Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
ID studijního oboru: 5341R003

Dana Štrosová

Ošetřovatelská kazuistika pacienta s dg. paraplegie dolních končetin jako následek poranění míchy

(Nursing casuistry about the paraplegic patient after spinal cord lesion)

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Hana Horová

Praha, 27. 04. 2009

Prohlášení

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

.....

V Praze, 27. 4. 2009 Štrosová Dana

Poděkování

Děkuji tímto, PhDr. Haně Horové, za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady, které mi pomohly při jejím zpracování. Dále panu Z. za ochotu, trpělivost a poskytnutí informací potřebných pro sepsání závěrečné práce.

Obsah

A Úvod……………........……………………………………………………………...5

B Klinická část …………...………………………………………………........................6

1 Poranění míchy 6

2 Identifikační údaje...13

3 Lékařská anamnéza a diagnóz 14

4 Diagnosticko – terapeutická péče 15

5 Stručný průběh hospitalizace 17

C Ošetřovatelská část 18

6 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta 18

7 Ošetřovatelské diagnózy 24

8 Cíl, plán, realizace, hodnocení 25

9 Edukace 33

10 Ošetřovatelský závěr a prognóza 33

D Použitá literatura 35

E Seznam použitých zkratek 36

F Přílohy 37

A Úvod

Poškození míchy vede často k závažnému zdravotnímu handicapu. Člověk s tímto omezením nemá jen omezení ve smyslu ztráty hybnosti či citlivosti na určitých částech těla, ale je také ohrožen nejrůznějšími zdravotními komplikacemi. Se zkvalitněním ošetřovatelské péče počet těchto komplikací významně klesá.

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala 43letého pacienta s dg. paraplegie dolních končetin, jako následek luxační fraktury obratle L1 po pádu z kola.

K výběru tohoto tématu mě motivovala má současná práce v Centru Paraple, kde pracuji jako zdravotní sestra. Práce s lidmi na vozíku mě velice a baví a naplňuje. Od své bakalářské práce zároveň očekávám prohloubení svých znalostí v oblasti této problematiky.

Pacient poskytl informace dobrovolně a souhlasí s jejich použitím k vypracování práce.

B Klinická část

1 Poranění míchy

1.1 Charakteristika

Poranění míchy (PM) jakékoliv etiologie znamená vždy dramatický zásah do kvality života člověka i jeho blízkých. Dochází k zásadním změnám fyzického i psychického stavu, porucha funkce se netýká jen pohybového systému, ale postihuje člověka v celé jeho integritě.

1.2 Historie poranění míchy

Prvenství písemné zprávy o poranění míchy patří Egypťanům, připisováno je Imhotepovi. Zřejmě první, kdo sledoval příznaky poranění míchy podle výšky léze, byl Galén. Nihilistický pohled na perspektivu těchto lidí se od dob Hippokrata až do druhé světové války se prakticky neměnil. Paraplegici byli ponecháváni svému osudu. Ještě za 1. světové války umíralo do jednoho roku 90 % nemocných, většinou na močové nebo plicní komplikace a na dekubitální sepsi.

Významnou změnu do rezignovaného postoje k těmto nemocným přinesl ve 40. letech minulého století Američan Donald Munro, který v Bostonu vypracoval zásady ošetřování, léčby a další perspektivy nemocných s poraněním míchy. (1)

1.3 Příčiny poranění míchy a epidemiologie

Nejčastější příčinou je trauma – asi 70 % všech míšních lézí je traumatických a z nich početně nejvýznamnější jsou dopravní úrazy. Ze statistik vyplývá, že nejvíce nebezpečné místo v autě je kromě sedadla spolujezdce také sedadlo vzadu uprostřed s fixačním pásem přes břicho. Naopak nejbezpečnější je kromě sedadla řidiče ještě místo za ním, tedy vzadu vlevo. K relativně častým příčinám míšních lézí patří pády (zejména u osob nad 45 let), různé nehody a sportovní úrazy, kriminální delikty. Zvlášť je nutno zdůraznit skoky do neznámé vody, které v každém letním období změní zdraví a kvalitu života nemálo mladým lidem. (8)

1.4 Projevy poranění míchy

Plegie – úplná ztráta hybnosti.

Paréza – částečná ztráta hybnosti.

Centrální (spastická) paréza – zvýšené myotatické reflexy, spasticita, trofika normální, přítomné spastické jevy.

Periferní (chabá) paréza – myotatické reflexy snížené až vyhaslé, hypotonie, hypotrofie, absence spastických jevů.

Smíšená paréza – zvýšené myotatické reflexy, přítomné spastické jevy, svalové atrofie.

Pseudochabá paréza – léze centrální, ale myotatické reflexy vyhaslé, nepřítomné spastické jevy, atonie – v období míšního šoku.

Tetraplegie je částečná ztráta pohyblivosti horních končetin a úplná ztráta pohyblivosti těla a dolních končetin, doprovázená potížemi při dýchání a kašli. Je způsobená lézí v segmentech C4 – C8.

Paraplegie je ztráta hybnosti dolních končetin, způsobená lézí v oblasti hrudní a bederní míchy.

Vysoká paraplegie zapříčiněná poškozením míchy v segmentu horní části zad Th 1 – 6.

Nízká paraplegie – ztráta pohyblivosti dolních končetin bez ohledu na výšku poškození – problémy s kontrolou močení a stolice a další závisí na míře poškození.

Pentaplegie – ochrnutí dolních končetin a bránice, pacient potřebuje k dýchání trvalou plicní ventilaci. Je zapříčiněná lézí nad C4,

Kompletní léze – úplná ztráta hybnosti, čití a autonomní regulace pod místem léze.

Nekompletní léze – částečně zachovaná hybnost nebo citlivost pod místem léze. (3)

1.5 Diagnostika

Vedle klinických vyšetřovacích metod (anamnéza, odborné lékařské a konsiliární vyšetření), se stanoví diagnóza “Poranění hrudní nebo bederní páteře” následně:

RTG

CT

Konvenční tomografie (dáme přednost CT).

CT myelografie (nahrazuje klasickou perimyelografii).

Magnetická resonance (MRI) je suverénní metoda zobrazení míchy a obalů míchy, zobrazující vazový aparát, hematomy.

Scintigrafie: v traumatologii méně významná, může být použitá eventuelně. ke screeningu u polytraumatizovaných pacientů. Pozitivní bývá teprve 8. den po úraze

1.6 Přehled možných komplikací při poranění míchy

1.6.1 Plicní komplikace

Většina nemocných po PM má v akutní fázi nebo v období časné rehabilitace plicní komplikace. Retence bronchiálního sekretu a respirační insuficience z důvodu oslabení a dysfunkce respiračních svalů jsou nejčastější stavy ohrožující život. Prevence a časná léčba všech příznaků respiračních komplikací spolu s respirační fyzioterapií jsou vitální součástí terapie.

1.6.2 Autonomní dysreflexie (AD)

Je syndromem typickým pro období prvního roku po PM po nástupu reflexní aktivity míchy.

Klinicky – silná bolest hlavy, pocit náhlé nevolnosti, nauzea a hypertenze nad 200/100 mmHg. Dále vegetativní změny jako bradykardie, husí kůže, zčervenání obličeje, pocit ucpaného nosu, pocení a červené skvrny nad úrovní léze, chladná a lepkavě vlhká kůže pod úrovní léze, skvrny na kůži, psychické změny, roztěkanost. Může se rozvinout náhle jako životu nebezpečný stav. Příčinou mohou být jakékoliv bolestivé stimuly pod úrovní míšní léze, nejčastěji distenze močového měchýře – blokovaný katétr, infekce nebo konkrement, zácpa nebo meteorismus. Jakýkoliv stimul v oblasti rekta a genitálu, iritace kůže shrnutou podložkou, poranění nebo popálení kůže, fraktura, těhotenství, zarostlý nehet, náhlá příhoda břišní. Terapie – detekce a odstranění příčiny, léčba hypertenzní špičky podle zásad akutní medicíny. Poučení rizikových nemocných a prevence.

1.6.3 Gastrointestinální obtíže

Onemocnění břicha může přicházet bez typických varovných příznaků a z důvodu ztráty citlivosti uniká pozornosti – např. apendicitida nebo pyelonefritida se závažnými důsledky. „Akutní břicho“ se může projevit pouze vegetativními příznaky nebo třeba změnou stupně spasticity či autonomní dysreflexií.

1.6.4 Kožní problematika a dekubity

Nemocný po PM je z důvodu ztráty vnímání bolesti vystaven velkému riziku poranění kůže jakéhokoliv druhu. Dekubity patří k častým a nepříjemným komplikacím nemocného po PM. Jejich přítomnost je frustrující, zpomalují rehabilitaci, narušují kvalitu života a ohrožují infekčními komplikacemi.

1.6.5 Poruchy mikce

Komplikace z důvodu poruchy funkce močového měchýře patří k nejzávažnějším a svými důsledky narušují kvalitu života nebo ohrožují život nemocného. Péče o močový měchýř začíná bezprostředně po vzniku míšní léze a urologický program je trvalou součástí života osob s poraněním míchy.

1.6.6 Poruchy defekace

Po akutním poranění míchy je obvyklá porucha defekace a meteorismus, podle výšky léze až do obrazu sub/ileózního stavu. S odezněním míšního šoku je zahajován nácvik spontánní střevní aktivity k natrénování pravidelného vyprázdnění. Důležité je vyvarování se necíleného nad užívání silných laxativ a vnášení nepravidelností do tréninku střevní aktivity.

1.6.7 Sexuální funkce a jejich poruchy

Poranění míchy se často týká mladých mužů a porucha sexuálních funkcí je běžnou součástí klinického obrazu – závisí na výšce a kompletnosti léze. Je důležité pamatovat na to, že psychosexuální zájem zůstává neporušen a člověku v období sexuální aktivity může sexuální dysfunkce vadit více než porucha hybnosti, jak vyplývá z dotazníků mladých mužů po spinálním traumatu. V souhlasu s tím, že většina míšních lézí je neurofyziologicky inkompletních, jsou i erektilní dysfunkce a porucha ejakulace u každého pacienta individuálně rozdílné. V každém případě je dnes mnoho možností jak těmto lidem pomoci, proto po stabilizaci stavu, ještě před nástupem do rehabilitačního ústavu, by měli být nemocný i jeho partner informováni, aby úzkost a obavy nebyly zdrojem neurotických obtíží do budoucna. Ženy po poranění míchy mají normální menstruaci, zachovanou reprodukční schopnost.

1.7 Léčba

Nemocný po poranění míchy vyžaduje vždy multidisciplinární péči v jednom centru. Současné moderní operační postupy umožňují časnější zintenzivnění rehabilitace. Ovšem v žádné fázi, zejména v té akutní a subakutní, nesmí docházet k prodlení. Realizace spinálního programu s budováním spinálních center je celosvětovým trendem. Centra realizují diagnostiku, chirurgickou i neurochirurgickou léčbu a ucelený rehabilitační program s reintegrací hned od začátku. Cílem je zdravotní, společenská a profesní integrace.

Již v 50. - 60. letech minulého století prof. Beneš usiloval o zřízení center, ve kterých budou léčeni pacienti po poranění míchy. Vzorem mu byl sir Ludwig Guttmann, který založil první takové spinální centrum v poválečných letech ve Stoke Mandeville v Anglii. Úsilí prof. Beneše ztroskotalo na neochotě tehdejších ministerských úředníků. V 90 letech se začal vytvářet tzv. Spinální program. U jeho zrodu stál i prof. Wendsche, který v roce 1992 otevřel první spinální jednotku v České republice v Brně. Pro účinnou realizaci spinálního programu ČR mělo zásadní význam založení České spondylochiurgické společnosti v roce 1999. Její výbor zahájil složitá a dlouhodobá jednání se státními orgány s cílem zásadně rozšířit péči o pacienty s poškozením míchy v postakutní fázi, tedy o rozšíření počtu spinální jednotek Toto úsilí bylo korunováno v roce 2002 vydáním Metodického opatření MZ, které stanovilo síť spinálních jednotek v naší republice. Na základě tohoto Metodického opatření začaly vznikat v letech 2003-2004 další spinální jednotky, a to postupně v Ostravě, Liberci a v Praze - Motole. Ročně projde tímto systémem kolem 250 pacientů po akutním míšním traumatu. Někteří pacienti se vracejí na spinální jednotky s chronickými zdravotními komplikacemi. (1)

1.8 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče u pacienta s paraplegií je zaměřena především na některé základní potřeby, které mohou být díky poranění míchy frustrovány.

1.8.1 Dýchání

Přerušení míchy nad segmentem C3 znamená úplnou denervaci bránice a tedy nemožnost spontánního dýchání. Dechové potíže mohou vzniknout i u nižších lézí, příčinou může být současné poranění hrudníku nebo i vysoký stav bránice vytlačené do dutiny hrudní při paralýze střev. Již při míšní lézi v oblasti horní hrudní páteře trpí značně mechanika

hrudníku a postižený dýchá pomocí bránice a vyznačuje se výraznou převahou břišního dýchání. První známkou dechové nedostatečnosti při poranění krční míchy je zrychlená frekvence dýchání a krátký namáhavý dech. Tyto klinické příznaky a pokles saturace jsou indikací k podání kyslíku. I když u poranění krční míchy nevznikne respirační insuficience, jsou poranění vždy ohroženi vznikem atelektáz a bronchopneumonií. Při pravděpodobnosti dlouhodobé ventilace je pacientovi zavedena tracheostomická kanyla. Další nezbytnou součástí oše péče je dechová rehabilitace. Dále lze využít např. Vojtovy metody k reflexně prohloubenému dýchání.

1.8.2 Výživa

Většina pacientů po poranění páteře nepotřebuje dodržovat žádnou specielní dietu. Při příjmu pacienta počítá sestra BMI (tělesný hmotnostní index) a dle tabulek hodnotí nutriční skóre, v případě potřeby kontaktuje dietní sestru U všech pacientů je nutné sledovat bilanci tekutin. Dohlížíme na dostatečný příjem tekutin.

1.8.3 Vyprazdňování stolice

Funkce střev je ovlivněna sympatickým a parasympatickým nervovým systémem. Při poruše míchy převáží parasympatikus a dojde k hypotonii až atonii. U všech pacientů po poranění páteře je třeba zajistit pravidelné vyprazdňování. Každý třetí den pacient dostává glycerinový čípek, po kterém by se měl do hodiny vyprázdnit.

1.8.4 Močení

Člověk po poškození míchy může mít jeden ze dvou typů dysfunkcí močového měchýře. Spastický močový měchýř, u tohoto typu dochází k časté aktivitě detruzoru. Kontrakce nastávají dříve, než je močový měchýř naplněn. U spastického močového měchýře nejsou poškozené nervy mezi měchýřem a míchou, ale je porušený přenos vzruchů do mozku. Proto mozek není schopen ovládat vyprazdňování. Ochablý močový měchýř, u tohoto typu je poškozené nervové spojení mezi měchýřem a míchou. Měchýř se naplňuje močí a roztahuje se do maxima. Poté moč vyteče, ale měchýř se nevyprázdní úplně a zůstává roztažen.

Způsoby vyprazdňování močového měchýře:

- Spontánní mikce
- PMK
- Epicystostomie
- Urinální kondom

- Vyklepávání
- Čistá intermitentní katetrizace

Ošetřovatelská péče spočívá v dodržování hygienických pravidel a dodržování aseptických pravidel při jednorázovém cévkován a péči o PMK a epicystostomii.

1.8.5 Polohování

Polohování plní několik funkcí: pomáhá odlehčení kůže, zlepšuje prokrvení, předchází kontrakturám, eliminuje bolest, zlepšuje psychický stav. Polohujeme přesně podle plánu, tzn. po třech hodinách vždy, když je pacient v lůžku. Při polohování kontrolujeme ohrožená místa kůže. Pacient musí ležet v suchu. (3)

1.9 Prognóza

Léčba poranění míchy je záležitostí dlouhodobé odborné péče. Po léčení nemocničním následuje léčba rehabilitační ve speciálních rehabilitačních ústavech. Léčebná rehabilitace končí tím, že bylo dosaženo maximálně možného úspěchu. Zhruba po jednom roce dochází ke stabilizaci zdravotního stavu – nelze předpokládat další pronikavé zlepšení v oblastech ochrnutých svalů. Další rehabilitací lze jen posilovat a naučit se využívat skupin svalů, kde není ochrnutí úplné. Po intenzivní léčebné rehabilitaci má pokračovat dále rehabilitace psychologická, pracovní a sociální. Paraplegici jsou většinou schopni se do jednoho roku zařadit do aktivního života (pracovní, rodinný, sportovní, společenský život...). Většinu životních situací lze z vozíku zvládnout, pokud je upraveno životní prostředí.

Paraplegici běžně pracují, zakládají rodiny a vychovávají vlastní děti. Společenský, kulturní, sportovní i rodinný život má svá specifika, ale může být plnohodnotný a aktivní.

2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K. Z.

Oslovení: pan Z.

Věk: 43 let

Vyznání: ateista

Vzdělání: SŠ

Povolání: Policie ČR – praporčík

Pojišťovna: VZP (111)

Národnost: česká

Adresa: Karlovarský kraj

Telefon: ano

Stav: ženatý

Datum přijetí: 5. 3. 2009

Důvod přijetí: Překlad z krajské nemocnice k další léčbě po pádu z kola, polytrauma z 21. 2. 2009.

Datum mého ošetřování: 7. – 10. 4. 2009

3 Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza - běžná dětská onemocnění, operace – 0, úrazy – 0, ICHS – 0, hypertenze – 0, DM – 0, TBC – 0, hepatitida – 0, TBC – 0, glaukom -0, dárce krve

Rodinná anamnéza – matka 62 let, hypertenze, otec 68 let, obezita, hypertenze, DM

Alergická anamnéza – neguje

Abusus - bez škodlivých návyků, alkohol pije pacient pouze příležitostně, nekouří, drogy nebere

Farmakologická anamnéza– do úrazu sine, nyní – Fraxiparin, Helicid, Lexaurin, Citalec, Geratam, Ambrosan, Milgamma

Sociální anamnéza – ženatý, žije s rodinou v bytě 2 + 1, 3. Patro, s výtahem, Přístup do domu bezbariérový.

Nynější onemocnění – pacient sražen 21. 2. 2009 při jízdě na kole opilým řidičem – utrpěl polytrauma. Luxační fraktura L1 s následnou paraplegií, poruchou čití a sfinkterů, sériová fraktura žeber, fraktura krčku femuru vlevo, fraktura lopatky vpravo. 22. 2. 2009 provedena transpedikulární fixace Th12 – L2. 27 . 2. provedena osteosyntéza krčku femuru. 5. 3. přeložen z chirurgie na spinální jednotku k další léčbě a rehabilitaci.

Fyzikální vyšetření:

- Celkový stav: Při vědomí, orientován, spolupracuje, přiměřené výživy, hydratace v normě, bez ikteru a cyanózy, afebrilní, bez známek akutního infektu.
- Hlava, krk, hrudník, břicho: Bez patologického nálezu.
- Končetiny: Pooperační jizva nad L trochanterem, lýtka bez otoků a bolestivých změn. DK – atonie, plegie, areflexie

3.2 Lékařská diagnóza

Hlavní lékařská dg:

- Paraplegie DK, porucha čití a sfinkterů na podkladě luxační fraktury L1, polytrauma 21. 2. 2009

Ostatní lékařské dg:

- Neurogenní močový měchýř
- Neurogenní střevo
- St. po sériové fraktuře žeber bilat.
- St. po traumatickém pneumotoraxu bilat.
- St. po hrudní drenáži
- St. po OS krčku femuru 27. 2. 09

4 Diagnosticko – terapeutická péče

4.1 Diagnostika

4.1.1 Fyziologické funkce:

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou.

Ostatní FF viz příloha č. 1

4.1.2 Antropometrické údaje:

Hmotnost 80kg

Výška 179 cm

BMI: 25

4.1.3 Laboratorní vyšetření

Viz příloha č. 2

4.1.4 Další vyšetření

8. 9. 2009 – UZ měkkých tkání

V krajině levého stehna v úrovni jizvy, při jejím dolním okraji, 15mm pod kožním povrchem je smíšený, ohraničený hypoechogenní válcovitý útvar velikosti 40 x 6 mm.

9. 9. 2009 – UZ břicha, ledvin, pánve

Závěr: Přiměřený UZ nález ledvin i ostatních orgánů dutiny břišní.

4.2 Terapeutická péče

4.2.1 Farmakoterapie:

Název	Zp. podání	Dávkování	Indikační skupina
Citalec 20mg tbl	per os	1 – 0 – 0 – 0	antidepresivum
Prothazin 25mg tbl	per os	0 – 0 – 0 – 1	antihistaminikum
Helicid 10 mg cps	per os	0 – 0 – 2 – 0	antiulcerozum
Piracetam 800 mg tbl	per os	3 – 2 – 0 – 0	nootropikum
Warfarin 5 mg tbl	per os	0 – 1,5 – 0 – 0	antikoagulancium
Paralen 500 mg tbl	per os	Při febrilii nad 38,5°C	analgetikum, antipyretikum
Hylak 2 ml	per os	1 – 0 – 1 – 0	eubiotikum
Tienam 1gr	i. v.	6:00 – 14:00 – 22:00 hod	antibiotikum
Glycerin supp	per rectum	á 3 dny	laxativum

Podrobně viz příloha č. 3

4.2.2 Fyzioterapie, pohybový režim

Po dobu mého ošetřování prováděl pacient RHB s fyzio a ergoterapeutkou. Rehabilitace zahrnovala kinezioterapii, dechovou rehabilitaci, cvičení na neurofyziologickém podkladě, péči o jizvy, cvičení kloubních a svalových rozsahů, kondiční cvičení, motomed, vertikalizační stůl. ADL zatím na lůžku, nácvik přesunů na vozík s pomocí druhé osoby.

4.2.3 Dietoterapie:

dieta č. 3, racionální

5 Stručný průběh hospitalizace

Pan Z. byl přijat na spinální jednotku 5. 3. 2009 pro další léčbu a rehabilitaci po úrazu ze dne 21. 2. 2009, kdy byl při jízdě na kole sražen opilým řidičem a utrpěl polytrauma. Při

příjmu dne 5. 3. pacient již netrpěl bolestmi, ale špatně spal, nevybavoval si některá slova a hůře rozuměl čtenému textu.

Po dobu mého ošetřování tyto problémy pacient již neměl. Pan. Z působí pozitivně. Měl každý den naplánovaný rozpis rehabilitací, fyzio i ergoterapie. V době mého ošetřování měl pacient zrušen permanentní močový katétr a nacvičovali jsme samostatné cévkování, což pacient ovládal sám již druhý den po vyndání PMK.

Pacient potřeboval částečnou asistenci při přesunu na vozík a z vozíku a při nočním polohování. Ostatní činnosti zvládal s minimální asistencí.

Pacient velmi dobře spolupracoval s celým zdravotnickým týmem.

Na konec dubna má plánovaný rehabilitační pobyt v rehabilitačním zařízení v Kladrubech a poté Centru Paraple. Do obou zařízení se velice těší.

C Ošetřovatelská část

6 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta

6.1 Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci, objektivní hodnocení sestrou.

Pacient před úrazem nikdy vážněji nestonal. Aktivně se věnoval sportu, především cyklistice. Po úrazu se panu Z. v tomto ohledu úplně změnil život a priority v životě. Pana Z. ale nejvíce podržela jeho rodina, která mu byla v nejtěžších chvílích pevnou oporou. Nyní je již, dle jeho slov, poměrně vyrovnaný. Začíná se zajímat o aktivity, které je možné vykonávat i na vozíku, má podány žádosti do dvou rehabilitačních center kde, jak doufá, se mu obzory ještě rozšíří a otevřou nové možnosti. Pan Z. je plně informován o své diagnóze a přeje si, aby mu nebyly zatajovány žádné informace.

6.2 Základní somatické potřeby

6.2.1 Dýchání

Anamnéza: Pacient neměl před úrazem problémy s dýcháním. Aktivně sportoval, žádným chronickým onemocněním dýchacích cest netrpěl. Bezprostředně po úrazu měl ztížené dýchání, zapříčiněné imobilitou a počáteční zástavou plynů a stolice.

Současný stav: V současné době problémy s dýcháním nemá, s fyzioterapeutkou provádí denně dechovou rehabilitaci. Nekouřil a nekouří. Problémy s dýcháním nemá, dýchací cesty jsou volné, rýma, kašel nejsou. Pacient se ani při rehabilitačním cvičení nezadýchává. Dušností netrpí. Dechová frekvence 18 dechů/min.

6.2.2 Hydratace

Anamnéza: Doma pil pacient dostatečně. Denně kolem 2 litrů, převážně neperlivou balenou vodu, občas čaj nebo ředěné ovocné džusy. Při fyzické námaze doplňoval tekutiny iontovými nápoji.

Současný stav: V nemocnici pije pacient kolem 1,5 litrů denně. Převážně balenou vodu, ale také neslazený čaj. Pacient dostatečně hydratovaný.

6.2.3 Výživa

Anamnéza: Neměl žádná dietní opatření, stravoval se, dle jeho slov, normálně. Žádná dietní opatření nedodržoval. Aktivně se věnoval sportu. Problémy s nadváhou nikdy neměl.

Současný stav: Pacient nemá žádná dietní omezení. V nemocnici má dietu č. 3, racionální. Žádné speciální požadavky, co se týče stravy, nemá. Nadváhou, ani podvýživou netrpí. Po úraze pacient zhubl. Úbytek váhy je zapříčiněn dlouhodobou imobilizací a současnou paraplegií. Pacient zhubl převážně na dolních končetinách. Zhubnutí způsobil úbytek svalové hmoty, zapříčiněný imobilizací DK. BMI pacienta 25, z doby před úrazem, v současné době BMI neměřeno, nebylo by směrodatné, vzhledem k atrofii. Pac. Nemá zubní protézu, chrup zdravý, sanován.

6.2.4 Vyprazdňování stolice

Anamnéza: Pacient problémy s vyprazdňováním stolice neměl. Chodil na stolici pravidelně, každý den. Laxativa nikdy neužíval, problémy s průjmy neměl. Po úrazu vyvinuto neurogenní střevo, řešeno aplikací čípků, digitálním vybavováním stolice. Postupně nácvik pravidelného vyprazdňování.

Současný stav: Pacient se vyprazdňuje převážně pomocí glycerinových čípků, které na naordinované každé tři dny. Pokračuje se v nácviku vyprazdňování, který spočívá v pravidelné aplikaci čípků (ve stejný čas, stejné poloze), případně digitální stimulaci, nevyprázdní-li se pac. Do 60ti minut. Poslední stolice byla 5. 4., spontánně. Dnes, 7. 4. má pacient odpoledne naplánované vyprázdnění pomocí čípku.

6.2.5 Vyprazdňování moči

Anamnéza: Pacient problémy s vyprazdňováním moči před úrazem neměl, prostatické problémy také ne. Inkontinenci netrpěl. Po úrazu pac. Zacévkován PMK, pro neurogenní močový měchýř.

Současný stav: Pacient má stále zavedený PMK, na spád, PMK odvádí. Příměsi v moči nejsou, okolí katétru nejeví známky infekce.

6.2.6 Spánek a odpočinek

Anamnéza: Pan Z. nikdy problémy se spánkem neměl, byl zvyklý spát kolem 6ti hodin denně a dle jeho slov mu to stačilo. Po úrazu měl pan Z. akutní bolesti, které mu spánek narušovaly. Spánek měl narušený také z důvodu špatného psychického stavu. V té době bral uklidňující léky i léky na spaní.

Současný stav: V nemocnici spí dobře, má naordinované léky na usínání, které ale pravidelně neužívá. V současné době se cítí po psychické stránce mnohem lépe, než krátce po úrazu. Přes den nemá potřebu spát, někdy je unavený po cvičení, ale ani tak přes den nespí. Pacient je ráno vyspalý a odpočatý. Během dne únavou netrpí, přes den nespí.

Pan Z. je v noci každé 3 hodiny polohován.

6.2.7 Teplo a pohodlí

Anamnéza: Pan Z. žije v městském bytě, pokojovou teplotu má rád kolem 20ti stupňů.

Současný stav: Pacientovi teplota v nemocnici vyhovuje, zima ani horko mu není. Je umístěn na dvoulůžkovém pokoji, na lůžku u dveří. Pacient nemá zvýšenou teplotu, zimnici, ani není podchlazený.

6.2.8 Bolest

Anamnéza: Pacient netrpěl žádnými chronickými bolestmi, pravidelně žádná analgetika neužíval. Pokud se někdy bolest vyskytla, řešil ji pan Z. Ibalginem. Bezprostředně po úraze trpěl pacient velkými poúrazovými a pooperačními bolestmi. Tyto byly léčeny v rámci poúrazové a pooperační péče.

Po úraze + současnost: Na spinální jednotku byl přijímán s mírnými bolestmi. V době mého ošetřování pacient bolestmi netrpí. Občas se dostaví spazmy, ale pacient neudává tento stav jako bolestivý.

6.2.9 Osobní hygiena a stav kůže

Anamnéza: Pacient byl absolutně soběstačný. Udává, že o svůj zevnějšek vždy pečoval. Byl zvyklý se sprchovat většinou večer před spaním nebo po fyzické námaze. Alergiemi na kosmetické přípravky netrpí. S kůží problémy nikdy neměl, exémy netrpěl.

Současný stav: V nemocnici provádí osobní hygienu ráno. Tato změna mu nečiní žádné problémy. Pacient je upravený, vlasy myté, krátce zastřižené, vousy oholené, nehty zastřižené, čisté. Kůže nejeví známky dehydratace ani hyperhydratace. Kožní turgor dobrý. Žádné vyrážky nebo alergické reakce pacient na kůži nemá. Čerstvé operační rány také ne.

6.2.10 Sexuální potřeby

Anamnéza: Pacient vedl plnohodnotný sexuální život

Současný stav: Pan Z. je o svém stavu a možnostech informován od svého sexuologa. Erektilní dysfunkcí pacient netrpí.

6.2.11 Tělesná a duševní aktivita

Anamnéza: Pacient je velmi aktivní člověk, před úrazem se aktivně, až profesionálně, věnoval cyklistice. Účastnil se různých závodů a cyklistických akcí. Z dalších sportů má rád tenis a plavání.

Současný stav: V nemocnici rehabilituje a cvičí s fyzioterapeuty. Využívá všechny dostupné rehabilitační přístroje. Do budoucna by se chtěl věnovat nadále cyklistice, vyzkoušet handbike, případně se věnovat tenisu.

6.3 Psychosociální potřeby

Existenciální

6.3.1 Bezpečí a jistota

Pacient má narušený pocit jistoty a bezpečí. Jeho největší obavou je zaměstnání, protože pracoval u Policie ČR a na vozíku nebude moci svou současnou práci nadále vykonávat. O tomto problému zatím s nikým ze současného zaměstnání nehovořil. Doufá ale, že bude možnost získat u zaměstnavatele jinou pracovní pozici, kterou bude moci zastat i na vozíku. Přesto má pan Z. obavy, zda finančně dostatečně zajistí rodinu.

6.3.2 Zdraví

Anamnéza: Pacient netrpěl žádným chronickým onemocněním. Byl sportovně aktivní, čímž se udržoval v dobré fyzické kondici.

Současný stav: Úraz změnil pacientovi kompletně život Po dvou měsících po nehodě se začínají panu Z. otvírat nové obzory a věří, že se naučí se svým handicapem vést plnohodnotný život.

6.3.3 Soběstačnost

Anamnéza: Pacient byl před úrazem plně soběstačný. Nikdy nebyl ani hospitalizován v nemocnici. Pomoc druhých v oblasti soběstačnosti nikdy nepotřeboval. Krátce po úrazu a operaci byl zcela odkázán na zdravotnický personál. Díky ošetřovatelské péči a rehabilitaci se jeho soběstačnost postupně zvyšovala.

Současný stav: Po dobu mé ošetřovatelské péče, tzn. dva měsíce po nehodě, je pan Z. stále závislý na svém okolí. Pomoc potřebuje hlavně při přesunu na vozík.

V Barthelově testu základních všedních činností ADL dosáhl pacient 50ti bodů, což značí závislost středního stupně. viz příloha č. 4

6.3.4 Sociální a ekonomické jistoty

Anamnéza: Pan Z. udává, že finanční problémy v rodině neměli. Oba byli s manželkou pracující, dcera si již vydělává na brigádách. Nadstandardně si, podle slov pacienta nežili, ale na druhou stranu také určitě nestrádali.

Současný stav: Pan Z. se obává, že se situace zhorší. Na vozíku nebude moci vykonávat své dosavadní povolání. A pan Z. se obává, že invalidní důchod nebude pro udržení jejich dosavadní životní úrovně dostačující a doufá, že získá práci, kterou bude moci vykonávat i na invalidním vozíku.

6.3.5 Adaptace na prostředí a nemoc

Pacient se na prostředí spinální jednotky adaptoval dobře. Cvičení a pokroky, které cvičení přináší, ho povzbuzují a motivují k další práci. Těší se do rehabilitačního střediska v Kladrubech a do Centra Paraple, kde se, jak doufá, seznámí s novými lidmi s podobným osudem a očekává, že také od nich nabude nových zkušeností a rad.

Afiliační - sociální

6.3.6 Potřeba lásky

Anamnéza: Pan Z. žije se svou manželkou 18 let. Dle jeho slov mají harmonický vztah a stále se mají velice rádi. Mají spolu jednu téměř dospělou dceru, kterou oba velice milují. Před úrazem neměli v manželství rozpory, pomine-li běžné manželské neshody.

Současný stav: Pana Z. navštěvuje manželka s dcerou o víkendech a to z důvodu velké vzdálenosti bydliště. Pan Z. se domnívá, že ho jeho rodina bude i nadále psychicky podporovat. Má ve své manželce nejsilnější oporu a je si jist, že ho manželka neopustí.

6.3.7 Potřeba sounáležitosti

Pacient má velice hezký vztah se svou rodinou. Do nemocnice ho přišli několikrát navštívit i jeho kamarádi z cyklistiky. Přátele a rodinu vidí vždy rád, už se těší, až bude blíž domovu.

6.3.8 Sebeúcta, sebepojetí a seberealizace

Pan Z. se necítí méněcenný ani nepotřebný. V budoucnosti má obavy pouze v oblasti zabezpečení své rodiny. Na druhou stranu ale věří, že si najde zaměstnání, které bude moci plnohodnotně vykonávat i na vozíku. Sportu se chce aktivně věnovat i nadále. Chce vyzkoušet tenis a handbike.

Pacient na mě působil velice pozitivně a sebejistě. Dle mého názoru se se svým postižením vyrovnává dobře. Dva měsíce po úrazu je ale velmi krátká doba na vyrovnání se se změnami, které přináší ochrnutí končetin a život na vozíku.

6.3.9 Duchovní potřeby

Pacient není věřící, do kostela nechodí. V nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. Nejdůležitější je pro něj jeho rodina a její zdraví.

7 Ošetřovatelské diagnózy

7. 9. 2009

1. Soběstačnost snížená v souvislosti s paraplegií, projevující se sníženou schopností uspokojovat potřeby sebepéče.

2. Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s paraplegií, projevující se schopností vyprázdnit se jen s pomocí čípku.

3. Změna vyprazdňování moči v souvislosti se zavedeným močovým katétrem, s rizikem vzniku komplikací.

4. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s paraplegií.

5. Riziko vzniku autonomní dysreflexie v souvislosti s paraplegií.

6. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným PŽK.

8. 4. 2009

7. Strach z budoucnosti, ve smyslu obavy z neschopnosti finančně zabezpečit rodinu po úrazu, projevující se občasnou sklíčeností.

8 Cíl, plán, realizace, hodnocení

8.1 Soběstačnost snížená v souvislosti s paraplegií, projevující se sníženou schopností uspokojovat potřeby sebepéče.

Cíl: Pacient má k dispozici signalizační zařízení, které používá v případě potřeby.
Pacient má k dispozici kompenzační pomůcky a umí je používat.
Pacient má saturované základní potřeby

Plán: Asistovat pacientovi v případě potřeby přesunu z vozíku nebo na vozík.
Poskytnout pacientovi dostatek informací o možných kompenzačních pomůckách, zajistit pacientovi tyto pomůcky.
Poskytnout pacientovi dostatek času, pomoci pacientovi v případě potřeby.

Realizace: Pacientovi jsme každé ráno pomáhali při přesunu na vozík. Ranní hygienu poté zvládal již samostatně. Pacienta jsme ujistili, že v případě potřeby nás má kontaktovat signalizačním zařízením. Pacient se stravoval na pokoji u stolu, zvládal sám. Při rehabilitaci se učil přesouvat na lůžko a z lůžka samostatně, pomocí přesouvací desky, zatím sám ale nezvládal.

Vyhodnocení: Pacient potřebuje pouze minimální asistenci, při přesunu z lůžka a na lůžko, při hygieně (mytí zad, osušení DK, namazání zad, DK…) O asistenci si řekne sám.
Pacient má uspokojeny základní potřeby.

8.2 Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s paraplegií, projevující se schopností vyprázdnit se jen s pomocí čípku.

Cíl: Krátkodobý: Pacient se dnes vyprázdní do hodiny po aplikaci čípku.

Dlouhodobý: Pacient se vyprazdňuje každé 3 dny.

Plán: Poučit pacienta o příčině poruchy vyprazdňování.

Poučit pacienta o nutnosti užívání glycerinových čípků, nevyprázdní-li se spontánně.

Sestavení programu péče o střevo, který bude zahrnovat: Dostatečná hydratace, provádění rektální stimulace, naplánování vyprazdňování ve stejný čas, ve stejné poloze, provádění digitální stimulace pokud nedojde k vyprázdnění do 60ti minut.

Realizace: Pacient se naposledy vyprázdnil před třemi dny, spontánně. Na dnešek jsme proto naplánovali zavedení glycerinového čípku, dle ordinace lékaře.

Po vyprázdnění začátek realizace plánu péče o střevo.

Vyhodnocení: Pacient se po aplikaci čípku cca za 45 min vyprázdnil. Stolice fyziologická, bez příměsí.

Dlouhodobý cíl nelze hodnotit.

8.3 Změna vyprazdňování moči v souvislosti se zavedeným močovým katétrem.

Cíl: Pacient je dostatečně vyprázdněn.

Močový katétr je průchodný, odvádí na spád.

Moč je bez příměsí.

Pacient je bez známek infekce močových cest.

Plán: Sleduj množství a barvu moči.

Kontroluj průchodnost katétru.

V případě neprůchodnosti katétru proveď proplach, nepomůže-li propláchnutí, informuj lékaře o nutnosti výměny močového katétru.

Realizace: Sledovala jsem průchodnost katétru, množství a barvu moči.

7. 4. - Pacient má zavedený PMK, na spád, PMK odvádí. Příměsi v moči nejsou, okolí katétru nejeví známky infekce.

8. 4. byl pacientovi PMK odstraněn. Pacient se v nadcházejících dnech bude cévkovat jednorázově. S pacientem jsme nacvičovali cévkování, aby se dokázal vyprázdnit bez asistence.

Hodnocení: Pan Z. měl, po dobu mého ošetřování zavedený PMK pouze jeden den. Za tuto dobu odváděl PMK dobře, moč byla v dostatečném množství, bez příměsí. Po vyndání PMK se pan Z. cévkoval jednorázově, od 9. 4. zvládal cévkování s dohledem sám.

8.4 Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s paraplegií.

Cíl: Pacient zná rizika vzniku dekubitů.

Pacient zná příznaky vznikajícího dekubitu.

Pacient nemá dekubity.

Plán: Kontroluj pravidelně pacientova predilekční místa.

Polohuj pacienta každé tři hodiny, je-li na lůžku.

Popiš pacientovi příčiny vzniku dekubitů.

Popiš pacientovi projevy začínajícího dekubitu.

Ujisti se kontrolními otázkami, že pacient tvé edukaci rozuměl a zná příznaky počínajícího dekubitu.

Pouč pacienta, že v případě přicházejících příznaků dekubitu musí neprodleně informovat zdravotnický personál.

Seznámit pacienta s pomůckami k prevenci vzniku proleženin.

Realizace: Pacientovi jsme vysvětlili problematiku vzniku dekubitů. Pravidelně jsme ho polohovali, věnovali zvýšenou péči predilekčním místům, která jsme promazávali a ošetřovali ochranou pastou. Pacient zná pomůcky k prevenci vzniku dekubitů.

.

Vyhodnocení: Pacient je bez dekubitů.

8.5 Riziko vzniku autonomní dysreflexie, v souvislosti s paraplegií.

Cíl: Pacient zná příznaky autonomní dysreflexie.

Pacient nemá příznaky autonomní dysreflexie.

Plán: Informuj pacienta o existenci a riziku vzniku autonomní dysreflexie.

Popiš pacientovi příčiny vzniku autonomní dysreflexie.

Popiš pacientovi projevy začínající autonomní dysreflexie.

Ujisti se kontrolními otázkami, že pacient tvé edukaci rozuměl a zná příznaky autonomní dysreflexie.

Pouč pacienta, že v případě přicházejících příznaků AD musí neprodleně informovat zdravotnický personál.

Realizace: Pacientovi jsme vysvětlili problematiku autonomní dysreflexie, příznaky přicházející autonomní dysreflexie. Pacient byl poučen, že v případě, když se nebude cítit dobře, bude informovat lékaře nebo sestru.

Vyhodnocení: Po dobu mého ošetřování nemá pacient příznaky AD

8.6 Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným PŽK.

Cíl: Pac. zná příznaky infekce.

Pacient nemá známky infekce

Plán: Kontrolovat místo vpichu minimálně 1x den.

Asepticky převazovat místo zavedení katétru každý den.

Kontrolovat průchodnost a dobu zavedení PŽK.

Monitorovat místo vpichu.

Změny v okolí vpichu, neprůchodnost katétru zaznamenat do dokumentace.

Zkontrolovat, zda nemá pacient alergickou reakci na náplast nebo desinfekční prostředek.

Seznámit pacienta s projevy infekce.

Realizace: Kontrolovala jsem místo vpichu alespoň 1 x za 24 hodin. Pacient má předepsanou i. v. farmakoterapii každý den, čímž je zajištěna kontrola průchodnosti katétru. Katétr byl měněn 5. 4., po dobu mého ošetřování znovu měněn nebyl. Známky infekce se neprojevily.

Vyhodnocení: Pacient zná projevy infekce, umí rozpoznat infekci.

Po dobu mého ošetřování pacient nemá známky infekce.

8.7 Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným PMK.

Cíl: Pacient zná příznaky infekce.

Pacient nemá známky infekce.

Plán: Kontrolovat místo vstupu PMK každý den.

Kontrolovat průchodnost a dobu zavedení PMK.

Změny v okolí vstupu, neprůchodnost katétru nahlásit lékaři a zaznamenat do dokumentace .

Kontrolovat, zda nemá pacient alergickou reakci na mýdlo, nebo desinfekční prostředek, používaný při osobní hygieně.

Realizace: Kontrolovala jsem místo vstupu katétru alespoň 1 x za 24 hodin. Katétr byl zaveden 2. 4.

Dne 8. 4. byl PMK vyndán a pacient se dále cévkoval jednorázově.

Vyhodnocení: 8. 4. Pac nemá známky infekce v okolí vstupu PMK.

8.8 Strach z budoucnosti ve smyslu obavy z neschopnosti finančně zabezpečit rodinu po úrazu, projevující se občasnou sklíčeností.

Cíl: Pacientovy obavy se zmírní.

Plán: Komunikuj s pacientem, buď mu nablízku.

Zajisti pacientovi konzultaci s odborníkem, bude-li o to stát.

Realizace: S pacientem jsem hovořila o jeho obavách. Poskytla jsem mu informace v rámci svých vědomostí a zkušeností, které jsem získala při práci s vozíčkáři. Pan Z. byl po dobu mé péče úzkostný pouze jednou a to, když jsme na toto téma narazili společně a povídali si o něm. Nabídla jsem pacientovi možnost konzultace s psychologem.

Hodnocení: Odbornou pomoc pan Z. zatím nechce. Pokusí se nejdříve poohlédnout se a blíže informovat sám. Pacientovy obavy se nezmírnily.

9 Edukace

Pacient byl v době mého ošetřování hospitalizován na spinální jednotce již druhý měsíc. Byl tedy již dostatečně edukován o chodu a zvyklostech oddělení. Edukace, po dobu mého ošetřování byla převážně v oblasti soběstačnosti, vyprazdňování moči a stolice a prevence a péči o dekubity. V době mé péče byl vyndán pacientovi permanentní močový katétr a pacient se učil se jednorázově cévkovat. Zvládl cévkování sám, již druhý den po vyndání PMK. Dále jsme pacienta edukovali o možnostech konzultace se specialisty. Za důležité považuji také edukaci rodiny a lidí, kteří se budou o pana Z. starat po propuštění domů. Edukace by měla být zaměřena na problematiku prevence dekubitů, péči o pokožku, oblast vyprazdňování moči a stolice a riziko vzniku autonomní dysreflexie. Po dobu mého ošetřování nebyl nikdo z rodiny na spinální jednotce přítomen, proto jsem edukaci neprováděla.

10 Ošetřovatelský závěr a prognóza

Pan Z. je hospitalizovaný na spinální jednotce pro paraplegii po prodělaném polytraumatu. Pacient je na oddělení hospitalizován druhý měsíc, je bez akutních problémů. Komplikace nejsou. Spolupracuje, orientován místem, časem, osobou. Má zavedený PŽK na LHK. PMK byl odstraněn, pacient se cévkuje sám, jednorázově. Vyprazdňuje se pravidelně jednou za tři dny pomocí glycerinového čípku. Po psychické stránce se zdá být pan Z. vyrovnaný. Komplikace se ale mohou ještě dostavit po návratu domů, až bude nucen řešit situace související s jeho postižením. Pokud tato situace nastane, doporučila bych konzultaci s odborníkem.

Prognóza

Pacient je bez komplikací, je plánovaný překlad do rehabilitačního centra v Kladrubech, následně na rehabilitační pobyt do Centra Paraple v Praze. Pan Z. působí velmi vyrovnaně a cílevědomě. Má silnou podporu ze strany své rodiny, přesto může dojít k psychickým problémům, souvisejících s jeho postižením. První rok po úraze je nejdůležitější pro

rehabilitaci. Proto čeká pana Z. intenzivní rehabilitační pobyt v RHB centrech v Kladrubech a Praze.

Sebereflexe

Péče o pana Z. byla pro mě velmi zajímavá a naplňující. Díky zpracování práce na spinální jednotce jsem se dozvěděla nové poznatky o péči o klienty na tomto oddělení. Pan Z. byl velmi přátelský a milý člověk a velmi se těším na další setkání s ním.

D Použitá literatura

1) BENEŠ V. *Poranění míchy*, Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-079-87

2) KAŇOVSKÝ P., HERZIG R. *Speciální neurologie*, Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244

3) PARAPLEGICKÉ FÓRUM *Doporučené postupy v léčbě a rehabilitaci pacientů po poškození míchy*, Praha: Svaz paraplegiků, 2005

4) PETEROVÁ V. *Páteř a mícha*, Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-336-2

5) SAMEŠ M. *Neurochirurgie*, Praha: Maxdorf, 2005. 80-7345-072-0

6) SVAZ PARAPLEGIKŮ CENTRUM PARAPLE *Paraplegie, tetraplegie*, Praha, 1997

1664-9

7) ŠRÁMKOVÁ T. *Možný následek poranění míchy?*, Praha, 2005

8) www.spinalcord.cz

Další zdroje informací

9) Pacient – rozhovor, pozorování

10) Dokumentace

11) Zdravotnický personál

E Seznam použitých zkratek

P – puls

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

FF – fyziologické funkce

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

i.v. – intravenózní podání léků

supp. – supositorium = čípek do konečníku

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

AD – autonomní dysreflexie

F Přílohy

Příloha č. 1 - Fyziologické funkce

	TK			P			TT		
7.4.2009	130/70			72´			36,2°C		
8.4.2009	130/60			60‘			36,5°C		
9.4.2009	135/80			66‘			36,8°C		
10.4.2009	120/80			62‘			35,9°C		

Příloha č. 2 – Laboratorní vyšetření

Datum	Krevní obraz				
8. 4. 2009	WBC	8. 6	X10´9/l	4.0 – 10.0	x
	RBC	4. 02	X10´12/l	4.5 – 6.3	↓
	HGB	12. 1	g/dl	14 - 18	↓
	HCT	0. 360		0. 380 – 0. 520	↓
	MCV	89. 6	fl	82.0 – 92.0	
	MCH	30. 1	pg	27.0 – 33.0	
	MCHC	33.6	g/dl	32.0 – 36.0	
	RDW	14.2	%	11.6 – 13.7	↑
	PLT	347	X10´9/l	140 - 440	
	MPV	7.7	fl	7.8 - 11	↓
	PCT	0.267		0.109 – 0.484	
	PDW	16	%	15.0 – 17.2	
8. 4. 2009	Diferenciál				
	lymfocyty	0.218		0.250 – 0.330	↓
	monocyty	0.114		0.030 – 0.100	↑
	neutrofily	0.613		0.570 – 0.680	
	eozinofily	0.050		0.000 – 0.050	
	bazofily	0.005		0.000 – 0.025	
	Abs.poč.lymfocytů	1.875		1.000 – 3.300	
	Abs.poč.monocytů	0.980		0.120 – 1.000	
	Abs.poč.granulocytů	5.745		2.280 – 6.800	
8. 4. 2009	Hematologie				
	QUICK	28.7	sec.		
	QUICKN	13.3	sec		
	INR	2.54		0.80 – 1.20	

Příloha č. 3

Farmakoterapie

7. 4. 2009

Název	Zp. podání	Dávkování	indikační skupina
Citalec 20mg tbl	per os	1 – 0 – 0 – 0	antidepresivum
Prothazin 25mg tbl	per os	0 – 0 – 0 – 1	antihistaminikum
Helicid 10 mg cps	per os	0 – 0 – 2 – 0	antiulcerozum
Piracetam 800 mg tbl	per os	3 – 2 – 0 – 0	nootropikum
Warfarin 5 mg tbl	per os	0 – 1,5 – 0 – 0	antikoagulancium
Paralen 500 mg tbl	per os	při febrilii nad 38,5°C	analgetikum, antipyretikum
Hylak 2 ml	per os	1 – 0 – 1 – 0	eubiotikum
Tienam 1gr	i. v.	6:00 – 14:00 – 22:00 hod	antibiotikum
Glycerin supp	per rectum	á 3 dny	laxativum

8. 4. 2009

Název	Zp. podání	Dávkování	indikační skupina
Citalec 20mg tbl	per os	1 – 0 – 0 – 0	antidepresivum
Prothazin 25mg tbl	per os	0 – 0 – 0 – 1	antihistaminikum
Helicid 10 mg cps	per os	0 – 0 – 2 – 0	antiulcerozum
Piracetam 800 mg tbl	per os	3 – 2 – 0 – 0	nootropikum
Warfarin 5 mg tbl	per os	0 – 1,5 – 0 – 0	antikoagulancium
Paralen 500 mg tbl	per os	při febrilii nad 38,5°C	analgetikum, antipyretikum
Hylak 2 ml	per os	1 – 0 – 1 – 0	eubiotikum
Tienam 1gr	i. v.	6:00 – 14:00 – 22:00 hod	antibiotikum
Glycerin supp	per rectum	á 3 dny	laxativum

9. 4. 2009

Název	Zp. podání	Dávkování	indikační skupina
Citalec 20mg tbl	per os	1 – 0 – 0 – 0	antidepresivum
Prothazin 25mg tbl	per os	0 – 0 – 0 – 1	antihistaminikum
Helicid 10 mg cps	per os	0 – 0 – 2 – 0	antiulcerozum
Piracetam 800 mg tbl	per os	3 – 2 – 0 – 0	nootropikum
Warfarin 5 mg tbl	per os	0 – 1,5 – 0 – 0	antikoagulancium
Paralen 500 mg tbl	per os	při febrilii nad 38,5°C	analgetikum, antipyretikum
Hylak 2 ml	per os	1 – 0 – 1 – 0	eubiotikum
Tienam 1gr	i. v.	6:00 – 14:00 – 22:00 hod	antibiotikum
Glycerin supp	per rectum	á 3 dny	laxativum

10. 4. 2009

Název	Zp. podání	Dávkování	indikační skupina
Citalec 20mg tbl	per os	1 – 0 – 0 – 0	antidepresivum
Prothazin 25mg tbl	per os	0 – 0 – 0 – 1	antihistaminikum
Helicid 10 mg cps	per os	0 – 0 – 2 – 0	antiulcerozum
Piracetam 800 mg tbl	per os	3 – 2 – 0 – 0	nootropikum
Warfarin 5 mg tbl	per os	0 – 1,5 – 0 – 0	antikoagulancium
Paralen 500 mg tbl	per os	při febrilii nad 38,5°C	analgetikum, antipyretikum
Hylak 2 ml	per os	1 – 0 – 1 – 0	eubiotikum
Tienam 1gr	i. v.	6:00 – 14:00 – 22:00 hod	antibiotikum
Glycerin supp	per rectum	á 3 dny	laxativum

Farmakoterapie - Indikace, složení, nežádoucí účinky

Citalec 20 mg

Generický název: Citalopram

Indikace: Citalec je určen k léčbě deprese nebo panické poruchy bez ohledu na jejich příčinu, formu a závažnost. Přípravek je vhodný i pro udržovací léčbu.

Nežádoucí účinky: zvýšené pocení, bolest hlavy, třes, poruchy spánku, sucho v ústech, nevolnost, zácpa, slabost nebo ztráta síly (astenie). vyrážka, svědění, bolesti svalů (myalgie), závratě, mravenčení.

Prothazin 25mg

Generický název:: Promethazini hydrochloridum

Indikace: Prothazin se používá k léčení reakcí z přecitlivělosti (tj. při kopřivce, vyrážce po lécích, pylové rýmě, reakcích po bodnutí hmyzu aj.), průduškového astmatu, spastického zánětu průdušek, k předcházení a léčbě nevolnosti a zvracení při jízdě dopravními prostředky, ke zklidnění při úzkosti, nadměrném napětí a k odstranění poruch spánku způsobených těmito stavy.

Nežádoucí účinky: Přípravek je obvykle dobře snášen, ale zejména na začátku léčby se může vyskytnout zvýšená únava až spavost.

Helicid 10 mg

Generický název: Omeprazol

Indikace: používán u osob, které trpí častými (více než 2 dny v týdnu) příznaky typu pálení žáhy či žaludečního překyselení.

Nežádoucí účinky: Přípravek se obvykle dobře snáší. Nežádoucí účinky, které se přesto mohou v průběhu léčby vyskytnout, jsou obvykle mírné a vymizí při přerušení léčby. Může se objevit bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, zvracení a plynatost.

Piracetam 800 mg

Generický název: Piracetam

Indikace: Přípravek se používá k podpůrné léčbě následků cévních mozkových příhod a k podpůrné léčbě poruch vědomí a závratí vyvolaných úrazem nebo poruchou prokrvení mozku.

Nežádoucí účinky: hyperkineze (nadměrné, mimovolní pohyby, zvláště končetin), zvýšená psychomotorická aktivita, poruchy spánku a nespavost, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, průjem.

Warfarin 5 mg

Generický název: Warfarinum natricum

Indikace: Přípravek se používá k prevenci a léčbě hluboké žilní trombózy dolních končetin a plicní embolie

Nežádoucí účinky: Krvácení - slabé krvácení (z nosu nebo z dásní, nebo tvoření podlitin) jsou nejobvyklejšími formami krvácení.

Paralen 500mg

Generický název: Paracetamol

Indikace: přípravek se používá při bolestech různého původu např. při bolestech hlavy, zubů, pohybového ústrojí, dále při chřipkových onemocněních, ke snížení zvýšené tělesné teploty, při bolestivé menstruaci.

Nežádoucí účinky: Přípravek vyvolává nežádoucí účinky jen zřídka. Mohou se vyskytnout alergické reakce, např. kožní vyrážky.

Hylak forte

Složení: 100 ml roztoku přípravku obsahuje: Bezzárodkový koncentrát: escherichiae coli metabolita, Streptococci faecalis metabolita, Lactobacilli acidophili metabolita, Lactobacilli helvetici metabolita.

Indikace: Přípravek se používá při nadýmání, průjmu nebo zácpě, poruchách trávení, při trávicích obtížích spojených s užíváním antibiotik nebo sulfonamidů.

Nežádoucí účinky: Nežádoucí účinky nebyly pozorovány.

Suppositoria glycerini

Generický název: Glycerol

Indikace: Přípravek se používá při zácpě různého původu, např. při změně prostředí, životosprávy, při dlouhodobém upoutání na lůžku, po operaci, při zahuštěné a zatvrdlé stolici

Nežádoucí účinky: Přípravek je dobře snášen, může však dojít ke dráždění konečníku se svěděním a pálením.

Příloha č. 4

Barthelův test základních všedních činností ADL

Činnost	Provedení činnosti	
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	**5**
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	**5**
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	**5**
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	**5**
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	**5**
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	**5**
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	**5**
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	**10**
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	**5**
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	**0**

8. 4. 2009 – 50 bodů

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý