



Multidisciplinální péče

ISSN 1802-0658

Multidisciplinální péče

Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní
a sociální oblasti

MK ČR E 16684

Ročník 1, 2006, Číslo 4, vychází čtvrtletně

Jednotlivá čísla
naleznete na našich
webových stránkách.

Přístup je zcela
ZDARMA!

www.mpece.com

Inzerce

mpece@mpece.com

Vydavatel

EduCare
občanské sdružení
Karlovská 36
301 00 Plzeň

+420 736 469 652
ieducare@ieducare.com

IČO 26983494
DIČ CZ26983494

Šéfredaktorka

PhDr. Ivana Mádlová
madlova@mpece.com

Redakční rada

Bc. Věra Houdková
Jaroslava Kreuzbergová, DiS
Mgr. Lenka Kroupová
Jaroslava Kubínová
MUDr. Alois Mádle
Bc. Nina Müllerová
prof. Martha Neff-Smith
Bc. Martina Pátá
Bc. Lucie Pěčová
PhDr. Marie Zvoníčková
Radek Süss
Bc. Eva Weinfurterová

Grafická úprava

Bc. Martina Pátá

Korekce

PhDr. Ivana Mádlová

Obsah

Úvodník PhDr. Ivana Mádlová	2
Tentamen suicidi – kazuistika Dana Hanzlíčková, Nemocnice Kutná Hora, interní JIP	3
Bazální stimulace v praxi Markéta Vuová, ARK, FN Plzeň	6
Komplexní intenzivní péče po akutním non-q infarktu myokardu s extrakardiálními Hana Bílková, DiS., Michaela Kopáčková, Jitka Stočesová, DiS., MUDr. Richard Rokyta, PhD., KJIP, 1. interní klinika LFUK a FN Plzeň	10
Co je to domácí péče? Bohumila Hajšmanová, ADP Domovinka, Plzeň	13
Ples na vozíčku Bohumila Hajšmanová, ADP Domovinka, Plzeň	15
Příjem klientek ke gynekologické operaci Dagmar Soprová, Gynekologicko-porodnická klinika, FN Plzeň	16
Kazuistika - Hojení rozsáhlého dekubitu u pacienta s paraparézou dolních končetí Bc. Vladimíra Fremrová, Geriatrické oddělení FN Plzeň	18
Novorozenec s nízkou porodní hmotností a hlavní zásady ošetřování Bc. Dana Špidlenová, Neonatologické oddělení FN Plzeň	23
Přednemocniční neodkladná péče u pacientů poraněných pokousáním Veronika Domianová, Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, Liberec	26
Ošetřovatelská péče o pacienta s diagnózou HIV/AIDS Jiří Frei, RS, Vysoká škola v Plzni, o. p. s.	29
Nutriční a infúzní terapie v domácím prostředí Bc. Zuzana Holanová, Home Care Services &Supplies s r. o., Hradec Králové	35
Preanalytické vlivy na výsledky laboratorního vyšetření Jaroslava Kubínová, ÚKBH FN Plzeň	38
Jak úspěšně prožívat stáří Mgr. Dana Klevetová, Geriatrická klinika 1. LF a VFN Praha	40

Úvodník

PhDr. Ivana Mádlová

Vážení přátelé,

blíží se čas vánočních svátků, na které se těšíme nejen proto, že dostaneme či budeme rozdávat dárky, ale také proto, že je to správný čas na výdech a krátké zastavení se v celoročním pracovním kolotoči.

Zastavme se tedy, nechme se unášet pozitivními emocemi a obklopte se těmi, které máme rádi. Sdílet blízkému člověku, že ho máme rádi, že s ním rádi trávíme čas, že na něj myslíme i když ho často nevidíme, je důležité a posilující pro každého člověka. Jsou však mezi námi i tací, kteří toto štěstí nemají - nikdy nepoznali rodinu, ztratili někoho blízkého, hladoví nebo zažili v tomto roce nějakou jinou rodinnou tragédii. Až budeme v kruhu svých blízkých sdílet pocit štěstí, že nejsme sami, pochutnávat si na různých lahůdkách, vzpomeňme si právě na ty, kteří by si zasloužili zažít stejný pocit štěstí jako my.

Klidné prožití vánočních svátků, do nového roku hodně zdraví a duševní pohody vám za redakční radu přeje

Ivana Mádlová

MP je registrována u Ministerstva kultury pod evidenčním čísle MK ČR E 16684. Autorům je po zveřejnění článku v našem časopise přiznáno 15 kreditů a spoluautorům kreditů 10. Články posílejte na mpece@mpece.com, více informací v sekci Pokyny autorům na www.mpece.com.

Časopis je veden v databázi Národní knihovny ČR.

ISSN 1801-0199

ISSN 1802-0658 (tištěná verze)

Jednotlivá čísla vycházejí vždy 1. týden v měsíci březnu, červnu, září a prosinci.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=87>

Tentamen suicidi - kazuistika

Dana Hanzlíčková, Nemocnice Kutná Hora, interní JIP

Souhrn

Kazuistika přibližuje případ pacienta středního věku, který neunesl psychickou zátěž v období rozvodu a přesto, že má dvě děti v mladším školním věku, rozhodl se spáchat sebevraždu. Napsal dopis na rozloučenou, jehož provedení svědčí o velké psychické zátěži. V těchto případech se lidé většinou rozhodnou použít léky v tabletách, které najdou v tu chvíli v domácnosti. Tento pacient měl k dispozici velké množství inzulínu, protože ho používal jeden z jeho synů. Tak jsem se setkala s tímto případem zneužití inzulínu k sebevražednému pokusu v mé praxi naprosto vyjímečném.

Klíčová slova

glykémie – hypoglykémie - inzulín – sebevražda

Vzhledem k tomu, že náš případ se týká pacienta, který k sebevraždě použil inzulín, shrneme nejprve podstatné informace o hladině glykémie, inzulínu a hypoglykémii.

Hladina glykémie zdravého jedince je udržována v úzkém rozmezí celou řadou regulačních mechanismů. Tím je zajištěna rovnováha mezi přísunem glukózy a její potřebou v tkáních. Příjem glukózy není kontinuální, proto je zajištěna také její tvorba v organismu. Tkáně, které jsou schopné produkovat glukózu, jsou játra a kůra ledvin. V podmínkách na lačno využívá většina tkání jako zdroj energie mastné kyseliny. Pro některé tkáně je ale jediným použitelným zdrojem glukóza (mozek). Řízení glykémie je těsně spjata s metabolismem tuků a bílkovin. Uplatňují se vlivy hormonální, autoregulační a nervové. Jediným, ničím nezastupitelným a nejdůležitějším hormonem je inzulín.

Inzulín je specifický glykoprotein, který má stěžejní úlohu v udržování glukózové homeostázy. Je tvořen v buňkách Langerhansových ostrůvků, které jsou volně roztroušeny v pankreatu a tvoří 2 - 3 % jeho hmoty u dospělého jedince. Celková denní produkce je 20 - 40 IU, z toho asi polovina se uvolňuje nezávisle na příjmu potravy - bazální sekrece. Brání se tím nadměrné produkci glukózy v játrech a tím se zajistí normální glykémie na lačno.

Inzulín je hlavním stimulatorem přenosu glukózy do tkání. Dále se uplatňuje v metabolismu minerálů, podporuje transport draslíku do buněk výměnou za sodík, přispívá k retenci vody zadržováním sodíku v ledvinách.

Hypoglykémii rozumíme patologický stav snížené koncentrace glukózy, provázenými klinickými a dalšími projevy. Hranice hypoglykémie se udává hodnotou 3,3mmol/l. Záleží na každém jedinci, na jeho celkovém stavu a rychlosti nástupu, kdy vnímá projevy s hypoglykemií spojené. Bezprostřední příčinou bývá u diabetiků nejčastěji nesprávná dávka inzulínu, vynechání pravidelného jídla, zvýšená fyzická zátěž. Mozek spotřebuje denně asi 100 g glukózy a její nedostatek se projevuje téměř okamžitě.

Příznaky hypoglykémie jsou dvojího rázu. Porucha metabolismu se projeví sníženou výkonností, bolestí hlavy, nevolností, celkovou slabostí, později křečemi a bezvědomím. Druhá skupina příznaků je vyvolána následnou zvýšenou sekrecí adrenalinu. Patří sem třes, pocení, tachykardie, nervozita, hlad. Je-li vznik hypoglykémie náhlý, převládají příznaky adrenalinové. Těžká hypoglykémie může být provázena hemiplegií a hypokalémií (únik kalia do buněk účinkem inzulínu). Protrahovaná hypoglykémie s komatem mohou vést k závažným poškozením mozku. U starších lidí se mohou stát spouštěcími mechanismy ke vzniku CMP či AIM.

Kazuistika

Dne 12.1. ráno byl přivezen do nemocnice pacient mužského pohlaví. Lékař RLP předával tohoto čtyřicetiletého pacienta v bezvědomí nejasného původu, s důvodným podezřením na zneužití léků, pravděpodobně Neurolu, se sebevražedným úmyslem. Pacient zanechal ve své blízkosti dopis na

rozloučenou pro bývalou manželku, se kterou se rozvedl den před tím. Dle dostupných informací se dosud s ničím neléčil.

Pacient byl zaintubován a uměle ventilován, během převozu byl kardiálně stabilní. Byl zajištěn dvěma periferními kanylami a permanentním močovým katetrem. Na břiše pacienta bylo nalezeno několik vpichů, některé s drobnými hematomy. Pacient byl připojen na monitor, trvale byly monitorovány tyto ukazatele vitálních funkcí: EKG, TK, P, D, saturace kyslíkem, TT.

Na našem oddělení se manifestovala přechodná arytmie ve smyslu bradykardie (44 pulzů/min), po podání Atropinu intravenózně došlo k její úpravě. Ostatní hodnoty vykazovaly normální nález. (TK 130/80, sat. 99 – 100%, TT 36,3°C).

V prvních laboratorních výsledcích byl především překvapující výsledek glykemie – 0,9 mmol/l a velmi nízká hladina kaliumu – 2,0 (norma 3,5-5,1 mmol/l). Ostatní výsledky – KO, jaterní a renální parametry, CRP, aPPT, INR jsou v normě, laboratoř potvrdila orientačně přítomnost Rohypnolu a Diazepamu v moči.

Byla provedena kanylace centrální žíly (po opakovaně nezdařilém pokusu o zajištění veny subklavie byla nouzově zajištěna vena femoralis), prostřednictvím které byl pacientovi podáván kromě přísunu tekutin (Plasmalyte a FR 500 ml/hod, později asi po 6 hod 200 ml/hod.) koncentrovaný roztok KCl 7,5% 6 ml/hod. Glukóza byla podána v bolusových dávkách 50 ml 40%, která změnila hladinu glykemie z 0,8 mmol/l na 1,5 mmol/l, pro udržení uspokojivé hladiny glykemie bylo nutno podávat i infuze 40% G 200ml/hod, které zajistily glykémii nad 4 mmol/l. Dále byly podávány pravidelně tyto léky: Geratam 12 amp/24hod (nootropní podpora), Quamatel 20mg po 12 hod (prevence stresového vředu).

Pacient měl dostatečnou diurézu (během převozu RLP podán Furosemid F), vzhledem k velkým objemům dodaných tekutin na odplavení intoxikačních látek byl podán další Furosemid 20 mg ve večerních hodinách.

Za 2 hod od příjmu byl pacient reintubován pro prasklý balonek. Po 12 hod byl již pacient schopen dostatečně dýchat spontánně a bylo možné s ním navázat kontakt a tudíž odpojit ventilátor. Hodnoty glykemie přesto zůstávaly velmi nízké (mezi 3 až 4 mmol/l) a bylo zapotřebí nadále velice intenzivně podávat koncentrovaný roztok glukózy. Glykémii jsme zjišťovali pravidelně po 2 hod, ureu, kreatinin a ionty jsme kontrolovali po 6 hod. Hladina kaliumu při prvním kontrolním odběru vzrostla jen na 2,2 a proto jsme zvýšili dávkování až na 10 ml 7,5% KCl/hod. Dodatečně bylo zjištěno, že pacient má syna diabetika na intenzifikovaném inzulinovém programu a doma bylo nalezeno asi 8 skleniček od inzulinu, většinou s krátkodobým účinkem. Toxikologická laboratoř potvrdila nevýznamné množství benzodiazepinů (Rohypnol a Diazepam).

Druhý den pokračujeme v podávání krystaloidů (Plasmalyte 100 ml/hod) 40% G 200 ml/hod dle výsledků glykemie a KCl 7,5% do centrálního žilního katétru. Pacient je v kontaktu, odpovídá na jednodušší dotazy, snaží se spolupracovat. Zatím není schopen sám přijímat dostatečné množství tekutin. Třetí den už se trochu pokouší jíst a pije čaj slazený Glukopurem. Pro udržení hladiny glykemie je nadále nutné podávat glukózu nitrožilně 130 ml 40%G/hod, pokračujeme i v podávání KCl 7,5% ve snížené dávce dle laboratorních výsledků. V průběhu šestého dne jsou i přes minimální dávky glukózy hodnoty glykemie stabilní (6-7 mmol/l), proto odstraňujeme centrální žilní katetr a permanentní močový katetr.

Pacient s námi komunikuje, přijímá návštěvy bývalé manželky a na jeho žádost pouštíme na krátkou návštěvu ještě přítelkyni. Je ochoten mluvit o tom, co se stalo, na některé věci se však nepamatuje. Po vyšetření konziliárního psychiatra je domluven překlad na psychiatrické oddělení, pacient s tím souhlasí. Při kontrolním odběru před předladem byly zjištěny zvýšené hodnoty urey – 21,2 (norma 2,5 – 8,3mmol/l) a kreatininu – 178 mmol/l (norma 55-115mmol/l). Pro zhoršení renálních parametrů je převoz na psychiatrii odložen, byl obnoven přísun tekutin infuzemi za časté kontroly iontů v krvi. Další den jsou laboratorní výsledky uspokojivé, i když ne ještě zcela v normě (jsou kontrolovány hodnoty glykemie, urey, kreatininu, kyseliny močové a iontů). Pacienta odpojujeme od monitoru a překládáme na standardní interní odd. Po dvanácti dnech hospitalizace je převezen na psychiatrické oddělení.

Použitá literatura

Bartoš, V., Pelikánová, T. a spol. Praktická diabetologie. 3. vydání, nakladatelství Maxdorf, Praha 2003

Dana Hanzlíčková
nemocnice Kutná Hora
interní JIP
DHanzlickova@seznam.cz

Adresa tohoto článku je:
<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=88>

Bazální stimulace v praxi

Markéta Vuová, ARK, FN Plzeň

Souhrn

Obsahem sdělení je seznámení s využitím poznatků konceptu bazální stimulace při ošetřování nemocných na anesteziologicko-resuscitační klinice. Dvě kazuistiky přibližují různý vývoj zdravotního stavu stimulovaných nemocných až po jejich předání na jiná oddělení. Bez ohledu na výsledek je poskytnutí maxima možných stimulů nemocnému cílem aktivní ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

bazální stimulace - intenzivní péče - polytrauma

V září 2003 jsme se s kolegyní zúčastnily dvoudenního kurzu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, který vedla Bc. Karolína Friedlová. K objasnění základních pojmů čerpám ze skript, která napsala.

V 70. letech vyvinul prof. Andreas Fröhlich koncept bazální stimulace, který umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení jejich komunikace s okolím. Poznanky prof. Fröhliche ukázaly, že principy konceptu bazální stimulace mají velký význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé i nemocné. Do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně koncept přenesla zdravotní sestra Christel Bienstein. Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat jejich stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací, čímž výrazně stoupá kvalita života pacientů a snižuje se délka jejich hospitalizace.

Cíle a prostředky metody

Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo:

- k podpoře rozvoje vlastní identity
- k umožnění navázání komunikace s okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- ke zlepšení funkcí organismu.

Bazální stimulace umožňuje pacientovi, aby: cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe samého, cítil okolní svět i přítomnost jiného člověka.

Médiem umožňujícím pacientovi získat informace o sobě samém i okolí jsou ruce ošetrojících. Koncept bazální stimulace klade velký důraz na každý druh dotyků, které ve své práci poskytuje zdravotnický tým. Každý dotyk se tak stává formou komunikace. Nečekané a necílené dotyky u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocity nejistoty a strachu, přicházejí-li náhle, mohou je lekat. Proto musíme pacientovi dát vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci můžeme poskytnout pomocí cíleného, tzv. **iniciálního dotyku**. Vhodným místem je rameno nebo ruka pacienta, dotyk musí být zřetelný, podpořený verbálně vhodným oslovením. Všichni, kteří přijdou s pacientem do styku (lékaři, fyzioterapeuti, radiologičtí pracovníci atd.), musí být o tomto dotyku informováni, musí ho respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti pacientovi poskytnout.

V kurzu jsme se učily i druhy celkové tělesné koupele, některé způsoby polohování a také metody získávání anamnézy od rodiny pacienta. Kurz byl velmi inspirativní a protože jsme ve vedení naší kliniky i u ostatních kolegyň našly podporu, můžeme již informovat o prvních pokusech aplikovat koncept bazální stimulace do péče o naše pacienty.

Kazuistika 1

22letý pacient, na naši kliniku byl přijat 2. 9. 2003 v bezvědomí, v těžkém stavu jako polytrauma. Šlo o kombinaci kontuze mozku, plic, pravé ledviny, traumatický pneumotorax a zlomeniny těl Th 3, 4, 8, 9. Jako spolujezdec při dopravní nehodě vypadl z auta, do příjezdu RZP byl laicky resuscitován. V **prvních týdnech** léčby bylo prioritou zajištění základních životních funkcí a intenzivní péče o polytraumatizovaného nemocného, podrobil se i operaci páteře.

12. den hospitalizace je zcela vysazena sedace, pacient nereaguje na oslovení, na algický podnět reaguje necílenou flexí horních končetin. Objevuje se třes celého těla, který v průběhu dalších dní přechází do stadií tzv. vegetativních bouří - epizod tachykardie, tachypnoe, celkové spasticity a výrazného pocení. Během těchto stavů je nemocný sedován Apaurinem. Stav vědomí se začíná měnit až **13. den**, kdy sice nereaguje na oslovení, ale spontánně otvírá oči a čile pohybuje pravou rukou.

15. den je pro opakované vegetativní bouře nasazena sedace Morfinem v malých dávkách. V klidové fázi nemocný občas fixuje pohled a na výzvu zmáčkne ruku.

17. den jsem pacientovy rodiče stručně seznámila s projektem konceptu bazální stimulace (BS). Dostali domů k přečtení a promyšlení také tištěné informace včetně otázek k získání osobní anamnézy. Tohoto nemocného jsme pro bazální stimulaci vybrali mimo jiné proto, že jeho rodina od prvního dne hospitalizace spolupracovala a chtěla se co nejvíce aktivně zapojit do péče o syna. Z dotazníku jsme tak zjistili, že pacient je živý typ, zvyklý na společnost, že má v důsledku zaměstnání (pracoval jako kuchař v baru) obrácený režim dne, že je pravák, zjistili jsme, jakou poslouchá hudbu a jak ho máme oslovovat. Rodiče velmi ochotně přinesli oblíbené nahrávky, vlastní hygienické potřeby i fotografie rodiny, abychom synovi mohli poskytnout co nejvíce známých vjemů.

18. den začínáme bazálně stimulovat. Nemocný je zcela bez sedace. Jako iniciální dotyk volíme uchopení za pravou ruku, rodina se kvůli rozlišení blízkých osob a personálu rozhodla pro polibek na tvář. Důležité je upozornit, že k bazální stimulaci nejsou třeba žádné zvláštní pomůcky. Využívá ošetrovatelských činností které běžně provádíme - hygienické péče, polohování. Začínáme provádět uklidňující celkovou koupel na lůžku s následným napolohováním nemocného do polohy "hnízdo". Hned první den bazální stimulace jsme vegetativní bouří zvládli bez farmakologické sedace. Nemocný po koupeli usnul a v "hnízdě" spal dvě hodiny. Tato poloha navozuje u nemocných příjemné pocity, nabízí jim jistotu a zlepšené vnímání hranic vlastního těla, které se u nemocných, dlouhodobě ležících na antidekubitárních matracích, ztrácí. "Hnízdo" využívá oblíbené polohy pacienta, kdy tělo je ohraničeno srolovanými dekami. Současně je splněn požadavek polohování nemocného v prevenci vzniku dekubitů. Spolupracujeme s fyzioterapeutkou, postupně se prodlužují klidové fáze a neklid ustupuje.

2. den BS se matce pacienta zdálo, že jako reakci na pusu při pozdravu "špulí" rty, občas kývne hlavou na dotaz. V noci spal po "zahníždění" pět hodin klidně. Začíná sledovat okolí.

7. den BS začínáme krmit p. o., s úspěchem zkusíme čaj po lžičkách. Večer snědl s rodiči malou přesnídávku. Vegetativní bouře se už neopakují, přecházíme k ventilaci na T-nose a režimu EPAP.

9. den BS pacient zcela spontánně dýchá bez ventilátoru, snaží se více spolupracovat a jíst. Rodina je tak motivována přinést synovi oblíbené nápoje i jídlo, během dvou dnů se daří zcela přejít k přirozené stravě.

12. den BS, po měsíční hospitalizaci, překládáme nemocného na spádové ARO. Je schopen podat ruku, s dopomocí dostatečně jíst, snaží se spolupracovat.

Kazuistika 2

Druhou pacientkou byla 20letá žena, přijatá 9. 10. 2003. Havarovala jako řidička osobního automobilu. Příjmovou diagnózou bylo polytrauma v kombinaci kontuze a otok mozku, epidurální hematom a zlomenina pánve. Stav byl velmi vážný, hned druhý den byla provedena dekompresivní kraniektomie, následně zavedena komorová drenáž. Pacientka byla uložena na antidekubitární lůžko V-Cue, protože polohování bylo kontraindikováno, při hygienické péči bylo nutné nemocnou rámovat. K zajištění plné antiedematózní a resuscitační léčby byla sedována, před manipulací byl ještě podáván Thiopental. S bazální stimulací jsme se rozhodli začít až **8. den hospitalizace**, po stabilizaci stavu, částečném odtlumení (Thiopental se už nepodával) a po provedení tracheostomie. Za iniciální dotyk jsme zvolili uchopení za pravou ruku. Provádění hygienické péče dle konceptu komplikovala nepřirozená poloha na rámu a nemožnost napolohovat do klasického "hnízda". Snažili jsme se pacientce alespoň zprostředkovat vjemy o vlastním těle obkládáním stočenými dekami tak, jak to stav dovozoval. Levá dolní končetina byla na trakci. Rodiče i přítel pacientky přicházeli na návštěvu každý den, ale zatím byla neoslovitelná. Střídal se u ní klid s neklidem spojeným s pohybem horních i dolních končetin.

3. den ošetřování dle konceptu BS byla zcela vysazena sedace, ale u pacientky přetrvávala porucha vědomí, jednoduché výzvě občas vyhověla.

6. den se částečně zlepšily podmínky k bazální stimulaci, když jsme mohli začít polohovat, pacientka ale stále reagovala pouze nekoordinovanými pohyby. Určité zlepšení se objevilo po **8 dnech**, kdy na výzvu stiskla ruku a snažila se polykat. Zmítání a neklid na lůžku ustaly při návštěvě přítele. I on byl seznámen s konceptem BS, přicházel každý den, na pacientku mluvil, dotýkal se jí, pouštěl hudbu, kterou spolu poslouchali, používal parfém, který znala. Postupně se dařilo navázat s pacientkou určitou spoluprací, ale nevydržela dlouho.

11. den začala sledovat okolí, odkývla na dotaz. Po odchodu návštěv byla ale opět agitovaná. Pokračovali jsme v BS i bez dalších známek zlepšení - nemocná byla při vědomí, velmi neklidná, opakované výzvě vyhověla s latencí. Dařilo se krmení a také odpojování od ventilátoru - prodlužovali jsme intervaly na T-nose. Pro hrozící riziko sebepoškození i přes nepřetržitý dohled - pacientka se snažila o odstranění zavedeného žilního katetru a tracheotomické kanyly - byla opět nutná farmakologická intervence. Po **21 dnech** hospitalizace byla nemocná přeložena na NCH JIP.

Domnívám se, že ani v druhém případě, i když bylo s bazální stimulací započato o deset dní dříve než u prvního nemocného, nelze hovořit o neúspěchu, protože stav pacientky byl komplikovanější komorovou drenáží a později opakovanými lumbálními punkcemi. V každém případě jsme oběma nemocným poskytli maximum možných stimulů v intenzivní péči. Začleněním rodiny do konceptu bazální stimulace se prohlubují vzájemné vztahy a příbuzní lépe snášejí hospitalizaci člena rodiny, protože se cítí aktivně zapojeni do ošetřování. Na druhé straně přináší bazální stimulace větší psychickou zátěž ošetřujícímu personálu, zejména sestřám. Větším kontaktem s nemocným se vytváří bližší vztah, sestra se více dozví z osobní i rodinné anamnézy a pro rodinu se také stává jakýmsi prvním konzultantem dobrých i špatných zpráv.

Závěr

Za velmi důležité považuji návaznost ošetřovatelské péče i na odděleních, na která jsme nemocné přeložili. Sestry byly informovány o důležitých bodech anamnézy, způsobu komunikace s nemocným i ošetřování dle konceptu bazální stimulace. Za velký přínos pro návaznost péče považuji i to, že na některých JIP naší FN pracují kolegyně, zdravotní sestry a rehabilitační pracovnice, které prošly stejným kurzem a mohou v ošetřování pokračovat podle stejných zásad. U prvního nemocného pak byla zprostředkovatelem informací poučená a spolupracující rodina.

Literatura:

Friedlová K.: Stimulace vnímání v ošetřovatelské péči. Skriptum pro kurz stimulace vnímání

giergami@volny.cz



Poloha mumie



Poloha mumie



Poloha hnízdo

Fota Valerian Hajduk

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=89>

Komplexní intenzivní péče po akutním non-q infarktu myokardu s extrakardiálními

Hana Bílková, DiS., Michaela Kopáčková, Jitka Stočesová, DiS., MUDr. Richard Rokyta, PhD., KJIP, 1. interní klinika LFUK a FN Plzeň

Souhrn

V kazuistice prezentujeme průběh intenzivní kardiologické péče u 67letého diabetika II. typu, kuřáka s těžkou pokročilou gangrénou LDK, do hospitalizace v září 2004 bez diagnózy ICHS. Hospitalizace na chirurgické klinice byla komplikovaná rozvojem kardiogenního plicního edému při akutním non-Q IM přední stěny, byla provedena akutní koronarografie s nálezem pokročilé nemoci 3-tepen a indikován časný CABG. Po komplexní terapii včetně neinvazivní ventilace byl pacient během několika dnů postupně kardiálně rekompensován. Pro neuspokojivé hojení pahýlu LDK bylo nutno upřednostnit a nejprve provést femoropopliteální bypass a úpravu pahýlu LDK. Po výkonu byla ještě nutná krátkodobá UPV na KJIP. Stav pacienta se dále stabilizoval i po strážce psychické (pozitivní vliv rodiny) a byl přeložen na standardní interní oddělení k přípravě před kardiochirurgickým výkonem.

Klíčová slova

akutní non-Q IM - CABG - femoropopliteální bypass

Úvod

Polymorbidní pacient s DM, rozsáhlým aterosklerotickým postižením věnčitých tepen a tepen DK, manifestující se gangrénou LDK a infarktem myokardu. Souběh obou nemocí komplikoval a prodlužoval pacientovu léčbu. V současné době je pacient po CABG a byla mu provedena Thierschova plastika defektu po TMT amputaci.

Popis případu

Pacient, 67letý muž, diabetik 2. typu, na inzulinoterapii, byl přijat (16. 9. 2004) na interní oddělení na doporučení z diabetologické poradny pro gangrénu 4. prstu LDK a okolní flegmónu.

2. den hospitalizace bylo provedeno angiografické vyšetření, které potvrdilo mnohočetné bércové stenózy a oboustranný uzávěr a. femoralis superficialis (AFS). Nemocný má končetinu zarudlou, oteklou až nad kotník a bez hmatné pulsace. Byla zahájena antibiotická léčba (Dalacin), vazodilatační a antikoagulační léčba.

5. den (20. 9.) pro zhoršení nálezu na LDK byla provedena amputace 3. a 4. prstu na LDK. Samotný výkon proběhl bez komplikací, avšak pro neuspokojivé hojení rány a progredující ischemii LDK bylo přistoupeno ještě k dokončení transmetatarsální (TMT) amputace - amputace zbylých prstů (1., 2. a 5.).

Vzhledem k ohrožení končetiny je pacient indikován k pokusu o femoropopliteální bypass (F-P bypass). Operace měla proběhnout 9. den hospitalizace v celkové anestezii, s ohledem na věk a DM se středním stupněm rizika. Předoperačním vyšetřením (ECHO) byla zjištěna ejekční frakce levé komory srdeční odhadem 30%.

8. den (23. 9.) byl nemocný přeložen na chirurgické oddělení, několik hodin po přeložení dochází k akutní respirační insuficienci. Pacient je cyanotický, hypertenzní (160/90), má tachykardii (120/min). Dle EKG i v laboratorních hodnotách (zvýš. CK, Troponin I) jsou přítomny známky akutního koronárního syndromu. Stav byl klasifikován jako akutní non-Q IM přední stěny a pacient byl přeložen na naši koronární jednotku. Akutní respirační insuficienci se podařilo zvládnout pomocí neinvazivní ventilace a zároveň podávanými farmaky - diuretika, Morphin, vazodilatancia atd.

Po stabilizaci stavu bylo ještě týž den provedeno koronarografické vyšetření s nálezem těžkého mnohočetného postižení věnčitých tepen (MVD). Kardiochirurgové indikovali pacienta k časnému by-passu, který bylo ale nutno z důvodu závažných extrakardiálních komplikací odložit.

Po návratu z koronarografického vyšetření bylo nutné z důvodu hypotenze podpořit krevní oběh malou dávkou katecholaminu. Laboratorně zjištěn vzestup zánětlivých parametrů, proto byla zintenzivněna ATB léčba (Dalacin + Sulperazon).

V průběhu celé hospitalizace na KJIP jsme monitorovali fyziologické funkce, sledovali bilanci tekutin, pokračovali v aplikaci ATB, oxygenoterapii i v pravidelných kontrolách glykémie. Pacientovi jsme poskytovali komplexní ošetrovatelskou péči, dechovou rehabilitaci, prevenci dekubitů, celkovou hygienickou péči a hlavně psychickou podporu jemu i jeho rodině.

V dalších dnech (**9. - 11. den**) byly prováděny pravidelné kontroly LDK chirurgem a doporučeny pravidelné převazy 3krát denně s borovou vodou. Zpočátku se rána hojila příznivě (spodina defektu klidná, pouze na okrajích rány ischemická nekróza), dle chirurga vhodná k periferní cévní rekonstrukci (F-P bypass), kterou však v současnosti nedovoloval probíhající IM.

Pacient se v tuto chvíli dostává do začarovaného kruhu: gangréna s flegmónou na LDK jako komplikace DM, stres s tím spojený a velmi intenzivní kouření podpořily vznik IM. A naopak: poškození tepen LDK zhoršuje a prodlužuje řešení srdečního onemocnění.

Několikadenní agresivní ATB léčba má za důsledek střevní dysmikrobii projevující se vodnatými průjmy. Pacientovi bylo umožněno co největší soukromí při opakovaném vyprazdňování, zvýšená hygiena, předcházení opruzeninám a podle ordinace lékaře se podával Hylak Forte.

Pacient si stěžoval na bolestivost končetiny, proto se podávala analgetika.

11. den - vzhledem k neuspokojivému hojení pahýlu LDK a nejisté prognóze končetiny je opět chirurgem navržena cévní rekonstrukce LDK (na 13. den hospitalizace), tentokrát z vitální indikace.

12. den je však nutná úprava vnitřního prostředí: z krevního obrazu zjištěna anémie, nemocný dostává 2 erymasy, upravuje se i hladina kalia. Výkon se odkládá o další den.

Kvůli neustálým přípravám a odkladům operačních výkonů, z nichž má strach, se každým dnem zhoršuje psychický stav pacienta. Zhoršuje se důvěra v uzdravení, a tím i spolupráce se zdravotnickým personálem. Pacient je konfliktní, vzdorující, nebo naopak apatický a chvílemi zmatený. K překonání této obtížné fáze hospitalizace velice pomohla jeho rodina svými denními návštěvami a motivací nemocného k uzdravení.

14. den je konečně pacientovi proveden F-P bypass LDK. Z operačního sálu se vrací na naše oddělení farmakologicky sedován (Fentanyl + Dormicum), zaintubovaný, na řízené ventilaci a s malou podporou oběhu katecholaminy (noradrenalin).

Několik hodin po výkonu se zdravotní stav pacienta stabilizuje a po náležité přípravě je extubován. Dále se pokračuje v kontinuální vazodilatační léčbě a ATB léčbě, která je upřesněna dle citlivosti a po domluvě s ATB centrem (Ampicilin za Dalacin).

16. den je pacient afebrilní, oběhově i ventilačně kompenzovaný, je přeložen na standardní interní oddělení naší kliniky. Zde se pokračuje v komplexní ošetrovatelské péči, v péči o operační ránu (denně kontrola chirurgem), dechové rehabilitaci i celkové mobilizaci nemocného ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky (nácvik chůze o berlích bez došlapu na pahýl).

F-P bypass je funkční, periferní pulsace je dobře hmatná, operační rána se hojí dobře.

Při zlepšení stavu DK je opětovně demonstrován koronarografický nález na kardiochirurgických indikacích. V případě nekomplikovaného průběhu hojení defektu na DK a udržení kompenzovaného stavu oběhu by mohl být proveden elektivní CABG (nemocný by mohl být vyzván z domova).

V průběhu dalších dnů bohužel dochází ke zhoršení hojení defektu na LDK, proto se přistupuje k opakovaným úpravám pahýlu (**23. a 30. den**).

Poté už dochází k uspokojivému hojení a pacient je **36. den** hospitalizace přeložen na oddělení Klinické farmakologie FN Plzeň k aktivní rehabilitaci. Zde se denně prováděla hyperbarická oxygenoterapie v přetlakové komoře a podávala se vazodilatační léčba.

55. den zlepšení lokálního nálezu na LDK, nález je vyhovující, pacient je propuštěn (9. 11. 2004) do domácí péče (Home Care). Pacient je indikován k CABG.

Celková doba hospitalizace byla **55 dní**.

Závěr

Polymorbidní pacient s DM, rozsáhlým aterosklerotickým postižením věnčitých tepen a tepen dolních končetin, manifestující se gangrénou LDK a infarktem myokardu. Souběh obou nemocí velmi komplikoval a prodlužoval pacientovu léčbu.

V průběhu celé hospitalizace byla velmi důležitá ošetrovatelská péče, která spočívala nejen v zajištění základních životních funkcí a jejich monitoraci, ale zejména v převazech defektu, následně operační rány po amputacích a F-P bypassu, v podáváníí léků, v provádění rehabilitace a celkové hygienické péče včetně prevence dekubitů a opruzenin. Nedílnou součástí naší péče byla i psychická podpora a motivace pacienta i jeho rodiny. Rodina byla obrovským přínosem i pro usnadnění naší spolupráce s pacientem.

V současné době je již pacient po CABG, který byl proveden koncem listopadu 2004, v lednu 2005 mu byla provedena Thierschova plastika defektu po TMT amputaci.

(Hanca.Bilk@seznam.cz, Jitkastoces@atlas.cz, michaela.kopackova@seznam.cz,
Rokyta@fnplzen.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=90>

Co je to domácí péče?

Bohumila Hajšmanová, ADP Domovinka, Plzeň

Souhrn

Ve vyspělých zemích je domácí péče (Home Care) považována za systém zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci. Léčení v nemocnici se omezuje pouze na případy, kdy to doma není možné. Domácí péče pomáhá zlepšit psychický stav nemocných, vylučuje hospitalismus, urychluje hojení a umožňuje trvalou podporu rodiny. Snižuje náklady na zdravotní péči ve dvou směrech - lůžko v nemocnici a rychlejší uzdravení.

Klíčová slova

domácí péče - formy domácí péče

Formy domácí péče (DP)

DP akutní (domácí hospitalizace) - je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci. Nejčastějšími diagnostickými skupinami jsou klienti s onemocněním kardiovaskulárním (hypertenze), neurologickým (bolesti pohybového aparátu), gastrointestinálním (nauzea, zvracení, průjem aj.), urologickým (retence moči, záněty močových cest). Tato forma DP je určena nemocným po úrazech nebo operacích a je poskytována v rozsahu dnů, maximálně týdnů.

DP dlouhodobá - je určena pro nemocné s chronickým onemocněním, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Nejčastějšími diagnózami jsou cévní mozkové příhody, roztroušená skleróza, diabetes mellitus, ochrnutí, duševní onemocnění, chronická bolest. Dlouhodobá DP je poskytována v rozsahu měsíců až let.

DP preventivní - je určena těm nemocným, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. U těchto nemocných se provádí měření fyziologických funkcí, monitorování celkového stavu a případné změny se konzultují s ošetřujícím lékařem.

DP hospicová - je péče o nemocného v preterminálním a terminálním stadiu života. Je poskytována nemocným, u nichž lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců.

Často se v DP setkáváme i s pojmem respitní péče. Termín respite je překládán jako oddech, přestávka, úleva. V respitní péči tedy jde o jakoukoliv krátkodobou podporu rodiny, jejímž cílem je umožnit těm, kdo celoročně pečují o nemocného člena své domácnosti, na chvíli vydechnout a odpočinout si. Mají prakticky dvě možnosti: buď krátkodobou hospitalizaci, nebo DP.

Jednorázová DP - do této formy DP spadají všechny jednorázové výkony, jako je odběr biologického materiálu, jednorázová aplikace i. m. apod.

Vyhlášky vztahující se k DP

Podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2000, kterou se vydává Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky MZ ČR č. 134/1998Sb. má DP odbornost 925 - domácí zdravotní péče. V těchto vyhláškách jsou uvedeny výkony, které lze provádět v DP. Jde o 4 typy návštěv a spotřebu materiálu.

Indukce DP

DP je péčí indukovanou, vyžádanou. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta, jímž je praktik a ošetřující lékař za hospitalizace, který však smí vyžádat DP pouze na 14 dní po skončení hospitalizace.

DP plynule navazuje, nahrazuje nebo doplňuje tyto formy péče:

Péči léčebnou - praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost , ambulantní specialista v mimoústavních formách zdravotní péče, ošetřující lékaře ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu a odborné stacionáře.

Péči paliativní - hospicovou

Odbornou péči a pomoc - v ústavech sociální péče

Pomoc sociální - respitní a osobní asistenci

Dostupnost DP

24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.

DP je integrovanou formou zdravotní a sociální péče, poskytovanou individuálně klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Je poskytována podle indikace ošetřujícího lékaře multidisciplinárním týmem na bázi interdisciplinární spolupráce. Znamená to, že domácí péče není jedna zdravotní sestra v terénu, ale kolektiv pracovníků, kteří jsou neustále mezi sebou v kontaktu a kteří spolupracují s lékaři odborníky. Jen tak lze zajistit maximální péči u nemocných v domácí péči.

[\(domovinka@volny.cz\)](mailto:domovinka@volny.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=91>

Ples na vozíčku

Bohumila Hajšmanová, ADP Domovinka, Plzeň

Plzeň se od letošního roku může zařadit mezi města, která dokáží zorganizovat ples pro handicapované. Agentura DP Domovinka a firma Sociální služby pro domácnost Vladimír Hejman uspořádali 18. února ve společenském sále plzeňských Vodáren **I. ples vozíčkářů**.

Akce byla pečlivě připravena, aby organizátory ani účastníky nepřekvapil žádný problém a aby z ní všichni odcházeli s nejlepšími dojmy.

V pátek 18. února večer začalo hrát Plzeňské trio pana Berky populární české hity a na parket vjeli první vozíčkáři, jichž byly bez mála čtyři desítky. To, co na parketu dokázali, překvapilo pořadatele i asistenty. Vozíčkáři je vůbec nepotřebovali, bylo vidět, že jsou zvyklí se o sebe postarat a ani tanec pro ně není překážkou. Naopak, tancovali s takovou vervou, že měli chodící co dělat, pokud jim chtěli stačit. Při každé sérii písniček byli první v kole. Někdy si vzali do páru druhého vozíčkáře, jindy šli tancovat s chodícím partnerem, byly i chvíle, kdy si při tanci vystačili sami. Divit se nestačili ani redaktoři z tisku i televize, kteří o ples projevíli zájem: pouhou hodinu po zahájení byla v sále úžasná atmosféra a všichni účastníci byli zároveň tanečníky. A když začala kapela hrát písničku "Jede, jede mašinka," každý, kdo chodil, se chopil nejbližšího vozíčku, a všichni společně utvořili "had", který otočil celý sál a všichni zpívali a tancovali.

Blížila se půlnoc, začala dlouho očekávaná tombola. Ceny do ní poskytli sponzoři, kterým šlo především o to, udělat radost. Trička, krásné knihy o Plzni, kosmetika, kobereček, ručníky, osušky, propisky, olivy, utopenci, vaječná tlačěnka ...

Asi nejlepší výhru si ovšem po 4. hodině ranní odnesli všichni - krásné vzpomínky, nová přátelství a chuť do další akce.



Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=92>

Příjem klientek ke gynekologické operaci

Dagmar Soprová, Gynekologicko-porodnická klinika, FN Plzeň

Souhrn

Naše klinika zajišťuje specializovanou ambulantní a lůžkovou péči pro ženy všech věkových kategorií, pro gynekologicky nemocné a ženy s rizikovým či patologickým těhotenstvím.

Klíčová slova

příjem na gynekologii - gynekologická anamnéza - výkon

V současné době má klinika 110 lůžek, z toho několik nadstandardních. V ambulantním traktu je 6 specializovaných ambulancí, kde se střídají poradny: hysteroskopická, laparoskopická, poradna pro gynekologickou endokrinologii, poradna pro choroby vulvy, urogynekologická poradna, poradna dětské a dorostové gynekologie, gynekologická onkologie, cytologické centrum, poradna asistované reprodukce, imunologická poradna, poradna pro prevenci VVV, poradna pro ohrožená a patologická těhotenství a sonografie.



Na kliniku přicházejí ženy ke konziliárnímu vyšetření s doporučením od svého ošetřujícího gynekologa. Podle druhu onemocnění či potíží navštíví příslušnou poradnu, kde je provedeno vyšetření a stanoven další postup léčby.

Na příjmové ambulanci probíhá objednání a příjem klientek k plánované či neodkladné operaci nebo výkonu.

Každé objednání a příjem probíhá individuálně. Klientka přichází s doporučením od svého gynekologa a v recepci je jí vystavena gynekologická karta, do níž jsou uvedeny její osobní údaje. Vše je zaznamenáno do počítače a klientka je odeslána na příslušnou ambulanci. V ordinaci pak odebíráme rodinnou a osobní anamnézu. Zajímají nás např. onemocnění srdce a cév, štítné žlázy, plic atd., zjišťujeme alergie. Z gynekologické anamnézy nás zajímá: kdy žena dostala první menstruaci, zda je pravidelná, užívá-li pacientka antikoncepci či hormonální substituci, má-li zavedeno nitroděložní tělíčko, průběh jejích těhotenství, porodů a gynekologické operace.

Poté je žena vyšetřena lékařem a objednána buď na indikační seminář (velké operace), nebo přímo k výkonu. Vypisujeme pozvánku k přijetí do nemocnice a označíme potřebná laboratorní vyšetření, která nesmí být v den nástupu starší více než 10 dní. U klientek, které jsou jinak zdravé, požadujeme běžná laboratorní vyšetření (FW, KO + TIFF, M+ S, urea, kreatinin, iontogram, glykémii, jaterní testy, TK, P, EKG + interní vyšetření, KS + Rh), u žen starších 50 let a u všech onkologických pacientek navíc RTG plic. Pokud je žena v péči lékaře specialisty, je nutno doplnit další vyšetření. Laboratorní vyšetření si zajišťuje klientka u svého obvodního lékaře. Pokud užívá hormonální antikoncepci nebo substituci, musí ji alespoň 4 týdny před plánovaným výkonem vysadit. Podle druhu potíží objednááme klientku k ambulantnímu výkonu (přichází ráno nalačno, 3 hodiny po výkonu odchází

domů), nebo k výkonu za hospitalizace. Při objednávání klientky je velice důležitá komunikace. Lékař jí vysvětlí nutnost výkonu a postup při operaci. Většina žen má mnoho otázek, ale jen některé mají odvahu se lékaře na vše zeptat. Proto je důležitá komunikace mezi klientkou a porodní asistentkou.

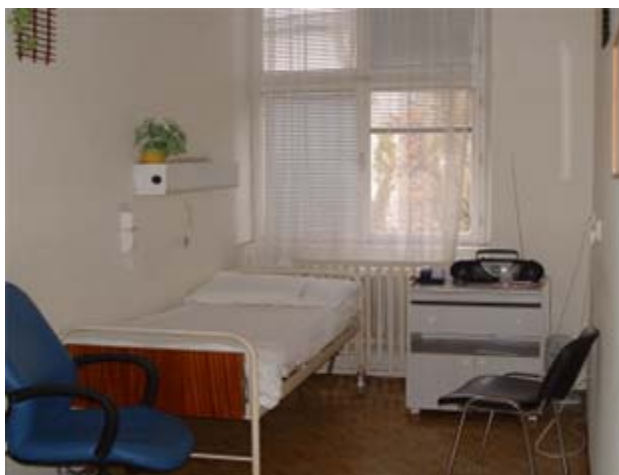
V den plánovaného příjmu přichází klientka s příslušným vyšetřením do naší ambulance. V případě potřeby jí vystavíme pracovní neschopnost a odesíláme ji k hospitalizaci na příslušné oddělení, kde probíhá vlastní příjem.

Nezapomínat na prevenci

Při své práci se často setkávám s případy, kdy žena nebyla na gynekologickém vyšetření i 10 a více let. Přitom například karcinom děložního čípku představuje v ČR druhou nejčastější malignitu ženských pohlavních orgánů. Diagnostikuje se při gynekologické prohlídce, ženy ale většinou přicházejí již s příznaky, jako je kontaktní krvácení po styku, vodnatý fluor, bolesti v malé pánvi atd. Tento stav je způsoben špatnou osvětou a zanedbáním ze strany ženy, nedostatečnou prevencí a screeningem. V současné době uniká screeningu mnoho žen, zejména starší ženy nad 65 let, ženy sociálně slabé a nepřízřusobivé.

Preventivnímu gynekologickému vyšetření včetně kolposkopie a cytologie by se měla žena podrobit 1krát ročně. Při suspektním nálezů je odeslána do cytologického centra, kde se provádí kolposkopická expertiza, eventuálně cílená biopsie. Na základě vyšetření se provádí LEEP (metoda kličkové excize) nebo konizace (excize studeným nožem nebo laserem). Pokud je nutno provést radikální operaci, musí být předoperační vyšetření doplněno o cystoskopii, CT malé pánve, vylučovací urografii, eventuálně MRI, kolonoskopii aj. Operační řešení bývá individuální - závisí na rozsahu, na věku klientky a na požadavku zachování fertility.

Některé příjmy ale plánovat nelze. Někdy je klientka přivezena vozem RZS nebo rodinou s bolestmi a krvácením, a následuje akutní příjem. Zjišťujeme potřebné gynekologické údaje, co potíží předcházelo a jaký byl jejich dosavadní průběh. Měříme TK, P, tělesnou teplotu. Důležitý je údaj o poslední menstruaci. Po gynekologickém vyšetření a sonografickém vyšetření malé pánve provedeme EKG vyšetření a klientku dopravíme na oddělení. Zde se provádějí statimová vyšetření a lékař dle stavu ordinuje sledování nebo akutní výkon.



Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=93>

Kazuistika - Hojení rozsáhlého dekubitu u pacienta s paraparézou dolních končetí

Bc. Vladimíra Fremrová, Geriatrické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Kazuistika je zaměřena na pacienta s vertebroalgickým syndromem v bederní páteři s následnou paraparézou DK. Stav byl komplikován rozsáhlým dekubitem v sakrální oblasti. Pro negativistický přístup pacienta, který nebyl ochoten v ničem spolupracovat a odmítal jakékoli zásahy zdravotníků domácí péče i pomoc rodiny, a na základě jeho rozhodnutí "léčit se výhradně sám", došlo k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Pacient byl přivezen v septickém stavu do nemocnice. Závažnost jeho zdravotního stavu jej zřejmě přiměla k aktivní spolupráci se zdravotníky, což se nakonec odrazilo v celkovém zmírnění zdravotních problémů. Do péče se zapojila rodina (přítelkyně). Tento případ ukazuje, že zapojení rodiny je jedním z důležitých článků komplexní ošetrovatelské péče o pacienty s omezenou mobilitou a sníženou sebedpěčí.

Klíčová slova

lumbalgie - paraparéza - dekubitus - sigmoideostomie - sipping.

Úvod

Vertebrogenní chronické bolesti v "kříži" se nazývají lumbalgie; jsou to velmi často udávané potíže. Jako lumboischiadický syndrom se označují bolesti v kříži a bederní krajině, které propagují do DK. Doménou neurologických potíží jsou kořenové syndromy, které jsou na DK mnohem častější než na končetinách horních. Při lézi centrálního i periferního motoneuronu vzniká porucha hybnosti, která se podle intenzity léze projeví buď jen lehkým snížením svalové síly, neobratností, nebo u těžší léze částečnou či úplnou ztrátou aktivního pohybu. Jako paréza se označuje částečná porucha hybnosti (částečně je aktivní pohyb zachován), plegie je kompletní porucha hybnosti (aktivní pohyb je zcela nemožný). Paraparéza, eventuálně paraplegie, vzniká na podkladě léze míšních provazců nebo kořenů, obvykle jde o kombinaci léze motorické i senzitivní.

Léčení vertebrogenních poruch zahrnuje léčbu celkovou, lokální, rehabilitační a operační. S terapií je nutno začít co nejdříve, významnou součástí léčebného komplexu je rehabilitace. Musí ji vždy řídit odborník a soustavně prováděný speciální léčebný tělocvik je také nejdůležitější u vertebrogenních poruch.

Celková medikamentózní léčba zahrnuje analgetika, nesteroidní antirevmatika, psychofarmaka, centrální myorelaxancia.

Popis případu

Hospitalizace 77letého pacienta začala přijetím na chirurgické oddělení FN Plzeň po odeslání z neurologie, kde byl ambulantně vyšetřen pro paraparézu DK. Pacient byl odeslán k ošetření dekubitu, který vznikl doma asi měsíc předtím. Pacient se ošetřoval sám, odmítal domácí péči, při progresi nálezu ho přítelkyně odvezla na spádovou chirurgii a neurologii. Z dalších diagnóz byl důležitý diabetes mellitus léčený pouze dietou.

Na chirurgickém oddělení byla provedena opakovaná revize gluteálního dekubitu vpravo, excize nekrózy a pro možnost zahojení dekubitu v této oblasti byla založena axiální sigmoideostomie. Dekubit byl převazován Persterilem, pacient začal rehabilitovat a byl přeložen na oddělení geriatrické k další léčbě.

V době překlada byl pacient zcela orientován, plně lucidní. Spolupráce byla problematická, již při přijetí pacient odmítal polohování - "ležel jsem dosud na zádech, budu tam ležet dál". Založená stomie byla dobře funkční, pacient se zatím nezajímal o ošetřování, ležel na chirurgickém oddělení 10 dní. Měl zavedenou močovou cévku především z důvodu nebezpečí kontaminace dekubitu, před hospitalizací používal pomůcky pro částečnou inkontinenci. Rána - chirurgicky ošetřovaný

dekubitus - byla o velikosti pěsti, plynule přecházela v povrchový defekt o rozměru 10 x 6 cm (celkem velikost 18 x 8 x 8 cm), spodina defektu byla čistá, bez známek zánětu a retence.

Objektivně byla zjištěna paraparéza DK, neschopnost se obsloužit, močová inkontinence řešená cévkou, pacient velmi dobře odpovídal na dotazy, byl orientován místem, časem i prostředím. Při fyzikálním vyšetření nebyly zjištěny větší odchylky: TK 130/90, tepová frekvence 78/min, dechová frekvence 16/min. Při vyšetření psychomotorických funkcí: MMSE 28 bodů (normální stav), vyšetření úrovně soběstačnosti - Barthelův test 20 bodů (vysoce závislý), vyšetření rizika vzniku dekubitů Norton scale 17 bodů, Melzackova škála bolesti 3, PINI (prognostický a zánětlivý nutriční index) 22 bodů (vysoké riziko).

Ošetrovatelské diagnózy. Řešení

Z ošetrovatelských diagnóz byly potvrzeny: **nesoběstačnost, inkontinence moči, riziko vzniku dalších dekubitů, zhoršená pohyblivost, nespolupráce ze strany pacienta, bolest DK, deficit sebepečce v oblasti hygieny, deficit sebepečce v oblasti jídla a pití (špatné stravovací návyky).**

Na základě vyšetření soběstačnosti v denních aktivitách byl zahájen **nácvik soběstačnosti v hygieně**, současně byl řešen **problém zhoršené pohyblivosti a rizika vzniku dalších dekubitů**. Pacient ležel na antidekubitní matraci, polohován byl po 2 hodinách jen na boky, používaly jsme také polohovací polštáře. Každý den byl odvezen k umyvadlu na WC křesle; zpočátku odmítal spolupracovat, ale již **po týdnu hospitalizace** si pochvaloval hygienu prováděnou vsedě pod tekoucí vodou u umyvadla. Současně jsme řešily problém se stomií, ale nebyl důvod spěchat, protože hojení rány bylo dlouhodobé.

Dekubitus byl ošetřován **od překlada** na geriatrii moderními prostředky. Do hlubokého defektu jsme vkládaly Aquacel (hydrofibre), kryly Surgipadem. Převazovaly jsme 1krát denně pro velkou sekreci a také pro počáteční nespolupráci. Pacientovi občas obvaz spadl a bylo nutno převazovat znovu. Opakovaným vysvětlováním o nutnosti ochrany rány i ekonomické stránky se podařilo spolupráci zlepšit. Se souhlasem pacienta jsme ránu fotografovaly, a on měl tak možnost sledovat vývoj hojení. Takto jsme podporovaly psychiku pacienta, který měl stále větší motivaci a chuť řešit své další problémy.

Dalším řešeným problémem pacienta byly **špatné stravovací návyky**. Nepovažoval za nutné dodržovat diabetickou dietu, podle biochemického vyšetření měl rovněž málo celkové bílkoviny. Dodávaly jsme tedy do stravy 3krát denně Protifar (bílkovina), 1krát denně Diasip, a protože to pacient zprvu odmítal, měl od lékařky za odměnu povoleno jedno diabetické pivo denně (doma pil pivo každý den), po obědě si směl vypít také kávu. Pitný režim dodržoval, za mírné kontroly vypil 2000 ml/24 hodin (bez piva a kávy). Během **velice krátké doby** si zvykl na nemocniční režim a s veškerým personálem velmi dobře komunikoval, jedl a pil, co pro něj bylo důležité.

Rehabilitoval každý den, začal LTV na lůžku a nácvikem sedu s ohledem na ránu v sakrální oblasti. Posiloval na lůžku HK s činkami, které zajistila rehabilitační pracovnice. Na odpoledne měl rozepsanou rehabilitaci, kterou důsledně dodržoval. **Po 14 dnech** se poprvé postavil do vysokého chodítka a opět se díval na svět pozitivněji. Jeho cílem stále bylo propuštění do domácí péče, umístění v LDN kategoricky odmítal.

Během hospitalizace pacienta navštěvoval jen sporadicky syn, na jehož pomoc tedy nebylo možno spoléhat. Častěji pacienta navštěvovala jeho mladší přítelkyně, která na základě domluvy s pacientem projevovala o péči stále větší zájem.

Dekubitus se hojil velice pomalu, stále byla přítomna velká sekrece z rány, proto **25. den** stále převazujeme 1krát denně, jen se změnou - do dutiny vkládáme stále Aquacel, rána granuluje, a povrchovou část kryjeme pěnovým krytím - Cutinova cavity a později Mepilex.

Od **35. dne** převazujeme ránu obden, pacient i zdravotníci jsou s hojením rány velice spokojeni.

52. den konzultujeme přímo u lůžka pacienta plastického chirurga, který schválil léčbu, ale nedoporučil námí zamýšlenou plastiku. Celkový stav pacienta viděl plastický chirurg jako zbytečný, rána se podle něj vyhojí pomocí používaných materiálů.

Po **celou dobu hospitalizace** užíval pacient analgetika (Tramal 100 mg 2 - 3krát denně). Úplně je vysadit se nepodařilo, pouze spotřebu snížil nemocný na jednu tabletu za den. Zdůrazňovaly jsme vedlejší účinky analgetik, pacient ale stále udával **bolesti DK**, dekubit nebolel. Zlepšení pitného režimu u pacienta ovlivnilo také menší spotřebu analgetik.

V dalším průběhu hospitalizace se pacient aktivně zapojil do rehabilitace, byl motivován propuštěním domů. Přítelkyni jsme edukovaly v ošetřování stomie opakovaným předvedením, zajištěním dostatečného množství literatury a možností kdykoliv při návštěvě vyzkoušet výměnu sáčku.

Díky **rehabilitaci** a vedení léčebného režimu byl pacient schopen chůze ve vysokém chodítku po chodbě oddělení. Ke každému jídlu si sám přisedl do křesla, před převazy jsme ho sprchovaly vstoje ve sprše, kam došel o vysokém chodítku. Sprchování vstoje bylo nutné proto, aby si pacient na WC křesle nesesedl na náročně ošetřovaný dekubit.

Dodržoval **pitný režim, stravovací návyky** se podařilo mírně upravit. Se **stomii** neměl problémy, stolice byla pravidelná, pacienta tedy neobtěžovalo ošetřování s tímto spojené. Stomii ošetřoval personál nebo přítelkyně. **Močová cévka** zůstala zavedena po celou dobu hospitalizace, byla zde stále obava z kontaminace dekubitu při **inkontinenci moči**, kterou pacient trpěl již několik let. Vyndání cévky měl pacient slíbeno až na dobu po propuštění, podle rozhodnutí lékařky a zvládnutí pobytu doma. Nebyla jistota, že pacient nebude přijat z domova do LDN, kam zůstal po domluvě objednan.

Před propuštěním

Začaly jsme plánovat propuštění pacienta. Kontaktovaly jsme sociální pracovníci k zajištění **domácí péče**, se kterou pacient souhlasil. Pečovatelskou službu nadále odmítal, předaly jsme jen kontakt, pacient si ji zajistí sám, pokud nebude doma vše zvládat s přítelkyní. Home care zajistí 3 návštěvy denně, a to komplexní péči, péči o stomii, péči o cévku, převazy dekubitu, rehabilitaci.

Při propuštění **110. den hospitalizace** jsme pacientovi zajistily pomůcky - sedačku na vanu, vysoké chodítko, nástavec na WC, stomické pomůcky na 3 měsíce a dostatek obvazového materiálu, již schváleného revizním lékařem. Pacient zůstal v péči geriatrického oddělení, má naplánovány kontroly na ambulanci po 14 dnech. *Při propouštění byl velice spokojen, chodil o vysokém chodítku, v základních parametrech byl soběstačný a těšil se na dohojení dekubitu.*

Škály změřené před propuštěním: MMSE 28 bodů (normální stav), vyšetření úrovně soběstačnosti - Barthelův test 70 bodů (lehce závislý), vyšetření rizika vzniku dekubitů Norton scale 25 bodů, Melzackova škála bolesti 1, IADL 45 bodů, PINI 5 bodů (nízké riziko).

Diskuse a závěr

Na uvedeném příkladu lze potvrdit, že pacient s rozsáhlým dekubitem vyžaduje velmi náročnou péči poskytovanou několika odborníky různých profesí.

Včasná aktivizace pacienta předešla vzniku komplikací vyskytujících se běžně v souvislosti s imobilitou (především atrofie, pneumonie, TEN, nechutenství). Podařilo se navázat velmi dobrou spolupráci s pacientem v oblasti sebezpečí, rehabilitace a zájmu o okolí. Je škoda, že sám sobě ublížil v době, kdy odmítal veškerou pomoc a kdy byl přesvědčen, že vše zvládá. Nespolupracoval ještě po překladu na oddělení geriatric. Pacient byl celkově negativní, byl vdovec, družka mu zemřela a se současnou přítelkyní právě navazoval užší kontakt, neměl jasnou představu o řešení budoucnosti, pouze trval na propuštění. Ošetřující personál ho podporoval v aktivitě, k samostatnosti - dohlížením nad prováděním běžných aktivit, udržováním bezpečného prostředí, dohledem na správné používání chodítka, doprovodem do sprchy. Z každého úspěšného kroku v ošetřovatelské péči projevoval pacient radost a po měsíci hospitalizace i vděk. Spolupráce byla navázána díky velkému úsilí personálu, opakovanému vysvětlování nebezpečí komplikací, vzniku dalších dekubitů, pneumonie při imobilitě. Porovnávaly jsme hospitalizaci v LDN a pobyt doma se zajištěnou domácí péčí (Home care) a dobrým spoluprací rodiny.

Jedním z nejvýznamnějších celkových faktorů při hojení ran včetně dekubitů je stav výživy a hydratace organismu. K zajištění optimální výživy postačuje v ideálním případě perorální příjem. V uvedeném případě se podařilo dodržovat diabetickou dietu doplněnou o bílkovinu Protifar a nutriční přísady

formou sippingu (Diasip). Velmi důležité zastoupení zde mají stopové prvky, které jsou pacientům většinou dodávány formou doplňků stravy, jako je například Geriavit, Activit. Bylo tak i v tomto případě, pacient na naše doporučení užíval jednu tabletu Geriavitu denně.

Rodina v podstatě nejevila zájem, syn docházel sporadicky, ale pozitivně se zde projevil zájem přítelkyně, která byla pacientovi opravdu oporou i v následné ambulantní péči, na niž ho vždy doprovázela.

Problém zvaný "nezájem ze strany rodiny" je u geriatrických pacientů častý. V poslední době se množí nezájem o "staré" rodiče, do domácí péče je propuštěno menší procento pacientů. Péče o pacienty trpící například omezením pohybu, dekubitem, je velmi náročný úkol nejen pro personál, ale i pro rodinu, pro kterou to znamená podřídit vše návštěvám v nemocnici. Ošetřující personál musí mít na paměti, že i u členů rodiny se může vyskytnout syndrom vyhoření, ovlivněný například trvale odmítavým postojem nemocného, takže postupně přestanou do nemocnice docházet. Sestry musí zůstat s rodinou v nepřetržitém kontaktu, maximálně se jí snažit podporovat v aktivním ošetřování, zjišťovat problémy s komunikací, zvládnutím úkonů apod. Někdy bez zjištění příčiny můžeme toto jednání rodiny neprávem označit jako odmítavou spolupráci rodiny.

Závěrem zbývá jen doufat, že v budoucnu bude počet pacientů postižených dekubity díky kontinuálně prováděným opatřením, dalšímu vzdělávání, novým vědeckým poznatkům i efektivní spolupráci lékařského a ošetřovatelského personálu vykazovat klesající tendenci. K tomu však může dojít pouze tehdy, jestliže se bude kvalifikovaný personál o pacienty závislé na cizí péči starat v dostatečné míře po celý den a jestliže vlastní ekonomické zájmy zdravotních pojišťoven, lékařů a rodinných příslušníků nepovedou dále k nedostatku personálních složek a speciálních obvezů pro moderní léčbu ran.

Riziko vzniku dekubitu lze cílenými ošetřovatelskými intervencemi minimalizovat, zcela předejít mu však nelze. Nemělo by být možné, aby pacient ohrožený dekubity dostal vzduchovou matraci s nastavitelným tlakem teprve tehdy, když se u něj rozvine dekubit III. stupně. Enormním nákladům za léčbu dekubitů je třeba se vyhýbat pomocí rozsáhlejší aplikace profylaktických opatření.

Na problematiku léčení chronických defektů nelze pohlížet pouze ze stránky ekonomické. Je nutné zabývat se též otázkou času, náročnosti a zkušenostmi zdravotníků. Správně zvolený terapeutický postup s moderními krycími materiály výrazně zkracuje dobu hojení, snižuje frekvenci převazů a obvazy jsou snadno vyměnitelné. To vše přispívá ke zlepšení kvality života a komfortu pacienta.

Literatura:

- Dylevský, I. - Trojan, S. Somatologie. Praha: Avicenum, 1983.
- Resl, V. Hojení chronických ran. Praha: Grada. 1998. ISBN 80-210-0620-X
- Staňková, M. Základy teorie ošetřovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Karolinum, 1997.
- Ambler, Z. Neurologie pro studenty lékařské fakulty. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4
- Fremrová, V. Základní obvazový materiál. Sestra - mimořádná příloha, 4/2003.
- Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X



I. Foto - rána v den překlady na oddělení Geriatrie.



II. Foto - 35. den léčení rány.



III. Foto - 52. den granulující a epitelizující rána.



IV. Foto - 80. den léčení rány.



V. Foto - 110. den, pacient propuštěn.

Fota autorka

(fremrova@fnplzen.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=94>

Novorozenec s nízkou porodní hmotností a hlavní zásady ošetřování

Bc. Dana Špidlenová, Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Obor neonatologie zabývající zdravými, patologickými a předčasně narozenými novorozenci, v posledních dvou desetkách let zaznamenal velký rozvoj. Článek se zabývá skupinou patologických novorozenců, informuje čtenáře o zcela odlišném přístupu personálu k ošetřování těchto dětí, o klasifikačních systémech novorozenců narozených předčasně. Autorka se věnuje hlavním zásadám ošetrovatelské péče a ukazuje na specifika ošetrovatelské péče na tomto oddělení.

Klíčová slova

patologický novorozenec - klasifikace novorozence - Nezralý novorozenec - novorozenec s nízkou porodní hmotností - ošetřování nezralého novorozence

Obor neonatologie, který se zabývá zdravými, patologickými a předčasně narozenými novorozenci, v posledních dvou desetkách let zaznamenal velký rozvoj. Rozvoj přístrojové techniky, nové poznatky v lékařské i ošetrovatelské oblasti, zcela odlišný přístup k předčasně narozeným novorozencům, ale i obnovená propagace kojení, to všechno přispělo k obrovskému posunu v tomto oboru.

Pomineme-li odbornou stránku, velký pokrok je patrný především v přístupu k předčasně narozeným novorozencům. Naštěstí jsou pryč doby, kdy rodiče svého potomka zahlédli pouze přes skleněnou stěnu, na dotyk, pohlázení, pochování a osobní kontakt museli čekat často i několik týdnů či měsíců. Na předčasně narozeného novorozence se začalo pohlížet jako na jedince, který má také své potřeby a potřebuje kontakt se svými blízkými. V devadesátých letech minulého století se začal prosazovat systém něžné péče, který poprvé popsala a do praxe zavedla dr. Markovičová ve Vídni.

Pro práci sestry na neonatologii jsou nutnými předpoklady pro kvalitní ošetrovatelskou péči i teoretické znalosti; v tomto článku se zaměříme na zcela základní znalosti, které sestra musí mít. V dalším čísle časopisu se zaměříme již na konkrétní zdravotní problém - nekrotizující enterokolitis a ukážeme jak náročná péče o tyto děti je.

Vymezení období novorozence

Prvních 28 dní života označujeme jako období novorozenecké, z toho prvních 7 dní jako užší novorozenecké období (1).

Klasifikace novorozence:

1. Podle délky gestace dělíme novorozence na:
 - o předčasně narozené (gestační věk pod 38 týdnů)
 - o narozené v termínu (gestační věk mezi 38.-42.týdnem)
 - o přenášené (gestační věk nad 42 týdnů) (2)
2. Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozeznáváme novorozence:
 - o eutrofické (porodní hmotnost mezi 5.-95. percentilem odpovídajícího gestačního věku)
 - o hypertrofické (porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku)
 - o hypotrofické (porodní hmotnost pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního věku. (2)

Specifickou skupinu tvoří novorozenci **s nízkou** porodní hmotností. Toto označení se souhrnně užívá pro děti s porodní hmotností pod 2500 g. Novorozenec **s velmi nízkou** porodní hmotností je novorozenec s porodní hmotností pod 1500 g. Novorozenec **s extrémně nízkou** porodní hmotností je novorozenec s porodní hmotností pod 1000 g. (2). Pro statistické účely jsou novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností rozděleni ještě do váhových skupin do 499 g, 500-749 g, 750-999 g.

Faktory, které způsobují předčasný porod nebo intrauterinní retardaci růstu plodu, jsou rozmanité.

Rizikové faktory ze strany matky:

- nízký nebo naopak vyšší věk
- svobodné matky
- poruchy životosprávy (stresové situace, kouření, abusus alkoholu a drog, podvýživa)
- vrozené vady dělohy
- léčená sterilita
- multiparita, opakované aborty
- předchozí předčasné porody
- chronická onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, kardiorespirační onemocnění atd)
- komplikace těhotenství (preeklampsie, HELLP syndrom atd.) (3)

Poruchy placenty, plodových obalů a plodové vody:

- akutní nebo chronická placentární insuficience (krvácení, malá placenta, vcestná placenta, předčasné degenerativní změny, abrupce)
- polyhydramnion, předčasný odtok plodové vody
- chorioamniitida, syndrom infikovaného amnia (3)

Fetální příčiny růstové retardace a předčasného porodu:

- konstituční
- genetické abnormality
- kongenitální infekce - syfilis, toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes, parvovirus B19
- vícečetné plody (3)

Infekce, která pronikne do dutiny děložní, vyvolává zánět placenty a plodových obalů a může napadnout plod, je v současnosti nejvýznamnější příčina předčasných porodů a závažných komplikací u novorozence. Jde o syndrom infikovaného amnia. (2)

Další kategorií jsou nedonošení novorozenci. Tímto termínem se označuje novorozenec, který je porozen před dokončeným 37. týdnem gravidity. Hranice viability je v České republice určena ukončením 24. týdne gestace. Nedonošený novorozenec je současně **nezralý**, a proto pojem nedonošenost a nezralost vyjadřuje prakticky totéž a lze je zaměňovat (4). Mezi projevy nezralosti patří:

1. **Nevyzrálost plic** může vést k rozvoji syndromu dechové tísně a mít chronické následky - rozvoj chronické plicní nemoci.
2. **Oběhová nestabilita** se může projevit hypotenzí a hypoperfuzí orgánů. K ní může přispívat také přetrvávající Botalova dužej.
3. **Akutní poškození mozku** (komorové krvácení) mohou vznikat časně po narození a mohou mít dlouhodobé následky
4. **Nezralost gastrointestinálního traktu** se projevuje zpomalením pasáže, nižší trávicí kapacitou, takže zavádění enterální výživy je pomalé, je nebezpečí rozvoje nekrotizující enterocolitis.
5. **Tubulární a glomerulární nezralost** ledvin vede k vyšším ztrátám vody a solí, ale též se projeví neschopností vyloučit nadměrnou vodní a solnou zátěž.
6. **Nestabilní termoregulace.** Nezralý novorozenec má relativně velký tělesný povrch a minimální vrstvu podkožního tuku a tak rychle ztrácí teplo nebo naopak se může i rychle přehřát. Velká kožní propustnost a relativně velký povrch vedou k významným ztrátám tekutin perspirací v prvních dnech života.
7. **Nezralost imunitního systému.** nezralý novorozenec je více ohrožen infekční komplikací, může se jednat o infekci perinatální (přenesenou od matky) či nozokomiální.
8. Další **metabolické problémy**, jejichž rozvoj je nutno monitorovat a adekvátně léčit jsou hypoglykemie, hypokalcemie, hypomagnezemie, hyperbilirubinemie.
9. Nezralost sítnice a retinopatie. je způsobena nezralostí sítnice a případně toxicitou kyslíku při oxygenoterapii (4).

Hlavní principy ošetřování nezralého novorozence

Porod nezralého novorozence má být veden na pracovišti, kde je k dispozici jednotka intenzivní neonatální péče, porod dětí s porodní hmotností pod 1500 g by měl být veden výhradně v perinatologickém centru. Úkolem všech pracovišť je dodržovat systém diferencované péče a provádět důsledně transport "in utero" v indikovaných případech. Na počátku předčasného porodu se provádí tokolyza, aby se získal čas na provedení maturace plic plodu podáním kortikoidů matce. Antibiotická terapie matky je indikována v případě zjištěné infekce, která ohrožuje plod intrauterinně a za porodu. Bezpodmínečně nutné je šetrné vedení porodu, při spontánním porodu se doporučuje tlumit medikamentózně intenzitu kontrakcí, upřednostňuje se porod císařským řezem. Po porodu jsou novorozenci vyšetřováni a hodnoceni podle skóre [Apgarové](#) v 1., 5. a 10. minutě. Toto skóre poskytuje možnost reálného vyjádření kondice novorozence. Péče po porodu zahrnuje:

- péči o udržení tělesné teploty - prevence tepelných ztrát, zajištění termoneutrálního prostředí v inkubátoru nebo vyhřívaném lůžku,
- monitorování poporodní adaptace a dalšího vývoje sledováním vitálních funkcí s cílem včas odhalit první projevy onemocnění a reagovat na ně,
- šetrné ošetřování, zacházení, polohování (soft care),
- přísně dávkovanou oxygenoterapii a adekvátní ventilační podporu v případě rozvíjejícího se nebo rozvinutého syndromu dechové tísně, aplikace exogenního surfaktantu,
- podporu krevního oběhu,
- parenterální výživu,
- postupné zavádění enterální výživy podle stavu dítěte a tolerance stravy.

Nezralý novorozenec musí být dlouhodobě sledován neonatologem i po propuštění z hospitalizace. Při zjištění vývojové poruchy je indikována vývojová intervence. Případné somatické poruchy jsou řešeny ve spolupráci s dalšími odborníky, nejčastěji fyzioterapeut, ortoped, oftalmolog, neurolog a psycholog.

Při poskytování péče na neonatologii nejde jen o profesionálně perfektní zvládnutí výkonů, ale i o umění. Podle reakcí a chování novorozence lze poznat jeho problémy a potřeby a reagovat na ně. Naše snaha o umožnění brzkého kontaktu rodičů s dítětem pomáhá obnovit a rozvíjet předčasným porodem narušený vztah. Mnohé matky trpí pocitem viny, že nedokázaly své dítě donosit. Zapojením matky do ošetřování novorozence tím, že bude dodávat čerstvé mateřské mléko, pomáháme nejen novorozenci, ale i matce. Pobyt matky na oddělení, který trvá několik týdnů i měsíců, je náročný pro ošetřující personál. Trvalo skutečně poměrně dlouhou dobu než se změnil přístup ošetřujícího personálu a matka byla přijímána jako partner v péči. Samozřejmě se vyskytují problémy, zvláště v komunikaci a to v případech, kdy dojde ke komplikacím stavu, hospitalizace se prodlužuje a objeví-li se navíc rodinné problémy. V takových případech se nám osvědčila úzká spolupráce s psychologem, který poskytuje odbornou pomoc u matek i ošetřujícího personálu.

Literatura:

1. Houšťek, J. Dětské lékařství. Praha: Avicenum, 1990
2. Dort, J. a spolupracovníci. Neonatologie: Vybrané kapitoly pro studenty LF, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004
3. Hrodek, O, Vavřinec, J. et al. Pediatrie. Praha: Galén, 2002
4. Kolektiv autorů. Neonatologický edukační program, 1. vydání. Sv. 1 - 10. Třinec: Česká neonatologická společnost, Česká pediatriká společnost, Slovenská pediatriká společnost, 1996

(spidlenova@fnplzen.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=95>

Přednemocniční neodkladná péče u pacientů poraněných pokousáním

Veronika Domianová, Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, Liberec

Souhrn

S tématem pokousání se v současné době setkáváme stále častěji v souvislosti s nárůstem počtu domácích mazlíčků, chovných psů a zejména plemen, která mají vyšlechtěnou dispozici k útoku spojenému s pokousáním napadeného. Protože u psa dojde ke křeči lícních svalů, nepustí zakousnutou oblast těla a dále jí způsobuje nedokrevní a hmoždí ji. K pokousání zvířaty dnes musíme přičlenit i narůstající počet pokousání člověkem, které hrozí zejména od osob asociálních, pod vlivem alkoholu a drog, při znásilnění a napadení.

V povědomí dále přetrvává, že kromě laiky většinou podceňované infekce (tetanus, anaerobní infekce) je největším rizikem vztekliny. Méně se však v neodkladné péči zvažují rizika vzniku kosmeticko-plastických perspektiv, prognosticky varovných zejména v oblasti obličeje a rukou dětí a mladých žen. Může u nich dojít k celoživotnímu ztížení pracovního a společenského uplatnění.

Klíčová slova

ztrátová poranění - trvalé následky - psychické trauma - infekce - vztekliny

Klinický obraz

Vzhled poranění odpovídá tvaru zubů a jejich uspořádání v čelisti: ostré, špičaté zuby jsou příčinou především bodných a tržných ran. Po tupých, stejně vysokých, ke žvýkání uspořádaných zubech zůstávají rány zhmožděné, popřípadě tržně zhmožděné. Vlivem elasticity kůže se však může celkový vzhled rány částečně změnit a nemusí přesně odpovídat tvaru chrupu, který ránu vyvolal.

Lidský chrup způsobí při slabém stisku zcela povrchové pohmoždění kůže v podobě dvou poloobloukovitých otisků složených z úzkých obdélníků. Byl-li chrup řidší, jsou mezi obdélníkovými otisky patrné proužky nestlačené kůže. V místě otisku je kůže zpočátku bledá, záhy zčervená, ale poměrně brzy opět bledne a otisk se vytrácí. Byl-li stisk chrupu silnější, vznikají v místě tlaku pohmožděliny hlubších tkání s tvorbou krevních výronů a na kůži případně oděrky. Při silném stisku čelistí může být prokousnuta kůže a vzniknout tržně zhmožděná rána, popřípadě může být ukousnuta část tkáně (část nosu, ušního boltce, jazyka, prsní bradavka, článek prstu apod.).

Poranění lidským chrupem postihuje hlavně vyčnívající a oděvem nezakryté části těla. Nejčastěji je pozorujeme při sebeobraně u napadení, při sexuálních činech, kdy nalézáme často více kousnutých ran: na prsou, na bříše, na vnitřní straně stehen, a při týrání dětí - u dětí musíme vždy uvážit, zda rána nebyla způsobena chrupem jiného dítěte. K ukousnutí části tkáně dochází při rvačkách, zvláště u opilých, při sexuálních excesech, vzácně ze žárlivosti či při sebepoškození.

Psí pokousání způsobuje poranění především špičáky a trháky. Podle intenzity stisku čelistí se zranění projevuje jako otisky, oděrky, pohmoždění s krevními výronky nebo jako bodné rány, které jdou kónicky do hloubky. Při slabém stisku čelistí za současného pohybu hlavy zvířete anebo pohybu oběti, která se snaží vyprostit, vznikají pruhovité oděrky nebo rány připomínající svým vzhledem rány řezné. Prokousne-li pes kůži a nepustí ihned svou oběť uvolněním čelistí, dochází nastalým lomcováním k tržně-zhmožděným, někdy velmi hlubokým ranám až k vytržení tkáně. Rány způsobené chrupem psa bývají velmi rozmanité a mnohdy vícečetné.

Poranění způsobená psím kousnutím mají nejčastěji tržně-zhmožděný až významně zhmožděný (crush - zhmožděné poranění) charakter, bývají poměrně otevřené, s nekrózou a rozsáhlejší postupující odumření tkáně. Disponují k sekundární infekci tkáně. Prognosticky jsou velmi varovné rány především v málo prokrvených oblastech, tj. v oblastech s konečnými tepénkami: prsty rukou, nos, ušní boltce. Při silném stisknutí čelistí nelze vyloučit ani amputaci, která postihne snáze menší děti - stisk zubů většího psa vyvine totiž sílu až 40 kg/cm². Pokousání větším či velkým a navíc neznámým psem má jako nenadálý útok nepřátelského zvířete silně psychicky traumatizující účinek zejména na děti, ženy a starší osoby.

U dětí je vyšetření a ošetření naprosto nutné, jestliže jde o pokousání ruky, obličeje či krku, i když je poranění malého rozsahu. Poranění obličejové oblasti mají některé zvláštnosti oproti zraněním v jiných anatomických lokalitách. První a snad nejdůležitější zvláštností je velmi nízké rozhraní mezi bezprostředním ohrožením života a relativním bezpečím poraněného, jestliže se mu dostane neodkladného a odborně správného ošetření. Druhou specifikou je velmi dobrá hojivost tkání obličeje, daná bohatým cévním zásobením, a třetí specifikou je citlivost či bolestivost, která vystupuje do popředí zvláště při poranění smyslových orgánů, jejichž poškození spolu s průvodními estetickými defekty přináší také významné následky psychické. Podle druhu, stupně a rozsahu poranění v oblasti obličeje je zraněný bezprostředně ohrožen dušením, krvácením, poruchou vědomí až traumatickým šokem.

Každé poranění obličeje a ústní dutiny je provázeno tvorbou hematomů, vydatným až hrozivým krvácením (při poranění jazyka, krčních cév). Krvácení kapilárního, arteriálního nebo smíšeného typu je běžnou komplikací obličejových poranění a je závažné nejen pro hrozící oběhovou nedostatečnost - krev a krevní koagula může totiž poraněný aspirovat a vyvolat tím ventilační a respirační insuficienci. Polykání zatékající krve způsobuje pozdější zvracení, které opět hrozí aspirací nebo dalším zhoršením celkového stavu poraněného.

První pomoc

Spočívá v zajištění základních životních funkcí a stavění krvácení, v tišení bolesti a ve zklidnění psychiky pacienta.

U **poranění** obličeje přikládáme sterilní obvaz, někdy kompresivní, který stlačuje krvácející plochu, přičemž nesmí utlačovat dýchací cesty; zásadou je utahovat obvaz vertikálními otáčkami obinadla. Při pulzujícím krvácení se přitlačuje obvaz do rány digitálně, nebo se provede tamponáda ranného kanálu sterilním obinadlem, popř. mulovými čtverci a stlačením příslušného tlakového bodu.

Při poraněních obličeje je traumatický šok vzácností. Je však třeba na jeho možný rozvoj myslet a provádět preventivní opatření spočívající ve stavění krvácení, zajištění klidu poraněného, jeho ochraně před prochlazením, medikamentózním tišení bolesti a podávání tekutiny žilní cestou. Při evidentním rozvoji traumatického šoku pátráme po dalším skrytém poranění (břicho, hrudník, končetiny).

Při **amputaci** ošetříme pahýl i amputovanou část těla obvyklým způsobem. Pahýl se kryje a obváže po předchozím ošetření. Amputovaná část těla se očistí sterilním fyziologickým roztokem, zabalí se do čtverce navlhčeného sterilním fyziologickým roztokem a vloží se do mikrotenového sáčku, u nějž se pevně zaváže hrdlo tak, aby uvnitř zůstala vzduchová bublina. Ta zajišťuje, že se amputovaná část těla nestlačí a nezchmoždí. Do dalšího sáčku se vloží několik ledových kuliček a poté se do něj opatrně vsune sáček s amputovanou částí těla. Kuličky nesmějí naléhat přímo na čtverec, v němž je amputovaná část těla uložena. I druhý sáček se zaváže a v sanitním voze se volně zavěsí. Zhmoždění pahýlu i amputované části těla při stisku čelistí nemusí poskytovat vhodný terén pro replantaci, takže pacientovi nedáváme přehnanou naději na úspěch, přesto může odborník replantační mikrochirurgie využít amputované části těla posoudit.

Rány po kousnutí nebo pokousání - i nevině vyhlížející - vždy považujeme za **infikované**, a tomu odpovídá i první ošetření. Vždy je třeba ránu řádně očistit dezinfekčním prostředkem, a teprve poté sterilně krýt. Rány s traumaticky poškozenou tkání v málo prokrvených a v kosmeticky exponovaných oblastech a rány rukou vždy transportujeme k odbornému chirurgickému ošetření. Také je indikováno očkování proti tetanu, pokud není pokousaný v ochranném období po opakovaném přeočkování. Jde-li o pokousání zvířetem, u nějž nelze vyloučit onemocnění vzteklinou, odešle se pacient na infekční oddělení k pozorování (očkování) a případ se hlásí hygienické službě.

Nejpříznivější **prognózu** má pacient, který je ošetřen do 6 hodin po pokousání. To se vztahuje na pravděpodobnost infekce a na výsledný vzhled jizev. Pokud se pokousaný dostaví k lékaři 3. - 5. den, tj. až v době, kdy má stupňující se obtíže a pokročilý zánětlivý nález s rozšiřováním do okolí a s reakcí v regionálních mízních uzlinách nebo s rychlým šířením zánětu a flegmóny podél šlach, je stav vážný. Není vyloučen ani náhlý vznik toxického šoku. Neočkované osoby mohou onemocnět tetanem. Také je značné riziko infekce vzteklinou.

Pokousání zvířetem i člověkem bývá důvodem pro vyplacení úrazové pojistky, pro šetření policií, pro další právní hodnocení a jednání. Pečlivě popis zaznamenáme do dokumentace.

Transport pacienta do nemocnice musí být šetrný, během převozu je nutno sledovat základní životní funkce a pokračovat v preventivních opatřeních proti vzniku traumatického šoku. U těžkých poranění je ideálním transportním prostředkem vrtulník.

Kazuistika

Na podzim loňského roku bylo na dispečink Zdravotnické záchranné služby nahlášeno napadení člověka. Šlo údajně o napadení fyzickou silou a nožem. Na místě je již přítomna policie ČR.

Po příjezdu vozu RLP nalézá posádka zraněného muže středního věku, ležícího na břiše na schodech rodinného domu. Opilý útočník je zadržen policií. Zjištěna anamnéza vzniku úrazu: pacient bodnut elektrikářem do zad nožem a kousnut do nosu.

Raněný muž má bodnou ránu podél páteře vlevo velikosti cca 5 x 1 cm nad levým polem ledviny v oblasti hrudních obratlů 10 - 12. Dále má silně krvácející trzně zhmožděnou ránu na nose po kousnutí agresorem. Hrudník je bez příznaků nemoci, dýchání čisté a souměrné, břicho tužší a palpačně citlivé.

Fyziologické funkce - tachykardie nad 120 pulsů/min, krevní tlak zpočátku v normě 130/80, během transportu hypotenze 100/40, SpO₂ = 98%, při vědomí, orientován, psychicky dekompenzován.

U pacienta zajištěny dva intravenózní vstupy, podáno 500 ml fyziologického roztoku intravenózně, HAES-Steril roztok 20% 500 ml taktéž nitrožilně jako prevence šoku ze sníženého objemu cirkulující krve. Raněný muž uložen do protišokové autotransfúzní /tak se ta poloha nazývá/ polohy s podloženými dolními končetinami. Ukousnutá špička nosu dezinfikována, rána kryta sterilním mulem a obinadlem.

Během převozu na chirurgickou ambulanci kontinuálně monitorovány základní životní funkce a sledován celkový stav pacienta.

Zajištěný nůž o velikosti čepele 8 - 10 cm předán policii na místě zásahu.

Literatura

1. Ševčík P., Černý V., Vítovec J. et al. Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2000, 2003: 422.
2. Pokorný J. et al. Urgentní medicína. Praha: Galén, 2004: 547.
3. Drábková J., Malá H.. Vádemékum novinek neodkladné péče. Praha: Grada Publishing, 1999: 224.
4. Hájek S., Štefan J. Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi. Praha: Grada Publishing, 1996: 232.
5. Adams B., Harold C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada Avicenum, 1999: 488.
6. Douglas Collins R. Diferenciální diagnostika prvního kontaktu. Praha: Grada Avicenum, 1993: 528.

(veronikadomianova@seznam.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=96>

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou HIV/AIDS

Jiří Frej, RS, Vysoká škola v Plzni, o. p. s.

Souhrn

Článek stručně shrnuje problematiku HIV/AIDS. Jsou zde vysvětleny základní definice HIV/AIDS, historie a postupně se vyvíjející poznatky o této problematice. Formou kazuistiky konkrétního pacienta s diagnózou HIV/AIDS je zde popsán komplexní přístup a ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou HIV/AIDS.

Klíčová slova

AIDS - Antiretrovirová léčba - AZT * Deficit imunity - HIV - Prevence HIV/AIDS - Způsoby přenosu HIV/AIDS

Úvod

Infekční choroby provázejí lidstvo od nepaměti. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ovlivnil nejen životy mnoha lidí i celých národů.

Už Gottlieb zdokumentoval a popsal v roce 1981 první případy pneumocystové pneumonie u mladých mužů-homosexuálů. U těchto mužů byl zároveň zjištěn pokles T4 lymfocytů. Ve stejném roce byl v New Yorku u dvou mladých homosexuálně orientovaných mužů diagnostikován Kaposiho sarkom. To vedlo k tomu, že byla v roce 1982 v Centru pro kontrolu nemocí a prevenci (CDC) vytvořena první definice AIDS.

V letech 1983 - 1984 objevily tři nezávisle na sobě pracující skupiny pod vedením Montagniera, Galla a Levyho původce onemocnění AIDS, virus lidské imunodeficiency který byl v roce 1986 pojmenován HIV (Human Immunodeficiency Virus). Původ tohoto infekčního onemocnění však doposud není zcela přesně znám. V současné době se jako nejpravděpodobnější teorie jeví ta, že virus HIV se do lidské krve dostal z krve opic, pravděpodobně při častých krvavých afrických rituálech. Z afrického kontinentu se pak infekce šířila dále do světa.

Postupným zkoumáním všech dostupných údajů bylo zjištěno, že HIV se mezi lidskou populací šíří třemi základními způsoby: 1. Přenos při pohlavním styku. 2. Přenos krevní cestou - tyto dva způsoby přenosu jsou rovněž nejčastější. Proto se nechráněný pohlavní styk zejména do pochvy a konečníku považuje z hlediska možnosti nákazy virem HIV za vysoce rizikový akt. K nákaze krevní cestou může dojít například podáním infikované krve nebo krevních přípravků, při injekčním užívání drog apod. 3. Vertikální přenos viru HIV - infikovaná matka může nakazit dítě, a to například intrauterinně, velmi často perinatálně a v některých případech i během kojení.

Zjištění možných způsobů přenosu HIV u člověka bylo revolučním objevem. Jen díky tomu bylo možné začít uvažovat o léčbě a zejména prevenci tohoto onemocnění. V roce 1987 byl k dispozici první antiretrovirový lék azidothymidin (AZT) - nukleosidový inhibitor reverzní transkriptázy. V dalších letech pak byly vyvíjeny inhibitory virové proteázy, které se uplatňovaly zejména při kombinční léčbě, která se také neustále vyvíjela a zdokonalovala. Jako jedna z nejlépe účinných terapií se postupem doby začala jevit kombinovaná léčba se dvěma nukleosidovými inhibitory reverzní transkriptázy a jedním inhibitorem virové proteázy - Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). Tato léčba vedla u HIV+ jedinců ke snížení plazmatické hladiny virové RNA až pod zjizitelné množství. Postupem času se bohužel přišlo na mnohá úskalí této léčby, která se projevovala zejména její finanční náročností, množstvím vedlejších účinků a velmi záhy vznikající rezistencí.

V současné době se vědci zaměřují kromě vývoje účinné léčebné látky zejména na vývoj vakcíny. Ta by měla plnit účel preventivní i léčebný. Důvod, proč se vakcína považuje za ideální, je ten, že by neničila přímo infekci, jako je tomu například u antibiotik, ale předem by posílila imunitní systém člověka před HIV. Vývoj této vakcíny je bohužel komplikován velkou mutagenitou viru. Proto je v současné době stále nejefektivnější a nejsnadněji proveditelná zejména prevence onemocnění, na kterou se také stále zaměřuje mnoho organizací a národů.

Do konce roku 2004 bylo na světě cca 39,4 miliónů (35,9 - 44,3 mil.) osob žijících s HIV/AIDS. V České republice bylo k 31. 12. 2004 registrováno celkem 737 HIV+ osob české národnosti a cizinců dlouhodobě v ČR žijících - tyto údaje jsou sice oficiální, podle odhadů ale může být ve skutečnosti počet HIV+ osob až desetkrát vyšší.

Péče o HIV pozitivní osoby se všeobecně považuje za rizikovou činnost, při dodržování všech zásad bezpečnosti práce a zásad prevence však riziko klesá na minimum. Zejména je třeba si uvědomit, že HIV+ pacient je pacient jako kterýkoli jiný, a proto se ani péče o něj v zásadě příliš neliší od péče o ostatní nemocné.

Kazuistika

33letý muž s diagnózou AIDS, je léčen již několik let. Kvůli jeho nezodpovědnosti, užívání návykových látek v průběhu léčby a nedodržování jejich hlavních zásad se jeho zdravotní stav často komplikuje. Od začátku léčby byl pacient několikrát hospitalizován pro zhoršení celkového zdravotního stavu. Průběžně je ovšem sledován a léčen pouze ambulantně. K jeho dalším zdravotním komplikacím patří prodělaná hepatitida A a C, která přešla do chronického stavu. Během léčby se vyskytly i další komplikace, například wasting syndrom, některé nežádoucí účinky léčiv, dermatitida, bronchopneumonie apod.

U 33letého pacienta, který byl v roce 2003 hospitalizován pro progredující pneumonii, byla během této hospitalizace diagnostikována přítomnost HIV. Kromě toho u něj byly zjištěny markery prodělané virové hepatitidy C a A. U pacienta bylo zjištěno rovněž intravenózní užívání drog (opium), které si aplikoval vypůjčenými injekčními stříkačkami již od roku 1995. Během tohoto prvotního záchyty a sledování byla navíc diagnostikována seboroická dermatitida, astenie a pokles CD4 T + lymfocytů na 20/mm³. Ihned byla zahájena léčba HAART.

Pacient se přistěhoval do ČR v roce 2001 a je nezaměstnaný. Je ženatý, ale s manželkou nežije. Užívá vitaminy, alkohol (až 1 litr vodky denně), občas si dá kávu. V 15 letech začal užívat intravenózně opium. Pravidelně drogy užívá od roku 1995 a vykouří cca 20 cigaret denně. Z pohlavně přenosných chorob prodělal v roce 1993 gonoreu a muňky. Pacient je heterosexuální a od roku 1993 mívá většinou náhodný pohlavní styk. Všechny své sexuální partnery si nepamatuje, ale údajně jim vždy oznámil, že je HIV pozitivní.

Po diagnostice HIV positivity byl pacient hospitalizován na infekční klinice, kde byla také nasazena léčba HAART. Byla rovněž diagnostikována bronchopneumonie s podezřením na TBC. Po pěti dnech léčby na oddělení u pacienta ustoupily teploty a celkový klinický stav se zlepšil. Po deseti dnech hospitalizace byl proto propuštěn do domácího ošetřování, k další ambulantní léčbě se ale již nedostavil. Přišel až po 12měsíčním vysazení antiretrovirové léčby (ARV) a po celou tuto dobu měl abúzus heroinu. Při další kontrole byla diagnostikována zhoršená kvalita vizu a některé další zdravotní problémy. Během této návštěvy byla pacientovi změněna léčba. Byly nasazeny léky Viracept, Videx a Viread. I přes tuto léčbu však byla **v polovině roku 2004 nutná hospitalizace** na lůžkovém oddělení.

Příjmové lékařské diagnózy při začátku hospitalizace: 1. Onemocnění HIV, projevující se syndromem chátrání (wasting syndrom). 2. Následky nežádoucích účinků léčiv, návykových a biologických látek. 3. Psoriáza. 4. Seboroická dermatitida, NS.

Ošetrovatelské problémy (diagnózy): 1. Strach a úzkost. 2. Hypertermie. 3. Porucha kožní integrity. 4. Abstinenční syndrom (třes). 5. Zhoršení psychického stavu (nervozita). 6. Úbytek tělesné hmotnosti.

Při přijetí na oddělení byla nasazena nová léčebná kombinace léků (Viracept 250 mg 4-0-4, Combivir 1-0-1, Tiapridal dle potřeby, Subutex 0,4 mg 1-0-1, Tramal dle potřeby, NO-SPA dle potřeby).

Nynější onemocnění: poslední půlrok údajně každý den užíval heroin (šňupal 3krát 1 "psaníčko"). Před 14 dny začal abstinovat za asistence lékařů v protidrogovém centru. Asi 10 dní užívá Subutex 2-0-2 subl. tbl. Během poslední 6 měsíců ubyl asi 8 kg na hmotnosti. Zhoršila se mu psoriáza a seboroická dermatitida. Proto se dostavil k léčbě.

Při fyzikálním vyšetření bylo zjištěno: pacient afebrilní, astenický, klidově eupnoický, nejeví příznaky ovlivnění drogou. Hrdlo je překrvené, tonzily nezvětšené, jazyk jen lehce povleklý, bez známek

patologických příznaků. Submandibulární uzliny drobné. Dýchání sklípkové, jen zhrubělé, akce srdeční pravidelná (90/min), ohraničená. Tapotement negativní bilaterálně, břicho v úrovni, peristaltika pozitivní, poklep diferenciálně bubínkový. Břicho palpačně měkké, dobře prohmatné, nebolestivé, bez rezistence. Svalová atrofie na dolních končetinách, pod kolena ložiska psoriázy, na obličeji seboroická dermatitida.

Pro **další ošetřování** byl zvolen *ošetřovatelský model Roperové*. Dle jeho hlavních bodů bylo zjištěno následující.

Udržování bezpečného prostředí - subjektivně: pacient nepociťuje žádné problémy. Kouří, v současné době je v odvykací péči lékařů kvůli užívání návykových látek, jiné problémy nemá. Objektivně: občasné zhoršení psychického stavu, mírný abstinenční syndrom projevující se například třesem, kouří, pije alkohol.

Komunikace - subjektivně: bez potíží. Objektivně: pacient komunikuje bez větších problémů. Je ale spíše introvert.

Dýchání - subjektivně: bez problémů. Objektivně: bez dušnosti, dýchání čisté, pouze zhrubělé, bez příznaků cyanózy či jiných patologických jevů.

Příjem jídla a tekutin - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient přijímá stravu i tekutiny bez problémů, za poslední půlroky však ubyl na hmotnosti o 8 kg, byl u něj diagnostikován wasting syndrom.

Vylučování - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient je plně kontinentní, netrpí žádnými komplikacemi souvisejícími s vylučováním.

Osobní hygiena a oblékání - subjektivně: nemá moc peněz na nové oblečení, je nezaměstnaný. Objektivně: pacient upraven dle možností, mírný deficit v sebekéči.

Kontrola tělesné teploty - subjektivně: bez problémů. Objektivně: hypertermie, mírné pocení, pacient je dostatečně hydratován.

Zaměstnání a hraní - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient tráví volný čas sledováním televize, o jiné aktivity nemá zájem.

Mobilizace - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient je plně mobilní a soběstačný.

Spánek - subjektivně: bez větších problémů. Objektivně: pacient chodí spát pozdě, dlouho se dívá na televizi, poruchami spánku netrpí.

Sexualita - subjektivně: bez větších problémů, pouze omezení týkající se používání ochrany vzhledem k riziku přenosu HIV. Se svým sexuálním životem však není zcela spokojen. Objektivně: pacient žije sexuálním životem, dle jeho slov partnerkám oznamuje, že je HIV pozitivní.

Umírání - subjektivně: nechce umřít. Objektivně: pacient je seznámen se svým zdravotním stavem.

Řešení jednotlivých ošetřovatelských diagnóz ukazuje následující tabulka.

Řešení jednotlivých ošetřovatelských diagnóz

1. Problém: strach a úzkost	Příčina: obava ze zhoršení zdravotního stavu, obava z budoucnosti
Projevy: zhoršení nálady, vyjádření pocitu strachu, uzavřenost	Cíl: u pacienta zmírnit pocit strachu
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. ověř, zda pacient pochopil vše související s péčí, 2. komunikuj s pacientem a podporuj jeho vyjádření emocí, 3. podej pacientovi dostatečné informace o aktuálním zdravotním stavu	

2. Problém: přetrvávající hypertermie	Příčina: oslabení imunitního systému, reakce na léčbu a aktuální zdravotní stav
Projevy: zvýšení tělesné teploty (cca 37 °C)	Cíl: tělesná teplota v normě (36,5 - 37 °C)
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. zajisti pacientovi dostatek tekutin, 2. měř a hodnot' častěji tělesnou teplotu, 3. udržuj pacienta v klidu, 4. podávej antipyretika a tekutiny dle ordinace lékaře	
3. Problém: porucha kožní integrity	Příčina: oslabení imunitního systému
Projevy: seboroická dermatitida	Cíl: odstranit, zmírnit nebo zamezit dalšímu šíření dermatitidy
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře, 2. hodnot' a sleduj stav pokožky, 3. kontroluj pravidelnou hygienu pacienta a upozorni jej na tuto nutnost	
4. Problém: abstinenční syndrom	Příčina: užívání návykových látek
Projevy: třes, nervozita, nutková potřeba kouření cigaret, zhoršení celkového psychického stavu	Cíl: udržet pacienta nezávislého na návykových látkách
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře - podávej pacientovi Subutex, 2. sleduj a hodnot' celkový stav pacienta, 3. edukuj ho v nutnosti dalšího setrvání bez návykových látek, 4. psychicky podporuj pacienta a komunikuj s ním, 5. zajisti nemožnost případného užití návykových látek, 6. kontroluj a ověřuj, zda pacient opravdu užil Subutex	
5. Problém: zhoršení psychického stavu	Možná příčina: celkové zhoršení zdravotního stavu, odvykáací léčba na užívání návykových látek
Projevy: nervozita, uzavřenost, menší problémy s komunikací	Cíl: zlepšení psychického stavu
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. komunikuj s pacientem a psychicky jej podporuj, 2. plň ordinace lékaře, 3. v případě nutnosti zajisti přítomnost odborníka (psychologa, psychiatra apod.)	
6. Problém: úbytek hmotnosti	Příčina: wasting syndrom, celkové zhoršení zdravotního stavu
Projevy: trvalý úbytek hmotnosti v posledním půlroce, zvýšená únava	Cíl: BMI 22 - 25, zabránit dalšímu úbytku hmotnosti
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře, 2. zajisti pacientovi správnou dietu, 3. je-li třeba, kontaktuj dietní sestru a vše s ní konzultuj, 4. sleduj a hodnot' pacientovu hmotnost (1krát denně), 5. zajisti vhodný poměr mezi pacientovým energetickým výdejem a příjmem (dostatek odpočinku, stravy apod.)	

Edukační plán

Účelem edukačního plánu bylo poskytnout pacientovi informace o jeho aktuálním zdravotním stavu, důležitosti vytrvání v nepřerušované léčbě a vyhýbání se návykovým látkám.

Cíl: pacient bude seznámen se svým zdravotním stavem, bude znát rizika přerušování léčby a rizika případného užívání návykových látek.

Edukační plán byl sestaven na 20 minut, ve kterých byl pacient seznámen se všemi informacemi. **Specifické cíle:** 1. znát aktuální zdravotní stav, 2. znát rizika vysazení nebo přerušování zavedené léčby, 3. znát rizika užívání návykových látek, 4. znát povinnosti a možnosti pacienta s HIV, 5. vyjádřit všechny pocity a obavy z nemoci. K hlavním rysům edukačního plánu patřilo vysvětlení jednotlivých cílů. Metodou prezentace bylo vysvětlení pomocí ústního rozhovoru a metodou evaluace bylo zvoleno opakování, otázky a odpovědi.

Zhodnocení, diskuse a závěr

Pacient byl do domácího ošetřování propuštěn po 7 dnech hospitalizace. **Lékařské propouštěcí diagnózy:** 1. onemocnění HIV, projevující se syndromem chátrání, 2. následky nežádoucích účinků léků, návykových a biologických látek, 3. chronická virová hepatitida C, 4. seboroická dermatitida, NS.

Většinu **ošetřovatelských problémů** se podařilo vyřešit.

Problém týkající se pacientova **strachu a úzkosti** se podařilo částečně vyřešit vysvětlením aktuálního zdravotního stavu a pacient se subjektivně obával méně. Objektivně byl výsledek patrný stejně.

Přetrvávající **hypertermie** ustoupila po 5 dnech a pacient se cítil subjektivně lépe. Objektivně byly hodnoty tělesné teploty také v normě.

Porucha kožní integrity se bohužel zcela vyřešit nepodařila a u pacienta stále přetrvávala seboroická dermatitida v oblasti obličeje.

Abstinční syndrom a zhoršení psychického stavu se podařilo částečně vyřešit pravidelným podáváním Subutexu, popř. dalších léků tlumících některé neurologické příznaky. Subjektivně se pacient cítil nervózní. Objektivně se však stav pozvolna zlepšil, jen ojediněle byl zaznamenán menší třes.

Úbytek hmotnosti se podařilo zastavit a celková hmotnost se ustálila na 63 kilogramech. Subjektivně se pacient cítil bez problémů a rovněž únavu již nepociťoval. Objektivně byl stav uspokojivý, ovšem stále přetrvává wasting syndrom.

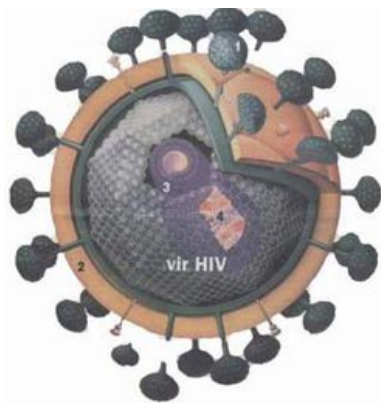
Během hospitalizace a sledování pacientova zdravotního stavu byly použity některé **škály pro hodnocení zdravotního stavu**. Například v Barthelově testu všedních činností dosáhl pacient 100 bodů, tedy úplné nezávislosti. Melzackův test byl ohodnocen číslem 1, s tím, že bolest je pouze občasná. Škála Nortonové je 31, což je uspokojivý výsledek. Za dobu hospitalizace se celkový stav pacienta stabilizoval, takže mohl být propuštěn do domácího ošetřování. Stále je však dispenzarizován kvůli diagnóze HIV/AIDS. Pacientův stav je bohužel celkově komplikován jeho nezodpovědným přístupem k léčbě (vysazení předepsaných léků, užívání návykových látek apod.).

Pacientova prognóza značně závisí zejména na jeho přístupu k léčbě a na jeho psychickém stavu. Ošetřující personál vynakládá na zlepšení jeho zdravotního stavu veškeré možné prostředky a úsilí.

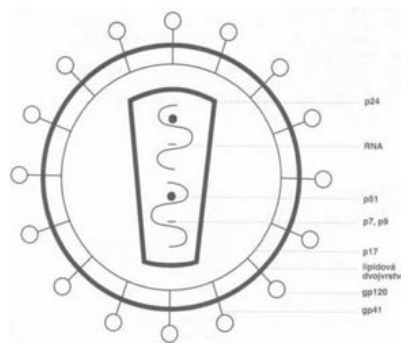
Literatura:

1. Montagnier, L.: AIDS fakta - naděje. 2. české vyd. Praha: Nadace pro život ve spolupráci s Centrem preventivního lékařství 3. LF UK, SZÚ Praha, NRL pro AIDS, 1996.
2. Sedláček, D.: Komplexní přístup AIDS centra FN Plzeň k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v západočeském regionu. Plzeň: Plzeň. lék. sb., Suppl. 77, 2002: 5-96.
3. Rozsypal, H.: AIDS klinický obraz a léčba. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1998.
4. Národní program boje proti AIDS / SZU: Co je AIDS a virus HIV. <http://www.aids-hiv.cz>
5. Frei, J. - Mládež ČČK - projekt HIV/AIDS a život nás všech: Vše nejen o HIV/AIDS. <http://www.sweb.cz/aids.projekt>.
6. Stehlíková, D., Procházka, I., Hromada, J.: Homosexualita, společnost a AIDS v ČR, Praha: Sdružení organizací homosexuálních občanů (SOHO) v ČR, 1995.
7. Sontagová, S.: Nemoc jako metafora, AIDS a jeho metafory, Praha: Mladá fronta dnes, 1997.
8. Connor, S., Kingmanová, S.: AIDS - ztracená imunita, Praha: Panorama, 1991.
9. Holub, J. a kol.: AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS, Praha: Grada Avicenum, 1993.

(frei@centrum.cz)



Zvětšený obr. HIV (velikost viru je ve skutečnosti cca 0,0001 mm)



Popis jednotlivých částí HIV a jeho základní struktura



Ukázka pacienta s wasting syndromem. Tento syndrom se objevuje u HIV+ pacientů, kteří jsou již ve stadiu AIDS. Jde o syndrom chřadnutí a pacienta může upoutat na lůžko. Projevuje se celkovým úbytkem na váze a chátráním organismu.

Fota archiv



Ukázka HIV pozitivního pacienta se zduřenými lymfatickými uzlinami. Zduření lymfatických uzlin může být jedním z projevů HIV positivity během akutního retrovirového syndromu (v prvních týdnech po prodělání nákazy virem HIV). Může se ovšem vyskytovat i v dalších fázích HIV infekce.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=97>

Nutriční a infúzní terapie v domácím prostředí

Bc. Zuzana Holanová, Home Care Services & Supplies s r. o., Hradec Králové

Souhrn

Parenterální a enterální výživa a léčba bolesti aplikovaná v domácím prostředí byla zhruba před deseti lety minimální. Prudký vývoj v medicíně a ekonomické aspekty, zvýšený tlak na lůžka nemocniční i následné péče, to vše způsobuje, že část ambulantní, ale i lůžkové sféry je přesouvána do domácího prostředí. Pro pacienta je domácí prostředí výhodnější - není ohrožen nozokomiální nákazou, je v lepším psychickém stavu, neztrácí kontakt s rodinou, důležitý je ale také ekonomický aspekt - léčba v domácím prostředí je podstatně méně nákladná.

Klíčová slova

enterální výživa - parenterální výživa - krátkodobá infúzní terapie - dlouhodobá infúzní terapie - léčba bolesti

Nutriční podpora

Rozvoj dlouhodobé, ale i krátkodobé nutriční podpory podávané v domácím prostředí klientů zaznamenal za poslední tři roky rychlý nárůst. Nutriční terapii můžeme rozdělit na enterální a parenterální.

Enterální výživa je podávána buď enterální sondou, nebo perkutánní gastrostomií, dočasně nebo trvale, většinou u diagnóz CMP s afagií či dysfagií, zhoubných onemocnění postihujících distální třetinu jícnu, myopatií aj.

Parenterální výživa - Hickmanův katetr nebo Broviakův katetr nebo implatovanými porty - výživa se podává většinou u syndromu krátkého střeva, u onkologických pacientů, Crohnovy nemoci, těžké malnutrici atd. V domácím prostředí záleží na indikaciklinického lékaře - na vypracovaných schématech, spolupráci ADP - klinika a praktického lékaře. Např. u 52leté ženy s diagnózou syndrom krátkého střeva jsme podávaly vaky on-line po dobu 72 hod., dle indikace Metabolické jednotky Fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze, v domácím prostředí byly provedeny odběry krve a moči a po kontrole pacientky se opět pokračovalo v terapii - podání vaků on-line po dobu 48 hod., poté opět následovala kontrola. Toto schéma se ustálilo v průběhu dvou měsíců. Vždy podání vaků na 72 hod. a poté přestávka po dobu 48 hod., a znovu vaky on-line 48 hod. Pacientka snáší tuto nutriční podporu velice dobře, zaznamenali jsme váhový přírůstek cca 8 kg.

Infúzní terapie

V domácím prostředí ji lze rozdělit na krátkodobou a dlouhodobou.

Krátkodobá infúzní terapie - nepřesahující délku tří dní - rychlá rehydratace - většinou aplikace F1/1 až 2000 ml/ den. Podáváme u febrilních stavů, dehydratace, septických stavů, dyspetických syndromů horního i dolního typu, infekčních onemocnění (u geriatrických pacientů salmonelóza), předoperačních stavů, infaustních stavů aj.

Dlouhodobá infúzní terapie - přesahující délku tří dní - často týden až 10 dní - u demencí s malnutricí a dehydratací, u onkologických pacientů - hospicová péče, avitaminóza vitaminů A, B, C aj.

Infúzní terapii vždy indikuje lékař buď klinický, nebo stále častěji praktický. Podáváme ji rovněž podle schémat, která vypracovala MUDr. Božena Jurašková, Ph.D z Kliniky gerontologické a metabolické FN Hradec Králové.

Při podávání enterální, parenterální i infúzní terapie je potřeba souhry mezi zdravotníky rodinou nemocného. Je nezbytné dodržovat standardy pro aplikaci infúzí a enterální výživy, dodržení aseptického přístupu a eliminace možných komplikací.

Důležitou součástí je dobře vedená dokumentace včetně sledování fyziologických funkcí - TK, P, dechu a hmotnosti, otoků dolních končetin, hydratace, nutrice, zaznamenání psychického stavu nemocného. Důležitá je edukace rodiny a zpětná vazba na zdravotníky - klinické lékaře, praktického lékaře, agenturu domácí péče.

Podávání enterální a parenterální výživy v domácím prostředí je pro klienta velice přínosné: není třeba traumatizujícího převozu do nemocničního zařízení, rychleji dochází k úpravě zdravotního stavu, klient je v lepším psychickém stavu. Největší přínos zaznamenáváme u klientů s demencí, kteří by byli jinak vytrženi ze známého prostředí, hospitalizace těmito klientům způsobuje psychické trauma - mohou reagovat nejen agresivitou, ale i apatií, nespolupracují se zdravotníky - často jsou tlumeni sedativy, anebo jsou při agresivitě použity imobilizující prostředky.

Léčba bolesti

Léčba bolesti je důležitou součástí paliativní léčby. U onkologických klientů v domácím prostředí je snad nejdůležitější spolu s nutriční a psychickou podporou a léčbou základního onemocnění. U terminálních stadií je léčba bolesti spolu s podáváním tekutin (perorálně i parenterálně) nejdůležitější.

Léčbu bolesti v domácím prostředí můžeme rozdělit:

1. perorální - Tramal, MST, DHC, Fortral
2. transkutánní - náplasti - např. Durogesic, různá gramáž
3. subkutánní - Tramal, Eunalgit, Dipidolor, Dolsin, Morfin
4. epidurálním katetrem - směsi - Marcain, Procain, Mesocain, Fentanyl
5. lineární dávkovače - periferní cévy - springsfuzory (mechanické přenosné infúzní pumpy používající k řízení kontinuálního průtoku speciální Flow Control Tubing /FCT/ hadičky), PCA (pacientem kontrolovaný injektor vybavený lock out intervalem, který eliminuje riziko předávkování analgetiky)

Přehled procentuálního zastoupení léčby bolesti používané v domácím prostředí:

40 %-perorální léčba

20 %-transkutánní léčba - Durogesic

18 %-epidurální kate - krátkodobě nebo dlouhodobě (až 2 roky)

12 %-subkutánní, intramuskulární - nejčastěji Tramal, Eunalgit, Dolsin

8 % -lineární dávkovače - nejčastěji Fentanyl, Marcain

2 % -klienti bez bolesti

Přehled pacientů s epidurální léčbou bolesti, ošetřených HCSS - Praha, Kladno, Jihlava, Ústí nad Labem, Hradec Králové

2000-2

2001-5

2002-8

2003-9

2004-12

2005-12

Léčbu bolesti indikuje lékař-onkolog, ambulance pro léčbu bolesti, praktický lékař na základě doporučení lékaře specialisty nebo ošetřujícího lékaře po propuštění z lůžkového oddělení. Důležitá je perfektní spolupráce mezi všemi zdravotníky včetně zpětné vazby s rodinou nemocného a nemocným. Tak, aby nemocný mohl prožít důstojně i poslední dny života bez zbytečné bolesti.

Počet klientů s enterální výživou

2000-7

2001-10

2002-12

2003-16

2004-21

2005-33

Počet klientů s parenterální výživou

2000-8
2001-15
2002-19
2003-24
2004-33
2005-67

Literatura:

1. Holmerová I., Jurašková B., Zikmundová K.: Kapitoly z gerontologie, 1. vydání, Praha: Gema, 2003: str.73
2. Trachtová E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno: IDVPZ, 1992, ISBN 80-7013-285-X

zuzana.holanova@homecare.cz

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=98>

Preanalytické vlivy na výsledky laboratorního vyšetření

Jaroslava Kubínová, ÚKBH FN Plzeň

Souhrn

Při zpracovávání biologického materiálu hraje důležitou roli několik faktorů - pacient, materiál odebírající osoba, doba doručení materiálu do laboratoře a materiální a technické vybavení. V laboratořích se můžeme setkat s novými automatickými přístroji řízenými počítači, které pracují bez zásahu lidské ruky za předem stanovených podmínek. Výhodou těchto analyzátorů je úspora krve - pro většinu laboratorního vyšetření požadujeme jednu zkumavku, nedochází k záměně a kontaminaci vzorku, uspoří se i administrativní část práce laborantky.

Klíčová slova

Biologický materiál - preanalýza - analytická fáze - postanalytická fáze - laboratoř - odběr

Dobu od ordinace laboratorního vyšetření ke zpětnému dodání výsledků můžeme rozdělit na tři části: preanalytickou, analytickou a postanalytickou. Preanalytická část je soubor operací od požadavku ordinujícího lékaře do zahájení části analytické, do části postanalytické zahrnujeme kontrolu výsledků v laboratoři, konzultace s ošetřujícím lékařem a dodání výsledků.

V poslední době se klade velký důraz na laboratorní část preanalýzy. Objevují se nové automatické přístroje řízené počítačem, které pracují bez zásahu lidské ruky za předem stanovených podmínek. Výhodou těchto analyzátorů je úspora krve - pro většinu laboratorního vyšetření požadujeme jednu zkumavku (4 - 5 ml krve), nedochází k záměně a kontaminaci vzorku, uspoří se i administrativní část práce laborantky.

Vliv pacienta

Preanalytická fáze mimo laboratoř zahrnuje osobu pacienta a jeho přípravu k odběru, vlastní odběr, transport, příjem vzorku v laboratoři, jeho identifikaci a přípravu na analýzu.

Osobou pacienta jsme se v minulých letech tolik nezabývali, ale při současných otevřených hranicích se k nám dostává mnoho cizinců různých ras, u kterých jsou některé laboratorní výsledky mimo naše referenční hodnoty. Také u dětských pacientů, zejména u novorozenců a malých kojenců, se setkáváme s jiným referenčním rozmezím. V laboratoři se věk pacientů (a tím i referenční meze) hlídá automaticky zadáváním rodného čísla a nastavením kontrolních parametrů do laboratorního informačního systému.

Role sestry

Příprava odběru závisí zcela na sestře. Je nutné si nastavit standardní podmínky, např. odběry vleže, použití vakuového odběrového systému, rozlišení jednotlivých typů zkumavek, dodržovat co nejkratší dobu zaškrcení paže. Také správné označení zkumavky a žádanky je velmi důležité. Nejlépe se osvědčují samolepicí štítky s rodným číslem pacienta a s čárovým kódem. Tyto štítky dostává pacient při příjmu do nemocnice a používá je i část ambulancí.

Nejčastější chybou při odběrech je odběr z paže, do které je zavedena infúze. Náběr se musí vždy opakovat, protože výsledky jsou natolik patologické, že nemohou být pravdivé. Krev je naředěná a analýzou stanovujeme látky obsažené v infúzi.

V laboratoři

Transport do laboratoře by měl být zajištěn co nejdříve a v chladicím boxu (materiál je nutné chránit před mrazem i před vysokou teplotou).

V laboratoři začíná preanalytická fáze při příjmu materiálu. Nejdříve jsou krev i žádanka očíslovány stejným číslem a zapsány do počítače. Zápis se provádí ručně (v případech, kde nejsou štítky s čárovým kódem) nebo pomocí tzv. čteček, kdy se celá žádanka po načtení přenesou do počítače

automaticky a laborantka provede pouze kontrolu jména, diagnózy, stanice a zdravotní pojišťovny. Krve se zcentrifugují a vloží do preanalytického analyzátoru. Ten je řízen počítačem a sám provede odzátkování zkumavek, rozpipetování séra do dalších zkumavek (tzv. alikvotů) a jejich správné zařazení do stojánek podle cílových analyzátorů. Tyto zkumavky se pak vkládají do analyzátorů, čímž končí část preanalytická a začíná vlastní analýza vzorku.

Závěr

Důležitost preanalytické části laboratorního vyšetření vyžaduje trvalou spolupráci sester, lékařů a laboratorních pracovníků a neustálé vzdělávání a sledování nových trendů v laboratorní medicíně.

Literatura:

1. Racek J., Klinická biochemie. Praha: Galén, 1999

kubanova@fnplzen.cz

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=99>

Jak úspěšně prožívat stáří

Mgr. Dana Klevetová , Geriatrická klinika 1. LF a VFN Praha

Souhrn

Stáří může být bolestné i krásné. Autorka ukazuje jak lze ve vysokém věku žít radostným a plnohodnotným životem. Filozofie 90leté ženy by mohla být nejen inspirací ale i příkladem pro ostatní, kteří se na toto věkové období připravují či ho právě prožívají.

Klíčová slova

Stáří - pečovatelská služba - jóga - senior - cvičení paměti

Nedávno jsem hovořila s paní Alicí Kolářovou, která 3. 9. 2004 oslavila své devadesátiny. Žije sama, dcera ji navštěvuje asi 3krát za měsíc, občas za ní dochází syn a vnuk. Má zavedenou pečovatelskou službu. Povídat si s ní je obohacením dne a zážitek na dny příští. Tolik lásky, naděje a vstřícnosti jsem u starého člověka již dlouho neviděla. Stále touží poznávat nové věci, touží mít nové zážitky, setkávat se s zajímavými lidmi, dozvědět se něco nového. To vše může být inspirací i pro nás, kteří o seniory pečujeme.

Její způsob života pramení hlavně z přijetí stávajících podmínek a využití daných možností ke svému prospěchu. Hovoří o tom, že ještě nechce umřít, má ze smrti strach a není na její příchod vůbec připravena. Využívá moudrostí z koránu: Život je slavnost, na kterou jsme byli pozváni. Hovoří také o svých mladších sousedkách, za kterými se svých chodítkem přichází sednout si na lavičku: "Nemohu je poslouchat, ty jejich neustálé stížnosti na vše kolem, na jejich bolesti, na mladé. Ony samy jim ale dávají špatný příklad a nechovají se k nim s náležitou úctou. Když jsme dříve jezdila tramvají, nikdy se mi nestalo, že by mne mladý člověk nepustil sednout, dokázala jsem ho slušně oslovit a požádat o pomoc."

Jak na to?

- Ve svých 60 letech jsem začala cvičit denně jógu - během roku mi zesílily svaly o čtvrtinu.
- Jím tmavý chléb, ovoce, jogurty, žádné tučné maso.
- Nikdy se nepřejídám (bůh nás stvořil jako krásná mimina, a co s tělem uděláme za 70 let života, je jen na nás, jsme to pánu bohu dlužni: ve 20 letech jsem jedla hodně, ve 40 méně, v 60 ještě méně.
- Občas si dám kousek dortu, čokoládu, ale jen jako odměnu, a když nezapnu sukni, zakážu si to, žiji bez vážení.
- Věnuji se budhistické filozofii.
- Užívám pravidelně léky, která mám předepsány, a vím, proč je beru.
- Vydatně a pravidelně spím.
- Cvičím denně jógu i jiné cviky.
- Naučila jsem se umět si poručit! To je otázka sebevýchovy.
- Dodržuji pitný režim - denně 2 litry minerálky a čaje.
- Jím pravidelně česnek a med.
- Stravu doplňuji o hořčík, zinek, vitamín C.
- Denně chodím na pravidelné vycházky (nyní alespoň po chodbě).
- Denně čtu zprávy o dění ve světě.
- Čtu knihy, hlavně beletrii.
- Čtu knihy v angličtině a němčině, každý den se těším, až bude 12.30, což je doba, na kdy si plánuji četbu - jednak věřím, že si cvičím paměť, a pak ráda čtu v cizím jazyce, neboť přečíst si originál, který není přeložen, je pro mne zážitek.
- Dbám na to, abych měla doma pořádek, přináší to klid duše a vyrovnanost.
- Doma nesedím, ale pohybuji se.
- Lásku k lidem kolem sebe, jak k mladým, tak starým.
- Uvědomuji si důležitost mít nějaký smysl života.
- Chci žít a bojovat s nemocí.
- Přijímám změny, které v mém životě přicházejí (vždy najdu alespoň jednu pozitivní).

- Musím umět oslovit cizí lidi, navázat kontakt a mít nové přátele.
- Ve svých vzpomínkách hledám a nacházím, co bylo hezkého, a znovu to v duchu prožívám (např. vzpomínky na létání na kluzáku).
- Mám radost z přírody i z maličkostí.
- Našla jsem láskyplný přístup k lidem, umění odpouštět a ráno se probouzet s nadějí.
- Dnes již umím neškodit si svou ohleduplností k druhým a dokážu je požádat o pomoc.
- Plánuji si rozvrh dne a celého týdne, zapisuji si do kalendáře.
- Postupně odškrťávám to, co jsem udělala, a mám pocit užitečnosti a sebeuspokojení z toho, co jsem splnila a dokázala, jsou to i maličkosti - udělat si snídani, zalít kytky, podívat se z okna, když nesvítí sluníčko, řeknu si: ale mám hezké záclony.
- Mám dobré vztahy se sousedy.
- Nové přátelé i ve stáří přinášejí pocit pohody a těšení se na setkání.
- Drží mne láska a pozornost mých dětí a vnoučat.
- Mám ráda debaty s dcerou.
- V mém životě nesmí chybět hudba, příroda, slunce, hory, koně, cestování, a když to nejde, aspoň ve vzpomínkách.
- Uspokojuje mne klavírní skladba Měsíční sonáta od Bethowena, sama hraji.
- Co nemůžu změnit, přijmu, nejdu hlavou proti zdi, přizpůsobím se okolnostem (to jsem se naučila až v 70 letech).
- Nahradím činnosti, které již nezvládnou, jinou, pro mne zajímavou - čtu německy, poslouchám hudbu, vyprávění dětí o lese, chalupě, o jejich cestování.
- Neodmítám pomoc druhého, když se nabízí, dovolím druhým, aby mi pomohli.
- Z Desatera si vybírám to, co je pro mne přijatelné, a čím se chci řídit.
- Naučila jsem se vyžrát na stresy smysluplnou činností a svým rozvrhem a postojem k tomu, co ještě můžu dělat, a co již nezvládnou.

(klevetova@seznam.cz)

Alice Kolářová v lednu 2004



Foto autorka

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=100>