



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetřovatelství

**Lenka Jíšová**

**Ošetřovatelská péče o nemocného  
s cévní mozkovou příhodou**  
*Nursing care of the patient with cerebral  
vascular accident*

*Bakalářská práce*

Karlovy Vary, únor 2010

Autor práce: **Lenka Jíšová**

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

**3. LF UK v Praze**

Datum a rok obhajoby: duben 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Karlových Varech dne 20.února 2010 Lenka Jíšová

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové za odborné vedení práce a MUDr. Ivetě Pojkarové za cenné rady.

# Obsah

ÚVOD .....	6
1. KLINICKÁ ČÁST .....	7
1.1 Anatomie cévního zásobení mozku .....	7
1.2 Fyziologie mozkového krevního zásobení .....	9
1.3 Neurologie .....	10
1.3.1 Cévní mozkové příhody .....	11
1.3.2 Diagnostika cévních mozkových příhod .....	19
1.3.3 Terapie cévních mozkových příhod .....	25
1.4 Základní informace o nemocném .....	29
1.5 Farmakologie použitých preparátů .....	36
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	39
2.1 Ošetřovatelská anamnéza .....	40
2.2 Ošetřovatelské diagnózy.....	46
2.2.1 Ošetřovatelské diagnózy aktuální.....	47
2.2.2 Ošetřovatelské diagnózy potenciální.....	57
2.3 Dlouhodobý plán .....	63
2.4 Psychologie nemocného .....	68
2.5 Edukace nemocného .....	71
2.6 Prognóza .....	73
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	79
SEZNAM PŘÍLOH .....	81
PŘÍLOHY .....	83

## ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování ošetrovatelské případové studie nemocného s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Onemocnění touto chorobou postihuje populaci vyššího a středního věku, ale můžeme se setkat i s pacienty mladších věkových skupin. Cévní mozkové příhody jsou onemocněním závažná medicínsky i společensky. V oboru neurologie jsou nejčastější příčinou úmrtí i invalidity nemocných.

Bakalářská práce je složena ze dvou částí, klinické a ošetrovatelské.

V klinické části se zabývám anatomií cévního zásobení mozku a fyziologií mozkového krevního zásobení, popisuji radiodiagnostické a ultrazvukové metody v diagnostice cévních mozkových příhod, dále se v této části zabývám léčbou akutního stadia CMP, prevencí primární i sekundární. Také jsem v této části zpracovala základní údaje o nemocném, popisuji výsledky provedených vyšetření a farmakologii léků užitých při terapii nemocného.

V ošetrovatelské části se věnuji popisu charakteristiky ošetrovatelského procesu a „Modelu funkčního zdraví“ podle Marjory Gordonové. Podle tohoto modelu provádím hodnocení nemocného. Informace jsem získala od nemocného, jeho rodiny, vlastním pozorováním a od členů zdravotnického týmu. Následně jsem po konzultaci s nemocným stanovila ošetrovatelské diagnózy a sestavila plán ošetrovatelské péče. Popisuji realizaci a hodnocení ošetrovatelských zákroků.

V této části bakalářské práce také popisuji psychický stav nemocného, jeho edukaci a také edukaci jeho rodiny.

Práci jsem zakončila seznamem použité literatury a seznamem zkratk a příloh.

# **1. KLINICKÁ ČÁST**

## **1.1 Anatomie cévního zásobení mozku**

### **Mozkové tepny**

Mozek je zásobován čtyřmi velkými tepnami. Levá a. carotis communis odstupuje přímo z aortálního oblouku, pravá je větví truncus brachiocephalicus. Společná karotida se ve výši C3-4 dělí na vnitřní a zevní, a. carotis interna vstupuje do lebky kanálem v pyramidě kosti spánkové a větví se na a. ophthalmica a a. cerebri anterior a a. cerebri media. A. ophthalmica zásobuje oko a očníci, a. cerebri anterior zásobuje část frontálního a parietálního laloku, a. cerebri media zásobuje zbylou část těchto laloků a část laloku temporálního.

Mozkovou perfúzi zajišťují i dvě tepny vertebrální. Odstupují z aa. subclaviae, procházejí kostotransverzálními otvory krčních obratlů a do lebky vstupují skrz velký týlní otvor a obě se spojují v nepárovou a. basilaris. Tato tepna zásobuje krví mozkový kmen, mozeček a část mezimozku. A basilaris se dělí ve dvě aa. cerebri posteriores zásobující mozkový kmen a zadní části obou hemisfér. Tyto tepny se dopředu spojují s a. cerebri media a tím na spodině mozku vytváří Willisův okruh.

Samostatnými tepnami jsou aa. chorioideae. Přední odstupuje z a. carotis interna a podílí se na zásobení capsula interna, zadní odstupují z a. cerebri posterior a podílí se na krevním zásobení mozkového kmene.(1)

Willisův okruh důležitou spojkou mezi karotickým a vertebrobasilárním povodím, ale také mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace. Ve Willisově okruhu se mohou vyrovnávat i závažné poruchy v krevním zásobení některou z přírodních tepen. Umožňuje přesun krve z dobře zásobených oblastí mozku do oblastí insuficientních a kompenzuje tak nebezpečí vzniku lokální ischemie. Z Willisova okruhu vycházejí dvě drobné větévky, rami perforantes a rami centrales. Zásobují bazální ganglia, thalamus, capsula interna.(11)

## ***Mozkové žíly***

Žilní systém infratentoriální (mozkový kmen a mozeček) sleduje tepenný systém těchto struktur. Venózní systém supratentoriální je odlišný. Existuje zde systém hlubokých a povrchových žil a též durální siny. Krev je odváděna do v. jugularis interna, hlavní a nejsilnější žíly krku. (1)



## **1.2 Fyziologie mozkového krevního zásobení**

Mozková tkáň pro svou normální funkci vyžaduje stálou dodávku kyslíku a glukózy. Mozková metabolická spotřeba kyslíku je 3,5ml/100g mozkové tkáně/min. Spotřeba glukózy je 5,5 mg/100g mozkové tkáně/min. Přívod kyslíku a glukózy je zajišťován stálou mozkovou perfúzí v rozmezí 40-60ml/100g mozkové tkáně/min.

Mozek je nejdůležitějším orgánem pro existenci člověka, a proto regulace mozkové cirkulace a zajištění stálé mozkové perfúze je zvláště důležitá a liší se od poměrů v ostatním organismu. Přisun krve dokončeného cévního rozvětvení je závislý na perfúzním tlaku. (1)

Perfúzní tlak je závislý především na výši systémového krevního tlaku a na mozkové cévní rezistenci. Ta je dána odporem mozkových cév a také tokovými vlastnostmi krve, především viskozitou krve a množstvím a rigiditou erytrocytů. Nezbytnou podmínkou dostatečné mozkové perfúze je přiměřený arteriální tlak, který ale kolísá i za fyziologických podmínek. Přesto je mozkový průtok stálý, a to díky mechanismu mozkové autoregulace.

Mozková autoregulace je schopna změnami šíře mozkových cév vyrovnávat kolísání krevního tlaku. Stoupající tlak krevní vyvolá vazokonstrikci v dané oblasti mozku a následně se sníží mozková perfúze, při poklesu krevního tlaku dochází k vazodilataci, při níž cerebrální perfúze stoupá. Tímto mechanismem se udržuje konstantní krevní průtok v rozmezí 60 – 150 mmHg středního arteriálního tlaku. (11)

Mozková perfúze musí rychle reagovat na aktuální metabolické nároky jednotlivých mozkových struktur. Tuto funkci zajišťuje chemicko-metabolická regulace, jejímž cílem je umožnit redistribuci krve do oblastí mozku, které jsou aktuálně metabolicky aktivnější. Acidóza, která je produktem metabolismu mozku, vyvolá vzestupem parciálního arteriálního tlaku oxidu uhličitého vazodilataci mozkových cév. Výsledkem vazodilatace je zvýšení mozkové perfúze a odplavení kyselých metabolitů. Tyto změny mohou probíhat pouze v rozmezí 20-70 torrů PaCO<sub>2</sub>. Mimo toto rozmezí další změny PaCO<sub>2</sub> krevní průtok neovlivní, protože mozkové cévy se nacházejí již ve stavu maximální vazodilatace nebo naopak vazokonstrikce. (11)

### **1.3 Neurologie**

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zabývám ošetrovatelským procesem pacienta po cévní mozkové příhodě, budu se věnovat problematice cévních mozkových příhod.

„V České republice roste úmrtnost na cévní mozkové příhody rychleji než úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční a prevalence iktů se stále více posouvá do produktivního věku. Roční prevalence iktů v Evropě je 2 na 1000 obyvatel, 10-12% takto nemocných má do roku recidivu. Nemocní po iktu jsou rovněž ohroženi infarktem myokardu (15%) a úmrtím z jiných vaskulárních příčin (15%). Akutní cévní mozková příhoda je časté onemocnění s devastujícími následky. Incidence je v Evropě okolo 150-200 na 100 000 obyvatel za rok, je druhou (event. třetí) nejčastější příčinou smrti na světě, příčinou úmrtí u 1/3 pacientů v následujících šesti měsících, vedoucí příčinou invalidity, druhou nejčastější příčinou demence, hlavní příčinou deprese jak u pacientů, tak u jejich opatrovatelů. Ekonomické náklady, zejména na péči následnou, jsou astronomické. V posledních letech se zvyšuje výskyt iktů, a to nejen u seniorů, ale i u osob v produktivním věku.

U nás je situace zvláště závažná pro dvakrát až třikrát vyšší incidenci a dvojnásobnou mortalitu ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy, zejména u mužů ve věkové kategorii 49-65 let.

V posledním desetiletí se rovněž změnil názor na léčitelnost časné fáze ischemického iktu, který odpovídá současným znalostem molekulární patofyziologie cévní mozkové příhody a závěrům řady multicentrických, randomizovaných klinických i experimentálních studií.

Péče o ikty je multidisciplinární, nelze si ji představit bez úzké spolupráce s internistou, oborem rehabilitace, logopedie, psychologie a radiodiagnostiky a v neposlední řadě bez možnosti návaznosti na léčbu neurochirurgickou, angiochirurgickou anebo endovaskulární“.(5 str.12-13)

### **1.3.1 Cévní mozkové příhody**

Cévní mozkové příhody jsou způsobeny poruchou krevního zásobení mozku, postihují normální funkce mozku. Postižení může být jednak drobné a krátkodobé, bez zjistitelných změn v mozkové tkáni nebo těžké a trvalé, které je spojeno s jeho rozsáhlým strukturálním poškozením. Porucha v krevním zásobení mozku může být způsobena poškozením zásobujících cév v nitrolebí i mimo ně, onemocněním srdce, poruchou krevního oběhu nebo některými hematologickými nemocemi.

#### **Hlavní příčiny cévních mozkových příhod**

Hlavním příčinami cévních onemocnění mozku jsou ateroskleróza, arteriální hypertenze, z kardiálních příčin je to především embolizace nejčastěji v důsledku fibrilace síní, dále to mohou být malformace mozkových cév, vzácněji vaskulitidy, z chorob hematologických pak hyperkoagulační stavy.

Ateroskleróza postihuje velké artérie, hlavně koronární, mozkové, končetinové a aortu. Při ateroskleróze dochází ke změnám v intimně i medii tepen. Na počátku procesu aterogeneze stojí dysfunkce endotelu. Poškození endotelu mohou způsobit vlivy chemické (např. nikotin), fyzikální (hypertenze), imunologické, virové i aterogenní působení lipoproteinů s nízkou hustotou (LDL-low density, event. i VLDL-very low density). Do stěny cévy pronikají lipoproteiny s nízkou hustotou a cholesterol, který se zde usazuje. Přítomnost LDL v cévní stěně přitahuje monocyty. Monocyty se následně mění na makrofágy. Spolu s granulocyty postupně pronikají do intimy. Dochází k agregaci trombocytů, zvyšuje se prostupnost endotelu a buňky hladké svaloviny migrují z medie do intimy, tím dochází ke ztluštění cévní stěny a vzniká fibrózní plát. Makrofágy fagocytují lipidy. Nazývají se pak pěnovými buňkami, protože jsou přeplněné kapénkami tuku. Když zaniknou, hromadí se lipidy i mimo buňky a vznikají ateromatózní pláty. Ve sklerotických plátech mohou vznikat další změny jako kalcifikace, exulcerace, nekróza i krvácení, dochází k další adhezi a agregaci destiček a postupně se vytváří trombus. Klinicky se ateroskleróza projevuje komplikacemi mezi které patří infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin.

Hypertenze je definovaná jako opakované zvýšení TK = 140/90 mmHg alespoň u dvou ze tří měření TK při minimálně dvou návštěvách u lékaře. Vysoký krevní tlak mechanicky poškozuje endotel cév, potencuje dysfunkci endotelu a vede k rozvoji aterosklerózy. Ve stěně mozkových cév vznikají mikroaneurysmata a ve stěně mikroaneurysmat vznikají ložiskové lipohyalinní změny. Dochází ke vzniku fibrinoidní arteriolosklerózy. Postižena je media. Postiženy jsou hlavně drobné perforující artérie. Pokud se v důsledku procesu protrhnou, dojde ke vzniku mozkové hemoragie, pokud se uzavřou, vznikne ischemie. (1)

### **Rizikové faktory cévních mozkových příhod**

„Rizikový faktor je taková vlastnost, zjišťovaná u dosud zdravých osob, která se vyskytuje u osob s pozdější manifestací choroby častěji než u osob, které touto chorobou ne onemocní“. (6 str.23)

Rozlišujeme rizikové faktory neovlivnitelné, ovlivnitelné a nejednoznačně prokázané rizikové faktory.

#### **Faktory neovlivnitelné**

**Věk:** ateroskleróza je onemocnění vyššího věku se stoupajícím výskytem v 6. desetiletí. V každé dekádě po dosažení 55 let se riziko CMP dvojnásobně zvyšuje.

**Pohlaví:** do určitého věku se CMP vyskytuje více u mužů, až po klimakteriu se zvyšuje riziko i u žen. Přitom u žen je úmrtnost na iktus vyšší.

**Genetická zátěž:** častější manifestace v některých rodinách. Pokud se vyskytl iktus u jednoho z rodičů, znamená to i zvýšené riziko CMP pro děti.

#### **Faktory ovlivnitelné**

**Krevní tlak:** arteriální hypertenze je nejrizikovější faktor pro vznik hemoragických i ischemických mozkových příhod. Důležité jsou jak hodnoty krevního tlaku, tak i doba trvání choroby. K rizikovým faktorům hypertenze řadíme zvýšený přívod soli, diabetes mellitus, obezitu, stres, nadužívání alkoholu, kouření cigaret. (1)

„**Kouření:** kouření cigaret je nezávislým rizikovým faktorem ischemického iktu. Riziko iktu je dvojnásobné u silných kuřáků proti mírným kuřákům. K praktickému snížení rizika dochází za 2-4 roky abstinence a za pět let je rizikovost bývalých kuřáků shodná a nekuřáky. Vymizení rizika není ovlivněno věkem, začátkem kouření a počtem vykouřených cigaret za den. K poklesu rizika dochází dříve u lehčích kuřáků (do 20 cigaret za den) a je nezbytné vynechat jakékoli kouření (např. i přechod na dýmku). Rovněž pasivní kouření je riziko pro vznik iktu i rizikem pro progresi aterosklerózy.“(5 str.133)

**Obezita:** je spíše faktor podpůrný, je spojována s vyšším krevním tlakem, diabetem, zvýšeným obsahem cholesterolu a tuků v krvi, nedostatkem fyzické aktivity. Důležitý je i typ obezity, rizikovým faktorem je abdominální typ obezity.  
(1)

### **Částečně ovlivnitelné faktory**

**Diabetes mellitus** i porucha glukózové tolerance jako prediabetický stav, u diabetiků se vyskytuje zvýšený sklon k ateroskleróze, arteriální hypertenzi, obezitě a dyslipidémii, což jsou rizikové faktory CMP.

**Hyperlipidémie:** jde především o hypercholesterolemii a hypertriacylglycerolemii. Hladina cholesterolu u dospělého člověka nemá překročit hranici 5,2 mmol/l. Normální hladina triglyceridů se u dospělého pohybuje v rozmezí 0,2-1,8 mmol/l. Poměr cholesterol/HDL se někdy označuje jako aterosklerotický index (normálně <4).

### **Faktory přidružené**

**Nedostatečná fyzická aktivita:** zvyšuje riziko předčasné smrti a výskyt kardiovaskulárních chorob. Pro snížení rizika je vhodné pravidelné cvičení, plavání, turistika, rychlá chůze v trvání 30-40 minut denně alespoň 3x až 4x týdně. Tělesná aktivita příznivě ovlivňuje vysoký tlak, psychiku, vede ke zlepšení fyzické kondice.

## **Rozdělení cévních mozkových příhod**

Cévní mozkové příhody se dělí do dvou hlavních kategorií, na mozkové příhody ischemické a hemoragické. Ischemické příhody tvoří přibližně 80 %, hemoragie 20 % všech cévních onemocnění mozku.

## **Ischemické mozkové příhody**

„Lze je diferencovat:

- a) podle mechanismu vzniku na obstrukční (okluzivní), kdy dojde k uzavěru cévy trombem nebo embolem a neobstrukční, které vznikají hypoperfúzí z příčin regionálních nebo systémových
- b) podle vztahu k tepennému povodí na infarkty tentoriální (v povodí některé mozkové tepny), interteritoriální (na rozhraní povodí jednotlivých tepen) a lakunární (postižení malých perforujících arterií)
- c) podle časové průběhu na tranzitorní ischemické ataky (TIA), reverzibilní ischemický, neurologický deficit (RIND), vyvíjející se (progredující, pokračující) příhodu a dokončené ischemické příhody“.

(1 str.157)

## **Projevy mozkové ischemie**

Za normálních okolností se mozkový průtok pohybuje v rozmezí 50 – 60 ml/100 g mozkové tkáně za minutu. Pokud dojde k poklesu mozkové perfúze, je tento stav zpočátku částečně kompenzován vazodilatací arteriol a zvýšením extrakce kyslíku z protékající krve. Pokud průtok krve nepoklesne pod hodnotu 20 ml, není funkce neuronů významněji ovlivněna. Tento stav se nazývá nouzovou perfúzí. Při poklesu mozkového průtoku na hodnoty kolem 20 ml/100g za minutu, dochází k reverzibilní poruše funkce neuronů, ale neurony přežívají. Dochází k projevům ischemie. Postižená hypoxická mozková tkáň se nachází v oblasti ischemickém polostínu, oblast se nazývá zona penumbra. Při poklesu krevního průtoku pod hodnotu 10 ml dochází k ireverzibilním strukturálním změnám, dochází k zániku neuronů a ke vzniku mozkového infarktu.(11)

### **Průběh ischemických cévních mozkových příhod**

Podle dynamiky progresu a regrese cévních mozkových příhod můžeme rozlišovat několik typů mozkové ischemie:

**Přechodná cévní mozková příhoda (TIA):** pro prchavý iktus se používá také název tranzitorní ischemická ataka. Neurologické příznaky jako např. hemiparestezie, diplopie, dysartrie, vertigo sami během několika minut až hodin odeznívají. I když se stav spontánně upraví, je vždy varovným příznakem a vyžaduje podrobné vyšetření, aby byla zjištěna příčina. TIA je jednou z forem CMP, není to rizikový faktor CMP. Nejčastější příčinou tranzitorní ischemické ataky je uzávěr intrakraniální tepny vmetkem z trombu nebo exulcerovaného aterosklerotického plátu v přírodní krční tepně nebo vmetek ze srdce.(12)

**Reverzibilní cévní mozková příhoda (RIND):** je významnější ložiskovou mozkovou hypoxií než TIA, příznaky trvají déle než 24 hodin, odeznívají do 3 týdnů. Nejčastější příčinou jsou menší emboly.

**Progredující cévní mozková příhoda (stroke in evolution):** je postupně narůstající ložisková mozková hypoxie, kdy dochází k dalšímu rozvoji příznaků, nejčastěji narůstáním trombu nebo embolizací kardiálního původu.

**Dokončená cévní mozková příhoda (completed stroke):** je obrazem ireverzibilní fokální hypoxie mozku, infarktu mozku. Neurologický deficit je stálý a neměnný. (11)

### **Iktus vzniklý při uzávěru tepny embolem**

**Syndrom uzávěru arteria karotis interna:** k uzávěru většinou nedojde náhle, jen po traumatu, kdy dojde k přímému poranění krku nebo spodiny lebeční. Pak vzniká těžká hemiplegie, protože v šokovém stavu se nezdaří rychlá redistribuce cévního řečiště prostřednictvím anastomóz ve Willisově okruhu. Většinou ale trombus pozvolna arterii obliteruje. Klinicky se syndrom projevuje kontralaterální hemiparézou, centrální parézou n. facialis, hemihypestézií, pokud je postižena dominantní hemisféra, pak i afázií.

**Syndrom uzávěru arteria cerebri media:** tepna zásobuje větší zevní část mozkové hemisféry a zevní oddíl bazálních ganglií v hloubi hemisféry. Hlavním příznakem uzávěru je kontralaterální hemiparéza kapsulárního typu (ve vnitřním pouzdru v mezencefalu), což znamená, že je větší postižení horní končetiny,

zvláště drobných svalů ruky. Dále se vyskytuje centrální paréza n. facialis, hemihypestézie, homonymní hemianopie s deviací hlavy a bulbů k ložisku. Hybnost dolní končetiny se upravuje rychleji než horní končetiny.

**Syndrom uzávěru arteria cerebri anterior:** je poměrně vzácný, tepna zásobuje mediální část čelního a temenního laloku. Syndrom se projevuje výraznějším postižením kontralaterální dolní končetiny a celkem lehkou parézou horní končetiny, případně i lehkou centrální obrnou lícního nervu. Také se vyskytují psychické poruchy, často agitovanost a zmatenost.

**Syndrom uzávěru arteria cerebri posterior:** tepna zásobuje mediální a spodní oddíl spánkového a týlního laloku, část mezimozku a středního mozku. Syndrom se projevuje poruchami zraku – hemianopsií homonymní, současně je porušena fixace pohledu a chybí sledující pohyby očních bulbů při čtení. Dochází k prostorové dezorientaci spojené se zrakovým vnímáním. Při poruše dominantní hemisféry, většinou levé, vzniká alexie, ztráta schopnosti poznat znakem písmena a slova. Pokud je porucha v nedominantní hemisféře, postižení si poruchu zorného pole ani neuvědomují.

**Syndrom uzávěru arteria basilaris:** pokud je uzávěr úplný, stav je neslučitelný se životem. Částečný uzávěr je charakterizován poruchou vědomí, poruchou zraku někdy až korovou slepotou. Dále se objevují závratě, nauzea, zvracení. Je přítomna kvadruparéza centrálního typu, okohybné poruchy, porucha dechu. Často jsou uvedené potíže naznačeny v prodromálním stadiu při rozvoji trombózy v arteria basilaris, které mají prchavý průběh náhlých obtíží a opět úlevy, někdy ve spojitosti s postavením hlavy. Jde o důležitý symptom, který musí vést k podezření, že jde o uzavírající se řečiště v zadní jámě lebni.

**Syndromy z postižení cévního řečiště v mozkovém kmene:** pokud je jednostranné postižení cévního řečiště, poloviny mozkového kmene, na straně poruchy jsou periferní obrny mozkových nervů z destrukce jejich jader a na druhé polovině těla je centrální hemiparéza, protože postižená pyramidová dráha se kříží. Pokud je postižení oboustranné, stav je vážný. Při tzv. locked in syndromu dochází k oboustranné těžké hypoxii ventrální části Varolova mostu. Pacient je schopen jen vertikálního pohybu očí, konvergence, někdy mrkání, protože je zachována pouze oboustranně funkce n. oculomotorius, nikoliv již n. abducens



nebo n. trochlearis. Dochází k úplné ztrátě hybnosti celého těla, neschopnosti polykat, hovořit. Je ale zcela zachované lucidní vědomí.(12)

### **Cévní mozkové příhody hemoragické**

Krvácení do mozkové tkáně vzniká při ruptuře cévní stěny některé z mozkových tepen. Tvoří 20 % všech cévních onemocnění mozku.

Mezi nejčastější příčiny mozkových hemoragií řadíme arteriální hypertenzi, hemoragické diatézy – hemofilie, leukémie, antikoagulační léčbu, drogovou závislost – abúzus amfetaminu, kokainu, mozkovou amyloidní angiopatii, která poškozují tepny a arterioly v mozkové kůře a mozkových plenách, cévní malformace, aneurysmata. Mozkové krvácení může být příznakem dosud symptomatického nádoru – metastáz melanomu, karcinomu plic, ledvin.

**Putaminální krvácení:** zdrojem krvácení je Charcotova hemoragická artérie, příčinou krvácení je nejčastěji arteriální hypertenze. Při krvácení je celá hemisféra mozková zvětšená, dochází k přetlaku v celé dutině lební, který zamezuje odtoku krve i likvoru. Vzniká nebezpečí temporálního konusu. Může dojít i k provalení krve do komor. Klinicky se projeví kontralaterální hemiparézou, hemihypestézií a deviací očí na stranu hemoragie.(12)

**Talamické krvácení:** je obvykle hypertenzního původu, projevuje se hemihypestézií, hemiparézou, hemiataxií, obrnou pohledu vzhůru a spontánním stočením očí dolů.

**Lobární krvácení:** krvácení je uloženo v bílé hmotě mozkových laloků těsně pod mozkovou kůrou. U starších lidí bývá příčinou mozková amyloidní angiopatie, u mladších jedinců je příčinou ruptura drobných cévních malformací. (8)

**Kmenová krvácení:** příčinou je většinou neléčená nebo špatně kontrolovaná hypertenze, AV malformace v pontu. Pontinní krvácení má vysokou úmrtnost, krvácení ve středním mozku může utlačit mokovod s následným rozvojem akutního hydrocefalu.

**Mozečková krvácení:** příčinou krvácení je akutní i chronická hypertenze, cévní malformace, anerysma, tumory primární nebo metastázy. Iniciálním příznakem je prudká bolest hlavy v záhlaví, nauzea a zvracení, intenzivní závrať, neschopnost chůze nebo stoje, postižený není schopen udržet se vsedě a padá na jednu stranu,

obvykle na stranu hemoragie. Velké hematomy mohou utlačovat kraniální nervy, mozkový kmen a komorový systém. To se projeví progredující poruchou vědomí, kvadraparézou, poruchami dechu i komorovou arytmií. (5)

### **1.3.2 Diagnostika cévních mozkových příhod**

Diagnostika v neurologii spočívá ve shromažďování dat, jejich třídění podle důležitosti a analýze.

**Anamnéza:** je základem neurologické diagnózy, na její pečlivosti a kvalitě jako základních vstupních informací záleží konečný výsledek. K nemocnému se přistupuje jako k individualitě a ne jako k případu nebo nemoci. Kontakt s nemocným se začíná anamnézou nynějšího onemocnění. Lze ji rozdělit na:

1. spontánní, kdy pacient hovoří o svých subjektivních potížích a problémech svými slovy
2. cílenou, kdy jde o vedení spontánní anamnézy, kladou se konkrétní otázky, zpřesňují se pojmy, např. při udávání závratí, sleduje se časový průběh obtíží od jejich začátku, obtíže se mohou zhoršovat a zintenzivňovat, pak je průběh progresivní, nebo se mohou zmenšovat - dochází k jejich ústupu
3. objektivní, informace získáváme od rodiny nebo svědků konkrétní události, je důležitá u stavů, na které má pacient amnézii (epileptické záchvaty, poruchy vědomí)

Pak následuje anamnéza rodinná. Zjišťuje se přítomnost závažných chorob, příčiny a věk úmrtí rodičů a někdy i širšího příbuzenstva. Je významná nejen při výskytu dědičných chorob, ale i při výskytu multifaktoriálních rizikových faktorů. Při osobní anamnéze zjišťujeme všechny významnější choroby od dětství i jejich průběh. Pozornost se věnuje nemocem, při kterých byl pacient hospitalizován, operacím, úrazům hlavy a páteře. Zjišťuje se přítomnost jiných chorob a užívání léků. Součástí této anamnézy je i alergická anamnéza a abusus návykových látek, u žen také informace o gynekologické anamnéze. Při pracovní anamnéze zjišťujeme současné pracovní zařazení, které může mít souvislost s nynějším onemocněním. V sociální anamnéze se zhodnotí rodinné a sociálních poměry.

**Objektivní vyšetření:** vyšetření se provádí systematicky, cíleně, pečlivě a podle anamnézy. Základní úloha spočívá v identifikaci léze. Začíná již během anamnézy, kdy se sleduje vzhled nemocného, jeho řeč, spolupráce, psychický stav, nálada, jeho chování. Při hodnocení psychiky se pozoruje vnímání – halucinace, afektivita např. deprese, euforie apatie, dále paměť, myšlení – může být zpomalené, zmatené, intelekt, jednání – může být útlum nebo agitovanost. Pečlivě se posuzuje stav vědomí. Pro psychózu svědčí výskyt bludů nebo halucinací. Poruchy orientace, pozornosti, myšlení a paměti svědčí pro zmatenost. U deprese se vyskytují především únava, nespavost, nechutenství, slabost, zácpa.

**Hlava** - je nutné si všimnout tvaru lebky, odchylek od normálního mezocefalického tvaru, žizev, hlavně operačních, mozkové nervy se vyšetřují v pořadí I.-XII.

I. nerv čichový - dotazem se informujeme na čich, při podezření na poruchu čichu se vyšetřuje cíleně každá strana zvlášť, nemocný při zavřených očích rozpoznává různé známé aromatické látky.

II. nerv zrakový - informujeme se o zraku, orientačně se vyšetřuje zorné pole (perimetr).

III.,IV.,VI. okohybné nervy - sleduje se symetrie a šíře očních štěrbin, vyšetří se postavení bulbů, pohyb všemi směry, zjišťujeme strabismus. Všimáme si, zda není přítomen nystagmus. Normální zornice jsou středně velké, izokorické, asymetrie se nazývá anizokorie.

V. nerv trojklaný - vyšetřuje se kožní citlivost ve všech větvích, korneální reflex, pohmatem se zjišťuje trojka žvýkacího svalstva - maseterů při zatnutí zubů a jejich síla při pokusu o otevření úst proti odporu.

VII. nerv lícní - všimáme si mimiky klidové, bezděčné, volní- na výzvu pokrčit čelo, udělat vrásky, usmát se, vycenit zuby, sešpulit ústa, sleduje se hlavně asymetrie.

VIII. nerv sluchověrovnovázný - vyšetření sluchu se provádí orientačně. Vyšetřování vestibulárního systému se provádí při vyšetření jiných partií - patří sem nystagmus, vyšetření stoje a chůze. Může se vyšetřovat zkouška ukazováním podle Baránye, nemocný se snaží poslepu dotknout určeného cíle, například prstu vyšetřujícího.

IX.-XI. nerv jazykohltanový, bloudivý a přídatný - se vyšetřují společně. Zjišťuje se postavení patrových oblouků a uvuly v klidu a při tvorbě zvuku hlasivkami, vyšetří se dávnivý reflex. Věnuje se pozornost polykání a řeči.

XII. nerv podjazykový - sleduje se trofika a postavení jazyka v ústech a při plazení, jazyk je normálně ve střední čáře.

**Krk** - sleduje se držení hlavy, aktivní a pasivní hybnost krční páteře, meningeální příznaky, palpačně i poslechem pulsace karotid.

**Horní končetiny** - sleduje se vzhled, držení a trofika svalstva. Důležité je vyšetření hybnosti aktivní, kdy nemocný vykonává pohyby na výzvu sám, jednak pasivní, kdy sami hýbeme relaxovanou končetinu. K vyšetření hybnosti patří i vyšetření svalové síly, sílu jednotlivých svalů kvantifikujeme podle svalového testu. Na horních končetinách se vyšetřují šlachookosticové reflexy, pyramidové jevy paretické a spastické, mozečkové funkce se vyšetřují zkouškou taxu prstů.

**Hrudník a břicho** - fyziologické reflexy vybavujeme lehkým škrábnutím na břišní stěně a vyvoláme viditelný stah břišního svalstva.

**Dolní končetiny** - posuzuje se držení, vzhled, trofika svalstva, tonus, hybnost aktivní i pasivní a svalová síla. Orientaci o motorice získáváme vyšetřením chůze po špičkách, patách a vstáváním z dřepu. Také se vyšetřují šlachookosticové reflexy, pyramidové jevy paretické a spastické.

**Vyšetření čítí** - vyšetřuje se při zavřených očích a to základní kvality z oblasti čítí povrchového a hlubokého (polohocit, vibrace). Srovnává se předpokládaná normální část s případnou oblastí s porušenou citlivostí, levou a pravou stranu, horní a dolní polovinu těla, proximální a distální oblasti končetin.

**Vyšetření páteře** - sleduje se statika páteře, držení, fyziologická zakřivení, důležité je vyšetření pohyblivosti v jednotlivých úsecích. Sleduje se rozsah pohybu, provokace bolesti.

**Vyšetření stoje** - je zaměřeno na poruchy rovnováhy. Vyšetřuje se stoj I, jde o mírně rozkročený postoj, stoj II - paty i špičky u sebe, stoj III, paty i špičky jsou u sebe a oči jsou zavřené, sleduje se kolísání a úchyly do stran.

**Vyšetření chůze** - rozlišuje se chůze I, normální přirozená chůze a chůze II se zavřenými očima. Samostatně se vyšetřuje chůze po špičkách a patách. Spastická

chůze znamená, že postižená končetina je jakoby ztuhlá, končetina se těžko odlepuje od podlahy, pacient těžko končetinu zvedá, chůze je tvrdá. Paretická chůze vzniká při oslabení, paréze jedné nebo obou dolních končetin, nemocný se nemůže dobře odrazit nemocnou končetinou, někdy ji táhne za sebou, může s ní s dělat kratší kroky nebo ji ke zdravé jen přitahovat. Ataktická mozečková chůze je chůze o širší bázi, nejistá, s titubacemi do stran. Parkinsonská chůze se projevuje kratšími kroky s obtížným začátkem a obtížnou změnou směru, chybí souhyb horních končetin. (1)

**Pomocná, komplementární vyšetření** jsou nutná pro stanovení správné diagnózy nebo pro její upřesnění.

Biochemický screening: patří k základním pomocným vyšetřením, tedy sedimentace erytrocytů, krevní obraz, hladina cukru v krvi, urea, kreatinin, jaterní testy, lipidogram, vyšetření elektrolytů, koagulační testy a další biochemické ukazatele. (1)

### **Zobrazovací metody v neurologii**

**Počítačová tomografie (CT):** přímá vyšetřovací metoda slouží k vyšetření mozku i míchy, měří se přesná absorpce průniku rtg záření vyšetřovaným objektem z mnoha různých úhlů záření. Rozdílný absorpční profil se zpracovává počítačem. Fyzikální hustota tkáně, se transformuje v denzitu různě vyjádřené šedi, od bílé až po černou. CT zobrazí mozkovou tkáň a komorový systém. Zde přítomné patologické změny se projeví změnou denzity zobrazené tkáně. Zobrazená ložiska mohou být hyperdenzní, světlejší, např. krvácení nebo hypodenzní, tmavší, např. malacie. CT vyšetření provádíme nativně, bez aplikace kontrastní látky nebo s aplikací kontrastní látky. Nejčastějšími aplikovanými kontrastními látkami jsou jodové kontrastní látky. Jejich nitrožilní aplikace se využívá k zobrazení patologického procesu, který při nativním vyšetření nebyl vůbec anebo jen nevýrazně detekován.

**Magnetická rezonance (MR):** je to metoda, při které se obraz vyšetřované oblasti získá počítačovým zpracováním pohybu vodíkových iontů v magnetickém poli. Výsledný MR signál se opět transformuje do škály šedi a změny se projeví

změnou intenzity signálu. Přístroje odhalí strukturální změny dokonce menší než 1 mm. Vyšetření je neinvazivní, nevystavuje pacienta ionizujícímu záření, lze vyšetřovat těhotné ženy, novorozence. Kontraindikací je implantovaný kardiostimulátor, cévní svorky nebo jiné kovové předměty v těle pacienta, obezita pacienta omezující jeho vstup do vyšetřovacího tunelu.

Speciálními metodami jsou CT angiografie a MR angiografie. Po aplikaci kontrastní látky mohou zobrazit cévní řečiště, CT extrakraniální, MR extrakraniální i intrakraniální řečiště. (1)

**Angiografie (AG):** principem vyšetření je zobrazení cévního řečiště mozku i přírodních cév extrakraniálních po aplikaci kontrastní látky do tepenného řečiště pod rtg kontrolou. Vyšetření se nejčastěji provádí katetrizací arteria femoralis z třísla. Někdy je možné použít přímé metody. V tomto případě se nabodne arteria carotis communis. Jde o vyšetření invazivní, existuje riziko spasmů cév způsobených vlastní kontrastní látkou, riziko vzduchové embolie.

**Digitální subtrakční angiografie (DSA):** principem je digitální subtrakce kostěných struktur z rentgenového obrazu, což umožní zobrazení cévního stromu při snížení celkového množství použité kontrastní látky.

**Pozitronová emisní tomografie:** metoda slouží k detekci poruch metabolismu mozkové tkáně. Vyšetření je velmi nákladné, neboť vyžaduje cyklotron, který se používá jen na několika pracovištích v Evropě a využívá se převážně pro výzkumné účely. Vyšetření určuje úroveň metabolismu mozkové tkáně v jednotlivých mozkových oblastech pomocí izotopů s krátkým poločasem rozpadu.

**Jednofotonová emisní tomografie:** slouží k zjišťování poruch krevního průtoku mozkové tkáně. Kontrastní látka se aplikuje do žilního řečiště a následně se snímá průtok krve mozkem a sledují se event. odchylky od normálního krevního průtoku v jednotlivých oblastech mozku. (14)

### **Ultrazvuková diagnostika**

**Dopplerovská ultrasonografie extrakraniálních tepen:** používá se k odlišení stenóz-zúžení od okluzí-uzávěrů magistralních tepen, arteria carotis interna, externa, arteria vertebralis, arteria subclavia. Lze měřit rychlosti průtoku, hodnotit

průtokové charakteristiky v různých částech jednotlivých cév. Využívá se Dopplerův princip měření rychlosti krevních částic.

**Transkraniální dopplerovská ultrasonografie:** při tomto vyšetření je možné vyšetřit magistrální mozkové tepny a hodnotit průtokové rychlosti v hlavních mozkových arteriích.(1)



### **1.3.3 Terapie cévních mozkových příhod**

Cévní mozkové příhody jsou urgentním stavem a vyžadují co nejrychlejší zahájení účinné terapie. Léčba by měla být započata ve fázi, kdy ještě nedošlo k ireverzibilním strukturálním změnám mozkových neuronů v oblasti ischemického polostínu. Měla by tedy být zahájena během prvních tří až maximálně šesti hodin od vzniku příznaků.

Léčba cévních mozkových příhod zahrnuje léčbu akutního stadia CMP, ale také primární a sekundární prevenci.

#### **Primární prevence**

K hlavním cílům primární prevence patří předcházení vzniku cévních mozkových příhod vyhledáváním a eliminací významných rizikových faktorů tohoto onemocnění. (11)

1. „při preventivních kontrolách zdravotního stavu je základní informací hodnota krevního tlaku. Při zjištění TK nad 140/90 mmHg se doporučuje úprava životního stylu. U většiny hypertoniků je pro dosažení normalizace tlaku zapotřebí farmakologická léčba.
2. doporučuje se pravidelná fyzická aktivita, omezení solení, dieta s nenasycenými tuky, vlákninou, vyšší konzumace ovoce a zeleniny
3. léčba snižující hladinu cholesterolu statiny
4. snížení nadváhy redukčními dietami
5. kouření cigaret se nedoporučuje
6. ačkoli přísná kontrola hladiny glukózy u diabetiků nesnižuje riziko vzniku iktu, přesto je důležitá, protože ovlivňuje jiné komplikace diabetu“  
(5 str.146)
7. nedoporučuje se konzumovat nadměrné množství alkoholu, zejména tvrdého, prokazatelně zvyšuje riziko mozkové hemoragie

#### **Léčba akutního stadia CMP**

Vyžaduje co nejrychlejší zahájení adekvátní terapie. Cévní mozkovou příhodu jednoznačně považujeme za urgentní stav. Léčba je poskytována na specializovaných jednotkách pro léčbu cévních mozkových příhod, iktových

jednotkách nebo na jednotkách intenzivní péče neurologických oddělení. Intenzivní léčba akutní stadia CMP zahrnuje celkovou intenzivní terapii, cílenou medikamentózní terapii, specializovanou terapii, angioneurochirurgické a endovaskulární intervence. (11)

**Celková intenzivní terapie:** je zaměřena na stabilizaci celkového stavu a na prevenci komplikací, cílem je

1. stabilizace vitálních funkcí, zajišťuje dostatečnou krevní cirkulaci
2. zabránit rozvoji hypoxického poškození vhodnou oxygenoterapií
3. zajištění dostatečné mozkové perfúze, která předchází vzniku mozkové ischemie, spočívá v toleranci vyšších hodnot krevního tlaku a v podpoře mikrocirkulace (dostatečná hydratace, pentoxifyllin)
4. prevence aspirace, která brání rozvoji aspirační bronchopneumonie
5. péče o funkci dýchacích cest, předchází vzniku jejich obstrukce (zvlhčování, expektorancia, mukolytika)
6. péče o funkci gastrointestinálního traktu, brání vzniku jeho dysfunkce, rozvoji stresového vředu a dysmikrobie s možností následné střevní infekce
7. předejít vzniku malnutrice a katabolismu optimální nutriční podporou
8. zabránit vzniku anémie nebo krvácivých projevů úpravou poruch hematologických parametrů
9. prevence infekce dýchacích cest, močových cest, katérových sepsí, infekcí z dekubitů, čímž se předchází vzniku těžkých septických stavů
10. zabránit vzniku embolizace do plic prevencí hluboké žilní trombózy (polohování, bandáže, antikoagulancia)
11. léčba hyperpyrexie snižuje metabolické nároky organismu, zejména nervových buněk, léčbu zahájíme při naměřených hodnotách 37,5°C a více (antipyretika, studené zábaly)
12. zabránit rozvoji deprese prevencí psychického dyskonfortu (antidepresiva, psychoterapie)

### **Cílená medikamentózní terapie:**

1. antiagregační terapie brání adhezi a shlukování krevních destiček a jejich vazbě s fibrinem (kyseliny acetylsalicylová, klopidogrel, tiklopidin), antikoagulační terapie zasahuje do systému koagulace, v akutní fázi se používá v prevenci hluboké žilní trombózy  
trombolytická terapie vede k rozpuštění vzniklého trombu a následně k rekanalizaci cévy, lze ji provést celkově intravenózně nebo lokálně intraarteriálně podáním rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu, jde o léčbu efektivní, existuje však i riziko intracerebrálního nebo systémového krvácení, může dojít k hemoragické transformaci ischemie
2. hemoreologická terapie zlepšuje tokové vlastnosti krve, mozkovou cirkulaci (pentoxifyllin, plazmaexpandéry)
3. antiedematózní terapie zabraňuje rozvoji otoku mozku, spočívá v drenážní poloze hlavy se zvýšením horní poloviny těla, sedaci, osmoterapii mannitolem
4. neuroprotektivní terapie je zaměřena na stabilizaci nepříznivé situace ischemické mozkové tkáně v oblasti ischemického polostínu a podporu neuronů, které jsou ischemií částečně paralyzovány ve své funkci
5. mírná vazodilatační léčba má své opodstatnění až po úplné stabilizaci klinického stavu (cca po 4 týdnech)

**Specializovaná terapie:** zahrnuje intenzivní rehabilitaci, reedukaci řeči a psychoterapii.

**Angioneurochirurgické intervence:** u ischemických cévních mozkových příhod patří k nejvýznamnějším intervencím karotická endarterektomie, tedy chirurgické odstranění stenozyjícího aterosklerotického plátu nebo již vzniklého trombu. U hemoragických lézí může být indikací zákroku krvácení v mozečkové hemisféře nebo globózní krvácení.

**Endovaskulární intervence:** uplatňují se v léčbě významných nebo kritických stenóz a mají opodstatnění i v terapii aneurysmat a cévních malformací.

### **Sekundární prevence:**

Cílem je snížení rizika vzniku recidivy CMP, potlačuje rozvoj aterotrombotického poškození cévní stěny a zlepšuje reologické vlastnosti krve.

1. antiagregační terapie inhibuje agregaci krevních destiček prostřednictvím kyseliny acetylsalicylové, při nesnášenlivosti či kontraindikaci tohoto léku lze volit tiklopidin nebo klopidogrel
2. hemoreologická terapie snižuje krevní viskozitu a tím zlepšuje mozkovou cirkulaci, základním lékem je pentoxifyllin
3. antikoagulační terapie je indikována u nemocných s vysokým rizikem reembolizace, jsou to nejčastěji nemocní s fibrilací síní, je podáván warfarin, optimální terapeutické rozmezí je limitováno hodnotami INR 2-3
4. angioneurochirurgické intervence, endarterektomie u symptomatických stenóz karotických tepen je obvykle doporučována, jestliže je stenóza větší než 70 %, k dalším rekonstrukčním chirurgickým výkonům patří různé anastomózy, by-passy, transpozice cév
5. endovaskulární intervence se provádí na specializovaných neuroradiologických pracovištích, jsou využívány při léčbě významné arteriální stenózy

Nejlepším řešením sekundární prevence je sledování nemocných ve specializovaných cerebrovaskulárních poradnách. K sekundární prevenci u nemocných po proběhlé CMP patří intenzivní rehabilitace, lázeňská léčba i psychoterapie. (11)

## **1.4 Základní informace o nemocném**

Jméno a příjmení: V.K.  
Věk: 55 let  
Rodinný stav: ženatý  
Povolání: vedoucí pracovník ve farmaceutické firmě  
Datum přijetí: 12.11.2009  
Datum propuštění: 3. 12.2009

### **Rodinná anamnéza :**

Otec zemřel na infarkt myokardu v 72 letech, matka žije, léčí se s vysokým tlakem a cukrovkou, má sestru, která je zdráva.

### **Osobní anamnéza :**

Léčí se s hypertenzní chorobou šest let a s hyperlipoproteinemií 7 let, v dětství prodělal otitidu, úrazy ani operace žádné neměl, navštěvuje psychologa, neboť v zaměstnání je značně stresován, je podrážděný a pociťuje strach, že nezvládne vedení pracovního týmu. Kouří 20 let přibližně krabičku cigaret denně.

### **Farmakologická anamnéza :**

Ramipril 2,5mg 1- 0 – 0  
Sortis 10 mg 0 -0 - 1

### **Alergie :**

Žádné alergie neudává

### **Sociální anamnéza :**

Pracuje ve farmaceutické firmě ve vedoucí funkci, žije s manželkou v rodinném domě, má dceru a syna. Dcera studuje vysokou školu, syn je ženatý, má jedno dítě.

**Nynější onemocnění:**

Pacient byl přeložen na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení 12.11.v 11 hodin z oddělení ORL, zde byl 11.11. přijat na doporučení praktického lékaře pro vertigo po prodělané viroze. Ráno při snídani se objevila náhlá, silná bolest hlavy, pacient se opotil, byl při vědomí, od noci pociťoval zhoršení hybnosti pravostranných končetin, byl mu naměřen krevní tlak 210/115, dostal Tensiomin 25 mg per os, byl vyšetřen internistou v 9 hodin, postupně se prohlubovala porucha hybnosti pravých končetin, proto byl volán lékař neurologického oddělení, který indikuje přeložení pacienta na neurologické oddělení. Zde bylo provedeno CT mozku nativně se závěrem supra i infratentoriálně bez ložiskových odchylek denzity. Dále byla provedena dopplerovská sonografie extrakraniálních cév se závěrem obraz povšechné hypoperfuze, bez zjevných stenotických změn v dosahu sond. Byly provedeny odběry krve na biochemické, hematologické a koagulační vyšetření, natočeno EKG, EEG, monitorován krevní tlak, oxygenace, tělesná teplota, vědomí.

**Status presens:**

Výška: 175cm  
Hmotnost: 98 kg  
BMI: 32  
TK: 165/100  
P: 95  
Dech: 18  
TT: 36,8°C  
SAO<sub>2</sub>: 98%

Pacient je orientovaný časem i místem, lehká dysarthrie bez fatické poruchy, komunikuje bez velkých obtíží.

Hlava – MN: bulby paralelní, bez nystagmu, izokorie, mimika-výrazné snížení pravého koutku, rozvíjí se méně, jazyk a patro symetrické.

Krk – šíje volná, hybnost v CP přiměřená.

HK a DK – vpravo v MING. pokles PHK o cca 15cm a PDK pokles na podložku, rr.C5-8 lehce prevaluji dx, L2-S2 spíše nízké, Babinsky vpravo+, při vertikalizaci obtížně drží vsedě osu.

Stoj ani chůzi nezkouším.

**Základní diagnóza:**

Ischemická cévní mozková příhoda s centrální pravostrannou hemiparezou s cpn.VII a dysarthrií bez fatické poruchy.

**Vedlejší diagnózy:**

Esenciální(primární) hypertenze

Hyperlipidémie

**Závěr:**

55 letý pacient přijat pro ischemickou CMP

Byla provedena laboratorní a přístrojová vyšetření, jejichž výsledky jsou uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

**Provedená vyšetření:**

Biochemická vyšetření 12.11.

Jaterní:	S-BIL: 5,8 mmol/l	Renální:	S-KREA: 96,0 mmol/l
	S-ALT: 0,22 mmol/l		S-UREA: 6,7 mmol/l
	S-AST: 0,3 mmol/l		S-KM: 270 mmol/l
	S-ALP: 1,30 mmol/l		
	S-GMT: 1,07 mmol/l		

Dia	S-GLY: 4,7 mmol/l	CRP: 5,0 mmol/l
-----	-------------------	-----------------

Cholesterol:	5,40 mmol/l	Ionty:	S-Na: 141,0 mmol/l
Triglyceridy:	2,25 mmol/l		S-K: 4,21 mmol/l
HDL:	1,07 mmol/l		S-Ca: 2,2 mmol/l
LDL:	3,31 mmol/l		S-Cl: 102 mmol/l

Hematologické vyšetření:

Krevní obraz:	B-LEU: 12,7 x10 <sup>9</sup> /l
	B-ERY: 4,24x10 <sup>12</sup> /l
	B-HB: 134 g/l
	B-HTC: 0,385
	B-MC: 90,9
	B-MCH: 31,6(pg/l ery)
	B-THR: 216 x10 <sup>9</sup> /l

Koagulační vyšetření: P-APTT: 28,7 sec.

P- INR: 0,97

P- D-DI: 201 (ng/l)



Biochemická vyšetření 19.11.

Jaterní : S-BIL: 4,1 mmol/l	Ionty: S-Na: 138,5 mmol/l
S-ALT: 0,40 mmol/l	S- K: 4,92 mmol/l
S-:AST: 0,26 mmol/l	S-Ca: 2,53 mmol/l
S-ALP: 0,95 mmol/l	S-Cl: 99,0 mmol/l
S-GMT: 0,29 mmol/l	

CPR: 4,0 mmol/l

Dia: S- GLY: 4,3 mmol/l

Hematologické vyšetření:

Krevní obraz: B-LEU: 7,3 x 10<sup>9</sup>/l  
B-ERY: 4,22 x 10<sup>9</sup>/l  
B- HB: 131g/l  
B-HTC: 0,372  
B-MCV: 90,3  
B-MCH: 31,3(pg/l ery)  
B-THR: 197 x 10<sup>9</sup>/l

Koagulační vyšetření: P-APTT: 25,1 sec.

P-INR: 0,97

Ct mozku – nativně 12.11.

Subarachnoidální prostory symetrické, dilatované do 5mm. Sylviova rýha pravidelná, oboustranně přiměřeně široká. Komorový systém symetrický, bez dislokace, přiměřené šíře, normální tvar IV.komory. Denzita mozkové tkáně infratentoriálně i supratentoriálně přiměřená, struktura pravidelná, gyrifikace dobře patrná. Skelet lebky včetně pyramid a vnitřních zvukovodů bez patologických změn.

Závěr : supra – i infratentoriálně bez ložiskových odchylek denzity.

Ct mozku nativně a postkontrastně – kontrola 14.11.

V BG vlevo je patrné hypodenzní ložisko o velikosti š.18x9x14mm, které se postkontrastně nesytí.

Závěr: akutní ischémie v BG vlevo, ostatní beze změn

Dopplerovská ultrasonografie extrakraniálních tepen

Průtoky jsou v obou ACI výrazně podnormální, průtok v pravé ACI i hůře detekovatelný, průtoky v obou AO mají správný směr, avšak se slabým signálem. Průtoky v levé AV i AB jsou výrazně zpomalené, průtok v pravé AV jen lehce podnormální.

Závěr : obraz povšechné hypoperfuze, bez zjevných stenotických změn v dosahu sond.

Elektrokardiografie

Akce srdeční pravidelná, 66/min., intervaly v normě, ST izo., T+

Závěr : sinus, bez známek akutního koronárního syndromu.

Elektroencefalografie

Areálně diferencovaný graf o spíše nižší amplitudě se základní aktivitou mezi 8-9 Hz interokcipitálně, AAR AR +/-sym., bohatá příměs svalových artefaktů v hyperventilaci. Fotostimulace jen mírně zvyšuje amplitudu. Lehká příměs theta vln až aktivity vlevo.

Závěr: lehká theta dysrytmie levé převážně temporální oblasti, graf bez hyperfunkčních projevů.

RTG hrudníku, srdce a plic

Hrudník symetrický, štíhlé horní mediastinum, stín srdeční bez defigurace, přiměřený nález na plicních hilech, parenchym plicní bez prokazatelných ložiskových či celkových patologických změn, bránice hladká, symetrická, volných úhlů.

Závěr : bez určitých patologických změn na nitrohrudních orgánech.

### Dvojrozměrná echokardiografie

Velikost srdečních oddílů: průměr levé komory: 51 mm

průměr levé síně : 40 mm

průměr pravé komory: 27 mm

ascendentní aorta: 34 mm

Tloušťka myokardu: septum 12-13 mm, zadní stěna: 12 mm

Funkce levé komory: ejekční frakce 65%, kinetika levé komory dobrá

Nález na chlopních: mitrální chlopeň v normě

aortální chlopeň: dobrá separace

Perikard: bez výpotku

Další nálezy: 0

Dopplerovská echokardiografie: v max Ao 1,5m/sec.

Jednorozměrná echokardiografie: potvrzuje nálezy

Závěr: normální velikost srdečních oddílů, dobrá systolická funkce a kinetika levé komory srdeční s normální ejekční frakcí, chlopenní aparát bez patologie.

## **1.5 Farmakologie použitých preparátů**

### **Anopyrin 100 mg tbl.**

IS: Antiagregans

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, poruchy krevní srážlivosti, chirurgické zákroky spojené s větším krvácením, aktivní vředová choroba, dna, třetí trimestr těhotenství.

### **Codein 30 mg tbl.**

IS: Antitusikum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, ztížená expektorace, zvláště při pokročilejším stadiu obstrukční bronchopulmonální choroby, průjmy při intoxikacích a pseudomembranózní kolitidě, těhotenství, kojení.

### **Diazepam 5 mg tbl.**

IS: Anxiolyticum, centrální myorelaxans

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, myasthenia gravis, glaukom s uzavřeným úhlem, intoxikace alkoholem, barbituráty s jinými tlumivě působícími látkami, těžší poškození jater a ledvin, první trimestr těhotenství, kojení.

### **Mucosolvan sir.**

IS: Expektorans, mukolyticum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, relativní- těhotenství, zvláště první trimestr, laktace.

### **Ramipril ACTAVIS 2,5 mg tbl.**

IS: Antihypertenzivum, ACE inhibitor

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, angioneurotický edém v anamnéze, hemodynamicky výrazná oboustranná stenóza renálních arterií nebo stenóza renální artérie solitární ledviny, druhý a třetí trimestr těhotenství, užívání v prvním trimestru a kojících žen se nedoporučuje.

**Sortis 20 mg tbl.**

IS: Hypolipidemicum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, myopatie, těhotenství, kojení, ženy v reprodukčním věku, které nejsou dostatečně zabezpečeny proti otěhotnění.

**Seropram 20 mg tbl.**

IS: Antidepressivum

KI: Přecitlivělost na citalopram, nesmí se užívat současně s inhibitory MAO, ale nejdříve 14 dní po jejich vysazení.

**Fraxiparin Multi inj.**

IS: Antikoagulans, antitromboticum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, alergie na nadroparin, trombocytopenie po nadroparinu, organická poškození se sklonem ke krvácení, cévní mozkové příhody na podkladě krvácení, akutní infekční endokarditis, aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení v souvislosti s poruchami krevní srážlivosti.

**Cavinton inj.**

IS: vazodilatans, psychostimulans, nootropikum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku, těžké formy ischemické choroby srdeční a těžké poruchy srdečního rytmu, akutní fáze hemoragického iktu, krvácivé stavy, těhotenství, kojení, nepodává se dětem.

**Magnesium sulfuricum biotika 10% inj.**

IS: Ionty pro parentální aplikaci, myorelaxans

KI: Hypermagnezemie, svalová hypotonie, snížení vigility, opatrnost je nutná při nedostatečnosti ledvin a při hyperkalemii.

**Novalgín inj.**

IS: analgetikum, antipyretikum

KI: přecitlivělost na složky přípravku, na jiné pyrazolony nebo pyrazolidiny, podávání pacientům s anamnézou bronchiálního astmatu, urtikarie, angioedému nebo rinitidy po jiných NSA, útlum krvetvorby i v anamnéze, jaterní porfyrie, defekt glukózo-6-fosfátdehydrogenázy, hypotenze nebo nestabilní krevní oběh, podávání kojencům ve věku do tří měsíců nebo s tělesnou hmotností pod 5 kilogramů, intravenózní aplikace kojencům ve věku 3 až 11 měsíců, třetí trimestr těhotenství a kojení. (15)

## **2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

V této části bakalářské práce provádím zhodnocení nemocného prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Ošetřovatelský proces představuje soubor plánovaných činností, které sestry provádějí v rámci ošetřovatelství, tedy v péči o člověka a je hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu. Moderní ošetřovatelství poskytuje plánovanou ošetřovatelskou péči, která vychází z individuálních potřeb a problémů pacientů, kteří jsou chápáni jako aktivní účastníci ošetřovatelského procesu.

Ošetřovatelský proces se sestává z těchto fází:

1. fáze: zhodnocení pacienta – ošetřovatelská anamnéza
2. fáze: stanovení ošetřovatelských problémů – ošetřovatelská diagnostika
3. fáze: plánování ošetřovatelské péče
4. fáze: realizace ošetřovatelské péče
5. fáze: vyhodnocení efektivity ošetřovatelské péče

Písemná podoba těchto fází se nazývá ošetřovatelský plán.

Přínos ošetřovatelského procesu:

1. zajišťuje, aby poskytovaná péče byla specificky zaměřena na uspokojování potřeb jednotlivce
2. zlepšuje návaznost poskytované péče
3. ošetřovatelský plán poskytuje potřebné informace všem členům ošetřovatelského týmu a dalším zdravotnickým pracovníkům
4. ošetřovatelský proces povzbuzuje pacienty k aktivní účasti na vlastní péči
5. sestry mají ze své role silnější a lepší pocit uspokojení
6. zamezuje provádění časově zatěžujících rutinních výkonů, které nemají pro určité pacienty klinický význam a tím vede k úsporám pracovního času sester
7. umožňuje sestram zdůvodnit ošetřovatelské činnosti a také je vede ke kontinuálnímu celoživotnímu vzdělávání (9)

## **2.1 Ošetřovatelská anamnéza**

Pro odběr ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení nemocného jsem použila „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Anamnézu a zhodnocení nemocného jsem provedla 13.11. v 9 hodin, tedy 22 hodin po přijetí pacienta.

„Model fungujícího zdraví“ je výsledkem grantu, který byl v 80 letech financován federální vládou Spojených států. Model je nejkompexnějším pojetím člověka v ošetřovatelství z hlediska holistické filozofie. Je úspěšně využíván při výuce kvalifikovaných sester, v ošetřovatelské praxi i ve výzkumu. Podle tohoto modelu mohou sestry zhodnotit zdravotní stav nemocného, ale i zdravého člověka. Zdraví pacienta může být funkční nebo dysfunkční. Funkční zdraví je v modelu vyjádřeno jako rovnováha bio-psycho-sociální interakce a je ovlivňováno biologickými, vývojovými, kulturními, duchovními a sociálními faktory. Pokud v některé z uvedených oblastí dojde k poruše, hovoří se o dysfunkčním zdraví. Pro tento typ zdraví musí sestra stanovit ošetřovatelské diagnózy a plán péče nejen u chorobných stavů v prevenci sekundární a terciární, ale také u relativně zdravých osob v prevenci primární dříve než nastane vážné narušení zdraví a dojde ke vzniku choroby.

Strukturu modelu tvoří 12 oblastí, každá z těchto oblastí představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka:

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita-cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role-mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra-životní hodnoty
12. Jiné (2)



## **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Pacient dosud nebyl nikdy hospitalizován, před onemocněním se cítil unavený. Snažil se užívat vitamíny, ale pokud mu je nepodala manželka, většinou je zapomněl užít. V mládí sportoval, ale nyní nemá čas, protože do práce dojíždí, cesta mu trvá asi 2 hodiny, domů se vrací až večer. Víkendy se snaží strávit s rodinou. Praktickým lékařem mu byla před pěti roky diagnostikována hypertenze. Antihypertenziva užíval pravidelně a snažil se zhubnout, což se mu příliš nedařilo. V krvi byla také zjištěna před sedmi lety vyšší hladina krevních tuků, asi 5 měsíců užíval každé ráno polévkovou lžící olivového oleje. Chtěl jít na kontrolu k praktickému lékaři, protože ho asi měsíc pobolívala hlava. Vysvětloval si to větším pracovním zatížením a stresem v zaměstnání. Protože byl časově zaneprázdněný, návštěvu lékaře stále odkládal. Sám přiznal, že vykouří asi 20 cigaret denně a konzumuje také příliš velké množství kávy. Ví, že na vzniku choroby se podílel nezdravý životní styl, příliš velké množství kofeinu, cigaret, stresu. Před 14 dny prodělal virózu. V pracovní neschopnosti nebyl. Stále pokašlává, teplotu nemá, dobře se ale necítí. Udává závratě pro které navštívil svého praktického lékaře. Ten doporučil hospitalizaci na otorinolaryngologické oddělení.

Nyní má středně těžkou pravostrannou hemiparézu, je vyděšený náhlou ztrátou hybnosti a má strach, zda bude moci dále vykonávat svou práci. Obavy z budoucnosti stupňují jeho stres. Svůj zdravotní stav nevnímá dobře. Je ale psychicky podporován manželkou a dětmi, navštěvují ho jeho přátelé. Velmi dobře spolupracuje s rehabilitační sestrou. Stěžuje si také na bolest hlavy.

## **2. Výživa a metabolismus**

Nemocný se přes den stravuje nepravidelně, intervaly mezi jednotlivými jídly jsou dlouhé. Pravidelně má vždy jen teplou večeři, kterou mu připravuje manželka. Konzumuje ji po návratu z práce kolem 20. hodiny. Jí málo ovoce a zeleniny. Protože má problémy s nadváhou, jeho BMI je 32, snaží se vyhýbat sladkým a tučným jídlům, ale ne vždy se mu to daří. Nemá žádné potravinové alergie, pije minerální vody a ovocné čaje, asi 1 litr denně. Sám uznává, že při jeho značné konzumaci kávy, je jeho příjem tekutin nedostatečný. Alkohol pije

jen příležitostně, spíše víno než pivo nebo tvrdý alkohol. V posledním půl roce ani chuť k jídlu neměl, cítil se unavený a přepracovaný. Jeho kůže je šupinatá. Problémy s chrupem nemá žádné, zuby mají nažloutlou barvu od cigaret. K zubnímu lékaři chodí 1x za rok.

Nyní konzumuje jídlo na lůžku, v poloze vsedě, tekutiny i jídlo jsou mu servírované na jídelní stolek, levou rukou je schopen se najíst sám, pravou rukou jí s dopomocí zdravotní sestry, při jídle je pod dohledem zdravotní sestry, tekutiny jsou mu podávány se zahušťovadlem Nutilis. Po každém jídle je mu zkontrolována a vyčištěna dutina ústní.

### **3. Vylučování**

S vylučováním stolice nemá žádné problémy, projímadla neužívá. Vyprazdňuje se nejčastěji ráno, ve stolici nepozoruje žádné patologické příměsi. Zatím nepocituje tlak v rectu nebo pocit plnosti, má obavy, jak zvládne defekaci na lůžku do podložní mísy.

S močením nemá žádné obtíže, vzhledem k diuretickým účinkům kávy a čaje chodí močit častěji. V současné době zvládne močit do močové láhve.

Potí se více v letních měsících a ve vypjatých, stresujících situacích. Tento problém řeší zvýšenou hygienou a používáním antiperspirantů a deodorantů.

### **4. Aktivita - cvičení**

Poslední rok jsou na pacienta kladeny velké nároky, byl povýšen, má větší zodpovědnost a organizuje početný tým lidí. To ho značně vyčerpává, nemá dostatek energie. Jeho práce má sedavý charakter. O víkendech se snaží hrát tenis, v létě občas jezdí na kole. I o víkendech doma pracuje. Volného času má minimum, pokud nějaký má, snaží se ho prožít se svou rodinou. S manželkou občas navštíví divadlo nebo kino. Ve všední den nikam nechodí, ze zaměstnání se vrací kolem 20. hodiny, je už značně unaven.

Protože má pravostrannou hemiparézu, tedy poruchu hybnosti, jeho pohybová aktivita je snižena. Vyžaduje velkou pomoc druhé osoby. Péči o osobní hygienu provádí ošetřující personál na lůžku, pacient spolupracuje tak, že si ručnícem utírá zdravou rukou ta místa, na která dosáhne. S částečnou pomocí se zvládne najíst

a napít. Pohyblivost na lůžku je také omezena, je ošetřujícím personálem pravidelně polohován, aby se předešlo vzniku dekubitů, svalových kontraktur. Žádoucí polohu udržujeme pomocí polohovacích pomůcek, polštářů, opěr. Je uložen na antidekubitární vzduchové matraci. Lůžko je opatřeno postranicemi, tak je pacient zajištěn proti pádu. Rehabilitační pracovnice zatím s pacientem vykonává pasivní cvičení na lůžku.

## **5. Spánek, odpočinek**

Pacient chodí spát kolem 23. hodiny, vstává kolem 6. hodiny ráno. Z důvodu stresu se mu špatně usíná a občas se v noci probouzí. Léky na spaní neužívá, někdy před spaním vypije sklenici teplého mléka s medem. V noci, když se probudí, chvíli si čte v obývacím pokoji, aby nerušil manželku. Mívá také pocit tíže na hrudníku, hlavně při usínání. Zvažoval, že navštíví svého lékaře, aby mu předepsal hypnotika.

Protože je pacient svým stavem stresován a špatně usínal i v domácím prostředí, naordinoval mu ošetřující lékař anxiolyticum. Během noci byl několikrát vzburzen při kontrolách krevního tlaku, tělesné teploty a z důvodu polohování, ale vždy opět usnul. Snažíme se zajistit co nejklidnější prostředí, na noc zatahujeme žaluzie, používáme tlumené světlo.

## **6. Vnímání, poznávání**

Ze sluchem žádné problémy nemá, k ušnímu lékaři proto nechodí. V dětském věku prodělal otitidu. Je dalekozraký, nosí brýle na čtení. Na kontrole u očního lékaře byl asi před rokem. V posledních měsících se mu zdálo, že je málo soustředěný, práce mu nešla tak od ruky jako dřív. Stále ho někdo vyrušoval nebo rozptyloval. I manželka mu říkala, že je roztěkaný. S rozhodováním a udílením pokynů ale problémy neměl. Nové postupy si v zaměstnání osvojoval dobře, neudává žádné obtíže s pamětí.

Nyní je orientovaný místem, časem i prostorem. Má obavy ze své nemoci, má strach, že zůstane trvale upoután na lůžko a bude své rodině na obtíž. Nepříjemně vnímá svou závislost na druhé osobě, nemožnost svobodného, volného

pohybu. Vyžaduje od lékaře informace o svém zdravotním stavu, dal také souhlas k poskytování informací své manželce, na kterou je velmi fixován.

Udává bolest hlavy, popisuje ji jako tupou, na stupnici od 1 do 10 ji situoval k bodu 6., bolest se objevuje spíše během dne, zhoršuje ji hluk na pokoji. Pacient je poučen, že bude hlásit bolest hned, jak se objeví. U lůžka má signální zařízení, lékařem má při bolesti předepsaná analgetika.

## **7. Sebepojetí, sebeúcta**

Před vznikem choroby se pacient hodnotil jako vyrovnaný a klidný člověk. V době před svým povýšením v zaměstnání měl více času na svou rodinu a své zájmy. V povýšení do vedoucí funkce viděl možnost další realizace ve své profesi. Byl ale nepříjemně zaskočen negativní postojem ke své osobě ze strany některých svých podřízených. Protože je zastáncem rychlého řešení problémů, konflikty se snažil řešit okamžitě a otevřeně. Netušil ale, jak ho tyto situace budou psychicky vyčerpávat. Proto velmi odceňoval dobré rodinné zázemí. V kruhu rodiny vždy načerpal nové síly. Byl ale přesvědčený, že svou roli nadřízeného zvládal dobře a vždy pozitivně hodnotil každý dobře odvedený pracovní výkon svých podřízených. Nikdy neměl problémy s navazováním kontaktu s novými lidmi. Ve mezi přáteli je oblíbeným společníkem pro svůj široký rozhled i pro svou nekomplikovanou povahu a ochotu poskytnout radu i pomoc.

Nyní se cítí celkově psychicky špatně, má depresivní náladu, má obavy, že už nikdy nebude plně soběstačný, že bude odkázán na pomoc manželky a že nebude moci vykonávat své zaměstnání. Proto byl ošetřujícím lékařem přizván ústavní psycholog, který s pacientem rozebírá jeho současnou situaci. Také návštěvy rodiny mu přinášejí psychickou úlevu, cítí podporu manželky i dětí.

Ošetřující lékař ordinuje antidepressiva.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Pacient bydlí s manželkou v rodinném domě. Děti jsou ve věku 23 a 30 let.

S rodiči už nežijí, ale přijíždějí na víkendy a prázdniny. Manželka začala před 2 lety chodit do zaměstnání i přesto, že si to manžel nepřál. Péči o rodinu neprováděla v takovém rozsahu jako dříve a z toho vyplývaly občasné manželské

hádky. Rodina je finančně závislá na výdělku pacienta. Proto byla rodina onemocněním dost zaskočena. Finanční pomoc nabídli rodiče manželky.

Manželé se stýkají s rodinami svých přátel ze studií, jezdí spolu na dovolené, chodí společně za zábavou a kulturou. Pro pracovní vytížení pacienta se schůzky s přáteli stávaly řidšími. Vztahy na pracovišti hodnotí jako vypjaté a značně stresující. Z jeho pohledu podřízení neodvádějí dobře provedou práci, jeho kritiku pak přijímají s nevolí. Několik z nich si bylo na jeho chování stěžovat u nadřízených. Jejich stížnosti nebyly vyhodnoceny jako oprávněné. Pacient má obavy z určité izolace na pracovišti.

### **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

Žádné problémy tohoto typu neudává. Další děti s manželkou neplánují.

### **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Poslední dobou byl pacient ve značném stresu hlavně díky problémům v práci. Od toho se odvíjely problémy se spánkem, podrážděnost, občas zakřičel na manželku.

V práci se snažil konflikty řešit domluvou, ne vždy toto bylo účinné.

Léky na spaní neužíval, alkohol ve zvýšené míře nepil. Začal navštěvovat psychologa. Pacient udával, že konzultace mu byly přínosné. Začal se učit stres zvládat, stejně jako komunikaci s podřízenými. Má také podporu manželky se kterou své problémy řeší.

### **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pacient není věřící, chtěl dobře vychovat své děti a to se mu, myslí, povedlo. Chtěl by být oporou pro svou manželku a postarat se o matku i rodiče manželky ve stáří. Jeho plány a touhy mu choroba značně změnila. Neví, jaká bude jeho budoucnost a to jej činí nejistého. Chce zase žít plnohodnotný život a nebýt nikomu na obtíž.

### **12. Jiné**

O jiných problémech nebo záležitostech pacient nehovořil.

## **2.2 Ošetřovatelské diagnózy**

Na základě vyhodnocení získaných informací jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy a seřadila je podle naléhavosti a pořadí v jakém budou řešeny. Také jsem ošetřovatelské diagnózy prohovořila s pacientem a tím se ho snažila získat pro aktivní spolupráci. Diagnózy jsem rozdělila do dvou skupin, na aktuální a potenciální. Aktuální diagnózy jsem sestavila pro druhý den hospitalizace nemocného.

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

1. Zhoršená mobilita z důvodu pravostranné hemiparézy
2. Deficit sebepěče v hygieně, oblékání, přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení
3. Bolest hlavy z důvodu cévního onemocnění, ischemické mozkové příhody
4. Porušený spánek z důvodu strachu a obav z nemoci
5. Strach z důvodu obavy z nemoci a odloučení od blízkých osob.

### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy**

1. Riziko infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katetru
2. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené pohyblivosti
3. Riziko porušení kožní integrity z důvodu snížené pohyblivosti

## **2.2.1 Ošetřovatelské diagnózy aktuální**

### **1. Zhoršená mobilita z důvodu pravostranné hemiparézy**

**Cíl:** pacient udrží správnou polohu těla v poloze vleže  
naučí se používat závěsnou hrazdu ke změně polohy  
pacient sám bez dozoru nevstává z lůžka  
spolupracuje při provádění pasivního cvičení

**Plán:** vysvětlit pacientovi nutnost polohování  
naučit ho manipulovat se závěsnou hrazdou  
vysvětlit pacientovi možnost poranění, pokud by sám opustil lůžko  
informovat pacienta o důležitosti rehabilitace

**Realizace:** pacientovi jsem vysvětlila, že polohováním zabráňujeme vzniku proleženin, předcházíme problémům s krevním a lymfatickým oběhem a tím předejdeme otokům postižených končetin, podporujeme rozpoznávání a uvědomění si postižené strany a zabráňujeme vývoji bolestivého ramene, také jsem mu sdělila, že nejdříve bude polohován pasivně a polohu budeme udržovat pomocí měkkých polštářů, později ho budeme učit a pomáhat mu k tomu, aby se do žádoucí polohy dostal sám a v této poloze se udržel bez podpůrných pomůcek. Polohovala jsem pacienta každé dvě hodiny ve spolupráci s další zdravotní sestrou, polohu jsme udržovaly pomocí měkkých polštářů a podložek z ovčího rouna, pacient v této poloze setrval. Střídal jsme pravidelně leh na zádech a leh na boku na obou stranách.

Spolu se sanitářem oddělení jsme nad lůžko umístili závěsnou hrazdu, naučila jsem pacienta, jak hrazdu používat, jak se s pomocí hrazdy v lůžku vysune směrem nahoru a jak se dostane do sedu.

Také jsem mu vysvětlila, že vzhledem k tomu, že má oslabenou hybnost pravé dolní končetiny, není vhodné, aby opouštěl lůžko, neboť by mohlo dojít k jeho pádu. Sdělila jsem mu, že použití postranic zabrání nechtěnému pádu z lůžka a možnému zranění, což by bylo další zbytečnou komplikací jeho zdravotního stavu.

S pacientem jsem hovořila o důležitosti cvičení při cévní mozkové příhodě. Zdůraznila jsem, že rehabilitace umožní úpravu porušené hybnosti končetin a pak již nebude závislý na pomoci druhé osoby, informovala jsem ho o tom, že nejdříve budeme provádět pasivní mobilizaci. Tedy že všechny klouby na postižené straně se musí pasivně pohybovat ve všech směrech, pohyb budeme vykonávat pomalu a jemně. Poučila jsem ho, aby každých 30 minut propínal a ohýbal špičku hybné dolní končetiny, střídavě ohýbal a natahoval dolní končetinu, čímž bude přispívat ke zvýšení rychlosti krevního proudu v končetině, totéž aby se snažil provádět i s pravou dolní končetinou. Na obě dolní končetiny jsem přiložila elastické punčochy, pacient si z počátku stěžoval na stahovací efekt punčoch a na to, že je mu v punčochách horko. Protože jeho lůžko bylo situováno u okna, domluvili jsme se na častějším větrání tak, aby to nevadilo ostatním pacientům.

**Hodnocení:** pacient pochopil nutnost polohování a význam rehabilitace. Při cvičení spolupracoval, zdravou končetinou vykonával pasivní pohyby ochablé končetiny, s pomocí závěsné hrazdy zvládl změnu polohy na lůžku. Také pochopil nutnost neopouštět lůžko, nedošlo k žádnému pádu pacienta.



## **2. Deficit sebeděče v oblasti hygieny, oblékání, přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení**

**Cíl:** pacient provádí rozsah činností v oblasti sebeděče dle úrovně svých schopností

nemocný po ranní toaletě udává pohodlí, osvěžení

bude vykazovat zvýšenou schopnost sám se obléci

bude schopen přijímat potravu a tekutiny s minimální dopomocí

**Plán:** vyšetřit úroveň závislosti podle Barthelova testu základních všedních činností

provádět kompletní hygienickou péči 2x denně na lůžku, 3x týdně na mycím lůžku v koupelně s dopomocí

při provádění hygienické péče vést pacienta ke spolupráci a podporovat k samostatnosti

provádět dle potřeby výměnu osobního i lůžkového prádla

pomoc při oblékání nemocniční košile

respektovat soukromí nemocného

pomoc při jídle a pití, příjem tekutin zaznamenávat do bilančního záznamu

**Realizace:** nejdříve jsem zhodnotila úroveň sebeděče a soběstačnosti pacienta. Použila jsem Barthelův test základních všedních činností, celkový počet bodů činil 40. Pacient byl tedy vysoce závislý na pomoci druhých osob.

Protože jsem chtěla s druhou zdravotní sestrou provést u pacienta ranní toaletu na lůžku, zkontrolovala jsem pokojovou teplotu. Teploměr v pokoji ukazoval 23°C, pacientovi by nemělo být chladno. Pacienta jsem informovala o tom, co budeme provádět. Zjistila jsem, jakou teplotu vody má nemocný rád, zatáhla závěsy kolem lůžka, aby měl nemocný soukromí. Zdravou rukou zvládl omytí obličeje, jeho otření a částečně i otření hrudníku a břicha. Vyměnily jsme ložní prádlo. Pacient s námi spolupracoval, zdravou rukou se přitáhl k postranici do polohy na boku. Nemocniční košili si oblékl s naší pomocí, v poloze vsedě si vyčistil zuby, sám si učesal vlasy. Po ranní toaletě se cítil osvěžený, měl pocit čistoty a upravenosti.

Pacient měl centrální obrnu lícního nervu, proto došlo k paréze pohybu pravého koutku ústního, tekutiny vytékaly z úst. Proto jsme je lehce zahušťovaly přípravkem Nutilis, aby neměl problémy s jejich polykáním. K jídlu jsem pacienta posadila na lůžku a přistavila jídelní stůl tak, aby byla postižená končetina natažená na stůl minimálně po loket .

Při jídle jsem vedla jeho pravou ruku, sám se touto rukou ještě najíst nezvládl. Levou rukou se najedl dobře. Pil z plastového šálku se dvěma uchy. Při jídle jsem kontrolovala dutinu ústní, zda zde nezůstalo jídlo. Po jídle jsem dutinu ústní vyčistila od zbytků jídla pomocí Borax – glycerinu a štětiček. Ponechala jsem pacientovi na jídlo dostatek času.

Poučila jsem ho, aby nejedl ani nepil vleže, protože pak je polykání velmi obtížné a mohlo by dojít k vdechnutí tuhé potravy nebo tekutin do dýchacích cest. Množství vypitých tekutin jsem zapsala do bilančního záznamu.

**Hodnocení:** pacient zvládl sám hygienu obličeje, obléknout nemocniční košili zatím nezvládl. Po ranní toaletě uvedl, že se cítí osvěžený a spokojený v čistě převlečeném lůžku. Najíst se zvládne levou rukou, pravou s dopomocí. Z plastového šálku pil velmi dobře. Věřící, že postupem času se nají sám bez pomoci druhé osoby.

### **3. Bolest hlavy z důvodu cévního onemocnění ischemické mozkové příhody**

**Cíl:** pacient udává ústup nebo zmírnění bolesti

nemá neverbální projevy bolesti

**Plán:** vysvětlit příčinu bolesti

vybídnout pacienta, aby svou bolest popsal co nepřesněji

podávat co nejdříve ordinovaná analgetika a sledovat jejich účinek

zapsat podání analgetika a účinek do dokumentace

informovat lékaře o pacientově bolesti

nabídnout pacientovi neinvazivní kroky ke zmírnění bolesti

**Realizace:** pacientovi jsem vysvětlila, že u cévních mozkových příhod se bolest hlavy vyskytuje poměrně často. Dochází k porušení membrány mezi krví a mozem, tak mohou některé látky přestupovat z krve do mozku a způsobovat bolest. Bolest, že odeznívá během tří až pěti dní.

Vyzvala jsem pacienta, aby popsal lokalizaci, intenzitu, kvalitu a nástup bolesti. Pacient udával bolest v celé oblasti temene, intenzitu bolesti jsme určili pomocí analogové stupnice 0-10, pacient vybral číslo šest, bolest popisoval jako tupou. Na otázku, kdy se bolest častěji objevuje, udával spíše výskyt bolesti během dne, bolest začínala pozvolna a pak se stupňovala. V průběhu dne se bolest dostavila opakovaně. Všechny tyto informace jsem zaznamenala do dokumentace. Také jsem změřila krevní tlak a puls nemocného, obě hodnoty byly v normě, nevyskytovalo se ani zrychlené dýchání, pacient neudával nauzeu, ani nezvracel. Hodnoty jsem opět zapsala do dokumentace. Pacient měl ale křečovitý výraz v obličeji, vzdychal.

Pacientovi jsem sdělila, že není nezbytné, aby snášel bolest, protože mu lékař při bolesti hlavy naordinoval analgetika. Pacient tedy o aplikaci léku požádal. Podala jsem dle ordinace lékaře Novalgin, jednu ampuli intravenózně. Za 10 minut po aplikaci jsem provedla kontrolu intenzity bolesti, pacient udával stále ještě bolest hlavy. Na stupnici od 0 do 10 ji situoval k číslu 2. Bolestivý výraz v obličeji zmizel, další kontrolu jsem provedla za 20 minut. Nemocný mě informoval, že

bolest zcela odezněla. Dále jsem prováděla kontroly v hodinových intervalech. V průběhu dne se bolest objevila ještě jednou. Pacienta jsem poučila, aby bolest hlásil co nejdříve. U lůžka bylo umístěno signální zařízení.

Do dokumentace jsem provedla záznam o pacientově bolesti, o aplikaci analgetika a o zmírnění bolesti po aplikaci léku. Záznam jsem opatřila datem, časem a svým podpisem.

Ošetřujícího lékaře jsem informovala o pacientově bolesti a o podání analgetika, o hodnotách krevního tlaku, pulsu, také o tom, že pacient nemá nauzeu ani nezvrací.

Informovala jsem nemocného, že může také zkusit jako doplněk farmakologické léčby i například poslech hudby. Pomalá hudba že uklidňuje, navozuje pocit pohody, vede k relaxaci. Zvukové impulzy mohou spouštět uvolňování látek, které zmírňují bolest a zlepšují náladu. Volba záleží ale pouze na něm samém.

**Hodnocení:** bolest hlavy ustoupila po podání analgetik, pacient se cítil lépe, neměl již křečovitý výraz v obličeji. Další bolest hlásil pomocí signálního zařízení včas. Také zvážil možnost poslechu hudby a při návštěvě manželky ji požádal, aby mu přinesla malé rádio se sluchátky.

#### **4. Porušený spánek z důvodu strachu a obav z nemoci**

**Cíl:** pacient usíná do 20 minut po podání sedativa

neprobouzí se častěji než třikrát za noc a po probuzení do 10 minut usíná ráno se cítí odpočínutý

**Plán:** zabezpečit pohodu nemocného

vytvoření co nejvhodnějšího prostředí pro kvalitní spánek

podporovat spánkové rituály nemocného

informovat nemocného o polohování v průběhu noci, měření

fyziologických funkcí

na žádost pacienta podat lék na spaní, sledovat účinek léku

**Realizace:** s pacientem jsem mluvila o jeho strachu ze současného onemocnění.

Nechala jsem mu prostor, aby mohl o svých obavách otevřeně hovořit. Vysvětlila jsem mu, že bude každý den s rehabilitační sestrou provádět rehabilitační cvičení na úpravu hybnosti končetin, zdůraznila jsem podporu jeho manželky a dětí. Vyzvala jsem ho k tomu, aby o svých obavách se mnou nebo s mými kolegyněmi vždy, když bude chtít, mluvil.

Večer jsem s další zdravotní sestrou provedla u pacienta večerní toaletu na lůžku, převlékly a upravily jsme lůžko. Pacientovi jsem provedla masáž zad a tělo jsem mu natřela tělovým mlékem. Na pokoji jsem ztlumila světlo, svítit jsem nechala tlumené světlo u lůžka nemocného na jeho žádost. Místnost jsem krátce vyvětrala a okna jsem zatemnila pomocí žaluzií. Zkontrolovala jsem, zda pacient dosáhne na signalní zařízení a močovou láhev umístěnou ve stojanu na postranici lůžka.

Protože jsem věděla, že pacient měl problémy se spánkem i doma a občas před spaním vypil sklenici teplého mléka, nabídla jsem mu, že pokud bude chtít, můžeme mu mléko také ohřát.

Sdělila jsem nemocnému, že i v noci budeme provádět jeho polohování. Abychom co nejméně rušili jeho spánek, budeme provádět změnu polohy v intervalu tři hodin. Také budeme podle ordinace lékaře sledovat jeho fyziologické funkce, tedy měřit hodnoty krevní tlaku, pulsu, sledovat jeho tělesnou teplotu, saturaci krve

kyslíkem a stav vědomí. Tyto činnosti budeme synchronizovat, abychom ho rušili minimálně.

Pacient špatně spal i noc minulou, proto mu ošetřující lékař naordinoval na spaní anxiolytikum, Diazepam 5mg perorálně. Informovala jsem nemocného, že pokud bude chtít, sestry sloužící noční službu mu tento lék podají.

**Hodnocení:** pacient požádal o podání léku na spaní, usnul za 15 minut po podání léku ve 22 hodin. Byl ale krátce nato probuzen jiným neklidným pacientem, podařilo se mu opět usnout. Byl také buzen při polohování a měření fyziologických funkcí, vždy znovu usnul. V pět hodin ráno se probudil zvukem alarmující infuzní pumpy, pak už neusnul. Přesto udával, že spal vcelku dobře, nejevil známky únavy.

O teplé mléko nepožádal.

Anxiolytikum snášel dobře, v průběhu dne nebyl ospalý

Cíl se podařilo splnit jen částečně, neboť pacient byl v průběhu noci několikrát ze spánku vyrušen.

## **5. Strach z důvodu obavy z nemoci a odloučení od blízkých osob**

**Cíl:** pacient identifikuje příčinu strachu, volně vyjadřuje svoje pocity  
odstranit nebo alespoň minimalizovat strach - pacient bude pociťovat menší  
napětí, nebude mít obavy z budoucnosti  
využívá podporu a pomoc zdravotnických pracovníků i rodiny

**Plán:** umožnit nemocnému hovořit o svém strachu a obavách  
nabídnout možnost rozhovoru s klinickým psychologem  
kontaktovat sociální pracovníci  
umožnit návštěvy rodiny 2x denně  
informovat lékaře o pacientově strachu

**Realizace:** nabídla jsem pacientovi, aby se mnou hovořil o tom, co prožívá a co ho trápí. Ujistila jsem ho, že máme dostatek času a že nemusí spěchat. Ujistila jsem ho o tom, že je na jeho rozhodnutí o čem bude hovořit. Pacient vyprávěl o strachu ze své budoucnosti, o možnosti ztráty zaměstnání, o tom, že bude závislý na pomoci druhých osob. Také mi řekl, že těžce nese odloučení od své rodiny a hlavně od manželky. V průběhu rozhovoru jsem zaznamenala, že pacient je lítostivý, má napjatý výraz v obličeji, občas se mu třásl hlas.

Pacientovi jsem sdělila, že jeho strach chápu, že mu všichni zdravotničtí pracovníci budou pomáhat k tomu, aby všechny problémy postupně zvládl. Vysvětlila jsem mu nutnost rehabilitace a pochválila jsem ho, jak dobře při cvičení spolupracuje. Vysvětlila jsem mu, že nejdříve bude rehabilitovat na lůžku. Postupně budeme zkoušet sed a stoj u lůžka a následně chůzi v chodítku. Budeme provádět nácvik denních činností jako je hygienická péče, oblékání, jídlo a pití a také budeme procvičovat řeč např. hlasitým čtením novin nebo časopisů. Zdůraznila jsem, že jeho rehabilitaci vede zkušená rehabilitační sestra, a také možnost doléčení v rehabilitačních ústavech nebo lázních. Také jsem hovořila o tom, že cílem nás všech je jeho opětovné zařazení do života.

Informovala jsem nemocného o tom, že v nemocnici pracuje klinický psycholog. Pokud bude chtít si s ním o svých problémech pohovořit, můžeme zajistit jeho návštěvu.

Budeme také kontaktovat sociální pracovníci nemocnice, která bude ve spolupráci s ním a jeho rodinou řešit ekonomické zabezpečení v době jeho nemoci.

Také jsem pacientovi sdělila, že chápu, že se cítí osamocen a nabídla jsem mu, že jeho manželka jej může navštěvovat v nemocnici 2x denně, pokud to dovolí chod oddělení. Mohou ho také navštěvovat jeho přátelé. Při návštěvě manželky jsem ji informovala v tom smyslu, že manžel se cítí nepotřebný pro svou rodinu, je lítostivý a špatně snáší odloučení od rodiny. Kontakt nemocného s rodinou je přirozeným pokračováním vztahů a velmi potřebný pro jeho dobrý psychický stav. Manžel potřebuje povzbuzení, rozptýlení, citovou komunikaci, odreagování od problémů.

O pacientově strachu jsem informovala lékaře, také jsem mu sdělila, že jsem nemocnému nabídla možnost návštěvy klinického psychologa a návštěvy rodiny 2x denně. Lékař podal informace o povaze onemocnění a léčbě jak pacientovi, tak jeho manželce. Nemocný dal souhlas k podávání informací o svém zdravotním jen pro svou manželku. Lékař také naordinoval antidepresivum Seropram 20 mg perorálně 1x denně ráno.

**Hodnocení:** pacient dokázal o svém strachu spontánně hovořit, znal jeho příčiny. V průběhu rozhovoru mizelo napětí ve tváři, hezky mluvil o svých dětech i manželce. Přijal možnost psychoterapie, v minulosti také navštěvoval psychologa s dobrými výsledky. Uvítal spolupráci se sociální pracovníci. Byl také velmi rád, že ho manželka může navštěvovat častěji. V její přítomnosti byl uvolněný, klidný, chtěl vědět, kdy ho přijdou navštívit jeho děti. Také manželce udílel různé rady týkající se domácnosti a finančního zabezpečení rodiny.



## **2.2.2 Ošetřovatelské diagnózy potenciální**

### **1. Riziko infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katetru**

**Cíl:** v místě zavedeného periferního žilního katetru se neprojeví známky infekce

**Plán:** dbát na pravidelnou výměnu krytí, při výměně krytí dodržovat aseptický postup

sledovat funkčnost, dobu zavedení periferního žilního katetru

sledovat místo vpichu

**Realizace:** periferní žilní katetr byl zaveden 12.11. po přijetí pacienta na naše oddělení. Místo vpichu bylo kryto semipermeabilní folií a opatřeno datem a podpisem sestry, která katez zavedla. Další převaz místa vpichu byl plánován na 14.11. Zrakovou kontrolou jsem zjistila, že obvaz není znečištěný ani prosáklý.

Zkontrolovala jsem, zda katetr není z žíly povytažen, zda nedochází k úniku tekutin do tkáně. Katetr byl plně funkční. Periferní venózní katetr byl zaveden v žíle 24 hodin, pokud bude funkční a neobjeví se žádné komplikace spojené s jeho zavedením, bude provedena jeho výměna 14.11. dle standardu naší nemocnice. Při zavedení periferního žilního katetru je vždy nutno dodržovat aseptický postup.

V pravidelném intervalu 4 hodin jsem prováděla kontrolu místa vpichu. Nejistila jsem žádné známky infekce. Pacient neudával žádnou bolest v místě vpichu. Všechny tyto informace jsem zaznamenala do dokumentace nemocného.

Pacienta jsem poučila, aby každou bolest nebo pálení v místě zavedeného venózního katetru okamžitě hlásil. Také jsem mu sdělila, že s levou horní končetinou, ve které měl periferní žilní katetr zavedený, může volně pohybovat.

**Hodnocení:** při pravidelných kontrolách periferního žilního katetru se neobjevily žádné známky infekce. Katetr byl funkční, průchodný. Ošetřovatelský cíl byl splněn.

## **2. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené pohyblivosti**

**Cíl:** pacient se bude pravidelně vyprazdňovat, bude mít normálně formovanou stolicí  
nebude pociťovat plynatost, plnost konečníku, nepotlačuje defekační reflex  
konzumuje stravu bohatou na vlákninu, vypije každou hodinu 200 ml tekutin

**Plán:** probrat s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování, zvyky, frekvenci používání projímadel  
informovat o vztahu mezi pohybem a vyprazdňováním,  
poučit pacienta a významu vlákniny, zdůraznit dostatečný příjem tekutin, vody, džusů, teplých nápojů ke změkčení stolice  
zajistit dostatek soukromí při defekaci a pravidelnou dobu pro defekaci

**Realizace:** pacient mi sdělil, že v době před onemocněním se vyprazdňoval 1x denně, ráno po snídani. Ve stolici nepozoroval žádné patologické příměsi, tedy žádnou krev, hnis, hlen. Nikdy neužíval žádná projímadla. Poslední stolice byla 12.11.

Nyní má ale obavy, jak zvládne defekaci na lůžku v přítomnosti jiných osob. Poučila jsem pacienta, aby v žádném případě nepotlačoval nucení na stolicí a neoddaloval defekaci, neboť by mohlo dojít ke vzniku zácpy. Jeho stud je přirozený, protože každý člověk chce mít při defekaci soukromí.

Informovala jsem nemocného, že nedostatek pohybu může mít vliv na vyprazdňování stolice, může dojít ke zpomalení střevní peristaltiky. Doporučila jsem nemocnému, aby napínal břišní svaly tak, že je bude zatahovat jako by dovnitř břicha, v této poloze setrvá několik vteřin a pak svaly uvolní. Cvik ať opakuje alespoň 5x.

Dále je nutné, aby konzumoval potraviny s dostatečným množstvím vlákniny, která změkčuje stolicí, zvětšuje její objem a usnadňuje její průchod tlustým střevem. Zdrojem vlákniny je tmavé pečivo, luštěniny (pokud je nemocný dobře snáší), zelenina např. brokolice, květák a ovoce např. švestky. Doporučila jsem

nemocnému popíjet nutriční doplněk s vlákninou Nutridrink multi fibre, jedna krabička obsahuje 4,6 g vlákniny. Taktéž jsem zdůraznila nutnost dostatečného příjmu tekutin, vody, ředěných džusů s obsahem ovocné dužiny. Dohodli jsme se, že pacient bude pít každé dvě hodiny 200 ml tekutin. Množství vypitých tekutin jsem vždy zaznamenala do bilančního záznamu.

S nemocným jsme se dohodli, že každé ráno po snídani mu vložíme do lůžka podložní mísu a také vždy, když bude pociťovat nucení na stolici. Soukromí bude mít zajištěné zataženými závěsy, které jsou mezi lůžky. Pokud to bude možné, ošetřující personál se na pokoji nebude pohybovat. U lůžka měl umístěné signální zařízení, kterým mohl sestry kdykoliv přivolat.

**Hodnocení:** pacient se spontánně vyprázdnil následující den, tedy 14.11., stolice byla normální konzistence, bez patologických příměsí. Neměl pocit plného konečníku, pociťoval úlevu, jak fyzickou, tak i psychickou.

Z počátku měl problémy s pravidelným příjmem tekutin, neboť před onemocněním nedodržoval pitný režim. Postupně si zvykl popíjet nápoje průběžně celý den tak, jak jsme se dohodli. Během dne také upíjel nápoj Nutridrink s vlákninou, nejvíce mu chutnal nápoj s příchutí jahodovou a vanilkovou. Pochopil, že pít se začíná ráno a tekutiny je nutné přijímat v průběhu celého dne.

Konzumoval ovoce, které dostával v rámci racionální stravy a které mu také přinášela rodina.

Prováděl cviky na podporu střevní motility.

### **3. Riziko porušení kožní integrity z důvodu snížené pohyblivosti**

**Cíl:** nemocný má čistou, neporušenou kůži  
nemá příznaky nadměrného působení tlaku  
spolupracuje při prevenci vzniku dekubitů

**Plán:** vyšetřit riziko vzniku dekubitů  
provádět pravidelné polohování nemocného  
používat vhodné pomůcky pro prevenci dekubitů  
pečovat o hygienu nemocného  
zajistit dostatečnou hydrataci a výživu  
hodnotit pravidelně ohrožená místa

**Realizace:** nejdříve jsem u pacienta vyhodnotila riziko vzniku dekubitů. Použila jsem hodnotící škálu podle Nortonové. Hodnotila jsem pacientovu schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přítomnost dalšího onemocnění, fyzický a psychický stav, pohyblivost, aktivitu a inkontinenci. Celkové skóre činilo 22 bodů, u nemocného bylo nebezpečí vzniku dekubitů.

Vypracovala jsem časový plán polohování nemocného. Vycházela jsem z denního režimu a chodu našeho oddělení. Polohování jsme prováděli během celých 24 hodin, v pravidelných intervalech 2 až 3 hodin jsme prováděli změnu polohy pacienta. Střídali jsme polohu na zádech, pravém boku a levém boku. Při každém polohování jsem kontrolovala zabarvení a stav predilekčních míst. Tedy míst, kde se kost nachází blízko povrchu kožního a je nedostatečně izolovaná podkožním tukem a svalstvem. Do dokumentace nemocného jsem zanesla záznam o změně polohy.

Nemocný byl uložen na aktivní antidekubitní matraci Alphabed, tato matrace snižuje působení tlaku na tkáň tak, že části podložky se střídavě nafukují a vyfukují. Polohu nemocného jsme udržovali polohovacími polštáři, válci a tvarovanými klíny. Prováděli jsme hygienickou péči o nemocného 2x denně. K mytí jsme užívali Menalind mýdlo, kůži jsme vždy pečlivě osušili, predilekční místa jsme jemně masírovali. Protože nemocný měl suchou kůži, promazávali

jsme ji tělovým mlékem, mastnějším, regeneračním. Dbali jsme na to, aby ložní prádlo na kterém pacient spočíval, bylo vždy suché, nepotřísněné močí, nepropocené, dobře napnuté a nevytvářelo hrboly. Nepoužívali jsme gumové podložky, ale podložky jednorázové, které nezadržují vlhkost. Pokožka se nezapařuje a dýchá.

Nemocného jsem poučila o nutnosti dodržovat pitný režim. Pacient už věděl, že musí vypít každé dvě hodiny 200 ml tekutin. Doporučila jsem k pití stolní vodu, která má menší obsah minerálů. V noci jsme nemocného na pití nebudili. Manželku nemocného jsem požádala, aby pacientovi nosila ovoce, například pomeranče, které jsou zdrojem vitamínu C. Vitamin C je antioxidant, podporuje také vstřebávání železa a hojení ran. Z pomerančů jsem nemocnému vymačkávala a podávala šťávu. Dále jsem po dohodě s lékařem doporučila popíjení nutričního doplňku s větším obsahem bílkovin, Fortimel. Jedna krabička o obsahu 200 ml obsahuje 20g proteinu. Přípravek je také bohatý na vitamíny a stopové prvky. Přípravek jsme objednávali ve stravovacím systému a pacientovi je také přinášela rodina, protože jsem vysvětlila, že nemocnému přinesou více prospěchu než ochucené sladké vody nebo sladké moučníky.

Jídlo pacient konzumoval bez omezení, snědl většinu jídla a jídlo neodmítal. Protože se v našem zařízení podávají studené večeře, velmi uvítal, když mu manželka přinesla jídlo uvařené doma.

Ohrožená místa jsem pravidelně sledovala každé čtyři hodiny a při každém polohování.

**Hodnocení:** u nemocného se vyskytlo zarudnutí kůže nad hřebenem kosti kyčelní v poloze na pravém boku. Po lehkém tlaku prstem na postižené místo, toto bledne. Nedošlo tedy k poruše mikrocirkulace. Zčervenání zmizelo během jedné hodiny, nemusíme se obávat poškození tkání. Žádné jiné poškození kůže se u pacienta nevyskytlo.

Pacient uměl přesně sdělit nepohodu nebo bolest při uložení do určité polohy, občas také lehce změnil polohu bez naší pomoci. Při polohování spolupracoval, používal závěsnou hrazdu, opíral se o zdravou končetinu a snažil se zapojit

i končetinu paretickou. Pochopil nutnost polohování jako prevenci před vznikem dekubitů.

## **2.3 Dlouhodobý plán**

Nemocný V. K. byl přeložen na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení dne 12.11. v 11 hodin z oddělení ORL pro vzniklou poruchu hybnosti pravostranných končetin. Zde byl hospitalizován sedm dní a po stabilizaci stavu byl dne 19.11. přeložen na standardní neurologické oddělení.

V den přeložení byla provedena tato vyšetření:

neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření-krevní obraz, biochemický screening a koagulace, počítačová tomografie mozku, dopplerovská sonografie extrakraniálních cév, elektrokardiografie.

Nemocnému jsme zavedli periferní žilní katetr do levé horní končetiny, permanentní močový katetr zaveden nebyl, pacient zvládal močit do močové láhve.

Den druhý, tedy 13.11., byla provedena tato vyšetření:

Transthorakální echokardiografie, elektroencefalografie, RTG hrudníku, srdce a plic, laboratorní vyšetření-krevní obraz, koagulace, biochemický screening.

Od prvního dne hospitalizace provádíme monitorování

### **kardiovaskulárního aparátu:**

- srdeční rytmus, kontinuální monitoring na lůžku pomocí tří hrudních svodů, na monitoru volíme záznam odpovídající II. svodu, protože je na něm nejlépe patrná vlna P, u nemocného se během hospitalizace neobjevila žádná porucha srdečního rytmu
- monitorace krevního tlaku neinvazivním měřením á 3 hodiny první dva dny hospitalizace tedy 12. a 13.11., další dny až do přeložení pacienta měříme krevní tlak á 6 hodin

při příjmu pacienta byla naměřena hodnota krevní tlaku 165/100 mmHg, při dalších měřeních zjišťujeme hodnoty 150/90 mmHg, 155/95 mmHg, 140/95 mmHg, nikdy nedošlo k vzestupu krevního tlaku na hodnotu systolického tlaku vyšší než 220 mmHg a diastolického tlaku vyšší než 120 mmHg

**dýchacího systému:**

- monitorování dechové frekvence, pohyby hrudníku byly snímány pomocí elektrod EKG, nemocný měl normální frekvenci i rytmus dýchání, dýchání bylo tiché, bez zvuků a námahy
- monitorace oxygenace, saturace krve kyslíkem první dva dny á 3 hodiny, v dalších dnech á 6 hodin, 13.11. v 15 hodin došlo k přechodnému poklesu saturace krve kyslíkem, byla naměřena hodnota 91%, podali jsme nemocnému 4l kyslíku za minutu kyslíkovými brýlemi, následně dochází úpravě hodnot, kyslíkové brýle jsme ponechali do 18 hodin téhož dne

**metabolismu glukózy:**

provádíme monitorování glykémie první a druhý den hospitalizace 3x denně, vždy před jídlem, pacient měl normální hodnoty cukru v krvi 4,7 mmol/l, 4,2 mmol/l, 4,8 mmol/l, u nemocných s CMP se často vyskytuje zvýšená glykémie, může se jednat o stresovou hyperglykémii, která je odpovědí na vyplavení adrenalinu a kortisonu. Akutní hyperglykémie vede k intracelulární acidóze, tvorbě mozkového edému a poškození hematoencefalické bariéry

**tělesné teploty:**

monitoraci tělesné teploty provádíme po celou dobu hospitalizace á 8 hodin, tělesnou teplotu u pacientů po CMP udržujeme do 37,5°C, horečka zhoršuje výsledný deficit nemocných a velikost mozkového infarktu, nejvyšší naměřená hodnota tělesné teploty pacienta, po dobu hospitalizace na našem oddělení, byla 37,3°C.

Nemocnému byly dle ordinace lékaře podávány infuze iontových roztoků,

Plasma-lyte 1000 ml, rychlostí 84 ml/hod.

fyziologický roztok (0,9% roztok NaCl) 500 ml, rychlostí 42 ml/hod.

Po celou dobu hospitalizace jsme pečovali o funkci dýchacích cest, vedli jsme nemocného ke hlubokému dýchání a vykašlávání sekretu z dýchacích cest.



Prováděl dechová cvičení, 5x hluboký nádech a výdech a následně odkašlal. Byl poučen, že nejvhodnější je toto cvičení provádět každou hodinu, což také dělal.

Prováděli jsme prevenci aspirační pneumonie, nemocný byl poučen o tom, že při každém jídle bude konzumovat stravu v poloze vsedě na lůžku, nechávali jsme nemocnému dostatek času k tomu, aby potravu pečlivě rozžvýkal, po každém jídle jsme kontrolovali dutinu ústní zda v ní nezůstaly zbytky jídla. Jídlo konzumoval vždy pod dohledem personálu.

Dbali jsme na zajištění dostatečného příjmu tekutin a stravy. Nemocný měl lékařem naordinovanou dietu č.3, racionální. Pacient přijímal tekutiny i stravu perorálně, tekutiny jsme zahušťovali přípravkem Nutilis, aby nevytékaly nemocnému z úst, v zahuštěné formě se také lépe polykají. Nemocný vypil každé dvě hodiny 200 ml tekutin. Jídlo konzumoval všechno, netrpěl nechutenstvím, do jídla jsme se nemuseli nutit, i když z počátku měl obavy, jak se vyprázdní. Konzumoval i ovoce, rodině jsme doporučili, aby pacientovi nosila jsme spíše ovoce měkčí, kiwi, nastrouhané jablko. Po dohodě s lékařem jsme podávali nutriční doplňky Fortimel a Nutridrink multi fibre, jednu krabičku denně.

V šestihodinových intervalech jsme sledovali příjem a výdej tekutin. Bilance tekutin byla vyrovnaná až na první dva dny hospitalizace, kdy jsme zaznamenali negativní vodní bilanci.

Prováděli jsme prevenci hluboké žilní trombózy farmakologickou léčbou, dle ordinace jsme podávali nízkomolekulární heparin-Fraxiparin multi 0,4 ml subkutánně v 8 a 20 hodin, a také nefarmakologickými opatřeními. Nemocný měl na obou dolních končetinách přiloženy elastické, antitrombotické punčochy až do třísla. Byl seznámen s cviky dolních končetin na podporu návratu žilní krve.

Dále jsme prováděli pravidelné polohování nemocného jako prevenci dekubitů, svalových kontraktur, omezeného pohybu v kloubech. V průběhu dne byl nemocný polohován á 2 hodiny, v noci á 3 hodiny. U pacienta nedošlo k vytvoření žádného dekubitu po dobu jeho pobytu na našem oddělení.

Prováděli jsme prevenci infekce, především katetrové sepse. Periferní žilní katetr jsme kontrolovali v pravidelných intervalech čtyř hodin, katetr byl zaveden 12.11., další výměna byla provedena 14. a 16.11. V místě zavedení nedošlo ke vzniku infekce.

Již na začátku hospitalizace je zahájena časná rehabilitace a po stabilizaci stavu vertikalizace. Cílem této rehabilitace je u nemocného snížit spasticitu, tedy snížit zvýšené svalové napětí, obnovit pohyb na postižené straně, používat paretickou horní končetinu jako oporu a plně zatěžovat paretickou dolní končetinu. Cvičení prováděl rehabilitační pracovník. Zapojila se také manželka, při dopolední návštěvě byla přítomna při rehabilitaci a následně pro proškolení rehabilitačním pracovníkem s nemocným cvičila při každé odpolední návštěvě alespoň 15 až 20 minut. Porucha hybnosti se řešila postupně. Nejdříve nemocný cvičil vleže na posteli, postupně zkoušel sed na lůžku, sed na lůžku se spuštěnými dolními končetinami, stoj u lůžka po minimálně 15 minutovém sedu a sed do křesla a přesun z křesla do lůžka. Návčik chůze byl zahájen až po dosažení stabilního stoje. Nemocný začal chodit v chodítku po 14 dnech hospitalizace. V té době se už nacházel na standardním neurologickém oddělení. Po třech týdnech hospitalizace na neurologickém oddělení byl přeložen na oddělení rehabilitace.

S nemocným byl také zahájen návčik soběstačnosti v aktivitách denního života, hygieně, oblékání, svlékání, stolování. Při provádění úkonů nemocný dobře spolupracoval, co nejdříve chtěl být nezávislý na pomoci druhých osob. Všechny pokyny dobře chápal a snažil se je co nejlépe v rámci svých možností vykonat. Z počátku ho značně znepokojovala neobratnost ruky pravé horní končetiny. Lékařem mu bylo vysvětleno, že horní končetina je postižena více než dolní a její úprava bude pomalejší. První dny si nemocný při ranní a večerní hygieně zvládl lehce ořítk touto rukou obličej a část hrudníku. Při jídle jsme mu ruku vedli a přidržovali jsme mu v ní lžici. Pátý den hospitalizace uměl pravou rukou vložit lžici s pokrmem do úst. Stolování mu trvalo přibližně 20 minut, tento interval se postupně zkracoval. Oblékání a svlékání nemocniční košile zvládal nejdříve s naší

pomocí, postupně si uměl košili obléknout i svléknout sám. Jemnou motoriku trénoval skládáním obrazců z korálků, manželka mu přinesla vystřihovánky, ze kterých vystřihoval různé obrázky. Řeč jsme zdokonalovali tak, že jsme nemocného žádali, aby nám nahlas předčítal z denního tisku nebo z knihy.

**Shrnutí:** v průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče a standardního neurologického oddělení se u pacienta s ischemickou CMP s pravostrannou hemiparézou a dysartrií postupně dařila zlepšovat hybnost pravostranných končetin, v době překladau na rehabilitační oddělení chodil již v chodítku v doprovodu jedné osoby. Velmi dobře se zapojila také manželka, která v prvních dnech hospitalizace na JIP po předchozím nácviku s rehabilitační sestrou také s nemocným rehabilitovala. Pacient sám byl velmi aktivní, dobře spolupracoval a po stabilizaci stavu prováděl cvičení také sám. Po propuštění do domácího prostředí bude nutné dále v rehabilitaci pokračovat.

Došlo k plné úpravě řeči, řeč nemocného je srozumitelná, plynulá. Nedochází k vynechávání nebo k přidávání slabik. Artikulace je dobrá.

S pacientem jsme prováděli nácvik soběstačnosti v aktivitách denního života. V době propuštění z našeho oddělení nemocný zvládal přijímat potravu i tekutiny samostatně. Problémy mu činilo oblékání částí oděvů s knoflíky. Proto bude nutné dále procvičovat jemnou motoriku ruky pravé horní končetiny. S doprovodem jedné osoby velmi dobře zvládl sprchování v koupelně.

Nemocný neměl žádné závažné problémy s vyprazdňováním.

Podařilo se postupně upravit psychický stav nemocného. Pacient byl první dny po vzniku akutní CMP depresivní, měl strach ze své budoucnosti. Lékařem byla nasazena antidepressiva. Byly zařízeny konzultace nemocného s psychoterapeutem, ve kterých by bylo dobré pokračovat i po propuštění nemocného.

Byla navázána velmi dobrá spolupráce s rodinou nemocného. Manželka se velmi intenzívně zajímala o zdravotní i psychický stav nemocného a byla mu velkou oporou po celou dobu hospitalizace.

## **2.4 Psychologie nemocného**

Závažná tělesná nemoc znamená ohrožení duševní rovnováhy jak samotného pacienta, tak i členů jeho rodiny, neboť osudy blízkých osob jsou navzájem propojeny. Zájmem většiny příbuzných je přispět k uzdravení nemocného a někdy mohou být také nemocí svého blízkého znepokojeni více než on sám.(10)

Život nemocných po CMP se často velmi razantně změní. Mění se jejich společenské postavení, jejich dosavadní role. Z role člověka, který byl zvyklý rozhodovat a dávat příkazy se stává pacient, který se musí řídit pokyny jiných lidí. Dostává se do situace, kdy je závislý na pomoci druhých lidí. Řada těchto nemocných nemůže již v rodině vykonávat činnosti, které byli zvyklí plnit, nemohou plnit své povinnosti pracovní. Mají proto pocit neužitečnosti a zbytečnosti, nechtějí být přítěží pro svou rodinu.

U nemocných po proběhlé CMP se často rozvine deprese. Naším cílem je tomuto stavu předejít, a jestliže život těchto lidí nemá být vyplněný zoufalstvím, pocitem bezcennosti, ztrátou radosti ze všeho a myšlenkami na smrt, je třeba uvědomit si, v jak těžké situaci se nemocný nachází a ukázat, že přítomností těžké nemoci život nekončí. Ukázat mu, že život může být kvalitní, důstojný, že ho rodina stále potřebuje.(13)

Sestra tráví s nemocným mnohem více času než lékař, očekává se od ní kromě profesionálních schopností i porozumění a podpora nemocného. Je důležité motivovat nemocného ke komunikaci. Získat si jeho důvěru pochopením jeho stavu a problémů, podpořit jeho pozitivní myšlení a znát jeho osobní problémy. Problémy nebagatelizovat a nepřehlížet.(3)

U nemocného jsem si všimla, že s námi málo komunikuje, je vážný, ponořený do sebe, smutný. Proto jsem mu nabídla možnost rozhovoru. Zdůraznila jsem, že záleží pouze na něm, zda si bude chtít se mnou pohovořit.

Zpočátku byl pacient rozpačitý a tak jsem ho v komunikaci povzbuzovala. Rozhovor probíhal v pomalém tempu, ale ujistila jsem ho, že máme dostatek času a nikam nespěcháme. Nemocný mi sdělil, že má obavy, jaký dopad budou mít důsledky jeho choroby na rodinný život, finanční situaci rodiny, zaměstnání. Také

měl problémy s adaptací na pobyt na jednotce intenzivní péče, rušily ho alarmující přístroje, někteří neklidní nemocní. Měl pocit ztráty soukromí. Vyjadřoval stesk po rodině a zejména po manželce, o které velmi hezky hovořil. Vyprávěl mi o dceři, která v té době ještě studovala vysokou školu, byl pyšný na její studijní výsledky a zároveň si kladl otázku, zda mu jeho stav dovolí dále ji finančně zabezpečovat. Sam zhodnotil dobré vzájemné vztahy mezi členy rodiny.

Pacient byl lékařem informován o zdravotním stavu, diagnostických a terapeutických opatřeních, taktéž jeho manželka.

Poukázala jsem na přínos rehabilitačního cvičení k získání praktické samostatnosti. Zdůraznila jsem, že všichni se budeme ze všech sil snažit mu pomáhat ve všech činnostech, pokud bude mít nějaký problém, může se na nás kdykoliv obrátit. Cílem všech je, aby byl nezávislý na cizí pomoci a co nejdříve se vrátil do běžného života. Z informací získaných od pacienta i jeho manželky, jsem usoudila, že jejich manželství je harmonické, založené na vztahu důvěry a otevřenosti. Proto jsem nemocnému sdělila, že se může také opřít o svou rodinu, která mu bude dodávat odvalu a podporovat ho. Informovala jsem ho o tom, že v naší nemocnici pracuje klinický psycholog a pokud bude chtít, můžeme ho kontaktovat. Také jsem navrhla spolupráci se sociální pracovníci nemocnice a možnost návštěv rodiny 2x denně. O všech těchto skutečnostech jsem informovala ošetřujícího lékaře, který můj postup schválil.

Manželka docházela za nemocným v dopoledních a večerních hodinách. Navrhla jsem jí, aby se snažila manžela rozptýlit, hovořila s ním o jeho problémech, ale nezatěžovala ho hovory o jeho problémech v zaměstnání. Manželka se nevyhýbala nepříjemné realitě, velmi jí pomáhaly obě děti, které otce navštěvovaly o víkendech a matku vystřídaly, aby si mohla odpočinout.

Snažila jsem se, aby se nemocný také od svých problémů alespoň částečně odreagoval. Navrhla jsem mu, aby četl knihu, kterou má rád, poslouchal oblíbenou hudbu, oporou mu mohou být i jeho přátelé.

Psychický stav nemocného se postupně zlepšil, každý dosažený úspěch v léčbě byl zdrojem jeho optimismu, za každý úspěch byl personálem chválen. Volně s námi hovořil, dokázal se s námi smát a podělit o svou radost. Využil také možnosti

psychoterapie. Je nutné také zmínit velkou zásluhu jeho rodiny na zlepšení jeho psychického stavu.

## **2.5 Edukace nemocného**

Onemocnění cévní mozkovou příhodou má často dopad na kvalitu života, životní styl i budoucnost nemocného. Proto mu musí být poskytnut dostatek informací, aby věděl, co má dělat a jak se má chovat. Tyto informace má dostat okamžitě na začátku onemocnění a vždy, když je to potřeba.

Informace o zdravotním stavu, diagnostických vyšetřeních a léčebných postupech podal nemocnému ošetřující lékař první den hospitalizace.

Rehabilitačním pracovníkem byl nemocný informován o plánu rehabilitace.

Ošetřujícím personálem byl poučen o nutnosti neopouštět lůžko jako prevence pádu, dále byl informován o nutnosti konzumovat potravu a tekutiny v poloze vsedě jako prevence aspirace. Byl informován o nutnosti polohování jako prevence dekubitů a svalových kontraktur.

Názorně mu bylo předvedeno, jak se zachází se závěsnou hrazdou a jakým způsobem může ovládat elektrické lůžko, aby si mohl měnit dle své potřeby polohu hlavy a dolních končetin.

Také byl seznámen s režimem jednotky intenzivní péče.

Byl poučen o nutné úpravě jeho zvyklostí v oblasti stravování a kuřáckých návyků. Bylo mu doporučeno konzumovat spíše kuřecí, rybí nebo králičí maso, výrazně omezit živočišné tuky- sádlo, tučné sýry, tučné vepřové maso, uzeniny, protože podporují rozvoj aterosklerózy. Dále omezit sladkosti a nadměrnou konzumaci alkoholu. Nemocný uváděl, že alkohol konzumuje jen příležitostně a pouze bílé víno. Doporučili jsme konzumaci netučných mléčných výrobků, výrobků obsahujících vlákninu- celozrnné pečivo a také dostatek čerstvého ovoce a zeleniny nebo ovocné a zeleninové šťávy. Vhodné je konzumovat ovoce a zeleninu nejméně 5x denně.

Dále byl informován o nutnosti přijímat dostatečné množství tekutin, neboť v důsledku sníženého přísunu tekutin může dojít ke sníženému průtoku krve v některých orgánech a následně se mohou objevit závratě, flebotrombóza s možnou následnou embolií plic, stavy podrážděnosti, zmatenost, únava, močové kameny nebo močové infekce. Nemocný by měl denně vypít dva litry tekutin a pít v průběhu celého dne. Vhodné jsou stolní vody, ovocné čaje, čaj zelený.

Nedoporučuji minerální vody s vysokým obsahem sodíku. Nejsou vhodné při hypertenzi se kterou se pacient léčí.

Lékařem je mu sděleno, aby zanechal kouření. Kouření je rizikovým faktorem vzniku cévní mozkové příhody.

Také byl lékařem poučen o vhodnosti pozvolné redukce hmotnosti, protože také obezita zejména abdominálního (břišního) typu, je rizikovým faktorem ischemické cévní mozkové příhody.

Pacientovi jsem sdělila, že je velmi důležité, aby užíval léky proti vysokému krevnímu tlaku tak, jak mu je naordinoval ošetřující lékař. Hypertenze je nejrizikovějším faktorem ischemické cévní mozkové příhody a její léčba je velmi důležitá v prevenci iktu. Pacient užíval antihypertenziva již před vznikem onemocnění, a o jejich významu byl také poučen svým praktickým lékařem. Je také důležité, aby omezil přísun soli.

Všechny informace, které jsme podávali, tedy ošetřující personál a ošetřující lékař, pacient pochopil. V případě nejasností kladl cílené otázky. Měl také dostatek času k tomu, aby si otázky v klidu promyslel.

Požívání závěsné hrazdy nemocný dobře zvládl, dokázal se vysunovat do horní části lůžka a postupně se s její pomocí naučil měnit polohu těla.

Současně s pacientem byla edukována také rodina, zejména manželka nemocného. Rodina byla informována o potřebě pacienta psychicky podpořit, o rehabilitačním cvičení, o vhodnosti či nevhodnosti potravin, které mu přinášela. Manželka byla pravidelně informována lékařem o zdravotním stavu nemocného.

Nemocný i jeho rodina s námi velmi dobře spolupracovali. Doufám, že i jim se dobře spolupracovalo s námi.



## 2.6 Prognóza

Cévní mozková příhoda je velmi závažné onemocnění. Může končit smrtí nemocného, částečnou nebo úplnou invaliditou. Cílem léčby je uzdravení nebo minimalizace postižení tak, aby byla zachována soběstačnost a nemocný se mohl zařadit do života.

U nemocného se v průběhu nemoci neobjevila žádná porucha vědomí, silná spasticita, infekce, inkontinence moči nebo stolice. V anamnéze nemocného se nevyskytly žádné předchozí cévní mozkové příhody ani jiné závažné choroby jako například diabetes mellitus. Léčil se pro vysoký krevní tlak, který se dařilo kompenzovat. V prvním týdnu choroby se u nemocného vyskytly úzkostné stavy, které jsme zvládli pomocí psychoterapie a také byly naordinovány antidepresiva. Rehabilitační cvičení bylo zahájeno první den hospitalizace.

Postupně se lepšila hybnost pravostranných končetin, nemocný intenzivně rehabilitoval, na rehabilitaci se podílela i pacientova rodina.

Prognóza nemocného se mi jeví jako dobrá, byl přeložen na rehabilitační lůžkové oddělení a bude záležet na motivaci nemocného, jeho trpělivosti a snaze vrátit se do běžného života. Předpokládám, že do dvou let po vzniku CMP bude odeslán k lázeňské léčbě.

Prognóza k uzdravení pacienta je z lékařského hlediska velmi dobrá.

Jedná se o mladšího pacienta bez kognitivního deficitu (před vznikem CMP), kromě arteriální hypertenze a dyslipidemie nemá žádné další komplikující systémové choroby. K dobré prognóze jistě přispívá i adekvátní zahájení komplexní terapie iktu (jak z lékařského tak ošetřovatelského hlediska), poměrně rychlá úprava neurologického deficitu v prvních dnech po vzniku CMP. Dále nezanedbatelná je psychická podpora rodiny, která nebývá vždy pravidlem a profesionální psychicky podpůrný přístup ošetřujícího personálu, který v podstatě v prvních dnech po vzniku CMP tráví s nemocným nejvíc času a na jehož péči tělesnou i psychologickou se může pacient spolehnout.

V dalším vývoji nemoci a v budoucnosti pak jistě bude záviset na vlastním přístupu pacienta, jeho ochotě a snaze změnit životní režim a nastavení a celoživotně dbát na sekundární prevenci CMP.

## **ZÁVĚR**

V této bakalářské práci jsem zpracovala ošetrovatelskou případovou studii u pacienta s onemocněním ischemickou cévní mozkovou příhodou.

U nemocných touto chorobou dochází k poruchám hybnosti, rovnováhy, k poruchám komunikace, poruchám kontinence močového měchýře a konečníku. Nemocní se stávají závislí na pomoci druhých lidí. Léčba může být dlouhá a vyžaduje spolupráci a trpělivost nemocného. Cílem léčby je uzdravení nemocného a jeho opětovné zařazení do normálního života anebo dosažení alespoň částečné soběstačnosti, aby nemocný nebyl zcela závislý na cizí pomoci. Může se ale také stát, že nemocný zůstane trvale nesoběstačný a pak je nutný jeho pobyt v ústavu sociální péče nebo v domácím prostředí, což je pro nemocného v jeho situaci nejlepším možným řešením.

Zdravotní sestry a další ošetrující personál pracující na neurologickém oddělení musí pochopit problémy těchto nemocných, motivovat je ke komunikaci a musí umět těmto nemocným ukázat, že život může být důstojný a kvalitní.

Kvalita poskytované péče závisí na odborných znalostech a lidském přístupu ošetrujícího personálu, ale také na dobrých vztazích uvnitř pracovního kolektivu. Podle mého názoru dobrou péči o nemocné zajistí hlavně tým vyrovnaných, pracovně spokojených a motivovaných lidí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.	arteria
aa.	arterae
AAR	alfa-atenuační reakce
AB	arteria basilaris
ACE	arteria karotis externa
ACI	arteria karotis interna
AG	angiografie
ALT	alaninamino transferáza
ALP	alkalická fosfatáza
AO	arteria ophthalmica
APTT	aktivovaný protrombinový čas
AST	aspartát-aminotransferáza
AV	arteria vertebralis
BG	bazální ganglia
BIL	bilirubin
BMI	body mas index
Ca	vápník
Cl	chloridy
CMP	cévní mozková příhoda
CP	krční páteř
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D-DI	D-dimer, rozpadový produkt fibrinu
DK	dolní končetina
DSA	digitální subtrakční angiografie
dx	vpravo
EEG	elektroencefalograf
EKG	elektrokardiograf
ERY	erytrocyty
g.	gram

GLY	glykémie
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza
Hb	hemoglobin
HDL	lipoprotein s vysokou hustotou
HK	horní končetina
HTC	hematokrit
Hz	hertz, frekvence
INR	protrombinový čas
IS	indikační skupina
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
KI	kontaindikace
kPa	kilopascal, jednotka tlaku
KM	kyselina močová
L	bederní
l	litr
LDL	lipoprotein s nízkou hustotou
LEU	leukocyt
mg	miligram
MCH	průměrná hmotnost Hb/Ery
MING	Mingazziniho zkouška
min	minuta
ml	mililitr
mmHg	milimetr sloupce rtuťového
mmol/l	milimol na litr
MRI	magnetická rezonance
n.	nerv
NaCl	natrium chlorid
NSA	nesteroidní antirevmatikum
ORL	otorinolaryngologie
P	puls
PaCO <sub>2</sub>	parciální tlak oxidu uhličitého v

	arteriální krvi
PaO <sub>2</sub>	parciální tlak kyslíku v arteriální krvi
PDK	pravá dolní končetina
pH	záporný dekadický logaritmus aktivity vodíkových iontů
PET	pozitronová emisní tomografie
PHK	pravá horní končetina
RIND	reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG	rentgen
S	bederní
ST úsek	představuje konec depolarizace a rychlý nástup repolarizace komor
SvO <sub>2</sub>	saturace smíšené krve
TIA	tranzitorní ischemická ataka
THR	trombocyt
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
vv.	žíly
VLDL	lipoprotein s velmi nízkou hustotou

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty* 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 399 s. ISBN 80-246-0894-4
2. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 298 s. ISBN 80-246-1113-9
3. BOUCHAL, M. *Lékařská psychologie* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 216 s. 08-040-81
4. DOENGES, E., M., MOORHOUSE, M.,F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry* 2. vyd. Praha: Grada Publishing spol.s.r.o., 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8
5. KALITA, Z. et kol. *Akutní cévní mozkové příhody* 1. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2006, 623 s. ISBN 80-85912-26-0
6. KALVACH, P. et kol. *Mozkové ischemie a hemoragie* 2. vyd. Praha: Grada Publishing spol.s.r.o., 1997, ISBN 80-7169-109-7
7. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
8. KÁŠ, S. et kol. *Neurologie pro praktické lékaře* 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol.s.r.o., 1993, 216 s. ISBN 80-85526-20-4
9. LEMON 1 *Učební texty pro sestry a porodní asistentky* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 179 s. ISBN 80-7013-234-5
10. MÍČEK, L. *Duševní hygiena* 2. vyd. Praha: Státní pedagogické Nakladatelství, 1986, 280 s. 14-400-86

11. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. et kol. *Neurologie*  
1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2002, 368 s.  
ISBN 80-7262-160-2 (Galén) ISBN 80-246-0502-3 (Karolinum)
12. PFEIFER, J. *Neurologie v rehabilitaci* 1. vyd. Praha:  
Grada Publishing a.s., 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5
13. SYŘIŠŤOVÁ, E. et kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob  
s těžším somatickým postižením* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 236 s.  
08-052-89
14. TYRLÍKOVÁ, I. et kol. *Neurologie pro sestry* 1. vyd. Brno: Národní centrum  
ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 287 s.  
ISBN 80-7013-287-6
15. ŠVIHOVEC, J. et kol. *PharmindeX brevír* Praha: MediMedia Information  
spol. s r.o., 2000, 909 s. ISBN 80-86336-00-X

Další zdroje:

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze  
Zdravotnická dokumentace pacienta



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2: Specifické základní potřeby

Příloha č. 3: Ošetřovatelské diagnózy

Tiskopisy byly použity se svolením Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze.

Posudky bakalářské práce

### Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení : ..... V. K. ....  
 Věk : ..... 55 LET .....  
 Vyznání : ..... BEZ VYZNÁNÍ .....  
 Povolání : ..... MĚDČICHTPRAČOUMNÍK VE FARMACEUTICKE FIRMĚ .....  
 Národnost : ..... ČESKÁ .....  
 Osoba, kterou lze kontaktovat : ..... MANŽELKA .....  
 Oslovení : ..... PAN .....  
 Datum přijetí : ..... 12. 11. 2009 .....  
 Hlavní důvod přijetí : ..... ČEVNÍ MOZKOVÁ PĚTHODA .....  
 Datum a kam propuštěn : ..... 3. 12. 2009 ..... ODDELENÍ REHABILITACE .....

- Lékařská diagnóza:
1. ISCHEMICKÁ ČEVNÍ MOZKOVÁ PĚTHODA
  2. ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE
  3. HYPERLIPIDEMIE
  4. ....

Jak je nemocný informován o své diagnóze? ..... LÉKAREM FORMOU ROZHOVORY .....

Osobní anamnéza : ..... HYPERTENZE, HYPERLIPIDEMIE .....

Rodinná anamnéza ..... OTEC ZEMĚL NA INFARKT MYOKARDU V 42 LETECH .....  
 ..... MATEK ŽUJE, LÉČÍ SE S HYPERTENZÍ A PRO DIABETES MELLITUS .....

Vyšetření ..... CT MOZKY, DOPPLEROVSKÁ ULTRASONOGRRAFIE EXTRAKRANIÁLNÍCH TĚLEN .....  
 ..... ELEKTROENCEFALOGRAFIE, EKG, HRZ, SRDCE .....  
 ..... A PLÍC, DVAIROZMĚRNÁ ECHOKARDIOGRAFIE, BIOCHEMICKÁ VYŠETŘENÍ, KORRELACNÍ A .....  
 ..... METABOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Terapie (PER OS (PERORÁLNĚ)) : ANOPYRIN 100 mg HU, CODEIN 30 mg HU .....  
 ..... DIAZEPAM 5 mg HU, MUCOSOLVAN 200 mg, RAHIPRIL 2,5 mg HU, SORBIT 20 mg HU .....  
 ..... SEROPRAM 20 mg HU .....  
 ..... PABELETEDÁLKE : FRANIPARIN HU, CAVINTON INJ., MAGNEZIJUM SULFURICUM BIOTKA 10% .....  
 ..... KOLACIN INJ., PLASMA-LYTE, FYZIOLOGICKÝ ROZTOK (0,9% ROZTOK NaCl) 100ml

Důležité informace o stavu nemocného: .....  
 ..... V PRŮBĚHU HOSPIALIZACE SE OBJEVILA SEKUNDÁRNÍ DEPRESIVNÍ .....  
 ..... SYMPTOMATOLOGIE, BYLA LITMA PSYCHOLOGICKÁ PODPORA NEMOCNĚHO .....  
 ..... OŠETŘOVÁNÍM PERSONÁLEM .....

Alergie :	jídlo	<input checked="" type="radio"/> Ne	Ano	pokud ano, které.....
	Léky	<input checked="" type="radio"/> Ne	Ano	pokud ano, které.....
	Jiné	<input checked="" type="radio"/> Ne	Ano	pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : .. NEMA U SEBE ŽADNE LEKY

Je poučen, že je nemá brát      Ano    Ne  
Jak je má brát                      Ano    Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) .. PRI VĚDOMÍ, ORIENTOVANÍ  
ČASEM I MÍSTEM, BEZ PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLIDU  
LEKCE DEPRESIVNÍ LADĚNÍ

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

ŽIJÍ S MANŽELKOU V RODIČKÉM DOMĚ, KONTAKT SE SOCIÁLNÍ  
PRÁCOVNÍCI POSKYTNUT

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice ( k lékaři) ? .. PRO AKUTNÍ POTÍŽE, ZAVRÁTĚ
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? .. PŘEHRA STRESU, NEVHODNÝ  
STYL ŽIVOTA
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? .. Z PLLEKTO  
ZDRAVÍ LAHLE VZNIKLA ZAVISLOST NA POMOCI DRUHÝCH OSOB
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? .. ÚPRAVA HYMKOSI A  
ZAVRAT DO PLNOHODNOTNÉHO ŽIVOTA
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? .. STRESUJÍCÍ
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? .. 14 DNÍ
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? .. S MANŽELKOU, FINANČNĚ  
STALE PODPORUJE STUDIJNÍ ŠCERU
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? .. MANŽELKA
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? .. RODINA MÁ  
OBAVY Z BUDOUCÍHO ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? .. MANŽELKA 2x DENNĚ, DETI O VÍKENECH
11. Co děláte rád ve volném čase? .. ČETBA, OBČAS REKREAČNÍ ŠPORT - JÍZDA NA KOLE, KULTURA
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? .. OČEKÁVA ZAVRAT  
DO PLNOHODNOTNÉHO ŽIVOTA

## Specifické základní potřeby

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

#### a) Bolest / nepohodlí

- Pocit'ujete bolest nebo něco nepříjemného?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... BOLEST HLAVY
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... ASI MĚSTO PŘED HOSPIITALIZACÍ  
BOLEST HLAVY
- Na čem je bolest závislá? STRES, HLAVIC NA NEMOCNICNÍM POKOJI
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? POŽÁDAL O APLIKACI ANALGETIK
- Došlo po naší léčbě k úlevě?  Úplně  Částečně  Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? .....

Hodnocení sestry: BOLEST HLAVY USTOUPILA PO APLIKACI ANALGETIK, JAKO  
DOPLNĚK FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY NEMOCNÝ POSLOUČHAL UKLIDŇUJÍCÍM MUPRY, BOLEST  
HLASIL VEAS POMOČÍ SÍČKALUTHO ŽARTZENÍ

#### b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte... Z DŮVODU STRACHU A ÚRAU Z NEMOCI
- Měl jste potíže i doma?  Ano  Ne
- Usínáte obvykle těžko?  Ano  Ne
- Budíte se příliš brzy?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? STRES
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? TEPLE MLEKO S MEDÍ
- Berete doma léky na spaní?  Ano  Ne  
pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? NE

Hodnocení sestry: NEMOCNÝ POŽÁDAL O LÉK NA SPANÍ, PO PODÁNÍ SEDATIVA  
DIAXEPAM 5 mg PERORÁLNĚ BĚHEM 15 MINUT UŠTA, V PRŮBĚHU DLE NĚBYL OSA  
V LOCI BYL BUZEN PRO KŮTĚŠT POKOHOVÁNÍ A MEDĚM FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

### 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?  Ano  Ne
- Potřebujete pomoc při umytí?  Ano  Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů?      Ano   Ne
- Máte obvykle kůži       suchou       mastnou       normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?      DOHA SI PLEŤ LEOŠETŘUJE
- Potřebujete pomoc při koupání?       Ano       Ne
- Kdy se obvykle koupete?       ráno       odpoledne       večer      je to jedno

Hodnocení sestry: PACIENT POTŘEBUJE POMOC PŘI RÁBNÍ I VEČERNÍ TOALETĚ NI ČÁSTEČNĚ SPOLUPRACUJE

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí?  
pokud ano, upřesněte.       Ano       Ne  
OCHRNUŤ PRAVÉ DOLNÍ KONČETINY
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?      Ano   Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?       Ano       Ne  
pokud ano, upřesněte.      PRO LEBEŽ PĚŤ PÁDU
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?      Ano   Ne      Nevím  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem?       Ano       Ne  
pokud ano, upřesněte.....      NOSÍ BRÝLE KA ČTENÍ
- Nosíte brýle?       Ano       Ne  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?       Ano       Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?       Ano       Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: PŘI ČTENÍ ČASOPISŮ A KNIH POUŽÍVAL BRÝLE KA ČTENÍ POTÍŽE SE SLUŠENÍM LEVDÁVA

### 4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?       dobrý       vadný      ZASLOUTLÝ
- Máte zubní protézu?       horní       dolní       žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže?      Ano   Ne  
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? Ano  Ne   
 pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou?** Ano  Ne   
 - pokud vyšší ( o kolik?)... 15 kg.....  
 - Pokud nižší ( o kolik?).....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době?** Ano  Ne   
 - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu?** Ano  Ne   
 - Co obvykle jíte? LEDVY ZADNOU DIETU.....
- Je něco, co nejíte? Ano  Ne   
 - Pokud ano, co a proč?.....
- Máte zvláštní dietu? Ano  Ne   
 - Pokud ano, jakou?.....
- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano  Ne   
 - Pokud ano, upřesněte.....  
 - Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?  Ano  Ne  
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? ANO.....

Hodnocení sestry: LEMOČKÝ KOLYMOVAL VŠECHNO JÍDLA, DO JÍDLA JSME HO  
 JEMUSELI DÍT, PŘEČI DNY HOSPITALIZACE BYLA LITKA DOPOMOC PŘI JÍDLĚ

## 5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té doby, co jste onemocněl?  
 Zvýšil  snížil  nezměnil
- Co rád pijete?  
 vodu  mléko  ovocné šťávy  
 kávu  čaj  nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? VODU.....
- Kolik tekutin denně vypijete? MYJI 1500 ml.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin?  Ano  Ne

Hodnocení sestry: LA POČATKY HOSPITALIZACE JSME MUSELI LEMOČKĚHO POLICIT  
 LITKOSTI ZVÝŠIT PŘÍJEMEM TEKUTIN, KTERÉ JSME ZAHUŠTOVALI PŘI PRAKEM NUTKI.



## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem  
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? ..... 1x denně RÁNO  
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? .....  
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy  
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, co je to? .....  
- Máte nyní problémy se stolicí? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, jak by se daly řešit? .....

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal/a?.....  
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....  
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....  
Hodnocení sestry: LEHOENÝ MOČIL DO MOČOVÉ LAHVE, K VYPRÁZDŇENÍ S DOŠLO SPONTANĚ

## 7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....  
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal?.....  
- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....  
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano** **Ne** **Nevím**  
Pokud ano, zvládnete to?.....  
- Kouříte? **Ano** **Ne**  
Pokud ano, kolik? ASI 20 CIGARET DENĚ  
Hodnocení sestry: LEKÁREM BYL POUZEN O LUTKOSI ZALECHAT KOUŘENÍ



## 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?                   Ano  Ne  
- Svědí Vás kůže?                               Ano  Ne                   Někdy

Hodnocení sestry: KŮŽE JEMOCNĚHO BYLA SUCHÁ, PRAVIDELNĚ JSME PRAVIDELNĚ PROMAZÁVALI TĚLOVÝM MLEKEM

## 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?                   Ano  Ne  
Pokud ano, co děláte? .. VEDUCÍ PRACOVNÍK V ADMINISTRATIVĚ

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?   Ano  Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?        Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?   Ano  Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? ..

- POSLECH HUDBY, ČETBA KNIH A ČASOPISŮ  
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?    Ano

Hodnocení sestry: PŘED OLEMOČENÍM BYL PRACOVNĚ PŘETÍŽENÝ, ZA SVĚ  
ZÁLIBY MĚL MÁLO ČASU

## 10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?                   Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?            Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: PŘED OLEMOČENÍM NEMĚL ŽÁDNÉ PROBLEMY V POHLAVNÍ  
ŽIVOTĚ,

## Různé

- Jakou školu jste ukončil? .. VYSOKOU ŠKOLU

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?    Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? .. MANŽELKA, DŮVĚ DĚTI DOSPĚLÉ

- S kým společně žijete? .. S MANŽELKOU

- Kdo se o Vás může postarat? .. MANŽELKA

- V jakém bytě žijete? ..... V RODIČKÉM DOMĚ
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? .....  Ano  Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? .....  Ano  Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? .....  
STRATA SOUKROMÍ
- Cheete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? .....  
LE

Hodnocení sestry: LEMOČKA BYL VELMI VLNUTÝ NA MANŽELKU, VZTAHY V  
RODINĚ BYLY DOBRÉ, PACIENT I RODINA VELMI DOBRĚ  
SPOLUPRACOVAN

### Jak sestra nemocného souhrnně vidí

<input checked="" type="radio"/> Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
<input type="radio"/> Neptá se	Mlčenlivý
<input type="radio"/> Hovorný	<input checked="" type="radio"/> Spolupracuje
<input checked="" type="radio"/> Úzkostlivý	Vyděšený
<input type="radio"/> Nejistý	Nedůvěřivý
<input type="radio"/> Rozzlobený	Smutný
<input checked="" type="radio"/> Rychle chápe	Pomalů chápá
<input type="radio"/> Nechápný	<input checked="" type="radio"/> Aktivní
<input type="radio"/> Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
<input type="radio"/> Psychicky stabilní	Psychicky labilní
<input type="radio"/> Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

PACIENT POTŘEBUJE POMOC MĚI KUTI, OŠLEKÁMÍ A JIDLE  
JE NUTNĚ PRAVIDELNĚ POLOHOVÁNÍ JAKO PŘEVLEČE VZNIKU DEKUBIT  
KVALITNÍ KONTAKTUR A KLOUBNÍM DEFORMIT  
AKTIVNĚ SPOLUPRACUJE MĚI REHABILITAČNÍM CÍLEM  
JE NUTNÁ PSYCHICKÁ PODPORA OŠETROVATELSKÝM PERSONÁLEM  
PRAVIDELNĚ KONTROLA A PÉČE O KAVÉDELU TEDI FERNÍ ŠILNÍ  
KAPETR  
SLEDOVAT STAV KŮŽE A TEDIKÉLOVCH HÍST  
SLEDOVAT VYPRACOVÁNÍ ŠPŮLICE, MĚI DEFEKCI ZAVÍŠT  
SOUKROMÍ  
DĚAT, ABY KEDASLO K TADY LEMOČEHO Z LŮŽKA  
KONTROLOVAT FUNKČNOST ZAVAZE DOLLNÍM KOLĚNÍ, SLEDOVAT  
JARVY KŮŽE A TEPLOTU DOLLNÍM KOLĚNÍ  
SLEDOVAT PŮJEM A VĚDEJ TEDI AN

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13. 11. 2009	<p>           KROUŽEVA MOBILITA            Z DŮVODY            PRAVOSTRAJNÉ            HEMIPARÉZY         </p>	<p>           PACIENT MĚŘIT SPRÁVNOU            POLOHU TĚLA V POLOZE            VLEŽE            LANO SE POUŽÍVAT            ZA VĚŠKOU HRAZDY KE            ZMĚNĚ POLOHY            PACIENT SAM BEZ            DOXORU NEVSTÁVA Z            LŮŽKA            SPOLUPRACUJE PŘI            PRAVÁNĚ PÁSIVNÍHO            CIVILENT         </p>	<p>           VYSVĚTLIT PACIENTU            MOŽNOST POLOHOVÁNÍ            HANOTIT HO MIAVI PULOVA            SE ZA VĚŠKOU HRAZDY            VYSVĚTLIT PACIENTU            MOŽNOST PORANĚNÍ, POKUD BY            SAM OPUSŤIL LŮŽKO            INFORMOVAT PACIENTA O            DŮLEŽITOSTI REHABILITACE         </p>	<p>           PACIENT POCHOPIL            MOŽNOST POLOHOVÁNÍ            A VÝZNAM            REHABILITACE, PŘI            CIVILENT REHABILITACI            POUŽÍVÁ            SPOLUPRACUJAL            S POMOCTI ZA VĚŠKÉ            HRAZDY ZULADL            ZMĚNY POLOHY MA            LŮŽKA            NEDOŠLO K ZADLEHÝ            TRÁDÍ PACIENTA         </p>	<p>           JIŠOVÁ            LEUKA         </p>

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13.11.2009	DEFICIT SESEPEČE V OBLASTI HYGIENY, OBLEKÁNÍ, PRÍJEMNOSTI STRAVY Z DŮVODU NEVROSTALOVĚHO POSTIŽENÍ	PACIENT PROVÁDĚT ROZSAH ČINNOSTÍ V OBLASTI SESEPEČE DLE ÚROVNĚ SVÝCH SCHOPNOSTÍ LEMOBĚT PO RANĚ TOVALENE VIDĚVA POHODLÍ, OSVĚZENÍ BŮDE VIKAKOVAT KVALITOU SCHOPNOST SAH SE OBLEČI BŮDE SCHOPEN PRÍJMAT POTRAVU A TEKUTINU S MINIMÁLNÍ DOPOMOCÍ	VŠETKÉ ÚROVNĚ KVALITY PODLE BATHIELOVA TESTU VAKUADNÍCH VSEDNÍCH ČINNOSTÍ PROVÁDĚT KOMPLETNÍ HYGIENICKOU PÉČU DĚNNE NA LŮŽKU, 3x TĚLNĚ MA MYTÍ LŮŽKY V KOMPLETE SDOVOHO PO PROVÁDĚNÍ HYG. PÉČE VĚST PACIENTA KE SPOUPRACÍ A PODPOROVAT K SAKOSMÍLOVÍ PROVÁDĚT DLE POTŘEBY VĚMĚNÍ OSOBNÍHO I LŮŽKOVĚHO PRAVLA POHOE PŤ OBLEKÁNÍ LEMOBĚT KOSILE RESPEKTOVAT SOKVROHÍ LEMOBĚHO POHOE PŤ JIDLE A PÍTÍ PRÍJEM TEKUTIN KVALITATIVNĚ VĚST DO BĚHACÍHO ZÁKLADY	LEMOBĚT ZVLADL SAH HYGIENY OBLIČEJE OALEKOVAT LEMOBĚT KOSILI KATM LEZVLADL PO RANĚ TOVALE SE OBTÍ OSVĚZENÍ A SPOKOVĚNÍ V OBLASTI PŤEVEČELEMÍ LŮŽKY KAVJST SE ZVLADLE LEVOU RUKOU, PRAVOU SDOVOHO Z PRAVDVĚHO SAKLY PŤ VELMI DOIRE	JTŠOVÁ LENKA

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13.11.2009	DEFICIT SEBEPEČE V OBLASTI HYGIENY, OBLEKÁNÍ, PŘIJAŤIAT STRAVY A DŮVODU KERVOSVALOVÉHO POSTIŽENÍ	PACIENT PROVÁDĚT ROZSAH ČISTOSTI V OBLASTI SEBEPEČE DLE ÚROVNĚ SVÝCH SCHOPNOSTÍ LEMOUŤ PO RANĚ TOALENĚ UDÁVA POCHOPIT, OSVĚZENÍ BŮDE VIKAROVAT KŮSELOU SCHOPNOST SAH SE OBLEČÍ BŮDE SCHOPEN PŘIJAŤ POTRAVU A TEKUTINU S MINIMÁLNÍ DOPOMOCÍ	VŠETKÉ ÚROVNĚ KVALITOSTI PODLE BATHIELOVA TESTU VAKUADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PROVÁDĚT KOMPLETNÍ HYGIENICKOU PÉČI 2x DĚNNE NA LŽKY, 3x TÝDNĚ MA VŠETI LŽKY V KOMPLETE S DOPOMOCÍ PO PROVÁDĚNÍ HYG. PÉČE VĚST PACIENTA KE SPOLUPRÁCI A PODPOROVAT K SAMOSTATNÉ PROVÁDĚNÍ DLE POTŘEBY VĚNĚNÍ OSOBNÍHO I LŽKOVÉHO PŘADIA POHOČ PŘI OBLEKÁNÍ LEMOUŤ KOSILE RESPEKTOVAT SLOVKOMÍ LEMOUŤ POHOČ PŘI JÍDLĚ A PÍTÍ PŘIEM TEKUTIN KARAMEKAVAT DO ŠTANČENIKO ZÁKLAMU	LEMOUŤ ŽIVADL SAM HMBIEU OBLIČESE OBLIČLOU LEMOUŤ KOSILI KATM LEŽIVADL PO RANĚ TOALENĚ SE ČITĚ OSVĚZENÝ A SPOKOJENÝ V ČISTĚ PRUČELOČELÉM LŽKY KAVIT SE KVALIČE LELOU RUKOU, PRAVOU S DOPOMOCÍ Z PRAVDVĚHO ŠALKY PĚL VELMI DOČIČE	JIŠOVÁ LEUKA

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13. 11 8 009	BOLEST HLAVY 2 DŮVODY CÉVNĚHO OLEHOČENÍ I ISCHÉMIČKÉ I MIGRAČNÍ PRŮBĚHY	PACIENT UDÁVÁ ÚSTUP NEBO ZMÍRNĚNÍ BOLESTI NEBO PRŮBĚHY BOLESTI NEVERBÁLNÍ VYZNÍVA NEFARMAKOLOGICKÉ I PŘÍSTUPY K TLUMĚNÍ BOLESTI	VYSVĚTLIT PŮVODNÍ BOLESTI VYBĚDNOUT PACIENTA, ABY KVOU BOLESTI POPSAL CO NEJPRŮBĚHĚJŠÍ PŘEDAT CO, NEJDEJŠÍ ORDINOVANÁ ANALGETIKA A SLEDOVAT JEJICH ÚČINEK KONSULTOVAT S ANALGETIC A ÚČINEK DO DOKUMENTACE INFORMOVAT LÉKÁRE O PACIENTOVĚ BOLESTI LABOROVAT PACIENTOVI NEINVAZIVNÍ KROKY KE ZMÍRNĚNÍ BOLESTI	BOLEST USTAVILA PO PŘÍJMU ANALGETIK PACIENT SE CÍTLÍ LÉPŠÍ I JEHL BOLESTI VTRAX V OBLIČEJ DĚLST BOLEST HIVÁK VOPAS, PŮVODNÍ SIGNÁLHO ZADYKŤ ZVÁŽIL HOŘKOST POSLEDCY HUBŠY	NÍŠOVÁ LENKA

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľskej péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
13.11.2009	TORUŠELNÝ SPAĽEK ZDŮVODNENÝ STRACHOM A OBAV Z KEMOCI	PACIENT VYSTIA DO 10 MINÚT PO PODANÍ SEDATÍVA NEPROBUŽNÝ SE ČASNEJI LEŽ TREBAŤ ZA NOC A PO PROBUDENÍ DO 10 MINÚT VSTIA DRAHO SE ČIŤI OZNAČENUTY	ZABEZPEČIT POCHOZU KEMOCNEHO VYLOŽEŤ DO NEJUHODNEŠTIA PROSTREDÍ PRO KLAKNÚT SPAĽEK TODPOROVAT SPAĽKOVE RITUALY KEMOCNEHO INFORMOVAT KEMOCNEHO O PODOCHOVANÍ V PRŮBEHU NOCI, MEREKŤ FYZIOLOGICKÉ FUNKCIE NA ŽADOST PACIENTA PODAŤ LÉK NA SPAĽ SLEDOVAT ÚČINEK LÉKY	PACIENT POZADAL O PODANÍ LÉKY NA SPAĽ VŠLUL ZA 10 MINÚT PO PODANÍ LÉKY VE 22 HODIN BYL ŽIVEN POZ POLOHOVANÍ A MERENÍ FYZIOLOGICKÉ FUNKCIE VŠLUL Z NOVU VŠLUL V 07 HODIN DRAHO BYL PROBUDEN ŽIVNICEM ALARMOM INFORMOVANÝM VDAVAL IŽE SPAĽ BELEKEM DOBRE KEJEVIL ŽNAHKY VŤAVY	JIŠDIA LEUKA

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13.11.2009	STRACH Z DŮVODY OBAV Z MEMOCI A ODLOUČENÍ OD BLÍZKÝCH OSOB	PACIENT IDENTIFIKUJE PŘÍČINY STRACHU, VOLNE PŘADRUŽUJE SVUJE POCITY BUDE POCÍTŮVAT MENŠÍ KAPĚTI VYUŽIVAŤ PODPORU A POMOC ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ I RODINY	UMOŽNIT LEKOVNĚMŮ HOVORIT O SVEM STRACHU A OBAVACH HABITNOVŮ MOŽNOST ROZHOVDU S KLINICKÝM PSYCHOLOGEM KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ PRACOVNÍČ UMOŽNIT HAIŠŤEM RODINY 24 DENNĚ INFORMOVAT LEKARĚ O PACIENTOVĚ STRACHU	PACIENT DOKAZAL O SVEM STRACHU SPOUSTALNĚ HOVORIT, ZNAL JEHO PŘÍČINY V PRŮBĚHU HOVORU MIZELO KAPĚTIVE TVARĚ PŘIJAL MOŽNOST PSYCHOLOGIE UVÍTAL SPOLUPRÁČI SE SOCIÁLNÍ PRACOVNÍČ A MOŽNOST HAIŠŤEM HAIŠŤEM 24 DENNĚ	JISOVA LENKA



Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15.11.2009	RIZIKO INFÉKČIE ZDŮVODNĚNÉ ZAVEDENÍM TERIFERÉLNÉHO ŽILNÉHO KATÉTRY	V MÍSTĚ ZAVEDENÉHO TERIFERÉLNÉHO ŽILNÉHO KATÉTRY SE KONTROLOVAT ZNAHKY INFÉKČIE	DBAŤ NA PRAVIDELNÝ VYHŔĚNÝ KRYTÍ SLEDOVAT FUNKČNOSŤ DOBY ZAVEDENÍ TERIFERÉLNÉHO ŽILNÉHO KATÉTRY SLEDOVAT MÍSTO VTRICHU	PRI PRAVIDELNÝCH KONTROLÁCH TERIFERÉLNÉHO ŽILNÉHO KATÉTRY SE TERIZOVANÉ ZNAHKY INFÉKČIE	VIŠŤOVÁ LEUKA



Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
13.11.2009	RIZIKO PORUŠENÍ KŮŽNÍ INTEGRITY Z DŮVODU SUTŘEVE, ROKYBIVOSTI	LEHOBLÝ MA' ČISTOTA, LEPORUŠENOM KŮŽI LE MA' PRŮZVUKY, HADNĚRNEHO PŮSOBENÍ TLAKU, SPOLUPRÁČNĚ PŮJ PŮEVENÍ VZNIKU DEKUBITY	VUSĚTĚT RIZIKO VZNIKU DEKUBITY, PROVAĎET PRAVIDELNĚ, POLOHOVAT LEHOBLÉHO POUŽÍVAT VHOĎNĚ, PŮHĚKY TRO PŮEVENÍ DEKUBITY, PĚOVAT O HYGIENU LEHOBLÉHO, ZANISIT DOSTATEČNŮ HYDRATACI A VĚTÍM, HODNŮT PRAVIDELNĚ OHOŘĚNĚ MÍSTĚ	V LEHOBLÉHO SE VYSKUTO ZARUĎIT KŮŽE (AD) HĚBĚNĚM KŮŽI KŮŽENÍ V POLOZE NA PRAVĚH BOKU ZOBĚVĚLAT, ZHĚLE BEHEM NEDNĚ HODINY, ZADNĚ JINĚ, PŮŠŮVENÍ KŮŽE SE U PŮCIELTA LEVSKUTLO PŮJ POLOHOVAT SPOLUPRÁČNĚ, POUŽÍVAL KŮŽĚSLOU HĚZDU, OPTĚAL SE O ZBRANŮ DOHĚI KŮŽETINY A ŠMĚL SE ZAPŮJIT I KŮŽENĚ, PŮRENĚKŮM PŮKŮM KŮŽŮST POLOHOVAT JAKO PŮEVENÍ PŮEJ VĚKĚM DEKUBITY	JITĚVĚA LENGA

*7/1/10*

## Posudek bakalářské práce

Jméno a příjmení studenta : Lenka Jíšová

Název práce : Ošetrovatelská péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou

Vedoucí práce : Mgr. Jana Holubová

Odborný konzultant : MUDr. Iveta Pojkarová

Obor zaměření práce : neurologie

Studijní obor : Zdravotní vědy

Studijní program : Ošetrovatelství

Forma studia : kombinovaná

### Hodnocení práce

Cíl práce:	splněn	splněn s výhradami	nesplněn
<p>Paní Lenka Jíšová se ve své bakalářské práci zabývá ošetrovatelskou péčí o 55letého nemocného, který byl hospitalizován na neurologické JIP s diagnózou cévní mozková příhoda. Práce obsahuje 81 stran a 3 přílohy.</p> <p>V ošetrovatelské části se autorka věnuje ošetrovatelskému procesu a vychází z Modelu funkčního zdraví M. Gordonové. Stanovila si 5 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy k 2. dni hospitalizace. Cíl , plán péče, realizace hodnocení jsou dobře zvolené. Pouze cíl na str. 51 by mohl být přesněji formulovaný a u některých cílů chybí časové zpřesnění. Závěr tvoří kapitola psychologie nemocného, edukace a prognóza.</p> <p>Celkově je práce pěkně zpracována. Autorka umí dobře odhalit problémy nemocného a správně postupuje při jejich řešení. V dané problematice se velmi dobře orientuje. Dobře propojuje teoretické vědomosti s praktickou péčí o nemocného.</p> <p>V průběhu zpracování bakalářské práce pracovala paní Lenka Jíšová samostatně.</p> <p>Předložená bakalářská práce paní Lenky Jíšové splňuje nároky kladené na bakalářské práce na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.</p>			
Stylistická úroveň	1	2	3 4
Obsahová úroveň	1	2	3 4
Formální úroveň	1	2	3 4
Samostatnost při práci	1	2	3 4
Práce je k obhajobě	doporučena		nedoporučena

Slovní hodnocení práce : výborně

Otázky k obhajobě : Popište edukaci a průběh časné rehabilitace u nemocného.

Hodnocení obhajoby : *rybář*

Celkové hodnocení : *rybář*

8. 4. 2010

*Mgr. Jana Holubová*

Datum

podpis odborníka z praxe

podpis vedoucího práce

*priloha C.2*

## Posudek bakalářské práce

**Jméno a příjmení studenta :** Lenka Jišová  
**Název práce :** Ošetrovatelská péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou  
**Vedoucí práce :** Mgr. Jana Holubová  
**Odborný konzultant :** MUDr. Iveta Pojkarová  
**Obor zaměření práce :** Neurologie  
**Studijní obor :** Zdravotní vědy  
**Studijní program :** Ošetrovatelství  
**Forma studia :** Kombinovaná

### Hodnocení práce

<b>Cíl práce:</b>	splněn
Klinická část: Obsahuje základní anatomické a fyziologické poznámky týkající se etiologie vzniku a průběhu mozkových příhod obecně, poznámky týkající se otázek v předchorobí pacienta se zaměřením na rizikové faktory vedoucí k možnému vzniku CMP, komplikující faktory v průběhu CMP. Dále prezentován klinický přístup k pacientovi s akutní CMP, otázky týkající se klinického vyšetření, pomocných vyšetřovacích metod, jejich načasování a hodnocení. Dále prezentován klinický průběh u citovaného konkrétního nemocného s ohledem na jeho individuální osobnost, jeho vlastní přístup k akutnímu onemocnění a průběhu cévní mozkové příhody v čase přijetí na naše oddělení a dalšímu vývoji onemocnění. I v klinické části je kladen důraz na důležitost specifického a individuálního přístupu celého ošetrovatelského personálu k pacientovi trpícímu takto závažným akutním onemocněním.	
Stylistická úroveň	2
Formální úroveň	1
Samostatnost při práci	1
Práce je k obhajobě	doporučena

Slovní hodnocení práce : Standardní práce obsahující všechny potřebné komponenty v popisu konkrétního klinického případu pacienta s onemocněním akutní cévní mozkovou příhodou. Dobrá přehlednost práce, jednoduchá a přitom dostačující prezentace anamnestických dat, začátku a průběhu onemocnění a přidružených paraklinických vyšetření. Zdůrazněný osobní přístup k ošetrovatelskému postupu.

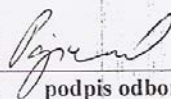
Otázky k obhajobě :1/ Léčba ischemického iktu-rTPA- trombolyza  
2/Léčba arteriální hypertense na začátku onemocnění CMP

Hodnocení obhajoby :

Celkové hodnocení : Práce na dobré úrovni, přehledná, splněná požadovaná formální úroveň.

31.3.2010

Datum



podpis odborníka z praxe

podpis vedoucího p

