

Media Monitoring

TÉMA	VYHOTOVENO
1. Helicopter emergency medical service, Letecká záchranná služba	11.2.2010
2. Raftáci	

MONITOROVANÉ ZDROJE	OBDOBÍ
Tištěná média	Denní monitor
Televize a rozhlas	10.2.2010 - 11.2.2010
Agenturní zpravodajství	

Obsahuje přehled a plná znění zpráv k zadanému tématu

HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Haló noviny

Němečtí záchranáři i na Karlovarsku?.....	3
11.2.2010 Haló noviny str. 8 Zrcadlo regionů (ma)	HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Sestra

Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s mozkovým aneurysmatem	3
10.2.2010 Sestra str. 44 Perioperační péče Bc. Miroslava Sklenovská, DiS.	HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Haló noviny

Němečtí záchranáři i na Karlovarsku?

11.2.2010 Haló noviny str. 8 Zrcadlo regionů
(ma) HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

KARLOVARSKÝ KRAJ

KARLOVY VARY - V Karlovarském kraji má v budoucnu zasahovat záchranný vrtulník z Německa, který bude mít stanoviště patrně ve Weidenu nebo ve Waldsassenu. Německá strana, která na přípravě projektu spolupracuje s Karlovarským krajem, na to chce získat peníze z Evropské unie. Snahou je, aby se povedlo záměr uskutečnit do tří let.

Projekt iniciovala německá strana, zastoupená společností Kliniken Nordoberpfalz, kvůli tomu, že oblast mezi Waldsassenem a Weidenem je nedostatečně pokryta **leteckou záchrannou službou**. Šance vytvořit novou základnu s vrtulníkem výrazně vzroste s tím, kdyby v rámci přeshraniční spolupráce zasahovali němečtí záchranáři v Karlovarském kraji, uvedl Manfred Hausel, lékařský ředitel kliniky ve Weidenu. »Aby se ale podařilo tento záměr realizovat, musí se ještě vyřešit řada legislativních věcí. Třeba to, jestli mohou němečtí lékaři zasahovat v ČR,« uvedl.

Podle lékařského ředitele KKN Ilji Horníka je kraj nyní pokrýván především leteckými záchranáři z Plzně, případně z Ústí nad Labem nebo z Prahy. S časem doletu vrtulníků problém není, to ani není důvod, proč by se kraj a KKN projektu účastnily. Poznamenal, že přelety vrtulníku z Německa k zásahům u nás by byly jakousi zálohou v současném systému. »Německou pomoc bychom mohli využít v případě, kdyby například vrtulník z Plzně zrovna letěl k jinému zásahu,« dodal Horník.

Žádost o podporu projektu z programu Cíl 3 musí být podle Markéty Gagro, projektové manažerky přeshraniční spolupráce KKN, podána do konce března. Pak bude následovat její posuzování. Jaké by s ním měly být spojené náklady na české a na německé straně, o tom zatím nechtěla hovořit. To bude údajně známo těsně před podáním žádosti.

Pokud by byl projekt letos schválen, musel by být uveden do života za další tři roky, tedy nejpozději do konce roku 2013. Proti zapojení německého záchranářského vrtulníku v karlovarském regionu nic nenamítá ani poslanec a člen chebského městského zastupitelstva Pavel Hojda (KSČM). Podle něj by to bylo přínosem hlavně pro české obce v příhraničí, zejména pokud by vrtulník vzlétal v blízkosti české hranice. Podle Hojdy by ale pro takové zásahy měla být stanovena jednoznačná pravidla, například by měla být jasně stanovena oblast, ve které mohou Němci zasahovat. Také by to mělo být pro českou stranu ekonomicky výhodné. V žádném případě by, jak poslanec dodal, nemělo dojít k tomu, aby němečtí záchranáři konkurovali záchranářům českým.

Foto autor| ILLUSTRACNÍ FOTO - autor

Sestra

Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s mozkovým aneurysmatem

10.2.2010 Sestra str. 44 Perioperační péče

Bc. Miroslava Sklenovská, DiS. HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Pacienti s diagnózou mozkové aneurysma jsou po přijetí do nemocnice hospitalizováni na neurochirurgické JIP, kde je jejich stav nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace.

Mozkové aneurysma je charakteristické velmi náhlou a prudkou bolestí hlavy, často po tělesné námaze, defekaci, rozčilení nebo i po předklonu. U nemocného se může objevit nauzea a zvracení, bývá fotofobický. U závažného krvácení může dojít i k psychické alteraci, neklidu, zmatenosti i výrazné poruše vigility s rychle nastupujícím kómatem.

Základem diagnostiky je podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění společně s posouzením nálezů urgentně provedených laboratorních a instrumentálních vyšetření, např. CT, digitální

subtrakční angiografie, vyšetření likvoru, neurologické vyšetření, zhodnocení stupně závažnosti klinického stavu podle Hunta a Hesse. Podle stavu a závažnosti i oční vyšetření nebo EEG.

Jediným racionálním způsobem prevence opakovaného krvácení z aneurysmatu je uzavření jeho krčku svorkou nebo obliterace jeho vaku endovaskulárním výkonem.

Kazuistika

Anamnéza: U 59letého muže se dne 22. listopadu 2007 před půlnocí objevily náhlé bolesti hlavy, poté nastala porucha vědomí, která trvala jen chvíli. Zavolal si RZS, která jej přivezla na příjmovou ambulanci v Krnově, kde jej hospitalizovali na interním oddělení. Následující den v dopoledních hodinách se však opakovaně objevila porucha vědomí se zvracením, kdy pacient reagoval jen na algický podnět. Po této opakované atace byl přeložen na ARO, kde jej zaintubovali, napojili na umělou plicní ventilaci (UPV) a tlumili Sufentou a Dormicem. Počítačová tomografie mozku prokázala rupturu aneurysmatu na arteria cerebri posterior, inferior I. dx. s krvácením do třetí komory a rozvíjejícím se hydrocefalem. Ve 14.30 hodin převezla pacienta **letecká záchranná služba** na neurochirurgickou jednotku intenzivní péče (NCH JIP). Při příjmu měl pacient zavedenou endotracheální kanylu, byl na řízené UPV, analgosedován. Zornice byly izokorické, fyziologické reflexy nevybaveny, reakce na algický podnět na dolních končetinách nebyla. Vítání funkce byly stabilní. Dále měl pacient zavedenou nazogastrickou sondu (NGS) a permanentní močový katétr, kůže byla bez defektů, Glasgow coma scale (GCS) 3 body. Pacienta přeložili na neurochirurgickou JIP z důvodu vyššího stupně specializovaného pracoviště a kvality vyšetřovací, léčebné, zdravotnické a ošetrovatelské péče, k došetření a provedení akutní evakuace hematomu.

Příjem a předoperační vyšetření: Po přijetí na JIP pacienta napojili na kontinuální sledování EKG, SpO₂. Lékaři zajistili centrální žilní vstup pro podávání léků, infuzí a měření centrálního žilního tlaku (CVP) a a. radialis pro trvalé sledování invazivního TK a k odběrům. Na zavedenou NGS byla napojena enterální výživa, jejíž dávky se upravovaly podle potřeby (s ohledem na nutnost provedení operačního výkonu). Jako prevence embolie byly zabandážovány obě dolní končetiny a indikován Clexane 0,2 ml s. c. Sestry sepsaly ošetrovatelskou anamnézu. Vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu pacienta, kdy nebylo možné zjistit anamnézu a rodinu se doposud nepodařilo úspěšně kontaktovat, převzaly potřebné informace z překladové zprávy. Bylo provedeno kompletní vyšetření pacienta. V dokumentaci jsem zaznamenala riziko pádu, dekubitů, malnutrice a sepse. Zjištěné údaje jsem zapsala a výsledky vyhodnotila jako vysoce rizikové. V hodnocení soběstačnosti při stravování, hygieně a vylučování byl pacient zcela odkázan na pomoc zdravotnického personálu. Výsledky CT prokázaly ložisko krvácení, které mělo v průměru asi 4 mm, a přítomnost krve ve IV. mozkové komoře. Po tomto nálezu a po provedení doplňující angiografie mozkových tepen, kde bylo patrné vakovité aneurysma s krátkým krčkem, byl pacient indikován k okamžité evakuaci hematomu a k tzv. zaklipování krčků aneurysmatu.

Poperační období: Po převozu z operačního sálu byl nemocný v bezvědomí, v poloze se zvýšenou hlavou o 30°, oběhově i dechově stabilní, s febrilií 39,0 °C, intrakraniální tlak (ICP) 25 mmHg, zornice myotické, GCS 3 body, hypertenze 160/75 torrů, která se řešila podáním isoketu. Do operační rány byl zaveden Redonův drén. Po provedení kontrolních pooperačních odběrů lékař naordinoval podání 5% glukózy s přídavkem 30 ml chloridu sodného (NaCl) a 20 ml 7,5% kalium chloratum (KCl). Jako prevence vazospasmů se kontinuálně podával nimodipin (blokátor kalciových kanálů). U pacienta byl veden šokový záznam a v hodinových intervalech se sledoval stav vědomí a reaktivita zornic, hybnost končetin, FF, a 4 hodiny TT a a 6 hodin ICP, CVP a bilance tekutin.

Za 24 hodin provedl lékař za asistence sestry převaz operační rány a po 48 hodinách extrahoval Redonův drén. Dvakrát denně prováděly sestry celkovou hygienu na lůžku s masáží kůže. Zvýšená péče byla věnována dutině ústní a nosní (vytírání Boroglycerinem, Stopanginem). Oči vykapávaly očním antiseptickým roztokem a aplikovaly oční masti (OphtalmoAzulen). Převaz invazivních vstupů se prováděl ráno při toaletě a během dne podle potřeby. Péče o NGS byla prováděna jedenkrát denně včetně kontroly, zda nedochází ke vzniku dekubitů, je-li sonda průchodná a správně umístěná. Okolí PMK se udržovalo v čistotě, výměna katétru byla provedena po 7 dnech. Jelikož pacient neměl 3 dny stolici, byl mu aplikován glycerinový čípek. Po podání došlo k odchodu velkého množství průjmovité stolice, v dalších dnech již byla stolice pravidelná. Důležitá byla také péče o kůži a prevence dekubitů. Pacient byl polohován každé 2 hodiny, s pomocí polohovacích pomůcek. Kůže se ošetřovala ochrannými prostředky. Jednou denně přicházela fyzioterapeutka, která prováděla pasivní rehabilitaci. Během celé hospitalizace byl pacient bez dechových obtíží a nebylo nutné jej často odsávat.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je také komunikace s nemocným v bezvědomí. Již od příjmu pacienta byla prováděna bazální stimulace. Při každém kontaktu a manipulaci jsme jej oslovovali jménem, dotýkali jsme se jeho ramene, informovali ho o výkonu nebo činnosti, která u něj byla prováděna, a polohovali jsme jej do pozice tzv. „hnízdo“ nebo „mumie“. V barbiturátovém kómatu byl udržován 7 dní po operaci. Během těchto dnů se pacientův stav neměnil. Od 8. dne se pacientův stav začal rozvíjet jako apalický. Hospitalizace na neurochirurgické JIP trvala 14 dní, poté byl přeložen na apalickou JIP, avšak jeho stav se neměnil. Pacienta i nadále stimulovali pomocí bazální stimulace, ale bez efektu. Po 14denní hospitalizaci na apalické JIP byl

nemocný pro nerozvíjející se zdravotní stav přeložen do LDN. Bohužel se nepodařilo kontaktovat jeho rodinu. Navštěvovali ho pouze bývalí spolupracovníci ze zaměstnání, kteří uvedli, že má dceru, která žije dlouhodobě v zahraničí, a jeho bývalá manželka o něj nejevila žádný zájem.

Diskuse: Pacientův zdravotní stav byl kritický a ohrožoval nemocného na životě. Operační výkon byl zachraňujícím zákrokem, který měl zabránit devastaci důležitých mozkových struktur. Pooperační období bylo nejisté z důvodu očekávaného rozsahu poškození, také kvůli nutnosti uvedení pacienta do barbiturátového kómatu podáváním Thiopentalu. Základem pooperační péče bylo sledování neurologického stavu. Ruptura mozkového aneurysmatu způsobila pacientovi těžké subarachnoidální krvácení, které představovalo pro nemocného akutní ohrožení na životě. Lékařům se podařilo najít zdroj krvácení, které zastavili, bohužel se však nepodařilo zabránit nezvratnému poškození mozku s rozvojem apalického stavu a následnému exitu.

Ošetrovatelské diagnózy NANDA

00099 Neefektivní podpora zdraví 00026 Zvýšený objem tělesných tekutin 00021 Úplná inkontinence močová
00011 Zácpa 00030 Porucha výměny plynů 00040 Riziko imobilizačního syndromu 00029 Snížený srdeční výdej
00131 Poškozená paměť 00051 Zhoršená verbální komunikace 00049 Snížená nitrolební adaptivní kapacita
00004 Riziko infekce 00047 Riziko porušení kožní integrity 00007 Hypertermie

Závěr

Mozkové aneurysma patří mezi velice závažná onemocnění, se kterými souvisí řada komplikací během léčby, a po stabilizaci stavu většinou přetrvávají těžké mozkové dysfunkce. Prognózy těchto onemocnění jsou velice nejisté, jsou determinovány zejména tíží iniciálního krvácení a jeho klinickými projevy. Řada pacientů na toto onemocnění umírá. Přesto jsou i takoví, kteří se díky trpělivosti, vůli, odhodlanosti a podpoře, kterou nacházejí v ošetřujícím personálu, a především ve své rodině, vracejí zpět do života – žijí a zdraví.

Vystihnout důležitá specifika ošetrovatelské péče je velice náročné, protože každý pacient je individualita a jednotlivé příznaky nemusejí být u nemocných stejné. Faktorů ovlivňujících léčbu a ošetrovatelskou péči je mnoho jak ze strany lékařské, tak sesterské péče. Jdou ruku v ruce pospolu, protože jedna péče bez druhé by nedokázala dovést pacienta k uzdravení nebo alespoň ke stabilizaci zdravotního stavu, aby kvalita života byla zachována v co největší možné míře.

Literatura

Cveková, L., Haluzíková, J.: Komunikace s pacientem v bezvědomí. Diagnóza v ošetrovatelství. 2, 4, 2006, s. 179–180.

Kapounová, G.: Péče o pacienta na odděleních intenzivní péče. In Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha, 2007, s. 19.

Marečková, J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2005.

Nevšímalová, S. et al.: Diagnostika. In Neurologie. 1. vyd. Praha, 2005, s. 18.

Plas, J, et al.: Subarachnoidální krvácení z aneurysmatu. In Neurochirurgie. 1. vyd. Praha, 2000, s. 58–59.

Souhrn Mozkové aneurysma je jedním z nejnebezpečnějších onemocnění, které ohrožuje pacienta těžkým subarachnoidálním krvácením. Vyskytuje asi u 0,5–1 % populace, většinou ve 4. až 5. dekádě života a nejčastější lokalizace je ve větvení hlavních tepenných kmenů Willisova okruhu. Klíčová slova: mozkové aneurysma, specifika ošetrovatelské péče, ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách

SUMMARY Brain aneurysm is one of the most dangerous disorders endangering patients with serious subarachnoidal bleeding. Disorder affects 0,5 – 1 % of our population, mostly in their 40` and 50` and its mostly located in a main artery branching of Willise`s loop. Key words: brain aneurysm, specifics of nursing care, NANDA nursing diagnoses

Foto autor| Foto: archiv redakce

O autorovi| Bc. Miroslava Sklenovská, DiS. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Ostravská univerzita v Ostravě (Mirka. Sklenovska@centrum.cz)