocnění, hypertenze, chronického respiračního selhání, prodloužené anémie.

V současné době existují dvě klasifikace chronického srdečního selhání. První klasifikace byla navržena v roce 1935. Podle této klasifikace, chronické srdeční selhání je rozděleno do tří fází. První fáze se vyznačuje tím, prakticky bez příznaků, a pacienti s

třetí fázi budou mít závažné abnormality v kardiovaskulárním systému. (KLENER a kol., 2006).

Nejviditelnější známky srdečního selhání jsou dušnost a otok. Dušnost dochází v důsledku stagnaci krve v plicních cévách a se zvýšenou potřebou kyslíku. Otok může se objevit v důsledku stagnace krve v žilním oběhu.

Diferenciální diagnóza chronického srdečního selhání

Příznak	Onemocnění
Dušnost Únavnost	Tromboembolická nemoc Onemocnění plic Anémie Obezita Poruchy štítné žlázy
Anasarka Otoky Ascites	Onemocnění jater Onemocnění ledvin Hypalbuminemie

(MÁLEK a MÁLEK, 2013, s. 37)

2.3 Levostranní srdeční selhání

Při selhání levé poloviny srdce dochází k hromadění krve v plicích, kde krev vystupuje z cév do plicních sklípků. S tím je spojeno zhoršené dýchání, nejčastěji v noci donutí jedince posadit či postavit se s nutností soustředit se na dýchání(HRADEC; BÝMA, 2008. s. 25).

2.3.1 Definice

Selhání levé komory srdeční se vyznačuje stagnací krve v plicním oběhu, což vede k narušení centrálního a / nebo koronárního cirkulaci. Nastává v případě přetížení a / nebo selhání pravého oddělení srdce. Tato forma syndromu je obvykle komplikací při infarktu myokardu, hypertenzi, myokarditidy, aortální srdeční onemocnění, levé ventrikulární výdutí a dalších levých částí kardiiovaskulárního systému.

Typické příznaky selhání levé komory srdeční:

- Při porušení cerebrální cirkulace je charakterizované: závratě, mdloby, výpadky proudu;
- Při porušení koronárního řečiště se vyvíjí angíny se všemi jeho příznaky;
- Při těžké formě levé komory srdeční selhání se projevuje plicní edém nebo srdeční astma;
- V některých případech může být kombinováno porušení koronárního a cerebrální cirkulace a tím i příznaky.

Hlavní klinický příznak je tachykardie. Téměř současně se vyvíjí dušnost tachykardie typu tachypnoe, klesá s kyslíkem při zvýšené poloze horní části těla. Bývá inspirační dušnost. Paroxysmální dušnost je známkou srdeční astma nebo plicní edém, i když mohou být doprovázeny kašlem, zhoršuje se změnou polohy těla, smíšené mokré a suché šelesty, pěnivý propuštění z průdušnice, zvracení. Pacienti světle kůže je pokryta studený pot, je akrocyanózou, cyanóza sliznic. Velikost srdce určen charakterem základního onemocnění. Poslechové příznaky jsou ztlumený nebo tlumené srdeční ozvy, cval rytmus, hluku nebo zeslabení intenzity dříve došlo, arytmie. Pozorovaná mdloby může být projevem akutního selhání levé komory může být způsobeno tím, náhlé mozkové hypoxie nástup z důvodu nízkého srdečního výdeje nebo asystolie (s AV bloku, sick sinus syndromem, syndrom prodloužený interval QT, subaortální chlopně, idiopatické hypertrofické). Dalšími příznaky akutního selhání levé komory jsou úzkost, neklid, nevolnost, zvracení, křeče, v terminálu době objeví bradykardie, brandipnoe, svalová hypotonie, arefleksiya (KLENER a kol., 2006).

2.3.2 Klinický obraz

Bledá pleť. Studený lepkavý pot. Akrocyanóza a cyanóza na sliznicích. Krční žíly oteklé, pulse časté, slabý plnění, arytmiou. Hlučný dýchání do 30-40dyh. úderů za minutu. Poslech ztlumena nebo tlumené tóny v hluku, arytmie plic, hlučné dýchání.

Nejvýraznější příznaky chronického selhání levé komory je dušnost s zátěží, kvůli žilnímu přetížení v plicích nebo s nízkým srdečním výdeji (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Často srdeční selhání je doprovázen ortopnoe, nočními útoky srdečního astmatu a noční kašel. Ortopnoe - dechová nedostatečnost v poloze vleže, a snižuje na poloze vsedě. Příčinou tohoto onemocnění je symptom redistribuce krve z břicha a dolních končetin do plic v poloze vleže na zádech. V některých případech, ortopnoe je tak výrazný, že pacient je nucen spát vsedě (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

Noční kašel - také příznakem stagnace krve v plicích, je identický s mechanismem mechanismu rozvoje ortopnoe. V některých případech, může být pozorováno hemoptýza, kvůli prasknutí bronchiální žíly při jejich překrvení (HRADEC, 2011).

2.3.3 Astma kardiální

Srdeční astma - astma od několika minut do několika hodin v infarktu myokardu, cardiosclerosis, srdeční choroby a dalších nemocí, které jsou srdeční selhání. Často se vyvíjí v noci, má formu udušení. Příznaky: Mdloby. Nevolnost, zvracení. Křeče. Tvář bledou pacienta, šedavě modravým nádechem vyjádřil akrocyanózou, kůže vlhké a studené. Objeví se, suchý kašel, bušení srdce, inspirační dušnost. Vykašlat zpěněný růžový hlen. Pro bicí nástroje otupělost označen ve spodní zvuku plic bicí kvůli stagnaci krve v nich. Když askultatsii hlasité dýchání, sípání slyšel

suché. Hranice srdce EKG rozšířené vlevo, označený tachykardie, tachyarytmie možné. Krevní tlak se velmi liší. V některých případech, je přetížení levé komory.

Pokud pacientovi hned nepomůže, pak po astmatu může dojít plicní edém (HRADEC, 2011).

2.3.4 Plicní edém

Plicní edém - stav, ve kterém je obsah kapaliny v plicním intersticiu překračuje normální hladinu. Vyznačující se tím, extravaskulární hromadění tekutiny v plicích v důsledku zvýšení rozdílu mezi hydrostatickým a koloidní osmotický tlak v plicních kapilárách.

Projev: Bublající dech, kašel, bílé nebo růžové hlenem, ústy nebo nosem (ŠTEJFA, 2007; KRECKOVÁ, 2011).

Všechny možné etiologické faktory pro vývoj mechanismu levé komory srdeční selhání může být rozdělena do:

- Snížení kontraktility srdečního svaly (infarkt myokardu, přechodný ischemii myokardu, mitrální nebo aortální chlopeč nedostatečnost srdce, dilatační kardiomyopatie);
- Zvyšující se afterloadu (tj odpor, který musí být komora překonat, házení krev) - aortální chlopeč, arteriální hypertenze;
- Porucha plnění levé srdeční komory (mitrální chlopeč, srdeční tamponáda, hypertrofické kardiomyopatie, hypertrofie levé komory).
- Na druhé straně, srdeční selhání levé komory je nejčastější příčinou pravé srdeční selhání, které je v tomto případě v důsledku zvýšení dotěžení, v důsledku dysfunkce levé komory a zvýšení plicní vaskulární rezistence. (LUKL, 2004).

2.4 Pravostranní srdeční selhání

Při selhání pravé poloviny srdce se krev hromadí v žilách velkého krevního oběhu. Dochází ke zvýšení hmotnosti těla, zvětšení krčních žil, zmodrání rtů a prstů (HRADEC; BÝMA, 2008. s. 70)

2.4.1 Definice

Při selhání pravé poloviny srdce (pravostranné selhání) krev se hromadí v žilách velkého krevního oběhu. Dochází ke zvýšení hmotnosti těla, zvětšení krčních žil, zmodrání rtů a prstů (cyanóza), bílé, bledé nehty, nebo promodralé nehty, otoky končetin, hromaděním tekutiny (ascites) a krve v břiše vzniká portální hypertenze (a její komplikace - zvětšení jater, jaterní selhání, zvětšená slezina).

Příčiny:

- infarkt myokardu
- srdeční tamponáda
- plicní embolie

2.4.2 Klinický obraz

Bolest na hrudi. Náhle se objeví na typu inspiračního dušnosti dušnosti. Bolest v pravém horním kvadrantu. Otok končetin. Na vyšetření - cyanóza, krční žíly, otoky nohy. Puls je častý, srdeční rytmus je slabé plnění. Rozšířená hranice srdce doprava (ne vždy), tachykardie, systolický šelest nad procesem xiphoid, játra zvětšená, bolestivé na pohmat. Otok kůže více nohou.

Důvody pro rozvoj selhání pravé komory jsou nejčastější choroba srdeční (vrozená srdeční, infarkt pravé komory, selhání levé komory); plicní onemocnění (chronická obstrukční plicní onemocnění, intersticiální plicní onemocnění); plicní vaskulární onemocnění (primární plicní hypertenze). Stejně jako v případě selhání levé srdeční komory, pravé komory selhání izolovaných nepříznivě ovlivňují funkční schopnost levé vyhození komory, jakož i snížení krev do pravé komory, což vede k poklesu plnění levé komory, a v důsledku toho ke snížení tepového objemu a srdečního výdeje (HRADEC; BÝMA, 2008).

Pacienti s izolovanou selhání pravé komory, často mívají pocit nepohodlí v pravém horním kvadrantu, který je způsoben nadměrnou natažením překrvení jater a jeho kapsli. V závažných případech, je možné, nahromadění tekutiny v břiše (ascites). Rovněž charakteristickým znakem je rozvoj periferního edému, zejména v kotnících. Pokud pacient je dlouho ve svislé poloze, otok může být horší na konci dne (LUKL, 2004).

K dispozici jsou čtyři třídy:

1. třída. Pacient má potíže s dýcháním při stoupaní po schodech do třetího patra a výše. Fyzická aktivita zůstává normální.
2. třída. Dušnost se projevuje v rústu do prvního patra a při chůzi rychle. K dispozici je mírný pokles fyzické aktivity. Při zatížení se obvykle začínají objevovat příznaky srdečního selhání.
3. třída. Projevy srdečního selhání evidentní vyskytuje v malých zatížení, a to i při chůzi. V klidu srdci příznaky selhání zmizí.
4. třída. Příznaky srdečního selhání jsou uvedeny v ostatních, a mírný nárůst zatížení vede k závažnému porušování kardiovaskulárního systému (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Srdeční selhání myokardu. Tato forma srdečního selhání je důsledkem přímého zničení stěn srdce. Tato forma je spojena s poruchou energetického metabolismu srdečního svalu. Infarkt srdečního selhání vede k narušení jako systoly (kontrakce) a diastoly (relaxace) srdce.

Přetížení srdeční selhání - je výsledkem nadměrného zatížení na srdce. Tato forma se může rozvinout srdeční onemocnění a takových nemocí, které jsou spojeny s narušením normálního průtoku krve.

Kombinovaná srdeční selhání - kombinuje poškození myokardu a zvýšené zatížení na srdce příznaky

3 DIAGNOSTIKA

Rozeznávání oběhovým selháním je založena na identifikaci charakteristik jejích příznaků, zatímco určení její příčiny. Obvykle jen první dvě etapy diagnostické vyhledávání, a to pouze pro detekci časných (preklinických) fází srdečního selhání musí se uchýlit k pomoci instrumentálních metod. Chcete-li zjistit přítomnost srdečního selhání, to stačí jen někdy zcela běžné lékařské vyšetření, zatímco k objasnění jeho příčiny mohou vyžadovat celou řadu diagnostických metod (SOVOVÁ; ŘEHOŘOVÁ, 2004).

3.1 Klasifikace dle NYHA

NYHA klasifikace srdečního selhání je klasifikace založená na posouzení subjektivních potíží pacienta. Název je odvozen od New York Heart Association a jde o velmi často citovanou a používanou symptomatickou klasifikaci. Dělí pacienty podle subjektivních příznaků do čtyř tříd. Klasifikuje se závažnost symptomů, nikoli rizikovost stadia nebo prognóza pacienta (tabulka 1) (ŠTEJFA, 2007; KRECKOVÁ, 2011).

Funkční klasifikace srdečního selhání podle klasifikace NYHA (New York Heart Association); modifikace z roku 1994

NYHA	Definice	Činnost
Třída I	Bez omezení tělesné aktivity. Běžná námaha nepůsobí pocit vyčerpání, dušnost, palpitace nebo anginu pectoris	Nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze nebo běhu rychlostí 8 km/hod.
Třída II	Menší omezení tělesné aktivity. Běžná námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris	Nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná aktivita již vyvolá potíže
Třída III	Značné omezení tělesné	Nemocní mají potíže při

	aktivity. Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris	základních činnostech, jako je oblékání, mytí apod.
Třída IV	Obtíže se objevují při jakékoliv tělesné aktivitě, nemocného invalidizují. Dušnost, palpitace nebo angina pectoris se objevují i v klidu	Nemocní mají klidové potíže

Zdroj: Krecková, 2011, s. 34-38

3.2 Přístrojové vyšetření

Elektrokardiografie (EKG) pomáhá lékařům rozpoznat příznaky hypertrofie a selhání krevního zásobení (ischémie), infarktu, stejně jako různé arytmie. Typicky, tyto EKG znaky vyskytují v různých onemocněních, tj. nejsou specifické pro srdeční nedostatečnost. Na základě EKG vytvořený a široce používány tzv zátěžových testů, které spočívají v tom, že pacient musí překonávat postupně rostoucí úrovně napětí. K tomuto účelu speciální zařízení se používá pro dávkování zatížení: speciální úprava jízdních kol (kola ergometrie) nebo "běžícím pásu" (robot). Tyto testy poskytují informace o možnosti zálohování srdeční funkce čerpadla (LUKL, 2004).

Základní a přístupné pro dnešní způsob stanovení diagnózy chorob, které se vyskytují na srdeční selhání, srdeční ultrazvuk - echokardiografie (echokardiografie). Při použití této metody je možné nejen určit příčinu srdečního selhání, ale také pro posouzení kontraktility funkce srdečních komor. V současné době, pouze jeden echokardiografie dost diagnostikovat vrozené nebo získané srdeční onemocnění, naznačují přítomnost ischemické choroby srdeční, hypertenze a mnoha dalších nemocí. Tato metoda může být také použity pro vyhodnocení výsledků léčby.

Rentgenové vyšetření hrudníku u srdečního selhání odhaluje stagnaci krve v plicním oběhu a zvýšení velikosti dutin srdce (Kardiomegalie). Některé choroby srdeční, například, valvulární srdeční onemocnění, má své charakteristické radiologické "obraz". Tato metoda je také, stejně jako echokardiografie může být užitečné pro monitorování léčby (KOLÁŘ, 2009).

Radioizotopová studie zabývající se srdeční onemocnění, zejména, radionuklidové ventrikulografie, s vysokou přesností u pacientů se srdečním selháním posoudit stažitelnou funkci srdečních komor, včetně objemu obsahující jejich krev. Tyto metody jsou založeny na zavedení a následné rozdělení radioizotopu v přípravcích těla.

Jeden z nedávných pokroků v lékařské vědě, zejména tzv nukleární diagnostická metoda je pozitronová emisní tomografie (PET). Je to velmi drahé a méně, zatímco společné studie. PET umožňuje používat speciální radioaktivní "značky", které označují oblasti životaschopného myokardu u pacientů se srdečním selháním, aby bylo možné upravit léčbu.

4 LÉČBA

Na rozdíl od předchozích let, nyní úspěchy moderní farmakologie umožnili nejen prodloužit, ale také zlepšit kvalitu života u pacientů se srdečním selháním. Nicméně před zahájením protidrogové léčbě srdečního selhání, je nutné odstranit všechny možné faktory, které vyvolávají jeho vzhled (horečka, anémie, stres, nadměrné konzumace soli, nadměrná konzumace alkoholu, stejně jako podávání léků, které podporují zadržování tekutin, atd.). Hlavním cílem léčby je odstranění příčin srdečního selhání, stejně jako korekce jeho projevů.

Léčba srdečního selhání, která začala v nejranějších fázích, výrazně zlepšuje zásadní prognózu pacienta

Pacientů se doporučují fyzikální terapie, zdravý životní styl; Důležité je správné umístění. Společné aktivity patří: omezení tělesné aktivity a stravy (ŠPINAR; HRADEC; MÁLEK; TOMAN, 2011).

V SS stupně I je pravidelná fyzická aktivita není kontraindikována, přípustná není těžkou fyzickou prací, fyzický trénink bez výrazného stresu. V SS, stadium IIA vyloučeny tělesné výchovy a těžkou fyzickou prací. Doporučená omezení pracovní doby a zavedení zvláštního dne odpočinku. U pacientů s diagnózou srdečního selhání fázi III doporučeno domácí režim, a progresse symptomů – lůžkový režim. Velmi důležité dostatek spánku (alespoň 8 hodin denně).

V SS, fáze IIa by měly omezit příjem příjmu soli (denní dávka by neměla překročit 2,3 g). V přechodné fázi IIB III soli denně by neměla být vyšší než 2 g soli bez diety (ne více než 0,2 až 1 gram soli za den) je přiřazen ve stupni III. S rozvojem SS vyloučeny alkohol, silnou kávu a čaj - prostředek pro stimulaci srdce a přímou cestu aktivace SAS (HRADEC; SPÁČIL, 2001).

Medikamentózní léčba je zaměřena na: zlepšení kontraktility myokardu; snížení vaskulárního tonu; snížení zadržování tekutin; odstranění sinusové tachykardie; prevence tvorby trombu v dutinách srdce. Mezi léky, které zvyšují kontraktilitu myokardu, je třeba poznamenat, již po staletí zvané srdeční glykosidy (digoxin a další.). Srdeční glykosidy zvyšují srdeční funkce čerpadla a výdej moči (diuréza), jakož i přispět k lepší toleranci zátěže.

Léky, které snižuje tón cév, patří tzv vazodilatancia (z latinského slova a Vas dilatatio - «expanzní nádoby»). Existují vazodilatancia s převažujícím vlivem na tepen, žil, jakož i léky smíšené akce (tepna + žíly). Vazodilatancia rozšiřující cévy pomoci snížit odpor vytvořený tepen během srdeční kontrakce, což vedlo ke zvýšení srdečního výdeje. Vazodilatancia, rozšiřující žíly přispět ke zvýšení venózní kapacity. To znamená, že objem uzavíracích krevních cév se zvyšuje, čímž se tlak v komorách srdce sníží a zvýší srdečního výdeje. Kombinace vlivu arteriální a žilní vazodilatátorů snižuje závažnost srdečního hypertrofie a dilatace stupně srdečních dutin.

K vazodilatátorům smíšeného typu řadí v moderní klinické praxi k léčbě srdečního selhání, nejpoužívanější vazodilatancia skupiny inhibitorů angiotensin konvertujícího enzymu (ACE inhibitory), tzv. Abychom jmenovali alespoň některé: kaptopril, enalapril, perindopril, lisinopril, ramipril (HRADEC, 2011; WIDIMSKÝ, 2004; BÝMA, 2004).

V současné době, to je ACE inhibitory jsou hlavními léky používané při léčbě chronického srdečního selhání. Jako výsledek působení ACE inhibitorů výrazně zvýší tolerance fyzické zátěže, zlepšuje krevní oběh v srdci a srdečního výdeje, zvýšené močení. Nejčastěji hlášenými vedlejší účinek spojený s použitím inhibitorů ACE je suchý dráždivý kašel.

Jako alternativa k ACE inhibitorů, od kašláním v současné době používá tzv receptor pro angiotensin II (losartan, valsartan a kol.). Pro zlepšení prokrvení komor a zvýšení srdečního výdeje u pacientů s chronickým srdečním selháním v kombinaci s ischemickou chorobou srdeční užívá lék nitroglycerin - vazodilatační působící především na žíly. Kromě toho, nitroglycerinem a rozšiřuje tepen zásobujících srdce - koronárních tepen (WIDIMSKÝ, 2004).

Pro snížení zdržení v těle přebytečné tekutiny určí různé diuretika (diuretika), vyznačující se silou a trváním účinku.

Pro snížení tepové frekvence se používá tzv β - (beta) adrenoblokatory. Vzhledem k dopadu tyto léky na ni vyvíjen zlepšuje krevní oběh v srdci, a tím, zvýšený srdeční výdej. Pro léčbu chronického srdečního selhání založena β -blokátory, karvedilolu jmenovaný původně v minimální dávky, případně přispět ke zlepšení

kontraktilní funkce srdce. Bohužel, vedlejší účinky omezí jejich použití u pacientů s astmatem a diabetem

Pro prevenci tvorby trombů v srdečních komorách a žilního tromboembolismu určí tzv antikoagulantia, které inhibují aktivitu krevního koagulačního systému. Obvykle předepsané tzv nepřímé antikoagulantia (warfarin a kol.).

Léčba útoku akutního selhání levé srdeční komory, zejména, plicní edém provádí v nemocnici. Ale doktoři "ambulance" mohou podávat kličková diuretika, inhalace kyslíku byly stanoveny a prováděny další naléhavá opatření. V nemocnici začata léčba bude pokračovat. Zejména může být nastavena konstantní intravenózní nitroglycerin, jakož i léky, které zvyšují srdeční výdej (dopamin, dobutamin, atd).

S neúčinnosti v současnosti dostupných arzenálu léků používaných pro léčbu chronického srdečního selhání, může být doporučeno operaci. Operace cardiomyoplasty, že chirurgicky vyříznout klapku tzv latissimus dorsi svalu pacienta. Pak je tato klapka pro zlepšení kontraktilní funkce srdce obklopují pacienta. Později výrobě elektrické stimulaci transplantované svalové klapky současně s kontrakcí srdce pacienta. Efekt po operaci cardiomyoplasty zobrazeny v průměru 8 až 12 týdnů.

Další alternativou je implantovat (Vkládání) u oběhového podporu aparátu pacienta, tzv umělé levé komory.

A konečně, nyní vytvořena a použita speciální kardiostimulátory, které zlepšují prokrvení srdce komor, především tím, že poskytuje synchronní jejich práci. Takto, moderní medicína nenechává pokusy zasahovat do přirozeného průběhu srdečního selhání.

Podávání ACE inhibitory léky

Podle různých studií, v posledních deseti letech došlo k významnému zlepšení přežití u pacientů s SS. Podle předních kardiologů Ruskem a USA, jedním z hlavních důvodů, které přispěly ke zlepšení prognózy pacientů s SS v posledních letech jedním z nejdůležitějších je změna léčebných postupů a rozšířené zavedení do klinické praxe inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE inhibitory). ACE inhibitory jsou největší úspěch v léčbě kardiovaskulárních onemocnění v poslední čtvrtině dvacátého

století. Zavedení ACE inhibitory v klinické praxi povoleno kardiologové zavolat koncem XX století, na začátku "éry ACE inhibitory."

Hlavní mezinárodní studie provedené v uplynulém desetiletí ukázaly, že spolehlivé údaje o schopnosti ACE inhibitory zpomalit progresi srdečního selhání, snížení mortality, zvýšit délku života pacientů s chronickým srdečním selháním a zlepšit kvalitu jejich života. Tyto formulace v kombinaci s použitím diuretik snížit potřebu hospitalizace pacientů, zmírnit příznaky srdečního selhání, bez ohledu na jeho závažnosti, jakož i zvýšení přežití pacientů.

Relevance jejich aplikace v praxi, vzhledem k zacházení s KVO účinků neurohumorálních blokády systému, srdeční a renální ochrannými vlastnostmi. U pacientů se srdečním selháním, ACE inhibitory zlepšují srdce: posílí ho jednou rukou, a na druhé straně, aby bylo snadné v důsledku vasodilatace jako ložiska, a relativní krev ze srdce. Také odstraní z těla a přebytek kapalného roztoku.

S delším používání inhibitorů ACE mají příznivý vliv nejen na funkci kardiovaskulárního systému, ale také k změnám ve struktuře onemocnění.

V centru hlavních klinicky významných farmakologických účinků inhibitorů ACE spočívá v jejich schopnosti inhibovat aktivitu enzymu, který konvertuje angiotensin I na angiotensin II (kininazy II, nebo ACE), a tím ovlivňují fungování systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS). ACE inhibice je výsledkem potlačení účinků angiotensinu II.

Účinek inhibitorů ACE není omezen na přeměně nízkou blokádu nebo angiotensinu neaktivního do aktivní látku angiotenzin kompresor. Léky z této skupiny, jsou schopné inhibovat sekreci aldosteronu a vasopresinu.

Dalším účinkem inhibitorů ACE, také má přímý vztah k inaktivaci ACE , aby se zabránilo degradaci bradykininu, který způsobuje relaxaci hladkého svalstva cév a podporuje uvolňování endotelu závislé relaxační faktor.

Kromě toho, vlivem ACE inhibitorů snižuje syntézy dalších vazokonstrikčních látek a antinatriuretic (norepinefrinu, arginin-vasopresinu, endothelinem-1) se podílejí na patogenezi srdeční dysfunkce a hypertenze (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

Počet ACE inhibitory se zvyšuje každý rok, teď tam je asi 50. Všechny ACE inhibitory, s ohledem na jejich chemické struktury lze rozdělit do 3 skupin:

- obsahující sulfhydryl skupina: kaptopril, alatsipril, zofenopril.
- obsahující karboxylovou skupinu: enalapril, perindopril, lisinopril, tsilazopril ramiprilem.
- Fosfor: fosinopril .

Mechanismy působení ACE inhibitorů jsou poměrně rozmanité:

- rozšíření periferních cév, snížení pre- a afterloadu na srdce;
- snížení krevního tlaku a srdeční frekvence pokles frekvence;
- snížení dilataci srdečních komor, regrese hypertrofie myokardu (zpomalení procesu srdeční remodelace);
- zvýšení kontraktility myokardu a srdečního výdeje, lepší diastolický plnění komor;
- močopudný a nefroprotektivního efekt, čímž se snižuje glomerulární hypertenze;
- zlepšení funkce endotelu a anti-ischemické účinky.

Po dobu trvání účinku inhibitorů ACE jsou rozděleny do tří skupin:

- krátkodobě působící léky, které by měly být podávány 2-3 krát denně (kaptopril);
- přípravky s průměrnou dobu trvání akce, která by měla být přijata alespoň 2 krát denně (enalapril);
- dlouhodobě působící léky, které se ve většině případů mohou být přijata jednou denně (quinapril, lisinopril, perindopril, ramipril, spirapril, trandolapril, fosinopril, atd.).

Mezi dlouhodobě působící inhibitor ACE trandolapril stojany, antihypertenzní účinek, který přetrvává 36 až 48 hodina po poslední perorální dávky.

ACE inhibitory jsou indikovány u všech pacientů se symptomatickým, asymptomatické a oligosymptomatická varianty chronického srdečního selhání v důsledku dysfunkce systoly levé komory. Je důležité poznamenat, že jmenování

inhibitory ACE u pacientů s chronickým srdečním selháním, vyvinuté proti CHD snižuje reinfarktu na 12-25%, a snižuje výskyt úmrtí v 23-26% (ŠTEJFA, 2007; KRECKOVÁ,2011).

Když je třeba sbírat anamnézu, potřebujeme objasnit, zda pacient dostal v minulosti žádné léky ze skupiny ACE inhibitorů a nezpůsobil rozvoj angioedém (angioedém) nebo vzhled suchého kašle.

24-48 hodin před jmenováním ACE inhibitorů zruší diuretiky, aby případně snížit riziko hypotenze v první dávce léku. To zhodnotit funkce ledvin a elektrolytové rovnováže (alespoň, stanovení obsahu kreatininu v krvi a draslíku).

Léčbu ACE inhibitorem začíná s malými dávkami, postupně, pod dohledem blaho pacienta, krevní tlak a kreatininu a sérového draslíku, zvýšená podporovat. Poté, co by mělo být první dávka ACE inhibitoru u pacientů s chronickým srdečním selháním během několika hodin, aby se pod lékařským dohledem, včetně opětovného měření krevního tlaku. Na začátku léčby inhibitory ACE kreatinin a draslík v krevním séru se stanovují každých 3-5 dnů v budoucnu - v intervalu 3-6 měsíců.

Vyžaduje změny v terapii, je-li na začátku ACE inhibitoru vyvinula těžká hypotenze, hladinu kreatininu v krvi zvyšuje až 40 mol / l nebo více, a obsah draslíku v krvi přesáhne 5,5 mmol / l. Při uspokojivé snášenlivost dávky ACE inhibitoru v nízkých dávkách pro 2-8 týdnů zlepšit údržbu. V tabulce. 2 znázorňuje počáteční a maximální dávky ACE inhibitorů u pacientů s chronickým srdečním selháním.

Tabulka 2 - Doporučené dávky ACE inhibitorů u pacientů s chronickým srdečním selháním

Preparát	Počáteční dávka léku, mg	maximální dávka v mg
Perindopril	2mg 1x/den	4mg 1x/den
Fozinopril	5mg 1x/den	10mg 1x/den
Lizinopril	2,5-5mg 1x/den	10mg 1x/den

Enalapril	2,5mg 2x/den	10mg 2x/den
Ramipril	2,5 mg 1x/den	5-10mg 1x/den
Kaptopril	6,25mg 3x/den	25-50mg 3x/den

(VOJÁČEK, Jan a Jiří KETTNER, 2009. s. 34)

Předávkování

V případě zvýšení dávky inhibitoru AP se vyskytuje hypotenze nebo zvýšení sérového kreatininu o více než 40 mmol / l, se vrátí k původnímu dávkování a sníží dávku diuretik. V případě, že je nemožné dosáhnout udržovací dávky ACE inhibitorů léčba pokračuje s maximální tolerované dávkou.

Je třeba mít na paměti, že pro dosažení plného účinku inhibitorů ACE na funkčním stavu pacientů s chronickým srdečním selháním může vyžadovat titraci ve výši 3 až 12 měsíců. kontinuální terapie (HRADEC; BÝMA, 2008).

3 SPECIFIKA OŠETROVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S LEVOSTRANNÝM SELHÁNÍM SRDCE

Péče o pacienty s chronickým srdečním selháním - důležitou součástí celé komplexní léčbě tohoto onemocnění. Srdeční selhání - patologie, která se vyvíjí v důsledku snížené kontraktilní funkce myokardu a je doprovázena poruchami metabolických procesů v orgánech a tkáních, jakož i poškození průtoku krve. Onemocnění (městnavé srdeční selhání), mohou být vyvinuty samostatně, a může být způsobeno různými chorobami.

Srdeční selhání má tři kroky:

- Fáze 1: je charakterizována stížnostmi pacienta na srdeční frekvenci, špatný spánek a únavou;

- Fáze 2: - únava nastává mnohem rychleji, dušnost, a to i s malou fyzickou námahou. Někteří pacienti si stěžují na dušnost a kašel s hlenem, některé z nich - na modré prsty, nos, uši a ústa, bušení srdce a otoky nohou ve večerních hodinách;

- Fáze 3: je charakterizována zvýšenými příznaky 1. a 2. stupně, dušnost a cyanóza neopustí pacienta i ve chvílích dokonalého odpočinku. V poloze na zádech dušnost se zvyšuje, takže pacient musí trávit spoustu času vsedě a to samé platí pro spánek.

Ošetřovatelská péče u pacientů s chronickým srdečním selháním

Pacient může být unavený i po malém cvičení (mytí, stravování). Když si všimnete únavu pacienta, musíte dát pacientovi možnost k relaxaci.

Vytváření podmínek pro hluboký a plný spánek. Délka spánku by měla být nejméně 8 hodin denně.

Pečlivé péče o kůži, které se v přítomnosti otoku se stává tenčí, ztrácí pružnost, stává se náchylnější k infekci.

Měření tepové frekvence, dýchání a krevního tlaku.

Inhalační podání kyslíku při srdečním selhání dává příznivý účinek. Je třeba také dbát na to, aby vzduch v pokoji byl stále čerstvý, s normální vlhkostí a teplotou.

OŠETROVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO

S LEVOSTRANNÝM SELHÁNÍM SRDCE

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: F.H	Pohlaví: žena
Datum narození: X. X. 1945	Věk: 70
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RC: 46...	Císlo pojišťovny: 118
Vzdělání: vysoká škola	Zamestnání: duchodkyne
Stav: vdaná	Státní příslušnost: CR
Datum přijetí: 16. 2. 2013	Typ přijetí: neodkladné
Oddelení: interna	Ošetrující lékař: MUDr. A. P.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Celý týden jsem vůbec nemohla klidně spát a jsem začala hodně se zadýchávat, hodně málo mocím, ale vodu piju často a mám bolesti LS pátere.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Chronické levostranné selhání srdce

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze III. st. – mnoho let

Diabetes mellitus II. Typu na PAD

Vitální funkce při přijetí

TK: 155/90 mmHg	Výška: 165 cm
P: 85/min	Hmotnost: 70 kg
D: 21/min	BMI: 35,35
TT: 37,5 °C	Pohyblivost: úplná
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění:

Pacient je plánovaně přijímán s diagnózou chronické levostranné selhání srdce do NMSKB, oddělení JIP.

Informační zdroje:

Od pacientky

Od lékaře

Z lékařské dokumentace.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: nevýznamná

Otec: nevýznamná

Sourozenec: sestra nevýznamná

Děti: tři dcery, jeden syn – jsou zdravé

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci

Hypertenze II. Stupně (WHO)

Diabetes mellitus I. typu od roku 2005. Drží dietu

Hospitalizace a operace:

Hospitalizace v roce 2013 pro dušnost a měla silné bolesti na hrudi

Operace neměla

Úrazy: 0

Transfúze: nikdy nebyly podávány

Očkování: Povinné

Léková anamnéza:

Název léku	Síla	Dávkování	Forma léku	Skupina
Siofor	750 mg	1 - 0 - 0	tablety	antidiabetikum
Furosemid Forte	200 mg	1 - 0 - 0	tablety	diuretikum
Betaloc Zok	100 mg	1 - 0 - 1	tablety	antihypertenzivum
Cardilopin	15mg	1 - 0 - 0	Tablety	antihypertenzivum
Verospiron	20 mg	1 - 1 - 0	tablety	diuretikum, antihypertenzivum
Calcichew	D3	1 - 0 - 1	žvýkáčí tablety	vitamíny
Hydrochlorothiazid	20 mg	1 - 0 - 0	tablety	diuretikum, antihypertenzivum

Alergická anamnéza:

Léky: Penicilin

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: neguje

Kouření: neguje

Káva: 1x za den

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarche: od 12 let

Cyklus: pravidelný

Trvání 28 dní

Menopauza: ve 50 letech

Potíže klimakteria: bez potíží

Antikoncepce: neužívala

UPT: 0

Potrat: 0

Samovyšetření prsu: nikdy neprovádela

Poslední gynekologická prohlídka: před 2 měsíci

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije s manželem v bytě

Vztah, role, interakce v rodině: ma velkou rodinu, se všema ma dobrý vztah. Děti se zajímají o její zdravotní stav. Má 7 vnoučat.

Mimo rodiny: má dobrou kamarádku, se kterou se 1-2x týdne stýká

Záliby: čte knihy, odpočívá na zahradě

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zarážení: pracovala jako učitelka, nyní je v důchodu

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: věřící

POSOUZENÍ SOUCASNÉHO STAVU ze dne 20. 12. 2014

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy nemívám.“	Hlava poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, reagují, Oči, bez sekrece. skléry bílé, spojivky prokrvené. Nos bez výtoků, krvácení. Jazyk vlhký, cyanóza rtu, hrdlo zarudlé, bez povlaku. Pohyblivost krku dobrá, štítná žláza a mízní uzliny

		nezvětšeny, uzliny nehmatné, uši bez výtoku.
Hrudník a dýchací System	„Nedýchá se mi dobře, občas v noci se dusím.“	Hrudník souměrný , bez deformit. Poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, chrupky bilaterálně, ozvy ohraničené. Prsa bez patologických změn. Saturace bez kyslíku 90%. Dušnost námahová i klidová. Saturace s kyslíkem 95%.
Srdce a cévní System	„ V noci se mi nedýchá moc dobře, piju pravidelně, ale mocím méně.“	Srdeční ozvy slyšitelné, pulz 100/min., bradykardie. Pri přijetí krevní tlak byl 155/100 mmHg, Nyní tlak je 135/90 mmH, pulz 85/min. Má otoky na dolních končetinách.

Břicho a GIT	„Břicho mi nebolí.“ „Ve stolici jsem byla dneska ráno, průjmy ani zácpy nemívám.“	Bublínkový poklep břicha, Břicho je prohmátne, nebolestivé, peristaltika slyšitelná. Slezina a játra nejsou zvětšeny. Játra pokleповě a pohmatově. Stolice jedenkrát za dva dny.
Močopohlavní system	„Piju hodně tekutin, ale	Pacient má zavedený močový katetr, kterým je

	málo mocím.“	sledována diuréza. Do dnešního dne příjem tekutin 1000 ml – 1500 ml/denně, výdej 1200 ml – 1350 ml.
Kostrovosvalový Systém	„Bolí me záda.“	Klouby volně a pohyblivé Páteř bolestivá v bederní oblasti. Pohyblivost omezená pro dušnost. Pacientka se pohybuje pomocí francouzských holí. V lužku je pacienta soběstačná, k jídlu se posadí bez pomoci, může se najíst sama. Pro dušnost pacientka není schopna sama dojít na WC, je vožena na vozíku. Končetiny fyziologické bez traumat
Nervovosmyslový Systém	„Potíže se sluchem nemám, jenom používám brýle na ctění.“	Pacientka při vědomí, Orientovaná osobou časem, situací, prostorem. Reflexy v normě. Sluch bez patologických známek. Nosí brýle na ctění.
Endokrinní Systém	„Mám cukrovku I. typu na PAD, držím dietu.“	Diabetes mellitus I. typu na PAD, na dietě, nyní prevod na inzulín.

Imunologický Systém	„Mám alergii na Penicilin.“	lymfatické uzliny nehmatné a nebolestivé. Alergie na Penicilin. TT: 36,5 °C
Kůže a její adnexa	„Je vidět, že mám suchou kůži.“	Kůže suchá a čistá, bez jizev. Nehty čisté, vlasy upravené a čisté. Na akrech je cyanóza.

Poznámky z telesné prohlídky:

Pacientka je velice vstřícná, spolupráce s ní je dobrá. Kontrola fyziologických funkcí – 3x denne TT, 2x denne saturace, 1x denne telesná váha. Vedena bilance tekutin (zaveden PMK). Kontrola 3x denne glykémie. Na PHK zavedena IVK – nejeví známky infekce.

Popis aktivit denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Mám cukrovku, tak držím dietu. Do svého jídelníčku zařazuji hodně vlákniny, ovoce, zeleninu a dostatek tekutin.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Mám dietu číslo 9. A moc mi tady chutná“	Jako diabetička má stravu č. 9, proběhla jí celé porce bez pomoci, sama.

Příjem tekutin	Doma	„Rada piju zelený čaj, obyčejnou vodu snažím se vypít 1 litr za den.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Dneska jsem vypila asi celý litr vody“	Hydratace dostatečná bilance tekutin. Příjem tekutin má 1000 ml - 1500 ml/24 hodin.
Vylučování moce	Doma	„mocím méně“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady v nemocnici mám zavedený katetr.“	Pacientka má zavedený PMK. Katetr je zavedený i z důvodu sledování diurézy.
Vylučování stolice	Doma	„Potíže nemám.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Musím si zazvonit na sestricku. Nemůžu jít sama, potřebuju pomoc“	Pacientka si zvoní o vozík. Pacientka zatím byla na stolici 5x.

Spánek a bdení	Doma	„Mívám potíže se spánkem. Nedýchá se mi v noci dobře, nebo me bolí záda, V noci nekolikrát se mužů probudím.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady v nemocnici se mi spí dobře, nemám potíže se	Pacientka spí dobře celou noc.

		spánkem. Beru léky od bolesti a i na spánek.“	
Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda si ctu knihy a časopisy, procházím se v parku.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Ctu si knihy a časopisy, dívám se na televizi, povídám si s personálem.“	Pacientka čte knihy, kouká se na televizi.
Hygiena	Doma	„Doma se sprchuju s pomocí. Ale ráno se umýt a vyčistit zuby mužů sama.“	Nelze hodnotit.

	V nemocnici	„Zde každé ráno mi pomáhají sestřičky s koupáním.“	Pacientka je omezená v pohybu. pacientka se snaží a spolupracuje, krémem jsou promazána záda. Sestra zajišťuje výměnu ložního prádla.
Samostatnost	Doma	„Jsem docela samostatná, občas když je potřeba mi	Nelze hodnotit.

		dcera pomáhá.“	
	V nemocnici	„Tady s tím mám všechno v pořádku. Pokud mám nějakou potřebu, mužů zazvonit si na sestřičku.“	Kategorie c. 3. Dopomoc v každodenních cinnostech.

Popis psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem při vědomí.“	Pacientka při vědomí, orientovaná v čase, místě i osobě.
Orientace		„Jsem orientovaná.“	je orientovaný všemi směry.
Nálada		„Mám dobrou náladu, cítím se dobře.“	Pacientka je klidná. Komunikuje se dobře.
Paměť	Staropaměť	„Myslím, že mám paměť v pořádku.“	Pacientka může vybavit situace staršího data

	Novopamet'	„Myslím, že si hodně věcí pamatuji.“	Pacientka se si pamatuje nově informace. Orientovaná místem, case a osobou.
Myšlení		„Žádné potíže nemám.“	Logické
Temperament		„Jsem docela klidný a spokojený člověk jako flegmatik.“	Pacientka je flegmatik
Sebehodnocení		„Jsem optimistka a vždy jsem byla optimistkou. Na nic se nestěžuju“	Pacientka je spokojená, na nic si nestěžuje. Je optimista.

Vnímání zdraví		„ Doufám, že se brzy uzdravím a pojedu domu ke své rodině.“	Pacientka dodržuje všechny pokyny lékaře.
Vnímání zdravotního stavu		„Ted' se necítím zdravá, ale verím, že bude v pořádku.“	Pacientka zná svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		„Já nejsem mladá.“	Přiměřená.
Reakce na hospitalizaci		„Jsem ráda, že jsem tady, aspoň se to rychle vyřeší. “	Pacientka reaguje na hospitalizaci dobře.
Adaptace na		„Ted mi to lepší.“	Pacientka se adaptuje

onemocnění		přiměřeně.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Uvidíme, co bude dál.“	Pacientka nemá žádné obavy.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„Nemám negativní zkušenosti.“	Dobré.

Popis sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Nemám s tím žádné problémy.“	Pacientka komunikuje bez potíží. Potíže s artikulací řeči nemá.
	Neverbální	„Nerada mluvím o svých pocitech, mužů jenom s rodinou.“	Přiměřená.

Informovanost	O onemocnění	„Paní doktorka mi všechno o mě nemoci pověděla. Už hodně věci sama mužů pochopit.“	Nemocný byl poučen o léčbě lékařem.
	O diagnost. metodách	„Dobrá.“	Pacientka pochopila všechna vyšetření.
	O léče a diete	„Dietu držím stejnou.“	Pacientka zná svou dietu.
	O délce hospitalizace	„Paní lékařka říkala, že to bude ještě trvat.“	Pacientka zatím neví, jak dlouho bude trvat hospitalizace

Sociální role a jejich Ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Hraju roli pacientky.“	Žena, 70 let.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem matka, babička a prababička.“	Matka, babička, prababička

	Terciální (související s volným casem a zálibami)	„Ráda vařím pro rodinu, cestování a ctění.“	Pacientka má velké množství zábavy-
--	--	---	--

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 20. 2. 2013

Ordinovaná vyšetření:

RTG, EKG, Glykemický profil.

Výsledek: hodnoty glykemií byly v normě, dle nich byly ordinovány dávky inzulínu

Konzervativní léčba:

Dieta: c. 9

Pohybový režim: pacientka je v rámci lůžka soběstačná, v teplotní tabulce má pacienta uveden pohybový režim klidový, WC vozík nebo mísa

RHB: aktivní s rehabilitačním pracovníkem

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

Cardilopin 20 mg 1 - 0 - 1

Betaloc Zok 100 mg 1 - 0 - 0

Novalgin 400 mg 1 - 1 - 1

Palladone 3 mg 8 h, 21 h

Furon 30 mg 2 - 0 - 2

Verospiron 30 mg 1 - 0 - 1

Intravenózní:

Furosemid 10 mg 7 h, 17 h

Subcutanní:

Clexane 0,8 ml 9 h, 21 h

Jiná: kyslíková terapie 2 - 3 litry za minutu.

Chirurgická léčba: neindikována

SITUACNÍ ANALÝZA ZE DNE 20. 2. 2013

Pacientka F.H. 70 let, 15. 12. 2014 přivezena na JIP NMSKB pro celkové zhoršení fyzického stavu, dušnost, zvýšenou TT. Pacientka hospitalizována na JIP oddělení. Druhý den od přijetí je pacientka stále dušná, cyanóza rtu trvá. Dýchání ztížené, počet dechu 28/min. Tlak krve 150/100 mmHg. Každý den kontinuální oxygenace kyslíkovými brýlemi. Saturace bez kyslíku 88 %, s kyslíkem 93 %. Barva kuže a sliznic jsou promodralé, barva sklér bílá. Pulz nepravidelný o frekvenci 104 za minutu. Tělesná teplota je 37,0 °C. Na predloktí pravé horní končetiny zaveden periferní žilní katétr, nyní 3. den. Pacientka má zavedený i permanentní močový katétr, nyní 3. den. Znamky infekce nejevilo. Stále trvají otoky DK. Z důvodu dušnosti a otoku pohyblivost pacientky je omezená. Pacientka má dietu č. 9, jí strava donášena k lůžku, nají se bez pomoci. Je zajištěna pomoc při ranní hygieně. Pacientka v noci spí dobře. S hospitalizací je smířená, teší se ke své rodině domů.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICHUSPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY

Snížený srdeční výdej (00029)

Doména 4: aktivita/odpočinek

Třída 4: kardiovaskulární-pulmonální reakce

Určující znaky:

změny afterload (změny hodnot krevního tlaku, oligurie pooperačně)

Související faktory:

změna srdeční frekvence

změněný rytmus

Ošetřovatelská diagnóza:

Nedostatek spánku (00096)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodické narušení relativního vědomí)

Určující znaky:

- ospalost během dne
- snížená schopnost fungovat

Související faktory:

- spánková apnoe

Priorita: střední

Strach (00148)

Doména 9: zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2: reakce na zvládnutí zátěže

Určující znaky:

uvádí strach z operačního výkonu

uvádí obavy týkající se pooperačního stavu

Související faktory:

přirozené (bolest, pooperační průběh)

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebepéče

Určující znaky:

neschopnost provést řádnou hygienu

neschopnost přemístit se na toaletu

Související faktory:

pooperační stav

únava

zhoršená pohyblivost

bolest

slabost

Porucha výměny plynů (00030)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 4: Funkce dýchacího systému

Definice: Přebytek nebo deficit v oxygenaci (okysličování krve) anebo eliminaci oxidu uhličitého z krve přes alveolokapilární membránu.

Určující znaky:

- abnormální dýchání (rychlost, hloubka)
- dyspnoe

Související faktory:

- nerovnováha mezi ventilací (proudění vzduchu do dýchacích cest, nádech a výdech) a

Priorita: střední

Potencionální:

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Rizikové faktory:

- ztráta tekutin normálními cestami (ztráty z drénů)
- ztráta tekutin abnormálními cestami (intubace)
- farmaceutické látky (diuretika)

Riziko pádů (00155)

Doména 11: bezpečnost/ochrana

Třída 2: fyzické poškození

Rizikové faktory:

- pooperační stav
- vaskulární onemocnění

Ošetřovatelská diagnóza:

Nedostatek spánku (00096)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí)

Určující znaky:

- ospalost během dne
- snížená schopnost fungovat

Související faktory:

- spánková apnoe

Priorita: střední

Cíle:

- **Krátkodobý:** - Pacientka cítí zlepšení spánku a odpočinku do 5 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacient spí klidně celou noc – do 3 dnů.

Priorita:

- Střední

Očekávané výsledky:

- Pacientka bude spát v klidu bez probuzení celou noc.

Ošetřovatelské intervence:

- Posuď příčiny pacientovi poruchy spánku – sestra, do 1 hodin.
- Pouč pacienta o metodách eliminace poruchy spánku – sestra, do 3 hodin.
- Zjisti faktory, které spánek ovlivňují – sestra, do 3 hodin.
- Zjisti okolnosti, které ruší spánek – sestra, před spaním.
- Sleduj změnu jak se pacientovi spalo – sestra, ráno.
- Informuj lékaře o poruše spánku z důvodu bolesti – sestra, ihned.
- Sleduj délku spánku pacientky. – sestra, ráno.

Realizace: (15.12.2014-18.12.2014)

- 7:30 – Každé ráno byl s pacientkou veden rozhovor, jak se jí spalo.
- 9:30 – informování lékaře o poruše spánku
- 10:15 – edukace pacienta o eliminaci faktorů narušujících jeho spánek
- 12:50 - plnění ordinací
- 15:30 – Pacientce byl zabezpečen klid a pohodlí během dne.
- 18:30 –příprava pacientky ke spánku
- 19:00 – předání informací sestře, která má noční službu

Vyhodnocení:

Spolu s pacientkou bylo zhodnoceno, jak se jí v noci spalo. Pacientka 1 - 3 den hospitalizace konstatovala zlepšení kvality spánku, v noci se vůbec neprobouzela jako dříve. Pacientka konstatovala celkově vymizení poruchy spánku. Pacientka se cítila velmi dobře a odpočatá.

- Krátkodobý cíl byl splněn.
- Dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza:

Porucha výměny plynů (00030)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 4: Funkce dýchacího systému

Definice: Přebytek nebo deficit v oxygenaci (okysličování krve) anebo eliminaci oxidu uhličitého z krve přes alveolokapilární membránu.

Určující znaky:

- abnormální dýchání (rychlost, hloubka)
- dyspnoe

Související faktory:

- nerovnováha mezi ventilací (proudění vzduchu do dýchacích cest, nádech a výdech) a

Priorita: střední

Cíl: Pacientce se bude lépe dýchat.

Očekávané výsledky:

Pacientka lepe dýchá.

Plán intervencí:

- Sleduj frekvenci a hloubku dýchání - sestra
- Zajisti vhodnou polohu – sestra
- Podej zvlhčený kyslík dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj fyziologické funkce – TK, D, P, saturace – sestra.
- Sleduj laboratorní výsledky (astrup) – sestra.
- Zajisti dostatek čerstvého vzduchu v pokoji – sestra,
- Zajisti dechovou rehabilitaci – sestra.

- Sledovat hodnoty krevních plynů
- Informuj lékaře o stavu nemocného

Realizace:

- 7:30 - Pacientovi je aplikován zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou.
- 10:30 - pacientka uložena do Fowlerovi polohy.
- 11:00 - informován lékař.
- 13:40 - změřeny fyziologické funkce
- 15:10 - rehabilitační cvičení
- 18:00 plnění ordinací

Hodnocení:

Pacientce je aplikována kyslík dle potřeby. Dýchání u pacientky se postupně zlepšilo.

- Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza:

Deficit sebek péče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebek péče

Určující znaky:

neschopnost dostat se do koupelny

neschopnost umýt a usušit tělo

Související faktory:

bolest

slabost

Cíl: Pacientka zvládne se koupat a umýt se sama bez pomoci

Priorita: střední

Očekávané výsledky: Pacientka bude provádět ranní hygienu sama na úrovni svých schopností

Plán intervencí:

zhodnot zdravotní stav při ranní hygieně - sestra

dopomoc pacientovi při hygieně— sestra

oceňuj aktivitu pacienta –sestra

dávej pozornost stavu kůže při hygieně – sestra
prováděj hodnocení dekubitů dle Norton každá den ráno – sestra
při hygieně dávej pozor na soukromí pacienta - sestra

Realizace:

15.12.2014

8:00, Pacientka nemohla spát v noci kvůli dusnosti. Ranní koupání celkové byla zajištěna sestrou.

16.12.2014

8:00, hygienická péče zajištěna na lůžku, pacientka byla spavá, ranní hygiena zajištěna sestrou, pacientka si vyčistila dutinu ústní sama.

17.12.2014

8:00, Ranní hygiena zajištěna v koupelně, pacientka aktivně pomáhala při hygieně, umývá si hlavu a horní končetiny, občas potřebovala pomoci se zbytkem těla.

18.12.2014

8:00, Ranní hygiena prováděna na lůžku. Pacientka samostatně si umýva vše, kromě zad.

Hodnocení:

Pacientka bez pomoci zvládá si umyt hlavu, horní a dolní končetiny.

Cil byl splněn částečně.

5 DOPORUCENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro sestry:

- vystupovat empaticky
- Vysvětlit nemocnému nutnost hospitalizace.
- Motivovat nemocného
- vysvětlit všechny pacientovi dotazy,
- kontrola pravidelné docházky k lékaři,
- poučit nemocného o nutnosti brát pravidelně léky dle ordinace lékaře,
- kontrola užívání léků
- edukovat nemocného a jeho rodinu o zdravém životním stylu (výživě, pohybové aktivitě, zdravé životosprávě),
- získat si důvěru nemocného
- pravidelně sledovat vznik možných komplikací

Doporučení pro pacienta:

- Spolupracovat,
- Myslet pozitivně,
- pravidelné užívání léků dle ordinace lékaře,
- Kontakt s nemocným se stejnou diagnózou
- jeli to vhodné podstoupit lázeňskou terapii,
- dodržování pravidel zdravého životního stylu
- dodržovat zásady zdravé výživy

Doporučení pro rodinu:

- motivovat nemocného
- podporovat nemocného
- starat se o něm,
- provádět rehabilitační cvičení s nemocným
- komunikace s nemocným
- nepodceňovat ho
- neklást na nemocného psychické nároky

3.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Snížený srdeční výdej (00029)

Doména 4: aktivita/odpočinek

Třída 4: kardiovaskulární-pulmonální reakce

Určující znaky:

změny afterload (změny hodnot krevního tlaku, oligurie pooperačně)

Související faktory:

změna srdeční frekvence

změněný rytmus

Strach (00148)

Doména 9: zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: reakce na zvládání zátěže

Určující znaky:

uvádí strach z operačního výkonu

uvádí obavy týkající se pooperačního stavu

Související faktory:

přirozené (bolest, pooperační průběh)

Deficit sebeděče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebeděče

Určující znaky:

neschopnost dostat se do koupelny

neschopnost umýt a usušit tělo

47

Související faktory:

bolest

slabost

Deficit sebeděče při stravování (00102)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebeděče

Určující znaky:

neschopnost připravit jídlo ke konzumaci

☒ neschopnost otevírat obaly

Související faktory:

☒ pooperační stav

☒ bolest

☒ slabost

Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebeděže

Určující znaky:

☒ neschopnost provést řádnou hygienu

☒ neschopnost přemístit se na toaletu

Související faktory:

☒ pooperační stav

☒ únava

☒ zhoršená pohyblivost

☒ bolest

☒ slabost

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Rizikové faktory:

ztráta tekutin normálními cestami (ztráty z drénů)

ztráta tekutin abnormálními cestami (intubace)

farmaceutické látky (diuretika)

Spánek narušený z důvodu hospitalizace v nemocnici projevující se verbalizací, únavou nemocného.

Nedostatečná informovanost nemocného o předběžné délce hospitalizace projevující se verbalizací dotazů týkajících se délky hospitalizace.

Ošetřovatelská diagnóza:**Nedostatek spánku (00096)****Doména 4:** Aktivita/odpočinek**Třída 1:** Spánek/odpočinek**Definice:** Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodické narušení relativního vědomí)**Určující znaky:**

- ospalost během dne
- snížená schopnost fungovat

Související faktory:

- spánková apnoe

Priorita: střední

Cíle:

- **Krátkodobý:** - Pacientka cítí zlepšení spánku a odpočinku do 5 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacient spí klidně celou noc – do 3 dnů.

Priorita:

- Střední

Očekávané výsledky:

- Pacientka bude spát v klidu bez probuzení celou noc.

Ošetřovatelské intervence:

- Posuď příčiny pacientovi poruchy spánku – sestra, do 1 hodin.
- Pouč pacienta o metodách eliminace poruchy spánku – sestra, do 3 hodin.
- Zjistí faktory, které spánek ovlivňují – sestra, do 3 hodin.
- Zjistí okolnosti, které ruší spánek – sestra, před spaním.
- Sleduj změnu jak se pacientovi spalo – sestra, ráno.
- Informuj lékaře o poruše spánku z důvodu bolesti – sestra, ihned.
- Sleduj délku spánku pacientky. – sestra, ráno.

Realizace: (15.12.2014-18.12.2014)

- 7:30 – Každé ráno byl s pacientkou veden rozhovor, jak se jí spalo.
- 9:30 – informování lékaře o poruše spánku
- 10:15 – edukace pacienta o eliminaci faktorů narušujících jeho spánek
- 12:50 - plnění ordinací
- 15:30 – Pacientce byl zabezpečen klid a pohodlí během dne.

- 18:30 –příprava pacientky ke spánku
- 19:00 – předání informací sestře, která má noční službu

Vyhodnocení:

Spolu s pacientkou bylo zhodnoceno, jak se jí v noci spalo. Pacientka 1 - 3 den hospitalizace konstatovala zlepšení kvality spánku, v noci se vůbec neprobouzela jako dříve. Pacientka konstatovala celkově vymizení poruchy spánku. Pacientka se cítila velmi dobře a odpočatá.

- Krátkodobý cíl byl splněn.
- Dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza:

Porucha výměny plynů (00030)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 4: Funkce dýchacího systému

Definice: Přebytek nebo deficit v oxygenaci (okysličování krve) anebo eliminaci oxidu uhličitého z krve přes alveolokapilární membránu.

Určující znaky:

- abnormální dýchání (rychlost, hloubka)
- dyspnoe

Související faktory:

- nerovnováha mezi ventilací (proudění vzduchu do dýchacích cest, nádech a výdech) a

Priorita: střední

Cíl: Pacientce se bude lépe dýchat.

Očekávané výsledky:

Pacientka lepe dýchá.

Plán intervencí:

- Sleduj frekvenci a hloubku dýchání - sestra
- Zajisti vhodnou polohu– sestra
- Podej zvlhčený kyslík dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj fyziologické funkce – TK, D, P, saturace – sestra.

- Sleduj laboratorní výsledky (astrup) – sestra.
- Zajisti dostatek čerstvého vzduchu v pokoji – sestra,
- Zajisti dechovou rehabilitaci – sestra.
- Sledovat hodnoty krevních plynů
- Informuj lékaře o stavu nemocného

Realizace:

- 7:30 - Pacientovi je aplikován zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou.
- 10:30 - pacientka uložena do Fowlerovi polohy.
- 11:00 - informován lékař.
- 13:40 - změřeny fyziologické funkce
- 15:10 - rehabilitační cvičení
- 18:00 plnění ordinací

Hodnocení:

Pacientce je aplikována kyslík dle potřeby. Dýchání u pacientky se postupně zlepšilo.

- Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza:

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: sebepéče

Určující znaky:

neschopnost dostat se do koupelny

neschopnost umýt a usušit tělo

Související faktory:

bolest

slabost

Cíl: Pacientka zvládne se koupat a umýt se sama bez pomoci

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka bude provádět ranní hygienu sama na úrovni svých schopností

Plán intervencí:

zhodnot' zdravotní stav při ranní hygieně - sestra

dopomoc pacientovi při hygieně– sestra

oceňuj aktivitu pacienta –sestra

dávej pozornost stavu kůže při hygieně – sestra

prováděj hodnocení dekubitů dle Norton každá den ráno – sestra

při hygieně dávej pozor na soukromí pacienta - sestra

Realizace:

15.12.2014

8:00, Pacientka nemohla spát v noci kvůli dusnosti. Ranní koupání celkové byla zajištěna sestrou.

16.12.2014

8:00, hygienická péče zajištěna na lůžku, pacientka byla spavá, ranní hygiena zajištěna sestrou, pacientka si vyčistila dutinu ústní sama.

17.12.2014

8:00, Ranní hygiena zajištěna v koupelně, pacientka aktivně pomáhala při hygieně, umývá si hlavu a horní končetiny, občas potřebovala pomoci se zbytkem těla.

18.12.2014

8:00, Ranní hygiena prováděna na lůžku. Pacientka samostatně si umývá vše, kromě zad.

Hodnocení:

Pacientka bez pomoci zvládá si umyt hlavu, horní a dolní končetiny.

Cil byl splněn částečně.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelským procesem u nemocného s levostranným selháním srdce. Cílem bakalářské práce bylo teoreticky popsat onemocnění srdečního selhání a dále rozpracovat ošetrovatelský proces u nemocného s touto chorobou. Bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro nemocné s onemocněním levostranné srdeční selhání, pro příbuzné nemocného ,pro příbuzné nemocného, ale také pro zdravotní sestry. Pacientka, u které byl vykonáván ošetrovatelský proces, byla velmi hodná a ochotná. Naplánované intervence se jí líbí a bude v nich nadále pokračovat. Přeju aby se rychleji se uzdravila, a byla úplně v pořádku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné monografické publikace

1. HERDMAN, T. Heather, ed., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace: 2012-2014* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8
2. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9
3. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*, 2013. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4083-6
4. BARTÁK, Karel, 2012. *Rehabilitace u srdečních onemocnění*. Hradec Králové: Nucleus. S. 1099-1112. ISBN 978-80-87009-89-5
5. KÓLBEL, František, 2011. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1962-0
6. MÁLEK, Filip, 2012. *Organizace péče o nemocné se srdečním selháním*. In: *Klinická kardiologie*. Hradec Králové: Nucleus.s. 472-473. ISBN
7. MÁLEK, Ivan a Petr LUPÍNEK, 2012 *Základní vyšetřovací metody u nemocných se srdečním selháním*. Hradec Králové: Nucleus, s. 405-406. ISBN 978-80-87009-89-5
8. MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2013. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2238-5
9. O'ROURKE, Robert A., Richard A. WALSH a Valentí FUSTER, 2010. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3175-9

10. ROSOLOVÁ, Hana, 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-904899-5-0
11. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLAŘOVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4823-8
12. STANĚK, Vladimír, 2014. *Kardiologie v praxi*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-904899-7-4.
13. SVĚRAKOVÁ, M., c2012. *Edukuační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2
14. SYSEL, D. a H. BALEJOVÁ A O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4
15. ŠAMANKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7
16. Taborský, Miloš, 2014. *Kardiologie pro interní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3361-9
17. HRADEC, J.; SPÁČIL, J. 2001. *Kardiologie, angiologie*. Praha: Galén. 2001. ISBN 80-7262-106-8.
18. TÓTHOVÁ, Valerie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9
19. VENGLAŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

20. VOJÁČEK, Jan a Jiří KETTNER, ed., 2009. *Klinická kardiologie*. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 978-80-87009-58-1
21. 5. HRADEC, Jaromír a Jirí SPÁCIL, 2001. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Editor Pavel Klener. Praha: Karolinum, 359 s. Scripta. ISBN 80-246-0291-1.
22. CHALOUPKA, Václav et al., 2003. *Zátěžové metody v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 293 s. ISBN 80-247-0327-0.
23. JANSA, Pavel, 2002. *Cor pulmonale: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 184 s. ISBN 80-7254-251-6.
24. ZAZULA, Roman. *Intenzivní perioperační péče*, 2000: Praha: Galén. ISBN 80-86257-17-7.

Casopis

1. KRECKOVÁ, Markéta, 2011. *Chronické srdeční selhání v ambulantní péči*. Sestra. c. 1, s. 34-38. ISSN 1210-0404