

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Tereza Homolková

Ošetrovatelská péče o pacienta po ischemické CMP

Nursing care of the patient after ischemic stroke

Bakalářská práce

Praha, 2013

Autor práce: Tereza Homolková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová**

Odborný konzultant práce: **MUDr. Ondřej Kočí**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

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

V České Lípě, 20. Března 2013

Tereza Homolková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Ondřeji Kočímu za odborné vedení, rady a připomínky k lékařské části mé bakalářské práce a paní Mgr. Janě Heřmanové za odborné vedení, rady a připomínky k ošetrovatelské části mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD.....	7
1.1 Cévní zásobení mozku.....	7
1.2 Definice onemocnění.....	9
2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ.....	21
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	29
3.1 ošetřovatelský proces.....	29
3.2 ošetřovatelský model základní ošetřovatelské péče dle Virginie Henderson.....	29
3.3 Ošetřovatelská anamnéza 1. den hospitalizace.....	32
3.4 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k prvnímu dni hospitalizace.....	38
3.5 Edukace.....	51
3.6 Dlouhodobý plán péče.....	54
3.7 Psychologické hodnocení.....	58
4 ZÁVĚR.....	60
INTERNETOVÉ A DALŠÍ ZDROJE:.....	62
5 SEZNAM PŘÍLOH.....	65
6 PŘÍLOHY.....	66
6.1 Příloha č. 2 : obrázek cévní zásobení mozku.....	71
6.2 Příloha č. 3: Stupnice pádů Morse.....	72
6.3 Příloha č. 4: Barthel test.....	73
6.4 příloha č. 5: NIHSS škála.....	75

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o tuto problematiku, a protože bych se i do budoucna chtěla věnovat neurologickým pacientům.

Můj hlavní záměr je zpracovat případovou studii pacientky V.D.

Má bakalářská práce má dvě části a to část lékařskou a část ošetrovatelskou. V části klinické se věnuji anatomicko-fyziologickému popisu nervové soustavy, potom definici, etiologii, klinickému obrazu a terapii cévních mozkových příhod. Na závěr první části se věnuji popisu průběhu hospitalizace pacienta.

V ošetrovatelské části se věnuji ošetrovatelskému procesu, zpracování ošetrovatelské anamnézy podle modelu Virginie Hendersonové, ošetrovatelským diagnózám pacientky a cílů péče, zaměřuji se na plán péče, realizaci plánu péče a poté zhodnocení poskytnuté péče pacientce.

Na závěr jsem ještě zpracovala dlouhodobý plán péče a zhodnotila psychický stav pacientky.

1 Anatomicko-fyziologický úvod

Nervový systém je základní řídicí jednotkou organismu. Hlavní funkcí nervového systému je přenos informací z receptorů, centrální zpracování těchto informací a vyslání nových signálů k efektorům.

Anatomicky se nervový systém dělí na centrální a periferní, kdy centrálním nervovým systémem je mozek a mícha a periferním hlavové a míšní nervy. Fyziologicky se potom nervová soustava dělí na somatický systém a autonomní systém.

Mozek je rozdělen na dvě hemisféry, které jsou tvořené jednotlivými mozkovými laloky a bazálními ganglii, dále se dělí na diencefalon, mozkový kmen a mozeček. [1]

1.1 Cévní zásobení mozku

Mozek zásobují čtyři velké tepny a rozlišuje se zde řečiště karotické (přední), které se podílí na zásobení mozku krví přibližně z 85 %, a vertebro-bazilární. Mozek je orgán, který má prvořadý význam pro existenci organismu, proto jsou regulace mozkové cirkulace a zajištění stálého průtoku krví mozem velmi důležité a liší se od poměrů v ostatním organismu. Funkce mozku je závislá na dodání glukózy a kyslíku. Mozek má tedy velký nárok na oxidační a metabolickou dodávku. Cerebrální metabolická spotřeba kyslíku je asi 3,5 ml/100g mozkové tkáně/min a to je asi 50 ml/min pro celý mozek, což je přibližně 15-20 % kyslíku, který je potřeba pro lidské tělo, spotřeba glukózy je 5,5 mg/100g mozkové tkáně/min a to je asi 75 mg /min pro celý mozek. Přísun glukózy a kyslíku zajišťuje stálý mozkový průtok v rozmezí 40-60 ml /100g mozkové tkáně/min, u dětí je to ale skoro dvojnásobek. V mozku převažuje aerobní glykolýza. Čím větší je nabídka kyslíku, tím větší je poměr aerobní glykolýzy. Mozkový oběh a metabolismus je velmi úzce spjat. Když se sníží mozkový průtok, tak se nejprve zvýší extrakce kyslíku z protékající krve, jako kompenzační reakce k udržení normální spotřeby kyslíku. [1]

Hematoencefalitická bariéra je termín, který zahrnuje přesun látek z krve do tkáně centrálního nervového systému, přesun látek z krve do mozkomíšního moku a i z likvoru do nervové tkáně. Tento termín zahrnuje také přesun látek opačným směrem (z mozku do krve). Hematoencefalitická bariéra umožňuje některým látkám přestup volně tam i zpět, některým pouze jedním směrem a některým látkám neumožní přestup vůbec. [3]

1.1.1 Tepny CNS

Tepny, které zásobují CNS můžeme rozdělit do několika skupin, které se shodují podle hlavního zdroje krevního přítoku i podle zásobených částí mozku. [2]

Míchu zásobuje systém okolních tepen, míšní tepny procházejí podél míšních nervů a pocházejí z okolí větších tepen jako arteria radicularis anterior et posterior, na přední straně míchy je to arteria spinalis anterior a na zadní straně míchy to jsou arteriae spinales posteriores dextrae et sinistrae a těchto pět arteriálních kmenů je spojeno povrchovými spojkami – vasocoronae. [2]

Mozkový kmen zásobuje vertebrobasilární systém, mozkovou kůru zásobuje karotický systém a patří sem Arteria cerebri anterior, což je konečná větev z arteria carotis interna, potom arteria cerebri media, což je pokračování kmene arteria carotis interna a dále arteria cerebri posterior, což je konečná větev arteria basilaris. [2]

Bazální ganglia a diencefalon zásobuje přívod z basálního systému – z circulus arteriosus Willisii. Tyto hluboké struktury mozku jsou zásobovány ze zvláštního okruhu, který je tvořen na rozhraní vertebrobasilárního systému a karotického systému. Z hlavních tepen obou systémů vystupují arteriae communicantes a spojují oba systémy do okruhu – circulus arteriosus Willisii. [2]

Kůra mozková je zásobena z karotického systému a z arteria cerebri posterior (systém vertebrobasilární). [2]

Mezi všemi těmito systémy jsou přechodné systémy a spojky, které jsou do určité míry náhradními přítoky v případě, že dojde k přerušení hlavního přítoku. [2]

1.1.2 Žíly CNS

Žíly CNS tvoří podobné pleteně jako tepny CNS, ale také jsou žíly mozku tvořeny odlišně od mozkových tepen. [2]

Míšní žíly jsou uspořádány jako tepny, žíly vytvářejí pleteně, které postupně odvádí krev do povrchových žil a poté krev odtéká žilami, které jsou podíl tepenných přítoků. [2]

Žíly mozkového kmene jsou venae cerebelli superiores na horní ploše mozečku, venae cerebelli inferiores, které odvádějí krev ze spodní plochy mozečku a venae medullares a venae pontis, které tvoří plexus basilaris. [2]

Žíly mozkové kůry, které bývají označovány také jako povrchové mozkové žíly a patří mezi ně venae cerebri superiores, které sbírají krev ze zevní plochy hemisfér. Dále venae cerebri media superficialis, které sbírají krev ze zevní strany hemisfér, vena cerebri mediae profunda sbírá krev z hloubky. Venae cerebri inferiores vedou krev ze spodní plochy mozku a vena basalis.[2]

Mezi hluboké žíly mozkové patří venae cerebri internae , což jsou párové žíly, které vznikají soutokem tří žil, a to vena septi pellucidi, vena choroidea superior a vena thalamostriata. [2]

1.2 Definice onemocnění

1.2.1 Akutní cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou onemocněním, které způsobuje invalidizaci a je to onemocnění s velkou mortalitou. Cévní mozkové příhody jsou časté onemocnění, které postihuje častěji ženy a to již po 45. roce života, u obou pohlaví je toto onemocnění nejčastější příčinou invalidizace nad 60 let. Poslední dobou stoupá výskyt cévních mozkových příhod i v produktivním věku. [4]

1.2.2 Dělení mozkových příhod

Cévní mozkové příhody se dělí podle typu na ischemické cévní mozkové příhody, hemoragické cévní mozkové příhody se dále dělá na dva typy a to na intracerebrální hemoragii (ICH) a na subarachnoidální hemoragii (SAH). Ischemický typ cévní

mozkové příhody se potom dělí podle lokalizace, hlavní etiologie nebo podle doby trvání klinických symptomů. [4]

Výskyt ischemických mozkových příhod (iCMP, ischemický iktus) je největší a to okolo 80 % případů. Intracerebrální hemoragie se vyskytuje asi v 15 % případů a subarachnoidální hemoragie má výskyt okolo 5 %. Ischemické cévní mozkové příhody vznikají hlavně v karotickém povodí, ikty ve vertebrobasilárním povodí se vyskytují asi ve 20 % případů všech ischemických iktů a tyto ikty nemají většinou příznivý průběh, kdy velký nebo fatální iktus postihuje asi 60 % pacientů. Pokud je okluze arteria basilaris neléčená trombolýzou, je v těchto případech mortalita až 90 %. [4]

1.2.2.1 Podtypy ischemických cévních mozkových příhod

Ischemický iktus je etiologicky heterogenní skupinou onemocnění a podle příčiny ho dělíme na další podtypy. Zjistit tzv. subtyp ischemického iktu je důležité pro specifikaci léčby akutní fáze ale také pro výběr správného druhu sekundární prevence. [4]

Ischemický iktus se dělí podle lokalizce:

- a) Totální přední cirkulační syndrom (infarkt) – jde o kombinaci dysfunkce vyšší nervové soustavy (fatická porucha, dyskalkulie a jiné kognitivní poruchy), homonymní hemianopsie a stejnostranného motorického anebo senzitivního deficitu, který postihuje nejméně dvě ze tří oblastí (obličej, horní nebo dolní končetinu), vyskytuje se zhruba v 17 % případů.
- b) Parciální přední cirkulační syndrom (infarkt) – je to kombinace dvou ze tří výše uvedených faktorů a vyskytuje se velice často, přibližně ve 34 % případů.
- c) Lakunární syndrom (infarkt) – vzniká na podkladě postižení malých mozkových cév a patří sem: čistý motorický iktus, čistý senzitivní iktus, senzitivně motorický iktus a ataktická hemiparéza. Vyskytuje se až ve 25 % případů.
- d) Zadní cirkulační syndrom (infarkt) – stejnostranná léze mozkového nervu, oboustranný motorický nebo senzitivní deficit, porucha konjugovaných

pohybů bulbů, cerebrální dysfunkce nebo izolovaná homonymní hemianopsie. Výskyt je přibližně v 10-20 % případů ischemického iktu. [4]

1.2.2.1.1 Podle etiologie:

V současnosti se tento systém hodnocení používá nejčastěji. Tento systém se dělí na pět kategorií, šestou kategorií jsou ikty, kde nebyla zjištěna etiologie. Subtyp se určuje pomocí klinického obrazu a paraklinických vyšetření kam patří zobrazovací metody mozku (CT a MRI), vyšetření srdce (EKG, echokardiografie atd.), duplexní sonografie extrakraniálních tepen, intrakraniální neurosonografie, arteriografie a laboratorní testy vyšetřující koagulační stav. [4]

- a) Onemocnění velkých tepen – ateroskleróza, aterotrombóza velkých tepen, arterioarteriální embolizace
- b) Kardioembolické ikty – tyto ikty vznikají jako následek embolizace do mozkového řečiště z kardiálního zdroje. První a druhý subtyp jsou nejčastějším subtypem ischemické cévní mozkové příhody.
- c) Lakunární iktus
- d) Ikty se známou etiologií
- e) Hemodynamický subtyp iktu – příčinou může být ortostatická hypotenze, ortostatická cerebrální ischemie, perioperační komplikace (hlavně u kardiochirurgických výkonů), postižení myokardu anebo významný karotická stenóza nebo okluze.
- f) Příčina iktu není zjištěna [4]

1.2.3 Diagnostika cévních mozkových příhod

Než bylo v roce 1895 objeveno RTG záření, diagnostické zobrazování v neurologii a neurochirurgii ovládaly konvenční radiologické techniky, které byly později rozšířené o kontrastní rentgenové vyšetřování. Na sklonku sedmdesátých let byly objeveny moderní zobrazovací metody, nejprve to byla počítačová tomografie (CT)

ve druhé polovině sedmdesátých let a potom na konci sedmdesátých let magnetická rezonance. Objevení těchto dvou metod znamenalo (nejen pro neuroradiologii) doslova revoluci. Tyto dvě metody dnes tvoří páteř diagnostického zobrazování v neuroradiologii, z angiografie, která tvořila základ dříve, se dnes stala metoda specializovaná, používaná především pro detekci zdroje krvácení. [4]

Při diagnostice CMP je důležité také pořadí jednotlivých diagnostických úkonů, které by se měly dít v tomto pořadí: CT mozku, EKG a rentgenologické vyšetření plic, biochemická vyšetření (krevní obraz s diferenciálním vyšetřením, počet krevních destiček, protrombinový čas, INR a PTT, vyšetření iontů v séru, hladina glykemie, CRP a sedimentace, pokud je podezření na hypoxii, pak analýza krevních plynů, hepatální a renální biochemické vyšetření), pulzní oxymetrie, lumbální punkce (při podezření na subarachnoidální hemoragii při negativním CT), duplexní a transkraniální neurosonologie, EEG při podezření na epileptickou genezi stavu, MRI a MRA ve vybraných případech, u některých případů difuzní a perfuzní MR vyšetření a u vybraných případů provedení transthorakální a transezofageální echokardiografie. [4]

1.2.3.1 CT mozku

Objevení počítačové tomografie ovlivnilo ze všech oborů nejvíce neurologii a neurochirurgii. CT se většinou skládá ze zobrazovací jednotky (speciální rentgenka a detektory uložené v saši, která má tunelovitý tvar, nazývá se to gantry), ovládací konzoly pro radiologického asistenta, zdrojů vysokého napětí a softwarové jednotky. Dále může být součástí konzola pro lékaře, která obsahuje specializované softwary a pomáhá lékaři s vyhodnocováním vyšetření. [4]

Principem vyšetření počítačovou tomografií je produkce vrstvého zobrazení v rovině kolmé na dlouhou osu těla, což ale neplatí v oblasti hlavy a krku. Při samotném vyšetření se využívá rentgenového záření, které vychází z rentgenky rotující kolem pacienta a postupně její prozařuje ve všech úhlech. Někdy se při vyšetření podává kontrastní látka, avšak při vyšetření centrálního nervového systému mají význam pouze látky podané intravenózně a to látek založených na nefrotropních jodových preparátech. [4]

Při intravenózní aplikaci jodových látek musíme dodržovat určitá pravidla a nejdůležitější z nich jsou kontraindikace aplikace jodových látek intravenózně. Absolutní kontraindikací je bezesporu alergie na jod, dále existují různé další faktory, které ovlivňují možnost podání kontrastní látky.[4]

U pacientů s cévní mozkovou příhodou je důležitá indikace CT, abychom zjistili, zda je či není přítomno krvácení do mozkové tkáně, zjištění krvácení určuje i další vyšetření a terapii. Ze všech cévních mozkových příhod tvoří netraumatické hemoragie asi 20 % případů. Dále se snažíme zjistit ischemii pomocí CT vyšetření, základní příčinou ischemie je okluze některé z arterií přívádějících krev do mozku. Etiologií uzávěru tepny je nejčastěji tromboembolická nemoc. Dalším nálezem na CT může být subarachnoidální hemoragie. Do subarachnoidálního prostoru se krev dostane ve většině případů rupturou tepenného aneurysmatu (50-70 % případů) anebo při traumatech a rupturách piálních žil. [4]

1.2.3.2 Magnetická rezonance mozku

Magnetická rezonance působí na trochu jiném principu než například CT mozku, které využívá rentgenové ionizující záření. Magnetická rezonance totiž využívá chování různých tkání lidského organismu odlišně ve velmi silném magnetickém poli. Na první pohled je ale přístroj na magnetickou rezonanci velmi podobný přístroji CT. Magnetická rezonance umí podobně jako počítačová tomografie zobrazovat krevní řečiště a pokud jde o vyšetření intrakraniálního oběhu, stačí pouze nativní vyšetření bez kontrastní látky. Principem MR krevního řečiště je měření rozdílných vlastností protonů, které vtékají do měřené vrstvy. [4]

Jako kontrastní látka pro magnetickou rezonanci se zde nepoužívají sloučeniny jodu, ale látky, které dokážou ovlivnit čas potřebný k relaxaci spinu protonů (gadolinium) a podávají se intravenózně. Na rozdíl od těch jodových kontrastních látek nemají prakticky žádné kontraindikace. Hlavní kontraindikací magnetické rezonance je kardiostimulátor, tato kontraindikace vyplývá z přítomnosti magnetického pole, dále sem patří kochleární implantáty, větší kloubní náhrady a podobně. Magnetická rezonance v akutních stavech nemá žádné opodstatnění na rozdíl od CT. Magnetická rezonance se používá až přibližně 12 hodin po prvních příznacích CMP. U nálezu ischemie je situace složitá, v prvních hodinách zde nález není přesvědčivý, stejně

jako u CT. U subarachnoidální hemoragie není potřeba při diagnostice využívat MR, protože se dá spolehlivě diagnostikovat na CT. [4]

1.2.3.3 angiografie mozkových cév (digitální substrakční angiografie)

Do poloviny sedmdesátých let představovala angiografie jedinou možnost diagnostiky veškerých patologií mozku (včetně hemoragií i ischemií). Nyní je její význam oslaben díky používání CT a MR. Subtrakce obrazu znamená, že odečteme nativní obraz od obrazu s kontrastní náplní tepen a docílíme eliminace ostatních struktur a lepší možnosti hodnocení zbylých struktur vaskulárních. [4]

1.2.3.4 Neurosonologie v diagnostice CMP

Je to moderní, neinvazivní diagnostická metoda, která se zaměřuje především na diagnostiku cévních onemocnění mozku. K tomuto vyšetření využíváme ultrazvukové vlnění o frekvenci 1-20 MHz. Základní vyšetření jsou dopplerovské vyšetření, které je založeno na Dopplerovu jevu a ultrazvukový B obraz. Do neurosonologie patří tři základní druhy vyšetření a to je duplexní vyšetření přívodných mozkových tepen, transkraniální dopplerovská sonografie a transkraniální barevná duplexní sonografie.[4]

1.2.3.5 Metody nukleární medicíny v diagnostice CMP

Jsou to vyšetření, která na rozdíl od CT a magnetické rezonance ukazují změny intracelulární. Patří sem vyšetření SPECT (single photon emission computer tomography), které ukazuje prokrvení závislé na neuronální aktivitě a tomu je přímo úměrný průtok krve a vyšetření PET (positrone emission tomography). Tyto metody se využívají k vyšetření průtoku a funkční zobrazení metabolismu a umožňují zjišťovat funkci orgánů. [4]

1.2.4 Škály hodnotící neurologické a funkční poškození

Abychom mohli hodnotit klinický nález, posuzovat průběh a účinnost léčby, funkčního stavu, míru závislosti, stanovit odhad vývoje atd. je potřeba, stanovit klinicko-metrická kritéria, která jsou spolehlivá, specifická, hodnověrná, platná, senzitivní a mají prognostickou cenu. Proto bylo vytvořeno mnoho neurologických škál, jako je například Mathewská škála, Toronstská škála, skandinávská, kanadská,

MCA neurologická škála, škála pro hemisferální ikty, Kodaňská iktová škála a evropská škála. Nyní se nejčastěji využívá NIH Stroke Scale (National Institute of Health, Bethesda, stát Maryland). Tato škála vznikla v roce 1989 a tvoří základ dalších škál. Medical Research Council je jednoduchou škálou, která hodnotí v pěti stupních postižení podle motorické schopnosti. Rankinovo skóre je další významná škála, která jednoduše hodnotí míru nezávislosti. Další často používanou škálou je Barthel test, která hodnotí úkony běžného denního života. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) je škála podle které se hodnotí aktuální neurologický stav a také poskytuje informace o prognóze.[4]

1.2.5 Ischemická cévní mozková příhoda

Nejčastějším typem iktů je právě ischemická cévní mozková příhoda, představuje přibližně 80-85% všech akutních cévních mozkových příhod. [4]

1.2.5.1 Rizikové faktory ischemického iktu

Rizikové faktory cévních mozkových příhod můžeme rozdělit do dvou skupin a to na ovlivnitelné rizikové faktory a neovlivnitelné rizikové faktory.

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory zařazujeme věk, pohlaví, rasu a etnikum a dědičnost. Z nich je nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk. Po dosažení 55 let se riziko iktu zvyšuje v každé další dekádě více než dvojnásobně, výskyt u mužů je sice větší než u žen, ale protože se ženy dožívají vyššího věku, tak každým rokem zemře na iktus více žen. Z toho rovněž plyne další rizikový faktor – pohlaví. Genetické dispozice jsou významné a také rodinné dispozice vyplývající z životního stylu a životního prostředí. Podle posledních informací je vyšší riziko u mužů, jejichž matky zemřely na iktus a vyšší riziko je také u žen s rodinnou zátěží iktu, potom se vyskytují více u dětí, které mají oba rodiče po prodělaném iktu. Dále je například vyšší výskyt iktů u dvojčat a to jednovaječných. [4]

Výskyt iktů je také různý u různých rasových skupin, černoši na ikty častěji umírají než běloši a nejvyšší výskyt i mortalita je potom u Číňanů a Japonců.[4]

Rizikové faktory, které můžeme ovlivnit, jsou například hypertenze, nemoci srdce, fibrilace síní, infekční endokarditida, mitrální stenóza, čerstvý velký infarkt myokardu, kouření cigaret, srpkovitá anemie, TIA, asymptomatická karotická

stenóza, které jsou lépe ovlivnitelné než diabetes mellitus, hyperhomocysteinemie, hypertrofie levé komory. [4]

Arteriální hypertenzí trpí v dospělé populaci v průmyslově vyspělých zemích asi 20-50% lidí. O arteriální hypertenzi mluvíme tehdy, pokud jsou při dvou návštěvách u lékaře hodnoty krevního tlaku 140/90 mmHg. Arteriální hypertenze je nejdůležitější z rizikových faktorů při vzniku ischemického iktu, a proto je její správná léčba vhodnou primární prevencí správná léčba arteriální hypertenze. [4]

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem z kardiologických onemocnění je fibrilace síní, která se dá dobře léčit a její výskyt se zvyšuje s věkem. U lidí ve věku 80-89 let je každý čtvrtý iktus způsoben síňovou fibrilací. Dále to jsou onemocnění chlopní a to hlavně mitrální stenóza. Hypertrofie levé síně je další faktor zvyšující výskyt iktů, protože každé ztlustění svaloviny o 10 mm znamená zvýšení rizika 2krát a to jak u mužů, tak u žen, ale u mužů je riziko vyšší a také otevřené foramen ovale nebo aneurysma síťového septa zvyšuje riziko iktu kardioembolického. Ischemická choroba srdeční také zvyšuje riziko iktu, dále pak infarkt myokardu, kde je nejvyšší riziko po prvním měsíci. V léčbě se tedy využívají antikoagulantia. Farmakologickou prevencí, která se používá nejčastěji, je kyselina acetylsalicylová.[4]

Diabetes mellitus je onemocnění, které zvyšuje výskyt kardiovaskulárních onemocnění a výskyt iktů. Pokud je chronická hyperglykemie špatně kompenzovaná je riziko výskytu iktu přímo úměrné hyperglykemii. Ze všech diabetiků jich po 65 roce života prodělá 13% iktus. [4]

Porucha metabolismu lipidů je rizikovým faktorem předčasného vzniku aterosklerózy a to především koronární. Hypercholesterolemie a hypertriacylglycerolemie jsou nezávislé rizikové faktory vzniku iktu a kardiovaskulárních onemocnění. [4]

Kouření je nezávislý rizikový faktor ischemického iktu a toto riziko ischemického iktu zvyšuje asi tak 2krát lineárně k počtu vykouřených cigaret a toto riziko je dvojnásobné u silných kuřáků oproti těm mírnějším kuřákům. [4]

Alkohol je stále zkoumán, ale prokázalo se, že mírná konzumace alkoholu snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění a iktu, ale opačné tvrzení platí pro vysokou konzumaci alkoholu. [4]

Orální antikoncepce je také neustále zkoumána, jako rizikový faktor různých onemocnění. V poslední době je snížen obsah estrogenu v antikoncepci, takže by neměla zvyšovat riziko iktu. A vzhledem k tomu, že se uvažuje o tom, že migréna s aurou je dalším rizikovým faktorem výskytu iktu, tak se doporučuje ženám užívajícím orální antikoncepci a trpícím na migrény s aurou, aby vyloučili další rizikové faktory jako je například kouření. [4]

Další neprokázané rizikové faktory mohou být například abúzus návykových látek, životní styl (obezita, fyzická aktivita, stres, diety), homocystein, zánětlivé faktory, deprese, subklinická onemocnění (ztluštění intimy medie u a. carotis, aterom aortálního oblouku atd.) [4]

1.3.1 Etiologie ischemického iktu

Klinickým vyšetřením nelze rozpoznat, zdali se jedná o ischemický nebo hemoragický iktus, protože příznaky jsou totožné. Pouze u hemoragických vidáme těžší alteraci vědomí, bolesti hlavy o větší intenzitě a vegetativní doprovod. Iktus vzniká za přítomnosti rizikových faktorů a závisí na etiologii, což jsou nemoci nebo stavy, které se na vzniku iktu podílejí. Rizikové faktory a etiologie mohou být někdy shodné. [4]

1.3.1.1 Embolizace do mozku ze srdce nebo aortálního oblouku

Příčinou embolizace může být fibrilace síní, sinoatriální nemoci, akutní infarkt myokardu, subakutní bakteriální endokarditida, nádory srdce nebo onemocnění chlopní. V případě fibrilace síní je intermitentní fibrilace rizikovější pro vznik iktu než fibrilace trvalá, toto riziko stoupá s věkem a asi 17% ischemických iktů je způsobeno právě embolizací při fibrilaci síní. [4]

V případě infarktu myokardu je příčinou iktu embolie z murálního trombu levé komory a iktus vzniká většinou v prvním týdnu po infarktu myokardu. [4]

Pokud je přítomno onemocnění chlopní jako je například mitrální stenóza, onemocnění mitrální a aortální chlopně, tak se většinou vyskytují tromboembolické příhody a pokud se k tomu ještě u pacienta vyskytne fibrilace síní, riziko iktu se zvyšuje 18krát. Dalšími patologiemi, které souvisejí se vznikem iktu je například prolaps mitrální chlopně a náhrada srdeční chlopně. Dále pak zvyšují riziko iktu všechny endokarditidy.[4]

Riziko iktu se také zvyšuje při otevřeném foramen ovale nebo u operací srdce, kde je riziko 2% a až jedna čtvrtina z těchto operací má pro pacienta fatální důsledek. Další příkladem je embolizace z aortálního oblouku při ateroskleróze. [4]

1.3.1.2 Porucha cerebrální perfuze a arterioarteriální embolizace

Iktus, který je způsoben poruchou perfuze může být vyvolán například závažnou stenózou arteria carotis a arteria basilaris nebo mikrostenózou malých hlubokých arterií.

Patří sem například aterosklerotické pláty velkých arterií, vaskulitidy a okluze a postižení malých cév.[4]

1.3.1.3 Arteriální trombóza

Arteriální trombóza vzniká buď v srdci, nebo v cévách. Trombóza pak bývá příčinou okluze mozkových tepen nebo embolizace do mozku. [4]

1.3.1.4 Spontánní karotická disekce

Je druhou nejčastější příčinou ischemického iktu u jedinců mladších 45 let. Mechanismem vzniku je tromboembolická etiologie a původní porucha hemodynamiky je v tomto případě méně významná. Léčí se tedy hlavně prevencí arterioarteriální embolizace a arteriální trombózy. [4]

1.3.1.5 Genetická onemocnění asociovaná ischemickým iktem

Do této kategorie se řadí koagulopatie, nemoci pojivové tkáně, vaskulopatie, metabolické nemoci, genetické onemocnění malých cév a onemocnění s neznámou etiologií. [4]

1.3.1.6 Mozková žilní trombóza

Je méně častá než arteriální trombóza a nejčastěji se vyskytují klinické příznaky jako například bolest hlavy a epileptické paroxysmy.[4]

1.3.1.7 Hematologické poruchy

Tyto poruchy jsou příčinou asi 8% ischemických iktů. Např. [4]

1.3.1.8 Nemoci spánku

Patří sem například syndrom konstitučního chrápání, syndrom rezistence horních dýchacích cest, periodické dýchání a spánková apnoe. [4]

1.3.1.9 Léky

Nejsou známé mozkové hemoragické komplikace při léčbě antikoagulancii a trombololytiky. Dále pak při chemoterapiích, při léčbě ergotaminovými deriváty a podobně. [4]

1.3.2 Terapie

Na začátku léčby cévní mozkové příhody musíme určit typ příhody. Ten se určuje CT vyšetřením mozku spolu s neurologickým a interním vyšetřením. Po určení ischemického iktu se postup léčby určuje podle doby, která uplyne od manifestace iktů do přijetí do nemocnice. [4]

Nejprve je zahájena léčba akutní fáze iktu na jednotce intenzivní péče, pokud je pacient přijat do 4,5 hodiny, je možné podat systémovou trombolýzu, eventuelně do 8 hodin, kdy je možné provést mechanickou embolektomii anebo lokální trombolýzu. Pokud je pacient přijat až po uplynutí tohoto časového okna, léčba může probíhat na standartním oddělení, jestli však nevyžaduje jeho stav hospitalizaci na monitorovaném lůžku. Důležité je zajistit specializovanou lékařskou, ošetrovatelskou a včasnou rehabilitační péči, případně psychologickou péči pro příbuzné i nemocného. Součástí léčby akutní fáze iktu je hlavně včasná diagnostika a léčba všech vzniklých komplikací a dále potom léčba všech doprovodných onemocnění.[4]

Mezi doprovodná onemocnění patří například hypertenze nebo hyperglykemie, potom je třeba normalizovat tělesnou teplotu. Následně musíme zahájit sekundární

prevenci, abychom zabránili časně recidivě iktu, nejčastěji se nasazuje kyselina acetylsalicylová a také je třeba co nejčasněji zahájit rehabilitaci a to jak pasivní, tak aktivní. [4]

Jako komplikace se mohou vyskytnout epileptické záchvaty, které je také třeba léčit. Objevují se nejčastěji první den po vzniku iktu. Obvykle se léčí medikamenty, jako je například klonazepam nebo diazepam, a podávají se intravenózně. Další komplikací mohou být stavy zmatenosti, které mohou být důsledkem akutní stresové reakce a u těžších stavů se doporučují antidepressiva. [4]

1.3.2.1 Specifická léčba ischemického iktu

Po ischemickém iktu se nasazují léky, které obnovují makro a mikrocirkulaci v oblasti ložiskové ischemie, neuroprotektivní léky a také se snižuje nitrolební tlak. Výběr léčebné metody závisí na čase, který uplynul od manifestace příznaků iktu a dobou zahájení léčby a na přidružených onemocněních a dále pak na komplikacích. [4]

Existují tři hlavní možnosti léčby ischemického iktu. První z nich spočívá v časném obnovení perfuze v ischemické oblasti, druhá v prevenci druhotného poškození a rozšíření ischemické léze a třetí v rehabilitaci, která musí být včasná a prováděna specialisty na iktové jednotce a péče musí být individualizovaná. [4]

Mezi léky, které se podávají při prvním druhu léčby, patří tkáňový aktivátor plasminogenu – humánní protein vylučovaný tkáněmi. [4]

Hlavním rizikem trombolýzy je intracerebrální krvácení a hemoragická transformace ischemie. Při léčbě trombolýzou 40-50% pacientů většinou nebude mít do tří měsíců buď žádný, anebo minimální neurologický deficit. 30% z pacientů bude trvale nesoběstačných a 20-30% pacientů do tří měsíců zemře. Pokud pacient nesplňuje indikační kritéria pro trombolýzu nebo endovaskulární výkon je indikována protidestičková léčba, kdy jsou podávány antiagregancia jako kyselina acetylsalicylová a clopidogrel.

Potom je to antikoagulační léčba, která má jako cíl zabránit vzniku trombózy nebo zastavit progresi trombózy vzniklé. Nejčastěji se podává nízkomolekulární heparin. [4]

2 Základní údaje o nemocné

iniciály: V.D.

věk: 79 let

pohlaví: žena

2.1.1 Lékařská anamnéza

Osobní údaje:

Paní V.D., dříve pracovala jako účetní, nyní je v důchodu a vdova.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel na akutní infarkt myokardu v 53 letech a matka na rakovinu prsu. Sourozence neměla, syn je zdrav.

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci. Asi před čtyřmi lety prodělala zlomeninu krčku a ruky v důsledku osteoporózy. Jiné úrazy a operace neprodělala. Nyní trpí esenciální primární hypertenzí, hypercholesterolémií a postmenopauzální osteoporózou.

Farmakologická anamnéza:

Euthyrox 150 (hormon štítné žlázy)

Dávkování: 1-0-0 p.o. (po-čt)

Atorvastatin 10 (hypolipidemikum)

Dávkování: 0-0-1 p.o.

Ifirmasta 150 (antihypertenzivum)

Dávkování: ½-0-0 p.o.

Vigantol (vitamin)

Dávkování: 8 kapek jednou týdně p.o.

Protelos (léčivo k terapii nemocí kostí)

Dávkování: 0-0-1 p.o.

Alergie:

Neudává.

Abúzus:

Je vyléčená kuřačka, již deset let nekouří, pije 2 X denně kávu a alkohol jen příležitostně.

Gynekologická anamnéza:

Menstruovat začala ve 13 letech, potrat neprodělala žádný a porod jeden. Menopauza byla v 51 letech.

Sociální anamnéza:

Žije se synem, snachou a vnukem v rodinném domě.

Nynější onemocnění:

Dnes v 7:30 náhlá pravostranná hemiplegie a těžká porucha exprese, postupně dochází ke zlepšení, s odstupem cca 30 min dochází opět ke zhoršení stejné závažnosti. Byla zavolána RZP a pacientka je převezena na centrální příjem v 9:09 hodin s lehkou pravostrannou hemiparézou a postižením n. fac. l. dx. Byly provedeny odběry k trombolytickému protokolu a transport na CT mozku, CT bez čerstvých ischemických změn. Podobné příznaky v předchorobí nepředcházely. Trauma či krvácivé projevy neguje.

Léky, které bere pacientka během hospitalizace:**Anopyrin 100 mg** (antiagregans)

Dávkování: po 8 hodinách p.o.

Indikace: bolesti mírné a střední intenzity.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, akutní vředová choroba, bronchiální astma, krvácivé stavy, 3. trimestr těhotenství. [10, Brevíř, str. 316]

Tritace 5 mg (antihypertenzivum)

Dávkování: 8:00-17:00 p. o.

Indikace: léčba hypertenze, městnavého srdečního selhání, glomerulární nefropatie, prevence IM, CMP a kardiovaskulární smrti u rizikových pacientů.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku nebo jiné ACE inhibitory, angioneurotický edém v anamnéze, stenóza renálních arterií, těhotenství. [10, Brevíř, str. 1142]

Rivotril 2mg (antiepileptikum)

Dávkování: p.o. 0-0-0-22:00 p. o.

Indikace: léčba všech epileptických syndromů dětského věku a léčba epilepsie s parciálními a generalizovanými záchvaty. Krátkodobá léčba panické poruchy.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku a benzodiazepiny, myasthenia gravis, těžká jaterní a respirační nedostatečnost, syndrom spánkové apnoe. [10, Brevíř, str. 1008]

Agen 5 (vazodilatans, antihypertenzivum)

Dávkování: po 8 hodinách p. o.

Indikace: léčba hypertenze, profylaktická léčba anginy pectoris.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, kariogenní šok, pokročilá aortální stenóza, hypotenze, srdeční selhání po IM, nestabilní angina pectoris, těhotenství, kojení.[10, Brevíř, str. 273]

Lyrica 150 mg (antiepileptikum)

Dávkování: 8:00-17:00 p. o.

Indikace: léčba periferní a centrální neuropatické bolesti, přídatná léčba epilepsie a léčba úzkostné generalizované poruchy.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, kojení, těhotenství.
[10, Brevíř, str. 754]

2.1.2 Status praesens:

TK: 200/100 , P: 66´, SpO2: 97%, TT: 36,5 °C. Výška 168 cm, váha: 100 kg, BMI: 35 (obezita 2. Stupně). Pacientka je plně orientována místem, časem a osobou, spolupracuje, špetku vpravo nesvede, negativní pulzace až do periferie, akce srdeční nepravidelná.

Epikríza: Pacientka byla přijata k tromboembolickému protokolu, začátek v 7:30, na CP 9:09, CT mozku 9:35, bez čerstvých ložisek, CT Ag bez průkazu stenóz, vstupné NIHSS 5 (NIHSS je standardizované neurologické vyšetření, které slouží k popsání deficitu pacientů s iktem). Laboratorní vyšetření bez pozoruhodností, indikována

ACTILYSE v celkové dávce 90 mg/ 100 kg, zahájena v 10:10, 30 minut po dokapání trombolýzy NIHSS 0! Bez krvácivých projevů, subjektivně bez obtíží, RTG plic bez čerstvých ložisek či městnání. Ve 14:30 došlo opět ke zhoršení do pravostranné těžké hemiparézy, paréza n.fac.l.dex. a dysartrie , pouze chvilková, následně se opět upravuje k normálnímu obrazu, podobný stav měla pacientka ještě dvakrát během dne. Včera večer v kontrolních odběrech hypokalémie 3.0, dnes přidána substituce.

Vyšetření:

CT mozku nativně + CTA tepen extra + intrakrania:

Závěr:

Jen hraniční stenóza ACC dx. s kalcifikacemi, jinak bez významných stenóz. Hypoplasie pravé a.vertebralis a první části a. cerebri posteriori bilaterálně. Intrakraniálně bez ložiskových změn.

Plíce vleže na oddělení:

Srdeční stín aortální, vleže lehce širší, Kardiothorakální index: 150/280, bránice klenutá, hily bez městnání, v.s. Fleischnerovy atelektázy ve středním poli vlevo a basálně v pravo. Bez čerstvých změn. Bez tekutiny.

TEE:

Zachovalá systolická funkce levé komory srdeční bez lokální poruchy kinetiky. Ejekční frakce: 55%, diastolická funkce odpovídá věku. Pouze stopová mitrální regurgitace, minimální degenerativní změny na chlopních. V levé síni Eustachova chlopeň, ale srdce bez zkratu, bez nitriokardiální trombozy. Volné ouško, rytmus sinusový. Jako zdroj embolizace nejpravděpodobnější těžce exulcerovaný aterosklerotický plát. Plát nasedá trombozou v oblouku aorty.

Laboratorní vyšetření:

Tabulka 1: Výsledky laboratorní vyšetření

Odběr 18.4.	Výsledná hodnota
Urea	3,1 mmol/l
Kreatinin	69,1 μ mol/l
Bilirubin	10,7 μ mol/l
Alaninaminotransferasa	0,33 μ kat/l
Aspartataminotransferasa	0,33 μ kat/l
Gama-glutamyltransferasa	0,2 μ kat/l
Fosfatasa alkalicka	0,9 μ kat/l
Cholesterol	3,6 mmol/l
Triacylglycerol	1,34 mmol/l
Glukosa	6,9 mmol/l
Sodik	1,38 mmol/l
Draslík	3,8 mmol/l
Chloridy	97 mmol/l
Alfa- amylasa	0,37 μ kat/l
CK- izoenzym MB	0,21 μ kat/l
C- reaktivní protein IT	5,9 mg/l
Troponin I.	0,007 μ g/l
Erytrocyty	4,41 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	144 g/l
Hematokrit	0,422

Trombocyty	234 x 10 ⁹ /l
Leukocyty	8,2 x 10 ⁹ /l
Protrombinový test (QUICK)	11,1
Protrombinový test (QUICK) INR	0,92
Protrombinový test RATIO	0,92

—

2.1.3 Průběh hospitalizace

Paní V.D. byla přivezena dne 18.4. na neurologickou jednotku intenzivní péče z centrálního příjmu. Byla uložena na lůžko a připojena na monitory, kde byla sledována křivka EKG, saturace, puls, TK a teplota. Pacientce byla edukována o aplikaci systémové trombolýzy a o nutnosti jejího souhlasu, podepsala nám informovaný souhlas a dále byla poučena o průběhu podání trombolýzy a o komplikacích a byla připravena k podání léku. Pacientce byla aplikována látka Actilyse.

Paní V. D. jsme při podávání systémové trombolýzy měřili fyziologické funkce po 15 ti minutách v první hodině, v následujících šesti hodinách probíhalo měření po 30 minutách a v dalších 24 hodinách se měřily fyziologické funkce po jedné hodině. Dále jsme sledovali krvácivé projevy již během podávání a dále po aplikaci, kontrolovali jsme vpichy, nos, dásně, trávicí trakt a také močový měchýř.

Po 6 hodinách jsem provedla kontrolní odběry KO, aPTT,QUICK, tromboplastinový čas, fibrinogen a biochemie. A dále proběhlo kontrolní CT mozku, o kterém byla pacientka také informována. CT mozku musí proběhnout 22-36 hodin od zahájení léčby.

PMK jsme zavedli hodinu po ukončení trombolýzy, dříve než za půl hodiny od ukončení trombolýzy se zavádět nesmí a dále i.m. injekce se smí aplikovat také minimálně jednu hodinu po ukončení ST.

U pacientky jsem se snažila zajistit psychickou pohodu, protože byla rozrušená a měla obavy z léčby a z komplikací.

Paní V.D. byla ještě další tři dny na JIP a následně byla přeložena na standardní oddělení, kde se ošetrovatelský tým věnoval především rehabilitaci a přípravou pacientky k propuštění do domácího prostředí.

3 Ošetřovatelská část

3.1 ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je přístup ke komplexní ošetřovatelské péči o pacienta, který je systematický a logický. Skládá se ze čtyř fází, kterými je zhodnocení pacienta, plánování, realizace a zhodnocení ošetřovatelské péče. Slovo proces označuje sled činností, které po sobě následují a provádí je sestry v rámci ošetřovatelské péče. Sestra musí úzce spolupracovat s pacientem a jeho rodinou. Spolu stanoví pacientovi potřeby a potom hodnotí dosažené výsledky. Sestra se snaží navrátit pacientovi soběstačnost v co největší míře. [5]

Fáze ošetřovatelského procesu

1. **zhodnocení** potřeb nemocného. Je potřeba získat co nejvíce informací o pacientovi, například identifikační údaje, momentální zdravotní stav a podobně.
2. **Stanovení** diagnóz, problémů a cílů. Diagnóza identifikuje potřeby nemocného.
3. **Plánování** činností, které vedou k uspokojení potřeb nemocného. V této fázi si stanovujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle.
4. **Realizace** plánu ošetřovatelské péče. Zde plníme úkoly, které jsme si stanovili v plánu ošetřovatelské péče.
5. **Vyhodnocení** péče neboli zpětná vazba. V této fázi vyhodnotíme, zda jsme splnili stanovené cíle. [6][7]

3.2 ošetřovatelský model základní ošetřovatelské péče dle Virginie Henderson

Pro posouzení zdravotního stavu paní V.D. jsem si vybrala model základní ošetřovatelské péče dle Virginie Henderson. Virginia Henderson vycházela při sestavování modelu z poznatků z fyziologie, psychologie a sociologie, dále potom

z učebnice B. Harmer a také ji ovlivnila děkanka na vojenské ošetrovatelské škole ve Washingtonu A. W. Goodrich.

Virginia Henderson klade velký důraz na roli sestry, která je podle ni jedinečná v tom, že se snaží pacientovi navrátit nebo udržet nezávislost při uspokojování potřeb klienta. Tedy pomáhá pacientovi tam, kde by si pacient pomohl sám, kdyby mohl. Zdroj potíží vidí v tom, že pacient má nedostatek síly, vůle nebo vědomostí. Jejím cílem je zvýšení rozsahu nezávislosti při uspokojování klientových potřeb nebo klidná smrt.

Model je odvozen z interakce osoba - prostředí – zdraví – ošetrovatelství. [8]

3.2.1 Základní koncepce teorie

Člověk je osoba, která je tvořena čtyřmi základními složkami a to složkou biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Tyto složky jsou souhrnem 14 elementárních potřeb.

Potřeby:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce

13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Tyto potřeby jsou vlastní všem lidským bytostem a jsou ovlivněny faktory jako je kultura a individualita každého člověka. Každý člověk své potřeby uspokojuje jiným způsobem života a tyto potřeby existují bez ohledu na medicínskou diagnózu, i když je jakýmkoliv způsobem ovlivňuje. Problémy s uspokojováním těchto potřeb se mohou objevit v různých obdobích života jako je například těhotenství, dětství, stáří nebo vzniknou v důsledku nemoci. Při vzniklých problémech s uspokojováním těchto potřeb člověkem samotným se zapojuje ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelství je co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta/klienta.

Základní ošetřovatelskou péči potřebuje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a tato péče je odvozena z individuálních potřeb daného člověka. Je ovlivňována kulturou, emocionální rovnováhou, schopnostmi pacienta/klienta a také patologickým stavem, tedy syndromy a symptomy onemocnění. Základní ošetřovatelská péče se poskytuje pacientům v nemocnicích i v domácím prostředí.

Komponenty základní ošetřovatelské péče jsou odvozeny od základních potřeb například pomoc pacientovi/klientovi normálně dýchat a podobně. Sestra pouze asistuje při pomáhání klientovi upokojit své potřeby, rozhoduje za klienta pouze tehdy, je-li klient úplně závislý.

Poskytování ošetřovatelské péče je podle Virginie Henderson rozdělené do tří fází. První fází je určení oblastí, ve kterých pacient/klient potřebuje pomoc, plánování pomoci a následná realizace pomoci.

Druhá fáze přichází po pomoci pacientovi/klientovi a projeví se zlepšením soběstačnosti klienta, což se musí projevit v následném plánu další péče.

Třetí fáze je zaměřená na edukaci pacienta/klienta a jeho rodiny. [8]

3.3 Ošetřovatelská anamnéza 1. den hospitalizace

1. Normální dýchání

Pacientka nemá žádný problém s dýcháním ve dne ani v noci. Ptala jsem se jí na námahovou a klidovou dušnost a pacientka odpověděla, že dušností netrpí, pouze občas lehkou dušností při velké námaze, jak sama říká z důvodu obezity. Pacientka dýchá klidně, počet dechů za minutu je 16.

2. Dostatečný příjem tekutin a potravy

Paní V.D. váží 100 kg, měří 168 cm a její BMI je 35. Pacientka se snaží jíst menší porce, 4X denně, ale její slabostí je česká kuchyně, takže jak sama říká ne moc zdravá. Zařazuje do svého jídelníčku hodně zeleniny a ovoce. Teď se snaží se více pohybovat a jíst méně, protože měla těžký úraz krčku a ruky z důvodu osteoporózy a tak dlouhou dobu ležela a byla bez pohybu. Svůj jídelníček nyní upravila. Vaření mají v domácnosti rozdělené se snachou, snacha vaří spíše cizí jídla a to hlavně italskou kuchyni, těstoviny a zeleninové saláty. Paní V.D. vaří spíše tučná těžký jídla a jako přílohu nejčastěji knedlík. Občas se prý vaření ujme i její syn.

Ke snídani obvykle jí sladké pečivo (vánočku, koblihy, rohlík s džemem) a čaj. Ke svačině dopoledne jí dva kusy ovoce. K obědu mívají polévky skoro každý den, protože je prý má ráda celá rodina a potom následuje jídlo, které uvaří buď ona, nebo její snacha.

K odpolední svačině jí hodně zeleniny a někdy ovoce, nemá moc ráda mléčné výrobky, ale odpoledne se snaží jíst nějaký jogurt nebo tvaroh kvůli osteoporóze.

K večeři si obvykle dá trochu polévky od oběda a většinou mají každý den teplou večeři a to sladká i slaná jídla.

Z tekutin pije nejraději neslazené vody a čaje a někdy pije i pivo. Nemá ráda sladké limonády. Kávu si vaří se snachou dvakrát denně. Snaží se vypít minimálně dva litry tekutin denně.

Pacientka má horní zubní protézu a nemá s ní žádné potíže. Nechtěla u sebe mít žádné věci. Nemá u sebe tedy ani zubní protézu, kterou ji syn odnesl domů. Bez protézy se jí hůř jí, ale snaží se vždy sníst alespoň tři čtvrtiny porce.

3. Vylučování

Pacientka je plně kontinentní. Pálení a řezání při močení nepociťuje. Problémy se stolicí také nemá. Na stolicí chodí jednou za jeden až dva dny. Stolice je podle popisu pacientky bez příměsí a není průjmovitá.

Pacientka má PMK, který byl zaveden první hospitalizační den. Nemá s ním zatím žádný problém. Moč v močovém sáčku je čirá.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

V domácím prostředí před akutní cévní mozkovou příhodou, byla paní V.D. v lepší fyzické kondici, ale sama říká, že se její kondice zhoršila po úrazech, kdy dlouho ležela a také v tu dobu hodně přibrala na váze. Často hlídala vnoučka a hrála si s ním, chodila na procházky, takže pohybu měla po zotavení se z úrazu dostatek. Chodila na procházky do lesa, na houby a na hřiště s vnoučkem. Také chodila každý týden přes celou vesnici do restaurace na pivo.

Paní V. D. má pravostrannou hemiplegii z důvodu základního onemocnění. Nyní v nemocnici se necítí dobře, protože je náhle nesoběstačná a nemá dostatek pohybu. Je ležící pacientka, která potřebuje při pohybu pomoci. Snaží se sama najíst levou rukou, ale potřebuje pomoci napolohovat k jídlu. Barthel 40 bodů, což značí vysokou závislost pacientky. Výsledek stupnice Morse je 40 bodů, což znamená, že je pacientka ohrožena rizikem pádů. Norton skóre je 18 bodů. Pacientka má zvýšené riziko vzniku dekubitu.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka v domácím prostředí spala dobře. Usínala obvykle u knihy okolo 22. hodiny a probouzela se okolo 6. hodiny ranní. Většinou spala celou noc, občas se vzbudila, protože potřebovala na toaletu. Obvykle si jde po obědě lehnout k televizoru a většinou tak na hodinu až dvě usne.

Nyní si občas musí požádat o hypnotika, protože se jí v nemocničním prostředí hůře usíná, ale v noci se nebudí, snaží se dodržovat domácí zvyky, jak jen to jde. Čte si před usnutím knihu, jako doma. Snaží se také usínat ve stejný čas, jako v domácím prostředí.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Doma se paní V.D. obléká pohodlně do domácího oblečení přes den, rozhodně nezůstává v pyžamu. Když jde ale ven, tak se o sebe snaží pečovat a oblékat se jinak, než doma. Doma nepotřebovala dosud žádnou pomoc s oblékáním ani svlékáním.

Nyní v nemocničním prostředí zůstává v pyžamu celý den a to i z důvodu základní diagnózy, nemůže se sama obléknout ani svléknout bez pomoci. To jí dost trápí. Ráda by se zase oblékla do pěkných šatů a cítila se dobře, takže se těší a doufá, že díky rehabilitaci pokročí a bude se moci zase sama oblékat a svlékat a nebude potřebovat pomoc.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Pacientka má tělesnou teplotu v normě. Je více citlivá na chlad.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Paní V.D. se líčí vždy, když jde ven, také chodí pravidelně ke kadeřníkovi a ráda dbá o svůj zevnějšek. Pacientka udává, že se sprchuje skoro každý den, vlasy si myje jednou týdně a ke kadeřníkovi chodí jednou za tři až čtyři týdny.

V nemocnici je pro ni hodně těžké celý den ležet v posteli v pyžamu a nemoci se upravit, podle sebe. Vzhledem k poruše hybnosti pravé ruky se sama neučeše, neoblékne a neupraví tak, jak je zvyklá.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

V nemocnici jsme odstranili všechna rizika z okolí pacientky, pacientka si sama řekla o zdvihnutí postranic, protože to v ní vyvolává pocit bezpečí a protože se bála, že by v noci v cizím prostředí mohla spadnout z lůžka. Pacientka trpí rizikem pádu a je nesoběstačná.

Pacientka spolupracuje, je klidná a orientovaná, takže sama neohrožuje sebe ani své okolí. Pacientka je ohrožena rizikem infekce, protože má zavedený PŽK a PMK.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Paní V.D. nemá žádný problém s komunikací s lidmi v běžném životě. Je to spíše extrovert. Nemá ani problémy s vyjádřením emocí jako je vztek, lítost i radost. Je přátelská a nekonfliktní. Stále jí ale bolí odchod manžela a tak si na smrt manžela občas po večerech vzpomene a rozesmutní se. Také má občas sama na sebe vztek, jak říká, protože vzhledem k věku a onemocněním nezvládne to, co zvládala a tak se to občas projeví ve vztazích s lidmi. Jinak v rodině ani s nikým v okolí nemá žádný problém.

V nemocničním prostředí se cítí nesvá, ale komunikuje bez problémů. Snažila jsem se ji rozveselit a dodat jí lepší náladu, a protože si velmi ráda povídá, tak se mi ji

podářilo rozptýlit našimi rozhovory. Vyjádřila obavy z toho, jak se bude její onemocnění vyvíjet a z toho, jak to doma potom všechno zvládne, ale vzhledem k tomu, že má fungující rodinu, která se o ni postará, jsem ji mohla alespoň trochu uklidnit. Je veselá i přes všechna onemocnění, která ji v poslední době potkala, ale jak sama říká: „občas to, na mě přijde“.

11. Vyznávání vlastní víry

Paní V.D. není věřící v pravém slova smyslu. Říkala mi, že nevyznává žádné náboženství, ani nechodí do kostela, ale v nějaké vyšší síly věří a zastává názor, že by člověk měl věřit hlavně sám v sebe.

12. Smysluplná práce

Paní V.D. rozhodně má smysl života v tom, že se stará o rodinu a že ví, že její „práce“, má smysl. Stará se o vnoučka, vaří pro rodinu a má i své zájmy, jako je například čtení, procházky, houbaření a podobně.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Doma se věnuje především hrám s vnoučkem a svým zájmům, které už byly zmíněny. Znepokojuje ji, že už vzhledem k osteoporóze a ostatním onemocněním, nemůže provádět činnosti, které prováděla dříve. Jezdila na kole a hrála volejbal a s manželem jezdili každý rok na hory, kde provozovali pěší turistiku.

Nyní je omezena základním onemocněním, a jak už bylo řečeno, věnuje se hlavně čtení a rehabilitaci již od začátku hospitalizace.

14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Paní V.D. je ve svém věku velmi aktivní žena a snaží se neustále objevovat nové věci. Čte naučnou literaturu, zajímá ji také politika a má všeobecný přehled. Stále se snaží objevovat nové věci.

V průběhu hospitalizace ji bude navštěvovat její syn, takže o dostatečný přísun literatury má postaráno. Edukovali jsme ji o pomůckách, které lze využívat a sama se nás ptala na kontakty na fyzioterapeuty v okolí jejího bydliště. Zajímá ji vše o jejím onemocnění a snaží se získat co nejvíce informací, které ji ochotně poskytneme. Má v plánu přečíst si něco z odborné literatury o cévních mozkových příhodách.

3.4 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k prvnímu dni hospitalizace

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila po rozhovoru s pacientkou a doplnila jsem je po prostudování lékařské a ošetřovatelské dokumentace.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest hlavy z důvodu základního onemocnění
2. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování, oblékání a svlékání z důvodu základního onemocnění
3. Strach z dalšího vývoje základního onemocnění

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku krvácení z důvodu nasazené léčby (systémová trombolýza)
2. Riziko vzniku infekčních komplikací z důvodu zavedení invazivních vstupů (periferní žilní katétr, permanentní močový katétr)
3. Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiplegie a vysokého krevního tlaku
4. Riziko vzniku dekubitu z důvodu snížené hybnosti pacientky

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest hlavy z důvodu základního onemocnění

Cíl:

- pacientka bude udávat do jedné hodiny od podání analgetik snížení bolesti ze stupně 5 VAS alespoň na stupeň 2 VAS

Plán péče:

- Vysvětlit a poučit pacientku o funkci a významu vizuální analogové škály (VAS)
- Podle VAS dále sledovat a hodnotit intenzitu bolesti
- Edukovat pacientku o signalizačním zařízení a o nutnosti informovat sestru v případě bolesti
- Do ošetrovatelské dokumentace zavést záznam o bolesti a v případě bolesti informovat lékaře
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře
- Sledovat neverbální projevy bolesti pacientky
- Zajistit pacientce klidné prostředí

Realizace ošetrovatelské péče:

Po příjezdu pacientky na oddělení zhodnotila pacientka intenzitu své bolesti na stupeň 5 VAS. O bolesti byl informován lékař, který naordinoval pacientce Novalgin 2 ml i.v. , který byl podán. Přibližně za patnáct minut pacientka udává zmírnění bolesti a za 45 minut udává, že nemá bolest. Pacientku jsem sledovala a charakter i intenzitu a lokalizaci bolesti jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Pacientku jsem poučila o tom, kde je a jak funguje signalizační zařízení, aby v případě bolesti mohla přivolat sestru.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka patnáct minut od podání analgetik udávala mírnění bolesti na stupeň 2 VAS a po 45 minutách udávala stupeň bolesti 0 VAS.

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování, oblékání a svlékání z důvodu základního onemocnění

Cíl:

- Pacientka bude mít uspokojené potřeby v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování, oblékání a svlékání za pomoci sestry.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zjistit míru závislosti pacientky, zhodnotit stupeň závislosti pomocí Barthel testu
- Zajistit pacientce pomoc při hygieně, vyprazdňování, stravování, oblékání a svlékání
- Zajistit pomůcky k hygieně
- Podporovat navrácení nezávislosti pacientky tím, že bude pacientka provádět, co největší část hygienické péče sama
- Poskytnout pacientce dostatek času
- Zajistit pacientce soukromí při oblékání, svlékání, hygieně a vyprazdňování

Realizace ošetrovatelské péče:

První den hospitalizace jsem zjistila míru závislosti pacientky a provedla test dle Barthelové, který vyšel 40 bodů. Zhodnotila jsem že pacientka je na vysokém stupni závislosti. Pacientka potřebovala pomoci s hygienou, oblékáním i svlékáním a také při příjmu potravy.

Pacientce jsem vysvětlila, že v případě potřeby na toaletu a podobně, má na stole v dosahu signalizační zařízení pro přivolání sestry. Pacientka měla zaveden dne 18.4. močový katétr.

Stravu jsem pacientce dala na pojízdný stoleček k posteli a pomohla jsem ji napolohovat k jídlu. Snaží se jíst levou rukou a být soběstačná co nejvíc to jde. Jídlo jsem jí nakrájela a pacientka ho snědla bez větších problémů. K večeři jsem ji opět napolohovala a namazala a nakrájela chleba. Pacientka večeři snědla také bez problémů.

Po každém jídle jsem ji umožnila umýt si ruce a ústa. Hygienu jsme provedli večer na lůžku, pacientka se snažila umýt sama, ale potřebovala pomoci vzhledem k hemiplegii pravé ruky a nohy. Při mytí jsem zatáhla zástěny a záda, dolní končetiny a genitál jsem pacientce umyla já, obličej, trup a ruce si pacientka snažila umýt sama. Pokožku jsem ošetřila krémem a pomohla pacientce s oblékáním do pyžama. Vlasy si učesala sama a zuby si vyčistila také sama levou rukou.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientce jsem dala potřebné věci, jako je mýdlo, ručník, lavor s vodou, žínka, hřeben a kartáček na zuby. Pomohla jsem jí se stravováním, večerní hygienou, oblékáním a svlékáním. Paní V.D. měla uspokojené potřeby v oblasti hygieny, stravování, oblékání a svlékání. Cíl byl tedy splněn.

Strach z vývoje dalšího onemocnění

Cíl:

- Pacientka bude udávat snížení strachu a bude klidnější

Plán ošetrovatelské péče:

- Sledovat neverbální projevy strachu pacientky
- Zajistit dostatek informací o nemoci (pohovorem s lékařem)
- Nechat pacientce prostor na dotazy
- Být pacientce stále na blízku
- Zajistit ji soukromí a klidné prostředí

Realizace ošetrovatelské péče:

Z výrazu, který měla paní V.D. na tváři, jsem vyzorovala, že má strach. Pacientce jsem vysvětlila, co se bude dít v nejbližší době z hlediska ošetrovatelské péče a řekla jsem jí, na koho se může obrátit v případě dotazu nebo jakéhokoliv problému. Pacientka se ptala vždy hned, pokud jí byla nějaká informace nejasná a já jsem se jí snažila vždy odpovědět nebo informace zjistit. Zajistila jsem jí rozhovor s lékařem, aby měla dostatek informací o své nemoci. Ve volném čase jsem si chodila s pacientkou povídat, abych ji co nejrychleji zbavila alespoň do určité míry strachu.

Hodnocení poskytnuté péče:

Po rozhovoru s lékařem, zodpovězení všech otázek, které měla paní V.D. a po rozhovorech se mnou byla mnohem klidnější než těsně po přijetí na oddělení. Cíl byl splněn.

3.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko vzniku krvácení z důvodu nasazené léčby (systémová trombolýza)

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku krvácení
- Zabránit krvácení
- Včas rozpoznat krvácení

Plán ošetrovatelské péče:

- Informovat pacientku o důvodu zavedení systémové trombolýzy
- Kontrolovat invazivní vstupy (PŽK)
- Kontrolovat pacientce krvácení z dásní, nosu, z invazivních vstupů, z trávicího traktu a močové trubice
- Sledovat fyziologické funkce v první hodině od podání trombolýzy po 15 minutách, v následujících šesti hodinách po 30 minutách a poté 24 hodin po jedné hodině
- Informovat pacientku o možnosti krvácení
- Zabránit krvácení tím, že budu aplikovat i. m. injekce 1 hodinu od ukončení trombolýzy, případné zavádění CŽK a nasogastrické sondy 24 hodin po ukončení systémové trombolýzy
- Informovat pacientku aby okamžitě přivolala sestru, pokud by začala krvácet
- Signalizační zařízení dát pacientce na dosah

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce jsem po příjmu na oddělení podala dostatek informací o systémové trombolýze z ošetrovatelského hlediska. Následně s ní mluvil lékař, který ji podal také informace o tom, proč se léčba nasazuje a proč je důležité sledovat krvácivé projevy.

Fyziologické funkce jsem sledovala v první hodině od podání systémové trombolýzy po 15 minutách, v následujících šesti hodinách po 30 minutách a poté 24 hodin po jedné hodině.

Pacientce jsem ukázala signalizační zařízení a informovala ji o tom, co dělat v případě, že by začala krvácet.

Každých patnáct minut jsem kontrolovala, jestli pacientka nekrvácí z dásní, z nosu a podobně a kontrolovala jsem okolí invazivních vstupů.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka nezačala krvácet. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekčních komplikací z důvodu zavedení invazivních vstupů (periferní žilní katétr, permanentní močový katétr)

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce
- Včasné odhalení vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- Edukovat pacientku o důvodech zavedení PŽK, PMK
- Edukovat pacientku o projevu zánětlivých změn
- Pečovat o katétry pravidelnou kontrolou, přelepováním vstupů a při hygienické péči
- Dodržovat zásady asepsy při manipulaci a ošetřování katétrů
- Kontrolovat místo vpichu PŽK
- Kontrolovat okolí vstupů
- Katétry ponechat zavedené dle standardů nemocnice

Realizace poskytnuté péče:

Pacientka byla přijata na oddělení s periferním žilním katétrem v levé horní končetině, které ji bylo zavedeno ve vozidle RZP. PŽK jsme přelepili průhlednou folií, zkontrolovali okolí vpichu a zapsali datum zavedení. Před zaváděním infuzí byly přechodky vždy odezinfikovány. Pacientka byla poučena, že v případě bolesti má ihned zavolat sestru.

Pacientku jsem poučila o známkách flebitidy. Pacientka chápe, že pokud zpozoruje známky flebitidy nebo bude mít bolest v místě vpichu, má neprodleně přivolat sestru.

PMK jsme zaváděli na oddělení. Pacientka byla poučena o tom, že zavedení je dočasné. Dále jsem pacientku seznámila s tím, že pokud by pocítovala bolest, pálení

nebo řezání, tak má ihned informovat sestru. Moč v močovém sáčku byla pravidelně kontrolována.

Pacientka během mé služby vypila 1800 ml tekutin a vymočila 1400 ml.

Tělesnou teplotu jsem měřila třikrát denně a pohybovala se v rozmezí 36,4 – 36,6 °C.

Hodnocení poskytnuté péče:

Při kontrolách invazivních vstupů nebyly zaznamenány známky infekce ani otoku. Pacientce PMK ani PŽK v ničem nevadily, byla informována o důležitosti jejich zavedení a o tom, že jsou zavedeny dočasně. Moč v močovém sáčku byla čirá, bez příměsí krve a bez zápachu. Cíl byl splněn.

Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiplegie a vysokého krevního tlaku

Cíl:

- Minimalizování rizika pádu
- Pacientka bude edukovaná o tom, jak snížit riziko pádu

Plán ošetrovatelské péče:

- Označit lůžko pacientky dle standardů oddělení
- Podat signalizační zařízení na dosah ruky
- Zajistit dosah nočního stolku a řádně ho zajistit proti pohybu
- Snížit lůžko a odstranit překážky v okolí lůžka
- Edukace pacientky a její rodiny
- Použití postranic v případě nutnosti

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientku jsem edukovala o tom, že má zvýšené riziko pádu z důvodu pravostranné hemiplegie a z důvodu vysokého krevního tlaku. Snížila jsem lůžko a na požádání pacientky jsem použila postranice. Noční stolek a signalizační zařízení jsem pacientce dala na dosah ruky. Odstranila jsem všechny překážky z okolí lůžka a udržovala pořádek v okolí lůžka. Edukovala jsem rodinu pacientky.

Hodnocení poskytnuté péče

Minimalizovala jsem riziko pádu. Pacientka byla dostatečně edukována a její rodina také. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku dekubitu z důvodu snížené hybnosti pacientky

Cíl:

- Snížení rizika vzniku dekubitu
- Včasné rozpoznání vzniku dekubitu

Plán ošetrovatelské péče:

- Zjistit Norton skóre
- Edukace pacientky
- Pravidelné polohování pacientky
- Pravidelná hygiena a kontrola rizikových partií
- Preventivní používání mastí a krémů
- Masáže rizikových partií
- Používání antidekubitárních pomůcek

Realizace ošetrovatelské péče:

Norton skóre má pacientka 18 bodů, takže má zvýšené riziko vzniku dekubitu. Pacientku jsem informovala o možnosti vzniku dekubitu a o opatřeních, která zabraňují vzniku dekubitu. Pacientku jsme polohovali přes den pravidelně každé tři hodiny. Zajistila jsem pacientce pravidelnou hygienu a kontrolu rizikových partií. Pravidelně jsem jí promazávala rizikové partie krémem na ošetření pokožky a jednou za den jsem prováděla masáž těchto partií. Použili jsme antidekubitární matraci.

Hodnocení poskytnuté péče:

Snížila jsem riziko vzniku dekubitu na minimum. Pacientku jsem edukovala. Cíl byl splněn.

3.5 Edukace

Edukace je činnost lidí, při které dochází k učení a to záměrně nebo nezáměrně. Edukace ve zdravotnictví přispívá k udržení a navrácení zdraví, k předcházení nemoci a zkvalitnění života jedince. Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukaci a komplexní edukaci.

Při základní edukaci jsou jedinci předávány nové vědomosti a dovednosti a klienta motivujeme.

Reedukace je edukace, kde lze navázat na předchozí vědomosti a dovednosti, které dále prohlubujeme.

Při komplexní edukaci předáváme pacientovi/klientovi ucelené informace a jsou budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních. Nejčastěji jsou to kurzy například kurzy pro diabetiky. [9]

Je třeba si stanovit nějaké edukační cíle. V tomto případě to mohou být cíle jako například to, že pacientka ví o komplikacích, které mohou nastat, ví, jak rehabilitovat, ví co znamená bezpečné prostředí a chápe, jakou má dodržovat dietu vzhledem ke svým onemocněním. [11]

Při edukaci pacientky o stupních flebitidy jsem čerpala z článku HIGGINSON, R. a A. PARRY. Phlebitis: treatment, care and prevention. *Nursing Times* [online]. 2011, č. 36 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/ze-zahranicniho-tisku-prevence-a-terapie-flebitidy-u-pacientu-se-zilni-kanylou/>.

Zlepšit životosprávu

Paní V.D. jsem doporučila zlepšit stravovací návyky, vzhledem k tomu, že je nyní omezená v pohybu a trpí obezitou. Po úraze přibrala a teď díky pravostranné hemiplegii bude omezena pohybově, takže je třeba upravit jídelníček. Strava je důležitá pro správné fungování celého organismu. Paní V.D. se snaží stravovat pětkrát denně, takže je třeba pouze upravit skladbu potravin a množství potravin.

Navrhla jsem paní V.D. se poradit s výživovým odborníkem a dala jsem jí na něj kontakt. Spolu s nutriční terapeutkou potom sestavily jídelníček.

Vysvětlila jsem jí, že je třeba omezit denní příjem soli na maximálně 6 gramů. Dále jsem jí řekla, že by měla omezit tuky a cukry a snažit se o to, aby její strava byla pestrá. Denní příjem energie by se měl rovnat dennímu výdeji energie a nejdůležitějším jídlem je snídaně, která by měla být nejvydatnější ze všech jídel po celý den. Postupně během dne bychom měli snižovat energetickou hodnotu konzumovaného jídla.

Paní V.D. jsem přinesla výživovou pyramidu a vysvětlila jsem ji, jak ji využít.

Během dne by měla pacientka vypít minimálně 2 litry tekutin, což se jí v domácím prostředí daří. Nepije slazené nápoje, ale jen vodu a neslazené ovocné čaje a občas pivo. V nemocnici neměla žádná zvláštní dietní opatření. Měla dietu 3, tedy normální stravu.

Pohybový režim a rehabilitace

Paní V.D. zatím neví, jak se její onemocnění bude vyvíjet a jaké pohybové možnosti bude mít. Řekla jsem jí, že v tuto chvíli je pro ní důležitá rehabilitace a že rehabilitační cviky, které se naučí v nemocnici může provádět i doma. Dále jsem jí poučila o důležitosti jakéhokoliv pohybu, vzhledem k její obezitě a stavu srdce a cév.

Co se týče rehabilitace, vysvětlila jsem paní V.D. proč je důležitá a že se snažíme o co nejrychlejší navrácení funkční nezávislosti a proto je nucena, aby dělala všechno sama a musí překonat všechny bariéry, které na ni čekají také doma.

Někteří pacienti se plně zotaví, ale někteří ne a k faktorům, které toto ovlivňují, patří jednoznačně také kvalita rehabilitační léčby. [12]

Informovala jsem ji o tom, že fyzioterapeut má hlavní slovo při rehabilitaci. Vzhledem k tomu, že paní V.D. rehabilitace hodně zajímala, k tomuto tématu jsme se vrátily ještě několikrát v našich rozhovorech. Dozvěděla se o tom, že každé stádium CMP potřebuje trochu jinou formu rehabilitace. [13]

Paní V.D. vyslechla všechny informace, které jsem jí řekla a dostala dostatečný prostor na otázky. Všechny otázky jsem jí zodpověděla a dala jsem jí kontakty na nutričního terapeuta a fyzioterapeuta.

3.6 Dlouhodobý plán péče

V dlouhodobém plánu péče jsem se věnovala především rehabilitaci, která je velmi důležitou složkou rekonvalescence v dalších fázích léčby CMP. Naplánovala jsem spolu s ostatními členy ošetrovatelského týmu a lékaři pacientce rehabilitaci na každý den. Pacientka dostane kontakty na fyzioterapeuty v okolí jejího bydliště.

Dalším bodem, kterému jsme se věnovali, bylo sestavení adekvátního jídelníčku, který bude vyhovovat pacientce a nebude nadále zhoršovat její zdravotní stav. Pacientka bude mít vyváženou pestrou stravu a dostatek tekutin.

Neméně důležitým bodem v dlouhodobém plánu péče je psychický stav pacientky. Pacientka neužívá žádné uklidňující léky. Pomáhají ji rozhovory s ošetřujícím personálem a dostatek informací o nemoci, rekonvalescenci, lécích a následném plánu péče.

Cílem dlouhodobého plánu péče je, aby pacientka odcházela domů s co nejmenší mírou závislosti na okolí, se sestaveným jídelníčkem, v psychické pohodě, s dostatkem informací a edukovaná.

Pacientka chápe všechny podané informace a je schopna je zopakovat.

druhý den hospitalizace:

Ráno po příchodu na oddělení jsem se šla s pacientkou pozdravit a zeptat se jí jak se jí daří. Pacientka mi odpověděla, že je klidnější než předchozí den. Zeptala jsem se, zda v noci spala a zda nepotřebovala užít hypnotika. Odpověděla mi, že si četla jako obvykle doma a potom usnula okolo 22. Hodiny, jako běžně usíná doma.

Ranní hygienu jsme provedli na lůžku z důvodu snížené hybnosti pacientky. Připravila jsem pomůcky a donesla umývadlo s teplou vodou. Pacientka si levou rukou umyla obličej a trup a poprosila mě, zda bych ji umyla nohy, záda a genitál. Pacientce jsem namazala záda a končetiny, pomohla jsem jí učesat vlasy a převléci pyžamo. Ústní dutinu si vyčistila sama levou rukou s mou dopomocí.

Poté jsem plnila ranní ordinace lékaře, pacientce jsem změřila fyziologické funkce a zapsala do dokumentace. Poté proběhla lékařská vizita. Následně přišla fyzioterapeutka, která s pacientkou rehabilitovala.

Podala jsem léky dle polední ordinace lékaře.

Poté měla pacientka oběd – dietu č. 3. Pomohla jsem jí do polohy, ve které se jí bude dobře jíst. Jídlo jsem dala na stolec, tak aby na něj dobře dosáhla. Pokrájela jsem jí maso a brambory, aby mohla jíst levou rukou sama.

Po obědě si pacientka chtěla chvíli odpočinout s knihou, než ji přijde návštěva. Okolo druhé hodiny za ní přišel syn se snachou. Zajistila jsem rozhovor s lékařem, aby měla rodina dostatek informací o onemocnění pacientky. Lékař doporučil redukci hmotnosti a rehabilitaci i v domácím prostředí.

Pacientku jsem nepoložovala k večeři, na stolec jsem jí dala jídlo a namazala a pokrájela chleba. Pacientka se najedla sama.

Po večeři jsem pacientce změřila teplotu. Teplotu měla 36,4 °C.

Tlak krve měla pacientka měřený kontinuálně. Hodnoty tlaku se pohybovaly v rozmezí 140/100 mm Hg – 145/90 mm Hg.

Třetí den hospitalizace

Třetí den hospitalizace byl podobný, jako dny předchozí. Ráno jsem se pacientkou pozdravila, pacientka vypadala lépe než předchozí den. Ráno jsem plnila ordinace dle lékaře. Potom jsem pacientce opět pomohla s hygienou na lůžku stejně jako den předchozí. Snídani jsem ji připravila a pomohla pacientce se posadit v lůžku. Pacientka se najedla sama levou rukou. Dopoledne za ní opět přišla fyzioterapeutka a věnovali se spolu rehabilitaci. Podala jsem pacientce léky dle polední ordinace lékaře.

K obědu jsem pacientce opět pomohla se posadit v lůžku a jídlo jsem ji připravila tak, aby se mohla najíst sama jednou rukou. Po rehabilitaci a obědě byla pacientka unavená a poprosila mě, zda bych ji pomohla se zpět položit v lůžku. Pacientka usnula.

Za paní V.D. okolo druhé hodiny přišel na návštěvu syn a přinesl ji ovoce a zeleninu ke svačině. Syn pacientku posadil s mou pomocí v lůžku a pacientka snědla pokrájenou zeleninu.

Pacientka si ještě po odchodu syna odpočinula s knihou a pak jsem ji pomohla posadit se v lůžku k večeři. Večeři jsem ji připravila tak, aby ji mohla opět sníst sama.

Splnila jsem večerní ordinaci lékaře a změřila jsem pacientce tělesnou teplotu, která měla hodnotu 36,5 °C a tlak měřený kontinuálně se pohyboval ve stejném rozmezí jako předchozí den. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Čtvrtý den hospitalizace

Čtvrtý den ráno jsem se šla pozdravit s pacientkou, která vypadala ten den hrozně unaveně. Zeptala jsem se jí jak se má a ona mi odpověděla, že v noci nemohla vůbec spát, ale nechtěla si brát hypnotika, takže si četla a proto je teď unavená.

Ten den ji nebylo dobře, neměla chuť k jídlu a říkala mi, že už se jí stýská po vnoučkovi a že by chtěla už brzo domů.

Ráno jsem splnila ordinace lékaře a pacientce jsem pomohla s hygienou opět v lůžku. Namazala jsem ji krémem, učesala vlasy a pacientka si vyčistila dutinu ústní.

Potom jsem ji nepolohovala k snídani. Snídani jsem připravila a pacientka se sama najedla.

Při vizitě lékař pacientce sdělil, že bude přeložena na standardní neurologické oddělení, kde se bude věnovat intenzivní rehabilitaci.

Lékař po vizitě napsal překládovou zprávu.

Sbalila jsem pacientce tedy věci, které měla na jednotce intenzivní péče, a pacientku jsme přeložili na neurologické oddělení.

S pacientkou jsem se rozloučila a popřála jsem jí hodně štěstí.

Na standardním oddělení byla hospitalizována týden, ale pro recidivu onemocnění byla opět přeložena po týdnu na neurologickou jednotku intenzivní péče. Na jednotce intenzivní péče ležela opět tři dny a potom se přeložila zpět na standardní oddělení.

Po týdnu na standardním oddělení byla propuštěna do domácí péče.

3.7 Psychologické hodnocení

U některých pacientů po CMP se mohou objevit změny emočního prožívání. Může se objevit labilita nebo výbušnost někdy i apatie. Stává se také, že pacienti upadnou do depresí, trpí záchvaty pláče nebo svoje emoce jednoduše nemohou ovládat. O těchto možnostech jsme paní V.D. informovali hned na začátku.[14]

Možná i proto, že měla pacientka dostatek informací, snášela terapii a pobyt v nemocnici velmi dobře.

Paní V.D. je člověk veselý i přes všechna trápení, která ji v životě potkávají. Je to spíše extrovert, ale se svou rodinou nerada mluví o svých trápeních, protože podle ní tím svou rodinu zatěžuje. Je skromná a myslí na dobro druhých.

Před několika lety ji zemřel manžel a paní V.D. se s tím nesmířila a podle jejích slov se s tím asi nikdy nesmíří. Její manžel byl pro ni jedinou láskou, nikdy jiného muže neměla a prožila s ním celý život. Když o smrti manžela mluví, má slzy v očích. Potom se ale rozpovídala a vyprávěla mi veselé zážitky, které se svým mužem a rodinou prožila. Na manžela myslí každý den, a jak sama říká, někdy si popláče a jindy se zasměje. Dala jsem ji kontakt na psychologa, kdyby si chtěla popovídat s někým jiným než se svojí obvodní lékařkou a se svou rodinou, které neřekne všechna svá trápení a všechny svoje pocity.

V posledních letech jí zdraví moc neslouží, prodělala tříštivou zlomeninu krčku a zápěstí a byla tak upoutána na lůžko. Kvůli tomuto úrazu přibrala patnáct kilo, protože se nemohla pohybovat a to jí dost trápí. Vzhledem k tomu, jakým onemocněním teď trpí, ví, že se nebude moct pohybovat tak, jako dříve. Je ve stresu z toho, že neví, jak se její onemocnění bude vyvíjet a co ji čeká.

Během hospitalizace pacientky jsme hovořili o smrti jejího manžela, o narození vnoučka o tom, jak si ji k sobě syn nastěhoval a jak jim to doma funguje. Občas se jí chtělo plakat, ale spíše byla veselá. Ráda si se mnou povídala. Říkala mi, že se snaží soustředit na její největší radost, kterou je nyní její vnouček a na věci, které dělá ráda. Myslí si, že její hospitalizace je způsobena stresem z poslední doby, stresem z jejího onemocnění, z obezity, ze stěhování a podobně.

Když jsem paní V.D. po měsíci od jejího přijetí do nemocnice navštívila povídaly jsme si o tom, do jaké míry je závislá na okolí a co zvládne sama. Povídaly jsme si také o její rodině. Nebyla vůbec plačtivá, ani smutná spíše usměvavá a povídala mi o tom, jak rehabilituje a jak si zvyká na nový jídelníček, který si sestavili s nutričním terapeutem.

4 Závěr

Paní V.D. zvládala hospitalizaci dobře, přestože onemocnění recidivovalo. S přibývajícými dny se cítila subjektivně lépe a těšila se domů na rodinu. Všechny tři dny na JIP rehabilitovala s fyzioterapeutkou. Čtvrtý hospitalizační den byla přeložena na standardní neurologické oddělení, kde ležela týden a rehabilitovala každý den s fyzioterapeutkou. Po týdnu bohužel prodělala recidivu a tak se vrátila na tři dny zpátky na jednotku intenzivní péče. Po třech dnech se vrátila zpátky na standardní oddělení, kde se věnovala opět intenzivní rehabilitaci.

Po týdnu na standardním oddělení byla pacientka propuštěna do domácí péče a byla ošetřována ambulantně.

Pacientka byla edukovaná v oblasti pohybové aktivity a vyvážené stravy. S pacientkou jsem po celou dobu hospitalizace komunikovala bez problémů. Byla přívětivá a sdílela se mnou všechny informace.

Paní V.D. si vzala svoji hospitalizaci jako ponaučení. Chce dodržovat zdravý životní styl a mít dostatek pohybu, pokud jí to její zdravotní stav umožní.

Pokud bude pacientka dodržovat farmakologickou léčbu a využije informací, které dostala při edukačním procesu v nemocnici, nemuselo by dojít k další recidivě cévní mozkové příhody.

Seznam použité literatury

- [1] AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: část obecná*. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-556-6.
- [2] PETROVICKÝ, Pavel. *Systematická, topografická a klinická anatomie: IX. Centrální nervový systém*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-108-0.
- [3] TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 1999, 612 s. ISBN 80-716-9788-5.
- [4] KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.
- [5] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství: Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3283-3.
- [6] STAŇKOVÁ, Marta. *LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Překlad Marta Staňková, Jana Heřmanová. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 184 s. ISBN 80-701-3234-5.
- [7] STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4243-5
- [8] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- [9] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

Internetové a další zdroje:

[10] MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. *BREVÍŘ*. 18.vyd. Praha: MEDICAL TRIBUNE

s.r.o., 2009. ISBN 978-80-87135-14-3.

[11] esef-výuka, edukace pacienta po CMP

<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=14>

[12] ŠULCOVÁ, Bc. Alice. Stávající rehabilitační metody u pacientů po CMP. *Sestra* [online]. 2013, 03/2013 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stavajici-rehabilitacni-metody-u-pacientu-po-cmp-469536>

[13] VRBATA, Jaroslav. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. *Sestra* [online]. 2008, 4/2008 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komplexni-domaci-pece-o-pacienta-po-cmp-356465>

[14] BOHÁČEK, Pavel a Daniela POLCAROVÁ. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. *Sestra* [online]. 2007, 4/2007 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153>

[15] HIGGINSON, R. a A. PARRY. Phlebitis: treatment, care and prevention. *Nursing Times* [online]. 2011, č. 36 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/ze-zahranicniho-tisku-prevence-a-terapie-flebitidy-u-pacientu-se-zilni-kanylou/>

Seznam zkratek

- a. – arteria
- ACC – arteria carotis communis
- APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test
- BMI – body mass index
- CNS – centrální nervová soustava
- CRP – c- reaktivní protein
- CT - computed tomography – počítačová tomografie
- EEG - elektroencefalogram
- EKG – elektrokardiogram
- g – gram
- ICH – ischemická hemoragie
- i CMP- ischemická cévní mozková příhoda
- i. m.- intramuskulárně
- i. v. – intravenózně
- JIP – jednotka intenzivní péče
- µg/l - jednotka množství (mikrogram)
- µkat/l - jednotka množství
- µmol/l - jednotka množství
- Mg – miligram
- mmHg – milimetrů rtuťového sloupce
- mmol/l - jednotka množství
- MRi – magnetická rezonance

NIHSS – national institute of health stroke scale – škála popisující deficit u pacientů s iktem

P – puls

PET – positron emission tomography

p. o. – per os

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní kanylace

RTG – rentgenové vyšetření

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SAH – subarachnoidální hemoragie

SPECT- single photon emission komputer tomography

TEE – jícnová echokardiografie

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

VAS – vizuální analogová škála

5 Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Obrázek cévní zásobení mozku

Příloha č. 3: stupnice pádů Morse

Příloha č. 4: Barthel test

Příloha č. 5: NIHSS skóre

6 Přílohy

6.1 Příloha č.1: ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza

Oddělení: NEUROLOGIE VIP

Datum a čas odběru anamnézy: 18.4.2013

Jméno (iniciály): V. D.

Pohlaví: ŽENA Věk: 79 let

Datum přijetí: 18.4.2013

Datum propuštění: 8.5.2013

Stav: OVDOVĚLA

Povolání: DŮCHODKYNĚ

Rodina informována: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): MOZKOVÝ INTAKT (lézí mozková příkoda
neuvěřena jako krvácení nebo infarkt)

Chronická onemocnění: ESENCIÁLNÍ PRIMÁRNÍ HYPERTENZE
ČISTÁ HYPERKLORESEMIE
ODEZITA
OSTEOPOROZA

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba:

Operační výkon: 0 Pooperační den: 0

Farmakoterapie:

ANOPYRIN 100 mg po 8 hod

TRITACE 5 mg 8⁰⁰-14⁰⁰ h

RIVOTRIL 2 mg 0-0-0-22⁰⁰ h

AGEN 5 po 8 hod

LYRICA 150 mg 8⁰⁰-14⁰⁰

chronická medicína:

cytarab 150 mg 0-0 (po-čt)

Amoxicilin 100 0-0-1

Ulymasol 150 12-0-0

Bigantol 8 kapsle 1x denně

Plafelox 0-0-1

Jiné léčebné metody: TRIMULYZA SYSTÉMOVÁ (ACTILIFE)

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké: 0

Fyziologické funkce: P: 66' TK: 200/100 D: 26 SpO2: 94% TT: 36,5°C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC:

Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....
Essenciální hypertenze, číslá hypercholesterolemie, osteoporóza

Úrazy: ano ne jaké: *hřbiterná LHK, LDK (4 roky zpět)*

Prodělaná dětská onemocnění: *BDN*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *5* Nutriční skóre:

Váha: *100kg* Výška: *168cm* BMI: *35*

Chut' k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost: *Marocánská kuchyně*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: *0* Parenterální výživa: *0*

Denní množství tekutin: *2l* Druh tekutin: *urda, nezážené čaje*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *0*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *17.4.2013*

Způsob vyprazdňování: pódložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *1. den (18.4.2013)*

Rektální odvodný systém: *5*

Stomie

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *ležící, nesoléřstáčný pacient, pohyb v lůžku*

Barthel test: *40 bodů*

Riziko pádu: ANO skóre..... *46*.....

NE

Pohyblivost : chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *8-8,5 hod*

hodina usnutí : *22⁰⁰h*

poruchy spánku : ano ne

jaké : *✓*

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : *uspání při otěžení*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne

jaké :

potíže se sluchem: ano ne

jaké :

porucha řeči: ano ne

jaká :

kompenzační pomůcky: ano ne

jaké : *byly na blízko*

orientace : orientován

dezorientovaný

místem

časem

osobou

11) Sebepečení, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě :

pocit zlosti, vzteku : ano ne

pocit strachu : ano ne

pocit úzkosti : ano ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce:

emocionální stav : *uzdomana*

Úroveň komunikace a spolupráce: *dobrá*

z čeho : D. CHPA její to vyjadř a jak to vyladit po preferencích pacientu, mlčením, nekomunikací

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *kladný, je přátelská*

bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *syn, matka*

kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :¹.....

počet potratů :⁰.....

antikoncepce : ano ne

jaká:

pravidelnost menstruace : ano ne

Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne

jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne

jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne

jaké, z čeho : *z onemocnění*

způsob odreagování : *členění, relaxační techniky*

kouření : ano ne

kolik :

alkohol : ano ne

kolik : *pět až šestkrát (1x týdně 2 piva)*

drogy : ano ne

jaké :

15) Víra

Víra ano ne

jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní

datum zavedení: *18.4.* kde: *LHK*

Stav : *funkční*

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne
Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

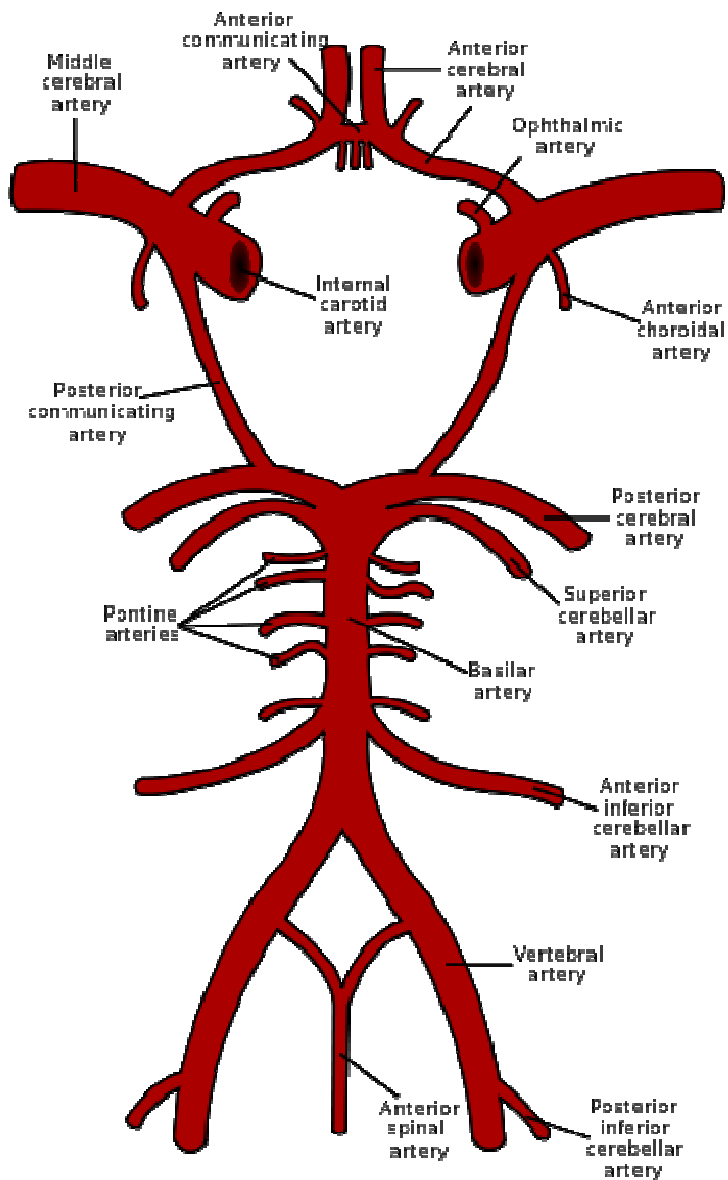
Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

6.2 Příloha č. 2 : obrázek cévní zásobení mozku



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Circle_of_Willis_en.svg

6.3 Příloha č. 3: Stupnice pádů Morse

Stupnice pádů Morse		
Proměnná	Stupnice	Hodnocení
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2. vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka Nábytek	0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní Slabé Zhoršené	0 15 30	
6. duševní stav vědom si svých možností zapomíná na svá omezení	0 15	

6.4 Příloha č. 4: Barthel test

Barthel test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15

		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů: **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů: **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů: **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů: **nezávislý**

6.5 příloha č. 5: NIHSS škála

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)		
1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (orotrach. trauma, jazyk. bariéra, intubace). Testuje se vždy.	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechně, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)	
1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc správná odpověď, bez <u>zcela</u> počítá se první a pouze náповědy	0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma	
1c. Vyhovění výzvam požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkony správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma	
2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa	
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)	
4. Faciální paresa Cenění zubů, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paréza dolní větve (centrální paresa) 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, kóma	
5. a 6. Motorika HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uděluje při jiném postižení končetiny – vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou 3 - pohyb po podložce 4 - plegie, bez pohybu, kóma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčiny patolog. nálezu nesouvisející s příhodou	PHK LHK PDK LDK
7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK. V komatu, při plegii atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Kóma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.	
8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespoupracujících algickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Kóma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čítí 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestezie uni, či bilat. Kóma.	
9. Řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Dolů na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehká fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma	
10. Dysarthrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra	
11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.	

Zdroj: <http://www.cmp-manual.wbs.cz/921-NIHSS.html>