

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOMPLIKACEMI PO INFARKTU MYOKARDU**

Bakalářská práce

Klára Šindarová

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOMPLIKACEMI PO INFARKTU MYOKARDU**

Bakalářská práce

Klára Šindarová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2016



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

Šindarová Klára
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikacemi po infarktu
myokardu

*Nursing Process in the Case of a Patient with Complications after
Myocardial Infarction*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moracová

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikacemi po infarktu myokardu* vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího bakalářské práce.

Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským ve znění pozdějších předpisů)

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

PODĚKOVÁNÍ

Za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky děkuji PhDr. Karolíně Moravcové. Dále chci poděkovat za podporu při studiu svému partnerovi a kolegyním z pracoviště oddělení akutní kardiologie.

ABSTRAKT

Šindarová, Klára. *Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikacemi po infarktu myokardu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, Praha, 2015, 48 stran.

V práci se zaměřujeme na komplikace, které mohou nastat po infarktu myokardu. Infarkt myokardu postihuje velkou část populace a v dnešní době se jedná o čím dál mladší generaci. Dalo by se říct, že infarkt myokardu již není onemocnění pouze starší generace.

Bakalářská práce popisuje vznik, léčbu a diagnostiku infarktu myokardu, dále popisuje vznik komplikací s následnou léčbou.

V bakalářské práci byl dále zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s danou problematikou. Pro zpracování procesu jsme použili ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové.

Dále byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA internacional 2012 – 2014, posouzení, realizace a zhodnocení péče.

Klíčová slova:

Akutní infarkt myokardu, Léčba, Ošetrovatelský proces, Pacient

ABSTRACT

Šindarová, Klára. Nursing proces for patients with complications after kardiac attackt. Collage of Nursing, o. p. s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová, Prague, 2015, 48 pages.

In this thesis we focus on complications that might happened after kardiac attackt affect big part of our society especially younger generation. We can say that this is not a disease which has only older generation.

This thesis describes formation of this disease, treatment, diagnosis and complications that may occur after subseguent treatment.

This thesis was further elaborated nursing process in a patient with this issue. We used nursing process by Marjory Gordon for nursing process.

Furthermore, nursing diagnoses were determined accoording to NANDA Taxonomy II internacional 2012 – 2014, assessment, implementation and evaluation of care.

Keywords:

Acute kardiac attackt, Treatment, Nursing care, Patient

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 13 |
| 1. AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU | 15 |
| 1.1 Příčiny a vývoj akutního infarktu myokardu | 15 |
| 1.2 Rozdělení akutního infarktu myokardu | 15 |
| 1.3 Příznaky akutního infarktu myokardu | 16 |
| 1.4 Diagnostika akutního infarktu myokardu | 16 |
| 1.4.1 Klinický obraz | 16 |
| 1.4.2 EKG diagnostika infarktu myokardu..... | 16 |
| 1.4.3 Laboratorní nálezy u infarktu myokardu | 17 |
| 1.4.4 Zobrazovací metody | 18 |
| 1.5 Rizikové faktory | 18 |
| 1.5.1 Ateroskleróza..... | 18 |
| 1.5.2 Kouření | 19 |
| 1.5.3 Nedostatek pohybu | 19 |
| 1.5.4 Výživa..... | 19 |
| 1.5.5 Nadváha a obezita..... | 19 |
| 2. LÉČBA AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU | 20 |
| 2.1 Přednemocniční léčba AIM | 20 |
| 2.2 Nemocniční léčba u AIM..... | 21 |
| 2.2.1 Perkutánní koronární intervence..... | 22 |
| 2.2.2 Aortokoronární bypass | 22 |
| 2.2.3 Systémová trombolýza | 22 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.2.4 | Farmakologická terapie AIM | 23 |
| 2.2.5 | Oxygenace | 24 |
| 2.2.6 | Fyzická aktivita nemocných s AIM..... | 24 |
| 2.3 | Ambulantní fáze – poinfarktová | 25 |
| 3. | KOMPLIKACE U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU | 26 |
| 3.1 | Arytmie | 26 |
| 3.1.1 | Fibrilace komor | 26 |
| 3.1.2 | Fibrilace síní | 26 |
| 3.1.3 | Komorová tachykardie | 26 |
| 3.1.4 | Bradyarytmie | 27 |
| 3.2 | Levostranná srdeční nedostatečnost..... | 27 |
| 3.3 | Kardiogenní šok..... | 27 |
| 3.4 | Komplikace po katetrizačním výkonu | 28 |
| 3.5 | Plicní embolie a trombembolická nemoc..... | 28 |
| 3.6 | Komplikace nekoronárního typu | 28 |
| 4. | SESTERSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S AKUTNÍM INFARKTEM MYOKARDU..... | 29 |
| 4.1 | Zásady při přijetí nemocného na koronární jednotku | 29 |
| 4.2 | Vyšetřovací a léčebná opatření při přijetí..... | 29 |
| 5. | OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOMPLIKACEMI PO INFARKTU MYOKARDU..... | 30 |
| 6. | ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU | 57 |
| 6.1 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 58 |
| | Doporučení pro pacienta..... | 58 |
| | Doporučení pro zdravotnický personál..... | 58 |
| | Doporučení pro rodinu..... | 58 |
| | Doporučení pro veřejnost..... | 58 |
| | ZÁVĚR..... | 59 |

| | |
|---------------------------------|----|
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 60 |
| SEZNAM PŘÍLOH | I |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| a. | artérie |
| Amp. | ampule |
| AIM | akutní infarkt myokardu |
| ASA | kyselina acetylsalicylová |
| ECHO | sonografie srdce |
| EKG | elektrokardiografie |
| i.v. | intra venózní |
| ICHS | ischemická choroba srdeční |
| m.j. | mezinárodních jednotek |
| PCI | perkutánní koronární intervence |
| PSA | pseudoaneuryzma |
| s.c. | sub kutánní |
| SKG | selektivní koronarografie |
| TK | krvní tlak |

(HUGO, KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání

Ateroskleróza – onemocnění tepen, při nichž se ukládá tuk do tepen

Artérie - tepna

Arytmie – porucha srdečního rytmu

Bypass - přemostění

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic

Dilatace - rozšíření

Embolie – vmetení, zaklínění vmetku

Femoralis - stehenní

Hypertenze – vysoký tlak

Invazivní – pronikající, vnikající

Ischemie – nedokrevnost tkáně nebo orgánu

Lege artis – způsob vykonávání lékařského povolání a lékařských výkonů přiměřeně dosaženému stupni vývoje lékařské vědy a jejím pravidlům

Neinvazivní – nepronikající dovnitř organismu

Nekróza – odumření tkáně či části orgánu

Selektivní koronarografie – vyšetření znázorňující koronární tepny

Spasmus – křeč svaloviny

Stenokardie – bolesti na hrudi

Stenóza – zúžení

Trombus – krevní sraženina

(HUGO, KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, 20015), (KAPOUNOVÁ, 2007)

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 identifikační údaje | 31 |
| Tabulka 2 léková anamnéza | 33 |
| Tabulka 3 popis fyzického stavu | 35 |
| Tabulka 4 aktivity denního života | 39 |
| Tabulka 5 posouzení psychického stavu | 40 |
| Tabulka 6 posouzení sociálního stavu | 43 |
| Tabulka 7 podávané léky a lékové skupiny..... | 48 |

ÚVOD

Infarkt myokardu jako nemoc se stává pomalu, ale jistě onemocnění patřící k dennímu životu. Není den, kdy by do nemocnice nepřivezli pacienta s infarktem myokardu a dalo by se i říct že není rozhovor, kde by nepadlo, že někdo z rodiny prodělal infarkt.

Infarkt myokardu se stává civilizačním onemocněním a čím dál častěji postihuje mladší ročníky, než jak tomu bývalo dřív. Není vůbec výjimkou pacient s infarktem ve věku 35 let.

Téma infarkt myokardu je stále aktuální. V dnešní době je medicína a léčba infarktu tak daleko že většina pacientů se vrací do běžného života velice rychle a bez velkých omezení.

Tato bakalářská práce se zaměřuje a popisuje léčbu komplikací, které mohou nastat po infarktu myokardu. Konkrétněji jejich diagnostiku a léčbu. Veřejnost si není příliš vědoma komplikací, které mohou nastat po infarktu pouze smrti.

Důležité při léčbě infarktu myokardu je dodržování klidového a léčebného postupu a samozřejmě správná edukace pacienta.

Infarkt myokardu je pro mne každodenní rutinou. Péče o tyto pacienty je úžasná v tom že díky dnešní technice a integrovanému záchrannému systému přežije mnohem více pacientů než v letech minulých. Určitě lze také říci, že pacienti mají po proděláním infarktu lepší kvalitu života než například před 10 ti lety.

Vstupní literatura:

KOLÁŘ, Jiří et al., 2009. *Kardiologie pro sestry v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-7262-604-5

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1830-9

Rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pacienta s komplikacemi po infarktu myokardu, sběr informací proběhl v říjnu 2015. Klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: pacient, ošetřovatelský proces, pacient, léčba, akutní infarkt myokardu. V anglickém jazyce to

byly: patient, nursing care, treatment, acute kardiac attackt. Jako druh literatury byly zvoleny knihy, články a elektronické zdroje. Pro tvorbu bakalářské práce bylo v časovém rozmezí 2005-2015 vyhledáno celkem 51 záznamů: 7 vysokoškolské práce, 24 knihy, 9 články a příspěvky ve sborníku, 11 elektronické zdroje. Mezi základní prameny čerpání informací patří katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz), online katalog NCO NZO a volný internet. Pro bakalářskou práci bylo z rešerše, která byla zpracována knihovnou IKEM v Praze využity byly 3 knižní zdroje, které jsou řádně citovány v seznamu použité literatury. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli práce. Zvolená literatura byla vybrána na základě potřebných informací k daní problematice a dostupnosti. Zbylé knižní i internetové zdroje, které se v bakalářské práci objevily, jsou též uvedeny v seznamu použité literatury.

1. AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Přibližně jedna třetina všech úmrtí je způsobena ischemickou srdeční chorobou a z ní jedna polovina akutním infarktem myokardu (KOLÁŘ et al., 2009 s. 236).

Infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu jakékoli velikosti, vzniklá na podkladě náhlého uzávěru nebo extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou myokardiální oblast (ŠTĚJFA, 2007).

Uzávěr některé z koronárních arterií nebo jejich uzávěr vyvolává nedokrevnost myokardu, po které se za 40 minut objevuje nekróza, která se hojí jizvou (ŠTĚJFA, 2007).

1.1 Příčiny a vývoj akutního infarktu myokardu

Akutní infarkt myokardu je komplikací pokročilých aterosklerotických změn na koronárních tepnách. Je příčinou přibližně 95% uzávěrů věnčitých tepen trombem nasedající na aterosklerotický plát. Další příčiny jsou například: embolie do věnčité tepny, spasmus věnčité tepny, poranění a zánět věnčité tepny (KOLÁŘ et al., 2009).

Při přerušení přítoku krve do myokardu přežívají svalové buňky hypoxii prvních 20 minut. Pokud se v této době obnoví přísun kyslíku, buňky jsou schopny regenerace a dochází tedy k reverzibilní ischemii. V případě že nedojde k obnovení, dochází k ireverzibilnímu poškození, kdy buňky nejvíce postižené propadnou ischemii a nekróze. Ischemie s následnou nekrózou začíná nejčastěji v subendokardiální oblasti. Celý proces přechodu ischemie v nekrózu obvykle končí za 4-6 hodin po uzávěru tepny (KOLÁŘ et al., 2009).

1.2 Rozdělení akutního infarktu myokardu

Podle postižení srdeční stěny můžeme infarkt rozdělit na transmurální (STEMI) a intramurální (non-STEMI).

Transmurální infarkt myokardu postihuje především cévní stěnu v celém jejím průřezu, jde tedy o časné stádium. Vzniká z uzávěru velké větve koronární tepny. Na EKG křivce by se tato fáze projevila širokými hrotnatými vlnami T.

Intramurální infarkt myokardu postihuje pouze část srdeční stěny. Obvykle nevykazuje žádné změny na EKG. Vzniká obvykle z přechodného uzávěru věnčité tepny následkem spazmu nebo embolu, který se samovolně a rychle rozpustí (SLEZÁKOVÁ, 2007), (NEJEDLÁ, 2006), (KOLÁŘ et al., 2009).

1.3 Příznaky akutního infarktu myokardu

Typickými příznaky infarktu myokardu je bolest na hrudi - stenokardie. Bolest bývá pacienty často popisována jako svíravá, tlaková a pálivá. Časté je vyzařování bolesti do levého ramene nebo do celé levé horní končetiny a krku. Bolest bývá často doprovázena dušností různého stupně spolu s nauzeou, zvracením, pocením. Bolest u infarktu trvá obvykle 30 minut někdy i celé hodiny. Některé infarkty myokardu proběhnou bez bolesti na hrudi. Tato situace nejčastěji nastává u diabetiků se senzitivní neuropatií (ČEŠKA et al., 2010).

Akutní infarkt myokardu se může projevit nejprve komplikacemi, jako jsou poruchy srdečního rytmu, levostranné srdeční selhání nebo náhlá smrt (ŠTEJFA, 2007).

1.4 Diagnostika akutního infarktu myokardu

Včasná diagnostika může urychlit léčbu a zmenšit množství komplikací u akutního infarktu myokardu.

1.4.1 Klinický obraz

Nejdůležitějším subjektivním ukazatelem jsou stenokardie, dále to může být úzkost, nauzea, zvracení a strach. Z objektivních symptomů zjišťujeme často tachykardii s hypotenzí což je následek dráždění sympatiku. Můžeme však naměřit i bradykardii s hypotenzí. Dále je pro pacienty typické upocenost, schvácenost, bledost, neklid. Můžeme zjistit ischemické změny na EKG záznamu (ŠTEJFA, 2007).

1.4.2 EKG diagnostika infarktu myokardu

Monitoraci EKG u pacienta zahajujeme okamžitě při podezření na infarkt. U potvrzených pacientů je nutná monitorace nepřetržitě alespoň po dobu 24 hodin na

jednotce intenzivní péče. Důvod nepřetržité monitorace je riziko život ohrožujících arytmií, které nevyžadují okamžitý léčebný zásah (ŠEVČÍK et al., 2014).

Elektrokardiografická diagnostika je typická pro AIM a je založena na třech hlavních kritériích:

1. charakteristické změny komplexu QRS, úsek ST a vlny T
2. dynamický vývoj změn – vznik negativní vlny T, ústup elevace ST
3. určení místa infarktu podle svodů, v nichž se změny objeví (KOLÁŘ et al., 2009)

Nejčastější forma je dvanácti svodového EKG. Jedná se o šest elektrod V1 až V6, umístěných na hrudníku vyšetřovaného tak, že elektrody V1 a V2 leží ve čtvrtém mezižebří vpravo a vlevo od sternu, dále vlevo elektroda V3 a dále stále ekvidistantně umístěvané elektrody V4, V5 a V6 leží v pátém mezižebří: V4 v čáře probíhající středem levého klíčku, V5 v čáře probíhající přední řasou podpažní jamky a V6 v čáře pod středem podpažní jamky (SOVOVÁ, 2006).

1.4.3 Laboratorní nálezy u infarktu myokardu

Laboratorní vyšetření má v diagnostice akutního infarktu myokardu zásadní význam. Je podmínkou pro průkaz nekrózy srdeční svaloviny bez ohledu na klinické a EKG známky akutního infarktu myokardu. V diagnostice jsou stanovovány kardiospecifické enzymy, které nejsou za normálních okolností v plazmě přítomny, nebo jsou přítomny jen ve zcela nepatrném množství. Při nekróze buněk myokardu jsou z nich tyto látky vyplavovány do oběhu a prokazovány v plazmě. V periferní krvi nemocných s akutním infarktem myokardu se objevují v tomto pořadí:

Myoglobin (MB) – zvýšená koncentrace myoglobinu nastává za 1 – 2 hodiny po vzniku AIM.

MB frakce kreatinkinázy (CK – MB) – aktivita CK – MB stoupá za 3 – 4 hodiny po vzniku AIM.

Troponiny (Tn) – Pro diagnostiku AIM jsou důležité troponin I a T, které jsou pozitivní za 3 – 5 hodin po vzniku akutního infarktu myokardu (KOLÁŘ et al., 2009).

Srdeční enzymy jsou vyšetřovány u akutních forem ICHS. Jsou uvolňovány při nekróze myokardu do krve. Nejdůležitější a nej přesnější je hladina troponinu. Srdeční troponiny jsou specifické proteiny, které se za normálních okolností v krvi nevyskytují.

Troponin dělíme na I a T. Troponin I se doporučuje odebrat u pacientů bez elevace S – T úseků vždy při příjmu a za 6 a 12 hodin od vzniku potíží. Srdeční troponiny v krvi jsou prokazatelné za tři hodiny po IM (ŠTEJFA a kol., 2007).

1.4.4 Zobrazovací metody

1. Selektivní koronarografie – katetrizační vyšetření kdy nejčastější přístup je přes třísko, kde se sonduje stehenní tepna. Zákrok lze také provést přes tepnu na zevní straně zápěstí (IKEM, 2009).

2. Skiagram – v akutní fázi provedený skiagram může ukázat stupeň měštnání

3. Echokardiografie – vyšetření je neinvazivní a nezátěžové, dá se indikovat dle potřeby. U IM nám může pomoci zobrazit rozsah poškození srdce (ŠTEJFA a kol., 2007).

Kvalitu zobrazení může ovlivnit velikost podkožní vrstvy pacienta, zejména tvar hrudníku, stav plicní tkáně a u žen velikost prsů. Vyšetření vždy provádí lékař, který je školený v této metodě (SOVOVÁ, 2006).

1.5 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit akutní infarkt myokardu, se obecně řadí vysoká míra stresu a nezdravý životní styl - k němu patří mimo jiné kouření, obezita nebo nulové pohybové aktivity. Výsledkem toho jsou sekundární rizikové faktory, jako jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, které se podílejí na vzniku aterosklerózy (KARDIOLOGIE-SRO, 2014).

1.5.1 Ateroskleróza

Ateroskleróza je výsledek procesu, při kterém dochází k ukládání tukových látek do stěn tepen. Díky tomu a přidruženému ukládání řady dalších buněk (především hladkého svalstva, vazivových a zánětlivých buněk) dochází k postupnému a velmi pomalému zužování průsvitu tepny. První známky rozvíjejících se aterosklerotických plátů můžeme nalézt již ve věku kolem 20 let. Postupně dochází k jejich narůstání a změně jejich struktury. Ateroskleróza tak postihuje tepny zásobující krví k životu nepostradatelné orgány jako je srdce, mozek, ledviny atd. (INFARKTMYOKARDU.INFO).

1.5.2 Kouření

Kouření se ve velké míře podílí na zvýšeném výskytu nemocí srdce a cév ale také nemocí dýchacího ústrojí. Vysoké množství kuřáků je především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let. Kouření je vážné zdravotní riziko, které se podílí na vzniku kardiovaskulárních nemocí v mladém věku (STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2007).

1.5.3 Nedostatek pohybu

Více než polovina české populace nesplňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických neinfekčních onemocnění, jako jsou například: obezita, kardiovaskulární nemoci, diabetes a osteoporóza. Tyto nemoci značně postihují lidi produktivního věku a jsou často příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti (STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2007).

1.5.4 Výživa

Na neuspokojivém zdravotním stavu se podílí významně výživa a její nevhodná skladba (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli a nedostatečná konzumace vlákniny, ovoce a zeleniny). Současný stav výživy populace v ČR není, přes některá zlepšení uspokojivý. Doporučené dávky potravin v ČR jsou dodrženy u cereálií naopak u zeleniny, ovoce a mléka tomu tak není a spotřeba masa je vyšší o 20% oproti doporučenému množství. Vhodné potraviny dokáží snížit riziko mnoha chorob (STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2007).

1.5.5 Nadváha a obezita

V ČR je obezitou postiženo asi 25 procent žen, 22 procent mužů a nadváha obecně představuje potíže pro více než 50 procent populace středního věku. Vyšší výskyt obezity byl zejména v poslední dekádě minulého století velmi výrazný a to ve většině ekonomicky vyspělých zemí. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila ve světě 60 % z 56,5 milionů hlášených úmrtí (STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2007).

2. Léčba akutního infarktu myokardu

Cílem léčby infarktu myokardu je co nejrychlejší (v řádu hodin) obnovení normálního průtoku v postižení věnčité tepně čili transport nemocného do specializovaného kardiocentra, které provádí katetrizaci srdce s následným provedením tzv. angioplastiky. Ta se provádí přístupem (vpichem) přes stehenní tepnu a pomocí srdečního cévek a dalšího speciálního instrumentaria je možné zprůchodnění uzavřené nebo zúžené tepny, její rozšíření a ve většině případů zavedení koronárních stentů, které udržují průchodnost tepny. Při včasném zákroku pak je možná záchrana nebo zmenšení infarktového ložiska srdečního svalů. U některých nemocných je operace, která pomocí koronárních bypassů (přemostění) zlepší zásobení ostatního myokardu. Někdy srdeční operaci indikujeme jako první metodu léčby při závažném nálezu a nemožnosti provedení angioplastiky. Nedílnou součástí léčby je samozřejmě léčba medikamentosní, která je zpravidla doživotní (IKEM, 2009).

Riziko úmrtí nemocných s akutním infarktem myokardu je tím menší, čím rychleji je nemocnému poskytnuta odborná lékařská pomoc a čím rychleji se podaří zprůchodnit uzavřenou tepnu. Zkrácením přednemocniční fáze a doby od vzniku potíží po příjezd odborné pomoci má rozhodující vliv na osud nemocného. Řešením je neustálá edukace obyvatelstva. Pravděpodobně žádná jiná metoda nemůže v budoucnu ovlivnit úmrtnost na AIM tak výrazně jako důkladná informovanost veřejnosti. V léčebné péči o nemocného s AIM rozlišujeme přednemocniční, nemocniční a post infarktovou ambulantní fázi (ŠTEJFA, 2007).

2.1 Přednemocniční léčba AIM

Základ péče o nemocného s AIM je boj o čas. Dobře informovaný nemocný by měl při náhle vzniklých anginózních bolestech neustupujících do pěti minut po podání jedné dávky nitroglycerínu rozžvýkat jednu tabletu kyseliny acetylsalicylové a zavolat rychlou zdravotnickou pomoc. Doba mezi vznikem bolestí a telefonickým hovorem by měla být optimálně 20 – 30 minut, maximálně však jednu hodinu.

Pacient by měl volat číslo ZZS co nejdříve od projevení bolestí na hrudi. Zdravotnická záchranná služba vyšle plně vybavený vůz s posádkou erudovanou v interpretaci 12 – svodového EKG. Jakmile EKG odhalí elevace ST úseku, je informováno nejbližší kardiocentrum (KÖBEL a kol., 2011).

V přednemocniční fázi je nejčastěji podáno lékařem:

Kyselina acetylsalicylová (ASA) buď ve formě perorální (Anopyrin 400 mg) nebo intravenózní (Aspegic 500 mg). Intravenózní podání je preferováno především u nemocných v těžkém stavu, kteří zvrací a nemohou přijímat léky v perorálním stavu. Kyselina acetylsalicylová působí proti narůstání trombu.

Clopidogrel v dávce 300 – 600 mg per os. Clopidogrel působí antiagregačně jiným mechanismem než ASA, proto hovoříme o duální antiagregaci.

Heparin 5 – 10 tisíc jednotek intravenózně, opět ve snaze o potlačení narůstání trombu.

Oxygenoterapie je považována za standard léčby.

Anodyna (fentanyl, morfin) jsou podávány intravenózně k potlačení bolesti.

Betablokátory jsou podávány u nemocných s tachykardií a s hypertenzí.

Nitráty jsou podávány k potlačení acinózní bolesti (ČEŠKA et al., 2010, s. 74).

Doporučení pro přednemocniční fázi:

Doba „ bolest – telefon „ - zlatá hodina: čas od začátku obtíží do doby kdy si nemocný zavolá lékařskou pomoc. Tato doba by se měla pohybovat maximálně do 1 hodiny.

Doba „telefon – příjezd,, : v nejlepším případě by měl být lékař u nemocného s podezřením na akutní infarkt myokardu do 15 minut od zavolání.

Vyšetření a léčba nemocného na místě: vyšetření a základní léčebná opatření v přednemocniční fázi by neměla trvat déle než 15 minut.

Doprava do nemocnice: trvá optimálně 15 – 30 minut. Pacient by měl být primárně transportován na nejbližšího kardiocentra k provedení perkutánní koronární intervence (KÖBEL kol., 2011).

2.2 Nemocniční léčba u AIM

Nemocniční fáze začíná tím, že je nemocný předán do zdravotnického zařízení. Nejvhodnější je předat nemocného na katetizační sál, hned po příjezdu do kardiocentra

kde je mu provedena jedna z nejuspěšnějších léčebných metod – perkutánní koronární intervence (PCI).

V tomto období se snažíme zlepšit komfort pacienta a stabilizovat jej v co nejkratším čase.

2.2.1 Perkutánní koronární intervence

Perkutánní koronární intervence zahrnuje metody využívané během koronarografického vyšetření, kdy jsou pomocí speciálně preformovaných katétrů zavedených nejčastěji přes arteria radialis zobrazeny koronární tepny. Cílem je zobrazení infarktové tepny. Nejprve je do postižení tepny zaveden super tenký vodič. S pomocí tohoto vodiče je provedena v případě přítomnosti trombů nejdříve tromboaspirace. Poté se přistupuje buď k přímé implantaci stentu (navlečeného na vysokotlaký balonek) do postiženého místa nebo je nejprve provedena predilatace tepny balonkem (KOLÁŘ et al., 2009).

Po výkonu je vytažen katetr a na místo je přiložena elastická bandáž se zatížením (pytlík s pískem) po dobu 5-10 hodin. Během této doby se poraněné místo tepny uzavře. Je nutné dodržovat klid na lůžku, ležet na zádech s nataženou dolní končetinou na straně vpichu, abych se zabránilo vzniku komplikace (FNMOTOL, 2012).

2.2.2 Aortokoronární bypass

Aortokoronární bypass je přemostění zúžené části věnčité tepny autologním štěpem a cílem je obnovit dostatečné zásobení postižené části srdce okysličenou krví. Je to jeden z nejčastěji prováděných chirurgických zákroků.

K revaskularizaci vytvořením koronárního bypassu jsou indukováni nemocní s vícečetným postižením koronárních tepen a výrazně symptomatictí nemocní, u kterých při medikamentózní léčbě neočekáváme zlepšení kvality života, nebo pacienti s vysokým rizikem náhlé smrti. Při implantaci bypassu je uváděno dlouhodobé snížení mortality nemocných se stenózou kmene levé věnčité tepny a také u postižení dalších třech hlavních tepen věnčitého srdečního systému (VLČEK, FIALOVÁ, 2009).

2.2.3 Systémová trombolýza

Jedná se o metodu, kdy podáním trombolytika dojde k rozpuštění trombu a následnému zprůchodnění cévy. Léky používané k trombolýze nazýváme trombolytika.

Indikace k zahájení trombolýzy je nedostupnost katetrizačního sálu a tedy možnost PTCA do dvou hodin od vzniku příznaků AIM. Kontraindikací trombolýzy jsou krvácivé stavy, hypertenzní krize, cévní mozková příhoda nebo velký operační výkon v posledním měsíci, jícnové varixy, aktivní vředová choroba, chronické renální selhání s vyžadující hemodialyzační léčbou, extrakce zubů v posledním týdnu a těhotenství v prvním trimestru (ŠEVČÍK a kol., 2010).

2.2.4 Farmakologická terapie AIM

Analgezie a sedace

Bolest tlumíme opiáty – Fentanyl 1 – 2 ml i.v. a dávku je možno jednou opakovat. Alternativou je podání Morphinu 2 – 4 mg i.v. až do celkové dávky 10 mg. Nepodáváme nesteroidní antirevmatika (vyjma kyseliny acetylsalicylové), protože zvyšují riziko úmrtí, reinfarktu a srdečního selhání (KÖBEL, 2011).

Protidestičková léčba

Zatím neotřesitelně zůstává postavení kyseliny acetylsalicylové (aspirinu), která u nemocných se srdečním infarktem významně snižuje mortalitu a výskyt ischemie. ASA má příznivý vliv na potlačení zánětlivé reakce. Příznivý vliv má protidestičková léčba podáváním ASA jak na snížení výskytu infarktu myokardu, tak na pokles dlouhodobé i krátkodobé mortality (KÖBEL, 2011).

Antikoagulační léčba

Příznivý účinek je zaznamená u kombinované léčby ASA s nefrakcionovaným heparinem. Kombinace těchto léků je výhodná neboť oba působí proti tvorbě a narůstání trombů. V kombinaci s ASA se stále častěji používá nízkomolekulární heparin. Podáváme je u nemocných léčených primárně konzervativně i invazivně, kde významně snižují mortalitu a riziko vzniku ischemické příhody, a to bez nárůstu počtu závažných krvácivých komplikací. U nemocných po provedené angioplastice podáváme léčbu nízkomolekulárním heparinem s odstupem několika hodin (KÖBEL, 2011).

Betablokátory

U nemocných se srdečním infarkte mají dva pozitivní efekty: zmenšují ischemii a zvyšují fibrilační práh. Betablokátory vedou ke zpomalení srdeční frekvence a tím i ke

snížení spotřeby kyslíku myokardem. Léčbu betablokátory zahajujeme od přijetí nemocného do nemocnice zásadně po oběhové stabilizaci (KÖBEL, 2011).

Nitráty

Podávání nitrátů vede k dilataci v arteriálním řečišti a celkově snižují práci myokardu komor. Nitráty jsou doporučovány v prvních 24 – 48 hodinách po přijetí (KÖBEL, 2011).

Statiny

Statiny blokují syntézu cholesterolu v játrech. Hypolipidemická léčba je zahájena v akutním stadiu léčby. Zahájení léčby vysokou dávkou statiny výrazně snižuje výskyt úmrtí, recidivy srdečního infarktu (KÖBEL, 2011).

2.2.5 Oxygenace

Podáváním kyslíku pomůžeme zlepšit subjektivní vnímání bolesti pacienta. Podávání kyslíku patří ke standardům léčby a často vede k ústupu dušnosti nemocného (ŠTEJFA a kol., 2007).

2.2.6 Fyzická aktivita nemocných s AIM

Klidový režim nemocného má za cíl minimalizovat srdeční zátěž a zároveň spotřebu kyslíku v myokardu. Dlouhodobá nehybnost, zejména u starších nemocných zvyšuje nebezpečí žilní trombózy a plicní embolie a usnadňuje vznik dalších nepříznivých komplikací (dekubitů, retence moči, zácpy, osteoporózy). Z těchto důvodů se u AIM doporučuje absolutní klid na lůžku jen v prvních hodinách, po dobu bolesti.

Nemocný s nekomplikovaným AIM se může po 24 hodinách na lůžku posazovat a zpravidla 3. den se pohybuje kolem lůžka a posazuje se v křesle. Od 5 – 7 dne se mu dovoluje chůze mimo pokoj, do sprchy a na WC.

Mobilizaci nemocného s komplikovaným průběhem AIM je třeba posuzovat individuálně podle závažnosti oběhové nedostatečnosti. V prevenci žilní trombózy u nehybných nemocných je důležitá jejich časná a pravidelná rehabilitace na lůžku (KOLÁŘ et al., 2010).

2.3 Ambulantní fáze – poinfarktová

Ambulantní fáze onemocnění zahrnuje medikamentózní léčbu, rehabilitaci a lázeňskou léčbu, sekundární prevenci infarktu myokardu. Léčba nemocného po prodělaném akutním infarktu myokardu je dlouhodobá. Měla by být zahájena již během hospitalizace a měla by pokračovat ve spolupráci s lékaři primární péče.

Hlavním bodem je změna životosprávy například ukončení kouření, kontrola krevního tlaku, váhová redukce a zvýšení fyzické činnosti. Za nejdůležitější se považuje ukončení kouření. Pravidelný pohyb alespoň třicet minut pětikrát týdně může zlepšit endoteliální funkci a napomoci rozvoji kolaterál (ŠPINAR, VÍTKOVEC et al., 2007).

V České Republice v současné době existuje 5 lázeňských míst označených jako lázně určené pro pacienty po srdečních příhodách a srdečních operacích. Jedná se o lázně v Poděbradech, Teplicích nad Bečvou, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně, Libverda.

Do lázeňské péče je zahrnuto:

Racionální nízkocholesterolová dieta spojená s redukcí hmotnosti

Řízená pohybová aktivita

Kontrola rizikových faktorů

Balneologická a fyziatrická terapie

Psychoterapie a zdravotní výchova (ŠPINAR, VÍTKOVEC et al., 2007).

3. KOMPLIKACE U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU

Infarkt myokardu může a zároveň nemusí probíhat s komplikacemi. Častými komplikacemi jsou arytmie, srdeční selhání, zástava srdce, kardiogenní šok. Komplikace se také mohou objevit po provedeném katetrizačním výkonu a to například vytvořením pseudoaneuryzmatu.

3.1 Arytmie

Akutní infarkt myokardu může vyvolat celé spektrum arytmií, u některých z nich je nutná okamžitá léčba, zatímco u jiných léčba není potřebná. Arytmie se nejčastěji v prvních hodinách po infarktu. Hlavními setrvalými arytmiemi jsou fibrilace komor, fibrilace síní a komorová tachykardie (BENNETT, 2014).

3.1.1 Fibrilace komor

Devadesát procent úmrtí způsobených akutním infarktem myokardu vzniká v důsledku fibrilace komor. Výskyt je nejvyšší v 1. hodině po nástupu bolesti na hrudi a poté se postupně zmenšuje. Během první hodiny dochází k 40 % úmrtí. A tak mnoho pacientů umírá dříve, než se jim dostane lékařské pomoci.

U pacientů, kteří se dostanou do nemocnice je nutná monitorace EKG po dobu 24 – 48 hodin na koronární jednotce. Fibrilace komor se objevuje u 3 – 10 % pacientů s AIM (BENNETT, 2014).

3.1.2 Fibrilace síní

Fibrilace síní se vyskytuje přibližně u 10% pacientů v prvních několika dnech po akutním infarktu myokardu. Fibrilace síní je obvykle spojena s rozsáhlým poškozením myokardu anebo se vyskytuje u starších pacientů a svědčí špatnou prognózu. Četné síňové extrasystoly jsou často předzvěstí fibrilace síní (BENNETT, 2014).

3.1.3 Komorová tachykardie

Komorová tachykardie může být setrvalá nebo nesetrvalá a vyvolaná může být komorovými extrasystolami. V některých případech může vést komorová tachykardie k rozvoji kardiogenního šoku nebo k oběhové zástavě. Nesetrvalá komorová tachykardie

se běžně vyskytuje v prvních 24 hodinách po akutním infarktu myokardu. Léčbu vyžaduje pouze setrvalá (BENNETT, 2014).

3.1.4 Bradyarytmie

Sinusová bradykardie je definována jako srdeční akce pomalejší než 60 tepů za minutu. Nejvíce ji zachycujeme u nemocných s infarktem myokardu spodní stěny. Je způsobená zvýšením tonu vagu. Dále můžeme pozorovat různé stupně a typy poruch vedení vzruchu. Jsou to například atrio-ventrikulární blokády, blok levého nebo pravého Tawarova raménka (BENNETT, 2014).

3.2 Levostranná srdeční nedostatečnost

Pojem srdeční nedostatečnost (srdeční slabost, srdeční selhání) označuje stav, kdy abnormální srdeční funkce má za následek neschopnost srdce přečerpávat krev v míře vyžadované danou metabolickou aktivitou tkání za předpokladu dostatečného žilního krevního návratu (KOLÁŘ et al., 2009, str. 361).

Mezi nejčastější příčiny akutní levostranné srdeční nedostatečnosti patří akutní infarkt myokardu (KOLÁŘ et al., 2009).

Srdeční selhání levé komory v akutní fázi infarktu myokardu znamená vždy velmi špatnou krátkodobou i dlouhodobou prognózu. Klinicky se stupeň srdečního selhání klasifikuje podle Killipa:

Killip I – srdeční insuficience není přítomna

Killip II – srdeční insuficience přítomna podle nálezu chrůpků na plicích, cvalového rytmu a zvýšeného tlaku v plicnici

Killip III – závažná srdeční insuficience, známky plicního edému s chrůpkou v celém rozsahu obou plic

Killip IV – kardiogenní šok (KÖBEL, 2011).

3.3 Kardiogenní šok

Příčinou je selhání přečerpávací schopnosti srdce při závažném omezení funkce levé komory nejčastěji při infarktu myokardu, náhle vzniklém poškození srdečních chlopní, perforaci srdeční stěny, vzácněji při zánětu myokardu nebo kardiomyopatii (KOLÁŘ et al., 2009).

3.4 Komplikace po katetrizačním výkonu

Jedná se o komplikace v třísle spojené s krvácením a následným vznikem hematomu, které po několika dnech vymizí. Přibližně u 1 % pacientů je krvácení komplikováno vznikem tzv. pseudoaneuryzmatu – jedná se o výron krve, který komunikuje s neuzavřenou cévou. Tato komplikace je diagnostikována ultrazvukovým vyšetřením a je možno ji ošetřit tlakem ultrazvukové sondy po dobu 15 – 30 minut. Při neúspěchu je možno pseudoaneuryzma uzavřít speciálním lepidlem, ojediněle nutná chirurgická revize třísly. Ta je nutná, pokud je přítomna další komplikace – větší komunikace mezi tepnou a žílou (FNMOTOL, 2012).

Pseudoaneuryzma se také někdy nazývá falešné pseudoaneuryzma ke kterému dochází, když je stěna cévy poraněna nebo poškozena. Pravé aneuryzma je rozšíření tepny, které působí jako vak. Aneuryzma i pseudoaneuryzma se může objevit v srdci. Jejich vznik obvykle souvisí s komplikacemi po infarktu (MANKAD, 2015).

3.5 Plicní embolie a trombembolická nemoc

Plicní embolií rozumíme obstrukci plicního cévního řečiště (plicní tepny nebo jejich větví) vmetkem (embolem), který je do něho zanesen krevním proudem ze systémových žil nebo vzácně z pravostranných srdečních oddílů. Naprostá většina těchto vmetků je trombotického původu, a proto mluvíme často o trombembolické nemoci (KOLÁŘ et al., 2010).

Vyskytuje se zřídka, prevencí je včasná mobilizace a pasivní či aktivní rehabilitace pacienta, používání elastických bandáží a včasná aplikace nízkomolekulárního heparinu (KOLÁŘ et al., 2009).

3.6 Komplikace nekoronárního typu

Závažný a komplikovaný infarkt myokardu může provázet nekoronární bolest na hrudi. Může vzniknout reaktivní anxiózní neuróza. Těžké formy infarktu myokardu mohou být komplikovány také zánětem plic či stresovým peptickým vředem. U šokového srdečního selhání může dojít k multiorgánovým selháním parenchymatózních orgánů (ŠTĚJFA, 2007).

4. SESTERSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S AKUTNÍM INFARKTEM MYOKARDU

Základním cílem na koronární jednotce je pro sestry péče o kriticky nemocné. Důležitá je prevence život ohrožujících arytmií, prevence komplikací základního onemocnění a zmírnění stresu nemocného.

4.1 Zásady při přijetí nemocného na koronární jednotku

K uklidnění nemocného po přijetí je důležitá týmová spolupráce sester a lékaře. Spolupracovníci na sebe nepokřikují, hlasitě nevolají (například, který lék momentálně není k dispozici nebo který přístroj zrovna nefunguje). Zahájení léčby začíná automaticky a v klidu. Platí to především za situace kdy je nemocný v kritickém stavu. Rychlá, rozhodná a samostatná reakce na každou změnu a umění si poradit za každých okolností jsou základními vlastnostmi sestry intenzivní péče i zdrojem jejího uspokojení a zdravého sebevědomí (KOLÁŘ et al., 2010).

4.2 Vyšetřovací a léčebná opatření při přijetí

Zahájení intenzivní péče u nemocného začíná v několika krocích:

1. Uklidnění nemocného – je důležité na začátku nemocného ujistit, že všechny postupy jsou vykonány a slouží k předcházení komplikací
2. Zbavení nemocného bolesti – bolest bývá pro většinu nemocných významným stresem z toho důvodu, jsou jim při přijetí podávána analgetika dle ordinace lékaře
3. Zajištění nitrožilního přístupu - léky jsou nejčastěji podávány nitrožilně, využíváme nitrožilní vpich i pro odběry krve
4. Zahájení monitorování srdečního rytmu – dále také krevního tlaku, monitorováním srdečního rytmu zajistíme včasné zjištění život ohrožujících arytmií
5. Záznam EKG – vzorek slouží jako výchozí doklad o srdečním rytmu a frekvenci v době přijetí nemocného
6. Oxygenoterapie – podávání O₂ maskou nebo brýlemi patří k základním postupům u všech nemocných s AIM (KOLÁŘ et al., 2010).

5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOMPLIKACEMI PO INFARKTU MYOKARDU

Praktická část práce se zabývá ošetrovatelským procesem rozpracovaný podle Marjory Gordonové. Jedná se o model fungujícího zdraví zaměřující se na jednotlivce ale také jeho interakci s okolím jako je rodina a sociální zázemí.

Ošetrovatelské diagnózy aktuální i potencionální byly stanoveny dle Taxonomie II. – NANDA INTERNATIONAL 2012 – 2014. Diagnózy byly seřazeny podle priorit.

Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: J. B.

Pohlaví: žena

Věk: 70

Zaměstnání: důchodce

Rodinný stav: vdova

Státní příslušnost: ČR

Oddělení: akutní kardiologie JIP

Důvod přijetí popisován pacientem: „náhle mne popadla dušnost, nemohla jsem dýchat a tak mne zavezli do nemocnice v Kolíně a potom sem byla převezena do IKEM“.

Vitální funkce při přijetí:

Tabulka 1 identifikační údaje

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| TK: 155/85 mmHg | Aktuální hmotnost: 80 kg |
| Akce srdeční: 77 [‘] | Výška: 173 cm |
| Saturace O ₂ : 92% | BMI: 26, 7 – nadváha |

Hlavní medicínská diagnóza:

akutní subendokardiální infarkt myokardu

Vedlejší medicínské diagnózy:

- chronické onemocnění ledvin - CHRI (úplná anurie)
- akutní bronchitida
- mozkový infarkt v anamnéze
- esenciální (primární) hypertenze
- diabetes mellitus 2. typu s mnohočetnými komplikacemi

Situační analýza ze dne 3. 10. 2015

Pacientka po pravidelné hemodialýze, která proběhla bez obtíží a byla převezena do domácího prostředí, kde kolem 12:30 začala prudce narůstající dušnost a třesavku.

Přivolaná sanita ji opět přivezla do nemocnice v Kolíně, odkud byla převezena do nemocnice IKEM Praha. Pacientka později uvede, že tlakové bolesti na hrudi má již třetí den. Laboratorně v Kolíně Troponin I 30,9 mg/l v IKEM 992,90 ng/l. Po vyšetření na oddělení akutního příjmu byla pacientka převezena na oddělení akutní kardiologie ke konzervativní terapii – kompenzaci stavu s následným SKG po stabilizaci.

Medikace při příjmu pacienta: O2 brýle 3l/min, Isoket 2ml/hod. kontinuálně, Heparin 10000 j.

Informační zdroje: lékařská dokumentace, rozhovor s pacientkou, ošetrovatelská dokumentace, fyzikální vyšetření sestrou

Anamnéza:

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: pacientka je v hemodialyzačním programu – 3 krát týdně, léčena pro arteriální hypertenzi od roku 1975, v roce 1993 prodělala CMP, od roku 1993 léčena pro DM 2. typu na PAD,

Operace: st.p. apendektomii, st.p. ablace levého prsu pro CA, st.p. thyreidectomii, st.p. osteosyntéza humeru

Očkování: každý rok se nechává očkovat proti chřipce, očkována na povinná očkování

Alergie: ajatin, včelí bodnutí

Transfúze: při hospitalizacích

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela po opakovaných IM s léčbou diabetu mellitu

Otec: zemřel stářím

Léková anamnéza:

Tabulka 2 léková anamnéza

| LÉČIVO | FORMA | SÍLA | DÁVKOVÁNÍ | SKUPINA |
|--------------------|---------|--------|------------|-------------------|
| Euthyrox | Tablety | 125 mg | 1 -0 -0 | Hormony ŠŽ |
| Zorem | Tablety | 10 mg | 1 -0 -1 | Vazodilatancium |
| Ifirmasta | Tablety | 300 mg | 1 -0 -0 | Antihypertenzivum |
| Famosan | Tablety | 20 mg | 1 -0 -0 | Antacid |
| Ebrantil retard | Tablety | 60 mg | 1 -0 -1 | Antihypertenzivum |
| Betaloc | Tablety | 100 mg | 1 -0 -1 | Antihypertenzivum |
| Kamiren | Tablety | 4 mg | 1 -0 -1 | Antihypertenzivum |
| Pyridoxin | Tablety | | 0 -0 -0 -1 | Vitamín B6 |
| Anopyrin | Tablety | 100 mg | 1 -0 -0 | Antikoagulancium |

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří 20 let

Káva: dříve pila kávu 3x denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Překonaná gynekologická onemocnění: rakovina levého prsu

Poslední návštěva gynekologa: srpen 2015

Samovyšetření prsu: po ablaci prsu v roce 2007 pravidelně

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí v bytě

Vztahy, role, a interakce v rodině: s rodinou má velice dobrý vztah, s rodinou si pravidelně telefonuje a navštěvují ji, mimo nemocnici udržují stálý kontakt

Vztahy, role, a interakce mimo rodinu: v práci měla pacientka vždy dobré vztahy se svými kolegy, má své kamarádky ze školy, se kterými se pravidelně schází

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučena v oboru prodavač

Pracovní zařazení: vedoucí prodeje

Vztahy na pracovišti: nekonfliktní vztahy

Ekonomické podmínky: pacientka žije bez dluhů, nikdy neměla finanční nouzi

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: římsko- katolická víra, nevyžaduje návštěvu kněze

Tabulka 3 popis fyzického stavu

| POPIS FYZICKÉHO STAVU | | |
|---------------------------------|---|--|
| SYSTÉM | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJETIVNÍ ÚDAJE |
| Hlava a krk | <i>Občas mne bolí hlava a za krkem.</i> | <p><i>Hlava:</i> normocefalická, nebolestivá</p> <p><i>Oči:</i> zornice jsou izokorické, udržuje oční kontakt, barva bělma v normě, bez otoků, brýle nosí na čtení</p> <p><i>Uši, nos:</i> sluch v pořádku, nos bez sekrece</p> <p><i>Krk:</i> pulsace na karotidách hmatné na obou stranách, pohyblivost zachovaná,</p> <p><i>Dutina ústní:</i> bez známek krvácení a zápachu z úst, rty růžové, jazyk růžový, chrup dočasný</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> |
| Hrudník a dýchací systém | <i>Momentálně bez bolesti, před hospitalizací se mi hůře dýchalo.</i> | <p><i>Hrudník:</i> souměrný, stav po ablaci prsu na levé straně</p> <p><i>Dýchání:</i> spontánní, počet dechů za minutu 16, saturace kyslíku 99%, dýchání čisté při poslechu</p> <p><i>Cyanóza:</i> bez známek cyanózy</p> <p><i>Kašel:</i> během dne</p> |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | | Ošetrovatelský problém: 0 |
| Srdeční a cévní systém | <i>Před hospitalizací jsem se byla dušná a měla bolesti na hrudi. Nyní se cítím lépe.</i> | <p><i>TK: 155/60 mmHg</i></p> <p><i>Srdeční akce: pravidelná okolo 70/min</i></p> <p><i>Dolní končetiny: hematom v třísle po PCI – vznik pseudoaneuryzma v artéria femoralis, pulzace zachována, bez známek zánětu</i></p> <p><i>Otoky: 0</i></p> <p><i>PŽK: zavedena 3. 10. 2015 na periferii levé horní končetině z důvodu AV shunt na pravé horní končetině</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: Porucha hybnosti z důvodu vytvoření komplikace po výkonu.</p> <p>Priorita: střední</p> <p>Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK</p> <p>Priorita: nízká</p> <p>Akutní bolest</p> <p>Priorita: vysoká</p> |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Břicho a GIT | <i>Břicho mne nebolí, stolici mám nepravidelnou.</i> | <i>Břicho:</i> měkké, peristaltika přítomna. Stolice nepravidelná Ošetřovatelský problém: Zácpa Priorita: nízká |
| Močopohlavní systém | <i>Chodím na pravidelnou dialýzu třikrát denně, nemočím.</i> | <i>Genitál:</i> ženský, bez známek infekce nebo výtoku. Zaveden PMK od 3. 10. 2015 Pacientka je v dialyzačním programu, zcela anurická Ošetřovatelský problém: Riziko infekce z důvodu zavedení PMK Priorita: nízká |
| Nervově- smyslový systém | <i>Jsem v nemocnici IKEM na jednotce intenzivní péče.</i> | <i>Orientace:</i> orientována místem, časem, osobou <i>Reflexy:</i> zachovány <i>Sluch, čich, hmat, chuť:</i> v normě <i>Zrak:</i> nosí brýle na čtení GSC: 15 Ošetřovatelský problém: 0 |
| Kůže a její adnexa | <i>Mám jizvu na krku po operaci štítné žlázy a také jizvu na hrudníku po odstranění prsa, na noze</i> | <i>Kůže:</i> prokrvená, bez cyanózy, hematom v oblasti vpichu po PCI s vytvořením pseudoaneuryzmatu |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| | <i>po operaci a taky po operaci slepého střeva.</i> | <p><i>Turgor: přiměřený</i></p> <p><i>Vlasy: krátké, čisté</i></p> <p><i>Nehty: bez defektu, bez známek mykózy</i></p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Porušená integrita kůže</p> <p>Priorita: nízká</p> |
| Imunologický systém | <p><i>Bývám často nachlazená.</i></p> <p><i>Jsem alergická na ajatin a včelí bodnutí.</i></p> | <p><i>Lymfatické uzliny: nezvětšené, bez bolesti</i></p> <p><i>TT: 36,4 C</i></p> <p><i>Alergie: ajatin, včelí bodnutí</i></p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> |
| Končetiny a páteř | <i>Mívám bolesti nohou.</i> | <p><i>Postoj: nelze určit - pacientka během hospitalizace měla přísný klid na lůžku - pseudoaneuryzma</i></p> <p><i>Páteř: symetrická</i></p> <p><i>Otoky končetin: 0</i></p> <p><i>Svalový tonus: přiměřený</i></p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Zhoršená pohyblivost v lůžku</p> <p>Priorita: střední</p> |

Tabulka 4 aktivity denního života

| AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA | | |
|---------------------------|---|---|
| | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Stravování | <i>Dietu se snažím dodržovat, ale moc mi to nejde doma. V nemocnici mi nechutná, ale sním to.</i> | Pacientka je na diabetické dietě. Strava ji příliš nechutná, ale nechutenstvím netrpí. BMI: 26, 7 - nadváha Ošetřovatelský problém: riziko hypoglykémie/ hyperglykémie Priorita: nízká |
| Příjem tekutin | <i>Kvůli dialýze nesmím moc pít tak se snažím dodržovat 1 litr tekutin denně.</i> | Pacientka má omezeny tekutiny do 0,75 l/den. Režim dodržuje. Kožní turgor v normě. |
| Vylučování moče | <i>Chodím třikrát týdně na dialýzu.</i> | Pacientka je v dialyzačním programu. Dialýzu navštěvuje třikrát týdně. Při každé dialýze má staženo 2400 ml tekutin. Zaveden PMK od 3. 10. 2015 – úplná anurie. |
| Vylučování stolice | <i>Na stolici nechodím pravidelně.</i> | Pacientka trpí zácpou v nemocnici i v domácím prostředí. Po vyprázdnění pomocí lactulosity byla stolice bez patologických příměsí. |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Spánek a bdění | <i>Se spánkem problém nemám.</i> | Pacientky spánek nebyl narušený, po probuzení se cítí odpočatá. |
| Aktivita a odpočinek | <i>Doma jsem plně soběstačná a v nemocnici musím ležet.</i> | Z důvodu vytvoření pseudoaneuryzmatu měla pacientka přísný klidový režim. |
| Hygiena | <i>Doma vše zvládám sama, tady potřebuji dopomocť.</i> | Pacientka je v rámci lůžka soběstačná. |
| Samostatnost | <i>Doma vše zvládám sama, tady potřebuji dopomocť.</i> | Pacientka je v rámci lůžka soběstačná. |

Tabulka 5 posouzení psychického stavu

| POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU | | |
|------------------------------------|---|---|
| | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Vědomí | <i>Jsem v pořádku alespoň si to myslím</i> | Pacientka při vědomí. GCS – 15 |
| Orientace | <i>Vím, kde jsem a proč tu jsem</i> | Pacientka je orientována místem, časem a osobou |
| Nálada | <i>Snažím se mít dobrou náladu, ale nebaví mne to tu.</i> | Pacientka bývá chvílemi podrážděná a smutná, hospitalizace ji nebaví a chce jít domů. |
| Paměť | <i>Staropaměť: Ze svého mládí si vzpomínám na vše. Novopaměť: Občas zapomínám, kde mám klíče nebo nějaké drobnosti.</i> | Pacientka si hodně pamatuje ze svého mládí. Za hospitalizace neměla žádný výpadek paměti. |

| | | |
|--|---|---|
| Myšlení | <i>Často myslím na to, že mám štěstí, že jsem ještě naživu.</i> | Pacientka odpovídá racionálně a logicky. |
| Temperament | <i>Myslím si, že jsem velice otevřený člověk co má rád lidi kolem sebe.</i> | Pacientka působí jako extrovert. Ráda si povídá. |
| Sebehodnocení | <i>Jsem se svým životem spokojená.</i> | Pacientka působí dojmem, že je smířená se svým životem a je spokojená. |
| Vnímání zdraví | <i>Plně si uvědomuji, že můj zdravotní stav není dobrý.</i> | Pacientku nebaví hospitalizace v nemocnici, ale je smířená se svým onemocněním. |
| Vnímání zdravotního stavu | <i>Vím, jak moc jsem nemocná a co se semnou děje.</i> | Pacientka je plně informovaná o svém zdravotním stavu. |
| Reakce na onemocnění | <i>Byla jsem nešťastná z toho, že jsem nemocná, ale smířila jsem se s tím.</i> | Pacientka spolupracuje s personálem. |
| Reakce na hospitalizaci | <i>Jsem ráda, že se na vše přišlo zavčas.</i> | Pacientka spolupracuje s personálem. |
| Adaptace na onemocnění | <i>Vím, že jsem stará a nemocná, zvykla jsem si.</i> | Pacientka nemá obavy z budoucnosti je smířená se svým zdravotním stavem. |
| Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy) | <i>Kdyby nebylo moderní techniky tak už tady nejsem, jsem ráda, že jsem tady.</i> | Pacientka si je vědoma faktu že se léčí již dlouho s jinými onemocněními. Snaží se brát svůj zdravotní stav optimisticky. |

| | | |
|--|---|---|
| Zkušenosti z předcházející hospitalizace (iatropatogenie, sorrorigenie) | <i>Jsem nerada v nemocnici raději bych byla doma s rodinou.</i> | Pacientka neměla problémy s předcházejícími hospitalizacemi. |
|--|---|---|

Tabula 6 posouzení sociálního stavu

| <p style="text-align: center;">POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU</p> | | |
|--|---|--|
| | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Komunikace | <p><i>Verbální: Určitě nemám problém s komunikací.</i></p> <p><i>Neverbální: Při vysvětlování používám ruce.</i></p> | <p>Verbální: Pacientka nemá problém s komunikací, řeč je srozumitelná.</p> <p>Neverbální: Pacientka při rozhovoru dost využívá mimiku obličeje.</p> |
| Informovanost | <p><i>O zdravotním stavu: Jsem plně informovaná, když něčemu nerozumím tak se zeptám.</i></p> <p><i>O diagnostických metodách: Vždy když podepisuji souhlas tak si vše přečtu.</i></p> <p><i>O specifikách ošetrovatelské léčby: Po zákroku jsem nedodržela klid na lůžku a vytvořilo se mi to pseudoaneuryzma, ale teď už jej dodržovat budu.</i></p> <p><i>O léčbě a dietě: Jsem diabetička a vím, že mám mít dietu, ale občas ji nedodržuji.</i></p> <p><i>O délce hospitalizace: Musím počkat, až mě přeloží do Kolína na</i></p> | <p>O zdravotním stavu: Pacientka je průběžně informovaná o dalším postupu léčby svým ošetřujícím lékařem.</p> <p>O diagnostických metodách: Pacientka je vždy poučená svým ošetřujícím lékařem o zákroku a informovaném souhlasu.</p> <p>O specifikách ošetrovatelské léčby: Pacientka je informovaná o postupech ošetrovatelské péče, je si vědoma že nedodržela po výkonu PCI klidový režim a nyní jej dodržuje.</p> <p>O léčbě a dietě: Po dobu hospitalizace pacientka</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | <i>internu a odtud půjdu domů.</i> | <p>dodržuje dietu ordinovanou lékařem.</p> <p>O délce hospitalizace: Pacientka je průběžně informovaná o svém zdravotním stavu a průměrné délce hospitalizace.</p> |
| <p>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</p> | <p><i>Primární role (věk, pohlaví): Žena a mám 70 let.</i></p> <p><i>Sekundární role (rodina, společenská role): Jsem babička, maminka a kamarádka.</i></p> <p><i>Terciální role (koníčky, volný čas, záliby): Dřív jsem ráda cestovala, nyní jsem ráda doma s rodinou a ráda chodím ven s kamarádkami.</i></p> | <p>Primární role (věk, pohlaví): Žena 70 let.</p> <p>Role naplněna.</p> <p>Sekundární role (rodina, společenská role): Manželka, babička a kamarádka.</p> <p>Role naplněna.</p> <p>Terciální role (koníčky, volný čas, záliby): Pacientka i přes svůj zdravotní stav se snaží aktivně žít.</p> |

Souhrn ošetrovatelských problémů ze dne 4. 10. 2015

Informace, které byly zjištěny z dokumentace, rozhovoru a fyzikálního vyšetření sestrou jsme se dozvěděli, že pacientce hrozí riziko infekce, krvácení vzhledem k porušené integritě tkáně, zavedeným PŽK a PMK. Pacientce hrozí také porušení integrity tkáně v sakrální oblasti a jiných predilekčních místech z důvodu upoutání na lůžko. Pacientka má diabetes druhého typu s mnohočetnými komplikacemi, dále trpí nadváhou a je ohrožena nestabilní hladinou glukózy v krvi.

Použité měřicí techniky:

- Barthelové test - 80
- Glaccow coma score - 15
- Body mass index – 26, 7 – nadváha

Medicínský managment

Ordinovaná vyšetření

3. 10. 2015

EKG

Výsledek EKG: sinusový rytmus 77/min., PQ 170 ms, QRS 130 ms, osa doleva, QR V1-2 a rS ve V3 (chronicky), negativní T v I, aVL, hrotnaté T ve V4.

ECHO bed – side

Výsledek ECHO bed - side: Dyskinesa hrotu inferiorně, akinesa apikální ½ anteriorně a anteroseptálně. Akinesa bazálního segmentu inferiorně. LS dilatovaná, apikální tenting cípu, restrikce pohybu zadního cípu, významná MiR 4st z 4st aortální chlopně 3 - cípá, kalcifikace cípů, bez významnější vady, normální šíře proximální aorty, PK nezvětšena s dobrou systolickou funkcí, lehká TriR 1-2st z 4st. Ejekční frakce levé komory 35%. Drobný perikardiální výpotek.

- Odběry krve
- Opakované odběry glykémie

4. 10. 2015

Mikrobiologie

Krev venepunkce: negativní

Stěr/ výtěr krk: běžná ústní flora

Stěr/ výtěr nos: Staphylococcus koaguláza negativní

5. 10. 2015

Pravidelná hemodialýza – UF: 2400 ml tekutiny

6. 10. 2015

ECHO bed –side

Výsledek: levá komora lehce dilatovaná, se středně omezenou systolickou funkcí (EF 35 – 40%), MiR spíše již významná, dilatovaná LS, PK nedilatovaná s normální systolickou funkcí, malá TriR

SKG

Výsledek: ACS: kmen s těsnou stenózou distálně 80% přecházející v kritické zúžení RC – nad 95%. Na RIA střed in – stent restenosa, před i za stentem jen nevýznamné nerovnosti. ACD: proximální nerovnost 30%. Nativně hrubé kalcifikace věnčitých tepen.

Vpich byl veden a. femoralis sinister

7. 10. 2015

ECHO bed – side

Výsledek: Levá komora je středně dilatovaná s až významně omezenou systolickou funkcí, ejekční frakce je bipolárně 31%. Mitrální regurgitace je střední až významná. Pravá komora je normální velikosti a systolické funkce.

Pravidelná hemodialýza – UF: 2400 ml tekutiny

9. 10. 2015

RTG srdce + plic ve stoje

Výsledek: Plicní kresba centrálně výrazná. Vpravo menší množství pleurální tekutiny. Srdeční stín je hraniční velikosti, aorta sklerotická, vyvinutá.

Pravidelná hemodialýza – UF: 2400 ml tekutiny

12. 10. 2015

PCI

Výsledek: PCI RC + kmene RIA – stenting

Vpich byl veden a. femoralis sinister

13. 10. 2015

Sono třísla vlevo

Výsledek: Středně velké pseudoaneuryzma nasedající na dutinu o velikosti 3 x 1 cm.

Pravidelná hemodialýza – UF: 2400 ml tekutiny

14. 10. 2015

Sono třísla vlevo

Výsledek: Do stále promývaného pseudoaneuryzmatu bylo aplikováno 500 U trombinu s okamžitou trombotizací.

15. 10. 2015

Sono třísla vlevo

Výsledek: Bez známek PSA. Bez známek patologické komunikace cévních svazků s okolím, bez známek větších hematomů – trvá ztrombotizované PSA.

Dieta

Dieta číslo 9 – diabetická. Lačnění před SKG a PCI.

Režim

Pacientce byl indikován klidový režim po SKG a PCI. Po vytažení sheatu byla pacientce naordinovaná komprese s pískem na 8 hodin a klid na lůžku. Pacientka byla edukována o klidovém režimu a léčebném postupu. Pacientka klidový režim nedodržovala i přes opakované edukace a následkem bylo vytvoření pseudoaneuryzmatu v arteria femoralis.

Tabulka 7 podávané léky a lékové skupiny

| Podávané léky | Lékové skupiny |
|----------------------|---------------------------|
| Isoket | Vasodilatancium |
| Kardegic | Antikoagulancium |
| Heparin | Antikoagulancium |
| Clexane | Antikoagulancium |
| Atoris | Hypolipidemikum |
| Trombex | Antiagregancium |
| Anopyrin | Antikoagulancium |
| Euthyrox | Hormon štítné žlázy |
| Ebrantil | Antihypertenzivum |
| Controloc | Inhibitor protonové pumpy |
| Micardis | Blokátor angiotenzinu II. |
| Cynt | Antihypertenzivum |
| Agen | Antihypertenzivum |
| Medoclav | Antibiotikum |
| Amoxiclav | Antibiotikum |

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Taxonomie II NANDA internacional 2012 – 2014

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- Akutní bolest (00132)
- Narušená integrita tkáně (00044)
- Zhoršená pohyblivost v lůžku (00091)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- Riziko infekce (00004) z důvodu zavedení PŽK
- Riziko krvácení (00206)
- Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)
- Zácpa (00011)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest (00132)

Doména 12: komfort

Třída 1: tělesný komfort

Určující znaky:

- změny krevního tlaku
- změny srdečního rytmu
- změny dýchání
- expresivní chování (neklid)
- nesoustředěné chování
- výraz obličeje (grimasa)

Související faktory:

- bolest na hrudi při IM, operační rána po SKG a PCI

Cíl (krátkodobý)

- pacientka bude udávat snížení bolesti na snesitelnou, na numerické škále určí číslo 2.

Cíl (dlouhodobý)

- pacientka nebude pociťovat bolest na hrudi do 48 hodin.
- pacientka nebude při propuštění pociťovat bolest v místě rány po SKG a PCI

Priorita: Vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientce bolest vymizí po podání analgetik do 1 hodiny
- při vzniku bolesti bude pacientka udávat bolest snesitelnou a na analogové škále ji označí čísle 1 – 2
- podaná analgetika bude sledovat subjektivně 1 hodinu od podání

Plán intervencí 3. 10. 2015, 6. 10. 2015, 12. 10. 2015

- sleduj charakter a intenzitu bolesti
- při vzniku bolesti zhodnoť lokalizaci a závažnost bolesti
- podávej analgetika vždy podle ordinace lékaře
- sleduj fyziologické funkce při vzniku bolesti
- dbej na opatrnou manipulaci s pacientem a předcházej vzniku bolesti
- vždy když pacient udává bolest, snaž se o pochopení jeho bolesti
- účinek analgetik sleduj průběžně během dne a 1 hodinu po podání

Realizace

3. 10. 2015

- 12:30 prudce narůstající dušnost a svíravá bolest na hrudi. Bolest je hodnocena číslem 5 na analogové škále.
- 12:50 podán Tramal p.o
- 13:35 pacientka přivezena na oddělení akutního příjmu.
- 13:40 pacientka přijata na oddělení akutní kardiologie. Bolest na hrudi neuguje.

Hodnocení 3. 10. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientce byl podán Tramal p.o. v nemocnici Kolín. Po příjezdu ZZS do nemocnice IKEM s následným přijetím pacientky na oddělení akutní kardiologie pacientka již bolest na hrudi nepocítovala. Pacientka byla poučena, aby bolest neprodleně hlásila ošetřujícímu personálu.

Realizace

6. 10. 2015

- 13:40 pacientka přivezena z katetrizačního sálu po SKG
- 13:55 pacientka udávala bolest v místě vpichu a bolest na analogové škále hodnotila číslem 4
- 13:58 byla pacientce podaná infuze 100 ml/FR + 1 amp. Novalgin dle ordinace lékaře
- 14:15 udává pacientka snížení bolesti na snesitelnou a na analogové škále bolesti ji hodnotí číslem 1

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientce byla podána infuze 100 ml/ FR + 1 amp. Novalgin. Pacientka udává snížení bolesti na 1. Dále si na bolest nestěžuje. Pacientka byla poučena bolest hlásit ošetřujícímu personálu.

Realizace

12. 10. 2015

- 8:35 byla pacientka přivezena z katetrizačního sálu po PCI
- 8:42 si pacientka stěžuje na bolest. Na dotaz jak by bolest ohodnotila, ji hodnotí jako tlakovou bolest s číslem 5.
- 8:45 byla pacientce podaná infuze 100ml/FR + 1 amp. Novalgin
- 9:00 pacientka udává vymizení bolesti

Hodnocení 12. 10. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientce byla podána infuze 100 ml/ FR + 1 amp. Novalgin. Pacientka udává vymizení bolesti. Dále si na bolest nestěžuje. Pacientka byla poučena bolest hlásit ošetřujícími personálu.

Narušená integrita tkáně (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání

Určující znaky

- Poškozená tkán (např. korneální, slizniční, kůže, podkoží)

Související faktory

- změněný oběh, mechanické faktory, nutriční faktory

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

- Rána se hojí per primam. Pacientka nemá žádné akutní obtíže.

Cíl dlouhodobý:

- Pacientka má zhojené rány na konci hospitalizace.

Výsledná kritéria

- Pacientka je edukována o přiložení komprese v tříselné oblasti po dobu 8 hodin.
- Rána je převazována každý den, dále dle potřeby
- Rána nekrvácí do 3 hodin po zákroku
- Rána se hojí bez známek infekce

Plán intervencí 6. 10. 2015 – 15. 10. 2015

- Pacientku pouč o dodržování léčebného režimu
- Ránu převazuj asepticky každý den, veď zázpis do ošetrovatelské dokumentace do ukončení hospitalizace
- Pacientku pouč o důležitosti hlásit jakoukoli změnu

Realizace

6. 10. 2015

- 13:40 pacientka přivezena ze sálu SKG. Má ránu po katetrizačním výkonu v místě a. femoralis sinister. Na ráně jsou přiloženy sterilní čtverce s obinadlem a zatíženy pytlíkem s pískem po dobu 8 hodin.
- 14:00 rána nekrvácí. Pacientka neustále napomínána o dodržování klidového režimu.
- 14:25 rána nekrvácí. Pacientka má neustále přiložen pytlík s pískem jako komprese. Neustále je pacientce připomínán klidový režim.

10. 2015 11. 10. 2015

- Pacientce se vytvořil hematoma v místě vpichu. Okolí je zakresleno a promazáváno hiruidovou masťou. Pacientka je poučena o klidu na lůžku
- Rána se hojí per primam

12. 10. 2015

- Pacientka je po výkonu PCI, přiložena komprese s pískem na 8 hodin. Pacientka poučena o klidu na lůžku, který nedodržuje a neustále se v lůžku posazuje.
- Místo vpichu neprosakuje a nejeví známky infekce

13. 10. 2015

- Pacientce bylo diagnostikováno pseudoaneuryzma v třísle v místě a. femoralis sinister. Následně byl přiložen femostop na 80 cm H₂O.
- Místo vpichu nejeví známky infekce

14. 10. 2015

- Femostop byl pacientce odstraněn 12 hodin po aplikaci U trombinu 5000.

15. 10. 2015

- Pacientce bylo provedeno sonografické vyšetření třísel. Diagnosticky bylo vše v pořádku okolí rány klidné bez známek infekce. Pacientka byla převezena do nemocnice v Kolíně.

Krátkodobý cíl byl, částečně splněn rána se hojila bez známek infekce. Akutní potíže nastala vytvořením hematomu v tříselné oblasti a místa vpichu. **Dlouhodobý cíl splněn.**

Zhoršená pohyblivost v lůžku (00091)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné pozice na druhou

Určující znaky

- Zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu, zhoršená schopnost změnit pozici na lůžku

Související faktory

- Bolest, omezení prostředím (např. terapeutické vybavení), ztráta kondice, nedostatečná svalová síla

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

- Pacientka rozumí dodržení klidového režimu na lůžku

Cíl dlouhodobý:

- Pacientky rána bude zhojena a bude moci samovolného pohybu v lůžku

Výsledná kritéria

- Pacientka chápe důležitost dodržování klidového režimu
- Pacientka chápe vážnost svého zdravotního stavu
- Pacientka projevuje ochotu k rehabilitaci, nácviku a změně polohy
- Pacientka nemá projevy imobilizačního syndromu, především dekubity a kontraktury

Plán intervencí 6. 10. 2015 – 15. 10. 2015

- Spolupracuj s fyzioterapeutem
- Pouč pacientku jak správně měnit pozici a přivolat si pomoc
- Pomáhej s hygienou a jídlom dle aktuálních potřeb pacientky, ale podporuj ji v sebepéči
- Sleduj stav kůže, pravidelně a řádně o ni pečuj, ošetřuj otlaky a zarudnutí
- Využívej zachovalých schopností pacientky a při změně polohy ji zapojuj

Realizace

6. 10. 2015

- 13:40 pacientka přivezena ze sálu SKG. Rána v místě a. femoralis sinister je překryta sterilnímu čtverci a zatížena pytlom s pískem po dobu 8 hodin.
- Pacientka je poučena o dodržování klidového režimu a kompresi s pískem na dobu 8 hodin.
- Pacientka neustále nedodržuje klidový režim v lůžku, neustále krčí končetinu
- Pacientka udává, že chápe rady zdravotnického personálu i přes to klidový režim nedodržuje

7. 10. 2015 – 11. 10. 2015

- Pacientce se vytvořil hematom v okolí místa v pichu. Okolí je zakresleno.
- Pacientka je poučena o klidovém režimu v lůžku
- Pacientce je vysvětlen její zdravotní stav
- Pacientka denně rehabilituje s fyzioterapeutem dle ordinace lékaře

12. 10. 2015

- Pacientka byla na výkonu PCI
- Pacientka byla opět poučena o klidovém režimu a kompresy s pískem, která jí bude přiložena na dobu 8 hodin
- Pacientka přes poučení o klidovém režimu jej nedodrží

13. 10. 2015

- Pacientce bylo diagnostikováno pseudoaneuryzma v třísle v místě a. femoralis sinister
- Pacientce byl přiložen femostop na 80cm H₂O
- Pacientce bylo ošetřujícím personálem i lékařem doporučeno dodržování klidového režimu
- Pacientce byl vysvětlen zdravotní stav

14. 10. 2015

- Pacientce byl aplikován U trombin 5000
- Pacientce byl ponechán femostop po dobu 12 hodin

15. 10. 2015

- Pacientce byl odstraněn femostop po sonografickém vyšetření
- Pacientka byla následně přeložena k rehabilitaci na spádové pracoviště v Kolíně

Hodnocení

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka rozuměla, dodržování klidového režimu přesto jej nedodržívala. Pacientka byla před přeložením na spádové pracoviště schopna pohybu v lůžku.

6. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Postup a doporučení, která byla v teoretické části bakalářské práce s poskytnutou ošetrovatelskou péčí během hospitalizace poskytnuta lege artis.

Pacientka byla převezena z nemocnice Kolín, kde vyhodnotili situaci, a byl domluven převoz do nemocnice IKEM na oddělení akutního příjmu, kde byla pacientka vyšetřena. Po vyšetření lékařem byla pacientka přeložena na oddělení akutní kardiologie pro stabilizaci stavu s plánovaným SKG a PCI.

Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu a dalším plánu péče. I přes opakovaná poučení o klidovém režimu po SKG a PCI, které bylo vedeno cestou přes arteria femoralis pacientka klidový režim neakceptovala a neustále se v lůžku posazovala. Následkem bylo vytvoření pseudoaneuryzmatu a hematomem v místě vpichu. Hospitalizace tím pádem byla prodloužena a po aplikaci U trombinu s následnou sonografickou kontrolou byla pacientka odeslána na doléčení na interní oddělení Kolín.

Pacientka byla dostatečně edukována o svém zdravotním stavu a léčebném režimu, který by měla dodržovat. Pacientka je po předchozích hospitalizacích dispenzarizována na kardiologii, nefrologii a diabetologii.

V léčbě infarktu myokardu je důležité dodržování léčebného režimu a compliance pacienta. Spolupráce pacienta může urychlit hospitalizaci a rekonvalescenci v domácím prostředí.

Zdravotničtí pracovníci v České Republice jsou dostatečně a kvalitně vzdělávání na to aby jejich edukace byla poskytnuta efektivně. Proto je důležitá, i spolupráce pacienta v léčbě jeho nemoci.

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- 1) doporučení pro pacienta
- 2) doporučení pro zdravotnický personál
- 3) doporučení pro rodinu
- 4) doporučení pro veřejnost

Doporučení pro pacienta

- doporučujeme více naslouchat radám zdravotníka
- dodržování léčebného režimu
- doporučujeme pravidelně navštěvovat lékaře
- doporučujeme pravidelný pohyb
- doporučujeme správnou životosprávu

Doporučení pro zdravotnický personál

- doporučujeme zpětnou vazbu od pacienta po edukaci
- doporučujeme naslouchat pacientovi
- doporučujeme ptát se na nejasnosti ohledně zdravotního stavu

Doporučení pro rodinu

- aktivně podporovat pacienta v rekonvalescenci
- zapojit se do zdravého životního stylu
- zajímat se o onemocnění a novinky v léčbě
- doporučujeme literaturu o včasné první pomoci

Doporučení pro veřejnost

- doporučujeme znát příznaky infarktu myokardu
- doporučujeme znát telefonní čísla první pomoci
- doporučujeme pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře
- doporučujeme aktivní dodržování zdravého životního stylu

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči u pacienta s komplikacemi po infarktu myokardu. Infarkt myokardu je časté onemocnění postihující velkou část starší populace a v dnešní době nejsou výjimkou mladší ročníky. Bakalářská práce popisuje pacienta s komplikací, která může nastat po infarktu myokardu. Ukazuje jak důležité je dodržování léčebného režimu a naslouchání rad zdravotníků, které mohou zkrátit hospitalizaci a následnou rekonvalescenci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje onemocnění, léčbu, diagnostiku, klinický obraz a komplikace infarktu.

Část praktická popisuje pacienta hospitalizovaného na oddělení akutní kardiologie s diagnózou akutní subendokardiální infarkt myokardu. Bakalářská práce byla zpracována formou ošetrovatelského procesu podle modelu Marjory Gordonové. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I., taxonomie II., na základě těchto diagnóz jsme sestavili plán ošetrovatelské péče a na závěr proběhla realizace a zhodnocení péče.

V dnešní době je medicína natolik pokročilá že dokáže zvládat léčbu o polymorbidního pacienta a to jak z hlediska medicínského tak ošetrovatelského a tím prodloužit a zkvalitnit život mnoha pacientům.

Stanovené cíle ošetrovatelské péče byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BENNET, H. David, 2014. *Srdeční arytmie praktické poznámky k interpretaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5134-4
- ČEŠKA, Richard, 2010. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0
- FNMOTOL, 2012. *Srdeční katetrizace*. [online]. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospELE/komplexni-kardiovaskularni-centrum-pro-dl/informace-pacienty/srdecni-katetrizace/>
- HUGO, Jan, Eva KAŠÁKOVÁ a Martin VOKURKA, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotné sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1
- IKEM, 2009. *Infarkt myokardu*. [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z: <http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/>
- INFARKTMYOKARDU. INFO. *Hlavní text*. [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z: <http://www.infarktmyokardu.info/main.html>
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1830-9
- KARDIOLOGIE-SRO, 2014. *Rizikové faktory*. [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupní z: <http://www.kardiologie-sro.cz/?s=rizikové+faktory>
- KOLÁŘ, Jiří et al., 2009. *Kardiologie pro sestry v intenzivní péči*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-604-5
- KÖBEL, František a kol., 2011. *Praktická kardiologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1962-0
- MANKAD, Rekha, 2015. Cardiac catheterization. *Mayoclinic.org* [online]. © 1998-2016 [cit. 2016-20-02]. Dostupné z: <http://tests-procedures/cardiac-catheterization/expert-answers/pseudoaneurysm/faq-20058420>
- NANDA INTERNACIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8
- NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1150-8

NĚMCOVÁ, Jitka, a kol., 2015. Vysokoškolská skripta: text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 3. dopl. Vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I.* Praha: Grada Publishing. ISBN 802-47-1775-1

SOVOVÁ, Eliška, 2006. *EKG pro sestry.* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1542-2.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2007. *Rizikové faktory životního stylu.* [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu>

ŠEVČÍK, Pavel et al., 2014. *Intenzivní medicína.* 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7429-066-0

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTKOVEC, 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1822-4

ŠTEJFA, Miloš, 2007. *Kardiologie.* 3. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1385-4

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ, 2010. *Klinická farmacie I.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3169-8

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----|
| Příloha A – Souhlas se sběrem informací..... | II |
| Příloha B – Rešerše..... | III |

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOMPLIKACEMI PO INFARKTU MYOKARDU

Klára Šindarová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: pacient – patient, akutní infarkt myokardu – acute cardiac attack, treatment – léčba, ošetrovatelský proces – nursing care

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 51 (vysokoškolské práce: 7, knihy: 24, články a příspěvky ve sborníku: 9, elektronické zdroje: 11)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)