

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství
Bakalářské studium ošetřovatelství

Závěrečná práce
Ošetřovatelská péče o pacienta s transverzální míšní lézí

2005/2006

Lucie Ondřichová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Tomanová

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze dne 2. května 2006

Lucie Pustáková

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Časté komplikace po poranění míchy.....	2
2.1. Proleženiny.....	2
2. 2. Inkontinence moči a infekce močových cest	3
2. 3. Inkontinence stolice	4
2. 4. Porušené dýchání	5
2. 5. Autonomní dysreflexie	5
2. 6. Krvácení do zažívacího traktu	5
2. 7. Tromboembolická nemoc	6
2. 8. Ortostatická hypotenze	6
2. 9. Porucha sexuálních funkcí	6
2.10. Spasmy.....	6
2.11. Odvápňení kostí a zlomeniny	7
2.12. Heterotopické osifikace	7
2.13. Ztráta životní motivace	7
3. Ošetrovatelský proces u pacienta s poraněním míchy – ošetrovatelská kazuistika	8
3. 1. Identifikační údaje.....	8
3. 2. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	8
3. 2. 1. Lékařská anamnéza.....	8
3. 2. 2. Lékařské diagnózy.....	9
3. 3 Diagnostika.....	9
3. 3. 1. Fyziologické funkce.....	9
3. 3. 2. Zobrazovací vyšetření.....	10
3. 3. 3. Laboratorní vyšetření.....	10
3. 3. 3. 1. Laboratorní vyšetření krve.....	10
3. 3. 3. 2. Laboratorní vyšetření moči.....	12
3. 3. 3. 3. Mikrobiologické laboratorní vyšetření.....	12
3. 4. Léčba.....	13
3. 4. 1. Farmakoterapie.....	13
3. 4. 2. Dietoterapie.....	13
3. 4. 3. Fyzioterapie.....	13
3. 4. 4. Ergoterapie.....	13
3. 5. Průběh hospitalizace.....	14
3. 6. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav	14
3. 7. Komplikace po poranění míchy u pacienta.....	19
3. 8. Ošetrovatelské diagnózy.....	21
3. 9. Ošetrovatelské cíle a plány, jejich realizace a hodnocení.....	22
3. 10. Ošetrovatelská prognóza.....	27
3. 11. Reflexe.....	27
4. Zdroje informací.....	28
Přílohy: Anamnestický dotazník, plán péče, test soběstačnosti po míšním poranění, další vlastní texty o dané problematice	

1. Úvod:

Úrazy míchy patří k nejvíce devastujícím poraněním, která mohou člověka postihnout. Registr těchto zranění zatím v Česku chybí. Odhady počtu pacientů s transversální míšní lézí úrazové etiologie se v České republice pohybují mezi dvěma sty až třemi sty ročně.

Úrazy míchy se ale na celkovém počtu paraplegiků a tetraplegiků podílejí jen zhruba sedmdesáti procenty. K tomu je třeba připočítat ty pacienty, kteří ochrnuli v důsledku ischemie, nádorového onemocnění či spondylodiscitidy. Všichni tito nemocní by se měli dostat na spinální jednotku - speciální oddělení určené k prevenci a zvládnání časných komplikací při postižení míchy a komplexní rehabilitaci, umožňující co nejrychlejší návrat nemocného do běžného života.

V současnosti jsou v Česku čtyři spinální jednotky – nejstarší z nich v Úrazové nemocnici Brno, další ve Fakultní nemocnici Ostrava, Krajské nemocnici Liberec a relativně nově též v pražské Fakultní nemocnici v Motole. Dohromady mají kolem 80 lůžek. Se vznikem další takové jednotky se v nejbližší době nepočítá, i když všechny stávající jsou trvale obsazené. Kromě akutních pacientů se sem totiž z domova či jiných zdravotnických zařízení vracejí plegičtí nemocní, u kterých došlo k rozvoji komplikací, nejčastěji dekubitů či močové infekce.

Péče na spinální jednotce je multidisciplinární. Kromě lékařů a sester tu pracují fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové a v případě potřeby i další odborníci.

Ošetřování spinálních pacientů klade specifické nároky na znalosti sestry. Ošetřovatelská literatura v češtině v tomto oboru přitom zdaleka není vyčerpávající a dost často již nereflektuje nejnovější poznatky. I proto jsem se rozhodla této problematice věnovat v rámci své bakalářské práce.

Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala toto oddělení, ale je, že podle mého názoru představuje spinální pacient pro každou sestru velkou výzvu. Její intervence je nutná snad ve všech okruzích potřeb nemocného. Výsledky své práce přitom nevidí hned. Přesto si nemůže dovolit cokoli vzdát. Jakýkoli nihilismus může nemocného poškodit. K postižení míchy dochází většinou u mladších lidí. Tak jak se zlepšuje ošetřovatelská a léčebná péče, jejich očekávaná délka života se blíží délce života nepostižených vrstevníků. V průměru je před nimi 40 let „nového“ života na vozíku (Doležel, 2004). Jak hodnotný tento život bude, závisí z velké části na kvalitě ošetřovatelské péče v postakutní fázi léčby. Tím nejdůležitějším úkolem zdravotnického týmu přitom je přesvědčit pacienta, že život, který jej čeká, stojí za to, aby byl prožit.

Protože hlavním úkolem týmu spinální jednotky je zamezit vzniku komplikací, případně včas reagovat na jejich rozvoj, teoretickou část práce jsem se rozhodla strukturovat právě podle nejčastějších komplikací, které pacienty na tomto pracovišti ohrožují.

K vypracování kazuistiky jsem si po poradě s vrchní sestrou zvolila pana V. Jde o typického spinálního pacienta – mladý, dosud velmi aktivní muž, žitel rodiny, je po úraze na lyžích najednou odkázán na vozík a musí změnit a přehodnotit všechny aspekty svého dosavadního života.

2. Časté komplikace po poranění míchy

2.1. Proleženiny

Proleženiny u lidí s poškozenou míchou vznikají mnohem rychleji než u ostatních pacientů. Dříve dekubity provázely míšní poranění tak důsledně, že se obecně považovaly za jeho symptom (Beneš, 1988). Podle literatury se v menší či větší míře s dekubity potýká až 85 procent spinálních pacientů (Layon, 2004). Je ale jisté, že toto číslo je stále zbytečně vysoké. Dekubitus je především známkou špatné péče. Někdy se říká, že je nemocí ošetřujícího personálu. Jedním z hlavních úkolů spinálních jednotky je proto vzniku dekubitů zamezit. V poslední době se jim to daří stoprocentně. V období od září 2004 do září 2005 se na žádné z českých spinálních jednotek nevytvořil nový dekubitus (Setkání spinálních jednotek, Liberec – září 2005). To ale neznamená, že se zde s dekubity neseťká. Někdy i polovina pacientů na spinální jednotce proleženiny má, jde ale o defekty, se kterými přišli buď z domova, anebo ze zařízení, které řešilo jejich stav bezprostředně po úrazu (nejčastěji ARO). Prevence proleženin je každé sestře dostatečně známa. Nezbytné je chránit tkáň před tlakem, třením a macerací. Všechna lůžka spinálních jednotek jsou standardně vybavena antidekubitárními matracemi. Polohuje se většinou každé dvě hodiny. Součástí péče musí být dokonalá hygiena. Aby se zamezilo tření, manipulace s pacientem by měla probíhat pomocí polohovací podložky, nikoli smýkáním v posteli. Tření při přesunu z postele na vozík či pojízdnou vanu omezí speciální přesunovací prkno (rollboard). Stejně tak je třeba zamezit tzv. nůžkovému efektu, kdy se kůže s podkožím pohybuje v opačném směru než tkáň pod ní – to se například stává, když se pacient „sesuje“ v posteli s nadzvednutou horní částí.

Kromě lokálních faktorů má na vznik proleženin vliv celkový stav organismu. Negativně působí anémie, probíhající zánětlivá reakce, stres (a to i stres ve smyslu psychického diskomfortu), neadekvátní výživa. Proto by měla sestra v rámci prevence proleženin alespoň orientačně sledovat počet bílých krvinek a hladinu CRP (C – reaktivního proteinu), které představují (byť ne úplně specifické) markery přítomnosti zánětlivé reakce v organismu, krevní obraz pro orientační zhodnocení anémie a hladinu sérových bílkovin jako ukazatel stavu nutrice. Na nedostatečný příjem proteinů ukazuje především nižší hladina albuminu a prealbuminu. Albumin zobrazuje dlouhodobější stav, prealbumin informuje o aktuální situaci - dva či tři dny dozadu. Na vyhodnocení nutričního stavu pacienta existuje celá řada standardizovaných dotazníků např. Subjective Global Assessment (Detsky et al, 1987). U spinálních pacientů zpravidla není možné pracovat na základě změn Body Mass Indexu, protože je není možné vážit. Nelze přitom ale vycházet z předpokladu, že pokud je pacient obézní, nemůže trpět malnutricí. V případě podezření na malnutrici je nezbytné několik dní zapisovat, co pacient skutečně snědl (nikoli to, co mu bylo na tácu přineseno a zase odneseno). Na nutriční intervenci by se měl podílet nutriční terapeut. Pokud pacient není schopen získat dostatečné odpovídající množství živin z běžné potravy, je možné mu nabídnout sipping – popíjení průmyslově zhotovených vysokoproteinových přípravků. Nyní přichází na trh speciální výživa určená přímo pro pacienty s dekubity, případně pro pacienty dekubity ohrožené. Jde o přípravky Cubitan (krabičky s nápojem) a Cubison (vaky do sondy). Ty kromě proteinů, stopových prvků (zinek) a vitamínů obsahují i arginin – látku, která pozitivně ovlivňuje dusíkovou bilanci, posiluje anabolické procesy a zvyšuje syntézu kolagenu. K nutriční intervenci rovněž patří úsilí o maximální soběstačnost pacienta při jídle. U tetraplegiků pomůže například speciálně upravený příbor, případně lžice upevněná ve zvláštní rukavici. Pokud se již dekubity objeví a pacient musí být hospitalizován, je léčba nákladná a zdlouhavá. Podle údajů spinální jednotky v Praze – Motole jsou průměrné náklady na léčbu takového

nemocného 300 000 korun, u jednoho pacienta dosáhly dokonce výše 600 000 korun. U rozsáhlejších dekubitů je zpravidla nutné přistoupit k chirurgické nekrektomii. Existuje nyní celá škála moderních materiálů pro vlhké hojení ran a mnoho sester se již s nimi naučilo pracovat. Po vyčištění většího dekubitu je většinou nutná spolupráce s plastickými chirurgy, kteří provedou lalokovou plastiku.

Nedílnou součástí prevence proleženin je edukace pacienta. Ten musí vědět, že dekubity jsou hrozba, která se nad ním bude vznášet už trvale, bez ohledu na to, jak dlouhá doba od úrazu uplynula. K tomu, aby mimo nemocnici ke vzniku dekubitů nedošlo, je nezbytné, aby si pacient s odbornou pomocí vybral vhodný vozík, který umožňuje rovnoměrné rozložení váhy těla a také sedák, odpovídající jeho specifickým požadavkům. K volbě vozíku je třeba přistupovat s veškerou vážností. Lze při ní učinit celou řadu chyb, které mají na zdravotní stav pacienta bezprostřední vliv.

2. 2. Inkontinence moči a infekce močových cest

I když se lidé s porušenou míchou ze začátku děsí hlavně toho, že nebudou moci chodit, většinou vozík přijmou jako nedílnou součást své osobnosti. Teprve časem poznávají, že mnohem více než ztráta hybnosti jim ztrpčuje život inkontinence moče a stolice a na ní navázané infekce urogenitálního traktu, sexuální poruchy a zvýšené riziko vzniku proleženin. V různé míře je vyprazdňování moče narušené u všech pacientů s porušenou míchou. Mnozí uvádějí, že to je největší problém, kterému čelí a že inkontinence moče jim kvalitu života snižuje více, než samotná ztráta hybnosti. Rozlišují se dva základní druhy postižení močení. U lidí s vyšší míšní lézí je obvyklý spastický (reflexní) močový měchýř. Není zde poškozen nervový převod mezi měchýřem a míchou, ale chybí centrální regulace. Proto není možné volní vyprazdňování. K vyprázdnění dochází samovolně, při určitém stupni naplnění. U lidí s nižší míšní lézí bývá ochablý (areflexní) močový měchýř. Poškozené je zde i nervové spojení mezi měchýřem a míchou. Měchýř se plní až do maxima, pak moč vytéká, ale zbývá velké reziduum, které je zdrojem infekce. Je několik způsobů řešení inkontinence. Patří mezi ně permanentní močový katetr (s téměř zákonitým rozvojem močové infekce), dlouhodobá epicystostomie a pravidelné intermitentní cévkování. Mnozí pacienti s reflexním močovým měchýřem ovládají močení tzv. trigorováním, kdy vyvolávají reflex jemným poklepáváním na podbříšek a moč vypuzují následným tlakem. Podmínkou tohoto přístupu je, aby takové močení bylo bezpečné pro horní močové cesty a ledvinný parenchym, tedy bez patologicky zvýšeného intravezikálního tlaku. O tom se lze přesvědčit pouze urodynamickým vyšetřením, samotné sledování rezidua není dostatečné. Stejně tak lze pouze podle výsledků urodynamického vyšetření doporučit pacientův močení pomocí tzv. Credého manévru, kdy je moč vytlačena tlakem ruky na podbříšek. V současnosti se k tomu způsobu evakuace moči přistupuje jen u některých mužů po prostatektomii. (Doležel, 2004)

Na všech spinálních jednotkách je patrný příklon k intermitentnímu cévkování. Ze začátku cévkuje sestra (i u mužů), později se pacient naučí vycévkovat sám. U paraplegických mužů to nebývá problém, tetraplegikům komplikuje situaci ztráta jemné motoriky ruky. U těch je někdy lepší přistoupit k trvalé epicystostomii. Těžší je situace u žen, které nemají zrakovou kontrolu nad ústím uretry. Těm v začátcích pomůže zrcadlo. Prodává se i speciální zrcátko, které se dá upevnit k ruce. Musejí si ale zvyknout na koordinaci pohybů podle zrcadlově převráceného obrazu. Většina žen se při trpělivém vedení dokáže sama vycévkovat i bez zrcadla. Muži používají cévky CH 12 – 14, ženy CH 10 - 12. K ulehčení katetrizace se doporučuje dávat přiměřené množství lubrikantu přímo do ústí uretry, nikoli jen na cévku. Lze použít také speciální potažené katetry, které není třeba lubrikovat. Otevřený obal se na půl minuty naplní vodou (lze jej po tu dobu přilepit např.

k umyvadlu) a již je připraven k použití. Toto řešení ocení plegici například na cestách, protože takováto katetrizace je jednodušší. Na druhou stranu potažené katetry často nevyhovují tetraplegikům, kterým vyklouzávají z prstů. Pokud se cévkování nedaří, v žádném případě se neuchylujeme k násilí, ale voláme urologa. Cévkujeme přes den každé 3 - 4 hodiny, v noci pak každých 6 - 8 hodin. Objem moči se při jednotlivém cévkování má pohybovat od 300 do 600 ml, celková diuréza by neměla převyšovat 2000 ml. K tomu je nezbytné udržovat pravidelný a postupný příjem tekutin ve výši kolem tří litrů.

K prevenci infekce přispívá acidifikace moči. Její pH by se mělo pohybovat v rozmezí 5,7 - 6,2. K tomu přispívá vysoký obsah vitamínu C v potravě, případně lze podávat i medikamenty (L-methionin). Proplachování močového měchýře je během akutní fáze nevhodné.

Ve zdravotnickém zařízení vždy předpokládáme riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Proto je zde uplatňována sterilní katetrizace, tak jak ji sestra zná i z jiných oddělení. Cévkuje se za použití jednorázového katetru, sterilních tampónů či čtverců a desinfekce. V domácím prostředí mohou plegici přejít na takzvanou čistou intermitentní katetrizaci, kdy ústí uretry nedesinfikují a genitálie myjí jen dvakrát denně vodou a mýdlem. Je možné též několikeré použití jedné cévky, která je mezi cévkování uložena v původním obalu. Pro zdravotníka může být těžké o takovém systému vůbec přemýšlet, ale relevantní studie potvrdily, že čistá katetrizace nepřináší ve srovnání se sterilní vyšší výskyt infekcí urogenitálního traktu a pro nemocného je jednodušší, nehledě na ekonomické hledisko. (Krhut et al., 2005). Pomůcky pro intermitentní katetrizaci jsou hrazeny z veřejného pojištění.

Moderní medicína plegikům nabízí řešení pomocí stimulace předních kořenů sakrální míchy S2 - S4 (Sakral Anterior Root Stimulation - SARS). Nemocný díky ní může v příhodnou dobu vyvolat mikci či defekaci, případně i erekci.

První takto navozené mikce bylo dosaženo už v roce 1978 (Brindley). Později byla implantace stimulatoru doplněna o sakrální deaferentaci (SDAF) tj. přerušení zadních kořenů míšních. Tímto zákrokem se odstraní spasmus močového měchýře. Díky nižšímu intravesikálnímu tlaku pacienta neohrožuje vesiko-ureterální reflux. Takto navozená areflexie detruzoru rovněž značně omezuje detruzoro-sfinkterickou dyssyngii - stav, kdy se v době kontrakce detruzoru stahuje zároveň zevní svěrač. Tím se usnadňuje odtok moči během stimulovaného močení.

Stimulator stojí 340 000 korun. To je samozřejmě velká částka. Kromě nepochybně vyšší kvality života pacienta jsou však na straně zisků i uspořené náklady za léčbu chronických močových infekcí a za materiál potřebný k intermitentní katetrizaci. (Ondřichová, 2005)

I přes maximální možnou péči infekce močových cest trápí téměř všechny pacienty s míšní lézí.

Pokud je třeba moč katetrizovat, je pozitivní bakteriální nález v moči téměř pravidlem. Obvykle se chemoterapeutika a antibiotika nasazují jen tehdy, je-li nález masivní a projevuje se klinicky. U permanentního katetru je infekce ještě častější než při intermitentním cévkování. Ke snížení infekce přispívá kromě technicky správně prováděného cévkování také dokonale vyprázdněný močový měchýř. Reziduum by vždy mělo být co nejmenší. Pokud se v kterékoli fázi léčby nevyhneme permanentnímu katetru, je třeba jej u mužů fixovat směrem nahoru na břicho. Tento postup omezuje riziko vzniku dekubitů v ohybu uretry.

2. 3. Inkontinence stolice

Rovněž problémy s vyprazdňováním stolice jsou u postižení míchy pravidlem. Nekonrolovaný únik stolice se střídá s obdobím zácpy. Analogicky jako u močového měchýře, i zde jsou dvě varianty postižení - reflexní a areflexní střevo. U reflexního střeva je někdy možné dosáhnout defekačního reflexu opatrným drážděním konečníku kruhovým pohybem prstu. Je ale třeba dát pozor na příznaky autonomní dysreflexie (viz dále). Někde inkontinence stolice komplikuje léčbu chronických dekubitů v sakrální oblasti. Není výjimkou, že tuto situaci alespoň částečnělepší

dočasná či dokonce trvalá kolostomie. U těchto nemocných je důležitý dostatečný přísun vlákniny (ne méně než 15 g denně) a adekvátní hydratace (Neurogenic bowel management...,1998). Spíše jen experimentální metodou léčby je vytvoření arteficiálního svěrače pomocí nafukovacího kroužku. Většina nemocných dokáže časem vnést do vyprazdňování střeva jistou pravidelnost, často za pomoci čípku.. Obvyklá frekvence vyprazdňování stolice je jednou za dva dny. Jedna defekace ale může trvat více než hodinu.

2. 4. Porušené dýchání

Obecně jsou komplikace spojené s dýcháním nejčastějším důvodem smrti v období do šesti měsíců od poranění míchy. Tito pacienti mají zvýšené riziko vzniku atelektáz, snížené dechové kapacity, pneumonie, bronchitidy a retence sekretu. Čím výše postižení je, tím jsou komplikace častější. Tetraplegici s lézí ve výši C1-C3 bývají trvale závislí na ventilátoru. Tito nemocní se většinou na spinální jednotku nedostávají. Pacienti s postižením ve výši C4-C5 mohou dosáhnout nezávislého dýchání, ale někdy potřebují ventilační podporu. Sestra na spinální jednotce se u nich může setkat s tracheostomií. Je proto důležité, aby si osvojila techniku správného atraumatického odsávání bronchiálního sekretu a správné a bezpečné výměny tracheostomické kanyly. U nemocných s lézí mezi obratli C6- 5 je dýchání oslabeno kvůli porušené inervaci mezižeberních a břišních svalů. I proto mají lidé s postiženou míchou dostat preventivní očkování proti chřipce a pneumokokové infekci (Layon, 2004)

2. 5. Autonomní dysreflexie

U pacientů s lézí nad T6 se objevuje celá řada patologických změn souvisejících s porušením autonomního, hlavně sympatického nervového systému. Jakmile odezní míšňí šok, hrozí pacientovi autonomní dysreflexie. To je život ohrožující stav, vznikající při nepřiměřené stimulaci oblasti pod úrovní zranění. Nejčastějším podnětem pro vznik tohoto stavu je přeplněný močový měchýř nebo nevyprázdňené střevo, někdy také příliš těsné oblečení, skrytá zlomenina anebo změna pozice. V zásadě může být podnětem pro vznik autonomní dysreflexie jakýkoli silnější vjem působící pod oblastí míšňí léze. Pro autonomní dysreflexii je typický náhlý vzestup tlaku (systolický i nad 300 mm Hg), překrvení nosu, pocení, poruchy srdečního rytmu – nejčastěji bradykardie. Normální systolický tlak u pacientů s totální míšňí lézí nad úrovní T6 je 90 – 110 mm Hg. Krevní tlak vyšší o 20 – 40 mm Hg nad touto referenční hranicí normy již může být autonomní dysreflexií (Krhut et. al, 2005) Při atace autonomní dysreflexie pacient subjektivně udává rozmazané skvrny před očima, bolesti hlavy, pocity strachu až anxiozitu. Pokud se tyto příznaky u pacienta objeví, je nutné zkontrolovat objem tekutiny v močovém měchýři a případně jej urychleně vycévkovat. Stejně tak je třeba udělat vše pro vyprázdnění střeva. Zde je však nezbytné postupovat opatrně (např. při dotyku konečníku důsledně používat Lidocain), aby nedocházelo k dalšímu reflexnímu dráždění.

2. 6. Krvácení do zažívacího traktu

Lidé s míšňí lézí nad T6 mají zvýšené riziko vzniku krvácení do horní části zažívacího traktu. Je to způsobeno tím, že kvůli nízkému tonu sympatiku převažuje vagová stimulace a tím dochází k neadekvátní sekreci žaludečních kyselin. Tento stav se většinou sám upraví, ale během prvního měsíce po úrazu vznikají žaludeční vředy u 22 procent postižených (Layon, 2004). Proto se doporučuje preventivní podávání léků, které před vznikem vředů chrání (nyní hlavně inhibitory protonové pumpy např. Helicid - omeprazolom).

2. 7. Tromboembolická nemoc

Hluboká žilní trombóza vzniká u 80 % lidí s poraněním míchy (Layon, 2004) Nejdůležitějším vyšetřením v tomto směru je duplexní sonografie. I přes prevenci tromboembolické nemoci vzniká embolie do plicnice u pěti procent lidí s míšní lézí. Prevence spočívá v důsledném používání kompresních punčoch, cvičení (alespoň pasivní plantární flexe) a podávání heparinu či kumarinu. Pacientům s vysokým rizikem se dává do duté žíly speciální filtr, aby se zamezilo prostupu trombů do plicnice. Na spinální jednotce je většina pacientů zajištěna nízkomolekulárním heparinem (nejčastěji Fraxiparin či Clexane), později se přechází na perorálně podávané kumarinové přípravky (Warfarin).

2. 8. Ortostatická hypotenze

Kvůli sníženému tonu sympatiku a nefunkční svalové pumpě u lidí s porušenou míchou snadno vzniká ortostatická hypotenze. Tento problém lze omezit zajištěním odpovídající hydratace, elastickými punčochami na dolních končetinách a postupnou vertikalizací pacienta. Pokud to nestačí, je možné se pokusit tuto komplikaci zvládnout medikamentózně (fludrocortison, midodrine). Hypotenze více hrozí v období po jídle.

2. 9. Porucha sexuálních funkcí

Sexuální funkce jsou postiženy téměř u všech lidí s úplnou míšní lézí. Při odpovídající léčbě je ale možné jejich postižení do značné míry kompenzovat. Z takto postižených mužů nedosáhne bez pomoci erekce 75 procent. U 94 procent paraplegiků nedochází k ejakulaci (Šrámková, 2004). Téměř u všech ale je erekce dosažitelná pomocí léků podávaných per os (Viagra, Levitra, Cialis) nebo injekcí prostaglandinu do kavernozní tkáně penisu. Tam je třeba účinnou dávku vytestovat za pomoci lékaře. Náročnějším zákrokem je implantace penilní endoprotézy. Některým mužům vyhovuje používání podtlakového přístroje. Vnímání orgasmu bývá omezené. Plodnost těchto mužů je snížena, ale i oni mohou úspěšně oplodnit partnerku za použití metod asistované reprodukce. Při použití intracytoplazmatické injekce stačí k oplodnění i jedna jediná životaschopná spermie. Zdá se ale, že kvalita spermií s dobou od úrazu klesá. Sexuolog by měl tedy uvažovat o zmrazení spermií v období do dvou let od úrazu. Kvalita spermií je také přímo ovlivněna přítomností uroinfekce. V rámci akutní péče by se pacientovi mělo dostat sexuologické konzultace, v chronické fázi pak systematická léčba erektilní dysfunkce a infertility. Vždy je třeba mít na paměti, že spinální pacienti nejsou asexuální. Neschopnost sexuálního styku je pro mladé paraplegiky později hůře pocíťovaná než ztráta hybnosti (Beneš, 1988). U žen dochází ke snížení sexuální chuti, poruchám vzrušivosti a poruchám orgasmu. Poruchu vzrušivosti může kompenzovat lokální aplikace lubrikačního žele před stykem. Paraplegie není na překážku gravidity. Žena ale musí být pečlivě sledována, hlavně z hlediska uroinfekce. Takové těhotenství je samozřejmě považováno za rizikové. Dva týdny před očekávaným termínem porodu se provádí sekce. Velkým úkolem sestry je pomoci pacientovi, aby dokázal o svých sexuálních problémech a očekáváních v této oblasti otevřeně hovořit.

2. 10. Spasmy

Nekontrolované stahy svalstva postihují zhruba 75 % lidí s přerušáním míchy (Layon, 2004). Časem se jejich frekvence snižuje, většinou však nemizí docela. Někdy bývají vnímány bolestivě. Spasmy mohou mít i pozitivní efekt, do určité míry zlepšují venózní návrat.

2. 11. Odvápňení kostí a zlomeniny

Po poranění míchy velmi často dochází k odvápňení kostí dolních končetin v důsledku snížené zátěže. Kostí se snáze lámou. Postižený ale nemusí zlomeninu zaznamenat, často si všimne pouze otoku. Při nevhodné extenzivní fyzioterapii může dojít k únavové zlomenině – stává se to například po dlouhodobé aplikaci motomedu.

2. 12. Heterotopické osifikace

Poměrně často se po poškození míchy mohou ve svalech v okolí velkých kloubů pod úrovní léze objevit osifikace. Odhaduje se, že ke klinicky významnému omezení pohybu dochází z tohoto důvodu u 20 – 30% pacientů. Osifikace se převážně vytvářejí do půl roku po úrazu, s největší frekvencí v druhém měsíci. Nejčastěji se takto vápník hromadí kolem kyčlí či kolen. Rozsah pohybu v kloubu se snižuje a postižený má pak potíže při samostatném polohování nebo přesezení na vozík. Důsledkem je nemožnost dosažení správného sedu, progresse skoliózy a s ní spojených bolestí zad, zhoršení mobility na vozíku a zvýšené riziko vzniku dekubitů. Tomuto stavu se dá předcházet cvičením. Pokud to nestačí, je namístě medikamentózní léčba (disodium etidronate). Jestliže k ankylóze dojde, řeší se operačně. K zákroku se ale přistupuje až tehdy, když je proces vyzrávání kosti ukončen – zhruba 12 – 18 měsíců po diagnóze. Někdy na sníženou pohyblivost kloubu upozorní fyzioterapeut. Je třeba vyšetřit hlavně alkalickou fosfatázu a hladinu fosforu. Pokud jsou obě zvýšené, svědčí to pro osifikaci. Nespecifickým markerem osifikace je rovněž koncentrace CRP. Biochemické vyšetření je však nutné doplnit zobrazovacími metodami. Úlohou sestry je aktivně vyhledávat a sledovat příznaky osifikace – zmenšený rozsah pohybů, otok kolem kloubů, zarudnutí, zvýšenou teplotu kloubu, zvýšenou spasticitu, parestezie.

2. 13. Ztráta životní motivace

Náhle postižení míchy s sebou přináší ohromnou frustraci a úzkost (Kábrtová A., Kříž J., 2004). Nemocný trpí ztrátou vlády nad svým tělem a neschopností uspokojit si základní životní potřeby. K tomu se přidává pobyt v cizím prostředí mezi cizími lidmi a nejistota ohledně budoucnosti. Na sestře je, aby mu poskytla maximální emocionální a psychologickou podporu. Nelze spoléhat na to, že když má pacient předepsána antidepressiva, smutek neprožívá. Navíc mají moderní antidepressiva opožděný nástup účinku řádově o týdny.

K tomu, aby se pacient snáze přizpůsobil nové situaci, je třeba, aby byl léčen a ošetřován s maximálním respektem a taktem. Měl by mít dostatek příležitostí k tomu, aby mohl v soukromí hovořit o svých problémech. Měl by se stát aktivním účastníkem léčebného procesu. K tomu je nezbytné, aby měl dostatek informací o průběhu a cílech léčby, případně o možnostech alternativního řešení. Součástí psychologické intervence sestry je i promyšlená komunikace s rodinou. Přispívá tak k tomu, aby se rodina vyvarovala některých chyb, ať už jde o snahu nadměrně pečovat, snahu pacienta nadměrně chránit či rozhodovat za něj.

Pokud se v první fázi pacient se situací nevyrovná, může to vést k jen k těžko odstranitelným důsledkům. Pacient přijme roli závislého a pasivního, nenalezne nové životní cíle a podlehne předsudkům, že není schopen být vážený a respektovaný. Mezi negativní jevy patří též tendence používat postižení k získávání výhod.

3. Ošetrovatelský proces u pacienta s poraněním míchy – Ošetrovatelská kasuistika

3.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: H. V.
Oslovení: Pane V.
Rodné číslo: 650803/****
Věk: 41 let
Vyznání : bez vyznání
Adresa: Praha
Pojišťovna: 207
Povolání: podnikatel
Vzdělání: Střední průmyslová škola
Národnost: česká
Telefon: má
Osoby, které lze kontaktovat: manželka, rodiče

Datum přijetí: 4. 4. 2006

Pacient byl přijat na spinální jednotku Fakultní nemocnice v Motole ze spondylochirurgického oddělení téže nemocnice po úrazu páteře s postižením míchy. Je u něj plánována rehabilitace, některá základní vyšetření a příprava na plánovaný překlád do rehabilitačního ústavu v Kladrubech. Pana S. jsem ošetřovala v rámci soustředěné ošetrovatelské praxe v období mezi 17.4 – 24.4 2006.

3. 2. Lékařská anamnéza a diagnózy

3. 2. 1. Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: vzhledem k nynějším obtížím nevýznamná

Osobní anamnéza: bez významných onemocnění v minulosti. V dětství poranění měkkých částí dlaně vpravo – reziduální hypestézie v oblasti thenaru I. a II. prstu, omezená flexe II. prstu. V mládí vrcholový sportovec – lehká atletika (dlouhé tratě, vrh oštěpem), dále různé kondiční sporty

Sociální anamnéza: ženatý, dvě dcery 6 a 11 let, žije v rodinném domku

Pracovní anamnéza: OSVČ, elektrorozvody, obchodování

Alergologická anamnéza: neguje

Abúzus: nekouří, alkohol příležitostně

Farmakologická anamnéza: Syntostigmin 3 x 1, Lexaurin 1,5 mg 1-0-1, Clexane 0,6 ml 1-0-0

Nynější obtíže:

14. 1. 2006 utrpěl hyperflekční poranění páteře po nárazu do hromady tvrdého sněhu na lyžích, komitativní fraktura Th 11 s dislokací úlomku kosti do kanálu páteřního. Ihned po úraze plegie a anestezie dolních končetin. Čtyři hodiny po úraze první operace – dekompresní laminektomie Th 11 s repozicí. 2.2 levostranná thorakotomie, resekce disku Th 10/11, částečně těla Th 11, rekonstrukce těla Th 11

V úvodu komplikující haemothorax 750 ml při fraktuře žeber Th 10 a 11, drenáž hrudníku. Poslední operační stabilizace 1. 4. na spondylochirurgickém oddělení FN v Motole

Klinicky přetrvává nulová hybnost dolních končetin, anestezie od třísel, inkontinence stolice – vyprazdňování denně, permanentní močový katetr.

Stav při příjmu:

Normostenický, afebrilní, orientovaný, spolupracuje, psychicky komponovaný, bez ikteru a cyanózy, bez dušnosti, hydratace dobrá

Hlava: Bulby volné všemi směry, zornice izometrické, reagují, sklery bílé, spojivky růžové, hrdlo klidné, tonsily nezvětšené, jazyk plazí ve střední čáře

Krk: štítná žláza nezvětšená

Hrudník: symetrický, vlevo v dolních partiích omezeny ventilační exkurze hrudníku, dýchání vpravo sklípkové, čisté, vlevo distálně cca do úrovně Th 6 trubicovité, přikrácený poklep, akce srdeční klidná, pravidelná 80/min., bez šelestů. Na laterální straně hrudníku vlevo jizva po thorakotomii klidná, bez sekrece, pod ní jizva po drénu, okolí klidné, bez sekrece

Břicho: měkké, prohmatné, bez patologické rezistence, játra nezvětšena, slezina nehmatná
Bez dekubitů

Neurologický nález:

Hlava: normální nález

Horní končetiny: Svalový tonus v normě, hybnost pasivní i aktivní bez omezení, pouze lehce omezena flexe II. prstu pravé horní končetiny, kde je i hypestezie v oblasti thenaru a I. a II. prstu palmárně.

Dolní končetiny: Chabá plegie, spasticita není vyjádřena, hybnost pasivní volná, omezena pouze v pravém kyčelním kloubu – flexe do 90 stupňů, rotace cca do 10 stupňů

Areflexie břišní Th 11, 12

Hypestezie od pupku, vpravo nekonstantně do poloviny stehna ventrálně, distálně včetně perianogitální anestezie pro povrchové cití.

3. 2. 2. Lékařské diagnózy

Stav po komitativní fraktuře Th 11

Stav po dekompresní laminectomii Th 11, stabilizaci a fixaci Th 10, 11, rekonstrukci těla Th 11, levostranné thorakotomii s resekci disku Th 10, 11

Transverzální míšní léze s paraplegií dolních končetin. Hranice cití od Th 10, plegie dolních končetin

Heterotopická osifikace v oblasti levého kyčelního kloubu

3. 3. Diagnostika**3. 3. 1. Fyziologické funkce**

TK: 115/75

P: 76/min

Výška: 175 cm

Váha: 80 kg (před úrazem)

BMI: 26 (před úrazem)

Dechová frekvence: 13/ min.

TT: 36,8 °C

3. 3. 2. Zobrazovací vyšetření

RTG vyšetření páteře 10. 4. 2006:

Závěr: Stp. zadní stabilizaci Th 10 – 12 s výztuží prostoru Th 10 – 12, postavení obratlu i kovového materiálu je vyhovující, bez známek uvolnění, výška příslušného segmentu je dobrá.

RTG kyčlí 10. 4. 2006:

Postavení obou kyčlí je valgózní. Kloubní štěrbiny přiměřené, kloubní plochy hladké. Rozsáhlé paraoseální kalcifikace v oblasti měkkých tkání proximální diafýzy levého femuru v rozsahu 8 x 8 cm a paraartikulární v oblasti laterálně od kyčelního kloubu. Struktura kosti není porušena. V oblasti pravého kyčelního kloubu nejsou kalcifikace patrné.

RTG hrudníku 10. 4. 2006:

Plicní křídla rozvinutá, parenchym má normální bronchovaskulární kresbu. Bez patrných ložiskových či infiltrativních změn v plicním parenchymu. Pleurální fibrózní změny parakardiálně vlevo, srdeční stín nerozšířen

CT páteře Th 9 – 12 13. 4. 2006:

Stav po tříštivé zlomenině Th 11 s dekompresí páteřního kanálu a zadní stabilizací

Duplexní sonografie žil dolních končetin 14. 4. 2006:

Bez známek trombotických změn

3. 2. 3. Laboratorní vyšetření

3. 3. 3. 1. Laboratorní vyšetření krve

<i>Koagulace</i>	<i>18.4.2006</i>	<i>19.4.2006</i>	<i>20.4.2006</i>	<i>21.4.2006</i>	<i>22.4.2006</i>	<i>23. 4. 2006</i>
INR	1, 24		2,23		2, 75	
Terapie Fraxiparin	0,4 ml	0,4 ml	0,4 ml	-----	-----	-----
Terapie Warfarin	10 mg	10 mg	5 mg	10 mg	7,5 mg	5 mg

Hemokoagulace během mé praxe byla sledována Quickovým testem ob den kvůli převádění pacienta z nízkomolekulárního heparinu na Warfarin. Cílová hodnota INR se kvůli prevenci TEN má pohybovat mezi 2 – 3.

Krevní obraz 20. 4. 06		Referenční rozmezí	Hodnocení
WBC – Leukocyty	4,1 x 10 ⁹ /l	4,0 – 10,0	v normě
RBC – Erytrocyty	4,29 x10 ¹² /l	4,5 – 6,3	snížené
HGB – Hemoglobin	11,1 g/dl	14,0 – 18,0	snížené
HCT – Hematokrit	0,327	0,380 – 0,520	snížené
MCV – Objemy ery	76,2 fl	82,0 – 92	snížené
MCH – Hb ery	25,9 pg	27 – 33	snížené
MCHC – Hb koncent.	33,9 g/dl	32 – 36	v normě
RDW Anysocytosa ery	16,8 %	11,6 - 13,7	v normě
PLT – Destičky	209 x 10 ⁹ /l	140 – 440	v normě
MPV Objem destiček	6,2 fl	7,8 – 11,0	snížené
PCT	0,130	0,109 - 0,484	v normě
PDW	17,20 %	15 – 17,2	v normě

Výsledky krevního obrazu svědčí pro mikrocytární anémii

Biochemie 18.4	hodnota	Norma	hodnocení
Na ⁺	143mmol/l	132 – 149	v normě
K	4,9 mmol/l	3,8 – 5,5	v normě
Cl ⁻	106 mmol/l	98 – 106	v normě
ALP	5,57 ukat/l	0 – 0,8	zvýšená
AST	0,38 ukat/l	0 – 0,65	v normě
ALT	0,42 ukat/l	0 – 1,1	v normě
Urea	4,0 mmol/l	2 – 7,5	v normě
Kreatinin	85 mmol/l	35 – 110	v normě
Plazma – glukóza	6,0 mmol/l	4,2 – 6,0	v normě
Celková bílkovina	61,5 g/l	65 – 85	snížená
CRP	35, 7 mg/l	0 – 8	zvýšená
Fe	6,8 mmol/l	7,2 - 29	snížené

Zvýšená koncentrace ALP a CRP svědčí pro paraartikulární osifikaci, snížená koncentrace železa má pravděpodobně souvislost s mikrocytární anémií. Nižší hladina plazmatických bílkovin je u spinálních pacientů velmi častá.

3. 3. 3. 2. Laboratorní vyšetření moči

Moč chemicky:

spec. hmotnost 1,010 kg/l
pH 5,0
leukocyty 2
nitrity 1
bílkovina 0
glukóza 0
ketolátky 0
urobilonogen 0
bilirubin 0
krev (erytrocyty) 2
Erytrocyty 65 norma 0- 10
Leukocyty 118 norma 0- 20
Hyalinní válce 0
Dlaždic. Epi. 1 norma 0- 15
Kulaté epi méně než 1 norma 0-15

3. 3. 3. 3. Mikrobiologické laboratorní vyšetření

Kultivace moči 18. 4. 2006– negativní

3. 4. Léčba:

3. 4. 1. Farmakoterapie:

Citalec 20 mg tbl. 1 -0 -0 citalopram antidepresivum, inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

Aktiferrin kps. 1-0-1 ferossi sulfas hydricus přípravek pro substituci železa, antianemikum

Coxtral kps. 1-0-1 nimesulidum nesteroidní antirevmatikum

Jako preferenční COX-2 inhibitor nemá tak výrazné nežádoucí účinky jako obvyklá nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, kyselina acetylsalicylová)

Fosamax 10 mg tbl. 1-0-0 kyselina alendronová antiosteoporotikum, inhibitor kostní resorbce

Tablety je nutné užívat nejméně půl hodiny před jídlem, zapít sklenicí vody (ne jiným nápojem) a zůstat alespoň půl hodiny vzpřímeně – nelehat si

Časté nežádoucí účinky: bolesti břicha, zvracení, zácpa

Ranital 150 mg tbl. 1-0-1 ranitidini hydrochloridum antiulcerózum, antagonist H2 receptorů

Rivotril 0,5 mg tbl. 0-0-2 clonazepamum antiepileptikum, antikonvulsivum

Časté nežádoucí účinky: tak jako u ostatních benzodiazepinů unavenost, ospalost, závratě

Warfarin 5 mg tbl. 1-0-0 warfarinum natricum antikoagulans

U warfarinizovaného pacienta jsou nutné časté kontroly INR. Pacient musí dodržovat vyrovnaný přísun vitamínu K. U Warfarinu existují významné interakce s jinými léčivy.

Časté nežádoucí účinky: hlavně krvácení – z dásní, z nosu, z drobných poranění

Bisacodyl supp. dle potřeby bisacodylum laxativum

3. 4. 2. Dietoterapie:

dieta č. 3 - racionální

3. 4. 3. Fyzioterapie:

2 x denně intenzivní fyzioterapie dle kineziologického rozboru, cvičení na neurofyziologickém podkladě Vojtovou metodou, dechová rehabilitace, rovnovážná cvičení, vertikalizační stůl

3. 4. 4. Ergoterapie

Nácvik soběstačnosti, přesun z postele na vozík, samostatné oblékání a hygiena, seznámení s kompenzačními pomůckami

3. 5. Průběh hospitalizace:

Pacient v 1B fázi po poranění míchy byl přijat ze spondylochirurgického oddělení FN v Motole po operační stabilizaci páteře. Během hospitalizace došlo ke zlepšení soběstačnosti, pacient se naučil samostatnému intermitentnímu cévkování, postupně se upravuje vyprazdňování stolice.

Významným terapeutickým problémem zůstává rozvíjející se paraartikulární osifikace levého kyčelního kloubu. Tato skutečnost by mohla v budoucnu významně ovlivnit soběstačnost pacienta. Před překladem do rehabilitačního ústavu v Kladrubech, plánovaném na začátek května, u něj proběhne ještě andrologické vyšetření a hlavně urodynamické vyšetření, na jehož základě bude pacientovi doporučen dlouhodobý způsob derivace moč.

3. 6. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav

Bolest

Až do úrazu neměl zkušenost s dlouhodobější bolestí. U spinálních pacientů nelze předpokládat, že nemohou pociťovat bolest v ochrnuté části těla. Neurogenní bolest často pociťují a ta pak bývá obtížně zvládnutelná. Pan V. si stěžuje na spazmy, které se projevují bolestivými pocity v zádech a v břiše. Zpočátku si kvůli nim řekl i o analgetika (Tramal), nyní se jejich intenzita zmenšila a jsou pro něj snesitelné i bez analgetik. V noci intenzitu spasmů tlumí Rivotril. Pokud by pan V. měl svou bolest vyznačit na desetistupňové škále, kde stupeň jedna je sotva postřehnutelná bolest a stupeň deset bolest zcela nesnesitelná, volil by stupeň dva. Vyzpozoval, že spazmy jsou častější, když déle sedí na vozíku. Bolest psychická je nepochybně přítomná, i když ji pacient neverbalizuje.

Dýchání

Až do úrazu neměl potíže. Nekouřil. Nyní se mu subjektivně dýchá dobře, pokud není vystaven fyzické zátěži. Když zkusil na vozíku vyjet malý kopec, překvapilo jej, jak se rychle zadýchal. Postupně se mu ale fyzická výkonnost vrací. Fyzioterapeutka s ním denně provádí dechová cvičení. Kašel ho netrápí, nemá pocit že by mu v dýchacích cestách stagnoval sekret.

Fyzická a psychická aktivita

Do úrazu žil velmi aktivním způsobem. V mládí byl vrcholovým sportovcem. Dělal lehkou atletiku, hlavě hod oštěpem a dlouhé tratě. I později sportoval alespoň na výkonnostní úrovni. Se skupinou přátel střídal celou řadu sportovních aktivit. Stejně tak se velmi intenzivně věnoval práci. Velkou část přestavby rodinného domu zvládl vlastními silami.

Nyní hodně času tráví čtením. Během mé praxe zdolal knihu Šifra Mistra Leonarda. Televize na pokoji běží od rána do večera, pan V. ji soustředěně nesleduje. Rád si popovídá, na nabídku rozhovoru reaguje vstřícně a úsměvem. Velkou změnou k lepšímu pro něj bylo, když mohl začít sám jezdit na vozíku. Nyní jezdí i mezi pokoji a navštěvuje ostatní pacienty, kteří nemohou samostatně lůžko opustit. Pomocí mechanické rampy je možné vyjet ze spinální jednotky rovnou ven. Pokud pan V. získá doprovod, rád toho využívá.

Rehabilituje s fyzioterapeutkou dvakrát denně, mezitím dobrovolně pasivně šlape na motomedu na chodbě. Jednou denně cvičí na vertikalizačním stole, je to pro něj příjemné i proto, že stůl je na rušné chodbě jednotky, a tak má příležitost ke kontaktu se spolupacienty i personálem.

Hydratace

O pitném režimu před úrazem příliš nepřemýšlel. „Pil jsem asi jako všichni, podle toho, na co jsem měl chuť. Nijak zvlášť jsem to neřešil.“ S alkoholem problémy neměl, několikrát týdně si dal pivo. Nyní se snaží pít dva až tři litry denně, navečer příjem tekutin omezuje. Jednu dobu pil čaje, které mu doporučil známý – léčitel, ale byly příliš močopudné a tak tuto kůru přerušil. S nabídkou tekutin v nemocnici je spokojený, chutná mu i zdejší čaj. Sám si kupuje Dobrou vodu. Pokud má chuť na nějaké jiné pití, rodinu mu ho donese.

Výživa

Před úrazem se nad svým jídelníčkem a stravovacím režimem příliš nezamýšlel. Doma vařila manželka, která se vzdala profesní kariéry a starala se o rodinu. Preferovala „zdravou stravu.“ Přes poledne jedl často v chvatu, aniž příliš vnímal, co jí. Jí prý téměř všechno, nějaká vyloženě neoblíbené potraviny nemá. Jídlo v nemocnici mu vyhovuje. „Jen jednou jsem vrátil, co mi předhodili.“ Pokud má nějaké zvláštní přání, rodina mu přinese jídlo z domova. Ví, že má jíst dostatek bílkovin, snaží se tedy konzumovat větší množství bílého masa a mléčných výrobků. Po úraze se nevážil, nemá ale pocit, že by se jeho tělesná hmotnost výrazně změnila.

Odpočinek a spánek

Se spánkem před úrazem potíže neměl. Spal přibližně sedm hodin denně. Bezprostředně po úraze měl spánek narušený, po určitou dobu bral i hypnotika. Nyní si již nestěžuje. Většinou se krátce před půlnocí naposledy vycévkuje, kolem třetí jej vzbudí sestry na další cévkování a pak bez problémů znova usíná. Většinou krátce spí i po obědě. Odhaduje, že teď spí osm až devět hodin denně.

Teplo, pohodlí

Leží na dvoulůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením na posteli se speciální antidekubitární matrací (LINET), ve které se automaticky přesouvá vzduch mezi jednotlivými oddíly. Panu V. se na ní leží dobře, ostatně nepříjemné vjemy z dolní poloviny těla vnímá jen omezeně. Polohu nyní již dokáže zaujmout aktivně, polohuje se sám minimálně každé tři hodiny. Na otevírání a zavírání okna se dokáže se spolupacientem dohodnout. Spí pod tenkou dekou. Má pocit, že vnímání tepla zůstalo zachované i na necitlivé části těla. „Když je horko, cítím v nohách takové pálení.“

Hygienická péče a stav kůže

Z doby pře úrazem je zvyklý se každý den sprchovat, koupel ve vaně příliš nevyhledával. Hygienickou péči je nyní opět schopen a ochoten si v plné míře zajistit sám. V bezbariérové koupelně, která je součástí jeho pokoje, se dokáže osprchovat, oholit se i vyčistit si zuby. Zuby má vlastní – bez protézy. Dopomoc potřebuje pouze při stříhání nehtů na nohou. Kůže je intaktní, jizvy po operacích zhojené, dekubity nejsou patrné

Vyprazdňování moče

Před úrazem potíže s močením neměl. Vyprazdňování moče není schopen vůlí ovládat. Po úraze měl měsíc zavedený permanentní močový katetr, což vedlo ke vzniku infekce v močových cestách. Ta nyní ustoupila klinicky i laboratorně. Vzhledem k tomu, že reflexy vybavující vyprázdnění močového měchýře jsou u pana V. do určité míry zachovány, jeho měchýř se plní a při dosažení určitého tlaku se sám reflexně vyprázdňuje. Proto se pacient sám intermitentně cévkuje. Zvládá to bez problémů, již ani není potřeba pomoc a dohled. Naučil se to velmi rychle a důsledně dodržuje aseptický postup. Veškeré potřebné vybavení má v košíku vedle postele. Přes den se cévkuje v intervalu zhruba tři hodiny, v noci se na cévkování budí jednou. „Tento režim mi nejvíce vyhovuje. Zkoušel jsem se cévkovat častěji i méně často, ale nedokáži odhadnout, jak tělo bude tekutiny zpracovávat. Třeba se napiji ve čtyři hodiny, večer mám pocit, že už je všechno pryč a ono to všechno vyjde až v noci.“ Říká, že jej cévkování příliš neobtěžuje a že si na ně zvykl.

Vyprazdňování stolice

Před úrazem byl zvyklý se vyprazdňovat spíše častěji, většinou dvakrát denně. Pokud jde o vyprazdňování stolice, je nyní pan V. z velké části inkontinentní. Zácpu, tak častou u lidí s poraněním míchy, v současnosti nemá. Stolice odchází zhruba jednou za dva dny, vždy po aplikaci čípku. Snaží se být maximálně soběstačný a samostatně defekovat na záchodě. Zatím se mu to ne vždy daří. „Přeskočím na záchod, sedím tam půl hodiny, už skoro mám pocit, že to bude a nic. Vrátím se na postel a je to.“ Hygienické pomůcky (absorpční pleny) nenosí, na posteli má jednorázovou podložku. Zatím si sám nedokáže zavést čípek – perianální krajinu má necitlivou, navíc je zvyklý podobné věci dělat kvůli následkům poranění ruky levou rukou. I to ale snaží rychle zvládnout.

Vědomí - Vnímání:

Vždy viděl a slyšel dobře. Ani teď nemá problémy. I když je ve věku, kdy by mohl mít první známky presbyopie, brýle nenosí. Je při plném vědomí. Nejsou patrné žádné kognitivní poruchy. Poruchou paměti netrpí, nemá amnézii ani na období bezprostředně po úraze. Všechny operace proběhly v celkové anestézii, nemá pocit, že by to nějak ovlivnilo jeho kognitivní funkce. „Hlavu mám pořád stejnou, jako před tím.“

Sexuální potřeby

Před úrazem měl sexuální život uspokojivý. Žil v ustáleném vztahu s manželkou, mají dvě děti. Nyní se zdá, že jej sexuální problémy velmi trápí – možná hlavně kvůli manželce. Pravděpodobně nemá mnoho příležitostí o tom mluvit, protože na toto téma reaguje spontánními otázkami. O možnostech kompenzace sexuální dysfunkce zatím nebyl informován, má tedy pocit, že sexuální život pro něj skončil. Uvítal by brzkou konzultaci se sexuologem a je na ni připraven. Není mu jasné, jak by po fyzické stránce zvládal techniku sexuálního styku.

Potřeba soběstačnosti

Jakýmkoli omezením soběstačnosti velmi trpí. Je vidět, že pokaždé, když si má říci o pomoc, se rozmyšlí, zda je to skutečně nutné. V této oblasti dělá rychlé pokroky – v rámci spinální jednotky je již téměř soběstačný. Maximálně se snaží si udělat sám vše, co dokáže. Nají a napije se sám bez problémů. Zvládne se obléknout téměř bez pomoci – potíže má jen s obouváním levé boty a

oblékáním ponožky na levé noze kvůli heterotopické osifikaci. Potřebuje pomoci i s navlékáním kompresních punčoch před cvičením. Asi nejhůře snáší sníženou soběstačnost v souvislosti s inkontinencí stolice. Je rád, že se zvládá sám vycévkovat a jakoukoli nabídku asistence odmítá. Zajímá se o veškeré technické prostředky, které zvyšují samostatnost. Například ho zlobí, že rampu, vedoucí z jednotky ven, může používat jen za asistence druhé osoby.

Vnímání zdraví

Vždy se považoval za absolutně zdravého člověka a zakládal si na tom. Nyní se toho nechce vzdát. „Jsem absolutně zdravý chlap, jenom jsem na vozíku.“

Potřeba informací

Že může jít o úraz s velmi vážnými následky, pan V. tušil hned. „V té první fázi jsem si to ale nechtěl připustit.“ Lékaři jej informovali okamžitě, že jde o velmi vážný úraz s nedobrou prognózou, pokud jde o obnovení hybnosti. „V tu chvíli jsem se ještě neptal a oni mi to přesto řekli hodně natvrdo, i když v té chvíli ani oni nemohli mít jistotu. Byl bych raději, kdyby mlčeli. Ještě více mi ale vadilo, když o mé budoucnosti mluvili spíše se ženou než se mnou.“ Nyní již chce být informován o všem a otevřeně. Dobře reaguje na adekvátní pojmenování vlastní situace. „Horší už to nebude, prostě zůstanu na vozíku.“ Pan. V. je chopen přijmout, že se jedná o dlouhodobou a s největší pravděpodobností celoživotní záležitost, přesto v sobě určitou naději živí. Zajímá se o ortézy, které by mu umožnily stoj, pečlivě pozoruje, zda se hranice cití neposunuje dolů a má pocit, že pomalu získává kontrolu nad bezvládnými svaly. „Teď si tělo dalo odpočinek, aby mohlo bojovat se všemi těmi komplikacemi, ale určitě se to ještě bude zlepšovat.“ Tak jako ostatní lidé v jeho situaci, i on se chytá každé naděje, která se objeví – snažil se například od spondylochirurgů získat co nejvíce informací o transplantaci kmenových buněk. Má zájem i o alternativní medicínu - je v kontaktu s léčitелеm, který mu doporučuje různé čaje.

Láska a sounáležitost:

Před úrazem plnil bezezbytku roli otce – živitele rodiny. Má dvě dcery ve věku šest a dvanáct let, manželka nebyla v pracovním poměru, starala se o děti. Zdá se, že pan V. se o vztah nebojí a manželce důvěřuje. „Říká se, že všechno zlé je pro něco dobré. Asi na tom něco bude. Mezi námi to nikdy nebylo tak hezké jako teď. V každém případě si rozumíme lépe, než dříve. Ne že by mě litovala, nebo že bychom se litovali navzájem, ale hodně jsme toho pochopili. Mně například došlo, že život není jenom o práci.“ Manželka jej navštěvuje téměř denně, zjevně pro něj hodně znamená, pan V. během hovoru velmi často mluví v první osobě množného čísla a myslí tím sebe a svou ženu. Má starost, jak jeho postižení přijmou děti. Hovořil o tom i s psychologkou a nechal se od ní uklidnit, že děti se s podobnou situací vyrovnávají poměrně lehce. „Bude to v něčem lepší i pro ně. Takhle jsem byl pořád pryč a holky se na mě každou chvíli těšily zbytečně. Teď počítám s tím, že budu takový táta-máma, který jim bude k dispozici.“

Může se spolehnout i na své rodiče, ti jej také navštěvují velmi často.

Sebeúcta a seberealizace

Je hrdý na to, že dokázal zajistit rodinně vysoký životní standard a je odhodlán udělat všechno pro to, aby ji uživil i nadále. Pokud má pocity méněcennosti, neverbalizuje je.



Spirituální hodnoty

Velkou oporu mu poskytuje víra. Sice nepatří k žádné církvi, sám se ale považuje za duchovně zaměřeného člověka. „Kdybych víru neměl, bylo by to pro mě tragické.“ Ještě před úrazem absolvoval kurs sebepoznání Modrá alfa. „Určitě to nebyla náhoda, že jsem se tam dostal. Čerpám z toho sílu. Ne že by mi to nevadilo, co se stalo, ale dokáži se s tím díky víře vyrovnat.“ Manželka podle něj sdílí podobné hodnoty. O kontakt s duchovním zatím zájem nemá, do budoucna se tomu ale nebrání.

V souvislosti se svým úrazem nikoho neviní, považuje to za nešťastnou náhodu. Nemá rovněž pocit, že by zdravotníci cokoli zanedbali.

Plány do budoucna

Pan V. má pocit, že z nejhoršího je již venku. „Nejhorší to bylo měsíc po úraze, když jsem mohl jen ležet na zádech. To mi bylo opravdu těžko. Teď už se tak netrápím.“

Hodně mu pomohla podpora přátel. „Vím, že budu mít práci, kamarádi mě nenechají na holičkách. Vše možně hledají, co bych mohl dělat. Už pro mě mají práci na počítači. Sice ten program ještě neznám, ale určitě ho rychle zvládnou, nic jiného mi ani nezbyvá. Prostě musím, vůbec nepřemýšlím o tom, že bych to nezvládl.“

Počítá s tím, že se vrátí ke sportu. „Klukům, se kterými jsem jezdil, jsem už řekl: zapomeňte na to, že se mě zbavíte. Budu dělat všechno s vámi a budu makat tak, abych vám stačil.“ Rád by jezdil na vodu, nezanevřel ani na lyže, chce se vrátit k atletice, konkrétně k hodu oštěpem. Na spíše žertem pronesenou poznámku o příští paralympiádě reaguje důkladně rozmyšleným rozborem svých šancí. Manželka půjde do zaměstnání a on hodlá převzít velkou část jejích úkolů v domácnosti.

Ví, kam se případně obrátit o pomoc po propuštění z rehabilitačního ústavu. „Manželka už se byla podívat ve středisku Paraple a přišla nadšená, jak se tam lidem věnují a jaké možnosti tam vozíčkáři mají.“

Má už rozmyšleno, jaké úpravy v domě bude muset udělat. „Budou se muset postavit nájezdové rampy a upravit koupelna. Celkem tu investici odhadujeme na šest set tisíc, z větší části by to ale měl pokrýt sociální příspěvek.“ Stejně tak si chce pořídit auto s upraveným řízením. „Asi si koupím nějaké starší, příspěvek na něj je sto tisíc.“

Má vyhlídnutý i vozík – tam očekává, že bude muset ze svého uhradit třicet osm tisíc korun. Ví, že výběru vozíku musí věnovat maximální pozornost. Negativní příklad má v jednom ze spolupacientů, který si kvůli příliš úzkému vozíku zdlouhavě na jednotce léčí proleženiny.

„Myslím si, že jsme připraveni na spoustu věcí. Na mnoho problémů ale připraveni nejsme, protože nás zatím nenapadlo, že mohou nastat.“

3. 7. Komplikace po poranění míchy u pacienta:

Autonomní dysreflexie:

Vzhledem k tomu, že k míšní lézi došlo u pana V. v úrovni Th 11, autonomní dysreflexie u něj nehrozí.

Proleženiny

V současnosti není žádný dekubitus patrný, kupodivu nevznikl ani v počáteční fázi po úraze, kdy pacient měsíc ležel převážně na zádech. Hladina sérových bílkovin je u pana S. snížena. Nebyl ale proveden test speciálně na albumin a prealbumin, což jsou citlivější ukazatele stavu saturace bílkoviny. CRP je výrazně zvýšeno, stejně tak je nízký počet erytrocytů a koncentrace hemoglobinu.

Krvácení do zažívacího traktu

U pana V. se zatím žádné známky dráždění žaludeční sliznice neobjevily. Lékař mu nasadil Ranitidin.

Porušené dýchání

Pan V. zatím klidovou dušnost neudává. Při fyzické námaze se dušnost objevuje, je ale pravděpodobné, že jde z velké části o přetrvávající důsledek haemothoraxu a zlomeniny žeber, který bude časem ustupovat.

Tromboembolická nemoc

Riziko TEN už bude u pana V. zvýšeno trvale. Nyní je převeden na dlouhodobou terapii Warfarinem a při cvičení používá kompresní punčochy. Riziko trombózy je obzvláště vysoké na levé dolní končetině v souvislosti s heterotopickou osifikací.

Infekce močových cest

Pan V. se již naučil sám sebe vycévkovat a dělá to pravidelně několikrát denně. I on měl bakteriální nález v moči pozitivní. Nyní je negativní. S velkou pravděpodobností jde ale jen o přechodný stav.

Ortostatická hypotenze

Jako většina lidí v této situaci, pan V. se necítí dobře při náhlé změně polohy. Na vertikalizační lavici už ale bez problémů vydrží i čtyřicet pět minut.

Inkontinence moči

U pana V. je přítomen reflexní močový měchýř, zatím se sám intermitentně cévkuje. Hrozí u něj detruzoro-sfinkterická dyssynergie.

Inkontinence stolice

Pan V. je zatím částečně inkontinentní. Používá čípky, defekaci ale plně pod kontrolou nemá. Reflexní dráždění konečníku ještě nezkoušel.

Porucha sexuálních funkcí

Pan V. má relativně dobrou šanci na alespoň částečné obnovení sexuálního života, protože jeho mícha je přerušena poměrně vysoko a tedy daleko od centra sexuálních funkcí v sakrální oblasti páteře. Podmínkou ale je, aby o tomto problému dokázal otevřeně komunikovat.

Spasmy

Pan V. má viditelné spasmy poměrně intenzivní, pozoruje ale, že ustupují. Pociťuje je bolestivě.

Odvápnění kostí a zlomeniny

U pana V. je zatím na patologické zlomeniny brzy.

Heterotopické osifikace

U pana V. Se rozvinula patologická osifikace v oblasti levé kyčle. Nebolí jej, ale zřetelně jej omezuje v pasivním pohybu a soběstačnosti. Po poradě s lékařem souhlasil s tím, že by se tento stav řešil operačně přibližně za rok. Zatím je léčen nesteroidními antirevmatiky (Coxtral) a antiosteoporotiky (Fosamax). V této souvislosti se obrátil na léčitele, který mu doporučil čaje. Uvádí, že mu tato alternativní léčba připadá "aktivnější". Přestat brát léky ale údajně nehodlá – čaje bere jako doplněk. Zdá se, že v současnosti se u pana V. hybnost postiženého kloubu již dále nezhoršuje.

3. 8. Ošetřovatelské diagnózy

1. Porucha hybnosti v důsledku základního onemocnění projevující se ochrnutím od pupku dolů
2. Porucha soběstačnosti z důvodu ochrnutí projevující se neschopností se o sebe plně postarat v oblasti oblékání a vyprazdňování
3. Porucha zbytkové hybnosti z důvodu heterotopické osifikace projevující se omezenou hybností levého kyčelního kloubu.
4. Porucha vyprazdňování moče z důvodu přerušené inervace projevující se reflexní inkontinencí a nutností intermitentního cévkování, které pacient provádí sám
5. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu přerušené inervace projevující se inkontinencí stolice
6. Porucha sexuálních funkcí z důvodu přerušené inervace projevující se omezenou schopností dosáhnout erekce a neschopností dosáhnout ejakulace a orgasmu
7. Smutek anticipační z důvodu nejasné životní perspektivy projevující se pocitem beznaděje a prázdnoty
8. Nedostatek informací v důsledku ne zcela vyčerpávajícího informování lékařem projevující se tápáním a nejistotou
9. Porucha sebehodnocení z důvodu změny role projevující se nízkým sebevědomím, pocitem závislosti a ambivalentním prožíváním
10. Riziko vzniku proleženin z důvodu základního onemocnění
11. Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu nutnosti intermitentního cévkování
12. Riziko komplikací tromboembolické nemoci z důvodu základního onemocnění
13. Riziko krvácení z důvodu antikoagulační terapie

3. 9. Ošetrovatelské cíle, plány, jejich realizace a zhodnocení

1. Porucha hybnosti v důsledku základního onemocnění projevující se ochrnutím od pupku dolů

Cíl: Pacientova hybnost se nezhoršuje

Pacient ví, jaký význam má cvičení v prevenci kontraktur a ankylóz

Pacient se v rámci svých možností aktivně zapojuje do procesu aktivizace

Plán: Podpořit pacientovu spolupráci s fyzioterapeutem

Maximálně podporovat pacientovu soběstačnost

Sledovat případné prohloubení poruch čítí a hybnosti

Používat vhodné kompenzační pomůcky

Realizace: Několikrát jsem zdůraznila, jak moc je pravidelná fyzioterapie důležitá. Každý den jsem se ptala, jestli pacient nevnímá nějaké změny v čítí a hybnosti. Pacient se po celou dobu snažil co nejvíce rehabilitovat.

Zhodnocení: Během mé praxe se hybnost nezhoršila. Pacient ví, že cvičení nejenom zvyšuje fyzickou kondici, ale je i prevencí svalových kontraktur, ankylóz a proleženin.

Pacient se v rámci svých možností aktivně zapojuje do procesu aktivizace

2. Porucha soběstačnosti z důvodu ochrnutí projevující se neschopností se o sebe plně postarat v oblasti oblékání a vyprazdňování

Cíl: Pacient ví, že jeho stav dovoluje dosáhnout plné soběstačnosti alespoň v rámci domácího prostředí.

Pacient maximálně využívá svých schopností k sebeobsluze.

Úroveň pacientovy soběstačnosti se v rámci možností zlepšila.

Pacient má dostatek informací o pomůckách, které mu k dosažení soběstačnosti mohou pomoci.

Plán: Nedopustit, aby pacient přijal roli závislého a přestal usilovat o soběstačnost

Snažit se, aby pacient přijal plnou soběstačnost jako svůj cíl

Podporovat jej v sebeobsluze, všude kde to možné a pomáhat mu tam, kde to nezvládne.

Zajistit vhodné pomůcky

Realizace:

Snažila jsem se pacienta maximálně povzbudit v úsilí pečovat o sebe sám. Nedávala jsem najevo netrpělivost, když se o nějaký úkon snažil vlastními silami, i když to trvalo déle, než kdybych to dělala sama. Snažila jsem se zmapovat, jaké pomůcky by mu v cestě za soběstačností pomohly.

Zhodnocení: Pacient věří, že dosáhne uspokojivého stupně soběstačnosti

Pacient se maximálně snaží postarat se o sebe sám. Soběstačnost se zlepšila hlavně v oblasti cévkování – pacient se naučil sám vycévkovat. Nepodařilo se mi zajistit dostatek informací o vhodných kompenzačních pomůckách.

3. Porucha zbytkové hybnosti z důvodu heterotopické osifikace projevující se omezenou hybností levého kyčelního kloubu.

Cíl: Pacient ví, co to heterotopická osifikace je, čím je pro něj nebezpečná a jak se bude v jeho případě řešit

Pacient sám sleduje, zda se heterotopická osifikace neobjevuje i jinde
Pacient důsledně dodržuje léčebná opatření

Plán: Znovu vysvětlit, co to heterotopická osifikace je a jaká rizika z ní plynou
Poučít pacienta, jak se heterotopická osifikace projevuje a jakých příznaků si tedy má všimnout
Sledovat, zda pacientův zájem o alternativní medicínu nevede k odmítání předepsaných léků

Realizace: Ještě jednou jsem s pacientem probrala, že při heterotopické osifikaci dochází k ukládání vápníku i tam, kde to není fyziologické, nejčastěji v okolí velkých kloubů a to pod úrovní úrazu. Tento proces může vést až ke znehybnění kloubu a zhoršení již tak narušené soběstačnosti – pacient pak například nemůže sedět na vozíku. Poučila jsem pacienta, že kdyby u dalšího kloubu pozoroval otok, zarudnutí a omezení hybnosti, má to hlásit lékaři. Sledovala jsem, zda pacient skutečně bere předepsané léky.

Hodnocení: Pan V. udává, že má dostatek informací o heterotopické osifikaci. Ví, jak se projevuje a je připraven upozornit, kdyby její známky zpozoroval i na jiném kloubu. Pan V. užívá léky předepsané lékařem, čaje od léčitele zatím pije velmi opatrně kvůli jejich močopudnému účinku.

4. Porucha vyprazdňování moče z důvodu přerušené inervace projevující se reflexní inkontinencí a nutností intermitentního cévkování, které pacient provádí sám

Cíl: Pacient se vyprazdňuje sám.

Pacient zvládá metodu intermitentního cévkování.

Pacient dodržuje rozumné intervaly mezi cévkováním.

Pacient ví, čím je nebezpečný přeplněný močový měchýř a močová infekce a její komplikace

Plán:

Zajistit, aby pacient měl vždy po ruce všechny pomůcky k cévkování, aby se tak omezilo riziko, že nepoužije desinfekci nebo lubrikant

Informovat jej o důležitosti pravidelného cévkování a komplikacích, kterými přeplněný močový měchýř hrozí

Pravidelně měřit po cévkování reziduum v močovém měchýři

Realizace: V době mé praxe už pacient zvládal dobře techniku cévkování, cévkoval se bez asistence sestry. Pomoc nevyžadoval, jen v noci chtěl budít. Několikrát jsem změřila reziduum v močovém měchýři po vycévkování.

Zhodnocení: Pacient se cévkuje sám

Při cévkování dodržuje aseptický postup

Pacient se cévkuje v intervalu tří hodin

Pacient ví, proč je nutné předcházet přeplnění močového měchýře

5. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu přerušené inervace projevující se inkontinencí stolice

Cíl: Pacient se bude postupně vyprazdňovat pravidelněji

Pacientova kůže v okolí konečníku je intaktní

Pacient se naučí zavést si sám čípek

Pacient se naučí dodržovat režim, který přispívá k pravidelnému vyprazdňování stolice včetně úpravy příjmu potravy

Plán: Snažit se vypožorovat, co vše vyprazdňování stolice ovlivňuje a k pozorování vést i pacienta

Profesionálně vystupovat v situacích, kdy pacient potřebuje očistit od stolice
Pečovat o kůži v okolí konečníku
Naučit pacienta správnému režimu vyprazdňování střeva
Pomoci pacientovi naučit se zavést si sám čípek

Realizace: Snažila jsem se vypořádat s návazností stolice na frekvenci a druh jídla. Trpělivě jsem pacienta naváděla, když se snažil zavést si čípek. Pokud bylo potřeba očistit postel či pomůcky od stolice, udělala jsem to hned a bez komentářů.

Zhodnocení: Inkontinence stolice z podstatné části přetrvává, pravidelné vyprazdňování se ale již objevuje
Pacientova kůže v okolí konečníku je intaktní
Pacient stále neumí si sám zavést čípek
Pacient stále nemá dostatek informací, jak režimovými opatřeními přispět k pravidelnosti vyprazdňování stolice

6. Porucha sexuálních funkcí z důvodu přerušené inervace projevující se omezenou schopností dosáhnout erekce a neschopností dosáhnout ejakulace a orgasmu

Cíl: Pacient nemá pocit, že jeho sexuální život skončil
Pacient má možnost o svých sexuálních problémech hovořit se sexuologem
Pacient nepřeceňuje význam sexu pro partnerský život

Plán: Seznámit pacienta s možnostmi kompenzace sexuálních problémů
Dát pacientovi kontakt na sexuologa
Pohovořit s pacientem o často rozdílných očekávání mezi partnery

Realizace: Řekla jsem pacientovi o možnosti medikamentózní i mechanické podpory erekce
Dala jsem pacientovi kontakt na sexuoložku
Hovořila jsem s ním o tom, že ženy často sex hodnotí v jiných měřítcích než podle kvality erekce nebo rychlosti ejakulace a že klasický sexuální styk má pro ně zpravidla v partnerském soužití menší význam než pro muže.

Zhodnocení: Pacient je rád, že existuje reálná šance, že bude opět vést uspokojivý sexuální život
Pacient uvádí, že bude kontaktovat sexuologa
Pacient říká, že se pokusí o těchto problémech otevřeně promluvit s manželkou

7. Smutek anticipační z důvodu nejasné životní perspektivy projevující se pocitem beznaděje a prázdnoty

Cíl: Pacient otevřeně hovoří o svých obavách
Pacient se přiblíží k získání nové životní perspektivy

Plán: Podpořit pacienta v ochotě komunikovat a své obavy verbalizovat
Hovořit s pacientem o možnostech, které paraplegici mají
Ukázat na pozitivní vzory (např. primář oddělení – vozíčkář)

Realizace: Snažila jsem se, aby žádné téma nebylo v naší komunikaci nevhodné. Snažila jsem se na pacienta přenést své přesvědčení, že vozíčkář může vést plný a zajímavý život. Snažila jsem se s ním najít nové aktivity, které by ho bavily a uspokojovaly. Vyprávěla jsem pacientovi o mladé dívce, paraplegičce, která byla při mé minulé praxi na jednotce hospitalizována s močovou infekcí. Ta vede mnohem aktivnější život než většina jejích vrstevníků – například si hlídá na internetu levné letenky a klidně sama letí do Číny nebo Indie, kde několik týdnů bydlí mezi místními lidmi.

Zhodnocení: Pacient volně o svých pocitech hovoří

Pacient přemýšlí o budoucnosti – plánuje úpravy domku, přemýšlí, jaké si vybere auto, říká, že se těší do rehabilitačního ústavu.

8. Nedostatek informací v důsledku ne vždy vyčerpávajícího informování lékařem projevující se tápáním a nejistotou

Cíl: Pacient se nezděráhá na cokoli zeptat a pokud nedostane uspokojivou odpověď, neváhá otázku zopakovat

Plán: Popravdě odpovídat na všechny dotazy

Realizace: V rámci svých možností a znalostí jsem odpovídala na všechny pacientovy dotazy a podporovala jej v tom, aby se aktivně ptal. Ujistila jsem jej, že svými otázkami zdravotníky ani neruší, ani neobtěžuje

Zhodnocení: Pacient se ptá na vše, co ho zajímá

9. Porucha sebehodnocení z důvodu změny role projevující se nízkým sebevědomím, pocitem závislosti a ambivalentním prožíváním

Cíl: Pacient se považuje za hodnotného člověka

Plán: Maximálně respektovat pacientovu autonomii
Aktivně mu pomáhat jen tam, kde sám nestačí

Realizace: Snažila jsem se povzbudit pacientovo sebevědomí. Říkala jsem mu, že to, co tvoří jeho osobnost, se úrazem nijak nezměnilo. Dávala jsem si pozor, abych s ním nikdy nejednala jako s dítětem.

Zhodnocení: Pacient neverbalizuje pocit méněcennosti, i když určitě vnitřně se musí těžce vyrovnávat s novými rolami, které je a bude nucen zastávat.

10. Riziko vzniku proleženin z důvodu základního onemocnění

Cíl: U pacienta se neobjeví proleženiny
Pacient ví, jak bránit vzniku proleženin

Plán: Zkontrolovat, zda se pacient skutečně pravidelně polohuje a zda nesesí příliš dlouho na vozíku

Instruovat jej, aby pečlivě dbal na hygienu, zvláště v sakrální oblasti

Pravidelně pacienta prohlížet a každou změnu na kůži zaznamenat

Poučít pacienta, že proleženiny jsou hrozba, která se nad ním bude vznášet už trvale a že se musí především hlídat sám, i kdyby tím měl být svému okolí protivný

Realizace: Varovala jsem pacienta, že proleženiny se mohou objevit kdykoli a když je podcení, je velmi těžké a zdlouhavé je léčit. Upozornila jsem jej, že musí s největší pečlivostí vybírat vozík a sedák. Ve sprše jsem jej prohlédla, jestli se v oblastech, kam nedohlédne, neobjevují známky proleženin. Upozornila jsem jej na důležitost hygieny v perianální oblasti. Ujistila jsem se, že pacient dokáže aktivně na lůžku měnit polohu. Sám od sebe se přetáčí častěji než jednou za dvě hodiny. Pacient také neseseděl déle než hodinu a půl ve vozíku.

Zhodnocení: U pacienta se proleženiny neobjevily
Pacient ví, jak proleženiny vznikají, proč jsou nebezpečné a jak jejich vzniku bránit

11. Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu nutnosti intermitentního cévkování

Cíl: Pacienta neobtěžuje infekce močových cest

Pacient ví, jak se před infekcí močových cest chránit

Plán: Zkontrolovat správnost postupu, jakým se pacient cévkuje.

Zajistit mu dostatek pomůcek k cévkování, aby vždy mohl dodržovat aseptický postup

Snažit se jej přimět, aby se cévkoval pravidelně a nenechával močový měchýř přeplněný

Poučit pacienta, jak infekce v močových cestách vzniká, jak se projevuje a jak jejímu vzniku bránit

Sledovat příznaky infekce močových cest

Zajistit, aby pacient pil dva až tři litry denně

Realizace: Upozornila jsem pacienta na nebezpečí infekcí močových cest a řekla mu několik zásad, které by měl dodržovat – dostatečně časté vyprazdňování močového měchýře s minimálním reziduem, nepřepĺňovat močový měchýř, pravidelně chodit na urologickou kontrolu, postupovat asepticky při cévkování, dostatečný příjem tekutin. Sama ale nemám dostatečné znalosti, abych mohla v této oblasti pacienta plně edukovat.

Vždy měl při cévkování dostatek pomůcek. Pokud jsem ho při cévkování viděla, tak vždy ústí uretry důkladně desinfikoval a správně požíval jednorázovou sterilní cévku. Dařilo se mu, aby se cévkou nedotkl ničeho jiného než špičky penisu. Podle ordinací lékaře jsem odebírala moč na mikrobiologické vyšetření a sledovala známky infekce močových cest.

Zhodnocení: Pacient má mikrobiologické vyšetření moče negativní

a ani jiné známky infekce močových cest nejsou patrné.

Pacient ještě stále nemá dostatek informací, jak se chránit před infekcí močových cest.

12. Riziko komplikací tromboembolické nemoci z důvodu základní nemoci

Cíl: Riziko tromboembolické nemoci se nezvýší

Pacient ví, jak tromboembolická nemoc vzniká, jaké má příznaky, čím ho ohrožuje a jak může její riziko zmenšit.

Plán: Podle ordinací lékaře sledovat srážlivost krve

Podle ordinací lékaře dávat léky snižující srážlivost krve

Podle ordinací lékaře přikládat kompresní punčochy.

Sledovat projevy tromboembolické nemoci, hlavně otoky nohou

Seznámit pacienta s rizikem tromboembolické nemoci a jak jej snížit

Realizace: Nabírala jsem krev na vyšetření srážlivosti, podávala dle ordinací nízkomolekulární heparin a později Warfarin a sledovala, zda má pacient při cvičení kompresní punčochy. Vysvětlila jsem pacientovi, proč je pro něj tromboembolická nemoc nebezpečná a co může sám udělat pro snížení rizik s ní spojených.

Zhodnocení: Riziko komplikací tromboembolické nemoci přetrvává

Pacient ještě stále nemá o tromboembolické nemoci dostatek informací

13. Riziko krvácení z důvodu antikoagulační terapie

Cíl: Pacient zná hlavní nežádoucí účinky antikoagulační terapie

Plán: Seznámit pacienta s hlavními riziky antikoagulační terapie

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi, že Warfarin zvyšuje riziko krvácení, a to i závažného. Řekla jsem mu, že kdyby projevy zvýšené krvácivosti zaznamenal, musí informovat zdravotníky a že u každého lékaře musí pro jistotu hlásit, že je warfarinizován.

Zhodnocení: Pacient zná rizika antikoagulační terapie

3. 10. Ošetrovatelská prognóza

Pan V. má během zbývajících pobytu na spinální jednotce před sebou ještě některá důležitá vyšetření, hlavně urodynamické. Začátkem května má domluvený překlád do rehabilitačního ústavu v Kladrubech. Jeho cílem by měla být plná soběstačnost a pan V. má všechny předpoklady k tomu jí dosáhnout. Musí však také nalézt nové životní cíle, kam napře svoji energii. Potřebuje nové koníčky, nové zaměstnání, nový zdroj obživy. I když jde o podnikavého, aktivního a psychicky odolného člověka, nebude to snadné. Určitě mu spraví sebevědomí, až bude zase řídit auto. Mnozí vozíčkáři říkají, že jestli se někdy cítí svobodní, tak je to za volentem. Pan V. pravděpodobně bude mezi nimi. Velkou výhodou pro něj je, že má oporu v partnerce a přátelích. Postupně bude možná přicházet na to, že jeho největším problémem není fakt, že sedí na vozíku, ale potíže spojené s inkontinencí moče a stolice. K tomu aby je zvládal, je třeba, aby si našel urologa, kterému bude důvěřovat a který má zkušenost s léčbou spinálních pacientů.

3. 11. Reflexe:

Spinální jednotka ve FN v Motole je poměrně nové pracoviště - v provozu je necelé dva roky. Sestry, které zde pracují, proto nemají dlouholeté zkušenosti s ošetřováním lidí po spinálním poranění. Pro odbornou praxi je ale spinální jednotka ideální oddělení. Už jen proto, že u lidí s časnou míšní lézí je třeba z ošetrovatelského hlediska zasáhnout téměř u všech okruhů potřeb. Navíc tu pacienti zůstávají delší dobu, lze tedy s jedním nemocným pracovat v delším horizontu a sledovat, jak se jeho potřeby mění. Zatím na žádném oddělení jsem neviděla, že by sestry skutečně, ne jenom formálně, pracovaly s využitím ošetrovatelského procesu. Ani toto oddělení nebylo výjimkou. Zde mi ale poprvé ošetrovatelský proces chyběl. Přitom oddělení má veškeré materiální i personální předpoklady k tomu, aby poskytovalo špičkovou ošetrovatelskou péči.

S panem V. jsem se hodně sblížila. Pomohlo mi, že jsem již jednu podobnou kazuistiku zpracovávala minulý rok a pan V. byl mému prvnímu pacientovi v mnohém podobný. Tentokrát jsem již v komunikaci tápala o poznání méně.

Snažila jsem se pana V. podpořit v jeho odhodlání bojovat. Samozřejmě jsem ale cítila, že mnoho z mých slov vnímá jako "hraběcí rady". Přesto doufám, že jsem mu alespoň v něčem byla užitečná. Velmi ráda bych mu pomohla i pokud jde o praktické problémy, které ho čekají – v nácviku pravidelného vyprazdňování střeva, dosažení maximální soběstačnosti, výběru vhodných pomůcek. Mé vědomosti v této oblasti ale nebyly dostatečné. Pokud jde o technické otázky, které se týkaly například bezbariérové úpravy domácnosti, měl pan V. mnohem více informací než já a poučila jsem se já od něj.

Celkově praxi na spinální jednotce hodnotím jako velmi přínosnou. Docela si dokážu představit, že bych na tomto oddělení pracovala na plný úvazek.

4. Zdroje informací

1. Beneš V. Poranění míchy
Avicenum, Praha 1988 s. 109
2. Cesta k nezávislosti po poškození míchy
Svaz paraplegiků – Centrum Paraple 2004
3. Detsky AS, What is subjective global assessment of nutritional status? *J. Parenter. Enteral Nutr.*, 1995, 125 (12): s. 2965-71.
4. Doležel J. Traumatické léze míšni
Urologie pro praxi 4/2004 s. 146 - 155
5. Krhut J. Neurourologie
Galén 2005 ISBN 80-7262-360-5 s. 67 - 74
6. Layon J. Text book of neurointensive care
Saunders 2004, Philadelphia, Pennsylvania ISBN 07216 94187 s. 794 - 802
7. Neurogenic bowel management in adult
with spinal cord injury
Consortium for spinal cord medicine 1998
8. Ondříčková L. Za stimulaci mikce zaplatí vozíčkář 340 000 korun *Medical Tribune* č. 17a, ročník 1, 2005, s. 14
9. Kábrtová, A, Kříž J. Psychologická podpora při léčení a rehabilitaci poškození míchy. IN: Sborník vybraných přednášek z 1. celostátního symposia spinálních jednotek v Hradci nad Moravicí 24 – 25. 9. 2004 Svaz paraplegiků 2004 s. 21
10. Spinal Cord Injury Manual
A Publication of the Regional Spinal Cord Injury Center of Delaware Valley
Thomas Jefferson Univerzity Hospital and Magee Rehabilitation 2001
11. Šrámková T. Poranění míchy pohledem sexuologa
Svaz paraplegiků 1998
12. Šrámková T. Sexuologicko-andrologické aspekty traumatických míšních lézí. IN: Sborník vybraných přednášek z 1. celostátního symposia spinálních jednotek v Hradci nad Moravicí 24 – 25. 9. 2004 Svaz paraplegiků 2004 s. 25
13. Trachtová E. Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu
NCO NZO Brno 2003
ISBN 80-7013-324-4



Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k náviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... H. V.

Oslovení..... pane. V. Pojišťovna..... 204
Rodné číslo (nevyplňuj)..... XXXXXX/XX Povolání..... podnikatel
Věk..... 41 let Vzdělání..... střední průmyslová škola
Vyznání..... bez vyznání Národnost..... Češka
Adresa..... Praha Telefon..... na
Osoba, kterou lze kontaktovat..... manželka, rodiče

Datum přijetí..... 4. 4. 2006
Hlavní důvod přijetí..... stabilizace stavu

Lékařská diagnóza:

1. Stav po komitativní fraktuře Th 11
2. Transverzální míšní léze s paraplegií DK
3. Stav po dekom. přer. laminektomií Th 11, stabilizací a fixací Th 10
4. Heterotopická osteifikace v oblasti levého kyčelního kloubu

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... česky

Osobní anamnéza..... bez významnějších onemocnění v minulosti
V roce dětství poranění měkkých částí křížové výpravy - hyperextenze
v oblasti Th 10, a II. prstu, omrzliny hlavy II. rohu
Rodinná anamnéza..... exhibicím k. nyní jím okolním bez významu

Vyšetření..... C.T páteře, RTG páteře, kyčel, krevníku
Duplexní sonografie krt. žil, EKG, Biochemie
INR, mikrobiologie, vyšetření moči

Terapie..... Citacec 20 mg tbl. 1-0-0 Extral kaps. 1-0-1
Fosamax 10 mg tbl. 1-0-0 Kanital 150 mg tbl. 1-0-1
Kuratriol 0,1 mg tbl. 0-0-2
Warfarin 1 mg tbl. 1-0-0
Bifacodyl sup. - dle potřeby

Nemocný má u sebe tyto léky

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Obecná rizika (zatrhně, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinismus		<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		<input checked="" type="checkbox"/> ano	
drogy		<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, které.....
	léky	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, které.....
	jiné	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř)	<input checked="" type="checkbox"/>		
pneumonie (změř)	<input checked="" type="checkbox"/>		

Důležité informace o stavu nemocného: paraplegie

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? kvůli rehabilitaci
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? úraz
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? zeela zásadně; skoro ve všem
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? snad se to trochu zlepší
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? nic moc
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? do začátku května
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ne úplně
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ano
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte: stejně problémy jako ostatní pacienti na oddělení

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<input checked="" type="checkbox"/> při vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	<input checked="" type="checkbox"/> rychle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<input checked="" type="checkbox"/> snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
 pokud ano, upřesněte... ^{ano} *v zádech* ne
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
 pokud ano, upřesněte... ^{ano} *ne*
- Na čem je vaše bolest závislá ? *sexuální rozbití*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže) ? *léky*
- Kde pociťujete bolest ? *v zádech*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? *léky a o léky*

Objektivní hodnocení sestry :
 Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *bez problémů*
 Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změňte):
VAS 2,

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
 pokud ano, upřesněte... ano *ne*
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
 pokud ano, upřesněte... ano *ne*
 Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ? ano *ne*
 pokud ano, co by vám pomohlo ?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
 ano *ne* nevim
 pokud ano, zvládnete to ?
- Kouříte ? ano *ne*
 pokud ano, kolik ?

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*
klidně bez dušnosti

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? *ano* ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano *ne*
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano *ne*

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno
odpoledne
večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*

upravený

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*

bez změn na kůži

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu průměrnou vyšší (o kolik?)..... nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne *neví*
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? ne
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 - pokud ano, co a proč?.....
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo váš problém vyřešit? ne
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ne
 - ano ne
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? ne

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.*

Již se, nechutenstvím nepýří

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
 zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete ?
 vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? *mléko*
- Kolik tekutin denně vypijete ? *2-3 litry*
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

bez projevů dehydratace

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? *1x denně*
- Máte obvykle
 normální stolicí *řidče*
 zácpu
 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? *po jídle*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne
 pokud ano, co to je ? *čapek*
- Berete si projímadlo ? nikdy
 příležitostně
 často
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano ne
 pokud ano, jak by se daly řešit ? *řešit*

Objektivní hodnocení sestry:

inkontinence stolice,

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
 ano ne
- pokud ano, upřesněte
 Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- *salin to xodit dnu*
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
 ano ne
 pokud ano, myslíte, že to zvládnete ? *nevím*

Objektivní hodnocení sestry:

*inkontinence moči - čistá inkontinence
 katekri xoo*

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
 ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
 ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

paraplegie

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry:

bez problémů

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *ne*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte..... *vůlebitička*
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *čtu*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
čtení
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *mám co požádat*

Objektivní hodnocení sestry:

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 7-8
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? 4
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?.....
- Berete doma léky na spání? ano ne
- pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *skromně a krátkou*

Objektivní hodnocení sestry:
 Únava, denní a noční spánek apod.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte..... *ještě ne*
- Očekáváte, že se změni po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte..... *ve všem*

- pacient o sexualitě nechce hovořit
 - otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| - emocionalita | stabilní | <u>spíše stabilní</u> | labilní |
| - autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace (časem, osobou, místem) | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý <u>smutný</u> | rozzlobený | |
| | sklíčený | apatický | |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? s manželkou a dětmi
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? manželka
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? manželce, rodičům
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? velký
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ano
- Je na vás někdo závislý? ano
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? velmi
- Kdo se o vás může postarat? manželka, rodiče a bratr

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

..... bydlím s rodinou v domku, rodiče na péči mají

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl	Plán	Realizace	Hodnocení 24. 4. 2006
1. Porucha hybnosti v důsledku základního onemocnění projevující se ochrnutím od prsou dolů	<ul style="list-style-type: none"> *Pacientova hybnost se nezhoršuje *Pacient ví, jaký význam má cvičení v prevenci kontraktur a ankylóz *Pacient se v rámci svých možností aktivně zapojuje do procesu aktivizace 	<ul style="list-style-type: none"> *Podpořit pacientovu spolupráci s fyzioterapeutem *Maximálně podporovat pacientovu soběstačnost *Sledovat případné prohloubení poruch čítí a hybnosti * Používat vhodné kompenzační pomůcky 	Několikrát jsem zdůraznila, jak moc je pravidelná fyzioterapie důležitá. Každý den jsem se ptala, jestli pacient nevnímá nějaké změny v čítí a hybnosti. Pacient se po celou dobu snažil co nejvíce rehabilitovat.	<ul style="list-style-type: none"> *Během mé praxe se hybnost nezhoršila. *Pacient ví, že cvičení nejenom zvyšuje fyzickou kondici, ale je i prevencí svalových kontraktur, ankyloz a proleženin. *Pacient se v rámci svých možností aktivně zapojuje do procesu aktivizace
2. Porucha soběstačnosti z důvodu ochrnutí projevující se neschopností se o sebe plně postarat v oblasti oblékání a vyprazdňování	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient ví, že jeho stav dovoluje dosáhnout plné soběstačnosti alespoň v rámci domácího prostředí. *Pacient maximálně využívá svých schopností k sebeobsluze. *Úroveň pacientovy soběstačnosti se v rámci možností zlepšila. *Pacient má dostatek informací o pomůckách, které mu k dosažení soběstačnosti mohou pomoci. 	<ul style="list-style-type: none"> *Nedopustit, aby pacient přijal roli závislého a přestal usilovat o soběstačnost *Snažit se, aby pacient přijal plnou soběstačnost jako svůj cíl *Podporovat jej v sebeobsluze, všude kde to možné a pomáhat mu tam, kde to nezvládne. *Zajistit vhodné pomůcky 	Snažila jsem se pacienta maximálně povzbudit v úsilí pečovat o sebe sám. Nedávala jsem najevo netrpělivost, když se o nějaký úkon snažil vlastními silami, i když to trvalo déle, než kdybych to dělala sama. Snažila jsem se zmapovat, jaké pomůcky by mu v cestě za soběstačností pomohly.	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient věří, že dosáhne uspokojivého stupně soběstačnosti *Pacient se maximálně snaží postarat se o sebe sám. *Soběstačnost se zlepšila hlavně v oblasti cévkování – pacient se naučil sám vycévkovat. *Nepodařilo se mi zajistit dostatek informací o vhodných kompenzačních pomůckách.
3. Porucha zbytkové hybnosti z důvodu heterotopické osifikace projevující se omezenou hybností levého kyčelního kloubu.	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient ví, co to heterotopická osifikace je, čím je pro něj nebezpečná a jak se bude v jeho případě řešit *Pacient sám sleduje, zda se heterotopická osifikace neobjevuje i jinde *Pacient důsledně dodržuje léčebná opatření 	<ul style="list-style-type: none"> *Znovu vysvětlit, co to heterotopická osifikace je a jaká rizika z ní plynou *Poučit pacienta, jak se heterotopická osifikace projevuje a jakých příznaků si tedy má všimnout *Sledovat, zda pacientův zájem o alternativní medicínu nevede k odmítání předepsaných léků 	Ještě jednou jsem s pacientem probrala, že při heterotopické osifikaci dochází k ukládání vápníku i tam, kde to není fyziologické, nejčastěji v okolí velkých kloubů a to pod úroveň úrazu. Tento proces může vést až ke znehýbnění kloubu a zhoršení již tak narušené soběstačnosti – pacient pak například nemůže sedět na vozíku. Poučila jsem pacienta, že kdyby u dalšího kloubu pozoroval otok, zarudnutí a omezení hybnosti, má to hlásit lékaři. Sledovala jsem, zda pacient skutečně bere předepsané léky.	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient udává, že má dostatek informací o heterotopické osifikaci. *Ví, jak se projevuje a je připraven upozornit, kdyby její známky zpozoroval i na jiném kloubu. *Pan V. užívá léky předepsané lékařem, čaje od léčitele zatím pije velmi opatrně kvůli jejich močopudnému účinku.
4. Porucha vyprazdňování moče z důvodu přerušené inervace projevující se reflexní inkontinencí a nutností intermitentního cévkování, které pacient provádí sám	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se vyprazdňuje sám. *Pacient zvládá metodu intermitentního cévkování. *Pacient dodržuje rozumné intervaly mezi cévkováním. *Pacient ví, čím je nebezpečný přeplněný močový měchýř a močová infekce a její komplikace 	<ul style="list-style-type: none"> *Zajistit, aby pacient měl vždy po ruce všechny pomůcky k cévkování, aby se tak omezilo riziko, že nepoužije desinfekci nebo lubrikant *Informovat jej o důležitosti pravidelného cévkování a komplikacích, kterými přeplněný močový měchýř hrozí *Pravidelně měřit po cévkování reziduum v močovém měchýři 	V době mé praxe už pacient zvládal dobře techniku cévkování, cévkoval se bez asistence sestry. Pomoc nevyžadoval, jen v noci chtěl budit. Několikrát jsem změřila reziduum v močovém měchýři po vycévkování.	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se cévkuje sám *Při cévkování dodržuje aseptický postup *Pacient se cévkuje v intervalu tří hodin *Pacient ví, proč je nutné předcházet přeplnění močového měchýře

<p>5. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu přerušené inervace projevující se inkontinencí stolice</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se bude postupně vyprazdňovat pravidelněji *Pacientova kůže v okolí konečníku je intaktní *Pacient se naučí zavést si sám čípek *Pacient se naučí dodržovat režim, který přispívá k pravidelnému vyprazdňování stolice včetně úpravy příjmu potravy 	<ul style="list-style-type: none"> *Snažit se vypořádat, co vše vyprazdňování stolice ovlivňuje a k pozorování vést i pacienta *Profesionálně vystupovat v situacích, kdy pacient potřebuje očistit od stolice *Pečovat o kůži v okolí konečníku *Naučit pacienta správnému režimu vyprazdňování střeva Pomoci pacientovi naučit se zavést si sám čípek 	<p>Snažila jsem se vypořádat návaznost stolice na frekvenci a druh jídla. Trpělivě jsem pacienta naváděla, když se snažil zavést si čípek. Pokud bylo potřeba očistit postel či pomůcky od stolice, udělala jsem to hned a bez komentářů.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Inkontinence stolice z podstatné části přetrvává, pravidelné vyprazdňování se ale již objevuje *Pacientova kůže v okolí konečníku je intaktní *Pacient stále neumí si sám zavést čípek *Pacient stále nemá dostatek informací, jak režimovými opatřeními přispět k pravidelnosti vyprazdňování stolice
<p>6. Porucha sexuálních funkcí z důvodu přerušené inervace projevující se omezenou schopností dosáhnout erekce a neschopností dosáhnout ejakulace a orgasmu</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Pacient nemá pocit, že jeho sexuální život skončil *Pacient má možnost o svých sexuálních problémech hovořit se sexuologem *Pacient nepřeceňuje význam sexu pro partnerský život 	<ul style="list-style-type: none"> *Seznámit pacienta s možnostmi kompenzace sexuálních problémů *Dát pacientovi kontakt na sexuologa *Pohovořit s pacientem o často rozdílných očekávání mezi partnery 	<p>Řekla jsem pacientovi o možnosti medikamentózní i mechanické podpory erekce Dala jsem pacientovi kontakt na sexuoložku Hovořila jsem s ním o tom, že ženy často sex hodnotí v jiných měřítcích než podle kvality erekce nebo rychlosti ejakulace a že klasický sexuální styk má pro ně zpravidla v partnerském soužití menší význam než pro muže.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient je rád, že existuje reálná šance, že bude opět vést uspokojivý sexuální život *Pacient uvádí, že bude kontaktovat sexuologa *Pacient říká, že se pokusí o těchto problémech otevřeně promluvit s manželkou
<p>7. Smutek anticipační z důvodu nejasné životní perspektivy projevující se pocitem beznaděje a prázdnoty</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient otevřeně hovoří o svých obavách *Pacient se přiblíží k získání nové životní perspektivy 	<ul style="list-style-type: none"> *Podpořit pacienta v ochotě komunikovat a své obavy verbalizovat *Hovořit s pacientem o možnostech, které paraplegici mají *Ukázat na pozitivní vzory (např. primář oddělení – vozičkář) 	<p>Snažila jsem se, aby žádné téma nebylo v naší komunikaci nevhodné. Snažila jsem se na pacienta přenést své přesvědčení, že vozičkář může vést plný a zajímavý život. Snažila jsem se s ním najít nové aktivity, které by ho bavily a uspokojovaly. Vyprávěla jsem pacientovi o mladé dívce, paraplegičce, která byla při mé minulé praxi na jednotce krátkodobě hospitalizována s močovou infekcí. Ta zjevně vede mnohem aktivnější život než většina jejich vrstevníků – například si hlídá na internetu levné letenky a klidně sama letí do Číny nebo Indie, kde několik týdnů bydlí mezi místními lidmi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient volně o svých pocitech hovoří *Pacient přemýšlí o budoucnosti – plánuje úpravy domku, uvažuje, jaké si vybere auto, říká, že se těší do rehabilitačního ústavu.
<p>8. Nedostatek informací v důsledku ne vždy vyčerpávajícího informování lékařem projevující se tápáním a nejistotou</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se nezdráhá na cokoli zeptat a pokud nedostane uspokojivou odpověď, neváhá otázku zopakovat 	<ul style="list-style-type: none"> *Popravdě odpovídat na všechny dotazy 	<p>V rámci svých možností a znalostí jsem odpovídala na všechny pacientovy dotazy a podporovala jej v tom, aby se aktivně ptal. Ujistila jsem jej, že svými otázkami zdravotníky ani neruší, ani neobtěžuje</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se ptá na vše, co ho zajímá
<p>9. Porucha sebehodnocení z důvodu změny role projevující se nízkým sebevědomím, pocitem závislosti a ambivalentním prožíváním</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient se považuje za hodnotného člověka 	<ul style="list-style-type: none"> *Maximálně respektovat pacientovu autonomii *Aktivně mu pomáhat jen tam, kde sám nestačí 	<p>Snažila jsem se povzbudit pacientovo sebevědomí. Říkala jsem mu, že to, co tvoří jeho osobnost, se úrazem nijak nezměnilo. Dávala jsem si pozor, abych s ním nikdy nejednala jako s dítětem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Pacient neverbalizuje pocit méněcennosti, i když určitě vnitřně se musí těžce vyrovnávat s novými rolami, které je a bude nucen zastávat.
<p>10. Riziko vzniku proleženin z důvodu základního onemocnění</p>	<ul style="list-style-type: none"> *U pacienta se neobjeví proleženiny *Pacient ví, jak bránit vzniku proleženin 	<ul style="list-style-type: none"> *Zkontrolovat, zda se pacient skutečně pravidelně polohuje a zda nesedí příliš dlouho na vozíku 	<p>Varovala jsem pacienta, že proleženiny se mohou objevit kdykoli a když je podcení, je velmi těžké a zdlouhavé je léčit. Upozornila jsem jej, že musí s největší pečlivostí vybírat vozík a sedák. Ve sprše jsem jej prohlédla, jestli se v oblastech, kam nedohlédne, neobjevují známky</p>	<ul style="list-style-type: none"> *U pacienta se proleženiny neobjevily *Pacient ví, jak proleženiny vznikají, proč jsou nebezpečné a jak jejich vzniku bránit

		<p>Instruovat jej, aby pečlivě dbal na hygienu, zvláště v sakrální oblasti</p> <p>Pravidelně pacienta prohlížet a každou změnu na kůži zaznamenat</p> <p>Poučit pacienta, že proleženiny jsou hrozba, která se nad ním bude vznášet už trvale a že se musí především hlídat sám, i kdyby tím měl být svému okolí protivný</p>	<p>proleženin. Upozornila jsem jej na důležitost hygieny v perianální oblasti. Ujistila jsem se, že pacient dokáže aktivně na lůžku měnit polohu. Sám od sebe se pretáčí častěji než jednou za dvě hodiny. Pacient také neseděl déle než hodinu a půl ve vozíku.</p>	
<p>11. Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu nutnosti intermitentního cévkování</p>	<p>*Pacienta neobtěžuje infekce močových cest</p> <p>*Pacient ví, jak se před infekcí močových cest chránit</p>	<p>*Zkontrolovat správnost postupu, jakým se pacient cévkuje.</p> <p>*Zajistit mu dostatek pomůcek k cévkování, aby vždy mohl dodržovat aseptický postup</p> <p>*Poučit pacienta, jak infekce v močových cestách vzniká, jak se projevuje a jak jejímu vzniku bránit</p> <p>*Sledovat příznaky infekce močových cest</p> <p>*Zajistit, aby pacient pil dva až tři litry denně</p>	<p>Upozornila jsem pacienta na nebezpečí infekci močových cest a řekla mu několik zásad, které by měl dodržovat – dostatečně časté vyprazdňování močového měchýře s minimálním reziduem, nepřepřlňovat močový měchýř, pravidelně chodit na urologickou kontrolu, postupovat asepticky při cévkování, dostatečný příjem tekutin. Sama ale nemám dostatečné znalosti, abych mohla v této oblasti pacienta plně edukovat.</p> <p>Vždy měl při cévkování dostatek pomůcek. Pokud jsem ho při cévkování viděla, tak vždy ústí uretry důkladně desinfikoval a správně požíval jednorázovou sterilní cévku. Dařilo se mu, aby se cévkou nedotkl ničeho jiného než špičky penisu. Podle ordinací lékaře jsem odebírala moč na mikrobiologické vyšetření a sledovala známky infekce močových cest.</p>	<p>*Pacient má mikrobiologické vyšetření moče negativní a ani jiné známky infekce močových cest nejsou patrné.</p> <p>*Pacient ještě stále nemá dostatek informací, jak se chránit před infekcí močových cest.</p>
<p>12. Riziko komplikací tromboembolické nemoci z důvodu základní nemoci</p>	<p>*Riziko tromboembolické nemoci se nezvýší</p> <p>*Pacient ví, jak tromboembolická nemoc vzniká, jaké má příznaky, čím ho ohrožuje a jak může její riziko zmenšit.</p>	<p>*Podle ordinací lékaře sledovat srážlivost krve</p> <p>*Podle ordinací lékaře dávat léky snižující srážlivost krve</p> <p>*Podle ordinací lékaře přikládat kompresní punčochy.</p> <p>*Sledovat projevy tromboembolické nemoci, hlavně otoky nohou</p> <p>*Seznámit pacienta s rizikem tromboembolické nemoci a jak je snížit</p>	<p>Nabírala jsem krev na vyšetření srážlivosti, podávala dle ordinací nízkomolekulární heparin a později Warfarin a sledovala, zda má pacient při cvičení kompresní punčochy. Vysvětlila jsem pacientovi, proč je pro něj tromboembolická nemoc nebezpečná a co může sám udělat pro snížení rizik s ní spojených.</p>	<p>*Riziko komplikací tromboembolické nemoci přetrvává</p> <p>*Pacient ještě stále nemá o tromboembolické nemoci dostatek informací</p>
<p>13. Riziko krvácení z důvodu antikoagulační terapie</p>	<p>*Pacient zná hlavní nežádoucí účinky antikoagulační terapie</p>	<p>*Seznámit pacienta s hlavními riziky antikoagulační terapie</p>	<p>Vysvětlila jsem pacientovi, že Warfarin zvyšuje riziko krvácení, a to i závažného. Řekla jsem mu, že kdyby projevy zvýšené krvácivosti zaznamenal, musí informovat zdravotníky a že u každého lékaře musí pro jistotu hlásit, že je warfarinizován.</p>	<p>*Pacient zná rizika antikoagulační terapie</p>

Jméno:

H. V.

r. č.:

Dg.:

SEBEOBSLUHA

1. Sebesycení (krájení, otvírání obalů, podání potravy do úst, uchopení pohárku s tekutinou)

datum	skóre	
23.4	5	0 - Potřebuje parenterální výživu, gastrostomickou nebo plně asistovanou orální výživu.
		1 - Jí pokrájenou stravu s použitím několika přizpůsobených pomůcek na ruku a adaptovaného nádobí.
		2 - Jí pokrájenou stravu s použitím jen jedné pomůcky pro úchop, není schopen držet hrneček.
		3 - Jí nakrájenou stravu s jednou pomůckou, drží hrneček.
		4 - Jí nakrájenou stravu bez pomůcek, potřebuje malou dopomoc (např. otevření drobných obalů).
		5 - Samostatný ve všech úkolech bez kompenzační pomůcky.

2. Koupel (zacházení s mydlením, manipulace s vodovodním kohoutkem, mytí)

datum	skóre	
23.4	4	0 - Potřebuje celkovou dopomoc.
		1 - Namydlí jen malou část těla s nebo bez pomůcky.
		2 - Namydlí se s pomůckou, nedosáhne na vzdálená místa na těle nebo nezvládne manipulaci s kohoutkem.
		3 - Namydlí se bez pomůcek, potřebuje malou dopomoc při dosažení na vzdálená místa na těle.
		4 - Umyje se samostatně s přizpůsobenou pomůckou nebo ve speciálně upraveném prostředí.
		5 - Umyje se samostatně bez kompenzačních pomůcek.

3. Oblékání (příprava oděvu, oblékání horní a dolní poloviny těla, svlékání)

datum	skóre	
23.4	3	0 - Vyžaduje celkovou asistenci.
		1 - Částečně si obleče horní polovinu těla (např. bez zapnutí knoflíků) ve speciálních podmínkách (např. podepřená záda).
		2 - Samostatný v oblékání a svlékání horní poloviny těla. Pro dolní polovinu těla potřebuje velkou dopomoc.
		3 - Potřebuje malou dopomoc při oblékání horní nebo dolní poloviny těla.
		4 - Samostatně oblékání a svlékání, ale potřebuje kompenzační pomůcku nebo speciální úpravu prostředí / zajištění polohy.
		5 - Samostatně oblékání a svlékání, bez pomůcek.

4. Úprava zevnějšku (umytí obličeje a rukou, vycištění zubů, česání vlasů, holení, make-up)

datum	skóre	
23.4	5	0 - Potřebuje celkovou dopomoc.
		1 - Provede jen jednu činnost (např. umytí rukou a obličeje).
		2 - Provede některé činnosti s použitím kompenzační pomůcky, potřebuje pomoc při nasazení / sundání pomůcky.
		3 - Provede některé úkoly s použitím pomůcky, s pomůckou samostatně manipuluje.
		4 - Provede všechny činnosti s pomůckou nebo většinu bez pomůcky.
		5 - Samostatný ve všech činnostech bez kompenzačních pomůcek.

OVLÁDÁNÍ DÝCHÁNÍ A SVĚRAČU

Respirace		
datum	skóre	
23.4	10	0 - Potřebuje umělé dýchání - je na něm závislý. 2 - Částečná umělá ventilace, tracheostomie. 4 - Dýchá samostatně, ale potřebuje velkou asistenci při pečování o tracheální trubici. 6 - Dýchá samostatně a potřebuje malou pomoc při péči o tracheální trubici. 8 - Dýchá bez tracheální trubice, ale někdy potřebuje při dýchání mechanickou pomoc. 10 - Dýchá samostatně bez jakékoli pomůcky.

5. Ovládání měchýře		
datum	skóre	
23.4	10	0 - Permanentní cévka. 5 - Intermitentní cévkování s pomocí nebo žádné cévkování, reziduální objem moče větší než 100ccm. 10 - Intermitentní samostatné cévkování. 15 - Není třeba cévkovat, reziduální objem je menší než 100ccm.

6. Ovládání střev		
datum	skóre	
23.4	0	0 - Nepravidelné, nevhodné načasování nebo velmi nízká frekvence (méně než jednou za tři dny) vyprázdnění. 5 - Pravidelné vyprazdňování, vědomé načasované, ale s asistencí (např. zavedení čípku). 10 - Pravidelné vyprazdňování, vědomě načasované, bez asistence.

8. Použití toalety (perianální hygiena, upravení oděvu před / po, použití vložek nebo pleny)		
datum	skóre	
25.4	3	0 - Potřebuje celkovou asistenci. 1 - Svlékne oblečení z dolní poloviny těla, potřebuje asistenci ve všech zbývajících úkonech. 2 - Svlékne oblečení z dolní poloviny těla a částečně se očistí (po), potřebuje pomoc při urovnání oblečení a / nebo pleny. 3 - Svlékne se a očistí (po), potřebuje pomoc při urovnání oblečení a / nebo pleny. 4 - Samostatný ve všech úkonech, ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo speciální podmínky (např. madla). 5 - Samostatný, bez kompenzačních pomůcek nebo speciálních úprav.

POHYBLIVOST (MÍSTNOST A TOALETA)

9. Pohyblivost na lůžku a preventivní opatření před dekubity		
datum	skóre	
23.4	5	0 - Vyžaduje celkovou asistenci. 1 - Částečná pohyblivost (na lůžku se otočí pouze na jeden bok). 2 - Na lůžku se otočí na oba boky, ale nedokáže se plně nadlehčit. 3 - Dokáže se nadlehčit jen když leží. 4 - Na lůžku se otočí a posadí se bez asistence. 5 - Samostatný v záležitosti mobility na lůžku, v sedu se dokáže nadzvednout bez elevace celého těla. 6 - V sedu se dokáže nadzvednout (odlehčit pánev).

Présuny: lůžko - vozík (zabrzdní vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesedání, zvednutí dolních končetin)	
datum	skóre
23.4	2

0 - Vyžaduje celkovou asistenci.
1 - Potřebuje částečnou asistenci a / nebo dozor.
2 - Samostatný.

11. Présuny: vozík - toaletní mísa (jestliže používá toaletní vozík - přesun tam a zpět, jestliže používá obvyklý vozík - zabrzdní vozíku, nadzvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesedání, nadzvednutí dolních končetin)	
datum	skóre
23.4	2

0 - Vyžaduje plnou asistenci.
1 - Potřebuje částečnou pomoc a / nebo dohled, nebo kompenzační pomůcku - (např. madla).
2 - Samostatný.

POHYBLIVOST V INTERIÉRU A EXTERIÉRU

12. Pohyblivost v interiéru (krátké vzdálenosti)	
datum	skóre
23.4	2

0 - Vyžaduje plnou asistenci.
1 - Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou pomoc při manipulaci s mechanickým vozíkem.
2 - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku.
3 - Chodí v chodítku.
4 - Chodí s berlemi.
5 - Chodí s dvěma holemi.
6 - Chodí s jednou holí.
7 - Potřebuje jen ortézy na dolní končetiny.
8 - Chodí bez pomůcek.

13. Pohyblivost na střední vzdálenosti (10-100m)	
datum	skóre
23.4	2

0 - Vyžaduje celkovou asistenci.
1 - Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou pomoc při manipulaci s mechanickým vozíkem.
2 - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku.
3 - Chodí v chodítku.
4 - Chodí s berlemi.
5 - Chodí s dvěma holemi.
6 - Chodí s jednou holí.
7 - Potřebuje pouze ortézy na dolní končetiny.
8 - Chodí bez pomůcek.

14. Pohyblivost v exteriéru (více než 100m)	
datum	skóre
23.4	2

0 - Vyžaduje celkovou asistenci.
1 - Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou pomoc při manipulaci s mechanickým vozíkem.
2 - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku.
3 - Chodí v chodítku.
4 - Chodí o berlích.
5 - Chodí s dvěma holemi.
6 - Chodí s jednou holí.
7 - Potřebuje pouze ortézy na dolní končetiny.
8 - Chodí bez pomůcek.

datum	skóre	
23.4	0	0 - Neschopen překonávat schody nahoru i dolů. 1 - Vzhůru zvládne jeden až dva schody (po natrénování). 2 - Vyjde a sejde alespoň tři schody s podporou nebo dohledem jiné osoby. 3 - Vyjde a sejde alespoň tři schody s podporou zábradlí a / nebo berle a / nebo hole. 4 - Vyjde a sejde alespoň tři schody bez jakékoli podpory nebo dohledu.
16. Přesun vozík - auto (dosazení na auto, zabrzdění vozíku, odstranění postraní a stupáček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení)		
datum	skóre	
23.4	?	0 - Vyžaduje celkovou asistenci. 1 - Potřebuje částečnou asistenci a / nebo dohled, a / nebo kompenzační pomůcku. 2 - Samostatný bez kompenzačních pomůcek.

provedl: 1. $14 + 23 + 9 + 8 (2)$ *Indiánský*
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

poznámky:

V 1. patřené řadě, priznivější výsledky vykazují ženy v produktivním věku s bifázickým ovulačním cyklem.

Zásady klinického přístupu

Umělá ventilace musí být šetrná, s menšími dechovými objemy, než jaké byly doporučovány dříve. Dnes se doporučuje použít dechový objem 6 až 6,5 ml/kg tělesné hmotnosti. Hyperdistenze – přepínání – totiž plci poškozuje biofyzikálně a působí i tvorbu toxických zplodin ze střízňových sil, které nakonec vyústí do biochemického poškození plic. V obou případech nevhodný program umělé ventilace může sám o sobě navodit vznik iatrogenního zhoršení stavu plic typu VIII (Ventila-

Viagra lze užívat denně (jednou denně)

DOSTATEČNĚ KRÁTKY

Ujistěte se, že máte dostatek času na sex.
 Více informací pro předepisování Viagra na akce: www.pfizer.cz
 Pfizer, s.p.a. - Společnost pro zdraví
 11111 Praha 1, IČ: 251 510 270
 Všechny údaje jsou uvedeny v příloze. Příjemci: Pfizer, s.p.a. - Společnost pro zdraví, IČ: 251 510 270

Spináční jednotky se konečně sešly v plném počtu

Druhé setkání pracovníků spinálních jednotek proběhlo 6. až 8. října v Liberci. Poprvé měli odborníci pro léčbu míšních lézí příležitost k ucelnějšímu bilancování. Síť těchto oddělení totiž byla dříve do značné míry roztroušená. Sít těchto oddělení totiž byla dříve do značné míry roztroušená. Sít těchto oddělení totiž byla dříve do značné míry roztroušená.

Jednání potvrdilo, že hlavní cíl, koncentrace pacientů s míšní lézí na specializovaných odděleních, se výrazně přiblížil. Vidí to i lékaři z rehabilitačních ústavů. V posledním roce k nám všichni nemocní s postúžením míchy přišli ze spinálních jednotek. Dříve se k nám dostávali z různých pracovišť – interních a neurologických oddělení i z léčebn dlouhodobě nemocných. Tomu také odpovídá jejich zdravotní stav, říká primářka oddělení neurologie Rehabilitačního ústavu v Kladrubech MUDr. Marie Kulakovská.

Stále se ale na spinální jednotky neostávají všichni nemocní, kteří na ně patří. „Rezerva není ani tak u pacientů s míšní lézí způsobenou úrazem jako u těch, kteří ochrnuli z jiných důvodů – ischémie, nádoru, spondylodiscitidy. Ještě ne

všichni lékaři vědí, že i tyto nemocní potřebují podobnou péči, jako by utrpěli úraz míchy,“ říká prezident kongresu a primář traumatologického oddělení Krajské nemocnice Liberec MUDr. Richard Lukáš.

Stejným úkolem spinálních jednotek je co nejdříve předcházet komplikacím. Jedná se především o dekubity, které dříve provázely míšní lézi tak důsledně, že byly dokonce považovány za jeden z jejich symptomů. V tomto směru spinální jednotky svoji úlohu plní bez zbytečku. Na žádě z nich se nový dekubit v uplynulém roce nevytvoril.

U další časté komplikace – infekce močových cest – tak zřetelný úspěch očekávat ani nelze. Spinální pacient s neurogenními močovými poruchami je přesto

úspěšně vyjímkou. Klinicky němě infekce se v poslední době většinou neřeší. Na všech jednotkách je jednoznačný trend k čisté internitní katetrizaci, kdy se pacient sám cévkuje několikarát denně jednorázovým katetrem. V porovnání s permanentním katetrem je nebezpečí infekce řádově nižší.

Na konferenci byly představeny některé metody vedoucí ke zlepšení hybnosti a propriorecepce. Chirurgický transfer šlach umožňuje úchop mnoha tetraplegickým pacientům. Po tomto zároku při správné zvolené indikaci pacienta dochází k obnově funkčních schopností ruky, byť bez jmené motoriky. S tímto výkonem má v ČR největší zkušenosti MUDr. Igor Čiznámě Ph.D., z Kliniky úrazové chirurgie Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, který odpořoval patnáct pacientů. Profesor MUDr. Peter Wendsche, CSC., přednosta Kliniky traumatologie z Úrazové nemocnice Brno, prezentoval své poznatky o metodě IMF – Intention Controlled Myofeedback,

ICSI křečci spermii s mohutným akrosomem, je vývoj vzniklého křeččího zárodku vážně narušen. Pro další experiment zvolil myš, u níž je podíl akrosomu na celkovém objemu spermií srovnatelný se spermii člověka. Myši zárodky vzniklé s přispěním spermií zbavených akrosomu se vyvíjejí bez nejmenších problémů. Vývoj zárodku oplozených spermii se zachovávají akrosomem byl výrazně horší. Yanagimachi z toho vyvozuje, že akrosom a především jeho enzymy škodí vývoji zárodku ziskálního pomoci ICSI.

Chybí dispenzarizace

Ve spinálním programu dosud chybí jednotný systém dispenzarizace. Stále se stává, že pacient po propuštění z rehabilitačního ústavu míží ze zorného pole lékařů a na spinální jednotku se pak vrací s těžkými proleženinami, kontraktura mi a ankylozami a třeba i se zavadeným permanentním močovým katetrem a téměř nulovou kapacitou močového měchýře. „Zatím se spontánně vyvíjí usus, že pokud jednou pacient spinální jednotkou projde, už se na ni v případě problémů obrací. V Liberci si sami zveřejní pacienty na kontroly po půl roce po propuštění,“ říká dr. Lukáš.

Lucie Ondříčková

„Z deseti párů, které se na klinikách podrobu ICSI, si domu odvezou dítě jen tři,“ říká Ryuzo Yanagimachi a dodává, že odstranění akrosomu ze spermii před ICSI by mohlo účinnost zvýšit. Výsledky Yanagimachiho studie, zveřejněné v prestižním vědeckém časopisu Proceedings of the National Academy of Sciences, vyvolaly odmítavou reakci některých odborníků. Gianpiero Palermo z Cornell University se nechal slyšet, že akrosom nemůže být při ICSI na překážku. Před mikroiinjekcí je spermie znehýbněna poškozením báze bičičku. Podle Palermo vyvolá tento zá- krok zároveň i narušení akrosomu. Enzymy z akrosomu proto podle Palermo do nitra oocyta při ICSI nevstupují. Yanagimachi ale namítá, že spermii s narušenou bází bičičku trvá nejméně 30 minut, než akrosom ztratí. Spermie se obvykle užívá pro ICSI záhy po znehýbnění a dostává se do oocyta i s akrosomem. Japonský biolog trvale usazený v USA to dokazuje i snímky z elektronového mikroskopu, na kterých lze u zárodků vzniklých díky ICSI akrosom u hlavičky spermie najít. jap

pacii, pro kterou nemáme vysvětlení (osteoporotičtí muži, premenopauzální ženy), pacienti s osteoporózou, kteří mají v rodinné anamnéze nemocné celiakii, a také pacienti s nevysvětlitelnou sideropenickou anémií. V tomto screeningu nám může napomoci vyšetření protilátek specifických pro toto onemocnění, tj. anti-gliadinových, endomyzialiních a proti tkáňové transglutamináze. U každého pacienta se zjištěným poklesem kostní hustoty je nezbytné vyšetřit kostní metabolismus, abychom také odhalili pacienty s osteomalacií a mohli je adekvátně léčit.

Za stimulační mikce zaplatí vozíčkář 340 000 korun

V České republice každý rok přibudou zhruba tři stovky lidí, kteří ochrnou v důsledku poranění či onemocnění míchy. I když se ze začátku děsí hlavně toho, že nebudou moči chodit, většinou vozík přijmou jako nejdůležitější součást své osobnosti.

Teprve časem poznávají, že mnohem více než ztráta hybnosti jim ztěpňuje život inkontinence moči a stolice a na ni navázané infekce urogenitálního traktu, sexuální poruchy a zvýšené riziko vzniku proležezin. Většinou nezbyvá než si moč cívkovat několikrát denně, každá defekace je záležitost i několika hodin.

Moderní medicína plegikům nabízí řešení pomocí stimulace předních kořenů sakrální míchy S2-S4 (Sakral Anterior Root Stimulation – SARS). Nemocný díky ní může v příhodnou dobu vyvolat mikci či defekaci, případně i erekci.

První takto navozené mikce bylo dosaženo už v roce 1978 (Brindley). Později byla implantrace stimulatoru doplněna o sakrální deafferenci (SDAF), tj. přerušeni zadních kořenů míšních. Tímto zásahem se odstraní spasmus močového měchýře. Díky nižšímu intravesikálnímu tlaku ochrání pacienta vesiko-uretrální reflux. Takto navozená areflexie de-

trusoru rovněž značně omezuje detrusor-sfinkterickou dyssynergií – stav, kdy se v době kontrakce detrusoru stahuje zátvora zevní svěrač. Tím se usnadňuje odtok moči během stimulovaného močení.

V ČR zatím devět pacientů

Těchto operací bylo ve světě provedeno více než tři tisíce, některá pracoviště (Werner Wickerova klinika v Bad Willungenu v Německu) dlouhodobě sledují téměř 500 u nich odoperovaných pacientů. V České republice zatím tento výkon podstoupilo devět pacientů – čtyři paraplegici a pět tetraplegiků. Mužů bylo sedm, žen dvě.

Tým Úrazové nemocnice Brno pod vedením urologa MUDr. Jana Doležela, Ph.D., provádí tyto zákroky v rozmezí let 2001–2004 s převládajícími rizikovými. Všichni pacienti se stali kontinentními, sedm z devíti moči pomocí stimulace.

Na kašel aktivně!

Nepoužitelné léčivo vřava



Začala nepříjemně přetrvávat. Který přeparát? MUC AL 200, MUC AL 500, MUC AL 600, MUC AL 800, MUC AL 1000. MUC AL 200 obsahuje 200 mg, MUC AL 500 obsahuje 500 mg, MUC AL 600 obsahuje 600 mg, MUC AL 800 obsahuje 800 mg, MUC AL 1000 obsahuje 1000 mg účinné látky. MUC AL 200 obsahuje 14 tablet, MUC AL 500 obsahuje 7 tablet, MUC AL 600 obsahuje 7 tablet, MUC AL 800 obsahuje 7 tablet, MUC AL 1000 obsahuje 7 tablet. MUC AL 200 obsahuje 14 tablet, MUC AL 500 obsahuje 7 tablet, MUC AL 600 obsahuje 7 tablet, MUC AL 800 obsahuje 7 tablet, MUC AL 1000 obsahuje 7 tablet. MUC AL 200 obsahuje 14 tablet, MUC AL 500 obsahuje 7 tablet, MUC AL 600 obsahuje 7 tablet, MUC AL 800 obsahuje 7 tablet, MUC AL 1000 obsahuje 7 tablet.

Osm používalo stimulační k defekaci. Jeden nemocný zemřel na srdeční selhání, které s operací nijak nesouviselo. Stimulátor stojí 340 000 korun. Náklady na nákup prvních šesti pokrytých prostředků z grantu ministerstva zdravotnictví. Jeden pacient dává třetinu z kupní ceny uhradila VZP, zbylí dva pacienti si obstarali potřebné prostředky sami. Samotný zákrok a hospitalizace jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění

Pomohla Česká pojišťovna
Brněnský tým je připraven provést tuto operaci u dalších nemocných. Na listopad už máme připraveného jednoho pacienta, který utrpěl úraz při autonochodě. Stimulátor mu koupila Česká pojišťovna. Minimálně dalších dvacet pacientů, kteří by byli vhodnými kandidáty na stimulaci, máme na čekacím listě. Ti si stimulátor z vlastních zdrojů hradit nemohou.

Kromě nepochybně vyšší kvality žívolta pacienta jsou na straně zisku stimulační uspořené náklady za léčbu chronických močových infekcí a za materiál

potřebný k interniterní laetrizaci. Jen náklady na jednoázové pomůcky k řešení inkontinence se pohybují mezi 30 až 50 tisíci korun ročně. říká J. Doležel.

Trvalá inkontinence také přispívá k rozvoji proležezin. Jak vyplývá ze zkušeností s předznávanými na řízením setání pracovníků spinálních jednotek, léčba plegika s dekubity si vyžadá průměrně tři sta tisíc korun, v případě rozsáhlých a hlubokých dekubitů se může táto částka vyšplhat i na dvojnásobek

V Německu činí průměrný čas na ošetřovatelskou péči u tetraplegiků před operací 162 minut denně, po ní 47 minut. Návrh a nos: v ozených počáteční investice v Německu tři roky, v nizozemí je to osm let. Triolozé zařízení nemá žádný implanovaný aktivní elektrický zdroj – tj. baterii, je dlouhodobě velmi spolehlivý. Podle dlouhodobých studií připadá jediná poúcha na 19.6 let provozu. Náklady na celoživotní servis jsou navíc zahrnuté v ceně stimulatoru, uvádí J. Doležel. Lucie Ondříčková

vlastní lékařské vyšetření, protože laboratorní záznamy byly pseudofrakturny na obou fibulách pravém předloktí, na spodním ramenu stydké kosti a v oblasti krčku femuru a také mnohočetné fraktury žebra vytvářející zvonovitou konfiguraci hrudníku. Densitometricky byl stanoven kles BMD v oblasti krčku femuru – 4 (vyjádřeno v T-score) a v oblasti bedni páteře – 4,34.

Byly zjištěny i další laboratorní a nicke projevy malabsorpce: anémie s Hb 89, hypsideremie, hypomagnezie, hypopalbuminemie (30,2 g/l) s pro maleolárními otoky, prodloužení Quickova testu na INR 5,6. V laboratorně vyšetření byly zřetelné projevy zánnFW 75/hod, hyperimmunoglobuliné – mírně zvýšené hladiny IgG a dvojnásobně hladiny IgA, dále byly prokázány desetinasobně titry antigliadinových protilátek ve třídě IgA a dvojnásobně titry ve třídě IgG, rovněž titr endomyziních protilátek ve třídě IgA byl zvýtrojnásobně, naproti tomu ve třídě byl výsledek negativní.

Biopsické a histochemické vyšetření makroskopicky atrofičké sliznici duodena prokázalo floridní celiakii, spolupráci s gastroenterologem byl uzavřen jako celiakální sprue s těžkým malabsorpčním syndromem. Proto doporučena bezlepková dieta, substance zelezem, vitamínem K a parenter aplikace ergokalciferolu 300 000 IU, zčástku denně, později dvakrát týdně. Po šesti měsících terapie byla pacientka bez únavy a bolesti, bez průjich schopna normální chůze bez opory, brala sedm kilogramů. Při kontrole dvou letech léčby byl celkový hmotnostní přírůstek 20 kg. Nicméně v této době byl odhalen tubulární adenokarcin rektu, pro který byla provedena amlace se sigmoidostomií.

MUDr. Lenka Franeková
Revmatologické a rehabilitační oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, P

Můj hlavní problém není, že sedím na vozíku

Co, co lidi s transverzální míšní lézí nejvíce omezuje, není jen ztráta hybnosti, ale problémy spojené s narušeným vyprazdňováním. O zkušenosti, jak moc se změnil život po úrazu spojeném s poškozením míchy, se s Medical Tribune podělil vozíčkář MUDr. Jiří Kříž – primář spinální jednotky v pražské Fakultní nemocnici v Motole.

České republice dochází každý rok zhruba ke dvěma stovkám úrazů s transverzální míšní lézí. Není známo, kolik přesně, protože centrální registr míšních úrazů chybí. K tomu je potřeba připočítat 50 - 100 pacientů, kteří ochrnou v důsledku ischemie, onkologického onemocnění nebo spondylodiscitidy. Ti všichni až na výjimky zůstávají upoutáni na vozík.

Stejně jako kdokoli jiný ale mohou potřebovat stomatologické ošetření, sledování diabetologem nebo třeba kardiologickou operaci. S takovým pacientem se může potkat téměř kterýkoli lékař.

Jaka pomoc? Ma péče o paraplegiky nebo tetraplegiky? „Předně je třeba zajistit, aby se k lékaři vůbec dostali. V mnoha ambulancích zařízeních se o bezbariérovosti nedá mluvit. Nejde jen o schody nebo výtahy. Já třeba mám vozík široký šedesát dva centimetry a běžné standardizované dveře mají šedesát centimetrů. Je to jen malý rozdíl, ale dělá neuvěřitelné problémy,“ říká MUDr. Jiří Kříž.

Vše, o čem hovoří, má podpořeno osobní zkušeností. V roce 2002 utrpěl úraz při sjezdovém lyžování; při úrazu došlo k míšní lézi ve výši C6/7. Následovala operace a pobyt na spinální jednotce a v rehabilitačním ústavu. Snažil se co nejrychleji vrátit ke své původní odbornosti ortopedu, a tak pracoval alespoň na ambulanci. Kromě toho se ale postupně jako lékař zapojoval do práce v centru Paraple – středisku komplexní rehabilitace a poradnictví pro klienty s postižením míchy. Od prosince 2004 pak vede nově vzniklou spinální jednotku v pražské Fakultní nemocnici v Motole. Doplnil si proto další atestaci z rehabilitačního lékařství.

Každý lékař by se měl podle něj připravit na to, že ošetření spinálního pacienta zabere více času než u jiných nemocných. „Rovněž je třeba počítat s tím, že výtečnost anamnézy a fyzikálního vyšetření je menší, protože pacienti většinou neudávají pod úroveň léze bolest ani jiné nepříjemné pocity. Jinak se ale nedá říci, že by nějaké vyšetření bylo u plegika kontrindicováno.“

Většina pacientů se sama cévkuje

Pro vozíčkáře je příjemnější, když osoba, se kterou hovoří, rovněž sedí. „To většinou u lékařů nebývá problém.“ Někdy se stává, že lidé podvědomě chovají k lidem na vozíku, jako by byli nesvéprávní. „Dříve jsem se několikrát s takovým přístupem osobně setkal, teď už se mi to dlouho nestalo. Je také pravda, že i já se již asi chovám jinak. Obecně musím říci, že se vztah veřejnosti k vozíčkářům stále zlepšuje.“

Podle MUDr. Kříže se i mnozí lékaři domnívají, že hlavním problémem paraplegiků je ztráta hybnosti a tedy závislost na vozíku. „Na vozík si většina pacientů zvykne a začne ho vnímat jako součást své osobnosti. Jako lékař bych stejně většinu času proseděl. Mnohem více kvalitu života snižují například potíže spojené s narušeným močením a zvýšené riziko infekce urogenitálního traktu.“ Někteří vozíčkáři ovládají močení tzv. triggerováním, kdy vyvolávají příslušný reflex jemným poklepáváním rukou na podbřišek, případně si pomáhají následným tlakem ruky. „Tento způsob lze doporučit jen u velmi omezené skupiny pacientů. Je zde velké riziko poškození horních močových cest a ledvinového parenchymu vysokým intravezikálním tlakem.“

Většinu pacientů se snažíme převést na režim čistě

intermitentní katetrizace, kdy se nemocný sám několikrát denně cévkuje. Většina z nich se to naučí, minimálně do úrovně léze C6-C7. Samy se takto cévkují i ženy. Ty mají situaci složitější v tom, že nemají přímou zrakovou kontrolu nad ústím močové trubice. V případě nouze to lze zvládnout třeba i v autě. Naštěstí, protože spoléhat na bezbariérovost veřejných WC nelze. Navíc dost často jsou bezbariérová WC používána jako skladiště, takže se tam vozíčkář stejně neotočí.“ Přesto vozíčkář žije v nejistotě, že moč unikne. „Když třeba jedete na vozíku po dlažebních kostkách, jako byste se vyklepávali.“

Narušené je i vyprazdňování stolice. Většina na vozíčkářů používá čípky a s jejich pomocí se vyprazdňuje jednou za dva či tři dny. „Složitější situace nastává u lidí s nižší lézí, s tzv. syndromem kaudy a níže. U těch může jít o klasickou inkontinenci, protože jim nefungují svěrače.“

Vozíčkáři nejsou asexuální

Typickým spinálním pacientem je mladý muž, který do úrazu žil velmi aktivním způsobem života. Týká se to i sexuality. „Paraplegici a tetraplegici nejsou asexuální. Mnozí vedou velmi aktivní sexuální život. Pokud nedosáhnou erekce spontánně, lze si pomoci perorálními léky nebo injekcí prostaglandinu do kavernózní tkáně penisu. Vnímání orgasmu je ale omezené, stejně jako ejakulace. Plodnost zůstává zachována, často je ale třeba uchýlit se k metodám asistované reprodukce. Ženy zůstávají rovněž plodné, menstruační cyklus se po úrazu vrací k normálu.“

U všech pacientů s lézí nad T6 je třeba myslet na nebezpečí autonomní dysreflexie. To je stav ohrožující život, způsobený nebržděnou stimulací autonomního nervového systému. Příčinou autonomní dysreflexie může být i poustátek jakýkoli silnější podnět pod úrovní léze. Nejčastěji jde o přeplněný močový měchýř nebo střevo. Pro autonomní dysreflexii jsou typické náhlý vzestup krevního tlaku (systolický i nad 200 mm Hg), poruchy srdečního rytmu (nejčastěji bradykardie), překrvení nosní sliznice, pocení. „Zažil jsem to sám. Na to, že se něco děje, mě upozornila velmi prudká bolest hlavy. V takovém případě je třeba jednat okamžitě a pokud možno odstranit vyvolávající příčinu. Pak se tlak do dvou minut stabilizuje. V opačném případě může mít pacient doživotní následky. Hlavně riziko CMP je velké.“

Další obávanou komplikací jsou proleženiny. Ty dříve byly u těchto pacientů tak časté, že byly považovány dokonce za symptom míšního poranění. To už dnes neplatí. „Při dnešních antidekubitárních systémech jednoznačně považují za správné tvrzení, že dekubitus je nemoc ošetřujícího personálu. Velká část našich pacientů ale proleženiny má. Žádný z nich k nim ale nepřišel na spinální jednotku. Někteří si je k nám přinesli z jiného oddělení, ale většinou jde o pacienty, kteří k nám s těmito komplikacemi přišli z domova. Víím, že se to snadno stane. Sám jsem měl dekubity na patách bezprostředně po úrazu a zbavoval jsem se jich několik měsíců.“

Náhle poškození míchy znamená pro pacienta ohromnou frustraci a úzkost. To s sebou nese velké nároky na profesionální komunikaci. „Nikdy přesně nevíme, v jaké fázi vyrovnávání se s novou situací nemocný je. V prvních měsících jsme velmi opatrní, už proto, že sami nevíme, jak to dopadne. Mnoho našich pacientů se po odeznění míšního šoku třeba i šest týdnů po úrazu začalo hýbat a někteří se i postavili na nohy. Každého ale připravujeme na variantu, že na vozíku skončí. Aby věděli, že ta možnost tady je. Během dvou měsíců už třeba vidíme, že to nebude na chůzi. Pacienti ale musejí k přijetí tohoto stavu dospět sami. Nadějí jim nikdy nebereme. Trochu jinak komunikujeme s rodinou – ta by měla velmi přesně vědět, co se děje, už jen proto, že musí zařídít vše potřebné, například bezbariérovou úpravu bytu.“

Jiří Kříž má tři děti. „Mladší syn se narodil až dva měsíce po mém úrazu, ten už mě zná jenom na vozíku. Nejstarší dceři je dvanáct a dokáže mi už velmi kvalifikovaně pomoci. Troufl jsem si s ní třeba i na vodu. Vzhledem k tomu, co dělám, je pro mě optimismus skoro povinný. Víím ale, že ne každý vozíčkář má takové štěstí jako já. Mohu se profesně realizovat a moje rodina funguje. A když má člověk v mé situaci dobré zázemí, může dělat téměř všechno.“

lon

Harmonie rychlosti, síly, jemnosti



Cipralex[®] escitalopram

Antidepressivum účinnější než citalopram

Zkrácená informace o přípravku Cipralex[®] 10 mg tablety: ÚČINNÁ LÁTKA: Escitaloprami oxalas 12,77 mg, což odpovídá 10 mg escitalopramu. INDIKACE: Léčba depresivních epizod. Léčba panické úzkostné poruchy s nebo bez agorafobie. VLASTNOSTI: Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu, ATC skupina N06AB. DÁVKOVÁNÍ: Doporučená dávka je 10 mg denně. V závislosti na individuální odpovědi pacienta je možno dávku zvýšit až na maximálně 20 mg denně. Během prvního týdne léčby panické úzkostné poruchy se doporučuje užívat 5 mg denně v jedné dávce a až potom zvýšit dávku na 10 mg. Pacienti starší 65 let: Úvodní dávka je poloviční oproti běžné doporučené úvodní dávce, nejvyšší dávka by též měla být poněkud nižší. Děti a mladiství do 18 let: Léčba se nedoporučuje, bezpečnost a účinek u dětí a mladistvých nebyly zjišťovány. Snížená funkce ledvin: Cipralex[®] mohou užívat nemocní s mírně až středně narušenou funkcí ledvin v obvyklých dávkách. Snížená funkce jater: Nemocní se sníženou funkcí jater by měli užívat úvodní dávku 5 mg denně po dobu 2 týdnů. Individuálně je možno dávku zvýšit až na 10 mg denně. Oslabení metabolismu zprostředkovaného CYP2C19: Nemocní se sníženým metabolismem prostřednictvím enzymového systému CYP2C19 by měli užívat úvodní dávku 5 mg denně po dobu 2 týdnů. Individuálně je možno dávku zvýšit až na 10 mg denně. Ukončení léčby: Při ukončování léčby by měl být Cipralex[®] vysazován postupně snižováním dávky během 1–2 týdnů. KONTRAINDIKACE: Známá precitlivělost na escitalopram nebo na pomocné látky. Je kontraindikována současná léčba neselektivními ireverzibilními inhibitory monoaminoxidázy, IMAO. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: Nežádoucí účinky se nejčastěji projevují během prvního až druhého týdne léčby a zpravidla postupně slábnou v dalším průběhu léčby: nevolnost (10 %); průjem, zácpa, nespavost, somnolence, závratě, pokles libida, anorgasmie (ženy), poruchy ejakulace, impotence, únava, zvýšená teplota, zvýšená potivost, sinusitis, zívání, snížení chuti k jídlu (1–10 %). INTERAKCE: Viz kontraindikace; nedoporučuje se kombinace s reverzibilními selektivními inhibitory RIMA. Při kombinaci se selegilinem je třeba zvýšené pozornosti. BALENÍ: 28 x 10 mg. Datum revize textu úplné informace: 22. 9. 2004. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami. Dříve než předepíšete přípravek Cipralex[®], seznamte se s úplnou informací. Literatura: 1. U. Lepola; A. Wade; H. F. Andersen: Do Equivalent Doses of Escitalopram and Citalopram Have Similar Efficacy? A Pooled Analysis of Two Positive Placebo-Controlled Studies in Major Depressive Disorder. International Clinical Psychopharmacology 2004; 19: 149–155