

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1.lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Lucia TOMÁŠOVÁ

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Lucia Tomášová

Ošetrovatelská kazuistika pacienta po cévní mozkové příhodě

Nursing Care for Patient after a Cerebrovascular Accident

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Hana Horová

Praha, 20. 03. 2009

PROHLÁŠENÍ

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

V Praze 20. března 2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky vedoucí mé práce PhDr. Haně Horové.

OBSAH

A Úvod.....	4
B Klinická část.....	5
1.1 CMP, charakteristika onemocnění.....	5
1.2 Příčiny vzniku.....	5
1.3 Symptomatologie.....	6
1.4 Diagnostika.....	6
1.5 Rizikové faktory.....	7
1.6 Terapie.....	7
1.7 Ošetrovatelská péče.....	9
1.8 Prognóza.....	10
1.9 Prevence.....	10
1.10 Edukace.....	10
2 Lékařská anamnéza a diagnóza.....	12
2.1 Základní identifikační údaje.....	12
2.2 Lékařská anamnéza.....	13
2.3 Lékařská diagnóza.....	15
.3 Diagnosticko – terapeutická péče.....	16
3.1 Diagnostická péče.....	16
3.2 Terapeutická péče.....	18
3.2.1 Farmakoterapie.....	18
3.2.2 Dietoterapie.....	20
3.2.3 Fyzioterapie.....	21
3.3 Průběh hospitalizace.....	22
C Ošetrovatelská část.....	23
1.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	23
1.2 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci.....	23
1.2.1 Souhrnné hodnocení sestrou.....	23
1.2.2 Biologické potřeby.....	23
1.2.3 Psychosociální potřeby.....	25
1.3 Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	26
1.4 Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.....	27
1.5 Edukace.....	38
1.6 Závěr.....	39
1.7 Ošetrovatelská prognóza.....	39
D Použitá literatura a další zdroje.....	40
E Seznam zkratk.....	41
F Přílohy.....	42

A Úvod

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala 65 letého pacienta po CMP. Jedná se o nemoc se kterou, nebo spíš s následky které, se na geriatrickém oddělení jako sestra často setkávám. Je spojeno s náročnou péčí při ošetřování. Toto onemocnění zanechává velmi často doživotní devastující následky.

Cévní mozková příhoda je onemocnění, na které ročně umírá mnoho lidí. Po nemocech srdce a zhoubných nádorech se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí. Zatímco ve většině vyspělých států byl v posledních 10 – 20 letech díky důsledné prevenci zaznamenán výrazný pokles úmrtnosti na cévní mozkové příhody, Česká republika patří stále mezi státy s vysokou úmrtností.

Přibližně 30 000 obyvatel v jednom roce má cévní mozkovou příhodu. 40% z nich na ni do jednoho roku umírá. Z nemocných, kteří příhodu přežijí, je téměř polovina velmi těžce invalidních. Z tohoto důvodu se životní partneři postižených často vzdávají svého zaměstnání, aby mohli o postiženého pečovat. To s sebou přináší následné sociální a ekonomické problémy a pečovatelé bývají postiženi depresí často mnohem více než samotný nemocný.

Část nemocných zůstává ochrnutá a je odkázána na pomoc jiných při běžných denních činnostech. Nemoc je často doprovázená poškozením paměti, rozumových schopností či depresemi.

Nemocní vyžadují náročnou komplexní péči zdravotníků - lékařů, sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků a ostatních. Neméně důležitá je i spolupráce s rodinou. Cílem je navrátit pacienta k plnohodnotnému životu, eventuelně minimalizovat postižení do té míry, aby byla zachována soběstačnost pacienta.

Pacient i jeho rodina jsou seznámeni s účelem informací a souhlasí s jejich zpracováním pro účel závěrečné práce.

B KLINICKÁ ČÁST

1.1 CMP, charakteristika onemocnění

Cévní mozková příhoda je definována jako rychle se rozvíjející známky ložiskové ztráty mozkových funkcí, kde příznaky přetrvávají déle než 24 hodin nebo vedou ke smrti a není zde známa jiná než cévní příčina. V praxi to znamená, že může dojít k prasknutí nebo k ucpaní některé mozkové cévy. To má za následek poškození okolní mozkové tkáně. Ta je buď poškozena tlakem krve proudící z prasklé cévy, nebo se jí nedostává životně důležitého kyslíku a živin.

1.2 Příčiny vzniku

Příčiny vzniku cévní mozkové příhody jsou dvě. Dojde-li na ohraničeném okrsku mozkové tkáně k déletrvající nedokrevnosti (ischemii), postižená tkáň odumře. Vzniklé mozkové poruchy jsou výsledkem nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku mozkovým buňkám

Mozek, jehož podíl z celkové váhy člověka činí pouhá 2 %, spotřebuje 20% z celkové spotřeby kyslíku. Při poklesu dodávky kyslíku dochází nejprve k poruše funkce mozkové buňky při jejím zachování. Déletrvající nepoměr však již způsobí odumření buňky. To se projeví jako mozkový infarkt. Na celkovém počtu CMP se ischemické příhody podílejí asi 80%.

Ischemické cévní mozkové poruchy můžeme rozdělit podle příčiny vzniku nedokrevnosti mozkové tkáně do tří velkých skupin.

1. Infarkty vznikající jako důsledek aterosklerózy velkých mozkových tepen. Jedná se o nemoc cév, při které aterosklerotické pláty zúží průsvit postižených tepen.
2. Neméně významnou příčinou jsou mozkové infarkty, které vznikají jako důsledek onemocnění srdce. Typické pro ně je, že postihují častěji mladší pacienty.
3. Infarkty z postižení drobných tepének v důsledku dlouhotrvajícího neléčeného vysokého krevního tlaku. Ty představují nejméně závažnou mozkovou komplikaci.

Dalším důvodem vzniku cévní mozkové příhody je krvácení. Může se jednat buď o krvácení do mozkové tkáně (intraparenchymatózní), které tvoří 15 % CMP, nebo o krvácení mezi mozkové pleny (subarachnoidální - SAK) (5 % CMP). Větší pravděpodobnost krvácení do mozkové tkáně mají opět osoby s vysokým krevním tlakem. Tento druh krvácení je zatížen velmi vysokou úmrtností (až 50 % během prvních 30 dnů). Krvácení mezi mozkové pleny je většinou důsledkem prasknutí výdutě (aneurysmatu) na některé mozkové tepně a znamená vždy vážné ohrožení života. (3, 9, 10)

1.3 Symptomatologie

Mírnějším projevem mozkové ischemie jsou tzv. transitorní ischemické ataky (TIA). Je to obvykle jen několik minut trvající neobratnost či porucha hybnosti některé končetiny (hemiparéza), porucha řeči se zhoršením artikulace (dysartrie), ale i ztráta rozumění mluvenému slovu či nemožnost produkovat správná slova (afázie).

Může dojít také ke chvilkové ztrátě vidění na jedno oko (amaurosis fugax) či ke dvojitému nebo rozmazanému vidění. Někdy i k brnění ve stejnostranných končetinách (hemiparestézie). Trvalejší projevy jsou známkou skutečné ischemické CMP. Nejhorší možností je celková nedokrevnost mozku. Vzniká nejčastěji z důvodu zástavy srdeční činnosti. Jejím důsledkem může být hluboké bezvědomí až smrt mozku.

Příznaky mozkového krvácení jsou kombinací projevů zvýšeného tlaku uvnitř lebky (bolest hlavy, zvracení, různý stupeň poruchy vědomí) a poruchy, která je určena místem krvácení. Jedním ze vzniklých příznaků může být např. epileptický záchvat. U krvácení mezi mozkové pleny záleží na jeho míře.

Prosakuje-li krev do okolí výdutě, pacient může mít obtíže jako při migréně nebo při zánětu dutin. Obraz masivního krvácení mezi mozkové pleny je představován náhle vzniklou krutou bolestí hlavy, často se zvracením. Krvácení bývá provázeno poruchou vědomí různého stupně. Postupně také dochází z dráždění mozkových plen krví k tunutí šije. (3,10)

1.4 Diagnostika

Jako u všech onemocnění, i u cévní mozkové příhody je základem vyšetření podrobná anamnéza. Lékař pátrá v rodině nemocného zejména po onemocněních srdce a cév.

Rozlišit mezi CMP z nedokrevnosti mozku a CMP vzniklou krvácením dokáže s jistotou vyšetření počítačovou tomografií (CT).

Další doplňující informace přináší vyšetření magnetickou rezonancí (MR)

Odběr krve a moči je naprosto standardním úkonem, dříve než lékař zahájí jakékoliv vyšetřování. Jedním ze základních vyšetření je stanovení hladiny krevního cukru. Zvýšená, ale zejména snížená hladina může imitovat příznaky CMP.

Ultrazvukové vyšetření krčních cév ukazuje průtok krčními cévami. Zúžený průsvit cév má za následek snížený průtok krve v postižené oblasti mozku. Po vyčerpání rezervního průtoku z ostatních mozkových cév dojde ke snížené dodávce kyslíku a cukru, a tím k CMP.

PAG – panangiografie – je selektivní angiografie jednotlivých mozkových řečišť. Je stále považovaná za stálý standard při vyšetřování mozkového cévního řečiště a jeho anomálií. Informace, které od PAG očekáváme: přesná lokalizace AN, krček AN, směr vaku, velikost vaku, mnohočetná AN, nerovnosti ve stěně AN, vazospazmy, aterosklerotické změny, cévní anomálie, kolaterální oběh, stav žilního řečiště.

Lumbální punkce: indikována při podezření na subarachnoidální krvácení a negativním CT nálezem.

Ostatní vyšetření: v přesně definovaných případech je na místě angiografie, což je přesné zobrazení cév či elektrofyziologická vyšetření, jako je EEG nebo vyšetření evokované

potenciály.

Všechna vyšetření by měla být provedena co možná nejdříve, aby se včas zahájila cílená léčba. Je-li pacient v těžkém stavu, je třeba, aby byl umístěn na jednotce intenzivní péče, kde je třeba zajistit jeho základní životní funkce. Mezi základní patří hlavně dýchání a srdeční činnost. Dále se podávají léky k zajištění dostatečného prokrvení mozkové tkáně.

Je-li příčinou nedokrevnosti mozku trombus, pacientům se dávají léky k jeho rozpuštění. U některých typů krvácivých centrálních příhod je potřebná i léčba chirurgická. Velmi důležitou složkou léčby CMP je rehabilitace, která musí být rovněž zahájena co nejdříve po vyvedení pacienta z kritického stavu.

Dá se říci, že následky po CMP jsou přímo úměrné kvalitě a intenzitě léčebné rehabilitace od samého začátku CMP. Již v akutním stavu je třeba pečovat o prevenci možného ztuhnutí svalů, vazů apod. Ochrnuté končetiny se polohují, provádí se s nimi pasivní pohyby. Brzy je také nutné začít u pacienta s aktivním pohybem.

Je třeba nacvičovat pohybování se na lůžku, nadzvedávání, přetáčení na zdravou i nemocnou stranu, posazování, nácvik denních činností, hygieny, jídla a oblékání. Je zde nutná spolupráce rehabilitačních pracovníků a zdravotních sester. Významná je rehabilitace logopedická při poruchách řeči a pomoc psychologa vzhledem k reakcím nemocných na těžké onemocnění. (9, 10, 13)

1.5 Rizikové faktory

Rizikové faktory neovlivnitelné: na prvním místě je věk. Riziko CMP začíná růst již po 40. roce a v současné době se posouvá stále do nižších věkových kategorií. Další neovlivnitelnou příčinou jsou vrozené cévní malformace, na kterých se mohou tvořit tzv. výdutě nebo-li aneurysmata. Ta lze s klidem přirovnat k časované bombě. Celá léta a u některých lidí i celý život se nemusí projevit a pak náhle může výduť prasknout a způsobit krvácení do mozku. Vzhledem k tomu, že se tyto výdutě často dědí a pacienti se s nimi již narodí, jejich vznik je rovněž neovlivnitelný.

Rizikové faktory ovlivnitelné: zde je na prvním místě kouření, u kterého je nejenom vysoké riziko rakoviny plic, ale také se zvyšuje riziko aterosklerózy, a tím i vzniku cévní mozkové příhody. Dalším ovlivnitelným rizikovým faktorem je obezita. Obézní lidé mají častěji vysoký krevní tlak, nemoci srdce a cév, cukrovku a samozřejmě i mrtvici nebo-li CMP. (3, 9, 10, 12)

1.6 Terapie

Léčba ischemické CMP je závislá na časovém faktoru a spojená s léčbou případných dalších přidružených nemocí, které se mohou podílet na vzniku a průběhu iktu.

Léčba akutní fáze ischemického iktu:

a) podaná do 3 hodin od vzniku:

- intravenózní podání rekombinantního aktivátoru tkáňového plazminogenu (dále rtPA) – systémová trombolýza s přísnou indikací

- rozpouští trombus a rekanalizuje cévu
- zvyšuje pravděpodobnost zlepšení klinického stavu o 30%

Kontraindikace: - warfarinizace

- krvácení do mozku v anamnéze
- na CT přítomnost hemoragie
- těhotenství
- věk pod 18 nebo nad 80 let
- epileptický záchvat v úvodu iktu
- hypo nebo hyperglykémie
- hypertenze nad 180/100 mmHg nereagující na terapii
- operace nebo krvácení do gastrointestinálního nebo urogenitálního traktu

Specifika péče: - nepřetržité sledování známek krvácení a stavu

- invaze prvních 24 hodin pouze v případě nutnosti
- absolutní zákaz intramuskulárních injekcí

b) podaná do 6 hodin od vzniku:

- intraarteriální podání rtPA- intraarteriální trombolýza

Výhody oproti i.v. podání: - přesná aplikace v místě trombu

- menší množství preparátu

Nevýhody oproti i.v. podání: - nutnost kanylace artérie

- nižší dostupnost
- časové zdržení

c) další možnosti

- i.v. heparin a ostatní antikoagula podávaná indikovaně a individuálně se zahájením do 6 – 8 hodin

- léky s neuroprotektivním účinkem
- léčba cerebrálních komplikací - ischemického edému
- v jasně specifikovaných případech akutní trombarterektomie při okluzi a.carotis interna
- úprava hyperglykémie
- úprava hyperpyrexie (v případě iCMP korigujeme už nad 37,5°C)
- minimalizovat vznik průvodních komplikací (aspirace, bronchopneumonie, plicní embolie, žilní tromboza)

V léčbě subakutní fáze ischemického iktu (po 6 hodinách do 72 hodin až 5 dnů) je hlavní léčba ischemického edému a opatření proti jeho šíření, léčba komplikací a včasné zahájení

farmakologické sekundární prevence (zpravidla kyselina acetylsalicylová).

V chronické fázi ischemického iktu (po 3 týdnech) je klíčovou správně zvolená sekundární prevence a zejména časné zahájení pasivní i aktivní rehabilitace.

Léčba hemoragické CMP:

a) konzervativní (farmakologická):

- protiedematózní - zvýšená poloha hlavy a trupu
- zabránění kompresi jugulární žíly
- nepodávat roztoky glukózy nebo hypotonické roztoky
- osmoterapie (Manitol 20 % inf.)
- v případech rozvoje maligního edému – dekompresní kraniotomie

b) neurochirurgická:

- u mozečkových hemoragií (podle velikosti a známek komprese 4. komory)
- u subkortikálních hemoragií, zejména při progresi neurologického nálezu
- neefektivní u hemoragií v bazálních gangliích a v oblasti kmene

Léčba subarachnoideálního krvácení (SAK):

- optimální je akutní diagnostika zdroje krvácení panangiografií a konzultace neurochirurga, který provede časný výkon do 72 hodin
- konzervativní léčba ovlivňující vznik vazospasmů ve snaze zabránit sekundárnímu ischemickému poškození mozku (blokátory kalciových kanálů-nimodipin) (9, 10, 12, 13)

1.7 Ošetrovatelská péče

Pro další život nemocného je nesmírně důležitá úroveň ošetrovatelské péče, spolu s včasnou rehabilitací. Cílem je dosažení maximální soběstačnosti a samostatnosti v běžných denních činnostech. V následné péči se uplatňuje ergoterapie – cviky pro jemnou motoriku i nácvik soběstačnosti.

Uložení nemocného: nemocného ukládáme tak, aby se předešlo tvorbě kontraktur v důsledku poškození pohybové dráhy. Důležité je udržet končetinu mírně nataženou v lokti, ruce dlaní vzhůru s nataženými prsty. Na dolní končetině se snažíme zabránit zevní rotaci nohy, dbáme na pokrčené koleno.

Ošetření kůže a hygienická péče: předcházíme vzniku dekubitů časným polohováním, zvýšenou pozornost věnujeme predilekčním místům. Dbáme o suchou pokožku a čisté prádlo. Používáme vhodné antidekubitární pomůcky a lůžko vybavíme antidekubitní matrací.

Přívod tekutin a živin: u pacienta, který je schopen polykání zajišťujeme dostatečný příjem tekutin a živin. U pacienta s poruchou polykání musíme výživu zajistit enterální cestou pomocí nasogastrické sondy, PEGu, eventuálně parenterální výživou.

Zajištění bezpečnosti nemocného: častá je porucha senzitivní i senzomotorická, která se projevuje poruchou citlivosti a poruchou rovnováhy. Z toho důvodu je nutné zamezit pádu z lůžka postranicí, při sedu pacienta jistíme vždy z postižené strany.

Prevence komplikací: prevence imobilizačního syndromu, prevence bronchopneumonie (zvýšenou polohou, hygienou dutiny ústí, zvlhčování vzduchu), prevence hluboké žilní trombózy (bandáže DK, časná mobilizace), přidružené infekce (antibiotika), prevence deprese (antidepresíva), prevence vzniku dekubitů (časté polohování, používání antidekubitních pomůcek).

Psychoterapeutické působení na nemocné a rodinné příslušníky: zmírnění strachu z budoucna, motivace pacienta k aktivnímu přístupu, pomoc při řešení doléčovací péče a sociální situace. (2, 4)

1.8 Prognóza

Prognóza je závislá na mnoha faktorech. Podstatný je typ CMP, lokalizace postižení, věk pacienta, stav jeho kardiovaskulárního systému. Důležitá je poskytovaná intenzivní péče v akutní fázi, včasná diagnostika, ale i starostlivost v době doléčování a rehabilitace.

1.9 Prevence

Prevence je zaměřená na eliminaci ovlivnitelných rizikových faktorů. Důležité je nekouřit, mít správné stravovací návyky, přiměřenou fyzickou aktivitu, redukovat tělesnou hmotnost, léčit srdeční onemocnění, hypertenzi, hyperlipidémii a další související onemocnění.

1.10 Edukace

Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě a jeho rodiny zasahuje do mnoha oblastí.

1. Polohování na lůžku a fyzioterapie.

Polohování každé 2-3 hodiny, a to i v noci má zásadní význam pro prevenci komplikací, jako je např. tvorba krevních sraženin, proleženin, zápalu plic a kloubních kontraktur. Masáž ochrnuté končetiny a jemný pohyb klouby má význam pro zlepšení celkové hybnosti. Důležité je podepírat postižené končetiny polštáři a spolupracovat s fyzioterapeutem. Naučit se používat pomůcky ke snadnějšímu pohybu a zajistit bezpečné prostředí doma i v nemocnici.

2. Sebepečce.

Pacient musí chtít znovu dělat věci, které ho baví. Musí věřit v uzdravení. Při potížích s oblékáním mu lze mimo jiné pořídit boty bez tkaniček či košili na suchý zip. Při koupání použít do vany stoličku, koupelnu vybavit madly. Pro snadnější hygienu používat elektrický zubní kartáček, elektrický holicí strojek. Spolupracovat s ergoterapeutem.

3. Péče o kůži.

Pečlivé ošetření kůže je důležitou prevencí vzniku proleženin. Informovat o důležitosti čistého a suchého lůžka a oblečení, o ochraně predilekčních míst a ošetřování speciálními prostředky. Dutinu ústní zvlhčovat, zubní protězu na noc vyndávat a pravidelně čistit.

4. Bolest.

Prevence bolesti polohováním, podkládáním, nepřepínáním. Vyvarovat se svěšení oslabené ruky dolů, přidržovat ji nebo zavěsit do šátkového obvazu. Používat relaxační techniky. Masírovat postižená místa mentolovou masťou.

5. Polykání a příjem potravy.

Strava by měla být chutná, vyvážená, v přiměřeném množství a s dostatkem tekutin. Pro prevenci aspirace jíst v sedě. Při polykacích potížích se vyhnout tvrdým a drobným jídlům. Potraviny lze zahustit. Mléko přidáním banánu, polévku rozmačkanými brambory či zeleninou. Používat talíře s vysokým okrajem, spolupracovat s nutriční terapeutkou.

6. Komunikace

Zapojit rodinu, vysvětlit příčiny emoční lability, podporovat optimismus, chválit každý pokrok. Spolupracovat s logopedem. Poskytovat čas na odpověď. Rehabilitace řeči – poslouchat hovory druhých, snažit se komunikovat, psát, kreslit, odpovídat ano/ne, používat gesta, oční kontakt. Pomáhá diskuze o rodinných záležitostech, popisování fotografií, povídání o přátelích, opakování slov a vět.

7. Inkontinence.

Naučit používat pomůcky pro inkontinentní, vysvětlit menší riziko infekce než u použití permanentního močového katétru. Vysvětlit důležitost příjmu tekutin. Vyprazdňování stolice by mělo být pravidelné, alespoň jednou za 2-3 dny. Důležitá je vyvážená strava, dostatek tekutin a vlákniny. Omezit příjem černého čaje. Lze používat laxativa, čípky.

8. Problémy se smysly.

Upozornit na ztrátu citu a možnost poranění. Při ztrátě poloviny zorného pole hrozí naražení do objektu. Nevšímání si věcí na jedné straně, pacient sní jídlo jen z jedné poloviny talíře. Informovat rodinu, že nejde o rozmary pacienta. Pomocí zrcadla může pacient vidět postiženou stranu těla, dotýkat se oslabené strany těla.

9. Emoční problémy.

Jde o normální fyziologickou reakci. Vybízet pacienta, aby o svých obavách mluvil. Musí cítit, že je cenným členem rodiny. Zapojit ho do aktivit, jako je čtení, procházky, vaření. Umožnit mu povídat si s lidmi, kteří prodělali mozkovou příhodu. Informovat o existenci klubů sdružujících pacienty po cévní mozkové příhodě. (3)

2 Lékařská anamnéza a diagnóza

2.1 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: X.Y.

Oslovení: Pane X

Rodné číslo: 43.....

Věk: 65

Adresa: Praha

Národnost: česká

Vyznání: žádné

Vzdělání: středoškolské bez maturity

Povolání: nyní důchodce, dříve prodavač

Stav: ženatý

Telefon:

Pojišťovna: 111

Kontaktní osoba: syn

Datum přijetí: 16.10.2008

Hlavní důvod přijetí: rehabilitace, nácvik soběstačnosti, nácvik p.o. příjmu

Dny mého ošetřování: 16.10.2008 až 1.11.2008. Poté pacient přeložen na OCHRIP

2.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zemřela na CMP v 85 letech, otec v 60 při autonehodě, syn zdrav.

Osobní anamnéza. Prodělaná onemocnění: překonal běžné dětské nemoci, v mládí úraz na lyžích – zlomenina pravé nohy, 3 roky arteriální hypertenze

15.6.08 akutní CMP se SAK dle CT H-H I, přeložen k PAG, zdroj krvácení neprokázán.

20.6.08 zhoršení vědomí, epi paroxysmus, progrese do HH III-IBV. Dle CT recidiva SAK, hematom F dx., hydrocefalus. PAG s nálezem AcoA zprava. 20.6.08 endovaskulární ošetření aneurysmatu a zavedená zevní komorová drenáž. Po výkonu UPV susp. rozvoj bronchopneumonie

27.6.08 tracheostomie, sept. stav s pozit. hemokulturou na Staphylococcus aureus

30.6.08 cholecystektomie, výkon bez komplikací, nadále UPV

2.7.08 zevní komorová drenáž zrušená. Kontrolní CT s rozvojem hydrocefalu.

16.7.08 katetrová sepse – Klebsiela

23.7.08 septický stav – Staphylococcus aureus

7.8.08 zaveden ventrikulo – peritoneální shunt (VP shunt), následně s postupným zlepšováním stavu.

21.8.08 exp. stridor, bronchospasmus, obnoven TS kanál – okamžitá úprava stavu.

2.9.08 dilatace trachey pro stenozy v místě odstupu TS

3.9.08 TS ex

10.9.08 ventilační selhávání s nutností dilatace trachey a zavedení stentu pro restenozu. Kvadruspasticita, v.s. org. psychosyndrom, začal částečně spolupracovat, byl posazován do křesla, příjem p.o. i NGS. Kontrolní CT s uspokojivým nálezem, regrese hydrocefalu.

17.9.08 přeložen na JIP neurol. kl. – zde symptom. terapie, výživa hlavně NGS a RHB na lůžku – neúčinný kontakt s pac. Po 10 dnech stridor se spast. kašlem, neuzavírá se tracheostoma,

3.10.08 bronchofibroskopie, zjevná porucha funkce hrtanu s paradox. pohybem hlasivek, dop. výměna stentu za jiný typ nebo navrácení TSK

8.10.08 opět uzavírání tracheostomy s respirační insuficiencí, řešeno CPAP s těžkou maskou a následně intubací a UPV.

13.10.08 přeložen na int. odd. Na ORL provedena pak retracheostomie, extrahován trach. stent, který byl dislokován distálně, sneseny granulace v obl stomatu, pro masivní edém v cavum laringis nasazeny kortikoidy, při kontrole již bez edému a zjevné parezy hlasivek. Odstaven UPV, dýchá přes TS

14.10.08 překlad szět na JIP neurol. kl. Výměna TSK za bezbalónkovou formu. Kontrol. ORL a bronchoskopie za měsíc.

16.10.08 překlad na naši geriatrici.

Alergická anamnéza: nejuje

Farmakologická anamnéza: Poslední terapie na neurol JIP: ventilace a nebulizace – spont, intermit. d.p. O2 2l/min. Nebulizace trach. maskou při dušnosti Ventolin 4 ml + 6 ml FR 2,5 ml po 8 hod. střídát s Mistabron 12 ml a 8 ml FR 5 ml po 8 hod.

Degan 1-1-1

Prestarium neo 1-0-0

Sumetrolin 480 12 dní na neurol JIP

Sociální anamnéza: starobní důchodce, dříve prodavač zeleniny. Vdovec, bydlí se synem a jeho rodinou ve společné domácnosti. Doplněno: pac. má pro sebe dolní patro rodinného domu. Bydlení není bezbariérové.

Abusus: 15 cigaret / den
0,5 l vodky / týden

Nynější onemocnění. Stručné závěry zprávy nebo doporučení: přeložen z neurol. JIP k další péči, podrobně viz prodělaná onemocnění. Doporučen nácvik p.o. příjmu, v případě neúspěchu zav. PEG pod RTG kontrolou. Za měsíc kontrol. ORL a bronchoskopie. Podány žádosti o OCHRIP.

Celkový stav nemocného při přijetí: pacient při vědomí, kontakt dobrý, pro tracheostomickou kanylu odpovídá šepotem. Lehce klidově dušný, bez ikteru a cyanosy, astenik, ležící, spastická kvadruparesa, zavedená nasogastrická sonda, TS kanyla – okolí klidné, permanentní močový katétr – odvádí, moč čirá. Stav hydratace v normě.

TK 140/95 TF 90 TT 36,4 °C DF 16

HLAVA: mezocefalická, pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu, skléry bílé, spojivky bledší, zornice izokorické, výstupy n. V nebolestivé, jazyk plazí ve střední čáře.

KRK: TS kanyla, karotidy bez šelestů, krční žíly nenaplněny, štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné. Doplněno: okolí TS kanyly klidné, bez zarudnutí.

HRUDNÍK: asten. habitus, zcela ojedinělé bronchitické fenomény bazálně, srdce pokleповě nezvětšeno, akce pravidelná, páteř pokleповě nebolestivá.

BŘICHO: pod niveau, měkké, nebolestivé, bez známek perit dráždění, peristaltika přiměřená, bez hmatné rezistence, játra a slezina nepřesahují oblouk žeberní, jizva po CHCE laparoskopii klidná, zhojená per primam.

HK: spast. kvadruparesa, flekční držení obou HK v lokti i zápěstí. Doplněno: svalstvo ochablé.

DK: spast. kvadruparesa, flekční kontraktury kolenních kloubů, končetiny bez otoků, bez známek zánětů, nejsou varixy, pulzace až do periferie hmatná. Doplněno: svalstvo ochablé.

STAV KŮŽE A KOŽNÍ DEFEKTY nad intergluteální rýhou suchý počínající dekubitus 0,5 cm v průměru. Doplněno: defekt II. st., s granulující spodinou, bez sekrece a zápachu. Okolí rány klidné.

ORIENTACE A ZÁKLADNÍ NEUROLOGICKÝ NÁLEZ: mingazzini neudrží.

MOBILITA A SOBĚSTAČNOST: imobilní, zcela nesoběstačný.

KONTINENCE: před hospitalizací v 6/08 ještě kontinentní. Nyní inkontinentní.
(14, 15, 16)

2.3 Lékařská diagnóza

st. p. recid. subarach. a intraparenchym. krvácení 6/08, (první ak. SAK zřejmě 15.6.08), dále postischem. léze front. laloků
st. p. endovask. uzávěru – coilingu aneurysmatu AcoA 20.6.08
st. p. zavedení ventrikuloperiton. shuntu pro tříkomorový hyporesorb. hydrocefalus 7.8.08
kvadruparesa, fix. flekční kontraktury
st. p. opak. UPV
st. p. extrakci stentu a retracheostomii 1010.08
st. p. bronchopneumonii
st. p. laparot. CHCE pro ak. absedující cholecystitidu a pericholecystitidu 30.6.08
susp. interpozice a fixace tračníku před stěnou žaludku dle GDF – pokus o zavedení PEG
rec. septikémie
uroinfekce

Geriatrické syndromy: inkontinence
imobilita
org. psychosyndrom
poč. dekubitus v sakrální. obl.
svaly hypotrof. a atrof.
Sarkopenie

(14, 15, 16)

3 Diagnosticko – terapeutická péče

3.1 Diagnostická péče

Datum	TK	TF/min	D/min	Sat O2	TT
16.10.2008	140/95	90	16	97%	36,4°C
17.10.2008	130/90	80	12	96%	36,4°C
20.10.2008	130/90	76	12	97%	36,6°C
27.10.2008	135/90	76	12	98%	36,8°C

Výška: pacienta nelze změřit

Hmotnost: pacienta nelze zvážit

CT mozku: 15.6.08 akutní SAK, zdroj krvácení neprokázán
20.6.08 recidiva SAK, hematom F dx, hydrocefalus
2.7.08 rozvoj hydrocefalu
10.9.08 regrese hydrocefalu

EKG: 90', sinus. rytmus, osa doprava, rS, V2

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

KREVNÍ OBRAZ	17.10.2008	29.10.2008	REFERENČNÍ MEZE
Leukocyty	6,8 10 ⁹ /l	7,2 10 ⁹ /l	3,9 – 10,0 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,25 10 ¹² /l	3,30 10¹²/l	4,00 – 5,90 10 ¹² /l
Hemoglobin	131,0 g/l	89,0 g/l	135,0 – 172,0 g/l
Hematokrit	0,373 l/l	0,296 l/l	0,420 – 0,500 l/l
Objem ery	87,8 fl	89,7 fl	84,0 – 105,0 fl
Hb ery	31 pg	27 pg	26 – 32 pg
Hb koncentrace	0,35	0,30	0,30 – 0,37
Destičky	585 10⁹/l	639 10⁹/l	150 – 400 10 ⁹ /l
Aminocytosa ery	13,2	15,3	11,6 – 13,7
Objem dest	3,6 fl	4,0 fl	7,8 – 11,0 fl
Aminocytosa des.	14,5	14,9	15,5 – 17,1

KOAGULACE	17.10.2008	22.10.2008	REFERENČNÍ MEZE
APTT	49,5 s	44,2 s	26,0 – 40,0 s
APTT normal	34,8 sec	34,8 sec	
Qt s	13,8 s	13,4 s	9,8 – 14,0 s
Quick. test %	87,0 %	92,0 %	75,0 – 120,0 %
Quick. test INR	1,10 INR	1,06 INR	0,90 – 1,20 INR
Quick Normal	12,8 sec	12,8 sec	

BIOCHEMIE KREV	17.10.2008	29.10.2008	REFERENČNÍ MEZE
S - kreatinin	45 umol/l	29 umol/l	60 – 115 umol/l
S - urea	4,4 mmol/l	4,0 mmol/l	2,7 – 8,5 mmol/l
S - AST	0,32 ukat/l	0,25 ukat/l	0,20 – 0,60 ukat/l
S - ALT	0,92 ukat/l	0,52 ukat/l	0,20 – 0,65 ukat/l
S - ALP	2,0 ukat/l		0,7 – 2,6 ukat/l
S - GMT	1,90 ukat/l	2,42 ukat/l	0,10 – 0,70 ukat/l
S - Na	127 mmol/l	133 mmol/l	137 – 144 mmol/l
S - K	4,9 mmol/l	4,9 mmol/l	3,6 – 4,9 mmol/l
S - Cl	91 mmol/l	96 mmol/l	97 – 108 mmol/l
S - CRP	3,4 mg/l		0,0 – 5,5 mg/l
S - albumin	30,2 g/l		36,0 – 47,0 g/l
S - prealbumin	0,16 g/l		0,20 – 0,40 g/l
S - HBsAg	NEGATIVNÍ		NEGATIVNÍ

RRR + TPHA	17.10.2008
RRR	Negativní
TPHA	Negativní

BIOCHEMIE - MOČ	17.10.2008	REFERENČNÍ MEZE
U - leukocyty	pozitivní	
pH moče	7,0 - logmolc	5,0 – 7,0 logmolc
Bílkovina v moči	0 arb. j.	0 – 0 arb. j.
Glukosa v moči	0 arb. j.	0 – 0 arb. j.
Ketolátky v moči	0 arb. j.	0 – 0 arb. j.
Urobilinogen	0 arb. j.	0 – 0 arb. j.
Bilirubin v moči	0 arb. j.	0 – 0 arb. j.
Krev v moči	0 arb. j.	0 – 0 arb. j..
Moč. sediment - UF	stanoveno	
Erytrocyty	20 el/ul	0 – 15 el/ul
Leukocyty	25 el/ul	0 – 25 el/ul
Válce nepatolog.	3 el/ul	3 – 5 el/ul
Válce patolog.	negativní	0
Bakterie	3343 el/ul	0 – 3500 el/ul
Kvasinky	negativní	negat.
Epitelie dlažd.	31 el/ul	0 – 30 el/ul
Epitelie kulaté	negativní	0 - 5

17.10.2008 Kultivace moče a sputa – negativní. (14, 16)

3.2 Terapeutická péče

3.2.1 Farmakoterapie

Léčiva podávána NGS, od 23.10.2008 do PEGu

DEGAN tbl 1 – 1 - 1

Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum 10,5 mg

Indikační skupina: prokinetikum, antiemetikum

Nežádoucí účinky: ospalost, únava

PRESTARIUM NEO tbl 1 – 0 - 0

Perindoprilum argininum

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor

Nežádoucí účinky: suchý kašel, hypotenze, gastrointestinální potíže, bolesti hlavy, závratě, poruchy vidění

OMEPRAZOL 20 mg cps 0 – 0 - 1

Omeprazolium 20 mg

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Nežádoucí účinky: ospalost, poruchy spánku, bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, plynatost

KORYLAN tbl

Paracetamolium 325 mg, Codeini dihydrogenophosphas hemihydricus 28,73 mg

Indikační skupina: analgetikum

Nežádoucí účinky: ospalost, závratě, zácpa, pocit na zvracení. Při dlouhodobém podání může dojít k lékové závislosti.

NEBULIZACE TRACHEOSTOMICKOU MASKOU

MISTABRON inh. sol 3 ml + 3 ml FR.1/1 2xd

Mesnum 600 mg (20%) ve 3 ml

Indikační skupina: expektorans, mukolytikum

Nežádoucí účinky: dráždivý kašel. U přecitlivělých astmatiků může nastat bronchospasmus. Inhalace 20% roztoku může v individuálních případech vyvolat retrosternální pálení (v takovém případě se sníží koncentrace na 10%).

22.10.2008 APLIKACE PŘED VÝKONEM GASTROSKOPIE + PEG

APaurin 5 mg 1 amp naředit do 100 ml FR 1/1 i.v.

Diazepamum 5 mg

Indikační skupina: antiepileptikum, anxiolytikum

Nežádoucí účinky: únava, spavost, závratě, svalová ochablost, poruchy chování a koncentrace.

BUSCOPAN 20 mg naředit do 100 ml FR 1/1 i.v.

Butylscopolaminii bromidum 20 mg

Indikační skupina: spazmolytikum, parasimpatolytikum

Nežádoucí účinky: tachykardie, poruchy akomodace, suchost ústní sliznice.

AUGMENTIN 600 mg inj. plv. sol. v 6.00, 12.00, 18.00 hod. i.m.

Amoxicillinum natricum 530 mg

Indikační skupina: antibiotikum

Nežádoucí účinky: potíže v oblasti zažívacího ústrojí, jako je nevolnost, zvracení a průjem (výskyt zažívacích potíží lze snížit užíváním Augmentinu na začátku jídla). Může

se objevit i kandidóza a to nejčastěji na sliznici pohlavních orgánů a nebo v ústech.

21.10.2008 – 25.10.2008 I.V APLIKACE PŘED A PO PEGu

FYZIOLOGICKÝ ROZTOK 500 ml

Natrii chloridum 9,0 g/l

Indikační skupina: infundabilium

Nežádoucí účinky: při běžné léčbě se neočekávají nežádoucí účinky. Ty mohou být spojeny s technikou podání, např. infekce v místě vpichu, místní bolestivost, podráždění žíly, žilní trombóza nebo flebitida šířící se od místa vpichu, hypervolémie.

GLUKÓZA 5 % 500 ml

Glucosum monohydricum

Indikační skupina: infundabilium

Nežádoucí účinky: poruchy rovnováhy tekutin a iontů, včetně hypokalémie, hypomagnezémie a hypofosfatémie. K hyperglykémii a dehydrataci dochází v důsledku nevhodného parenterálního použití.

Nežádoucí účinky mohou být spojeny s technikou podání, např. febrilní reakce, infekce v místě vpichu, místní bolestivost nebo reakce, podráždění žíly, žilní trombóza nebo flebitida šířící se od místa vpichu, extravazát a hypervolémie. (8, 14, 16)

3.2.2 Dietoterapie

Enterální výživa

NGS

16.10.2008 200 ml Nutrison standard pack + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 do 6. hod. pauza.

Celkem 1200 ml enterální výživy + 600 ml čaje

Nutriční hodnota: 48 g bílkovin, 148 g sacharidů, 47 g tuků, 1200 kcal

Dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Nutričně kompletní tekutá strava, klinicky bez laktózy. Připravená k přímé spotřebě, určená především pro podání sondou. Neobsahuje vlákninu. Nevhodné pro kojence a pacienty s galaktosemií.

18.10.2008 z důvodu průjmu 200 ml **Nutrison Multi Fibre Pack** + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 do 6.00 hod. pauza.

Celkem 1200 ml enterální výživy + 600 ml čaje

Nutriční hodnota: 48 g bílkovin, 148 g sacharidů, 47 g tuků, 18 g vlákniny, 1200 kcal

Dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Nutričně kompletní tekutá strava, klinicky bez laktózy. Obsahuje vlákninu. Připravená k přímé spotřebě, určená především pro podání sondou. Vhodná výživa u onkologických pacientů, jako dlouhodobá výživa a k prevenci a léčbě průjmů a zácpy. Nevhodné pro kojence, pacienty s galaktosemií a pro pacienty

vyžadující bezsezbytkovou stravu.

20.10.2008 z důvodu prevence a léčby počínajícího dekubitu v sakr. kr. 200 ml **Cubison Pack** + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 hod. do 6.00 hod pauza.

Celkem 1200 ml enterální výživy + 600 ml čaje

Nutriční hodnota: 66 g bílkovin, 150 g sacharidů, 40 g tuků, 18 g vlákniny, 1200 kcal

Dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Specializovaná výživa se zvýšeným obsahem bílkovin a argininu, vitamínu E a C a zinku pro pacienty s dekubity. Cubison je obohacen vlákninou. Určeno k přímé spotřebě především pro podání sondou. Klinicky bez laktózy.

Nevhodné pro kojence a pacienty s galaktosemií. Nevhodné pro pacienty vyžadující bezsezbytkovou stravu.

Po celou dobu dieta č. 1 – kašovitá. Příjem p.o. minimální, zcela nedostačující. Pacientovi NGS překážela, tlačila ho a hrozilo zde riziko vzniku dekubitu. Po edukaci lékařem, nutriční terapeutkou a sestrou pan X podepsal Informovaný souhlas s výkonem gastroscopie + PEG. Pokus o zavedení už na JIP neurologické kliniky – neúspěšný.

PEG

22.10.2008 zaveden PEG. Freka 15 Ch metodou pull bez komplikací.

Dop: dnes nic p.o. Pouze proplachy sondy FR 20 – 40 ml á 4 – 6 h.

23.10.2008 50 ml Cubison + 50 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 do 6.00 pauza.

24.10.2008 100 ml Cubison + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 do 6.00 pauza.

26.10.2008 200 ml Cubison + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 do 6.00 pauza.

29.10.2008 do 31.10.2008 300 ml Cubison + 100 ml čaje á 3 hod. Od 21.00 + 6.00 pauza.

Celkem 1800 ml enterální výživy + 600 ml čaje.

Nutriční hodnota: 99 g bílkovin, 225 g sacharidů, 60 g tuků, 27 g vlákniny, 1800 kcal. (11, 14)

3.2.3 Fyzioterapie

Za pacientem dochází fyzioterapeutka na pravidelná cvičení. Jedná se převážně o cvičení pasivní - protahování kontraktur HK a DK a polohování.

Nácvik úchopu pomocí pěnového míčku.

Fyzioterapie hrudníku je důležitou podpůrnou léčbou v čištění dýchacích cest a v lepším provzdušnění - lokalizované dýchání - položíme ruce na hrudník pacienta, ten se snaží zhluboka dýchat. Rovněž pacienta rukama stimulujeme.

- poklepové a vibrační masáže končetin
- časté změny polohy

3.3. Průběh hospitalizace

65 letý nemocný, přeložen z JIP neurologické kliniky s dg. st. p. recid subarach. a intraparenchym. krácení (první SAK 15.6.08), st. p. opak. resp. selhání – při stenóze trachey a dysfunkci hrtanu, po pokusu o zavedení PEG, s kvadruparesou, flexními kontrakturami, byl přijat na geriatrické odd. 16.10.08 v dopoledních hodinách. Při příjmu byl při vědomí. Mluvil šepotem, kvůli kovové „mluvící“ perforované tracheostomické kanyle.

Pac. měl nasogastrickou sondu, kterou byl živen dle rozpisu nutriční terapeutky. Snažili jsme se pana X krmit i p.o. ale příjem byl minimální. Stěžoval si na bolestivost nosu, hrozil vznik dekubitu. Pokus o zavedení PEGu už na neu. kl. - nezdařen. 22.10.08 zaveden PEG, metodou pull bez komplikací. Krmení PEGem v následujících dnech jsme prováděli dle ordinace lékaře a NT. Pacient PEG dobře snáší, nejsou žádné potíže.

Denně rehabilituje, dochází k němu rehabilitační sestra. Cvičení je spíš pasivní, spočívá v protahování kontraktur, polohování, a RHB hrudníku.

Denně pečujeme o dýchací cesty – odsávání d.p., inhalace mukolytika, péče o TSK, dechové cvičení apod.

Trpěl průjmy, proto 3. den hospitalizace naordinována tekutá strava se zvýšeným množstvím vlákniny. Průjmy přestaly.

Byl přijat s počínajícím dekubitem v sakr. kr. Při zvýšené péči o kůži, pravidelném polohování a tekuté stravě pro pac. s dekubity (Cubison), se defekt zhojil do dvou týdnů.

Hodnoty krevního tlaku jsou zvýšené. Sa. O₂ v pořádku, aferbrilní.

Pacient pokračuje v rehabilitaci. Podané žádosti na OCHRIP.

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1.1 Ošetřovatelská anamnéza

1.2 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci

Jedná se o pacienta, který nikdy vážněji nestonal. Do nemocnice ho přivezla RZS, poté co ho doma, na zemi našel syn. Má strach z budoucna, neví, co s ním bude. Uvědomuje si, že syn, či jeho rodina se nemohou o něho starat.

Připouští, že to, co se stalo, může být způsobeno životním stylem, kouřil, pil alkohol, věděl, že má vysoký tlak, ale ignoroval to.

Těžko se vyrovnává s tím, že je odkázaný na pomoc druhých.

Myslí si, že v nemocnici, či v jiném zařízení bude do konce života a že už nikdy nebude zcela soběstačný. I přesto chce spolupracovat a doufá, že se jeho stav alespoňlepší.

Informován o svém zdravotním stavu a režimu oddělení je dostatečně.

1.2.1 Souhrnné hodnocení sestrou

Pan X byl přijat po SAK, s kvadruparesou, kontrakturama končetin, s TSK. Kontakt navázán bez problému. I přesto, že překonal nesmírně těžké období, nepropadal smutku a beznaději. Snažil se spolupracovat. Při rehabilitaci pozorně poslouchal a sledoval RHB sestru. Měl velký zájem na tom, aby se jeho stav zlepšil.

Se synem si rozuměl a vždy se těšil na jeho návštěvu.

Hodně se mu ulevilo, když se na druhý pokus povedlo zavést PEG. NGS mu zjevně překážela.

Tracheostomická kanyla mu teď výrazně nevádí. Hrozné prý bylo, když měl balónkovou, plastovou a nemohl mluvit.

Pacient nečeká žádné zázraky, ale moc si přeje, aby se jeho stav zlepšil. Uvědomuje si svoji závislost na jiných. Není mu to příjemné, ale už se s tím vyrovnal.

1.2.2 Biologické potřeby

DÝCHÁNÍ

Pan X do hospitalizace žádné problémy s dýcháním neměl. Kouřil 20 cigaret denně.

Pacient je po respiračním selhání při stenóze trachey a disfunkci hrtanu, po bronchopneumonii. Počet dechů při příjmu 16/min. Pro zvlhčení hlenu podána mukolytika, odsáno malé množství vazkého hlenu nazelenalé barvy, bez příměsí krve. Sa O₂ 97% .

VÝŽIVA

Pan X doma žádnou dietu nedržel. Chutnalo mu všechno, nebyl vybíravý, ale přiznává, že hodně solil. Pacienta nelze zvážit ani změřit. Udává výšku 178 cm, hmotnost před hospitalizací neví. Dle výsledku albuminu a prealbuminu je pac. v malnutrici. Při příjmu, dle překladové zprávy i na neurol. JIP, minimální příjem p.o. Pacient udává, že sousto nemůže polknout. Přijímá NGS, ta zavedena od 10.10.08. pacient má umělý chrup, horní i dolní. Udává, že celý život byl hubený, výrazné výkyvy váhy neměl.

HYDRATACE

Před příjmem pan X moc tekutin nepřijímal. Udává necelý litr denně. Pil alkohol asi 0,5 l vodky týdně a 1 – 2 piva denně. Hydrataci možno zajistit NGS. Nejsou přítomny známky dehydratace, nejsou oschlé bukové sliznice, turgor kožní v pořádku.

BOLEST

Pan X před onemocněním žádnou bolestí netrpěl. Během hospitalizací na předchozích odděleních dostával analgetika dle potřeby. Udává, že nejčastěji ho boleli končetiny. Při příjmu si na bolest nestěžuje.

VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Pan X nemíval potíže s močením. Nyní je inkontinentní. Od 14.10.2009 má zavedený PMK typu Tieman č. 18, který odvádí čistou moč bez makroskopických příměsí.

VYPRAZDŇOVÁNÍ TLUSTÉHO STŘEVA

Pán X neměl potíže s vyprazdňováním. Na stolici chodil pravidelně jednou denně, většinou ráno. Nepoužíval žádné podpůrné vyprazdňovací prostředky.

Dnes je pan X inkontinentní. Během předchozí hospitalizace měl formovanou stolici 3 x týdně.

AKTIVITA

Pacient před hospitalizací nebyl moc fyzicky aktivní. Nepěstoval žádný sport. Je zcela odkázán na pomoc jiných, v sedu se neudrží. Rád sleduje televizi a poslouchá rádio.

ODPOČINEK A SPÁNEK

Pan X potíže se spánkem doma neměl, neužíval žádné léky na spaní. Chodil spát kolem desáté hodiny a vstával kolem sedmé. Přes den nespal nikdy.

V nemocnici spí mnohem víc, a přesto se cítí víc unavený. Pospává i přes den. V noci se probudí jen občas, když je velký ruch na odd. Na spaní neužívá žádné léky. Většinou před spaním sleduje televizi.

OSOBNÍ PÉČE A HYGIENA

Před hospitalizací se pan X sprchoval jednou denně, holil se 2x týdně. Pomoc jiné osoby nepotřeboval.

Nyní je závislý na pomoci jiných. Bez pomoci zdravotnického personálu se neumyje,

nevyčistí si zubní protézy, neoblékne se. Při příjmu čistý, oholený, vlasy ostříhané na krátko, nehty upravené.

Kůže – v sakrální oblasti je počínající dekubitus 2. stupně, 0,5 cm v průměru. Na břicho jizva po CHCE. Kůže kolem TSK klidná, bez zarudnutí. Končetiny jsou bez otoků. Pac. nemá žádnou vyrážku ani opruzeniny. Kůže je spíše suchá

Riziko vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové – 14 bodů, vysoké riziko/viz příloha č. 1

TEPLO A POHODLÍ

Pacient afebrilní. Na horko nebo naopak chlad si nestěžuje.

Leží na polohovacím lůžku vybaveném antidekubitární matrací. Má vytažené postranice. Tím je chráněn před pádem.

SEXUALITA

Pan X je 5 let vdovec. Svoji manželku měl moc rád. Otázky ohledně intimního života nebyly položeny.

(15)

1.2.3 Psychosociální potřeby

JISTOTA A BEZPEČÍ

Pan X je při vědomí. Orientovaný osobou, mírně dezorientovaný časem, a místem. Provedeno hodnocení pomocí MMSE – Mini – Mental State Examination (úroveň orientačně – informativních funkcí), počet bodů 13 (test není směrodatný z důvodu neschopnosti pacienta vykonávat určité úkony: psaní, kreslení, přeložení papíru na polovinu apod.).

Pacient je proti možnému pádu z lůžka chráněn postranicí, s čímž souhlasí a sám se cítí bezpečněji.

Kvůli nehybnosti HK není schopen používat signalizační zařízení. Z toho důvodu pacienta častěji kontrolujeme, ví to a nevadí mu to. Spíš naopak, oceňuje to.

SOBĚSTAČNOST

Pan X byl před hospitalizací plně soběstačný.

Stal se plně závislým na ošetřujícím personálu.

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living) dosahuje 0 bodů / viz příloha č. 2

ZDRAVÍ

Pan X zdraví nevěnoval moc velkou pozornost. Začal si to uvědomovat až teď, při postižení. Chtěl by být zdrav, nebo alespoň schopen se o sebe postarat.

RODINA A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Pan X bydlí ve dvougeneračním domku se synem a jeho rodinou. Má pro sebe dolní patro domku. Setkávají se denně, snacha mu vaří.

Je starobní důchodce, dříve prodavač zeleniny. Důchod mu stačí, nestěžuje si.

KOMUNIKACE

Pacient od příjmu komunikuje, mluví velice tiše kvůli perforované TSK. Kontakt navázal rychle.

INFORMACE

U příjmu je pacient seznámen se svým zdravotním stavem ošetřujícím lékařem, sestrami je informován o všech výkonech ošetrovatelské a léčebné péče, které u něj provádíme. (15, 14)

1.3 Přehled ošetrovatelských diagnóz

16.10.2008

- 1.** Porucha hybnosti z důvodu nervově–svalové poruchy.
- 2.** Porucha výživy z důvodu neschopnosti přijímat p.o. projevující se malnutricí.
- 3.** Porucha celistvosti kůže z důvodu primárního onemocnění a imobility.
- 4.** Porucha soběstačnosti a sebepečce v oblasti hygieny z důvodu primárního onemocnění a připoutání na lůžko.
- 5.** Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru
- 6.** Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení tracheostomické kanyly
- 7.** Riziko vzniku dekubitu na sliznici horních dýchacích cest z důvodu zavedené nasogastrické sondy

18.10.2008

- 8.** Průjem z důvodu nevhodné enterální výživy

20.10.2008

- 9.** Bolest z důvodu kontraktur a snaze o jejich uvolnění

21.10.2008

- 10.** Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly

22.10.2008

- 11.** Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PEG

1.4 Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

1. PORUCHA HYBNOSTI Z DŮVODU NERVOVĚ–SVALOVÉ PORUCHY

Cíl:

- dostatečná pasivní fyzioterapie
- klient i rodina se podílejí na rehabilitaci
- zlepšení stavu kontraktur

Plán:

- získat pana X ke spolupráci
- zahájit pasivní fyzioterapii (polohování, používání pomůcek) a po dohodě s fyzioterapeutkou se pokusit o aktivní rehabilitaci
- opatrné uvolňování kontraktur
- kontrolovat bolest
- masáže končetin
- zapojit rodinu do rehabilitačního programu

Realizace:

16.10.2008 jsem s panem X navázala kontakt a vysvětlila mu význam rehabilitace. Bartelův test základních všedních činností je hodnocen č. 4, pacient získal 0 bodů. To znamená, že je vysoce závislý. Pacienta jsem uložila na polohovací lůžko s antidekubitární matrací. Založila jsem polohovací plán a informovala ostatní členy týmu.

Kontaktovala jsem lékařku a fyzioterapeutku.

20.10.2008 se členy týmu plníme plán polohování a polohujeme pacienta každé 2 hodiny do mírné ortopnoické polohy a do polohy na boku (asi 45°). Používáme antidekubitní pomůcky, končetiny podkládáme. Kromě pasivních cviků byly prováděny masáže končetin. Po dohodě s fyzioterapeutkou byla zahájena aktivní rehabilitace, která v současné době zahrnuje pouze nácvik úchopu pomocí pěnového míčku. Lékařem byla naordinována analgetika ½ hodiny před rehabilitací a při bolesti (Korylan 1 tbl.). Při návštěvě edukována rodina a zapojena do rehabilitačního programu.

29.10.2008 Pokračuje polohování každé 2 hodiny, pasivní rehabilitace a nácvik úchopu. Podávání analgetik dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pan X je po požití analgetik téměř bez bolesti. Snaží se spolupracovat. Pěnový míček je schopen zmáčknout podstatně silněji. Rodina má snahu se zapojit. V době návštěv nacvičují s pacientem úchop, masírují končetiny, kupují panu X masážní gel. Cíl byl splněn. Stav kontraktur zlepšen jen minimálně, nutno pokračovat. Cíl byl splněn částečně.

2. PORUCHA VÝŽIVY Z DŮVODU NESCHOPNOSTI PŘIJÍMAT P.O. PROJEVUJÍCÍ SE MALNUTRICÍ.

Cíl:

- zabránit vzniku dehydratace
- zabránit prohlubování nutričního deficitu
- zlepšit příjem p.o.

Plán:

- dostatečný příjem tekutin a výživy enterální cestou
- podávat enterální výživu dle ordinace lékaře
- sledování peristaltiky a odpadů
- kontrolovat správnou polohu a průchodnost žaludeční sondy
- sledovat toleranci enterální výživy
- nácvik p.o. příjmu

Realizace:

Podávala jsem enterální terapii NGS dle ord. lékaře (Nutrison Standard – 1200 ml / den) a sledovala odpady z NGS. Enterální výživa není dobře snášena, pacient trpí průjmy. Enterální výživa změněna – Nutrison Multifibre – 1200 ml / den. Poté z důvodu dekubitu enterální výživa Cubison – 1200 ml / den. Stále jsem se snažila o příjem kašovitě stravy p.o. Ten byl jen minimální, zcela nedostačující.

22.10 byl pacientovi úspěšně zaveden PEG. Ten na rozdíl od NG sondy dobře snášel.

Od 23.10.2008 do 29.10.2008 jsme postupně zvyšovaly dávky enterální výživy Cubison na 1800 ml / den, dle ord. lékaře a nutriční terapeutky. Minimálně každé tři hodiny jsme kontrolovali DÚ a zároveň ji ošetřovali roztokem Stopanginu a boraxglycerinu. Kontrolovala jsem stav hydratace, turgor kůže, vlhkost bukalních sliznic.

Hodnocení:

Vzhledem k nárokům organismu byla výživa přiměřená, odpady minimální, peristaltika dostatečná. Ke známkám dehydratace nedošlo. Cíl byl splněn.

Zlepšení příjmu p.o. se nepovedlo, nutno pokračovat. Cíl nebyl splněn.

3. PORUCHA CELISTVOSTI KŮŽE Z DŮVODU PRIMÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ A IMOBILITY

Cíl:

- dojde ke zhojení defektu do 3 týdnů
- pacient má neporušenou, dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži

Plán:

- udržovat ránu a její okolí v čistotě
- pravidelně převazovat za aseptických postupů
- sledovat proces hojení a vést dokumentaci
- denně kontrolovat kůži pacienta hlavně v postižených a predilekčních místech
- zajistit dostatečnou výživu obohacenou o bílkoviny a hydrataci
- provádět pravidelné polohování
- provádět častou výměnu osobního i ložního prádla
- dbát na to, aby prádlo bylo napnuté a nebylo drsné
- informovat pacienta a jeho rodinu o nutnosti polohování a preventivní péče o kůži
- používat antidekubitní pomůcky

Realizace:

16.10.2008 se při přijetí z překladové zprávy dozvídám, že pan X má v sakrální krajině defekt o průměru 0,5 cm. Po odstranění převazu jsem ránu zhodnotila. Byl to povrchový defekt II. st. s granulující spodinou, bez sekrece a zápachu, okolí rány klidné. Zhodnotila jsem riziko vzniku dekubitů na základě rozšířené stupnice Nortonové. Test vykazuje 14 bodů, jedná se o vysoké riziko vzniku dekubitu. Založila jsem polohovací plán a pacienta jsme polohovali každé 2 hodiny. Používáme polohovací a antidekubitní pomůcky antidekubitní matraci, polštáře, molitanové věnečky, antidekubitní bačkory a polohovací válce. Založila jsem plán péče o dekubity a jiné rány. Po konzultaci s naší sestrou specialistkou pro hojení ran, jsme defekt ošetřovaly materiálem Inadine, ten jsme překryli savými sterilními čtverci a vše fixovali náplastí Mefix.

20.10.2008 pokračujeme v pravidelném polohování. Defekt v sakr. kr. se zmenšil na 0,3 cm v průměru. Pacient nepocítuje bolest rány. Vše zaznamenávám do dokumentace. Denně kontrolujeme predilekční místa a ošetřujeme je krémem Menalind. Lůžko udržujeme v suchu a čistotě. Pacient i příbuzní edukováni o nutnosti polohování a péči o kůži.

29.10.2008 defekt v sakr. kr. zhojen, kůže klidná. Plán péče o ránu ukončen. Kůže na pedilekčních místech nepoškozená. Nadále pokračovat v pravidelném polohování a ošetřování.

Hodnocení:

Defekt v sakrální krajině zhojen. K dalšímu poškození nedošlo. Kůže je prokrvená, spíše bledá. Cíl byl splněn.

4. PORUCHA SOBĚSTAČNOSTI A SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU PRIMÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ A PŘIPOUTÁNÍ NA LŮŽKO

Cíl:

- pacient se cítí upravený, spokojený
- má zajištěnou kompletní hygienickou péči
- zabránit vzniku opruzenin a dekubitů

Plán:

- provádět hygienickou péči každý den
- provádět celkovou koupel každý druhý den
- zachovávat intimitu
- udržovat čisté, upravené a suché lůžko
- udržovat čistou a suchou pokožku, pravidelně ji ošetřovat
- zajistit bezpečnost pacienta s ohledem na prevenci úrazu
- dodržovat přiměřenou teplotu v místnosti i teplotu vody
- zhodnotit míru nesoběstačnosti

Realizace:

16.10.2008 jsem provedla Barthelův test základních všedních činností, jehož výsledkem bylo skóre závislosti 0 bodů, (viz příloha č. 2). S pacientem plánujeme celkovou koupel na následující den. Zhodnotila jsem stav kůže.

17.10.2008 byla provedena celková koupel a mytí vlasů na pojízdné vaně v koupelně. Dbám na teplotu vody i teplotu v místnosti. Po omytí jsem pokožku osušila a ošetřila tělovým mlékem, predilekční místa krémem Menalind Po celkové hygieně jsem vyměnila a důkladně natáhla prostěradlo a sledovala jeho čistotu, sucho a napnutí. Do očí jsem přes den vkapávala Lacrisyn gtt. Dutinu ústní jsem vytírala roztokem Stopanginu a Boraxglycerinu. Na podporu salivace jsem vytírala DŮ také citrónovou štětičkou. Nehty na ruce jsem ostříhala. Pana X jsem oholila elektrickým holicím strojkem. Denně jsme pečovali o tracheostomickou kanylu - jednou denně nebo dle potřeby výměna vnitřní část kovové TSK. Jednou týdně výměna vnější části.

20.10.2008 s pacientem jsem provedla ranní hygienu na lůžku, dle standardu našeho oddělení. Po hygieně jsem pokožku natřela tělovým mlékem. Každé 2 hodiny jsem pana X polohovala. Predilekční místa jsem vypořádala antidekubitními pomůckami. I nadále jsem pečovala o oči, dutinu ústní a tracheostomickou kanylu.

Hodnocení:

Pacient má zajištěnou kompletní hygienickou péči. Žádné opruzeniny či nový defekt se neobjevil. Stávající dekubit se hojí. Pacient se cítí čistý, je spokojený.

Cíl byl splněn

5. PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE Z DŮVODU ZAVEDENÍ PERMANENTNÍHO MOČOVÉHO KATÉTRU

Cíl:

- pacient bude bez známek uroinfekce
- udržet průchodnost PMK

Plán:

- asepticky zacházet s katétre
- sledovat odtok moče
- sledovat množství, charakter a makroskopické příměsi v moči
- pravidelně vypouštět sběrný močový sáček
- dohlížet na zvýšenou hygienu genitálií
- PMK pravidelně měnit za aseptických podmínek
- udržovat uzavřený systém pro uretrální katétr
- kontrolovat průchodnost katétru

Realizace:

16.10.2008 při příjmu nemocného jsem zjistila, že má zavedený permanentní močový katétr. Z překladové ošetrovatelské zprávy se dozvídám, že se jedná o PMK typu Tieman č. 18, zavedený dne 14.10.2008, na který jsem napojila uzavřený systém. Sběrný močový sáček jsem měnila 1 x denně a vypouštěla 2 x denně, nebo dle potřeby. Pravidelně jsem sledovala průchodnost močového katétru, množství a charakter moče. Každé ráno u hygieny jsem pečovala o PMK a čistou vodou oplachovala ústí uretry. Edukovala jsem pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, aby nedošlo k infekci. Tekutiny jsme pacientovi dodávali NGS, i.v., později PEGem.

17.10.2008 byl odebrán uricult. Výsledek byl negativní.

Hodnocení:

K močové infekci nedošlo, průchodnost PMK je zachována. Cíl byl splněn.

6. RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z DŮVODU ZAVEDENÍ TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Cíl:

- pacient má volné dýchací cesty
- má dostatečnou saturaci kyslíkem
- nejeví známky celkové ani místní infekce
- netrpí úzkostí, je klidný

Plán:

- dle potřeby odsávat sekrety z horních cest dýchacích
- sledovat tělesnou teplotu, charakter a barvu sputa
- polohovat pacienta za účelem snížení tlaku na bránici a k usnadnění drenáže průdušek
- informovat pacienta a rodinu o významu dechových cvičení
- sledovat a zaznamenávat projevy dechové tísně – neklid, úzkost
- dbát na zvlhčování dýchacích cest a dutiny ústní
- sledovat průchodnost TSK – nebezpečí vytvoření hlenové zátky
- zaznamenávat údaje o frekvenci odsávání včetně množství a charakteru odsátého hlenu
- získat pacienta a rodinu pro spolupráci
- asepticky zacházet s TSK
- kontrolovat saturaci kyslíkem

Realizace:

16.10.2008 Při příjmu pacienta jsem zjistila, že má 5. den zavedenou TSK kovovou, perforovanou, č. 10. Na základě toho mluvil tiše, ale bylo mu rozumět.

Tracheostomii a vnitřní kanylu jsme ošetřovali minimálně 1 x denně, nebo dle potřeby. Zevní minimálně 2 x týdně, nebo dle potřeby. Sledovala jsem okolí rány. Místo řezu jsem čistila Gutaseptem. Kanylu jsem podkládala nastříženým sterilním čtvercem z mulu. Vždy jsme postupovali asepticky. Kanyla je připevněná kalounem. Dbala jsem na to, aby byl vždy čistý a nebyl moc utážený. Jednotlivé části TSK jsem čistila ve 2 % roztoku Sekuseptu, připraveném dle návodu. Kontrolovala jsem okolí kanyly zda nedošlo k místní infekci. 3 x denně byla pacientovi měřena tělesná teplota.

Pacient pravidelně inhaloval z nebulizátoru přes tracheostomickou masku roztok Mistabronu, abychom zabránili vzniku vazkého hlenu a dechové tísně. Dle potřeby jsem nemocného odsávala. Předem jsem ho s výkonem obeznámila, informovala ho o možnosti vyvolání kašle a uložila do zvýšené polohy. Postupovala jsem asepticky. Frekvenci odsávání, množství odsátého sekretu a jeho charakter jsem zaznamenávala do dokumentace.

Dutinu ústní jsem ošetřovala roztokem Stopanginu a boraxglycerinu. Pro podporu salivace jsem DÚ vytírala citrónovými štětičkami.

Pravidelně jsme pacienta polohovali a prováděli dechová cvičení. Edukovala jsem pacienta a příbuzné o významu dechových cvičení a získala je pro spolupráci, což vedlo k procvičování i během návštěv.

Sledovala jsem Sa O₂.

Hodnocení:

Dýchací cesty pacienta jsou volné, dýchá se mu dobře. Saturace kyslíkem byla 96 % - 98 %. Nevznikla žádná infekce. Pacient je klidný.

Cíl byl splněn.

7. RIZIKO VZNIKU DEKUBITU NA SLIZNICI HORNÍCH DÝCHACÍCH CEST Z DŮVODU ZAVEDENÉ NASOGASTRICKÉ SONDY

Cíl:

- nedojde ke vzniku dekubitu
- pacient nemá bolest, či jiné nepříjemné pocity
- pacient je dobře vyživován
- zabránit vzniku infekce
- získat pacienta ke spolupráci

Plán:

- zabezpečit pacientovi jinou možnost vyživování
- zhodnotit bolest sliznice
- asepticky ošetřovat NGS
- polohovat NGS
- zamezit strachu a obavám

Realizace:

16.10.2008 pacient byl na naše oddělení přijat se zavedenou NGS.

21.10.2008 mu NGS, i přes pravidelné polohování a péči, začala působit nepříjemný pocit tlaku v nose. Tvrdil, že to není výrazná bolest, ale nepříjemný pocit tlaku. Sonda č. 20 zavedená 7. den pravou nosní dírkou. Pan X měl nepříjemné vzpomínky na její zavádění a odmítá zavedení nové NGS levou nosní dírkou. Informovala jsem ošetřující lékařku. Společně jsme pacienta podrobně obeznámily s perkutánní endoskopickou gastrostomií. Pacient souhlasil, podepsal informovaný souhlas s výkonem gastroscopie + PEG. Tvrdí, že po tak pečlivém vysvětlení obavy z výkonu nemá. NGS jsem odstranila, nebyla na ní krev ani hnis. Nosní vstup jsem kontrolovala pohledem, měřila tělesnou teplotu.

Hodnocení:

K vzniku dekubitu nedošlo, odstraněním sondy jsem pacientovi ulevila od nepříjemných pocitů. Pacient objednan zítřa na PEG.

Cíl byl splněn.

Vyživován bude PEGem, nutno pokračovat.

8. PRŮJEM Z DŮVODU NEVHODNÉ ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Cíl:

- pacient má formovanou stolicí
- nemá víc než dvě stolice denně
- je hydratovaný
- nemá bolesti břicha, podrážděnou perianální oblast a jiné nepříjemné pocity

Plán:

- dokumentovat frekvenci vyprazdňování
- dbát na intimitu
- kontaktovat lékaře a nutriční terapeutku
- zjistit přidružené projevy, zvýšená teplota, bolesti břicha, křeče
- kontrolovat stav hydratace
- dodržovat hygienu kolem konečníku a kůži ošetřovat vhodnými přípravky

Realizace:

18.10.2008 se u pacienta objevil průjem. Kontaktovala jsem lékařku a nutriční terapeutku. Dle ordinace jsem změnila tekutou enterální výživu podávanou NGS. Pacient dostával výživu se zvýšeným množstvím vlákniny. Frekvenci i charakter vyprazdňování jsem zaznamenala do dokumentace. Při hygieně jsem dbala na intimitu a ošetřovala jsem kůži kolem konečníku dětskou masťou. Zjišťovala jsem jestli pan X nemá bolesti břicha nebo křeče. Měřila jsem tělesnou teplotu a kontrolovala stav hydratace.

Hodnocení:

Po změně tekuté enterální výživy došlo do 24 hod. k vyprazdňování formované stolice pouze jednou denně. Pacient nejeví známky dehydratace, nemá bolesti břicha ani křeče. Kůže v perianální oblasti je neporušená.

Cíl byl splněn.

9. BOLEST Z DŮVODU KONTRAKTUR A SNAHY O JEJICH UVOLNĚNÍ

Cíl:

- pacient sdělí, že bolest je zmírněná nebo odstraněná
- pacient chápe příčiny vzniku bolesti a zná možnosti jejího řešení

Plán:

- zhodnotit bolest
- zahájit včasnou analgetickou léčbu ve spolupráci s lékařem
- kontrolovat bolest a její intenzitu
- podat včas analgetika
- používat polštáře a podkládat postižené končetiny
- vytvořit si vztah vzájemné důvěry a věřit nemocnému jeho výpovědi o bolesti
- podněcovat pacienta, aby o bolesti hovořil a se zájmem mu naslouchal
- zjistit vliv bolesti na spánek
- odpoutávat pozornost

Realizace:

20.10.2008 pacient udává bolest během a po rehabilitaci. Zhodnotila jsem bolest a spolu s pacientem jsem ji označila na stupnici od 0 – 10 číslem 4. Ve spolupráci s lékařem byla zahájena analgetická léčba (Korylan tbl). Informovala jsem pána X o možnosti užití analgetik. Důvěřovala jsem pacientovi a jednala s pochopením. Spolu s fyzioterapeutkou a lékařkou jsem edukovala pacienta o příčinách bolesti. Po rehabilitaci jsem podložila končetiny polštáři. Zjistila jsem vliv bolesti na spánek.

21.10.2008 se členy ošetřovatelského týmu zajišťujeme pohodlí pacienta v lůžku, plníme plán polohování, provádíme pasivní rehabilitaci. Kontaktuji fyzioterapeutku a lékaře. Dle ordinace lékaře podávám analgetikum (Korylan) ½ hodiny před rehabilitací. Kontroluji jeho účinnost.

22.10.2008 pokračuje podávání analgetik před rehabilitací, kontrola bolesti a její zařazení na stupnici od 1 – 10. Pokračuje polohování a uvolňování kontraktur. Snažím se o rozptýlení pacienta televizí a rádiem.

Hodnocení:

Pan X je po podání analgetik zcela bez bolesti. Na stupnici ji hodnotí číslem 1. Analgetikum žádá pouze před rehabilitací. Sledování televize a poslouchání rádia ho baví. Cíl byl splněn.

10. RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z DŮVODU ZAVEDENÍ PERIFERNÍ ŽILNÍ KANYLY

Cíl:

- pacient je bez projevů zánětu

Plán:

- zavést kanylu za aseptických podmínek
- dodržovat zásady asepsy při přípravě infuzí
- kontrolovat okolí místa vpichu

Realizace:

21.10.2008 zavedena periferní žilní kanyla na předloktí PHK, kryta fólií Tegaderm. Sledovala jsem okolí. Fólii jsme měnili každý den. Přípravu infuzí i převaz kanyly jsme prováděli asepticky. Při podávání infuze slovní dotaz, zda to pacienta nebolí nebo nepálí.

Hodnocení:

Během zavedení kanyly nenastaly žádné komplikace. Po zrušení 25.10.2008 místo vpichu klidné, nebolestivé.

Cíl byl splněn.

11. RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z DŮVODU ZAVEDENÍ PEG

Cíl:

- pacient bez známek zánětu
- funkční PEG

Plán:

- po dobu dvou týdnů denně asepticky ošetřovat
- sledovat známky zánětu celkové i lokální
- kontaktovat lékaře a nutriční terapeutku
- podávat tekutou enterální výživu dle rozpisu nutriční terapeutky
- sledovat odpady
- podávat ATB dle ordinace
- po deseti dnech začít se zanořováním

Realizace:

22.10.2008 pacientovi byl zaveden PEG. Denně jsem ho asepticky ošetřovala a všímala si změn jako např. zarudnutí, přítomnost hnisu, vytékání výživy apod. Místo pod přítlačnou destičkou jsme denně dezinfikovali Gutaseptem a vkládali nastřížený sterilní čtverec. Dbali jsme na správné dosedání destičky na kůži. Kontaktovala jsem lékařku a nutriční terapeutku. Aplikovali jsme antibiotika a postupně zvyšovali množství výživy dle ordinace. Sledovali jsme odpady. Během krmení a po něm byl pacient v polosedu.

31.10.2008 jsme začali 3 x denně zanořovat PEG, aby došlo k vytvoření vazivového kanálu.

Hodnocení:

Pacient nemá známky zánětu, kůže kolem PEGu je klidná. Pokračovat v zanořování.

Cíl byl splněn.

(15, 14, 16, 1, 2, 5, 6)

1.5 Edukace

Jedná se o pacienta, kterého nemoc vyřadila z vykonávání běžných denních činností. Je zcela závislý na pomoci druhých. Činnosti, které pro něho byly před nemocí samozřejmé, jsou dnes nezvladatelné.

Ošetřující lékař seznámil pacienta a rodinu s:

- aktuálním zdravotním stavem
- terapií a nežádoucími účinky léků
- průběhem léčebného programu
- zákroky, co obnáší a proč jsou potřebné

Fyzioterapeutka, která docházela denně, edukovala pacienta a jeho rodinu:

- jak rehabilitovat
- jak používat rehabilitační pomůcky

Nutriční terapeutka edukovala pacienta a rodinu o:

- různých druzích tekuté enterální výživy
- rozpisu a výživové hodnotě jednotlivých přípravků
- výhodách zavedení PEG
- péči o PEG

Věnovala jsem se ošetrovatelské péči, do které jsem se snažila pacienta dle jeho možností zapojit. Informovala jsem pacienta i jeho rodinu o:

- režimu a chodu oddělení
- právech pacientů
- potřebě trpělivosti, neboť se jedná o dlouhodobou léčbu
- důležitosti rehabilitace
- polohování a zvýšené péči o predilekční místa
- stavu defektu v sakrální krajině a způsobu léčby
- významu aktivní účasti na rehabilitaci
- péči o tracheostomickou kanylu
- péči o dýchací cesty
- péči o NGS, později o PEG
- péči o periferní žilní kanylu
- důležitosti dostatečného příjmu tekutin
- existenci sociálních služeb a možnosti kontaktovat sociální pracovníci
- důležitosti čistého, suchého a napnutého prádla v prevenci porušení integrity kůže
- významu a správném používání antidekubitních pomůcek
- nutnosti informovat ošetrovatelský personál při výskytu bolesti
- možnosti podání analgetik dle potřeby

Rodině jsem vysvětlila, jak důležité je, aby se pan X cítil stále potřebný a součástí rodiny.

1.6 Závěr

Během péče o panem X jsem s ním navazovala dobrý kontakt. Po celou dobu byl snaživý a vstřícný ke spolupráci.

S pacientem jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy a ve spolupráci s ostatními členy týmu jsme pracovali na jejich řešení. Pacienta i rodinu jsme seznámili s tím, že jsme na začátku dlouhé cesty.

Obě strany jsme podporovali v trpělivosti a snažili se je získat pro spolupráci. Nešetřilo se slovy chvály a podpory. Snažili jsme se dosáhnout toho, aby se náš pacient chtěl uzdravit a co nejvíce s námi spolupracovat.

Došlo i na informace ohledně dalších možností pomoci. Proto byla kontaktovaná sociální pracovnice. Pro pana X je to další člověk, který je tu proto, aby mu pomohl.

1.7 Ošetřovatelská prognóza

I přes soustavnou ošetřovatelskou péči a rehabilitaci pacient dosahuje jen minimálního zlepšení. Schopnost vykonávat různé denní potřeby se zatím nemění.

Má dobré rodinné zázemí, které ho pozitivně motivuje.

Nutná je dlouhodobá rehabilitace.

Zcela soběstačný už zřejmě nebude, to si plně uvědomuje a je s tím smířen. Přesto se snaží rehabilitovat, aby se kvalita jeho života zlepšila.

Dá se předpokládat, že pan X bude až do konce svého života závislý na péči jiných. V této době čeká na umístění na OCHRIP.

D Použitá literatura a další zdroje

- (1) ČERVINKOVÁ, E. a kol. autorů. Ošetrovatelské diagnózy.
Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-332-5
- (2) DOEGNES, M.R., MOORHOUSE, M.F. Kapesní průvodce zdravotní sestry.
Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8
- (3) FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda.
Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
- (4) TYRLÍKOVÁ, I. Neurologie pro sestry.
Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-287-6
- (5) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. Ošetrovatel'stvo 1., 2. díl
Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
- (6) TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu
Brno : NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4
- (7) VOKURKA, M., HUGO, J. Praktický slovník medicíny
Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4
- (8) ŠVIHOVEC, J. Pharmindex Breviř
Praha: Medical Tribune cz s.r.o., 2006. ISBN 80-903708-0-2
- (9) TICHÝ, J. a kol. Neurologie
Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-750-X
- (10) <http://www.zzshmp.cz>
- (11) <http://www.nutriciamedical.cz>
- (12) <http://urgmed.cz>
- (13) <http://cmp.cz>
- (14) chorobopis
- (15) pacient (pozorování + rozhovor)
- (16) lékař + členové ošetrovatelského týmu

E Seznam zkratek

ADL	Aktivities of Daily Living (Barthelův test základních všedních činností)
AN	Aneuryzma
CMP	Cévní mozková příhoda
CPAP	Continus Positive Airway Pressure (léčení přetlakem v dýchacích cestách)
CT	Computer tomography
DK	Dolní končetiny
dx	Dexter – pravý
EEG	Elektroencefalografie
HK	Horní končetiny
inj.	Injekce
i.v.	Intravenózně (do žíly)
JIP	Jednotka intenzivní péče
MMSE	Mini-mental state examination (test kognitivních funkcí)
MR	Magnetická rezonance
NGS	Nazogastrická sonda
OCHRIIP	Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
ORL	Otorinolaryngologie
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
p.o.	Perorální (podávaný ústy)
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgen
SAK	Subarachnoidální krvácení
tbl.	Tableta
TIA	Tranzitirní ischemická ataka
TK	Tlak krve
TSK	Tracheotomická kanyla
UPV	Umělá plicní ventilace
VP	Ventrikulo-peritoneální
v.s.	Verisimilis (pravděpodobný)

F Přílohy

1. Rozšířená stupnice Nortonové
2. Barthelův test základních všedních činností (Activities of Daily Living)
3. Vstupní ošetřovatelský záznam

1. Rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav kůže		Zvláštní rizika		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	bdělý	4	chodící samostatný	4	úplná	4	kontinentní	4
malá	3	do 30	3	suchá, šupinatá	3	- snížení imunity - h orečka - diabetes mellitus -	3	zhoršený	3	apatický	3	chodící s doprovodem	3	částečně omezená	3	občasná inkontinence	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	- sklerosis multiplex - obezita - anemie	2	špatný	2	zmatený	2	sedící na lůžku, v křesle	2	velmi omezená	2	Inkontinence převážně moče	2
žádná	1	60+	1	alergie, porušená	1	- onemocnění cév - kachexie - karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	ležící	1	žádná	1	Inkontinence moče a stolice	1

2. Barthelův test základních všedních činností (Activities of Daily Living)

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKORE
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
	CELKEM	0

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40** vysoce závislý
45 – 60 závislost středního stupně
65 – 95 lehká závislost

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce

