



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou
nemocí**

Nursing Care of the Patient with Parkinson's Disease

Bakalářská práce

Hana Šalandová

Praha 2011

Autor práce:	Hana Šalandová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze
Odborný konzultant:	MUDr. Jana Letáková
Pracoviště odborného konzultanta:	Neurologická ambulance Praha 6
Datum a rok obhajoby:	červen 2011

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.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK, jsou totožné.

V Praze dne 30. dubna 2011

Hana Šalandová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Janě Letákové za odborné vedení, velmi cenné rady, připomínky a podněty při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Historie Parkinsonovy nemoci	8
1.2 Epidemiologie PN.....	8
1.3 Etiopatogeneze PN	9
1.4 Anatomicko - fyziologický úvod.....	9
1.4.1 Anatomie bazálních ganglií.....	9
1.4.2 Funkce bazálních ganglií.....	11
1.4.3 Thalamus.....	11
1.4.4 Subthalamus.....	11
1.4.5 Synaptické spoje.....	11
1.4.6 Dopamin	12
1.5 Patofyziologie onemocnění	12
1.6 Stadia nemoci.....	13
1.7 Příznaky PN.....	14
1.7.1 Hypokineze, bradykineze, akineze	14
1.7.2 Svalová ztuhlost	14
1.7.3 Klidový třes.....	14
1.7.4 Postulární poruchy	15
1.7.5 Vegetativní poruchy.....	16
1.7.6 Psychické změny	16
1.7.7 Projevy a komplikace pozdního stádia nemoci	17
1.8 Diagnostické metody	18
1.8.1 L-DOPA test.....	18
1.8.2 Apomorfínový test.....	18
1.8.3 CT mozku	19
1.8.4 MRI mozku	19
1.8.5 SPECT DaTSCAN	20
1.9 Terapie	20
1.9.1 Farmakoterapie	20
1.9.2 Rehabilitace	26
1.9.3 Režimová opatření.....	26
1.9.4 Neurochirurgická léčba	26
2. KLINICKÁ ČÁST	29
2.1 Základní údaje o pacientovi	29
2.2 Anamnéza	29
2.3 Průběh onemocnění.....	30
2.4 Nynější onemocnění	32
2.5 Prognóza onemocnění.....	33
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	35
3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	35

3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza	35
3.1.2 Ošetrovatelská diagnóza.....	35
3.1.3 Ošetrovatelský plán	35
3.2 Charakteristika ošetrovatelského modelu Marjory Gordon	36
3.2.1 Model funkčních vzorců zdraví.....	37
3.3 Ošetrovatelská anamnéza	38
3.3.1 Vnímání zdraví – udržování zdraví.....	38
3.3.2 Výživa – metabolismus	38
3.3.3 Vylučování	39
3.3.4 Aktivita – cvičení	39
3.3.5 Spánek – odpočinek	39
3.3.6 Vnímání, citlivost a poznávání.....	40
3.3.7 Sebepojetí a sebeúcta	40
3.3.8 Role – vztahy.....	40
3.3.9 Reprodukce – sexualita	40
3.3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance.....	40
3.3.11 Víra – životní hodnoty.....	40
3.4 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	41
3.4.1 Nedodržování léčebného režimu	41
3.4.2 Riziko deficitu tělesných tekutin.....	42
3.4.3 Riziko pádu z důvodů závratí, hypokineze	43
3.4.4 Porucha spánku v důsledku narušení denního režimu	44
3.4.5 Porucha vyprazdňování - zácpa.....	45
3.4.6 Zhoršení jemné motoriky, obtíže se psaním.....	45
3.4.7 Narušení verbální komunikace	46
3.5 Dlouhodobý plán	47
3.5.1 Lázeňská léčba	47
3.5.2 Rekondiční pobyty	48
3.5.3 Společnost Parkinson	48
3.5.4 Kompenzační pomůcky	49
3.5.5 Komunikace s rodinou	49
3.6 Psychologické zhodnocení pacienta.....	49
3.7 Sociální problematika pacienta.....	50
3.8 Prognóza	51
3.9 Edukace.....	51
3.9.1 Zásady pro pečující o nemocné s PN	51
3.9.2 Režimová opatření.....	51
3.10 Závěr	54
Seznam použité literatury.....	56
Seznam zkratk	58
Seznam obrázků	59
Seznam příloh.....	60
Přílohy	

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí v péči neurologické ambulance. Práce je rozdělena na tři části, teoretickou, klinickou a ošetrovatelskou.

V úvodu teoretické části popisují historii, epidemiologii a etiopatogenezi onemocnění, následně se zabývám anatomii a fyziologií příslušné oblasti nervového systému. Dále uvádím patofyziologii onemocnění, stadia nemoci a klinické příznaky onemocnění. Následuje část s charakteristikou vyšetřovacích metod a možnosti farmakologické i nefarmakologické léčby.

V klinické části uvádím základní informace o pacientovi, průběhu nemoci, výsledky vyšetření a farmakoterapii. Klinickou část uzavírám prognózou onemocnění.

V ošetrovatelské části se zabývám stručnou charakteristikou ošetrovatelského procesu a charakteristikou ošetrovatelského modelu Marjory Gorgon, který jsem zvolila pro vypracování ošetrovatelské anamnézy. Stanovuji aktuální ošetrovatelské diagnózy, které vystihují potíže pacienta. Dále uvádím střednědobý ošetrovatelský plán, který hodnotím po jednom měsíci při kontrolní návštěvě pacienta v ordinaci. Tento plán doplňuji dlouhodobým ošetrovatelským plánem, který je zaměřen převážně edukačně. Při jeho sestavení vycházím z prognózy onemocnění.

V závěru práce uvádím užitečné rady pro nemocné a hlavně jejich rodinné příslušníky a pečovatele.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Parkinsonova nemoc (PN) je chronické degenerativní, pomalu se rozvíjející onemocnění s charakteristickou poruchou hybnosti, které nelze vyléčit, lze však léčit. Průběh nemoci a míra obtíží je závislá jak na léčbě, tak na psychickém stavu pacienta.

1.1 Historie Parkinsonovy nemoci

Nemoc jako první popsal londýnský lékař James Parkinson. V roce 1817 vydal knihu *An Essay on the Shaking Palsy* (O třaslavé obrně), ve které popsal příznaky choroby u šesti pacientů s tímto onemocněním. Následně byla nemoc pojmenována po svém objeviteli. V 19. století byly učiněny první pokusy nemoc léčit a to rostlinnými přípravky, jako je např. belladona. Léčba však byla téměř bez efektu.

V roce 1946 byl poprvé vyroben lék s anticholinergním účinkem, který účinně potlačoval třes, měl však mnohé nežádoucí účinky. K posunu poznání došlo až díky objevu slavného biochemika a farmakologa Carlssona, který zjistil souvislost mezi Parkinsonovou nemocí a nedostatkem dopaminu, který se tvoří v bazálních gangliích.(1958). Díky tomuto objevu se v roce 1961 zahájily pokusy o léčebné využití L-DOPY, které přinesly obrovské nadšení. Avšak během krátké doby se ukázalo, jak četné komplikace a vedlejší účinky má léčba L-DOPOU.

V 70. letech byly objeveny látky (benserazid, karbidopa), které blokují přeměnu L-DOPY na dopamin v tkáních mimo mozek. Jejich užití výrazně snížilo nežádoucí účinky léčby L-DOPOU. Kombinace těchto látek s L-DOPOU se široce používá dodnes (4, s. 12-14).

1.2 Epidemiologie PN

PN je jedním z nejčastějších neurodegenerativních onemocnění dospělého věku. V Evropě se nemoc vyskytuje v poměru jeden nemocný na tisíc obyvatel, v populaci nad 60 let je již postiženo více než 1% osob. Jedná se tedy o poměrně častou nemoc, mírně převažuje výskyt v mužské populaci.

Nemoc obvykle začíná ve středním věku, průměrně okolo 60 let, 10% pacientů s PN onemocní před 40. rokem věku, 10% pacientů onemocní po 75. roce. V úvodu onemocnění probíhá většinou bez diagnostiky, plíživě, někdy po řadu roků.

Dle některých epidemiologických studií se zdá vyšší výskyt u lidí pijících studniční vodu a žijících v rurálním prostředí, naopak jako protektivní faktor se jeví kouření cigaret a pití kávy. (Dle některých studií o 60% menší riziko onemocnění PN u kuřáků a o 30% menší u lidí pijících kávu.) (3, s. 583)

Někteří badatelé na základě studií uvádějí skutečnost, že existují určité typy osobností, u kterých lze pozorovat vyšší výskyt této nemoci. Jsou to osoby s povahovými rysy jako je uzavřenost, systematickosti, pedantičnost, horší přízpusobivost a sklon k depresím (19, s. 15-16).

1.3 Etiopatogeneze nemoci

Příčiny degenerace dopaminergních neuronů jsou neznámé, i když koncem 20. století vznikla hypotéza, která poukazuje na příčinnou souvislost mezi chemickými látkami (MPTP), které se nacházejí v pesticidech, herbicidech, inseksidech atd. a vznikem Parkinsonovy choroby. Jiná hypotéza se opírá o zjištění, že v mozku lidí, kteří onemocněli Parkinsonovou chorobou, se vytvářejí v nadbytečném množství látky typu volných radikálů kyslíku, které poškozují nervové buňky. Nemoc zřejmě vzniká na podkladě určitých chemických změn v mozku a k jejich spuštění může dojít vlivem zevního prostředí, získanou poruchou či změněnou dědičnou informací.

Ve většině případů této choroby jde o sporadický výskyt, dědičná zátěž je cca 3% a to na podkladě genové mutace. Na dědičnou zátěž je třeba pamatovat, pokud se nemoc objeví v nižším věku či v případě opakovaného výskytu v rodinné anamnéze (19, s. 21-23).

1.4 Anatomicko – fyziologický úvod

1.4.1 Anatomie bazálních ganglií

Bazální ganglia (BG) jsou shluky šedé hmoty, které jsou uloženy v hloubce telencephala. Anatomicky je tvoří:

Corpus striatum (striatum)

Striatum je nejobjemnější částí bazálních ganglií. Dělí se na *nucleus caudatus* a *putamen*. Neurony ve striatu lze rozdělit na *interneurony*, které se dále dělí na malé (mediátorem je GABA) a velké (mediátorem je Ach) a na *buňky projekční*. Projekční buňky představují 90% buněk striata, jejich axony jsou bohatě rozvětveny a jsou zdrojem dlouhých spojů. Jejich hlavním mediátorem je GABA. Hlavními receptory ve striatu jsou dopaminergní receptory D1, D2 a D3 (16, s. 292-295).

Globus pallidus (pallidum)

Pallidum je uloženo mezi vlákny capsula interna a mediální stranou putamen. Má světlejší barvu než ostatní BG. Pallidum se dělí na *pallidum laterale* a *pallidum mediale*. *Pallidum a putamen* dohromady tvoří *nucleus lentiformis*. K BG se řadí *nucleus basalis Meynerti*, který vytváří ventrální obvod pallida. Je tvořen buňkami tmavší barvy (16, s. 296).

Corpus amygdaloideum (amygdala)

Amygdala má mandlovitý tvar, leží v hloubce temporálního laloku. Je tvořena řadou dobře ohraničených jader. Anatomicky náleží k bazálním gangliím, funkčně k limbickému systému. (Limbický systém určuje chování, vyjadřuje jím emoce a další vnitřní stavy organismu.) Amygdala je centrem podkorových okruhů limbického systému (16, s. 302-304).

Claustrum

Claustrum je úzká ploténka šedé barvy, leží mezi putamen a kůrou insuly. Je propojeno s mozkovou kůrou, jeho funkční význam není zcela znám (16, s. 305).

V současné době se k bazálním gangliím ještě přiřazují:

Striatum ventrale

Pallidum ventrale (dorzální část pallida)

Navazují na limbický systém (16, s. 292).

Na základě funkce k bazálním gangliím dále patří:

Nucleus subthalamicus

Nucleus subthalamicus má tvar bikonkávní čočky, je uložen v subthalamu (16,s.233).

***Substantia nigra* (SN)**

Substantia nigra se nachází v mesencephalon. Má tvar pásku černošedé barvy a dělí se na dvě části: *pars compacta* a *pars reticularis*.

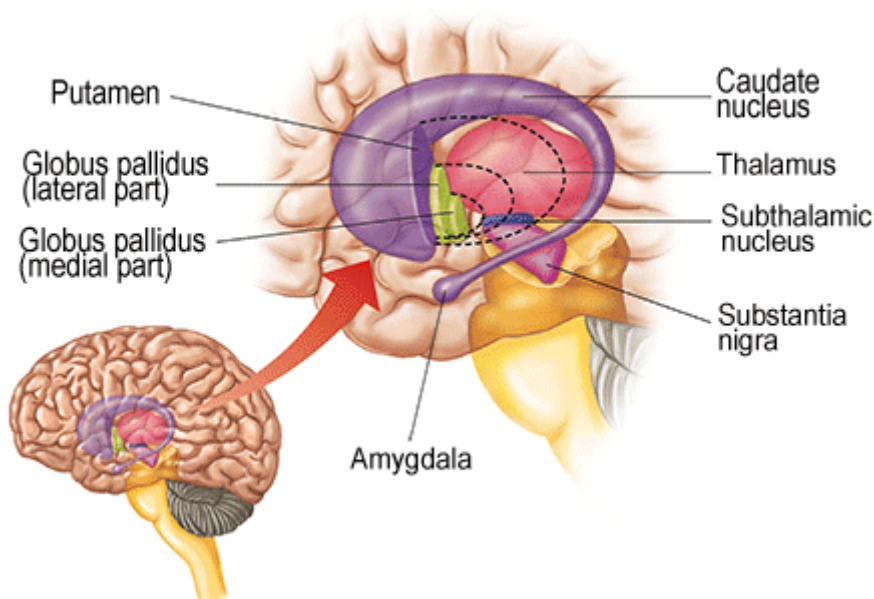
Pars compacta je tmavší část SN, obsahuje hustě uspořádané buňky, které produkují dopamin (dopaminergní buňky). Odtud je nervovými výběžky dopamin transportován do striata.

Pars reticularis je světlejší část SN, obsahuje řidce rozložené buňky, převádí vliv striata na motoriku mozkového kmene.

Area ventralis tegmenti Tsai je oblast v retikulární formaci, mediálně od *pars compacta*, která rovněž obsahuje dopaminergní buňky (16, s. 180).

Obr.1 Bazální ganglia

The Human Basal Ganglia



Zdroj: <http://drugster.info/ail/pathography/1393/>

1.4.2 Funkce bazálních ganglií

BG u člověka slouží ke koordinaci pohybové aktivity s aktivitou volní, mají vliv na korové a podkorové motorické funkce. Modulují signály, které do BG přicházejí z mozkové kůry, převádějí plánované pohyby (volní pohyby) do pohybových programů, které prostřednictvím impulzů stanovují pohybové parametry jako jsou síla, směr a amplituda pohybu. BG se podílejí na mechanismech hybnosti zejména vrozených pohybových vzorců a automatických a naučených pohybových stereotypů. Výslednou kombinací těchto mechanismů hybnosti jsou základní pohybové aktivity jako je chůze, držení těla, gestikulace, výraz obličeje apod. Prostřednictvím BG se také vytvářejí a řídí složité stereotypy vysoce specializovaných činností jako je hra na hudební nástroje, sporty apod.

Bazální ganglia se účastní jak řízení hybnosti, tak regulací kognitivních a afektivních funkcí, osobnosti a chování. Některé hypotézy předpokládají, že na úrovni BG jsou založeny také vrozené osobnostní rysy jedince (16, s. 306).

1.4.3 Thalamus

Thalamus se nachází na dorzální části mezimozku, představuje soubor převodních stanic aferentních drah. Obsahuje:

- *nespecifická jádra* – projikují do širokých oblastí kůry a do bazálních ganglií, převádějí informace z retikulární formace
- *specifická jádra sensorická* - jsou zapojena do sensorických drah, projikují do nevelkých korových oblastí
- *mozková jádra thalamu* – jsou zapojeny v motorických systémech bazálních ganglií, projikují do korových oblastí
- *nuclei mediales a nuclei anteriores* – jsou součástí limbických okruhů (16, s. 223-232)

1.4.4 Subthalamus

Subthalamus se nachází se v mezimozku, je uložen mezi thalamem a hypothalamem. Je to úzký pás šedé hmoty, který tvoří dvě jádra: zona incerta a nucleus subthalamicus.

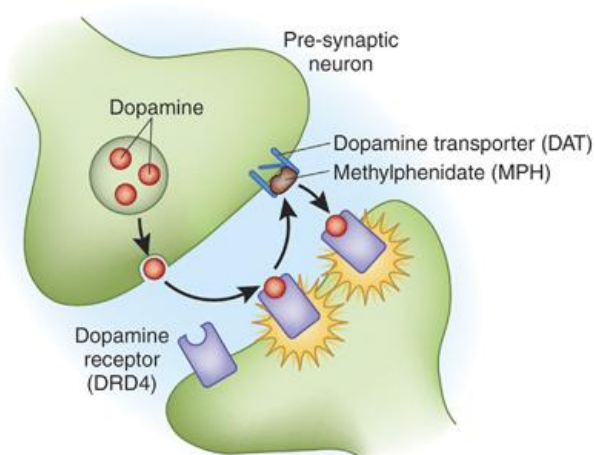
- *Zona incerta* je pravděpodobně zapojena jako retikulární formace.
- *Nucleus subthalamicus* patří k bazálním gangliím a je zapojen do extrapyramidových motorických drah (16, s. 232-233).

1.4.5 Synaptické spoje

Jednotlivé buňky nervového systému mezi sebou komunikují prostřednictvím synaptických spojů, synapsí. V synaptických spojkách jsou neurony odděleny tzv. synaptickou štěrbinou, která je z jedné strany lemována presynaptickou membránou přívodného neuronu a z druhé strany postsynaptickou membránou druhého neuronu. Přenos impulzu se uskutečňuje působením mediátorů (neurotransmiterů), které se do synaptické štěrbině uvolní z vezikul presynaptické membrány.

Uvolněný mediátor se dostane k postsynaptické membráně, kde je vychytáván receptorem (bílkovinná struktura). Spojením mediátoru s receptorem dojde k přenosu vzruchu z jedné nervové buňky na druhou nervovou buňku (16, s.4 9-51).

Obr. 2 Synapse



Zdroj: www.nature.com/.../n1/images/npp2009120f2.jpg

1.4.6 Dopamin

Dopamin je aromatická aminokyselina ze skupiny katecholaminů, která vzniká z tyrosinu. Tvoří se v dopaminergních neuronech pars compacta převážně v substantia nigra a odtud je transportován axony do striata (dopaminergní dráhou), kde difúzně končí. V syntéze dopaminu má nezastupitelný význam enzym tyrozinhydroxyláza. Při každém dopaminergním impulzu je uvolněn dopamin, který působí modulačně na glutaminergní kortikostriátový přenos v různých funkčních okruzích. Je hlavním mediátorem bazálních ganglií (17, s. 289-290).

1.5 Patofyziologie onemocnění

Podkladem pro vznik Parkinsonovy nemoci je prohlubující se deficit neurotransmiteru - dopaminu v nigrostriálním systému ve středním mozku. Dopamin se tvoří v substantia nigra v neuronech pars compacta, odtud je axony těchto buněk transportován do striata, ze striata je uvolňován do synapsí (nervových spojů). K deficitu dopaminu dochází z důvodu odumírání buněk pars compacta. Protože se dopamin tvoří v nedostatečném množství, dochází také k úbytku dopaminergních synapsí ve striatu. Striatum nemůže dobře pracovat a proto dochází k poruše regulace hybnosti a k typickým projevům Parkinsonovy nemoci (4, s. 25-27).

V mozku pacienta s PN dochází také ke změnám v množství jiných neurotransmiterů, jako je acetylcholin, serotonin, glutamát, kyselina gama-

amino-máselná atd. Tato skutečnost má za následek nerovnováhu mezi jednotlivými neurotransmitery, v jejímž důsledku se objevuje řada dalších potíží, projevujících se hlavně v pozdějších stádiích onemocnění (19, s. 18). Aby se tato nemoc projevila klinickými příznaky, musí poklesnout množství dopaminu ve striatu o 50%, někdy až o 70%. Odhaduje se, že období mezi snížením hladiny dopaminu a nástupem prvních potíží pacienta se pohybuje mezi 5-7 lety (3, s. 588). Substantia nigra a striatum jsou součástí bazálních ganglií (4, s. 25-28).

V posledním desetiletí byla na základě výzkumných poznatků zformulována nová teorie týkající se degenerativních změn v mozku u nemocných s PN. Podle této teorie degenerace postupně zasahuje predilekční oblasti mozku v šesti stádiích ve vzestupném pořadí od prodloužené míchy až po neokortex. Klinické příznaky se objevují až ve 3. stadiu, kdy je postiženo substantia nigra, v posledním stádiu dochází k postižení primární a asociační oblasti neokortexu (3, s. 586-587).

1.6 Stádia nemoci

Počáteční stádium nemoci

Vývoj PN je značně individuální a je závislý na celé řadě faktorů, z nichž je jen část známa. První příznaky bývají necharakteristické a tudíž často nevedou lékaře ke stanovení diagnózy a mnohdy ani pacienta k návštěvě lékaře. Mnozí pacienti si zpětně vybavují nespecifické potíže přítomné po řadu měsíců, někdy i roků. Mohou být přítomny poruchy čichu, změny nálady, poruchy spánku, pocity tíže nohou, bolesti ramen a zad (tzv. zmrzlé rameno), ztráta výkonnosti, zácpa, monotónnost hlasu, zhoršení písma, náznak sehnutého držení trupu, deprese.

Později se objevují typické příznaky PN jako zpomalenost, třes ruky nebo nohy v klidové poloze, pohybová chudost, svalová ztuhlost, projevující se zpočátku na jedné končetině nebo na jedné polovině těla. V tomto období obvykle dochází k diagnostice onemocnění (19, s. 35-36).

Období rozvinuté nemoci

Příznaky onemocnění se objevují i na druhé polovině těla, nemoc pacienta omezuje, snižuje se jeho výkonnost. Pacienti mají nasazeny léky, obvykle léky ze skupiny agonistů dopaminu nebo léky s L-DOPOU. Postupně bývá nutné zvyšovat dávky léků, aby se udržel jejich účinek na hybnost. Po několika letech se odpověď na léčbu mění a objevují tzv. pozdní komplikace (přechodné výpadky hybnosti a dyskineze) (19, s. 36).

Pozdní stádium nemoci

Postup, progrese nemoci je značně individuální. Dochází k dalšímu zhoršení základních příznaků a k rozvoji jiných projevů onemocnění, na kterých se podílí jak samotná nemoc, tak i léky. K rozvoji nejtěžších projevů nemusí dojít u všech nemocných s PN. Mezi tyto příznaky patří motorické

fluktuace (kolísání stavu hybnosti), dyskineze, psychotické projevy až delirium, demence, autonomní dysregulace, halucinace typicky zrakové. (2, s. 593)

1.7 Příznaky Parkinsonovy nemoci

Hlavní příznakový soubor PN (parkinsonský, hypokineticko-rigidní, hypokineticko-hypertonický) je tvořen trias hypokineze, rigidita, klidový třes a k nim se přidávají posturální poruchy.

1.7.1 Hypokineze, bradykineze, akineze

Zpočátku onemocnění pacienta zpravidla nejvíc omezuje *hypokineze*. Projevuje se omezením rozsahu pohybu, na končetinách bývá zpočátku obvykle asymetrická, později přechází i na druhou stranu. Hypokineze progreduje a postupně pacient vyžaduje větší pomoc.

Bradykineze se projevuje zpomalením účelových pohybů, zpomalením chůze. Veškerý pohyb je zpomalený, pacient má problémy s oblékáním, obouváním, s čištěním zubů, se stravováním.

Akineze je snížení schopnosti začít zamýšlený pohyb, pacient zůstává stát na místě jako by byl přikován. Po nějaké chvíli se dá do pohybu, nejdříve cupitá na místě, potom se rozejde typickou nejistou chůzí o drobných krůčcích. Během noci se stává, že se není schopen přetočit se na lůžku a budí partnera, aby mu pomohl.

Objevuje se *bradypsychismus* - zpomalené myšlení.

Hypomimie znamená chudost mimiky, pacient má otupělý maskovitý výraz ve tváři, z jeho tváře nelze vyčíst žádné pocity. Jeho řeč je monotónní, nemelodická, zpomalená a ztišená (2, s. 590).

Porucha písma (mikrografie) - typické je zmenšování písma na konci řádků, u některých pacientů dochází k zmenšení písma v celkovém písemném projevu (19, s. 28).

Projevy hypokineze jsou nezávislé na míře rigidity.

1.7.2 Svalová ztuhlost, rigidita

Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením svalového tonu, který je potřeba k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybu. Pacienti tento odpor často přirovnávají k pohybům v hluboké vodě (4, s. 27). V průběhu pasivního pohybu dochází zpravidla k zárazům (fenomén ozubeného kola). Rigidita začíná obvykle stejně asymetricky jako třes. Pro rigiditu je charakteristické, že ustupuje ve spánku (3, s. 590).

1.7.3 Klidový třes (tremor)

Klidový třes patří mezi charakteristický příznak PN, ale 20-30% pacientů má nevýrazný nebo žádný třes. Frekvence třesu je pomalá 4-6 Hz. Obvykle začíná na prstech horní končetiny, výrazněji na jedné straně (pohyb se

přirovnává k počítání peněz), s postupem onemocnění se šíří na stejnostrannou dolní končetinu, poté může přejít na druhou stranu těla.

Třes brady, třes hlavy, rtů a jazyka je přítomen jen vzácně. Třes je převážně klidového charakteru. Objevuje se většinou, když jsou ruce v nečinnosti, třes ruky se akcentuje při chůzi. Zvýrazňuje se v souvislosti s rozrušením, únavou, mentálním úsilím, ve spánku mizí (19, s. 25-27).

1.7.4 Posturální poruchy (poruchy stoje a chůze)

Charakteristické je sehnuté držení trupu a šíje a pokrčení končetin. V pokročilejších fázích nemoci je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami. Typické je zkrácení kroku, přešlapování na místě, neschopnost rozejít se před průchodem zúženým místem (průchod dveřmi), před překážkou. Objevuje se instabilita, pacienti popisují, že mají při stoje a chůzi pocit tahu dopředu a dozadu, který je silný a tudíž mohou snadno ztratit rovnováhu. Tento příznak se nazývá *pulze*. Hrozí pády.

Objevuje se *akinetický freezing*, což je situace náhlé pohybové blokády, kdy pacient uprostřed pohybu zůstane stát a nemůže vykonat pohyb ani vpřed ani vzad (19, s. 25-27).

Obr. 3 Charakteristické držení těla nemocného s PN



Zdroj: www.vitalia.cz/.../nemoci/parkinsonova-choroba/

1.7.5 Vegetativní poruchy

Poruchy vegetativního nervstva jsou poměrně časté, jejich výskyt stoupá s progresí onemocnění.

Zácpa

Na sklonu k zácpě se podílí jak samotné onemocnění PN, neboť dochází ke zpomalení činnosti trávicího traktu, tak i nedostatek tekutin. Pacienti s PN obvykle přijímají nedostatečné množství tekutin. Jedním z důvodů nedostatečného příjmu tekutin je snaha o méně častou návštěvu toalety z důvodu obtížného odstrojování oděvů.

Kolísání krevního tlaku

Pacienti mají sklon k náhlému poklesu krevního tlaku, který může vést k pádům a poruše vědomí. Nejčastěji k poklesu krevního tlaku dochází v souvislosti se změnou polohy pacienta, např. při posazení z lehu nebo při postavení ze sedu. Na kolísání krevního tlaku mají vliv i léky, které pacient s PN užívá.

Nadměrná tvorba mazu, potu a slin

Tyto potíže jsou důsledkem poruchy nervů, které zásobují mazové, potní a slinné žlázy.

Obtížné polykání

Pacienti pociťují ztížené polykání, často dochází k výtoku slin z úst během řeči, ve spánku.

Edémy očních víček a kotníků

K edémům dochází častěji na postižené straně, kde se současně objevuje výraznější třes a rigidita (19, s. 67-72).

1.7.6 Psychické změny

Deprese

Deprese je nejčastější psychiatrickou komplikací Parkinsonovy choroby, v průběhu onemocnění ji prodělá 50% pacientů. Je jednou z hlavních příčin snížení kvality života. Projevuje se nepřiměřeným (bez příčiny) smutkem, zoufalstvím, pocity beznaděje, úzkostí, pocity viny a může vést až k sebevražedným pokusům či k dokonané sebevraždě. Deprese má u pacientů s PN fyziologický podklad, neboť v mozku dochází k úbytku dopaminu i ke změnám v množství jiných mediátorů. Jejich nepoměr může depresi vyvolat. Dá se dobře léčit moderními antidepresivy, která působí různými mechanismy na vyrovnání množství mediátorů v mozku. Antidepresiva začnou působit až za 1-2 týdny po nasazení medikace a pacientům se velmi uleví (19, s. 65-68).

Úbytek intelektových funkcí

Komplikace ve smyslu změny intelektu postihují pouze některé nemocné a obvykle až v pozdních stádiích onemocnění. Projevují se neschopností

pracovat, pečovat o sebe, poruchou paměti, poruchou orientace v prostoru a v některých případech i stavy zmatenosti a demencí (4, s. 9).

Psychické poruchy

Pacienti uvádějí poruchy spánku, změny nálad, celkovou slabost a unavitelnost.

1.7.7 Projevy a komplikace pozdního stádia nemoci

S progresí onemocnění dochází k horšení základních příznaků a k rozvoji tzv. motorických fluktuací a polékových dyskinezií a psychickým komplikacím.

Fluktuace wearing-off

Po několika letech užívání L-DOPY dochází ke zkrácování účinku na 3 hodiny i méně. Před nástupem účinku další dávky dochází k akinezi, zhoršení všech hybných projevů (neschopnost pohybu, ztuhnutí, třes). Zhoršení hybnosti bývá doprovázeno vegetativními projevy (palpitace, úzkost, pocení, bolest, parestézie).

Fluktuace on-off

Jde o nejzávažnější typ motorické fluktuace, k těžké akinezi, ztuhlosti dochází náhle ze stavu dobré hybnosti a v době, kdy by lék měl být účinný.

Dyskineze

Dyskineze jsou abnormální pohyby, vznikají u 50% pacientů do 5 let po zahájení léčby L-DOPOU a u 90% pacientů po 15 letech léčby.

Monofázické dyskineze

Objevují se v době vrcholu plazmatické hladiny L-DOPA, tedy v době dobrého motorického účinku. Mají choreatický nebo choreo-dystonický ráz. Postihují končetiny, obličej, někdy i trup, pacienti si je někdy ani neuvědomují.

Bifázické dyskineze

Objevují se na začátku a na konci motorického účinku L-DOPY, postihují pletencové části končetin, vadí při stožení a chůzi a bývají příčinou pádů. Mohou být bolestivé a mohou být provázeny vegetativními reakcemi.

Off- dystonie

Objevuje se ráno, projevuje se bolestivou, kroutivou křečí prstů a celé nohy. Ustupuje po první dávce léků

Psychotické projevy, delirium

Psychotické projevy se obvykle projevují v souvislosti se změnou antiparkinsonik u pacientů s kognitivním deficitem či demencí, hlavně u starších pacientů. Projevují se hlavně *poruchou spánku*, hlavně *obsahem snů* (děsivé, barevné sny, noční můry), následují *zrakové halucinace*.

Nutkavé repetitivní chování

Objevuje se vzácně, projevuje se jako patologické hráčství, hypersexualita apod.

Nespavost, poruchy spánku

Může být v souvislosti s obavami ze zhoršené noční hybnosti, nykturie apod.

Náhlé usínání, nadměrná denní spavost

Náhlé usínání se objevuje v souvislosti s dopaminergní medikací.

Akinetická krize

je akutní hypodopaminergní stav, ke kterému zpravidla dojde při náhlém vysazení léků, nebo při snížení léčby či po podání nevhodného léku, který blokuje dopaminové receptory. Někdy může vzniknout při masivní infekci (obvykle dýchacích či močových cest).

Stav bezprostředně ohrožuje život nemocného. Dochází k rozvoji těžké akineze, rigidity, dystonie, dochází k poruše polykání. Stav bývá doprovázen úzkostí a depresí. Rozvíjí se maligní neuroleptický syndrom doprovázený hypertermií, tachykardií, poruchami vědomí až deliriem (3, s. 591-593).

1.8 Diagnostické metody

1.8.1 L-DOPA test

Test, kterým se zjišťuje odpověď organismu na dopaminergní podmět. Provádí se u pacientů s podezřením na Parkinsonovu nemoc, pokud klinický obraz není typický. Test se provádí nalačno.

Pacienti, kteří ještě neužívali L-DOPU:

2 dny před vyšetřením se podává Motilium v dávce 3x denně 2 tablety.

(Motilium sníží vedlejší účinky L-DOPY, které se mohou objevit především u pacientů, kteří před vyšetřením L-DOPU neužívali. K těmto vedlejším účinkům patří zejména nevolnost a zvracení).

Pacienti léčení L-DOPOU :

L-DOPU vysadit 12 hodin před provedením testu. Po vysazení by se u pacienta mělo dojít k zřetelnému zhoršení hybnosti a ostatních obtíží. V tomto stavu lékař pacienta podrobně vyšetří, především jeho hybný stav. Následuje podání tablety L-DOPY (Isicom, Nakom 275mg, Madopar 250mg, Sinemet 250mg), případně léku v rozpuštěné formě (Isicom). Pacient je podrobně vyšetřen po 30 minutách, pokud trpí Parkinsonovou chorobou, měl by se jeho hybný stav zlepšit. Opakovaně je vyšetřen ještě cca hodinu po podání léku, protože u některých pacientů se může zlepšení hybnosti dostavit později. Test je vyhodnocen jako pozitivní při zlepšení hybnosti o 25-30 % (19, s. 144).

1.8.2 Apomorfinový test.

Apomorfin je rychle působící agonista dopaminu, který se podává subkutánně. Princip vyšetření je podobný jako u L-DOPA testu, hodnotí se dopaminergní odpověď, tzn. účinek na hybnost pacienta a ostatní potíže. Účinek se hodnotí za 5 až 20 minut po podání látky. Apomorfin způsobuje nepříjemné nežádoucí účinky (žaludeční nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, hypotenze, závratě), pro eliminaci těchto účinků se pacientovi před vyšetřením podává Motilium tbl.

Příprava: 3–7 dní před provedením testu se podává 3x denně 1 tbl Motilia.

Apomorfin není v současné době v České republice k dispozici (3, s. 594).

Uvedené dva testy nejsou vhodné u pacientů s psychotickým onemocněním léčených neuroleptiky. Akutní test bývá relativně často negativní, což neznamená, že o Parkinsonovu nemoc nejde. Výsledky testů mohou být zkresleny parciální blokadou dopaminových receptorů ve striatu neuroleptikem a podání apomorfinu může přechodně zhoršit psychotické příznaky (3).

1.8.3 Výpočetní tomografie - CT mozku

Jde o vyšetření mozku na principu rentgenového záření, které umožní zobrazení struktury mozku a případných abnormalit mozku. Pacient je uložen na pojízdné lůžko, které zajíždí do tunelu, v němž je umístěna rentgenová lampa a snímače rentgenového záření. Výsledky snímání jsou počítačově zpracovány a výsledkem jsou fotografické snímky vyšetřovaného orgánu. Dávka Rtg záření je relativně malá. Často se vyšetření kombinuje s podáním kontrastní látky, kdy lze jednotlivé struktury přesněji vyhodnotit. Při podání kontrastní látky je potřeba antialergická příprava.

Antialergická příprava: Pacient 4-6 hodin před vyšetřením lační (nejí, nepije, nekouří). Večer před vyšetřením si vezme 1 tbl. Dithiadenu, per os, ráno v den vyšetření si vezme také 1 tbl. Dithiadenu per os. Pokud pacient tuto přípravu nemá, lze aplikovat 1amp. Dithiadenu i.m. před vyšetřením či jiné antialergikum dle ordinace lékaře. Před aplikací kontrastní látky lze podat 100 mg Hydrokortizonu i.v. Kontrastní látka se aplikuje intravenózně do periferní žíly v celkovém množství 60 až 120 ml, scanování se obvykle zahajuje cca 60s od aplikace kontrastní látky (20).

1.8.4 Magnetická rezonance – MRI mozku

Jde o vyšetření na principu magnetického pole, pomocí kterého lze prokázat případné anatomické odchylky ve vyšetřovaném orgánu. Vyšetření se provádí podobně jako CT, pacient je uložen na pojízdné lůžko, které zajíždí do tunelu, který je však hlubší než u CT. Pacient si umístí protihlukové zátky do vnější části zvukovodu a během vyšetření musí ležet v klidu. Mnozí pacienti mohou zažívat nepříjemné pocity stísněnosti, klaustrofobie je relativní kontraindikací tohoto vyšetření. Na základě indikace lékaře lze pacienta premedikovat. U těžkých klaustrofobií je v některých případech nutná přítomnost anesteziologa a uvedení pacienta do celkové anestezie. Existují i otevřené přístroje MRI užívané zejména při vyšetřování dětí.

Vzhledem k tomu, že MRI pracuje na principu magnetického pole, nesmí být v dosahu přístroje žádné kovové předměty. Pacient musí odložit vše v čem je kov (hodinky, náušnice, spony do vlasů, přívěsky, prsteny, klíče, mobilní telefon). Vyšetření nesmí podstoupit pacient, který má v těle feromagnetický materiál s fúzí (např. kloubní náhrady, kardiostimulátor). Stejně jako u CT je v tunelu umístěn zdroj i snímač a výsledné zobrazení vyšetřovaného orgánu je zpracováno prostřednictvím počítačových programů.

Také u MRI lze použít kontrastní látku pro lepší zobrazení tkání. Používají se speciální kontrastní látky charakteru chelátu gadolinia, které se aplikují intravenózně. V tomto případě se nejedná o jodové substance a výskyt

alergických komplikací bývá velmi vzácný. Podání této kontrastní látky nevyžaduje zvláštní protialergickou přípravu. Výhodou MRI je nulová radiační zátěž, nevýhodou vysoká cena vyšetření a delší čas vyšetření (21).

Vyšetření CT a magnetické rezonance se provádí z důvodu vyloučení strukturálních změn mozku, které mohou způsobovat příznaky totožné či podobné jako u Parkinsonovy nemoci a tudíž vést k nesprávné diagnostice.

1.8.5 SPECT DaTSCAN

Patří mezi moderní zobrazovací metody mozku, které mohou napomoci v diferencially diagnostické rozvaze, zda daný klinický stav je lékově navozeným parkinsonismem, nebo idiopatickou Parkinsonovou chorobou.

SPECT DaTSCAN je nukleárně medicínské vyšetření jednofotonovou emisní tomografií po podání radioaktivní látky, která se váže na dopaminové přenašeče. Vyšetřením se prokáže presynaptický dopaminergní deficit ve striatu. Používá se radiofarmakum DaTSCAN (chemicky jde o Ioflupan). DaTSCAN se používá bez ředění, aplikuje se intravenózně v množství 2-3 ml, v rozmezí 15-20 sekund s ohledem na minimalizaci bolesti v místě vpichu. Samotné vyšetření následuje za 3-6 hodin po aplikaci radiofarmaka. Vzhledem k tomu, že se radiofarmakum váže na dopaminové přenašeče, je nutné vyloučit u pacienta léčivé látky vázající se také na dopaminové přenašeče. Patří mezi ně amfetamin, benztropin, kokain, mezindol, methylphenidat, phentermin, bupropion, sertralin. Antagonisté dopaminu se nevysazují, předpokládá se, že výsledek vyšetření neovlivňují.

Příprava pacienta: Chlorigen 400mg tbl. večer před vyšetřením a ráno po vyšetření.

Příprava spočívá v zablokování štítné žlázy z důvodu minimalizace vychytávání radioaktivního jódu v ní (23).

1.9 Terapie PN

Léčebná péče o pacienta s PN zahrnuje:

- farmakoterapii;
- rehabilitaci a pohybovou aktivitu;
- režimová opatření;
- neurochirurgickou léčbu (některých pacientů s PN) (19, s. 43-45).

1.9.1 Farmakoterapie PN

Léčba Parkinsonovy choroby spočívá v podávání léků, které působí symptomaticky, neboť kauzální léčba v současné době není známa.

Léky, které jsou určeny pro léčbu Parkinsonovy choroby, nazýváme **antiparkinsonika**. Podle jejich účinku je dělíme na:

a) Léky, které nahrazují chybějící dopamin

L-DOPA

agonisté dopaminu

b) Léky, které ovlivňují metabolismus dopaminu a L-DOPY

inhibitory monoaminotransferázy typu B (MAO-B)

inhibitory katechol-O-methyltransferázy (COMT)

c) Léky, které ovlivňují jiné neurotransmitery

amantadin

anticholinergika

d) Pomocné léky /ovlivňující komplikace a vedlejší příznaky/

např. Motilium, antidepressiva, anxiolytika, sedativa, hypnotika, inhibitory acetylcholinesterázy, atypická neuroleptika (9)

ad a) Léky nahrazující chybějící dopamin

L-DOPA (L-3,4-dihydroxyfenylalanin)

Léčebné přípravky: Isicom, Madopar, Nakom, Sinemet, Stalevo

Deficit dopaminu nelze kompenzovat jeho přímým podáváním, neboť dopamin špatně přechází hematoencefalickou bariéru a došlo by k jeho spotřebování v periférii. K léčbě se používá prekurzor dopaminu L-DOPA (2, 599).

L-DOPA je symptomaticky neúčinnější přípravek, který se užívá při léčbě PN. Používá se od 60. let minulého století. V léčebných přípravcích se kombinuje s inhibitory periferní DOPA- dekarboxylázy (benserazidem, karbidopou), což umožňuje výrazné snížení dávky L-DOPA v preparátu a tedy i zmírnění nežádoucích účinků léčby, jako je kolísání krevního tlaku, arytmie, nauzea, vomitus. Kombinace L-DOPY s periferně působícím inhibitorem enzymu DOPA-dekarboxylázy se podává od 70. let minulého století. L-DOPA je aktivně transportována přes střevní stěnu a přestupuje přes hematoencefalickou bariéru, na periférii i v CNS je rychle metabolizována. V GIT je štěpena pepsinem a rozkládána kyselinou chlorovodíkovou, na periférii a v CNS je metabolizována DOPA-dekarboxylázou, katechol-O-metylferázou (COMT) a monoaminoxidázou B(MAO-B). Zbývající objem L-DOPY se dostává k buňkám striata, kde je L-DOPA metabolizována na dopamin a působí na dopaminergních receptorech. Systematická léčba L-DOPOU stimuluje

dopaminergní receptory pulzním způsobem, ale i zpětnovazebně ovlivňuje nigralní neurony, kde je dopamin syntetizován (12).

Podání první dávky L-DOPY bývá pacienty vnímáno jako zázrak, neboť obvykle dojde k výraznému zlepšení, pacientům se vrátí výkonnost a pocit zdraví. Velmi důležité je zahájit léčbu pozvolna, neboť tím se sníží riziko a intenzita vedlejších účinků dopaminu. Tyto vedlejší účinky jsou způsobeny účinkem dopaminu mimo mozek. Dopamin působí dráždivě na čidla trávicího traktu, srdce, cév a centrum zvracení. Z tohoto důvodu se léčba zahajuje nízkou denní dávkou (50-100mg/den), která se postupně navyšuje až na obvyklou denní dávku (200-800mg). Maximální denní dávka je 2000mg. L-DOPA se užívá ve 3-4 dávkách v intervalech cca 5 hodin, v pozdních stádiích až v šesti dávkách v intervalech 3 hodiny. Retardovaná forma L-DOPY (retard- postupně uvolňování) se obvykle užívá k pokrytí nočního spánku. U významně pokročilého a komplikovaného stadia PN, kde je ale zachována odpověď na L-DOPU, se zavádí duodenální sonda cestou perkutánní gastrostomie. L-DOPA se podává v gelové formě (Duodopa)(3,s. 599). L-DOPA potlačuje zejména bradykinezi, hypokinezi, rigiditu a tremor. Naopak poruchy stability, zárazy v chůzi a zácpa odpovídají na L-DOPU špatně nebo vůbec.

Užití: nalačno, nebo alespoň s odstupem 45 minut od jídla, které obsahuje bílkoviny. L-DOPA se rychle vstřebává v jejunu prostřednictvím přenašeče, o který soupeří s aminokyselinami. Přítomnost bílkovin v zažívacím traktu společně s L-DOPU snižuje její vstřebávání a tím i dostupnost pro mozek a účinnost.

Vedlejší účinky: nauzea, zvracení, posturální hypotenze, kolísání srdeční činnosti a v pozdním stádiu dyskineze (12).

Kontraindikace: glaukom s úzkým úhlem (3,s.599)

Agonisté dopaminu

Účinné látky: pramipexol, ropinirol, pergolid, bromokriptin

Léčebné přípravky: *Mirapexin, Requip, Permax, Medocriptin, Serokriptin*

Agonisté dopaminu jsou látky, které procházejí hematoencefalickou bariérou a které působí na dopaminové receptory ve striatu. Po L-DOPA mají nejsilnější symptomatický účinek v léčbě PN. Výhodou oproti L-DOPA je oddálení nástupu pozdních motorických komplikací – dyskinezi. Většinou se nasazují u pacientů do 65 let s intaktní kognicí. Ve srovnání s L-DOPA přinášejí větší riziko nežádoucích účinků, hlavně riziko psychotických komplikací. Častý bývá výskyt zvýšené denní spavosti, proto musí být pacienti na tuto skutečnost upozorněni (např. riziko pro řidiče).

Kontraindikace: pacienti s psychotickou epizodou v anamnéze (projevy deprese, demence).

Vedlejší účinky: nauzea, zvracení, ortostatická hypotenze, otoky dolních končetin (někdy až úporné) a zvýšená denní spavost až imperativní usínání. (8, s. 599-560)

ad b) Léky, které zasahují do metabolismu dopaminu

Inhibitory monoaminoxidázy typu B (MAO-B)

Účinná látka: Selegilin, Rasagilin

Léčebné přípravky: *Selegilinem, Jumex, Niar, Apo- Seleg, Cognitiv, Azilect*

Monoaminoxidáza B je enzym, který se podílí na biodegradaci dopaminu v mozku. Inhibitory MAO-B selektivně blokují monoamino-oxidázu typu B především na postsynaptických receptorech a tak chrání dopamin před intraneuronální biodegradací. Tímto způsobem zvyšují účinek L-DOPY. Používají se jako aditivní léky u nemocných, kde není dostatečná odpověď na léčbu L-DOPOU. Nesmí se kombinovat s antidepresivy, pokud je potřeba antidepresiva nasadit, musí se dodržet odstup 3-4 týdnů od ukončení léčby inhibitory MAO-B.

Kontraindikace: léčba antidepresivy (3,s.601-602)

Inhibitory katechol-O-methyl-transferázy (COMT)

Účinné látky: Entakapon, tolkapon (potenciálně hepatotoxický)

Léčebné přípravky: *Comtan, Tasmar*

Katechol-O-methyl-transferáza (COMT) je enzym, který rozkládá L-DOPA na neúčinný metabolit. Inhibitory COMT působí inhibičně na COMT. Inhibitory COMT se užívají společně s L-DOPA, zvyšují dostupnost L-DOPY pro mozek, prodlužují dobu účinku, takže je možné snížení celkové dávky L-DOPA. Dochází k menšímu kolísání hladin L-DOPY. Pozitivním efektem je oddálení pozdních hybných komplikací (3, s. 601).

ad c) Léky, které ovlivňují jiné transmitterské systémy

Antagonisté glutamátových receptorů typu NMDA

Účinná látka: Amantadin

Léčebné přípravky: *Viregyt K, PK Merz*

Jeho antiparkinsonický účinek byl objeven náhodně při léčbě chřipky u pacientů s PN, kdy došlo u nemocných k zlepšení hybnosti. Má účinky cholinergní a nepřímé dopaminergní. Způsobuje vyplavení dopaminu z konečného dopaminergního zakončení, blokuje dopaminové reabsorbce a

stimuluje dopaminové receptory. Amantadin působí také jako agonista N-methyl-D-aspartát receptorů (NMDA) bazálních ganglií a vyrovná poruchu rovnováhy mezi glutaminergním a dopaminergním systémem. Svými účinky zlepšuje akinezi a rigiditu. Má prokázaný antidyskinetický účinek, proto bývá indikován v pozdních stádiích nemoci jako aditivní antiparkinsonikum. Ve srovnání s L-DOPOU je méně účinný, ale bývá lépe snášen. Při dlouhodobější terapii dochází k rozvoji tolerance na preparát.

Vedlejší účinky: otoky kotníků, syndrom neklidných nohou, insomnie, zmatenost a halucinace (8, s. 601).

Anticholinergika

Účinné látky: biperiden, procyklidin, metixem, diethazin, trihexyphenidil, orfenadrin

Léčebné přípravky: *Akineton, Kemadrin, Tremaril, Tremarit, Deparkin, Artane, Disipal*

Anticholinergika byla jediným částečně účinným lékem do objevu L-DOPY. V současné době se používají zcela výjimečně pro vysoké riziko vedlejších účinků. Mohou být indikovány u mladších pacientů s dominujícím klidovým tremorem bez poruchy kognitivních funkcí.

Vedlejší účinky: rozmazané vidění, sucho v ústech, zácpa, tachykardie, zácpa, poruchy paměti, akutní zmatenost, halucinace, sedace, dyskinese.

Kontraindikace: hypertrofie prostaty, glaukom s úzkým úhlem (8, s. 602).

ad d) Pomocné léky

Léky k léčbě vedlejších příznaků a komplikací Parkinsonovy choroby

Motilium

Účinná látka: *Domperidon*

Indikační skupina: prokinetikum, antiemetikum

Indikace: nauzea, zvracení

Domperidon blokuje receptory pro dopamin v zažívací trubici, v srdci, v cévách a receptory v centru zvracení. Tímto způsobem působí potlačení vedlejších účinků L-DOPY a agonistů dopaminu. Preventivně se podává 3 dny před nasazením léčby. Obvykle po nějakém čase periferní vedlejší účinky L-DOPY ustoupí a domperidon je možné vysadit.

Užití: 3x 1-2 tablety

Nežádoucí účinky: vzácně dyskinetický syndrom, bolest hlavy (3, s. 603).

Antidepresiva

Léčebné přípravky: *Citalec, Seropram, Cipralex, Deprex, Prozac, Fevarin, Zoloft*

Indikace: deprese, fobie, obsese

Antidepresiva působí různými mechanismy zvýšení množství neurotransmiterů v mozku, neboť jejich nedostatek se podílí na vzniku deprese. Používají se léky ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), které mají minimální vedlejší účinky. Antidepresivní účinek se objeví až po 2-3 týdnech, kdy dojde k dostatečnému vzestupu hladin mozkových přenašečů.

Nežádoucí účinky: vzácně únava, nauzea, zvracení, při předávkování serotoninový syndrom (průjem, pocení, poruchy vědomí) (19, s. 56).

Anxiolytika

Léčivé přípravky: *Lexaurin, Diazepam, Rudotel, Oxazepam, Neurol, Xanax*

Indikace: anxiózní stavy, úzkost, neklid

Anxiolytika tlumí úzkost a strach, nejčastěji se používají benzodiazepiny a deriváty benzodiazepinů.

Nežádoucí účinky: riziko vzniku závislosti, poruchy kognitivních funkcí a paměti

Rivotril: anxiolytikum, které zklidňuje třes, záškuby a mimovolní pohyby (19, s.57).

Hypnotika

Léčivé přípravky: *Hypnogen, Stilnox*

Indikace: Nespavost

Hypnotika jsou léky navozující spánek.

Nežádoucí účinky: vzácně bolest hlavy, nespavost, závratě, pocit opilosti, noční neklid, návyk (19, s.58).

Atypická neuroleptika

Léčivé přípravky: *Tiapridal, Seroquel, Leponex*

Indikace: psychotické stavy, halucinace, agresivita, delirium

Na rozdíl od typických neuroleptik neblokují dopaminové receptory v bazálních gangliích, blokují receptory ostatních typů, zvláště v mozkové kůře čelních laloků (19, s. 58-59).

Nežádoucí účinky: pocení, sucho v ústech, pokles krevního tlaku, agranulocytóza

Kognitiva

Léčivé přípravky: *Reminyl, Exelon, Aricept*

Léky pozitivně ovlivňující kognitivní funkce.

Indikace: úbytek kognitivních funkcí a psychotické projevy.

Při onemocnění PN a Alzheimerovou chorobou, lze použít pouze *Exelon* (19, s. 58-59).

1.9.2 Rehabilitace a pohybová aktivita

Rehabilitace a pohybová aktivita je nedílnou součástí úspěšného léčení pacienta s PN. Cvičení pozitivně ovlivňuje pohyblivost a zlepšuje fyzický stav. Kromě toho se při pohybové aktivitě vyplavují v mozku endorfiny, které působí pozitivně na zlepšení nálady. Rehabilitační techniky se orientují na cviky, které mají vliv na pacientovu hybnost. Velmi důležitý je aktivní přístup pacienta a jeho vlastní vůle k pravidelnému pohybu, cvičení a k překonávání obtíží.

1.9.3 Režimová opatření jsou orientována na:

- užívání léků dle rozpisu lékaře;
- denní režim pacienta;
- obtíže vyskytující se v průběhu nemoci;
- komplikace vyskytující se v pozdních stádiích nemoci.

1.9.4 Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci

U některých pacientů s pozdními komplikacemi, po vyčerpání možností dosavadní medikamentózní léčby, je indikována neurochirurgická léčba – funkční stereotaktická operace.

V současné době se nejčastěji přistupuje k hluboké mozkové stimulaci (DBS), která je charakterizována nízkým výskytem vedlejších účinků a komplikací.

Hluboká mozková stimulace (Deep Brain Stimulation –DBS)

Hluboká mozková stimulace je moderní metodou tzv. neuromodulační léčby, která ovlivňuje chorobně změněné funkce mozku působením elektrických impulzů z elektrod zavedených do center pro řízení hybnosti. U Parkinsonovy nemoci (PN) se elektrody zavádějí do subthalamických jader (STN), generátory impulzů jsou umístěny pod kůží na hrudníku a vzájemné propojení probíhá přes podkožní kabely.

Metoda se osvědčila u pacientů v pokročilých stádiích PN (obvykle po 10 letech trvání nemoci), kteří jsou invalidizováni těžkým kolísáním stavu hybnosti a obvykle i mimovolnými pohyby. Výpadky hybnosti a dyskineze mohou pacientovi bránit vykonávat běžné denní činnosti.

DBS STN je kontraindikována u nemocných s poruchami poznávacích funkcí, paměti a myšlení nebo s akutní depresí a u pacientů pokročilejšího věku. U těchto pacientů je vysoká pravděpodobnost komplikací a nejistého účinku zákroku. Účinnost zákroku se dá odhadnout podle odpovědi na léčbu léky s L-DOPOU. Pacienti, u kterých se příznaky po podání preparátu s L-DOPOU nelepší, s velkou pravděpodobností nebudou reagovat na DBS STN.

Vyšetření a operace

Pacient je hospitalizován, vyšetřující neurolog odebere podrobnou anamnézu, vyšetří orientaci, paměť a další mentální funkce nemocného. Ke kompletnímu vyšetření před DBS ještě náleží vyšetření MRI, evokovaných potenciálů, psychologické vyšetření, interní vyšetření a L-dopa test. Pacient pečlivě vyplňuje denní záznamy stavu hybnosti. Na základě výsledků vyšetření multidisciplinární tým (neurochirurg, neurolog, neuropsycholog, neuroradiolog) rozhodne, zda je pro pacienta léčba metodou DBS vhodná.

Princip účinků DBS STN

Subthalamické jádro (STN) je drobný mandlovitý útvar v hloubi mozku, umístěný párově na každé straně vedle substantia nigra, jejíž degenerace je spojena s nedostatkem dopaminu a je podkladem rozvoje PN. Při nedostatku dopaminu se snižují funkce některých oblastí mozku a dochází ke zvýšení aktivity v jiných oblastech, sem patří i STN. Vlivem DBS se abnormální aktivita tlumí, čímž se upravuje činnost okruhů řídicích hybnost a mírní se příznaky PN.

Stimulační souprava se skládá z elektrody, která se zavádí do mozku a stimulátoru, který se vkládá pod kůží na hrudníku v blízkosti klíční kosti. Elektroda a stimulátor jsou navzájem propojeny podkožně zavedeným kabelem. Elektroda se zavádí do mozku malým otvorem v lebeční kosti, na jejím konci jsou v cílovém jádru vysílány elektrické impulzy o frekvenci 130 Hz a vyšší.

Operační výkon

K *zavedení elektrod* do mozku je nutná spolupráce nemocného, výkon tedy probíhá bez celkové anestezie. Mozek nebolí, neboť neobsahuje receptory pro bolest a ostatní tkáně, kterých se operační výkon dotýká, jsou znečitlivěny lokálním anestetikem. Poté se nasadí na hlavu pacienta stereotaktický rám, který je připevněn šroubem transdermálně do lamina externa kalvy. Vše se děje pod kontrolou MRI. Spolupráce pacienta je nutná, neboť během operace pacient odpovídá a provádí pohyby podle požadavků lékaře. Takto se testují účinky stimulace. Asi týden po zavedení elektrod do mozku se provádí *implantace stimulatoru* a to v celkové anestezii.

Nejobávanější komplikací zákroku je krvácení do mozku, k němuž může dojít porušením cév při průchodu elektrody. Důsledky krvácení jsou jako po mozkovém iktu (poruchy řeči, zraku, ochrnutí, či dokonce smrt). Další komplikací zákroku může být infekce v okolí implantátu. Krvácení se vyskytuje u 2-3 % pacientů, infekce u 1-3 %. Před operací a po operaci se pacientův stav zhorší, neboť je omezeno užívání léků. Stimulace se zahajuje asi po 4 týdny po operaci, po vhojení elektrod. Další týdny probíhá testování a průběžně je nastavovaná stimulace a dávkování léčby. Toto období je velmi náročné na psychiku pacienta, proto je vhodná péče psychologa. Toto období také vyžaduje a velkou trpělivost ze stran ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků.

Z příznaků PN na DBS obvykle nejlépe reaguje třes, pohybové zpomalení (bradykineze) a svalová ztuhlost (rigidita). Správná stimulace nevyvolává mimovolní pohyby (dyskineze). Naopak DBS obvykle nezlepší poruchy řeči, polykání, poruchy rovnováhy a zarázy či „zamrzání“ nohou při chůzi. DBS neléčí základní onemocnění, pouze mírní jeho příznaky. Nemoc trvá a rozvoj projevů může pokračovat. Zkušenosti ukazují, že zmírnění příznaků je mnohaleté, pokud ovšem nedojde při progresi onemocnění k rozvoji těch příznaků, které na stimulaci nereagují. Po několika letech je nutno stimulator vyměnit - litinová baterie vydrží nejméně 5 let (24).

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Základní údaje o pacientovi

- *iniciály*: Z.B.
- *věk*: 70 let
- *pohlaví*: muž
- *národnost*: česká
- *místo bydliště*: Třešť
- *povolání*: důchodce
- *kontaktní osoba*: manželka a syn
- *stav*: ženatý
- *vyznání*: katolické

2.2 Anamnéza

Všechny anamnestické informace jsem získala z dokumentace, rozhovorem s pacientem a také s rodinou. Pacient souhlasil s použitím informací ke zpracování bakalářské práce.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 70 letech, tragicky, v mládí prodělal TBC, revmatoidní artritidu. Matka zemřela v 80 letech, nestonala.

Má 3 sourozence, ti jsou zdraví, 5 dětí, které jsou také zdravé.

Sledovaná onemocnění v rodinné anamnéze neudává (diabetes, onemocnění kardiovaskulární, hematologické onemocnění, onkologická onemocnění).

Osobní anamnéza

V dětství běžná dětská onemocnění

V 7 letech tonzilektomie

V 15 letech otrava nohy (LDK), poúrazová sepse ??, následně hospitalizace

V 38 letech fraktura humeru, léčena konzervativně

V 38-40 letech hypertenze- medikována cca 2 roky, poté normotenze

Transfuze 0.

Od 4/2008 v péči neurologické ambulance, kde byla diagnostikována Parkinsonova nemoc.

Pacient dochází na pravidelné kontroly po třech měsících, v případě potřeby častěji (změna farmakoterapie).

Nekuřák, alkohol nepije, kávu nepije.

Alergická anamnéza

Pacient neudává lékovou ani potravinovou alergii.

Sociální anamnéza

Pacient je ženatý, žije ve společné domácnosti s manželkou v rodinném domku se zahradou a dvorkem v menším městě. Nyní je 10 let v důchodu, dříve pracoval jako strojvedoucí lokomotivy, posléze jako zámečnický u Českých drah.

2.3 Průběh onemocnění

Nemocný je pacientem naší ordinace od dubna 2008. K prvnímu vyšetření se dostavil na základě doporučení praktické lékařky, kterou navštívil pro asi rok progredující potíže. Pacient udával zpomalení tempa, zhoršení jemné motoriky a písma, zpomalení iniciálního pohybu a to pravostranně. Uvědomoval si, že mu práce trvá déle. Pacient byl neurologicky vyšetřen, bylo provedeno doplňující vyšetření CT mozku z důvodu vyloučení zejména závažných cévních změn v mozku a tedy rizika stanovení nesprávné diagnózy. Dále bylo vyšetření doplněno o UZ karotid a SPECT mozku. Výsledky vyšetření DaT SCAN potvrdily diagnózu PN.

Výpis z dokumentace z kontrolních vyšetření, kdy došlo ke změnám zdravotního stavu či medikace:

6/2008 nasazen Mirapexin 0,088
8/2008 navýšení, Mirapexin 0,7mg
12/2008 pacient udává zlepšení stavu hybnosti
6/2009 pacient udává kolísání hybnosti, hypomimie
12/2009 pacient udává zhoršení iniciální fáze pohybu, chůze
6/2010 pacient udává zhoršení stavu hybnosti, dostavují se stavy ztuhnutí (freezing); změna terapie na Requip Modutab 8mg
9/2010 pacient udává vertiginózní stavy, (při vertigu Betahistin 8mg tbl.)

Vývoj terapie:

30.6.2008 Mirapexin 0,088 mg, 1-1-1
1.8.2008 Mirapexin 0,7 mg, 1-1-1
16.6.2010 Requip modutab 8mg, 1-0-0
15.9.2010 Requip modutab 8mg, 1-0-0
Betahistin 8 mg tbl., 1-0-1 (při vertigu)

Výsledky vyšetření pacienta:

CT mozku, nativ (5/2008)

Kalcifikace ve falxu a parafalxově.

Oblast selly bazálně s výraznějšími cévními splavy s drobnými kalcifikacemi.

Jinak bez patologického nálezu.

SPECT mozku (5/2008)

Incip. atrofie mozková, věku přiměřený perfúzní scintigram mozku.

UZ karotid Doppler (5/2008)

Neprokázána hemodynamicky významná stenóza tepen.

DaT SCAN (6/2008)

Výrazná redukce dopaminergního transportního systému v levém striatu.

Farmakoterapie (k 7.12.2010):

Requip modutab 2mg 0-0-1
Requip modutab 8mg 1-0-0
Motilium 1-1-1
Betahistin 8mg tbl. 1-0-1 (při vertigu)

Requip-Modutab tbl. 2mg, 8 mg

Indikační skupina: antiparkinsonikum, agonista dopaminu

Indikace: Parkinsonova nemoc

Nežádoucí účinky: pocit ospalosti, somnolence v průběhu dne, imperativní usínání, nevolnost, zvracení, otoky rukou, kotníků, nohou, zácpa, halucinace, snížení krevního tlaku, závratě, mdloba, dezorientace až psychotické reakce závažného stupně. Účinek léku mohou ovlivnit (zvýšit či snížit) antipsychotika a léky blokující dopamin v mozku, ciprofloxacin, enoxacin, fluvoxamin a hormonální substituční terapie.

Užití: tablety nesmí být rozkousány, rozdrceny ani rozlomeny, zapíjí se dostatečným množstvím vody, mohou být užívány s jídlem nebo bez jídla.

Motilium tbl.

Indikační skupina: digestivum, antagonist periferních dopaminových receptorů

Motilium blokuje dopaminová čidla v zažívacím traktu, v cévách, srdci, v centru zvracení.

Indikace: obtíže vzniklé zpomalenou činností žaludku, nadýmání, nadměrné říhání, nevolnost, zvracení, pálení a bolesti v oblasti žaludku.

Nežádoucí účinky: nekontrolovatelné pohyby, např. nepravidelné pohyby očních bulbů, stáčení hlavy k jedné straně, svědění, dušnost, sípavé dýchání a otok obličeje. Motilium se nesmí užívat současně s anticholinergiky a antacidy, azoly a některými makrolidovými antibiotiky (erythromycin, klarithromycin, troleandomycin).

Užití: 15-30 minut před jídlem, v případě potřeby těsně před spaním, zapíjejí se dostatečným množstvím tekutiny. Užívá se 3-6 tablet denně ve třech dávkách.

Betahistin 8 mg. tbl.

Indikační skupina: vazoprotektivum, antiemetikum, antivertiginózum

Indikace: závratě, tinitus,

Betahistin zvyšuje průtok krve ve vnitřním uchu, tím působí pozitivně na ústrojí rovnováhy. Snižuje frekvenci i intenzitu záchvatů závratí, má tlumivý účinek na šelest s nevolností a zvracením, zvonění v uších, ztrátu sluchu.

Nežádoucí účinky: vzácné; bolesti hlavy, somnolence, bušení srdce, žaludeční dyskomfort, pálení žáhy, zvracení, nauzea, poruchy trávení, vyrážka, kopřivka, pruritus, pocity horka. Při současném užívání antihistaminik se může objevit vzájemné snížení účinnosti těchto látek.

Kontraindikace: feochromocytom

Užití: s jídlem nebo po jídle a zapijí se tekutinou, užívá se 3x denně 1 tbl. (udržovací dávka 24mg denně). (22)

2.4 Nynější onemocnění

(Kontrolní návštěva v ordinaci 7.12.2010.)

Pacient přichází do naší ambulance k pravidelné kontrole, udává zhoršení hybnosti, objevují se častěji zárazy v pohybu, udává vertigo, v posledním měsíci dvakrát upadl. Udává, že si občas zapomene vzít lék a pak dojde k zhoršení hybnosti.

Stav při prohlídce

Pacient je lucidní, spolupracuje, působí unaveně, klidové eupnoe, bez cyanózy a ikteru, afebrilní, řeč pomalá, monotónní, hypomimie.

Hlava: bez známek traumatu; oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení, bez okohybné léze, nystagmus není; zornice izokorické; fotoreakce +, bez ikteru;

ústa asymetrická, níže vpravo, jazyk plazí středem, patrové oblouky symetrické
Krk: ameningeální, štítná žláza nehmatná, náplň krčních žil nezvýšena, pulzace arteria carotis symetrická bez slyšitelných šelestů, lymfatické uzliny nehmatné, pohyby v krční páteři omezené všemi směry

Horní končetiny: v Ming. bez poklesu, taxe správná, diadochokinesa symetrická, rr šo výbavné bilat., irit.pyramidové jevy negativní, hyperstezie neudává, lehce vyšší EPR vpravo, rigidita l.dx., bradykinese l.dx.

Dolní končetiny: v Ming. instabilita vpravo, taxe správná, diadochokinesa symetrická, DF i PF výdatné bilat., rr.š.o.L2-4 výbavné bilat.,rr.š.o. L5-S2 výbavné bilat., Las. bilat. v dotažení, Babinski bilat.negat., bez poruchy čítí

Páteř: pohyby volné, nebolestivé

Stoj a chůze: bez instability a paresy, snížení synkinese vpravo

Lékařské diagnózy

1. morbus Parkinson (extrapyramidová symptomatologie hypertonicko - hypokinetická)
2. plicní emfýsem

Farmakoterapie (změna od 7. 12. 2010)

Requip-Modutab 8mg tbl. 1-0-0

Requip-Modutab 2mg tbl. dle rozpisu:

1.+2.týden 1-0-1

3.+4.týden 2-0-1

5.+6.týden 3-0-1

7.+8.týden 4-0-1

Motilium tbl. 1-1-1

Betahistin 8mg tbl. 1-0-1

Sesterské záznamy

- krevní tlak: 120/80 mmHg
- puls: 75/min
- dech: 16/min
- tělesná teplota: 36,5°C
- výška: 177 cm
- váha: 84 kg
- BMI: 26
- dieta: racionální

2.5 Prognóza onemocnění

Parkinsonova nemoc je progredující neurodegenerativní onemocnění, které je léčitelné ale nevyléčitelné. Průběh a vývoj onemocnění je u pacientů značně individuální, u některých pacientů dochází k velmi pomalé progresi nemoci a k výraznému zhoršení obtíží dochází po více než 10 letech, u jiných může dojít k výraznému zhoršení nemoci dříve než za 5 let od diagnostiky nemoci. Také odpověď organismu na léky je individuální.

V průběhu nemoci bývá nutné měnit medikaci, zvyšovat dávky léků a upravovat intervaly podávání léků tak, aby byl optimální jejich účinek na hybnost. Po určité době léčby se dostávají komplikace (léčby) ve smyslu výpadků hybnosti a mimovolných pohybů a další. Obecně lze říci, že při vhodné medikaci je většina pacientů schopna žít plnohodnotný život od stanovení diagnózy po dobu asi 8 let.

V pokročilém stádiu onemocnění může dojít zcela náhle k výrazným změnám hybnosti a k výrazným psychickým změnám, aniž by tento stav korespondoval s kolísáním lékové hladiny užívaných léků. Často k těmto stavům dochází, pokud se k základnímu onemocnění přidruží infekční onemocnění, zvláště močových či dýchacích cest. Vždy je potřeba konzultovat stav pacienta s lékařem, který na základě pacientových projevů může upravit dávkování léků.

Dále se mohou objevit dyskineze (těžké mimovolní pohyby), které bývají obvykle způsobeny kolísáním hladiny léků (L-DOPOU a agonisty dopaminu). Dyskineze se objevují u 50% nemocných do 5 let od zahájení léčby L-DOPOU, a u 90% nemocných po 15 letech léčby. V průběhu nemoci často

dochází k rozvoji deprese, která bývá jednou z hlavních příčin snížení kvality života nemocného.

U pacientů s poruchou paměti může dojít k vynechání medikace, která může vést až k akinetické krizi (v pozdním stádiu PN), jež nemocného ohrožuje na životě. S progresí nemoci se zhoršuje soběstačnost a samostatnost, je stále více odkázán na pomoc.

Pro pacienta je velmi důležitá podpora rodiny.

Parkinsonova nemoc nebývá sama o sobě příčinou úmrtí, k úmrtí mohou vést komplikace a jejich následky, např. pády. Díky účinným léčebným prostředkům (L-DOPA) se prodloužila průměrná doba přežití asi na 14 let (16, s. 583-592).

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Při poskytování ošetřovatelské péče byla použita metoda ošetřovatelského procesu.

3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces (OP) je systematická metoda k poskytování ošetřovatelské péče, která je zaměřena na fyzické, psychické a sociální potřeby jednotlivce, rodiny i komunity. Člověk je vnímán holisticky jako bytost, na kterou působí řada faktorů. OP je založený na aktivní ošetřovatelské péči, ke které se sestra aktivně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného a jeho potřeb. Sestra a pacient jsou v partnerském vztahu (11, s. 61-62).

Ošetřovatelský proces probíhá v několika fázích, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají:

3.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

- Cílem je získat informace o nemocném a jeho zdravotním stavu.
- Důležité jsou informace o stavu vědomí, soběstačnosti, hygieně, dýchání, výživě, vyprazdňování, spánku, psychickém stavu aj.
- Informace získáváme pozorováním, rozhovorem a cílenými otázkami, vyšetřením (např. hodnotící škály).
- Zdrojem informací může být samotný nemocný, jeho blízké osoby (rodina, přátelé), spolupacienti, ostatní členové ošetřovatelského týmu, dřívější dokumentace.
- Všechny získané informace se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace.

3.1.2 Ošetřovatelská diagnóza

- Smyslem ošetřovatelské diagnózy je vyhledání potřeb nemocného, které jsou onemocněním narušeny, nebo je onemocnění vyvolá.
- Zahrnuje aktuální problémy (současné problémy nemocného) a potenciální problémy (ty, které se ještě nevyskytly, ale mohou nastat v budoucnosti).
- Stanovení ošetřovatelské diagnózy je závěr, který provádíme po pečlivém sběru dat.
- Patří sem jen takové stavy, které jsou sestry schopny a oprávněny zvládnout.
- Ošetřovatelské diagnózy se formulují a stanovují dle klasifikace NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association).

3.1.3 Plán ošetřovatelské péče

Plán OP se skládá z několika systematických kroků:

a) stanovení cílů

- Cíl je očekávaný a žádoucí výsledek nebo změna ve zdravotním stavu.
- Cíl musí být konkrétní, odpovídat aktuálním schopnostem pacienta (reálný) a musí být měřitelný.

- Cíle stanovujeme krátkodobé (týkají se následujících hodin či dnů) a dlouhodobé (vztahují se k delšímu období).

b) stanovení plánu péče

- Plán péče tvoří návrh vhodných ošetrovatelských intervencí (výkonů, zásahů), které povedou k dosažení stanovených cílů.
- Plán péče musí být sestaven tak, aby bylo možné ho podle potřeby měnit a doplňovat a musí být jasně formulován.

c) realizace plánu

- Zahrnuje všechny činnosti, které povedou k dosažení stanovených cílů.
- Při realizaci plánu se pacient stává aktivním partnerem v péči, nejen jejím pasivním příjemcem.
- Důležitá je spolupráce i s ostatními členy ošetrovatelského týmu.

d) zhodnocení plánu

- Pomáhá zjistit, zda bylo nebo nebylo dosaženo stanovených cílů.
- Při tomto hodnocení se porovnává objektivní hodnocení zdravotnickými pracovníky se subjektivním hodnocením pacienta.
- Pprovádí se v průběhu celého ošetrovatelského procesu (11, s. 61-73).

3.2 Charakteristika modelu Marjory Gordon

Pro vypracování ošetrovatelské anamnézy u zvoleného pacienta jsem použila „Model funkčního typu zdraví“ Marjory Gordon.

Cílem tohoto modelu je odpovědnost jedince za své zdraví. Pacient/klient je chápán jako holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, kognitivními a spirituálními potřebami. Role sestry spočívá v systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech zdraví. Informace získává pomocí pozorování, rozhovoru a fyzikálního vyšetření, informace analyzuje se závěrem funkční nebo dysfunkční zdraví. Dysfunkční zdraví je projevem aktuálního onemocnění jedince nebo může být znakem potencionálního problému. Dysfunkční vzorec musí sestra označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a zrealizovat ošetrovatelský proces.

Základem modelu je 12 oblastí, označených autorkou jako 12 funkčních vzorců zdraví, které reprezentují okruhy základních anamnestických údajů. Těchto 12 oblastí představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví (15, s. 99-102).

Při vypracovávání ošetrovatelské anamnézy jsem nejvíce informací získala pomocí rozhovoru s pacientem a s jeho manželkou. Některé informace jsem získala z dokumentace.

3.2.1 Model funkčních vzorců zdraví

1) vnímání zdraví – udržování zdraví

Popisuje vnímání zdraví a pohody klientem i způsob, jakým se o svoje zdraví stará, celkovou úroveň péče o zdraví, dodržování preventivních zdravotních činností, lékařských a ošetrovatelských nařízení i další péče.

2) výživa – metabolismus

Popisuje způsob přijímání stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě, i používání výživových a vitaminových náhrad. Zahrnuje informace o kůži, o schopnosti hojení, o kvalitě vlasů, nehtů, sliznic, zubů, o tělesné teplotě, hmotnosti a výšce.

3) vylučování

Popisuje vylučovací funkci střev, močového měchýře a kůže.

4) aktivita – cvičení

Obsahuje informace o způsobu udržování kondice cvičením nebo jinými aktivitami. Obsahuje informace o aktivitách denního života, volného času a rekreační aktivity.

5) spánek – odpočinek

Obsahuje informace o spánku, odpočinku a relaxaci v intervalu 24 hodin, zahrnuje také informace o prostředcích podporujících spánek, např. lécích, návycích apod.

6) vnímání, citlivost a poznávání

Obsahuje informace o schopnosti smyslového vnímání a poznávání, zahrnuje informace o řeči, paměti, orientaci, schopnosti rozhodování se atd.

7) sebepojetí a sebeúcta

Popisuje, jak člověk sám sebe vnímá a jakou má o sobě představu.

8) role – vztahy

Informace popisují typ vztahů a rolí klienta. Obsahují vnímání rolí v běžných aktivitách, spokojenost anebo nespokojenost s rodinnými, pracovními nebo sociálními vztahy.

9) reprodukce – sexualita

Informace popisují reprodukční období a sexualitu, spokojenost a změny. Zahrnuje informace o reprodukční schopnosti žen (fertilita, menopauza) a o problémech v této oblasti.

10) stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Informace popisují celkové přizpůsobení se a odolávání stresu i způsob zvládnutí stresu. Zahrnuje důležité informace z posledních dvou let.

11) víra – životní hodnoty

Obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry.

12) jiné

Zahrnuje důležité informace týkající se zdraví, které nelze zařadit do předchozích oblastí (1, s. 83-86).

Použití ošetřovatelského procesu

3.3. Ošetřovatelská anamnéza

Hodnocení pacienta podle modelu Marjory Gordon jsem provedla v den kontrolní návštěvy v neurologické ordinaci. Pacient se na tuto návštěvu dostavil v doprovodu manželky. (Manželka ho na neurologickou ambulanci doprovázela poprvé.)

3.3.1 Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient své zdraví vnímá jako narušené, v současné době ho nemoc omezuje, nemůže realizovat své plány a přání. Má problémy s časovým odhadem činností, něco si naplánuje a nestihne to zrealizovat či dokončit. Celý život byl velmi aktivní, rychlý a výkonný, vychoval 5 dětí, pracoval na zahradě, choval drobné domácí zvířectvo, aktivně se zapojoval ve společnosti. Nyní jsou činnosti, které pro zpomalenost a ztuhlost nemůže dělat.

S nemocí bojuje tak jak si sám myslí, že je to nejlepší. Odpočívá jen v případě, že již nemá síly. Snaží se dělat co nejvíce činností, co dělal dříve. Každé ráno cvičí, typ cviků si stanovil sám. Bojí se více odpočívát, aby z něho nebyl „ležák“.

Na lékařské kontroly dochází pravidelně, vnímá nemoc jako zátěž, přiznává, že občas vynechává v užívání léků. Myslí si, že by mu stačily menší dávky léků, bojí se vedlejších účinků léků.

3.3.2 Výživa – metabolismus

Pacient se stravuje ne zcela pravidelně. Ráno snídá zpravidla kolem 8 hodiny, k snídani sní krajíc chleba s pomazánkou, sýrem či máslem a medem a vypije hrnek bílé kávy. Obědvá mezi 13-15 hodinou, vždy polévku a hlavní jídlo. Čas oběda je závislý na tom, kdy se vrátí domů, pokud je na zahradě, ve městě apod. Obědy vaří manželka, bývají to klasické pokrmy. K polednímu jídlu vypije hrnek čaje nebo šťávy. Večeří mezi 18-20 hodinou, obvykle chléb s pomazánkou, s rybami, někdy pokrmy, které měl k obědu. Večer si uvaří hrnek černého čaje. Mezi obědem a večeří si někdy vezme moučník nebo housku s máslem.

Nají se sám, jí pouze lžící, příbor nepoužívá, neboť jeho používání je pro něho náročné. Maso si předem nakrájí na kousky. Přípravu jednoduchého pokrmu zatím zvládne sám. Ve stravě pacienta je nedostatečný příjem vlákniny, pouze 2-3x týdně sní jablko, v létě a na podzim konzumuje i jiné ovoce ze zahrady. Pacient má pevný chrup, přední zuby - můstek, má paradontózu. Vyhýbá se pokrmům, které jsou tvrdé.

Denní příjem tekutin pacienta je nedostatečný, asi 600 ml + cca 300 ml v polévce. Pacient si je vědom, že málo pije. Pije málo, protože nemá pocit žízně. Nejčastěji pije bylinný a černý čaj, někdy ovocnou šťávu. Pacient má okoralé rty.

Pacient měří 177 cm, váží 85 kg, hmotnost má stabilní, BMI je 26, což odpovídá mírné nadváze, zdravotní riziko je nízké až lehce zvýšené.

Tělesná teplota je v mezích normy 36,6°C. Vlasy má krátké, husté a čisté, nehty na rukou ostříhané, na nohou zdeformované. Pacient je oholen, s holením mu pomáhá syn, sám to již nezvládne. Také čištění zubů je pro pacienta obtížné. K čištění zubů používá měkký kartáček a zubní pastu Lacalut, která mu byla doporučena stomatologem.

3.3.3 Vylučování

Vylučování moče provádí pacient sám na toaletě, ve stoje, při vylučování moče neudává žádné potíže. K vylučování moči dochází asi 5x denně. V noci jednou vstává pro nutkání na močení. Moč je tmavší žluté barvy, bez příměsí.

K defekaci stolice obvykle dochází jednou za dva dny. Stolice je tužší konzistence, defekace bývá obtížnější. Pacient vnímá změnu při vyprazdňování v porovnání s obdobím, kdy byl zdravý. Léky na podporu vyprazdňování stolice neužívá.

Pacient udává větší potivost ve srovnání s předcházejícím obdobím, musí se častěji převlékat.

3.3.4 Aktivita – cvičení

Pacient je relativně soběstačný, stravování a jednoduché oblékání zvládne provést sám. Pomoc potřebuje při zapínání knoflíků a vázání tkaniček. Pacient má potíže s časovým odhadem jednotlivých činností, obvykle bývá zpožděn. Pacient potřebuje pomoc při celkové hygieně, ve vaně se koupe 1x týdně, do vany a z vany se dostane jen s pomocí, v průběhu týdne se umývá u umývadla žínkou. S holením mu pomáhá syn.

Pacient každé ráno 15 minut cvičí jednoduché cviky na posteli, cítí, že by měl cvičit více a rád by věděl, které cviky jsou pro něho vhodné.

Pacient bydlí v rodinném domku s dvorkem, menším hospodářstvím a zahrádkou. S pomocí syna a manželky obhospodařuje drobné domácí zvířectvo a věnuje se chovu včel. Těžko se smíruje s tím, že je odkázán v této práci na pomoc, že bez pomoci další osoby nemůže tyto činnosti vykonávat. Fyzická práce ho hodně vyčerpává. Pacient mívá závratě, v posledním měsíci 2x upadl.

Má snahu procvičovat paměť, vyplňuje křížovky a sudoku, čte noviny i knížky.

3.3.5 Spánek – odpočinek

Pacient má potíže se spánkovým režimem. Zvečera, kolem 20 hodiny bývá velmi unaven, obvykle usíná po večeři při četbě novin, u stolu. Poté následuje fáze, kdy potřebu spánku překoná a často uléhá kolem 1 hodiny v noci, někdy později. Obvykle neusne ihned. Průměrně spí 5-6 hodin během noci. Když usne, spí tvrdě, jednou za noc vstává pro potřebu močení.

Dle informací od pacienta a od manželky, pacient často pospává během dne. Stává se tak při poloze vsedě např. po obědě. Po obědě si pacient chodí

odpočinout, obvykle usne na 30-60 minut. Na pacientovi je vidět únava. Léky na spaní odmítá.

3.3.6 Vnímání, citlivost a poznávání

Pacient je při plném vědomí. Je orientován časem, místem i prostorem, na otázky reaguje pomalu, odpovídá však přiléhavě. Řeč pacienta je pomalá, monotónní, občas s horší artikulací, je mu hůře rozumět.

Pacient je mírně nedoslýchavý, musí se na něho mluvit hlasitěji. Zhoršení sluchu pozoruje již desítky let, naslouchátko nemá. Rádio nebo televizi si zesiluje. Vidí dobře, čte bez brýlí.

Pacient udává změnu chuti, pokrmy mu připadají mdlé. Tuto změnu pozoruje cca 1 rok.

Pacient si stěžuje na bolest pravého hlezna, kde měl dvakrát v krátké době za sebou distorzi. Pacient udává bolest 2.,3.,4. prstu na pravé dolní končetině, které jsou zdeformovány a vzájemně si působí otlaky.

Pacient mívá závratě, v posledním období dvakrát upadl (doma), naštěstí bez následků.

3.3.7 Sebepojetí a sebeúcta

Pacient se těžko vyrovnává s nemocí. Celý život byl zdravý, nekouřil, nepil alkohol ani kávu, snažil se mít dostatek pohybu a připadá mu nespravedlivé, že onemocněl. Klade si otázku, co v životě udělal špatně a co způsobilo toto onemocnění.

Špatně se vyrovnává s omezeními, které mu nemoc přinesla. Nemůže řídit motorové vozidlo, nemůže sám cestovat, při práci na zahrádce je odkázán na pomoc. Nerad si říká o pomoc druhým.

3.3.8 Role – vztahy

Pacient je ženatý, žije v domě s manželkou. Má 5 dětí a 7 vnoučat, s nadšením o nich vypráví. Dva ze synů bydlí v dostupné vzdálenosti a tudíž se často navštěvují. Rodina má o pacienta zájem.

V době plného zdraví se pacient aktivně zapojoval ve Spolku chovatelů drobného zvířectva a v Charitě. Také nyní dochází na schůzky, chce být užitečný, zapojuje se všude, kde mu to zdravotní stav dovolí.

3.3.9 Reprodukce – sexualita

Pacient je ženatý a má děti a vnoučata. Blíže jsem s pacientem na toto téma nehovořila.

3.3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Problematicky se vyrovnává s progresí choroby a s nutností vzdát se určitých činností a aktivit, které celý život dělal. Občas upadá do depresivní nálady, má pocit, že jeho život nemá smysl. Nejistotu pociťuje v souvislosti s budoucností. Uvědomuje si, že časem nebude samostatný a bude zcela závislý na pomoci. V rodině má oporu, ví, že se o něho postará, ale má z toho strach.

3.3.11 Víra – životní hodnoty

Pacient je katolík, pravidelně chodí do kostela. Víra je mu oporou, když je mu psychicky těžko. Říká, že má „papežskou nemoc“, protože stejnou nemocí onemocněl papež Jan Pavel II, o kterém mluví s velkou úctou. O své chorobě říká: „Je to velká zkouška mé trpělivosti a trpělivosti mé rodiny. A vlastně trpělivosti všech kolem mě.“

3.4 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila v den kontroly v ambulantním zařízení. Vzhledem k typu zdravotnického zařízení nebylo možné použít krátkodobý ošetřovatelský plán, stanovila jsem plán „střednědobý“, na dobu 1 měsíce, kdy měl pacient naplánované kontrolní vyšetření. V mezidobí telefonicky konzultoval s ošetřující lékařkou účinky a projevy nově rozepsaných léků.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- 1) Nedodržování léčebného režimu, nepravidelné užívání léků.
- 2) Riziko deficitu tělesných tekutin v důsledku nedostatečného příjmu tekutin.
- 3) Riziko pádu z důvodů závratí, hypokineze, nejisté chůze s pulzemi.
- 4) Porucha spánku v důsledku narušení denního režimu.
- 5) Porucha vyprazdňování - zácpa - v důsledku nemoci a nevhodného složení stravy.
- 6) Zhoršení jemné motoriky, obtíže se psaním.
- 7) Narušení verbální komunikace způsobené svalovou inkoordinací a projevující se zhoršenou artikulací.

3.4.1 Nedodržování léčebného režimu, nepravidelné užívání léků

Cíl: Pacient bude s pomocí manželky pravidelně užívat léky.

Plán:

- Posouzení situace v rodině, zda je možné očekávat spolupráci členů rodiny.
- Edukace manželky, dohled nad užíváním léků nemocného.
- Pacient dostane přehledný rozpis dávkování léků.
- Zvolení způsobu, který zpřehlední užívání léků, použití krabičky s přihrádkami oddělujícími jednotlivé dávky a jejich popis.
- Edukace, jak nejlépe překonat „freezing“.

Realizace:

Vysvětlila jsem pacientovi, jak velký význam má pravidelnost v užívání rozepsaných dávek léků, zdůraznila jsem všechny nepříjemné potíže, které mohou být nepravidelností v užívání a tedy kolísáním hladiny dopaminu způsobeny. V případě pana Z.B. to byla rigidita, obtížná artikulace, „freezing“. Upozornila jsem pacienta na skutečnost, že nepřiměřená fyzická námaha (v souvislosti s jeho zdrav. stavem) a nepravidelnost v režimu dne může mít vliv na kolísání jeho hybnosti. Vzhledem ke skutečnosti, že pacienta doprovázela manželka, byla u edukace přítomna i ona (pacient souhlasil). Požádala jsem o spolupráci manželku, aby kontrolovala, zda si pacient lék vzal.

Pacient obdržel přehledný rozpis nově rozepsaných léků s vyznačením dat, kdy se mění dávkování léků. Obstarala jsem pacientovi krabičku-denní dávkovač, jednotlivé přihrádky jsem polepila časovým údajem rozepsaných dávek léku.

Poučila jsem pacienta na možný způsob překonání stavu ztuhnutí „freezingu“. V tomto stavu obvykle pomůže přestat myslet na úkon, který chtěl provést a soustředit se na zcela jiný úkon. (Např. pacient chtěl vykročit vpřed levou nohou, tak se bude soustředit na vykročení vpřed pravou nohou nebo na úkrok stranou pravou nohou.)

Zhodnocení:

Ve spolupráci s manželkou se podařilo tento plán splnit, pacientův stav se zlepšil. Pro manželku byl tento úkol obtížný, neboť pacientovi vadilo, že ho manželka kontroluje.

3.4.2 Riziko deficitu tělesných tekutin v důsledku nedostatečného příjmu tekutin

Cíl: Pacient bude přijímat alespoň 1,7 l tekutin denně.

Plán:

- Zhodnotit známky dehydratace (suchost sliznic, snížený turgor kůže, koncentrovanost moče).
- Zjistit kolik, jaké a kdy pacient tekutiny přijímá.
- Zjistit, kterým tekutinám dává pacient přednost.
- Edukovat pacienta a manželku o komplikacích dehydratace.
- Vytvořit a rozvrhnout plán příjmu tekutin během dne.
- Pacient by měl vypít alespoň 1,7 l tekutin.

Realizace

Pacient měl okoralé rty a suchou kůži, moč byla sytě žlutá. Od pacienta jsem zjistila, jak vypadá jeho pitný režim během dne. Přiznal, že pije málo, vypije pouze 3 hrnky tekutin za den: 1 hrnek mléka k snídani, 1 hrnek bylinného čaje nebo ovocné šťávy k obědu, 1 hrnek černého čaje k večeři, dohromady cca 600 ml v nápojích (1 hrnek=200ml), k tomu asi 300ml tekutin v polévce. Celkem cca 900 ml za den. Pije málo, protože nemá žízeň.

Pacientovi jsem vysvětlila, že je nutné přijímat dostatek tekutin i když nemá pocit žízně, zdůvodnila jsem mu, které potíže v jeho případě může

nedostatek tekutin způsobovat. (Pacientovi kolísá krevní tlak, je unavený, pospává během dne, mívá závratě, zácpu.)

Společně s pacientem jsem připravila plán příjmu tekutin v domácím prostředí. Zdůraznila jsem, že není důležité, jakým tekutinám dá pacient přednost, ale celkové množství přijatých tekutin. Pacient má rád bylinné čaje a ovocné šťávy.

Pacient souhlasil s navýšením množství tekutin v době, kdy je zvyklý tekutiny přijímat, během snídaně, oběda a večeře vypije vždy 1,5 hrnku tekutin (tj.900 ml) v polévce přijme 300 ml tekutin. Z důvodu kontroly množství přijatých tekutin jsem mu navrhla použití lahve (např.PET), do které si sám nebo s pomocí manželky ráno připraví ovocnou šťávu nebo čaj. Navrhla jsem použít lahev o objemu 250 ml, jednu vypít během dopoledne a druhou během odpoledne. Lahev by měl postavit na místo, kolem kterého bude často procházet.

Zhodnocení

Pacient přišel na kontrolu za 1 měsíc. Podařilo se mu zvýšit příjem tekutin na 1,4 l. Známky dehydratace nejevil, jen rty měl trochu okoralé. Pacientovi se dařilo navýšit množství přijatých tekutin v době snídaně, oběda a večeře, nedařilo se mu popíjet během dne. Manželka mu plnila láhev čajem nebo ovocnou šťávou. Nedařilo se mu vypít hlavně dopolední množství stanovených tekutin. Uznal, že se cítí o něco svěžeji než před měsícem.

Cíl nebyl zcela splněn.

3.4.3 Riziko pádu z důvodů závratí, hypokineze, nejisté chůze s pulzemi

Cíl: Nedojde k pádu pacienta.

Plán:

- Zhodnotit rizika pádu.
- Zjistit, za jakých okolností u pacienta došlo k pádům.
- Doporučit vhodnou obuv, pevně držící, na suchý zip (Zdravé obouvání).
- Edukace a nácvik změn polohy, zdůraznit význam pomalých změn polohy, zejména při zvedání se z lůžka po dlouhém ležení (ortostatická hypotenze).

Realizace:

Vzhledem k pacientově nemoci, farmakoterapii a pádům v anamnéze byl pacient ohrožen rizikem pádu. Od pacienta jsem věděla, že v minulém období upadl při oblékání, neboť se pokoušel oblékat kalhoty ve stoje, zamotala se mu hlava a upadl.

Zdůraznila jsem bezpečný způsob oblékání, oblékání vsedě. Pacient chodí doma v pantoflích, které mu na nohou moc nedrží. Zdůraznila jsem nutnost pevné a neklouzavé obuvi.

Spolupracovala jsem s rodinou pacienta, doporučila jsem obuv se zapínáním na suchý zip, které si pacient zvládne obout sám a bezpečně drží na nohou. Doporučila jsem navštívit prodejnu zdravotnických potřeb nebo

prodejnu zdravé obouvání, kde mohou vhodnou obuv zakoupit. Manželce jsem dala na tuto prodejnu kontakt.

Pacientovi jsem vysvětlila, proč má při změnách polohy z lehu do sedu a ze sedu do stoje chvíli setrvat na místě a teprve po chvíli pokračovat v pohybu, postavit se či rozejít se. Vysvětlila jsem mu, že při rychlých změnách pohybu dochází ke změnám těžiště těla a může dojít k nedostatku krve v mozku, v důsledku čehož může dojít k mdlobě, k nestabilitě a pádu.

Zhodnocení:

Nedošlo k pádu ani poranění pacienta.

3.4.4 Porucha spánku v důsledku narušení denního režimu (souvislost s onemocněním PN a s léky)

Cíl: Zlepšení spánku a odpočinku.

Plán:

- Zjistit od pacienta, v kolik hodin chodí spát, kolik hodin denně spí, v kolik hodin vstává.
- Zjistit od pacienta, manželky, kolik času přes den prospí.
- Zjistit, za jakých okolností se pacient ukládá ke spánku, zda je místnost vyvětraná.
- Zdůraznit nevhodnost pospávání přes den.
- Zvolit pravidelnou dobu pro ukládání ke spánku a vstávání.
- Doporučit praktiky vhodné před ukládáním ke spánku.
- Po ulehnutí na lůžko doporučit relaxování, ne stresující myšlenky.

Realizace:

Od pacienta jsem zjistila, že čas ukládání ke spánku je velmi rozmanitý, ukládá se mezi 22 hodinou a 03 hodinou. Vstává mezi 7-8 hodinou. Doba spánku je 5-7 hodin. Když usne, spí tvrdě, vzbudí se jednou pro potřebu močení.

Pozdě chodí spát, protože mu jde vše pomalu, často se v průběhu večerní hygieny dostaví „freezing“, který trvá někdy i hodinu. Tyto stavy se dostavují v souvislosti s větší fyzickou námahou přes den. Má špatný časový odhad.

Pokud je noční spánek kratší, často pospává přes den, jakmile se někde posadí, spí. Usínání přes den se dostavuje v menší intenzitě i po noci, kdy byla délka spánku dostatečná. Manželka mi sdělila, že délka spánku má veliký vliv na pacientovu hybnost, po delším spánku je pacient více mobilní.

Pacienta jsem vedla k tomu, aby určil čas ukládání ke spánku, který pro něho bude optimální. Pacient určil čas na 22 hodin. Odhadli jsme, že na přípravu k uložení (večerní hygiena, příprava lůžka a pokoje) potřebuje 90 minut, z toho vyplývá, že ve 20.30 začne pacient s večerní hygienou, aby bylo možné ve 22 hodin ulehnout. Zdůraznila jsem důležitost tuto dobu dodržovat.

Poukázala jsem na pozitivní vliv dostatečného spánku na zdravotní stav pacienta, na jeho hybnost a na kvalitu prožití dalšího dne.

Zhodnocení:

Během měsíce se asi šestkrát stalo, že pacient nedodržel plán a šel spát pozdě. Uznal, že když se v noci vyspí, druhý den se cítí lépe. Vypadal odpočatě. Pospávání přes den trvá, i když v menší intenzitě. Manželka tento úkol zhodnotila s úsměvem, že její manžel potřebuje „dostat příkaz“ a ten se snaží dodržovat. Na její domlouvání dříve nereagoval. Cíl splněn.

3.4.5 Porucha vyprazdňování - zácpa - v důsledku nemoci a nevhodného složení stravy

Cíl: Změkčení stolice, úleva při vyprazdňování.

Plán:

- Zjistit od pacienta frekvenci stolice, závislost zácpy na stravě, pohybové aktivitě či jiných podmínkách.
- Zjistit stravovací návyky, složení stravy, množství tekutin za den.
- Doporučit pacientovi stravu s dostatkem vlákniny.
- Doporučit dostatek tekutin, omezit konzumaci černého čaje.
- Doporučit kompoty, např. švestkový.

Realizace:

Pacient se vyprazdňuje obden, téměř pravidelně, stolice je tuhá, defekace je obtížnější. Pacienta jsem se vyptala na složení stravy, pátrala jsem, zda jeho jídelníček obsahuje dostatek vlákniny, zda přijímá dostatek tekutin.

Pacient má nedostatečný příjem tekutin a jeho strava obsahuje minimální množství vlákniny, syrovou zeleninu a ovoce téměř nejlí (2 jablka za týden). Poukázala jsem na pozitivní vliv vlákniny na zažívání a na prevenci jiných onemocnění (diabetes, ateroskleróza, kolorektální karcinom...), seznámila jsem pacienta, v kterých potravinách je vláknina obsažena (ovoce, zelenina, vločky, celozrnné pečivo, luštěniny...).

Pacienta jsem seznámila s přípravkem Psyllium. (Přípravek vlákniny v prášku, rozmíchá se ve vodě a vypije. Je však nutný dostatečný příjem tekutin.)

Navrhla jsem omezení černého čaje ve prospěch ovocných šťáv, které má pacient rád. Opět jsem připomněla pozitivní vliv dostatečného množství přijatých tekutin. Připomněla jsem pozitivní vliv vypití skleničky vlažné vody či šťávy ze švestkového kompotu v ranních hodinách. Doporučila jsem konzumaci švestkového kompotu a jiných kompotů.

Zhodnocení:

Pacient zaznamenal snadnější vyprazdňování.

3.4.6 Zhoršení jemné motoriky, obtíže se psaním

Cíl: Pacient bude znát cviky k procvičení hrubé a jemné motoriky a bude je provádět.

Plán:

- Edukovat pacienta o zvolení vhodné doby pro cvičení, cvičí se vždy ve fázi dobré hybnosti.
- Věnovat se cvičení 20 minut každý den.
- Seznámit pacienta se cviky, které jsou vhodné k udržování a procvičování hrubé a jemné motoriky.
- Střídatě zatínat pěst a povolovat.
- Otevřít dlaň, roztáhnout prsty a zase je vrátit zpět.
- Dotýkat se střídatě prsty palce.
- Rolování šátku, ručníku jedním směrem a pak opačným, jako by se ždímal.
- Zavazování kličky na šňůrce jako na botách (složit ručník, utěrku, omotat šňůrkou, udělat kličku).
- Seznámit pacienta se „Cvičením s míčky pro Parkinsoniky“ a vybavit ho brožurkou.
- Pacientovi vysvětlit postup grafomotorického cvičení, dát mu procvičovací tiskopisy „Psaní pro parkinsoniky“.

Realizace:

Pacient si stěžoval na zhoršení pohyblivosti ruky, hlavně na obtíže se psaním. Seznámila jsem ho s možnostmi cvičení s míčky a s jinými cviky, které může realizovat. Pacienta jsem vybavila brožurkou „Cvičení s míčky pro Parkinsoniky“ a letákem „Cvičení pro zlepšení hybnosti“. Pacientovi jsem vysvětlila pozitivní efekt pravidelného cvičení v rozsahu alespoň 20 minut denně. Z uvedených cviků si může vybrat, které mu budou vyhovovat.

Pacienta jsem seznámila s grafomotorickým cvičením, dala mu popis tohoto cvičení a procvičovací tiskopisy. Grafomotorická cvičení bude realizovat, pokud na ně bude mít sílu.

Grafomotorická cvičení – postup:

Provádí se v rovném sedu, procvičují se obě ruce najednou. Začíná se procvičením ramen, loktů, zápěstí (kruhy a kroužky), následuje mačkání molitanového míčku a poté procvičení jednotlivých prstů (střídatě dotýkání palce a jednoho z prstů).

Následuje psaní křivek ve vzduchu a to hlavně dominantní rukou (kterou pacient píše). Poté začne s opisováním textu.

Zhodnocení: Pacient cvičení prováděl asi 5x týdně, většinou 15-20 minut. Grafomotorické cvičení uskutečnil 1x za týden.

Cíl splněn, pacient se naučil jednotlivé cviky a prováděl je.

3.4.7 Narušení verbální komunikace způsobené svalovou inkoordinací a projevující se zhoršenou artikulací

Cíl: Pacient bude znát možnosti rehabilitace a posilujícího cvičení pro zlepšení faciokineze a bude tyto cviky provádět.

Plán:

- Edukace pacienta o významu cvičení pro zlepšení faciokineze (činnost svalů, které se podílejí na výslovnosti, mimice, žvýkání a polykání).
- Cvičit ve fázi dobré hybnosti.
- Před cvičením je vhodné svaly namasírovat, masáž uvolní zvýšené svalové napětí (dvě froté žínky namočit do vlažné vody, vyždímat, navléct každou na jednu ruku; masáž provádět souměrně oběma rukama vždy od středu do stran, postupovat od čela k bradě (tahy vedené přes oči vést přes zavřené oči).
- Cvičit bude obden v dopoledních hodinách, požádat manželku o kontrolu.
- Cvičit vždy před zrcadlem, cvičit přesně, každý cvik opakovat 5x.
- Pacient dostane informační leták s popisem cviků.

Realizace:

Pacienta jsem poučila o vlivu cvičení na zlepšení výslovnosti a pohyblivosti mimických svalů, pacient se rozhodl cviky naučit. V přítomnosti manželky jsem mu sdělila hlavní zásady pro cvičení, jako cvičit ve fázi dobré hybnosti, před cvičením namasírovat obličej, cvičit před zrcadlem, provádět cviky přesně, každý cvik 5x zopakovat.

Pacient dostal informační leták s popisem jednotlivých cviků (viz příloha).

Zhodnocení: Pacient se cviky naučil a prováděl, cíl splněn.

3.5 Dlouhodobý plán

Při stanovení dlouhodobého plánu jsem vycházela z prognózy nemoci.

Cíle:

1. Seznámit pacienta s možností lázeňské léčby s vysvětlením, proč je vhodné ji absolvovat, pacient se rozhodne, zda a kdy této možnosti využije.
2. Informovat pacienta o pořádání kondičních pobytů, které jsou pořádány společností Parkinson pro nemocné s PN.
3. Podat informace o společnosti Parkinson a o jejich aktivitách, dát pacientovi kontakty.
4. Dle zdravotního stavu pacienta upozornit na využití kompenzačních pomůcek, které mohou pacientovi ulehčit některé úkony (např. sedátko do vany, nástavec na toaletní mísu).
5. Udržovat komunikaci s rodinnými příslušníky (v průběhu kontrolních návštěv pacienta).

Realizace:

3.5.1 Lázeňská léčba (LL)

Na základě doporučení neurologa lze poskytnout komplexní lázeňskou léčbu, která je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Neurologický lékař napíše doporučení, na jehož základě praktický lékař sepíše pojišťovně návrh na lázně. Lázeňský pobyt se uskuteční do 3 měsíců od vystavení návrhu. Komplexní lázeňskou léčbu lze poskytnout pouze jedenkrát.

V případě, že je žádoucí v následujícím období lázeňskou léčbu opakovat, je možné další pobyt uskutečnit jako příspěvkový, kdy pojišťovna hradí pouze léčbu. (Pacient si platí hotelové služby- ubytování a stravu.)

Pacient sám musí zvolit, kdy chce lázeňskou léčbu podstoupit. Z odborného hlediska se doporučuje v časném a středně pokročilém stadiu nemoci, dokud je pacient dostatečně mobilní a nemá psychické komplikace jako halucinace, poruchy paměti atd. (V těchto stadiích již není LL možná.)

Náplň lázeňského pobytu je individuální, stanoví ji lázeňský lékař na základě prohlídky pacienta. Obvykle zahrnuje denní skupinové či individuální cvičení a další terapie dle možností konkrétního lázeňského zařízení. Cílem léčebných procedur je snížení svalového napětí a ztuhlosti, úleva od bolesti a zlepšení hybnosti. Všechny procedury probíhají za přítomnosti vyškoleného odborného personálu.

Nejpřínosnější je denní cvičení, cvičení ve vodě a plavání. Dále je možná balneoterapie, perličkové koupele, uhličité koupele, vířivá koupel, masáže a tepelné masáže, aplikace parafinu nebo soluxu. Lázeňský pobyt má význam i na psychiku pacientů, neboť mají možnost navázat nové kontakty, konzultovat své problémy, společně se účastnit společenských a kulturních akcí, které jsou součástí lázeňského pobytu.

Lázeňský pobyt v délce 3 až 4 týdnů zajišťuje dostatečné plnění léčebného záměru. Oblíbené jsou Lázně Klimkovice, dalšími možnostmi jsou např. Jánské Lázně, Vráž, Dubí (6).

3.5.2 Rekondiční pobyty (RP)

Organizací RP se zabývá Společnost Parkinson. RP probíhají v zařízeních hotelového typu, které jsou pro pacienty s PN finančně dostupné. Menší část nákladů bývá hrazena z ministerských dotací (dosud tomu tak bylo).

Délka pobytu je 7-10 dnů, obvykle bývá přítomen lékař, fyzioterapeut, logoped, psycholog a vedoucí pobytu. Někdy se pobytu účastní i doprovod nemocných.

Podmínkou fungování programu je kázeň pacientů, účast na povinném programu jako jsou ranní rozcvičky, cvičení a logopedie.

Další program zahrnuje sportovní aktivity, vycházky, společenskou zábavu, případně přednášky lékaře.

Význam RP spočívá v získání návyků k pravidelnému cvičení a k zlepšení kondice, navázání kontaktů a získání širších informací o nemoci (5).

3.5.3 Společnost Parkinson (SP)

Společnost Parkinson nabízí pomocnou ruku nemocným a jejich rodinám. Ve velkých městech má *kluby*, které vedou aktivní nemocní ze Společnosti Parkinson. Kluby organizují cvičení v tělocvičně, někde i

v bazénu, logopedii, ergoterapii, výlety, přednášky, setkání, společenské a kulturní akce. SP pořádá *kondiční pobyty*. Nejvíce akcí bývá pořádáno na Světový den Parkinsonovy nemoci 11. dubna.

Společnost vydává *časopis Parkinson*, který je určen těm členům, jež ze zdravotních důvodů či vzdálenosti nemohou navštěvovat kluby. *Webové stránky* poskytují informace, komunikaci po chatu, webové fórum a on-line poradnu (19, s. 199-201).

Kontaktní údaje:

Společnost Parkinson

Volyňská 20

100 00 Praha 10

tel.+fax: 272 739 222 www.parkinson-cz.net

3.5.4 Kompenzační pomůcky (KP)

V souvislosti se zdravotním stavem může ošetřující lékař předepsat kompenzační pomůcky. Některé (KP) musí schválit revizní lékař pojišťovny, což v praxi trvá týdny. Kompenzační pomůcky lze také za poplatek zapůjčit. Půjčovny kompenzačních pomůcek jsou zřizovány v rámci sociálních služeb. (Charita, Diakonie apod.)

3.5.5 Komunikace s rodinou

Předpokladem pro komunikaci s rodinou je přítomnost člena rodiny při kontrolním vyšetření pacienta. Pečující osoba může doplnit informace o projevech zdravotního stavu pacienta v domácím prostředí, což je velmi cenné a na druhé straně může být přítomna závěru vyšetření s doporučením vhodné terapie.

3.6 Psychologické zhodnocení pacienta

Nemocný je pacientem naší ordinace od roku 2008. K prvnímu vyšetření se dostavil na základě doporučení praktické lékařky, kterou navštívil pro dlouhotrvající potíže, které se znatelně zhoršovaly. Byly to potíže zcela zřetelně poukazující na možnou diagnózu PN. Po stanovení diagnózy a seznámení pacienta s diagnózou lékařka stanovila terapii a vysvětlila pacientovi možnosti léčby včetně režimových opatření. Pacient docházel na pravidelné kontroly po 3 měsících, jeho stav byl stabilizovaný bez výraznějších změn v hybnosti.

Při kontrolní návštěvě, z které vychází moje práce, jsem zaznamenala viditelné zhoršení pacientovy hybnosti a zdravotního stavu.

Po vyšetření pacienta a rozhovoru s ním, pacient uvedl skutečnost, že si někdy nevezme dávku léku. Již v předcházejícím období občas vynechal v užívání léků, v té době věřil, že nemoc překoná silou vůle a že léky nepotřebuje. Pacient se opakovaně zabýval otázkami, co v jeho životě mohlo nemoc vyvolat a zda neexistuje možnost nemoc vyléčit alternativní metodou, například použitím bylinné léčby. Progrese příznaků PN tedy do jisté míry korespondovala i s touto skutečností.

S pacientem jsem hovořila o období, které předcházelo nemoci. Vzpomínal, že přibližně rok před stanovením diagnózy nebyl zcela zdrav.

Pocíval velkou únavu, měl unavené nohy a byl neustále zpožděný. Pak si při rutinní práci kolem hospodářství „udělal“ kýlu a následně vymknul kotník a to dokonce opakovaně. V té době ho již pravá strana „poslouchala“ méně (příznak PN – hypokineze). Bylo to cca 1 rok před stanovením diagnózy.

Pacient prochází jednotlivými stádii nemoci. Nejprve reagoval popřením na sdělení diagnózy: „Ne, to není možné! Já nemám nevyléčitelnou nemoc, nepoddám se, nemoc jistě překonám!“ Proto pacient „občas“ vynechával medikaci a přesvědčoval sám sebe, že ji nepotřebuje. (V období na počátku léčby).

Následovala fáze, kdy si kladl otázku, proč zrovna on, neboť se domníval, že celý život žil zdravě; nekouřil, nepil alkohol ani kávu, měl dostatek pohybu.

Pacient je věřící a tak po nějakém čase našel odpověď ve své víře: „Má to tak být.“

V současné době u pacienta došlo k zhoršení hybnosti a některé úkony, např. holení či koupel ve vaně, bez pomoci nezvládne (nevleze sám do vany). Bojuje sám se sebou, nerad si říká o pomoc druhým, byť členům vlastní rodiny a očekává, že iniciativa přijde zvenku, od manželky, dětí. Pro manželku a rodinné příslušníky je tato situace také obtížná, neboť je mnohdy ani nenapadne, jaké nové obtíže pacienta trápí, pokud jim o nich neřekne.

Z těchto důvodů je velmi důležitá edukace pacienta a rodinných příslušníků a jejich seznámení se s možnými komplikacemi a obtížemi PN, ale i možnostmi a způsoby zvládnání těchto stavů.

3.7 Sociální problematika pacienta

Jde o pacienta v důchodu, který žije ve společné domácnosti s manželkou. V současné době je soběstačný při běžných každodenních činnostech. Manželka dohlíží nad užíváním léků, připomíná cvičení apod. Ve stejném městě žijí 2 synové, se kterými se stýká. Společné příjmy z důchodu pokrývají náklady domácnosti.

Progresí nemoci dojde postupně k menší soběstačnosti a závislosti pacienta na pomoci pečující osoby. Pacient si může požádat o příspěvek na péči. Existují poradny pro uživatele sociálních služeb a centra pro osoby se zdravotním postižením, kde je možné obdržet komplexní informaci jak postupovat a kde hledat pomoc při péči o blízkého s PN. (19, s. 153-198)

Poradna NRZP ČR pro Kraj Vysočina (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, o.s)

Vendula Bambulová, DiS.

Havlíčková 44

586 01 Jihlava

Tel.: 567 586 129

Mobil: 736 751 210

Mail: poradnajihlava@nrzp.cz (<http://www.poradnaprouzivatele.cz/poradna-detail.php?mesto=jihlava>)

3.8 Prognóza

Pacient je v současné době léčen agonisty dopaminu z důvodu oddálení nasazení L-DOPY a tedy oddálení nežádoucích komplikací léčby L-DOPOU. Vzhledem k progresi hypokineze a rigidity je pravděpodobné převedení pacienta v dohledné době na preparáty L-DOPY. Po nasazení L-DOPY obvykle dochází k zlepšení hybnosti pacienta, ale časem se dostávají komplikace léčby L-DOPOU. Tyto komplikace se dostávají v průměru do 5 let od nasazení L-DOPY. Mnoho záleží i na samotném pacientovi, jak se k nemoci postaví, zda bude cvičit a udržovat si fyzickou kondici. V tuto chvíli se zdá, že se pacient k nemoci staví aktivně, zajímá se o vše, co mu může pomoci. Mohou se však objevit komplikace psychického rázu jako je deprese či demence.

Velmi podstatná je podpora pacienta rodinou.

Těžko se dá odhadnout, jak se bude vyvíjet zdravotní stav u konkrétního pacienta, obecně prognózu popisují v závěru klinické části této práce.

3.9 Edukace rodinných příslušníků a pečujících osob

3.9.1 Zásady pro pečující o nemocné s PN

Péče o nemocného s PN je pro pečující velmi náročná a vyžaduje obrovskou trpělivost. Zde jsou uvedeny hlavní zásady:

- **Podporovat soběstačnost pacienta**, pomáhat mu pouze tehdy, pokud sám není výkonu schopen. Pro pacienta je vše tréninkem a cvičením k udržování motoriky.
- **Nepospíchat na pacienta**, vymezit si dostatečný čas, běžné úkony nemocnému (oblékání, hygiena, jídlo) zaberou větší množství času. Pokud za nemocného vše uděláme, vhnání ho tyto situace do skepse a deprese.
- **Přizpůsobit denní režim možnostem pacienta.**
- **Nevyřazovat pacienta ale ani sebe ze společenského života**, udržovat staré kontakty, navazovat nové. Pokud je to možné, vhodné je zapojení do klubu společnosti Parkinson, které jsou zřízeny ve větších městech, či se účastnit akcí které pořádají, např. kondiční pobyty jsou výbornou alternativou.
- **Podporovat pohybovou aktivitu pacienta**, procházky, cvičení.
- **Neznevažovat obtíže pacienta** ale na druhé straně nadměrný soucit vyvolává u nemocného pasivitu.
- **Pečující má právo na svůj život, na své aktivity, na čas být sám**; neměl by odmítat pomoc od bližních, aby mohl občas strávit čas mimo domov (19, s. 128).

3.9.2 Režimová opatření

1. Léky

Je nutné řídit se pokyny lékaře a dodržovat určené dávky léků v průběhu dne. Pacient nemůže sám měnit způsob léčby. V průběhu léčby může dojít k situacím, kdy se stav pacienta prudce změní, zhorší se jeho pohyblivost a ostatní příznaky. Zhoršení může mít příčinu v samotné nemoci nebo může být způsobeno jinými činiteli, např. infekčním onemocněním pacienta s PN. V takovém případě je třeba zdravotní stav konzultovat se svým lékařem (někdy je to možné i telefonicky), který případně změní dávkování či časování léků. Léčba se nesmí přerušit.

Nemocný s PN by měl u sebe ***nosit seznam všech léků včetně dávkování a diagnózy.***

Léky s L-DOPOU

Dávku L-DOPY je nutné požit 45 minut před jídlem nebo po jídle, někdy je potřeba snížit množství bílkovin v potravě. Bílkoviny zhoršují vstřebávání L-DOPY a tím snižují její účinek.

2. Rehabilitace, pohyb

Pohyb a rehabilitace jsou velmi důležitou součástí komplexní léčby PN. Pohybem je udržována dobrá fyzická kondice, ale i psychická. Při fyzické aktivitě, pohybu se v mozku vyplavují endorfiny, které jsou odpovědné za dobrou náladu. Důležité je, aby pacient cvičil pravidelně, neboť rozpohybuje ztuhlé svaly. Proto podporujte nemocného v jakékoli pohybové aktivitě.

3. Oblečení a oblékání

Vhodné je oblečení bez knoflíků, případně na suchý zip. Zapínání knoflíků je pro nemocné velkým problémem. Na úchytky zipů je vhodné navléknout tkanici či kroužek, které nemocnému zjednoduší zapínání a rozepínání. Nebezpečné je plandavé oblečení, kterým může nemocný o něco zachytit. Nejvhodnější je oblečení z přírodních materiálů sajících pot. Obuv by neměla mít tkaničky, lépe vyhovuje zapínání na suché zipy. Měla by mít neklouzavé podrážky a pevnou patu. Oblékat je vhodné ve fázi dobré hybnosti.

4. Osobní hygiena

Pacienti s PN mohou mít problém s osobní hygienou pro omezenou hybnost. Problematická je hygiena dutiny ústní, konkrétně proces čištění zubů. Doporučuje se používat elektrický kartáček. K holení je vhodnější elektrický holicí strojek, pro nemocného je snadnější na manipulaci. Celkovou hygienu je vhodnější praktikovat sprchováním vsedě na plastové židli. Také hygienu je vhodné provádět ve fázi dobré hybnosti.

5. Stravování

Je vhodné jíst menší množství jídla častěji, 5x denně. Vzhledem k častému výskytu zácpy je důležité zařadit pokrmy s dostatečným množstvím vlákniny, která je v ovoci, zelenině, celozrnném pečivu, v luštěninách apod. Dobrý vliv

může mít citrónová šťáva, švestkový kompot. Důležitý je dostatečný příjem tekutin v množství minimálně 1,5-2l denně.

Někteří nemocní s PN mohou mít potíže s polykáním. V takovém případě je vhodné kašovitě jídlo či polévky. Polykání obvykle dobře stimuluje doušek hodně studené vody před jídlem. Je třeba dbát na to, aby nemocný seděl u stolu vzpřímeně s nepokleslou hlavou.

Pro nemocné bude jednodušší jíst lžící a z misky, která po stole neklouže, a pít z hrnečku s ouškem. Léky je výhodné připravit do speciální nádoby s přihrádkami (lze zakoupit v lékárnách), kde je každá dávka léku označena a oddělena.

6. Prostředí bytu

Z míst, kudy nemocný prochází, je potřeba odstranit předměty, které lze převrhnout, shodit či o které může pacient zakopnout. Nemocnému se špatně pohybuje po vysokých a měkkých kobercích, nebezpečné jsou i koberce, které nejsou ode zdi ke zdi. Nemocný může zakopnout, uklouznout a hrozí mu pády. Pokud jsou v bytě schody, je vhodné je opatřit madly, rovněž tak dlouhé chodby.

Dle stupně pohyblivosti nemocného je vhodné vybavit WC sedátko nástavcem na toaletní mísu a madly na zeď či opěrkami po straně toaletní mísy. Pacientovi to usnadní očišťování.

Koupelnu je vhodné vybavit plastovou židličkou do sprchy či sedátkem do vany. Dveře od koupelny a WC by se měly otevírat směrem ven. (Pokud by nemocný uvnitř upadl, mohl by svým tělem zablokovat dveře.)

7. Sexuální život

Asi třetina pacientů s PN udává obtíže sexuálního rázu, u mužů se může objevit porucha erekce. Zdá se, že větší díl potíží v této oblasti je způsoben stresem, depresí a nejistotou. Mnoho závisí na vzájemných vztazích a pochopení partnerů.

8. Spánek

Častá je nespavost, obtížné usínání a brzké buzení. Tento problém je velmi obtížný, doporučuje se omezit spánek přes den a řídit se zásadami spánkové hygieny. Nemocní s PN mohou mít problémy s přetáčením na lůžku z důvodu snížené hybnosti. Proto je pro nemocného lepší pevná matrace a lehká přikrývka.

Problémem může být i vstávání z lůžka, obtížné posazení a následně postavení. Je vhodné pořídit k lůžku pevný kus nábytku, o který se pacient může opřít, nebo madlo na zeď.

Ranní léky měl vzít pacient ještě na lůžku a se vstáváním počkat, až nastoupí účinek (18).

Základy spánkové hygieny

- omezení denního spánku, dostatek tělesné a duševní aktivity přes den;
- 4-6 před spánkem nepít černý čaj, kávu;
- poslední pokrm 3-4 hodiny před ulehnutím;
- po večeri lehká procházka, četba;
- během pozdního odpoledne necvičit;

- neřešit stresová témata v době před ulehnutím;
- pravidelnost, stejný čas uléhání a vstávání;
- pravidelně uléhat a vstávat, omezit spánek během dne;
- dodržovat rutinní činnosti před spaním, které navazují pohodu a relaxaci (např. hygiena);
- spát ve vyvětrané místnosti (17-21°C);
- nehlukné a klidné prostředí (10).

9. Deprese a úzkost

Asi 50% nemocných s PN prodělá v průběhu nemoci depresi, která se projevuje apatií, smutkem bez příčiny, podrážděností, poruchami spánku apod. Nemocní často o těchto svých pocitech s ošetřujícím lékařem nemluví. Rodinní příslušníci by měli ošetřujícího lékaře na tuto skutečnost upozornit. Deprese výrazně snižuje kvalitu pacientova života, neboť nemocný velmi trpí. V léčbě se uplatňuje podávání antidepresiv a psychoterapie.

10. Náhlé zarázy v pohybu

Pacienti mohou trpět náhlými zarázy uprostřed prováděného pohybu, kdy jakoby přimrznou k podlaze. Tento záraz obvykle pomůže překonat provedení jiného pohybu než předcházel zárazu. Tyto potíže obvykle nesouvisí s účinkem dávky léků .

11. Nejistota ve stoji a při chůzi, pády

Změněný postoj a držení těla a porucha chůze patří mezi projevy PN. Někdy (zvláště u těžších forem onemocnění) může docházet k pádům a ke zraněním. Určitý význam může mít rehabilitace a udržování fyzické kondice pacienta, důležitá je úprava bytu (instalace madel, vhodná podlahová krytina, odstranění nebezpečných předmětů, kompenzační pomůcky apod.).

12. Návštěva lékaře

Při návštěvě lékaře, který pacienta nezná, je vhodné:

- a) přinést co nejkomplexnější dokumentaci
- b) sepsat základní zdravotní problémy v průběhu života s časovým údajem (operace, závažná onemocnění, alergie..)
- c) mít seznam užívaných léků
- d) napsat si dotaz, na který se chce pacient lékaře zeptat

13. Přijetí do nemocnice, operace, lékařské zákroky

- a) přinést lékařskou zprávu od ošetřujícího neurologa, upozornit na své onemocnění
- b) přinést si dostatečné množství užívaných léků
- c) informovat se o tom, zda lze zákrok provést v místním či svodném znečitlivění (je pro pacienta s PN méně rizikové)
- d) upozornit na co nejkratší interval ve vysazení L-DOPY
- e) u pacientů s PN jsou zakázány některé léky, které se používají v perioperačním období: typická neuroleptika, adrenalin, halotan (18)

3.10 Závěr

V této ošetrovatelské kazuistice je zpracován ošetrovatelský proces u 70 letého pacienta s onemocněním Parkinsonovou nemocí. Prostřednictvím zpracování tématu jsem pronikla hlouběji k informacím o etiopatogenezi a patofyziologii nemoci, o léčbě a mechanismech účinků jednotlivých skupin antiparkinsonik a šíři jejich účinků a to i nežádoucích účinků. Ujasnila jsem si řadu řadu souvislostí, které se týkají tohoto onemocnění.

Parkinsonova nemoc je velmi časté onemocnění a svými projevy se dotýká nejenom pacienta ale i jeho rodiny. Pro zvládnutí nemoci a optimální kvality života pacienta s PN je nesmírně důležitá podpora rodiny. Péče o pacienty s PN je obtížná a to hlavně po stránce psychické, neboť vyžaduje obrovskou trpělivost. Na pacienty se nemůže spěchat.

Jako sestra jsem poznala obtížnost získávání širších anamnestických dat (než je obvyklé v praxi) pomocí rozhovoru s pacientem. Veškerá péče a komunikace včetně edukace je nesmírně náročná na čas, neboť pacienti s PN jsou celkově zpomalení. Pacient výborně spolupracoval a myslím, že byl vděčný, že mu někdo věnuje tolik času.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd.Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
2. Bareš, M. Současné trendy v léčbě Parkinsonovy nemoci. *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč.11, č.2, s. 70-73
3. Bednařík, J., Ambler Z., Růžička E. *Klinická neurologie, část speciální I*. 2.vyd.Praha: TRITON, 2010. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9
4. Berger, J., Kalita, Z., Ulč, I. *Parkinsonova choroba*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 147 s. ISBN 80-85912-13-91
5. Čapková, L. Lázně nebo rekondice ?. *Parkinson*, 2010, č. 31, s. 13-16
6. Dostál, V. Lázeňská léčba u Parkinsonovy choroby. *Parkinson*, 2011, č. 33, s. 7-8
7. Doenges M., E., Moorhouse M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
8. Dušek, P. Parkinsonova nemoc a spánek. *Parkinson*, 2010, č. 31, s. 2
9. Fiedler, V. Rekondiční pobyty. *Parkinson*, 2010, č. 31, s. 10
10. Horvat, E. M. Základy spánkové hygieny. *Parkinson*, 2010, č. 31, s. 3
11. Jarošová, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
12. Kaňovský, P. Farmakologie pokročilé Parkinsonovy nemoci ve světle doporučených postupů. *Neurologie pro praxi*, 2010, roč.11, č.4, s. 244-249
13. Marečková, J., Jarošová, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0
14. Martínková, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2007. 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4
15. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3

16. Petrovický, P. a kol. *Klinická neuroanatomie CNS s aplikovanou neurologií a neurochirurgií*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2008. 628 s. ISBN 978-80-7387-039-3
17. Rokyta, R. *Fyziologie pro bakalářská studia*. 2.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X
18. Roth, J., Růžička, E. *Život s Parkinsonovou nemocí, informace a praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Novartis, Praha 2005, 38 s.
19. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. A kol. *Parkinsonova nemoc*. 4. rozšířené vyd. Praha: MAXDORF, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3
20. *Standardy pro provádění a hodnocení CT vyšetření*. Dostupné z: http://www.homolka.cz/common/files/rdg_standardy_provedeni_a_hodnoceni_ct_vysetreni.pdf
21. *Standardy pro provádění a hodnocení MR mozku*. Dostupné z: www.homolka.cz/common/files/rdg_standardy_mr_mozku.pdf
22. Suchopár, J. *Remedia compendium*. 2. vyd. Praha: Panax, 1997. 663 s. ISBN 80-902126-3-8
23. Svatková, L., Cynybulková E. SPECT DaTSCAN – diagnostika Parkinsonovy nemoci a parkinsonských syndromů. *Praktická radiologie*, 2007, roč. 12, č.1, s. 25-27
24. Vránová, L. Hluboká mozková stimulace. *Sestra*. 2006, roč.16,č.7-8. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hluboka-mozkova-stimulace-u-pacientu-s-parkinsonovou-chorobou-274861>

SEZNAM ZKRATEK

Ach	Acetylcholin
BG	Bazální ganglia
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervový systém
COMT	katechol-O-methyl-transferáza
DBS	Deep Brain Stimulation
DBS STN	Deep Brain Stimulation Subthalamicus Nucleus
GIT	gastrointestinální trakt
KP	kompenzační pomůcky
LDK	levá dolní končetina
LL	lázeňská léčba
MAO-B	monoaminoxidáza B
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OP	ošetřovatelský proces
PN	Parkinsonova nemoc
RP	rekondiční pobyty
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SN	Substantia nigra
UZ	ultrazvuk

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Bazální ganglia	str. 11
Obr. 2	Synapse	str. 12
Obr. 3	Charakteristické držení těla nemocného s PN	str. 16

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ošetřovatelský záznam (ošetřovatelská anamnéza, plán ošetřovatelské péče)

Příloha č. 2: Seznam léků, které pacient s PN nesmí dostat

Příloha č. 3: Cvičební sestava k ovlivnění hlavních projevů Parkinsonovy nemoci

Příloha č. 4: Cvičení pro zlepšení hybnosti pro pacienty s PN

Příloha č. 5: Cvičení s míčky pro Parkinsoniky

Příloha č. 6: Psaní pro Parkinsoniky