

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Valentina Vávrová

**Ošetřovatelská péče o pacientku
s paraneoplastickým syndromem**

*Nursing care of a patient with paraneoplastic
syndrom*

Bakalářská práce

Praha, 2017

Autor práce: **Valentina Vávrová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, PhD.**

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

Odborný konzultant: **MUDr. Petr Geier**

Pracoviště odborného konzultanta: **Neurologická klinika, Pardubická
krajská nemocnice**

Datum a rok obhajoby: **27. 6. 2017**

Prohlášení

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

V Praze dne 27. 6. 2017

Valentina Vávrová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Janě Heřmanové, PhD za odborné vedení a cenné rady.

Ráda bych poděkovala panu primáři Neurologické kliniky Pardubické krajské nemocnice, MUDr. Petru Geierovi, za ochotu být konzultantem pro mou bakalářskou práci.

Dále děkuji pacientce a její rodině, že mi dovolili sepsání této práce, svolili s mým nahlížením do zdravotnické dokumentace pacientky, a především za jejich spolupráci.

V neposlední řadě děkuji mému partnerovi Radku Molnárovi a svým rodičům za podporu během celého mého studia, a především během psaní této práce.

Velké díky patří i Mgr. Markétě Švadlenkové a Mgr. Janě Zemanové, které mi daly potřebný základ pro práci zdravotní sestry.

Obsah

Úvod	4
1. Teoretická část	5
1.1. Přehled anatomie a fyziologie mozečku	5
1.1.1. Anatomie mozečku	5
1.1.2. Fyziologie mozečku.....	6
1.1.3. Funkce mozečku	8
1.1.4. Poruchy funkce mozečku	9
1.2. Paraneoplastický syndrom	12
1.3. Paraneoplastické neurologické syndromy	13
1.3.1. Epidemiologie.....	13
1.3.2. Etiopatogeneze	14
1.3.3. Diagnostika.....	14
1.3.4. Paraneoplastické syndromy centrálního nervového systému	15
1.3.4. Paraneoplastické syndromy periferního nervového systému	16
1.3.5. Paraneoplastické syndromy nervosvalové ploténky a svalu	16
1.3.6. Léčba paraneoplastických neurologických syndromů.....	17
1.4. Paraneoplastická subakutní mozečková degenerace	19
2. Kazuistika	21
2.1. Průběh onemocnění	21
2.2. Anamnéza	22
2.2.1. Lékařská anamnéza	22
2.2.2. Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové	23
2.3. Péče během respitní hospitalizace	26
2.4. Dlouhodobá péče	27
2.5. Ošetřovatelské problémy	28
2.5.1. Snížená soběstačnost	28
2.5.2. Riziko aspirace	29
2.5.3. Porucha komunikace	31
2.5.4. Riziko vzniku imobilizačního syndromu.....	32
3. Diskuze	40
4. Závěr	42

5. Souhrn	43
6. Summary	44
7. Seznam literatury	45
8. Seznam příloh:.....	48

Úvod

Téma mé bakalářské práce *Ošetrovatelská péče o pacientku s paraneoplastickým syndromem* jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem 5 let spolupracovala s hospicem, a tudíž mi je péče o nevyléčitelné nemocné blízká. Velice se mi líbí ošetrovatelská péče, která je v hospici poskytována s veškerou pečlivostí a důrazem na osobnost pacienta.

Ve své bakalářské práci se věnuji ošetrovatelské péči o pacientku, které byl před dvěma lety diagnostikován karcinom vaječníků s metastázemi na omentu. Po chirurgickém odstranění nádoru, hysterektomii, adnexetomii a odstranění omenta pacientka prodělala cytostatickou léčbu a v současné době je maligní proces na ústupu.

Po úspěšné onkologické léčbě se však u pacientky projevily paraneoplastický mozečkový syndrom, který již v roce 2014 vedl k respitní hospitalizaci v hospici. Mozečkový syndrom se však zhoršuje, a proto byla pacientka i v minulém roce na respitní péči v hospici.

Jelikož paraneoplastický mozečkový syndrom je v současné době u pacientky největším lékařským i ošetrovatelským problémem, rozhodla jsem se v praktické části věnovat problémům snížené soběstačnosti, rizika aspirace, poruchy komunikace a rizika vzniku imobilizačního syndromu.

1. Teoretická část

Nervová soustava zprostředkovává vzájemné vztahy mezi vnějším prostředím a organismem a mezi jednotlivými částmi uvnitř organismu. Činnost nervové soustavy tedy spočívá v přijímání informací, které zpracuje a na které následně zajišťuje odpověď, čímž je zajištěna funkční celistvost všech dějů v organismu (1).

Dále se budu podrobněji věnovat pouze anatomii a fyziologii mozečku.

1.1. Přehled anatomie a fyziologie mozečku

Nervová soustava lidského organismu se skládá z centrálního a periferního nervového systému. Centrální nervový systém se skládá z mozku a míchy. Mícha (medulla spinalis) probíhá v páteřním kanálu a vystupují z ní míšní nervy: plexus cervicalis, plexus brachialis, hrudní nervy, plexus lumbalis a plexus sacralis, ze kterých dále vystupují periferní nervy (již periferní nervová soustava). Mozek je uložen v lebce a má následující části: prodloužená mícha (medulla oblongata), most Varolův (pons Varoli), mozeček (cerebellum), střední mozek (mesencephalon), mezimozek (diencephalon, skládající se z thalamu a hypothalamu) a koncový mozek (telencephalon), který se dělí na pravou a levou hemisféru. Periferní nervový systém zahrnuje 12 hlavových nervů, autonomní nervstvo a periferně rozvětvené míšní nervy (1)

1.1.1. Anatomie mozečku

Mozeček (cerebellum) je součástí centrální nervové soustavy. Vývojově se řadí do zadního mozku (rhombencephalon), který se skládá z myelencephalonu (prodloužená mícha) a metencephalonu (most Varolův a mozeček), přesto je však mozeček od ostatních částí zadního mozku odlišný svou stavbou i funkcí.

Mozeček má následující části: střední nepárová část vermis (červ) a postranní hemisféry mozečku (pravá a levá). Mozeček je uložen v zadní jámě lební a společně s kmenem mozkovým je uložen pod duplikaturou dura mater (tentorium cerebelli).

Kůra mozečku (cortex cerebelli) je tvořena šedou hmotou a je na povrchu mozečku. V kůře jsou tři vrstvy buněk – stratum moleculare, stratum gangliosum a stratum granulosum. Šedá hmota dále tvoří jádra

mozečku – nuclei cerebelli: nucleus dentatus, nucleus globosus, nucleus emboliformis a nucleus fastigii. Bílá hmota je uložena pod kůrou mozečku a je souborem mozečkových drah.

Vývojové dělení mozečku dle fylogenetického stáří je následující: archicerebellum, paleocerebellum a neocerebellum. Archicerebellum je vývojově nejstarší, vyvinul se u primitivních obratlovců žijících pouze ve vodě a funkčně jej lze přičíst k vestibulárnímu mozečku. Paleocerebellum je vývojově mladší než archicerebellum a vyvinul se u živočichů, kteří vystoupili z vody na souš. Funkčně náleží paleocerebellum ke spinálnímu mozečku. Neocerebellum je vývojově nejmladší a vyvinul se na základě vývoje kůry hemisfér koncového mozku u vyspělejších živočichů (kortikalizace funkcí u vyšších živočichů). Neocerebellum je funkčně spjata s cerebrálním mozečkem.

Funkční dělení mozečku v podstatě odpovídá vývojovému dělení. Vestibulární mozeček (vestibulocerebellum) se podílí na udržování rovnováhy a je spojen s vestibulárním ústrojím vnitřního ucha a vestibulárními jádry osmého hlavového nervu (nervus vestibulocochlearis) v mozkovém kmeni. Spinální mozeček (spinocerebellum) je zásadní pro regulaci svalového tonu a je spojen s míchou a prodlouženou míchou. Aferentními drahami jsou do spinocerebella přiváděny informace z proprioreceptorů, které informují mozeček o momentálnímu stavu pohybového aparátu (neuvědomělá propriocepce). Cerebrální mozeček (kortikocerebellum nebo také pontocerebellum) slouží k časoprostorové orientaci a k jemné synchronizaci pohybů. Je oběma směry spojen s kůrou hemisféry (1, 9).

1.1.2. Fyziologie mozečku

Mozeček je spojen s kmenem mozkovým třemi páry mozečkových stonků (pedunculi cerebellares). Pedunculus cerebellaris inferior zajišťuje spojení s oblongatou, pedunculus cerebellaris medius spojení s pontem a pedunculus cerebellaris superior spojení se středním mozkem. Tyto stonky jsou tvořeny bílou hmotou a do mozečku jimi vstupují a z mozečku vystupují mozečkové dráhy.

Dráhy mozečkové jsou aferentní (dostředivé) i eferentní (odstředivé). Aferentní dráhy přicházejí do mozečkové kůry cestou pedunculi

cerebellaris z různých částí centrální nervové soustavy. Eferentní dráhy vystupují z jader mozečku a cestou pedunculi cerebellaris pokračují do jiných částí centrální nervové soustavy.

Aferentní signály přicházejí do kůry mozečku jako šplhavá nebo mechová vlákna. Šplhavá vlákna pocházejí výhradně z tractus olivocerebellaris a jedná se o axony neuronů nucleus olivaris inferior. Tyto axony vstupují do stratum moleculare, kam „šplhají“ po dendritech Purkyňových buněk, na nichž mají taktéž synapse. Mechová vlákna jsou ostatní aferentní dráhy vstupující do kůry mozečku a společně s krátkými axony Golgiho buněk vstupují do kontaktu s dendrity granulárních buněk, a tento složitý útvar axodendritických synapsí se nazývá mozečkový glomerulus. Následně granulární buňky přepojují většinu aferentních signálů na Purkyňovy buňky. Mechová vlákna se tedy napojují na Purkyňovy buňky prostřednictvím zrnitých buněk neboli interneuronů.

Ostatní typy neuronů v kůře jsou inhibiční interneurony – obecně lze říci, že většina synapsí v mozečku je inhibičních. Excitační synapse mají pouze axony zrnitých buněk a aferentní vlákna. Purkyňovy buňky jsou výhradně eferentní a jejich axony končí v mozečkových jádrech.

Eferentní dráhy mozečku jakožto celku vychází z cerebelárních jader a soubor axonů těchto neuronů je součástí pedunculi cerebellaris, kudy odcházejí eferentní dráhy do dalších oddílů centrální nervové soustavy (1, 9).

Aferentní dráhy archicerebela (tractus vestibulocerebellaris) přivádějí do kůry archicerebela informace o poloze hlavy z rovnovážného ústrojí vnitřního ucha a z vestibulárních kmenových jader. Aferentní dráhy paleocerebela (dráhy spinocerebelární: tractus spinocerebellaris anterior et posterior a tractus bulbocerebellaris) přicházejí do kůry paleocerebela z míchy i prodloužené míchy a informují mozeček o momentálním stavu pohybového aparátu z proprioreceptorů (neuvědomělá propriocepce) a z části i z exteroceptorů. Aferentní dráhy neocerebela (tractus cortico-ponto-cerebellaris) přinášejí do kůry neocerebela informace z kůry mozkové o plánu pohybu, který se člověk připravuje provést. Olivocerebelární dráha je speciální dráhou, která odděleně přivádí do mozečku informace z celé řady ústrojí a receptorů integrované v nucleu

olivares.

Eferentní dráhy archicerebela spojují archicerebelární jádro mozečku s vestibulárními jádry tractus cerebellovestibularis a z nich navazuje dráha do míchy jako tractus vestibulospinalis – končí na motoneuronech pro šíjové svalstvo a na motoneuronech pro antigravitační svalstvo. Eferentní dráhy paleocerebela začínají v paleocerebelárních jádrech mozečku a vedou do kmenových jader (nucleus ruber a retikulární formace), v nichž se přepojí a pokračují do míchy v podobě tractus rubrospinalis a tractus reticulospinalis (extrapyramidové dráhy míšní – mozeček nemá přímé eferentní dráhy do míchy a svůj vliv tedy uplatňuje prostřednictvím kmenových jader). Eferentní dráhy neocerebela propojují neocerebelární jádro mozečku s kůrou hemisféry s přepojením v thalamu – tractus cerebello-thalamicus následně pokračuje jako tractus thalamo-corticalis.

Kromě aferentních a eferentních drah mozečku rozlišujeme i dva mozečkové okruhy. Neocerebelární okruh, který začíná v kůře koncového mozku (Brodmanova area 4 a 6), pokračuje do nucleu pontis, následuje kůra a jádra neocerebela, dále do thalamu a končí opět v kortexu (area 4 a 6). Druhým okruhem je malý Papezův okruh, který je kontrolním mozečkovým okruhem (kontroluje činnost mozečku) a který začíná v paleocerebelu a neocerebelu, pokračuje do nucleu ruber, následuje nucleus olivaris inferior a končí opět v mozečku (1, 9).

1.1.3. Funkce mozečku

Mozeček je orgán sloužící motorickým funkcím a jeho činnost trvá nepřetržitě a mimo vědomí člověka. Mozeček má 3 základní funkce, které náleží k jednotlivým vývojovým stádiím.

Vývojově nejstarší archicerebellum má na starosti udržování rovnováhy, což je zajištěno propojením aferentních drah s vestibulárním ústrojím a eferentních drah přes vestibulární kmenová jádra s míchou. Dochází zde k aktivizaci extenzorů dolních končetin a dalších posturálních svalů, které zvýšením tonu udržují rovnováhu těla.

Funkcí paleocerebela je regulace svalového tonu. Paleocerebellum, které prostřednictvím aferentních spojů s míchou a prodlouženou míchou sbírá signály z proprioreceptorů (i z exteroceptorů), zpracuje je a vlivem eferentních spojů (tractus cerebello-rubro-spinalis a tractus cerebello-

reticulo-spinalis) ovlivňuje gama motoneurony předních rohů míšních a jejich prostřednictvím reguluje svalový tonus.

Neocerebellum, které je s mozkovou kůrou propojeno oběma směry, má funkci ve zpřesňování pohybů prováděných na základě signálů z mozkové kůry. Jedná se o zajištění časové koordinace pohybů, koordinace střídavých pohybů a jemné synchronizace pohybů (určení směru, délky, trvání a intenzity pohybu).

Mozeček nachází rozdíl mezi tím, co je (signály přicházející z míchy a vestibulárního aparátu) a tím, co má být (signály přicházející z kůry mozkové přepojené v pontu), rozdíl vyhodnotí a výsledek odesílá přes thalamus do mozkové kůry. Každému vůlí ovládanému pohybu, provedenému motorickou částí kůry mozkové přes pyramidové motorické dráhy, předchází tok nervových vzruchů z mozkové kůry do mozečku, následně z mozečku do motorické části mozkové kůry, a teprve potom je volní pohyb proveden.

Provedení volního pohybu má několik fází. V první fázi vytvoří kůra mozková jakýsi „návrh“ tohoto pohybu, poté „vyšle“ signál prostřednictvím kortiko-ponto-cerebelární dráhy do neocerebela. Neocerebellum porovná momentální stav pohybového ústrojí s „návrhem“ z mozkové kůry o zamýšleném pohybu a následně najde rozdíl mezi momentálním stavem pohybového ústrojí a mezi tím stavem, do kterého dle návrhu „chce“ kůra mozková pohybové ústrojí dostat. O tomto rozdílu informuje neocerebellum kůru mozkovou pomocí eferentních cerebello-thalamo-kortikálních drah. Nakonec motorická část mozkové kůry provede cílený pohyb prostřednictvím motorických pyramidových a extrapyramidových drah. Prováděný pohyb je průběžně během děje mozečkem korigován za pomoci informací z periferie, které jsou vedeny zejména cestou spinocerebelárních a olivocerebelárních drah (1, 9).

1.1.4. Poruchy funkce mozečku

Poškození mozečku se projevuje několika specifickými poruchami hybnosti. Lze vnímat odlišnosti v případě poškození archicerebela a paleocerebela od poškození neocerebela.

Paleocerebelární syndrom se projevuje především při poškození vermis,

a proto se syndrom projevuje oboustranně. Při tomto syndromu se projevuje poškození paleocerebela, ale i archicerebela, dochází tedy k poruchám rovnováhy a k poruchám svalového tonu. K příznakům patří dysequilibrium neboli poruchy chůze a stoje, kdy je stoj i chůze nejistá s vrávoráním („opilecká“ chůze). Tento příznak je přítomen i u zdravých lidí po požití alkoholu, po vystřízlivění však mizí. Dalším příznakem paleocerebelárního syndromu je hypotonie svalů, která se při neurologickém vyšetření projevuje kyvadlovým charakterem reflexů šlach a svalů, např. u reflexu patelárního, při kterém fyziologicky dochází k jedné extenzi bérce po klepnutí na ligamentum patellae, při paleocerebelární hypotonii však nastává extenzí několik.

Neocerebelární syndrom vzniká při poškození jedné hemisféry, proto probíhá vždy jednostranně a projevuje se vždy na stejné straně poloviny těla, jako je postižená hemisféra. Při poškození neocerebela lze pozorovat poruchy cílených a střídavých pohybů s poruchami součinnosti vzdálených svalových skupin. Pacient trpí hypermetrií, tedy „přestřelováním“ pohybů – pacient netrefí cíl, jelikož před dosažením cíle nezpomalí pohyb. Tyto poruchy jemných cílených pohybů se souhrnně nazývají ataxie. Dalším příznakem je adiachokinéza neboli porucha provádění rychlých střídavých pohybů, která je patrná při střídání pronace a supinace horních končetin, kdy na postižené straně jsou tyto pohyby nedokonalé a jsou opožděné oproti druhé straně.

Asynergie je dalším projevem poškození neocerebela. Jedná se o poruchu prostorové a časově současné činnosti vzdálených svalových skupin. Například zdravý člověk provede záklon trupu společně se záklonem šíje a pokrčením dolních končetin v kolena. Pacient s neocerebelárním syndromem tohoto pohybu není schopen a padá dozadu. Dále lze asynergii diagnostikovat při zkoušce sedu lehu, přičemž nemocný člověk při přechodu z lehu do sedu neudrží dolní končetinu na postižené straně na podložce a vymrští ji do vzduchu. Neocerebelární syndrom se projevuje dále poruchou řeči (dysartrie) i psaní (dysgrafie).

Dalším projevem poškození mozečku je nystagmus – kmitavý pohyb očních bulbů. Nystagmus lze pozorovat při paleocerebelárním i neocerebelárním syndromu. Jedná se o špatnou koordinaci okohybných svalů a mozečkový vliv na vestibulární jádra (1, 9).

Při poškození mozečku lze dále pozorovat hyperkinezi (dysmetrie, kdy je pohyb špatně vyměřen), intenční třes, titubace neboli kolísání trupu při stoji či sedu, a může se vyskytovat i snížený odpor kladený při provádění pasivních pohybů (3).

K dalším projevům poškození mozečku patří také zpomalení zahajování a zastavování pohybů, dyssynergie (ztráta schopnosti provádět koordinované pohyby v návaznosti a účelové spojitosti) a dysdiadochokinéza (neschopnost provádět rychle za sebou antagonistické pohyby). U pacientů může být při cílených pohybech patrný intenční třes a pohyby těchto pacientů bývají trhavé a rozpadlé do jednotlivých komponent (tzv. pohybová dekompozice). Dále je možné u pacientů pozorovat tzv. rebound fenomen – pacient není při náhlé ztrátě odporu schopen okamžitě snížit svalovou sílu. Kvůli potížím při udržování polohy a svalového tonu pacienti s poškozením mozečku udrží paže napnuté před sebou jen po velmi krátkou dobu, což se nazývá poziční pokus (4).

1.2. Paraneoplastický syndrom

Paraneoplastický syndrom představuje klinické projevy, které jsou způsobené specifickými biologickými vlastnostmi nádoru, které se však manifestují na tkáních a orgánech, které nejsou primárním nádorem zasaženy. Paraneoplastický syndrom je vyvoláván imunitní odpovědí na nádorové bujení, proto bývá více ložisek paraneoplastického syndromu.

Nejčastějším paraneoplastickým syndromem maligních nádorů je kachexie vyskytující se až u 50 % nemocných, velice časté jsou i endokrinní poruchy, například ektopická produkce hormonů (u tumoru plic dochází k ektopické sekreci serotoninu).

Dalším velice častým paraneoplastickým projevem maligního nádoru je bolest, dále pak patologické zlomeniny kostí, často i v důsledku metastáz v kostech. Časté jsou i trombózy nebo embolie na podkladě polycytémie (zvýšený počet erytrocytů v krvi v důsledku ektopické nadměrné produkce erythropoetinu), anémie a krvácivé stavy, včetně diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC).

Častá je i polyneuropatie, která se projevuje nejrůznějšími neurologickými poruchami, včetně například poruch mozečkového centra, což způsobí poruchy motoriky – chůze, hrubých i jemných motorických úkonů pomocí rukou, i řeči (2).

1.3. Paraneoplastické neurologické syndromy

Paraneoplastické neurologické syndromy vznikají na podkladě nádorového onemocnění a jeho vlivu na nervovou soustavu. Nejedná se však o neurologické syndromy vznikající přímým působením nádoru ani metastázemi, komplikace způsobené radioterapií nebo chemoterapií a ani vaskulární, metabolické nebo infekční komplikace nádorového onemocnění.

Velký podíl na vzniku paraneoplastického neurologického syndromu mají protilátky proti neurálním antigenům, které nádor vytlačuje, tzv. onkoneurální protilátky. Z toho vyplývá, že většina neurologických paraneoplastických syndromů je povahou autoimunitní. Avšak paraneoplastické neurologické syndromy se mohou vyskytovat i bez přítomnosti těchto onkoneurálních protilátek, a naopak mohou být v těle přítomny tyto protilátky, avšak pacient netrpí žádným neurologickým paraneoplastickým syndromem (5).

Některé z těchto poruch jsou spojeny s IgG protilátkami, ale je třeba poznamenat, že i když existuje spojení určitých protilátek se specifickými syndromy, nejde vždy o jasné spojení s konkrétním typem nádorového onemocnění.

Mechanismy, kterými karcinomy způsobují jejich vzdálené účinky, nejsou zcela jasně zjištěny. Snad nejvíce pravděpodobná je výše zmíněná teorie, že se jedná o autoimunitní proces (6).

1.3.1. Epidemiologie

Paraneoplastické neurologické syndromy tvoří zhruba 10 % nemetastatických neurologických komplikací nádorových onemocnění. Tyto syndromy však nebývají příliš častou komplikací u onkologicky nemocných pacientů. U různých typů nádorů se paraneoplastické neurologické syndromy objevují s různou četností – například u malobuněčného karcinomu plic se jeden ze syndromů (Lambertův-Eatonův myastenický syndrom) objevuje u 1 až 3 % pacientů, ale například u pacientů s osteosklerotickou formou plasmocytomu je frekvence paraneoplastického neurologického syndromu (konkrétně demyelinizační periferní neuropatie) až 50 % (5).

1.3.2. Etiopatogeneze

Přestože všechny okolnosti vzniku paraneoplastických neurologických syndromů nejsou známy, ve většině případů tyto syndromy vznikají na podkladě autoimunitní odpovědi na onkoneurální protilátky vyzařované nádorem.

K těmto onkoneurálním protilátkám se řadí Anti-Hu protilátky (nebo také ANNA-1), které jsou nejčastější – karcinom byl přítomen u 80 až 90 % pacientů s touto protilátkou a až v 70 % případů neurologické syndromy předcházely onkologické diagnóze. Dalšími jsou protilátky Anti-Yo (PCA-1), které jsou nejčastěji přítomny při paraneoplastické mozečkové degeneraci a bývají spojeny s gynekologickými nádory

U pacientů s paraneoplastickým opsoklonem – myoklonem se charakteristicky nachází protilátka Anti-Ri (ANNA-2) a často se objevuje u pacientek s karcinomem prsu. Anti-Ma/Ta protilátky jsou spojovány s paraneoplastickou limbickou encefalitidou u zárodečného tumoru varlete. Anti-amphiphysin protilátky se objevují u pacientů se stiff-person syndromem u malobuněčného karcinomu plic nebo u karcinomu ovárií. Protilátka Anti-CV2 (CRMP-5) může být přítomna u různých paraneoplastických neurologických syndromů a nejčastěji se objevuje u karcinomu plic a u thymomu. Anti-Tr protilátky se objevují ve spojení s Hodgkinovým lymfomem a typická je u této protilátky paraneoplastická mozečková degenerace (5).

1.3.3. Diagnostika

Pro případný terapeutický úspěch je důležité včasné podezření na základě klinického obrazu pacienta. Až u dvou třetin pacientů dochází ke klinické manifestaci paraneoplastického neurologického syndromu dříve, než dojde k diagnostice onkologického onemocnění. Pro diagnostiku je důležité vyšetření krevního séra na onkoneurální protilátky, avšak i v případě nepřítomnosti těchto protilátek je nutné nevylučovat paraneoplastický neurologický syndrom, jestliže se objevil v období čtyř let po diagnostice nádorového onemocnění (5).

1.3.4. Paraneoplastické syndromy centrálního nervového systému

Termínem paraneoplastická encefalomyelitida jsou označovány syndromy, kdy je poškozeno více úrovní nervového systému včetně senzitivních ganglií zadních kořenů míšních a plexus myentericus. Paraneoplastická limbická encefalitida se projevuje poruchami krátkodobé paměti, zmateností, epileptickými záchvaty a psychiatrickými příznaky (změny osobnosti, halucinace, deprese a kognitivní poruchy). Paraneoplastická limbická encefalitida se nejčastěji vyskytuje u pacientů s malobuněčným karcinomem plic a germinálním tumorem varlete.

Dalším neurologickým paraneoplastickým syndromem je kmenová encefalitida (rhombencefalitida) projevující se diplopií, pohledovými obrnami, výjimečně i centrální spánkovou apnoí a izolovanou nebo kombinovanou lézí hlavových nervů. Nejčastěji se vyskytuje u malobuněčného karcinomu plic a testikulárního tumoru. Paraneoplastický opsoklonus-myoklonus-ataxie neboli syndrom tančících očí a nohou se ve většině případů objevuje u nemocných dětí s neuroblastomem.

Paraneoplastická encefalitida asociovaná s protilátkami proti NMDAR a ovariálním teratomem je charakteristická neuropsychiatrickými projevy jako je porucha paměti, kognitivní deficit, křeče a kvantitativní porucha vědomí často s nutností umělé plicní ventilace. Optická neuritida bývá nejčastěji součástí paraneoplastické encefalomyelitidy. Paraneoplastická retinopatie se dělí na retinopatii asociovanou s karcinomem a retinopatii asociovanou s melanomem.

Stiff-person syndrom se projevuje progresivní axiální rigiditou a spasmy příčně pruhovaných svalů a objevuje se u pacientů s karcinomem prsu za přítomnosti protilátek Anti-amphiphysin. Nekrotizující myelopatie je vzácným syndromem, při kterém dochází k těžké nekróze šedé a bílé hmoty míšní a klinicky se projevuje akutním rozvojem chabých paréz, sfinkterovými poruchami a poškozením čítí.

U syndromu ALS/MND (amyotrofická laterální skleróza/nemoc motorického neuronu) lze rozlišit 3 skupiny: u první jsou přítomny protilátky Anti-Hu, druhá skupina se týká žen s postižením prvního motoneuronu připomínající primární laterální sklerózu a je zde asociace s karcinomem prsu. Třetí skupinu tvoří pacienti, u kterých je asociace nejspíše náhodná, s výjimkou asociace s lymfomem (5).

1.3.4. Paraneoplastické syndromy periferního nervového systému

Paraneoplastická subakutní senzitivní neuropatie vzniká na základě léze ganglií zadních kořenů míšních a klinický obraz často vykazuje známky těžkého poškození, velice často jsou přítomny protilátky Anti-Hu. Guillainův-Barrého syndrom je obvykle asociován s Hodgkinovým lymfomem, avšak nejsou pro tento syndrom žádné typické protilátky. Projevuje se vzestupnou paralýzou svalů stejně jako neparaneoplastický Guillainův-Barrého syndrom.

Brachiální plexopatie se nejčastěji objevuje při Hodgkinovém lymfomu. Neuropatie s vaskulitidou se objevuje jen výjimečně jako paraneoplastický syndrom a klinicky se projeví jako mononeuropatie multiplex s dysfunkcí některých nervů. Bývá přítomna u malobuněčného karcinomu plic a lymfomu, v krevním séru se objevují protilátky Anti-Hu. Paraproteinemická neuropatie je onemocnění B lymfocytů spojené s tvorbou abnormálních proteinů (paraproteinů) projevující se oboustrannou distální senzitivně-motorickou neuropatií a poškozením autonomního systému. Nejčastěji se objevuje při onemocnění mnohočetným myelomem.

Senzitivně-motorická polyneuropatie se objevuje například u karcinomu prsu a obvykle jsou přítomny protilátky Anti-Hu a anti-CV2. Autonomní neuropatie a chronická gastrointestinální pseudoobstrukce se projevuje posturálním vertigem, poruchami střevní motility a průjmem. V některých případech se objevuje gastroparéza a pseudoobstrukce (pseudoileus). Tento syndrom bývá spojen s přítomností protilátek Anti-Hu při malobuněčném karcinomu plic (5).

1.3.5. Paraneoplastické syndromy nervosvalové ploténky a svalu

Paraneoplastická myasthenia gravis se objevuje zhruba u 30 % pacientů s thymomem (karcinom brzlíku), při kterém bývají přítomny i jiné neuromuskulární poruchy, než je myasthenia gravis (například Isaacsový syndrom nebo Morvanový syndrom). Myasthenia gravis se projevuje ptózou očních víček (pokleslé oční víčko), diplopií, zhoršenou výslovností, zhoršeným polykáním a žvýkáním.

Myastenický Lambertův-Eatonův syndrom (LEMS) je velice častý u pacientů s malobuněčným karcinomem plic (až 60 % pacientů s LEMS trpí tímto karcinomem). Lambertův-Eatonův myastenický syndrom se projevuje svalovou slabostí začínající u svalů dolních končetin a se svalovou únavou již po krátké době práce svalů. Neuromyotonie se projevuje kontinuální aktivitou svalových vláken se svalovou ztuhlostí, křečemi a silným pocením. Neuromyotonie se objevuje nejčastěji u malobuněčných karcinomů plic, thymomů a Hodgkinových lymfomů a je spojena s přítomností protilátek Anti-Hu.

Zánětlivé myopatie mohou být dvojího typu: dermatomyozitida nebo polymyozitida. U obou typů se obvykle nejprve klinicky projeví myopatie a až později maligní onemocnění. Mezi nejčastější nádorová onemocnění, při kterých se objevují myopatie, patří nádory vaječníků, plic, slinivky břišní, žaludku, tlustého střeva a rektu a také non-Hodgkinův lymfom, dále karcinom plic nebo močového měchýře. V současné době není detekována žádná onkoneurální protilátka provázející paraneoplastické myopatie.

Paraneoplastická akutní nekrotizující myopatie je velice vzácná, projevuje se bolestivou svalovou slabostí progredující do respiračního selhání, při kterém hrozí fatální průběh. Dochází k rozsáhlé nekróze skeletálních svalů bez známek zánětu. Asociace je možná s různými nádorovými onemocněními (5).

1.3.6. Léčba paraneoplastických neurologických syndromů

V první řadě je nutná cílená léčba onkologického onemocnění, která má ve většině případů pozitivní terapeutický účinek i na paraneoplastický syndrom. Symptomatickou léčbou lze ovlivnit například spasmus a křeče svalů. Dále léčba spočívá v jednotlivých krocích dle typu paraneoplastického syndromu.

Například v případě Guillainův-Barrého syndromu se zahajuje intravenózní podání imunoglobulinů, v případě Lambertova-Eatonova syndromu se využívá plazmaferéza (oddělení plazmy od krevních elementů, odstranění autoprotilátek z plazmy pacienta). V případě myasthenia gravis se využívá plazmaferéza, léčba imunoglobuliny a dlouhodobá imunosuprese.

K léčbě dermatomyozitidy a polymyozitidy se používá kombinace

steroidů, imunoglobulinů a azathioprinu, což má velmi dobré terapeutické účinky. U neuromyotonie se využívá plazmaferéza a léčba imunoglobuliny, také stiff-person syndrom se léčí pomocí intravenózního podání imunoglobulinů.

U paraneoplastických syndromů centrálního nervového systému je léčba podstatně složitější. Je možné zahájit léčbu podáním metylprednisonu intravenózně a pokud není příznivá odezva během sedmi až čtrnácti dní, indikuje se intravenózní podání imunoglobulinů. Pokud ani tento terapeutický zásah nemá valné účinky, doporučuje se zahájit plazmaferézu nebo podání cyklofosfamidu (cytostatikum) (5).

1.4. Paraneoplastická subakutní mozečková degenerace

Subakutní mozečková degenerace patří mezi paraneoplastické syndromy centrálního nervového systému. U žen nad 50 let je subakutně vzniklý mozečkový syndrom ze dvou třetin paraneoplastického původu. Subakutní mozečkový syndrom vzniká nejčastěji do 12 týdnů a projevuje se těžkými neocerebelárními a paleocerebelárními příznaky. Prvním příznakem může být mozečková porucha chůze, následuje rozvoj těžkého paleocerebelárního syndromu. Někdy jsou však prvotní symptomy nespecifické – například vertigo, nauzea až zvracení. Běžná je i asociace s jinými příznaky, například rozmazané vidění, oscilopsie (vjem rozmazaného vidění) nebo tranzitorní myoklonus, což však nevyvrací diagnózu paraneoplastické cerebelární degenerace (7, 8).

Mozečkový syndrom bývá spjat nejčastěji s protilátkami Anti-Yo a Anti-Hu. Protilátka Anti-Yo působí především degradaci Purkyňových buněk v mozečku, kterou lze zjistit histologickým vyšetřením. U pacientů s průkazem protilátky Anti-Hu je průměrná doba přežití 9 až 12 měsíců a typická je asociace s malobuněčným karcinomem plic. U pacientů s průkazem onkoneurálních protilátek Anti-Yo a s gynekologickým nádorem je průměrná doba přežití zhruba 13 měsíců. U pacientů s protilátkami Anti-Yo a karcinomem prsu je průměrná doba přežití okolo osmi let (5, 10).

Po mnoho let byla tato porucha považována za zcela neobvyklou. Při výzkumu tohoto tématu v roce 1970 se povedlo najít pouze 41 patologicky ověřených případů, v následné kontrole bylo přidáno jen několik dalších případů. Skutečný výskyt je však mnohem vyšší, než tyto údaje naznačují. Přibližně v jedné třetině případů byl přítomen nádor plic (nejčastěji malobuněčný karcinom), v 16 až 26 % se jednalo o karcinom vaječníků a lymfom, zvláště Hodgkinův lymfom. Většinu zbývajících případů tvoří karcinomy prsu, tlustého střeva a dělohy.

Časně v začátku onemocnění nemusí CT a MRI vykazovat žádné abnormality, ale po několika měsících se může objevit atrofie mozkového kmene a mozečku. Degenerativní změny bývají nejčastěji rozmístěny v kůře mozečku a v hlubokých cerebelárních jádrech.

Protilátka Anti-Yo (neboli protilátka Anti-Purkyňových buněk) se nachází v séru asi u poloviny pacientů s paraneoplastickou degenerací

mozečku a ve většině případů souvisejí s karcinomem prsu nebo s gynekologickými nádory.

Bez ohledu na patogenní význam protilátek, průkaz těchto protilátek je u pacienta s typickými neurologickými potížemi důležitou diagnostickou složkou. Jak bylo uvedeno výše, přítomnost typické protilátky Anti-Yo naznačuje, že existuje nádorové onemocnění prsu nebo vaječníků, které může být asymptomatické.

Pouze malá část příznaků paraneoplastické degenerace mozečku vymizí po odstranění primárního nádoru. V několika málo případech došlo k částečné nebo kompletní remisi symptomů po odstranění nádorového onemocnění. V některých případech spojených s Hodgkinovým lymfomem došlo ke spontánnímu zlepšení cerebelární funkce (6).

Pacientka J. S. onemocněla v roce 2014 karcinomem ovárií a půl roku od léčby se projevil paraneoplastický mozečkový syndrom s průkazem onkoneurálních protilátek Anti-Yo.

2. Kazuistika

2.1. Průběh onemocnění

Pacientce byl v únoru roku 2014 diagnostikován karcinom ovarií v pokročilém stadiu s přítomnými implantačními metastázemi na retroperitoneu a omentu, s postižením lymfatických uzlin a fluidothoraxem v mediastinální dutině. První podezření na toto onemocnění vyslovil gynekolog při preventivní prohlídce pacientky, sama v té době neměla žádné potíže.

Pacientka prodělala chirurgické odstranění děložních adnex, dělohy, retroperitonea a omenta a appendektomii. Poté podstoupila chemoterapeutickou léčbu s velice dobrým léčebným efektem. Toto období bylo pro pacientku velice těžké a velkou oporou jí byl manžel a syn s jeho rodinou. Na doporučení lékařů začala pacientka užívat antidepresivum (Zoloft).

V červnu téhož roku se u pacientky objevil paraneoplastický syndrom, kvůli němuž byla pacientka od června do srpna hospitalizována na neurologii. Po této hospitalizaci byla pacientka po dobu tří měsíců umístěna v hospici na respitní péči. Poté byla pacientka doma v péči manžela.

2.2. Anamnéza

Pacientka Ing. J. S., 66 let, přijata do hospice na respitní péči dne 1. 8. 2016.

2.2.1. Lékařská anamnéza

OA: Pacientka prodělala karcinom ovarií bilaterálně (T3cNxM1), hysterektomii a adnexektomii, odstranění omenta infracolica a supracolica pro metastatický rozsev, po chemoterapii je maligní proces na ústupu.

Systémový lupus erythematodes – od 03/2014 v klidu

Arteriální hypertenze, hypotyreóza

Stav po cholecystektomii, herpetický ekzém, vertigo

Atakovitě vzniklá symptomatologie ze zadní jámy lební s dominující mozečkovou symptomatologií více zprava s dysartrií, etiologie paraneoplastický syndrom při karcinomu ovarií – od 06/2014

AA: Brufen, Nurofen

FA: Apo Panto 40 mg 1-0-1, Letrox 75 mg 1-0-0, Zoloft 50 mg 1-0-0, Plaquentil 200 mg 1-0-0, Torvacard 20 mg 0-0-1, Mg Lactici 500 mg 1-0-1, Anopyrin 100 mg 0-1-0

SA: Pacientka je vdaná, bydlí se svým manželem, syn bydlí v Ostravě.

PA: V současné době je již pacientka ve starobní důchodu, dříve pracovala jako počítačová programátorka a analytička. Pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu, její rodina taktéž.

Fyziologické funkce:

Pacientka je při vědomí, plně orientovaná místem, časem i osobou, lucidní. Skóre Glasgow Coma Scale je 15 bodů, tzn. pacientka je při plném vědomí.

Puls: 75 tepů/min.

Tlak krve 140/85 Torr

Dech: 12 dechů/min.

Saturace krve kyslíkem: 95 %

Tělesná teplota: 36,2 °C

2.2.2. Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové

1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka prodělala nádorové onemocnění vaječníků s přítomností metastáz. Po léčbě je nyní nádorové onemocnění na ústupu. Pacientka však trpí paraneoplastickým syndromem – poruchou mozečku. O svém zdravotním stavu je plně informovaná a zdá se, že je i smířená se současným stavem. Pacientka v současné době nepociťuje žádnou bolest.

2) Výživa a metabolismus

Pacientka má racionální stravu, kterou přijímá per os, nemá potíže s chrupem. Pacientka denně vypije litr tekutin, většinou zeleného čaje. Paní J. S. má potíže s polykáním tekutin, pít musí opatrně – riziko aspirace.

Výška pacientky je 167 cm, hmotnost 70 kg. V poslední době pacientka zhubla zhruba o 5 kg, trpí nechutenstvím a porce jídla redukuje na polovinu až čtvrtinu běžné porce. Pacientka někdy trpí nauzeou a zvracením.

3) Vylučování

Pacientka trpí částečnou inkontinencí moči a zácpou. Stolice je u pacientky nepravidelná, naposledy před dvěma dny. Pacientka využívá inkontinenční pomůcky (pleny pro dospělé) a toaletní křeslo.

Pacientka v současné době netrpí projevy ani herpetického ekzému ani kožními projevy systémového lupusu erythematodes. Stav kůže je dobrý. Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové je přítomno, skóre 20 bodů.

4) Aktivita a cvičení

Pacientka se samostatně pohybuje v lůžku, přes den je na přání vysazována do vozíku, zejména k jídlu – poslední dobou upřednostňuje pobyt v lůžku. V rámci rehabilitace s fyzioterapeutkou nacvičuje chůzi v chodítku.

Pacientka má střední riziko pádu, podle testu ADL (Activity of Daily Living) dle Barthelové má pacientka vysoký stupeň závislosti na pomoci v každodenních činnostech.

5) Spánek a odpočinek

Pacientka netrpí poruchami spánku a neužívá žádná hypnotika. Pacientka usíná zhruba ve 22 hodin a spí v kuse většinou kolem osmi hodin.

6) Vnímání a poznávání

Pacientka nemá potíže se zrakem, pouze na čtení využívá dioptrické brýle. Potíže se sluchem pacientka žádné nemá, nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Pacientka je plně orientovaná.

Paní J. S. má výraznou poruchu řeči – velmi zhoršená artikulace vlivem paraneoplastického syndromu mozečku. Při dostatečné trpělivosti a snaze je však možné se s pacientkou dobře domluvit, s občasným využitím abecední tabulky.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka má zachováno dobré sebepojetí i kvalitní sebeúctu. Svou invaliditu komentuje slovy: „Beru to tak, jak to je.“

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Plnění rolí je vzhledem k pacientčině invaliditě ve větší míře omezeno a narušeno je více sociálních rolí – role manželky, která doposud zajišťovala péči o domácnost, ale i role babičky, která si hrála a povídala se svými vnučkami. Paní J. S. je však smířená se svým stavem a poruchu plnění svých rolí nevnímá jako zásadní problém.

9) Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka porodila jednoho syna, v současné době po gynekologických operacích. Menopauza. S manželem mají harmonický vztah.

10) Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je ateistkou, mezi její přední životní hodnoty patří zdraví a rodina.

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Pacientka je klidná, nepocítuje strach ani úzkost. Úroveň komunikace a spolupráce je dobrá, pouze řeč je ztížená špatnou artikulací pacientky. Pacientka před respitní hospitalizací v hospici bydlela se svým manželem, který se doposud o pacientku doma staral. Nyní chodí do hospice na pravidelné návštěvy – zhruba každý druhý den. Syn pacientky a jejího manžela žije se svou rodinou ve vzdáleném městě, proto na návštěvy dojíždí méně často – zhruba jednou měsíčně.

2.3. Péče během respitní hospitalizace

Pacientka je od srpna 2016 hospitalizována v hospici na respitní péči, jelikož její manžel musí podstoupit operační náhradu již druhého kyčelního kloubu. Z toho důvodu je také zřejmé, že manžel bude muset více šetřit svůj pohybový aparát, a proto bude nutné zajistit domácí péči pro pacientku J. S.

Dle personálu se pacientčin mozečkový syndrom výrazně zhoršil. V roce 2014 pacientka s menší pomocí byla schopná chůze, stravování zvládala bez potíží a řeč byla téměř bezchybná. Po dvou letech pacientka pouze s velkou pomocí dvou osob a v chodítku ujde několik metrů (do 50 m), ve většině případů je nutné pacientku krmit a řeč je výrazně zhoršená.

Během srpna a září 2016 je pacientka pravidelně vysazována k jídlu do vozíku, zhruba od října 2016 na svou vlastní žádost tráví téměř celý den v posteli, nepřeje si vysazování do vozíku. Upřednostňuje nacvičování chůze v chodítku.

Původně měla být pacientka v hospici pouze během srpna, kdy byl její manžel na operaci kyčelního kloubu a na následné rehabilitaci, a poté se již manžel chtěl o svou choť starat opět sám. Dal ovšem na rady lékařů a respitní pobyt pacientky J. S. se prodloužil do prosince roku 2016. Mezitím manžel nechal předělat společnou domácnost na ještě více bezbariérovou, a tak i zajistil prostory pro osobní asistentku, která by v domě manželů mohla být i přes noc. Přestože pacientka není terminální, potřebuje každodenní ošetrovatelskou péči.

Aby pacientce čas v hospici rychleji utíkal, rozhodla jsem se pro časté návštěvy. Před zahájením akademického roku jsem u pacientky prakticky každý den, kromě víkendu. Po začátku akademického roku pacientku navštěvuji každý víkend. Předčítám pacientce knihu *Poslední kabriolet*, která se nám oběma velmi líbí. Dále jsem pomohla vyzdobit pacientčin pokoj mnou vymalovanými obrázky, které doplnil i syn pacientky fotkami vnuček.

2.4. Dlouhodobá péče

Od prosince 2016 byla pacienta propuštěna do zrekonstruovaného domu do péče manžela. Každý druhý den (pondělí, středa, pátek) k nim domů dochází pečovatelka, která pacientce J. S. pomůže s ranní hygienou a následně se věnují zhruba půl hodiny fyzioterapii. Zbytek dní se o pacientku stará manžel, dle jeho slov se jí daří dobře a manželka je spokojená, že už může být doma. V domácnosti má pacientka polohovací lůžko, pojízdné WC a invalidní vozík, pomocí něhož se přemísťuje do ostatních místností, přesto však paní J. S. tráví téměř celý den v posteli sledováním televize.

V únoru jsem navštívila paní J. S. v domácím prostředí. Již na první pohled bylo zřejmé, že se pacientce daří doma lépe než v hospicovém prostředí, velkou roli zde nejspíše sehrálo psychické rozpoložení, které je v domácím prostředí lepší. Podle mého hodnocení pacientka lépe artikulovala, mírně se zlepšila i jemná motorika.

2.5. Ošetrovatelské problémy

U pacientky J. S. jsem stanovila 4 základní ošetrovatelské problémy, které se mi zdají nejdůležitější a podle mého nejvíce zneprůjemňují život pacientky. Jedná se o sníženou soběstačnost, riziko aspirace, poruchu komunikace a riziko vzniku imobilizačního syndromu.

2.5.1. Snížená soběstačnost

Soběstačností se rozumí schopnost se sama o sebe postarat. U nemocných je často soběstačnost narušena, krátkodobě například po operaci (pacient po operaci několik hodin nemůže vstávat z lůžka) nebo dlouhodobě vlivem nemoci (například pacienti s parézou či plegií, pacienti s onemocněním pohybového aparátu, pacienti s poruchami vědomí, trpící depresemi nebo u pacientů, u kterých se kombinuje vysoký věk a špatný zdravotní stav).

Nemocní se sníženou soběstačností jsou do určité míry závislí na pomoci ostatních v činnostech, které dříve zvládali sami, a to může být velice nepříjemné a ponižující, pacient se může cítit trapně, že potřebuje pomoc druhé osoby v tak intimních záležitostech jako je hygiena, vyprazdňování nebo přijímání jídla a tekutin.

U pacientů se sníženou soběstačností je nutné zhodnotit úroveň závislosti na pomoci druhých během každodenních činnostech, nejčastěji se používá Barthelové test ADL (Activity of Daily Living). Dále je nutné pacientům se zhoršenou schopností sebepěče dopomáhat v těch činnostech, které sám nezvládne, což je podstatou celého ošetrovatelství. Na druhou stranu je však důležité, aby si nemocný dělal činnosti, které zvládne sám, je nežádoucí provádět za pacienta všechny činnosti, přestože v mnohých pacientovi postačí drobná dopomoc. Toto „pravidlo“ je důležité pro zachování co největší možné soběstačnosti pacienta i pro pacientovu psychiku, snižuje pocit bezmocnosti a méněcennosti u nemocných se sníženou schopností sebepěče. Vhodné je zajistit i péči fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta (14).

Co se týče soběstačnosti pacienta, je nejlepší ergoterapie zaměřená na trénink každodenních činností (ADL). Tato ergoterapie může být i rozšířená na trénink sociálních aktivit – například nákup, příprava jídla, domácí práce, využití dopravy a podobně (v tomto případě se jedná o

IADL – Instrumental Activity of Daily Living). Důležité je, aby ergoterapeut s pacientem pracoval v jeho přirozeném domácím prostředí (16).

V testu ADL dle Barthelové jsem u pacientky J. S. spočítala 30 bodů, což značí vysokou míru závislosti na dopomoci v aktivitách běžného života.

Pacientka J. S. je v lůžku soběstačná – pokud má vše na dosah ruky, tak se sama napije, nají a obslouží i další věci. Nutné je však plné zastoupení v oblasti hygieny a vylučování. Hygiena probíhá obden na lůžku a ve sprše, kam se dopraví za pomoci personálu na vozíku. Jednou týdně absolvuje paní J. S. koupel ve vaně, která je v hospici přizpůsobena nepohyblivým pacientům. Pacientka se doveze na lůžku až do koupelny a do vany i zpět je přemístěna pomocí speciálního zvedáku.

Paní J. S. ve většině případů k vylučování využívá sociální zařízení (WC) nebo toaletní křeslo u lůžka, kvůli částečné inkontinenci moči má však pacientka i hygienické pleny. Vždy je nutné pacientku umístit na toaletní křeslo či do vozíku a dovést ji na WC.

Při oblékání je u pacientky nutná velká dopomoc, přestože se paní J. S. velice snaží, z důvodu hrubého narušení motoriky je nutné, aby například rukávy u trička či nohavice u kalhot navlékla druhá osoba.

2.5.2. Riziko aspirace

Aspirace je vniknutí cizího tělesa do dýchacího ústrojí, například vdechnutí potravy, tekutin nebo perorálně podávaných léků. Jedním z rizikových faktorů aspirace je dysfagie. Pojem dysfagie označuje poruchu polykání, včetně schopnosti žvýkat, manipulovat s potravou v ústech a přenést jídlo z úst do hltanu. U pacientů s dysfagií je důležité přizpůsobit složení a konzistenci potravy a upravit polohu pacienta při konzumaci jídla a tekutin (16).

Správně provedený proces polykání je nejdůležitějším faktorem v prevenci aspirace. Polykání lze dělit na tři fáze: orální, faryngeální a ezofageální fázi. Během orální fáze je sousto připravováno pro cestu hrtanem a následně jícnem. Sousto je nejprve rozkousáno a smícháno se slinami, poté je rychlým vlnovitým pohybem jazyka sousto přesunuto do

zadní části dutiny ústní na kořen jazyka a tím se spustí reflexní polknutí a nastupuje faryngeální fáze. Při faryngeální fázi se zvedá měkké patro, aby oddělilo nosní oblast a epiglottis uzavře dýchací cesty, na krátký okamžik dojde k přerušení dýchání. Ezofageální fáze spočívá v peristaltických pohybech jícnu, které posouvají sousto do žaludku.

Nejčastěji dochází k poruše procesu polykání během orální a faryngeální fáze. Pokud během faryngeální fáze nedojde k dostatečným kontrakcím svalstva a epiglottis včas neuzavře dýchací cesty, dojde k aspiraci potravy do dýchacího traktu (19).

Aspirace sousta je velice závažným problémem. Pokud je aspirované sousto velké, může uvíznout v hrtanu a způsobit velice rychlé udušení. Menší nebo tekutá sousta mohou v dolních cestách dýchacích způsobit zánět (bronchopneumonii) nebo absces. Při opakovaných aspiracích může dojít ke chronickému zánětu dýchacích cest.

Při diagnostice dysfagie je důležitá důkladná anamnéza, prohlédnutí a palpace dutiny ústní a okolí a vyšetření ORL specialistou. K zobrazení polykacího aktu lze využít RTG vyšetření, při němž pacient pije kontrastní látku a dynamicky je sledován polykací akt.

Při dysfagii způsobené poškozením nervové soustavy nelze odstranit příčinu poruchy polykání, ale cílenou rehabilitační logopedickou terapií lze dosáhnout zlepšení polykání. Tato terapie využívá tři typy metod: metody restituční, kompenzační a adaptační. Restituční metody terapie využívají cvičení zaměřená na stimulaci, hybnost polykacího svalstva a pozvolný nácvik polykacího procesu. Kompenzační metody spočívají ve změně polohy těla při konzumaci jídla a tekutin a ve využití manipulačních triků a pomůcek. Adaptační metody jsou zaměřené na úpravu stravy (zahušťování tekutin, mletá strava) a využívání speciálního nádobí (speciální hrníčky, přístroje pro lepší úchop) (18).

U pacientky J. S. jsem si všimla postupného zhoršování polykacího aktu a tím zvýšeného rizika aspirace. Zhoršené polykání jsem poznala především podle častého „zakuckávání“ pacientky při konzumaci tekutin. Doporučovala bych použití prášku k zahuštění tekutin a omezení konzumace potravin, u nichž hrozí vyšší riziko aspirace – například rýže.

Paní J. S. jsem pomáhala především v zaujímání polohy vsedě při

konzumaci jídla a především tekutin. Naštěstí u pacientky nedošlo k výrazné aspiraci, která by mohla způsobit aspirační pneumonii.

2.5.3. Porucha komunikace

Komunikace je pro člověka velice důležitá a lze ji definovat jako určitý proces výměny informací neboli přijmutí, zpracování a vydávání informací mezi lidmi. Řeč je prostředkem pro verbální komunikaci, jedná se o jakýsi jazykový kód. U pacientů s neurologickým postižením je velice důležité, aby zdravotnický personál co nejdříve zhodnotil komunikační možnosti pacienta – schopnost mluvit, rozumět, číst a psát. Při rozhovoru s takto postiženým pacientem je důležitá trpělivost, udržovat oční kontakt, hovořit pomalu a srozumitelně a všimnout si i neverbálních komunikačních znaků. Hovor s pacientem by měl být veden co nejjednodušeji, soustředit se na důležité věci (například neptat se na počasí, ale spíše zda má pacient bolesti apod.) a otázky klást tak, aby se odpovědi pacienta zredukovali na ano a ne. Vhodné je použití různých pomůcek k vedení komunikace, které jsou vždy voleny individuálně. Například pacient, který může psát, může své odpovědi a dotazy psát na papír, pokud může pacient pouze sdělovat ano a ne, je vhodné využít abecední či obrázkové tabulky (16).

Zdravotnický personál i rodina by pacienta měla vést k rozhovoru a podporovat ho v komunikaci. Je důležité naučit pacienta využívat pomůcky ke komunikaci (abecední či obrázková tabulka), případně domluvit alternativní způsob komunikace (mrkáním projevit souhlas či nesouhlas), a zajistit péči logopeda (14).

Pacientka J. S. trpí silnou dysartrií neboli motorickou poruchou řeči. Tato porucha se projevuje postižením základních částí motorické realizace řeči – fonace, rezonance, dýchání a artikulace. Terapie probíhá pomocí nejrůznějších fonačních a artikulačních cvičení a také dechovým cvičením. Trénuje se prozodie řeči formou intonačních a rytmizačních postupů (16).

U cerebelární dysartrie připomíná mluva pacientů řeč pod vlivem alkoholu. Řeč je neobratná, přehnaná s narušeným tempem, řeč připomíná koktání a je doprovázena zvýšenou, ale zpomalenou a neuspořádanou mimikou a gestikulací. Při těchto postiženích bývá logopedická terapie

účinná především u lehčích poruch (18).

V neurorehabilitaci se využívá i facioorální terapie, která využívá taktilní, termickou, vibrační a kinestetickou stimulaci mimických svalů, čímž se podporuje normalizace svalového tonu v této oblasti (19).

Pacientka J. S. má výrazně narušenou řeč, avšak při dostatečné trpělivosti je možné dorozumět se v základních věcech. Velice nápomocná je abecední tabulka, se kterou paní J. S. dobře pracuje a díky níž je možné porozumět i těžším větám a souvětím, které chce pacientka sdělit.

U paní J. S. probíhá fyzioterapie včetně logopedické léčby. Fyzioterapeutka byla zaučena externí logopedickou pracovnící, tudíž s pacientkou nacvičuje řeč a snaží se o zlepšení těžké dysartrie na základě neurologického poškození.

2.5.4. Riziko vzniku imobilizačního syndromu

Imobilizační syndrom lze charakterizovat jako nežádoucí působení klidového režimu ležícího pacienta (imobilního pacienta) na jeho organismus jako celek. První známky vznikajícího imobilizačního syndromu lze pozorovat již v průběhu prvních sedmi dní, i proto je důležité zkrátit pobyt nemocného na lůžku na minimum (20).

Imobilizace může být vynucená stavem nemocného nebo nutná pro jeho stav (například po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu). Vynucená imobilita může vznikat z různých příčin, například z důvodu chronické bolesti, parézy či plegie, onemocnění pohybového aparátu, poruchy až ztráty vědomí, z důvodu špatného zdravotního stavu pacienta (například polymorbidita u seniorů) nebo – jako v případě pacientky J. S. – z důvodu neurologických poruch.

Imobilizační syndrom poškozuje jednu, ale častěji více nebo také všechny orgánové soustavy lidského organismu. Dále se zmíním o možných důsledcích imobilizačního syndromu na jednotlivé orgánové soustavy a jejich prevenci (12).

Poruchy kardiovaskulárního systému

Prvním důsledkem imobilizačního syndromu na kardiovaskulární systém je ortostatická hypotenze. Jedná se o stav, kdy má pacient po

změně polohy z lehu do stoje problémy s adaptací na vzpřímenou polohu a dochází k problémům z důvodu nízkého krevního tlaku. To je způsobeno poškozením vazomotorických reflexů, které se podílejí na vyrovnávání tlaku krve při změnách polohy. Pacient si může stěžovat na tachykardii, mžítka před očima, točení hlavy a studený pot. Výrazně se tak zvyšuje riziko pádu a následného zranění, proto je potřeba pacienta vertikalizovat postupně – nejprve pomoci pacientovi do sedu, ponechat dostatečný čas na adaptaci nové polohy těla a až poté postupovat do stoje.

Dalším důsledkem imobilizačního syndromu na kardiovaskulární systém je tromboembolická nemoc (TEN). Dochází k městnání krve v žilním řečišti z důvodu venostázy z nedostatku pohybu dolních končetin, které může vyústit až v plicní embolii – uvolnění krevní sraženiny, která skrze pravou srdeční síň a komoru doputuje do plic, kde dochází k uzávěru plicní tepny. Prevencí tromboembolické nemoci je pohyb dolních končetin v lůžku (aktivní či pasivní, například simulace pohybů dolních končetin při jízdě na kole) a pokud je to možné časná vertikalizace a omezení doby strávené v lůžku na minimum. Další prevencí může být aplikace elastické bandáže na dolní končetiny, která způsobuje kompresi povrchového žilního systému, čímž se zároveň zlepší průtok krve v hlubokém žilním systému. V prevenci lze využít i elevaci dolních končetin pro zlepšení návratu žilní krve z dolních končetin. Velkou roli zde hraje i dostatečný příjem tekutin, dle ordinace lékaře může být subkutánně aplikován nízkomolekulární heparin (Fraxiparin, Clexane) (12).

U pacientky J. S. se v prevenci tromboembolické nemoci využívá především rehabilitace a užívání léku Anopyrinu, který má antiagregační účinky.

Poruchy respiračního ústrojí

Při lehu na zádech se u pacientů snižuje vitální kapacita plic (zejména u geriatrických pacientů) a pacient není schopný hlubokých vdechů, dýchá mělce a povrchně, a proto nedochází k vykašlávání produkovaného hlenu. Vazký hlen se tak hromadí v dýchacích cestách a samočisticí schopnost plic pomocí kašle je výrazně omezena. Přítomnost hlenu v dolních segmentech dýchacího ústrojí je komplikací, která může vyústit

v pomnožení patogenů a způsobit pacientovi hypostatickou pneumonii. Následkem toho může dojít ke vzniku plicních atelektáz (nevzdušná část plic) a pacient tak může být dušný, neklidný, objevuje se tachypnoe (zrychlené dýchání) až cyanóza.

Jako prevenci lze využít dechovou rehabilitaci, například dýchání proti odporu (nafukování balónku nebo gumové rukavice), probublávání vody pomocí brčka nebo nácvik hlubokého nádechu a výdechu. Pomoci může i uložení pacienta do Fowlerovy polohy a nácvik odkašlávání. Důležité je i zvlhčování vzduchu, dostatečný příjem tekutin, míčkování a další techniky dechové gymnastiky (12).

Paní J. S. nevykazuje žádné problémy s dýcháním či nedostatečným odkašláváním, netrpí infekčním onemocněním dýchacích cest, jedná se však o možné riziko.

Poruchy pohybového systému

K poškození svalů (atrofii nebo kontrakturám) dochází již velice časně po upoutání na lůžko, například již za týden dochází k úbytku svalové hmoty až o jednu třetinu. K navrácení původní svalové síly je potřeba rehabilitace ve dvojnásobné délce imobilizace. U dlouhodobé imobility může docházet k atrofii svalstva až ke kontrakturám, které vznikají v důsledku hledání úlevové polohy. Často také dochází ke zkrácení šlach a fascií svalů, což může způsobovat různé deformity pohybového aparátu, až ke snížení pohyblivosti kloubů (ztuhlost až deformity kloubů), které se tak stávají ireverzibilně poškozené a ztrácejí svou funkci (ankylóza kloubu). Prevencí je především časté a pravidelné polohování pacienta a aktivní i pasivní rehabilitace (12).

U paní J. S. nedošlo k žádným výše popisovaným poruchám pohybového aparátu, rehabilitace je však důležitá jako prevence vzniku těchto poškození. V knize Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou se autorka Olga Trávníčková-Kittlerová zmiňuje o paraneoplastické cerebelární degeneraci mimo jiné i touto větou: *„Onkologická léčba primární malignity v kombinaci s přiměřenou pohybovou léčbou a senzomotorickou stimulací propiocepce může zbránit progresi, ale*

k neurologickému zlepšení paraneoplastické cerebelární degenerace dochází zřídka.“ (15, s. 21).

Když se však zaměřím na původní onkologickou diagnózu pacientky – karcinom ovaríí, tak se rehabilitace zaměřuje na dechovou gymnastiku a posilování břišních svalů v souladu s diaphragmatickým (bráničním) dýcháním. Důležité je i posilování svalů pánevního dna a zpevnění břišní stěny s úpravou postury a svalové dysbalance. U těchto cviků je výhodou, že je lze provádět i v lůžku (15).

Poruchy skeletu

Při dlouhodobé imobilizaci dochází k tzv. imobilizační osteoporóze až osteomalacii. Osteoporóza vzniká v důsledku nedostatečného zatížení kostí pohybem a dochází k nadměrnému vyplavování vápníků z kostí. Osteomalacie vzniká v důsledku nedostatku vitamínu D u pacientů hospitalizovaných v zařízeních, kde nemají pravidelně dostupný pobyt na slunci. Prevencí poškození skeletu je doplňování vápníků a vitamínu D, rehabilitace a co nejvíce pacienty ohrožené imobilizačním syndromem vystavovat slunečnímu svitu. Preventivní rehabilitace spočívá v jakýchkoliv pohybových aktivitách – doporučuje se turistika v nenáročném terénu, jízda na kole, plavání a veškeré sportovní aktivity bez jednostranného zatížení a extrémního fyzického vypětí. (12).

U pacientky J. S. se neprováděla vyšetření ke zjištění osteoporózy, v rámci prevence je však doporučena rehabilitace.

Poruchy gastrointestinálního traktu

Imobilizační syndrom nepříznivě ovlivňuje funkci gastrointestinálního traktu. Může docházet k nechutenství, které se objevuje především při hospitalizaci v nemocnici. Velice častá je zácpa, která vzniká v důsledku nedostatečného pohybu, který podporuje motilitu střev. Důležité je podporovat pacienta ve zvýšeném příjmu tekutin a poučit pacienta o potravinách, jejichž konzumace napomáhá vzniku zácpy. U geriatrických pacientů je velice častá ztráta pocitu žízně a z ní vyplývající dehydratace. Pacienti hospitalizováni v zařízeních také mohou velice často pociťovat stud při vyprazdňování se na lůžku, což pacienty vede k zadržování

nutkání na stolicí nebo záměrně snížený příjem potravy a tekutin. V těchto případech je nutná efektivní a šetrná komunikace s pacientem, a především udržování pacienta i lůžka v čistotě (12).

U pacientky J. S. se vyskytuje zácpa, které se personál spolu s pacientkou snaží předejít úpravou stravy, kdy je pacientce nabízeno ovoce a další potraviny obsahující vlákninu. Dále je zajištěno, aby pacientka přijímala dostatek tekutin – má neustále u lůžka hrneček s čajem či naředěným džusem. Paní J. S. denně vypije zhruba 1000 ml. Zácpou se v případě pacientky J. S. snažíme předejít i co největší pohybovou aktivitou.

Paní J. S. také občas trpí nechutenstvím. V některých dnech pacientka trpí nauzeou, v některých případech i zvracením. Jindy naopak pacientka s chutí zkonsumuje celé jídlo, avšak porce má vždy poloviční. Odmítá polévky.

Poruchy vyprazdňování močového ústrojí

V důsledku upoutání pacienta na lůžko může docházet k retenci moči v močovém měchýři, čímž se výrazně zvyšuje riziko vzniku zánětu močových cest. Toto riziko umocňuje zavedený permanentní močový katetr. Z důvodu nedostatku příjmu tekutin může u imobilního pacienta docházet ke vzniku ledvinových kamenů. Nejúčinnější prevencí je dostatečný příjem tekutin, časná vertikalizace a zajištění soukromí při vyprazdňování. Permanentní močový katetr by měl být zaváděn pouze v nejnnutnějších případech (12).

Pacientka J. S. trpí částečnou inkontinencí, která je řešena používáním hygienických plen. Ve většině případů však pacientka použije signalizační zařízení v případě potřeby jít na toaletu a personál ji následně dopomůže se přesunout na toaletní křeslo či do koupelny. K retenci moči u pacientky nedochází, netrápí ji ani infekce močových cest.

Psychosociální reakce na imobilitu

Imobilizace pro pacienty znamená velice nepříjemnou situaci, kdy jsou upoutáni na lůžko a z větší či menší části se stávají závislí na pomoci

druhé osoby. Tento fakt může vést ke zhoršení nálady, smutku až rozvoji deprese. U geriatrických pacientů dochází k dezorientaci. Pacienti pocítují beznaděj, bezmocnost, pocit prázdnoty, ztrátu sebevědomí až pocity bezcennosti. Může docházet k poruchám spánku, k apatii, projevům nepřátelství až agresivity. U některých pacientů může být narušená schopnost rozhodování a schopnost koncentrace. V prevenci lze uplatnit především kvalitní komunikaci – sdělování pacientovi vše, co budeme provádět a podporu sociálních kontaktů (například vysazení pacienta do vozíku a umístění na společenskou místnost či jídelnu) (12).

Paní J. S. se jeví jako klidná žena, nemá žádné projevy úzkosti ani deprese, se svým okolím i zdravotnickým personálem ráda komunikuje.

Porucha kožního systému

U ležících pacientů velice často dochází k poruchám kožního systému. Dochází k otlakům, opruzeninám až dekubitům. Dekubity neboli proleženiny jsou velice závažným projevem imobilizačního syndromu. Podle statistik se dekubity vyskytují ve zdravotnickém zařízení u 4 až 7 % pacientů (12, 20).

Dekubitus neboli proleženina vzniká nejčastěji u rizikových pacientů. Riziko vzniku dekubitů hodnotíme podle různých typů škál, nejvíce využívané je nejspíše skóre podle Nortonové (viz příloha číslo 3). Mezi rizikové faktory patří především imobilita, špatný stav výživy (nedostatek vitamínu C, zinku, železa, nedostatečný příjem bílkovin, kachexie, obezita), inkontinence (vlhkost a nečistota napomáhají vzniku defektů), přidružená onemocnění (například diabetes mellitus, poruchy prokrvení, maligní onemocnění, horečnatá onemocnění, septické stavy), tření kůže o podložku nebo střížná síla při nevhodné manipulaci s ležícím člověkem.

Riziková místa pro vznik dekubitu se nazývají predilekční místa a jedná se většinou o části těla, kde je kost jen velice málo kryta podkožní tukovou tkání a svaly (kostní prominentia). Nejčastější místa vzniku dekubitů při lehu na zádech jsou oblast kosti křížové, lokty, lopatky, paty a trn krčního obratle C7. Při lehu na boku jsou predilekční místa zejména v oblasti ucha, dále rameno, hřeben kosti kyčelní, kolena i kotníky. Dekubitus může vznikat i na sliznicích, například na nosní sliznici při zavedení

nazogastrické sondy.

Klasifikace dekubitů se dělí na čtyři stupně. **První stupeň** se projevuje začerváním (erytémem) bez porušení kůže a tento stav je při včasné zásahu reverzibilní. U **druhého stupně** se již objevují puchýřky s čirou tekutinou, které mohou prskat. Jedná se o vlhký defekt kůže, kdy není zasaženo podkoží. Při **třetím stupni** je poškozena kůže i podkoží, defekt se šíří do hloubky a na spodině rány lze pozorovat nekrotickou tkáň. Do rány se snadno dostane infekce, která způsobuje sekreci z rány a rána může zapáchat. U **čtvrtého stupně** je poškozeno podkoží, fascie i svaly až ke kostem, které mohou být v ráně vidět. Nekróza se rozšiřuje a okolí rány může být podminováno.

V prevenci vzniku dekubitů je důležité pravidelné každodenní hodnocení stavu kůže a případně změn rizikových faktorů (například náhle vzniklé horečnaté onemocnění). Velice důležitá je úprava lůžka (pacient nesmí ležet na záhybech ložního prádla apod.), polohování pacienta každé dvě hodiny, eliminace tlaku, tření a střížných sil. Vhodné je použití antidekubitní matrace a/nebo speciálních podložek (například syntetická náhrada ovčího rouna). Při polohování je vhodné využití polohovacích pomůcek – ke stabilizaci polohy nemocného (například v poloze na boku) a k podložení predilekčních míst (například podložení pat při poloze na zádech). Zásadní je udržovat pacienta v suchém lůžku, u inkontinentních pacientů je potřeba tento problém řešit (například při inkontinenci moči zavést permanentní močový katetr) (13).

Ošetřování dekubitů se liší dle stupně jejich závažnosti. Otevřenou ránu je potřeba vždy ošetřit jako ostatní chronické rány – očištění, dezinfekce, případně aplikace speciálního materiálu (mastný tyl, Inadine, aktivní uhlí, materiály se stříbrem a další) a převaz rány zakončíme přiložením sterilního krytí.

V případě dekubitu prvního stupně je nutné kůži omývat šetrnými prostředky a promazávat kůži vhodnými více mastnými přípravky. Je nutné kůži kontrolovat a zaznamenávat případné změny. Velice důležité je důkladné pravidelné polohování nemocného, aby bylo postižené místo odlehčeno. Pacient musí být stále v čistotě a v suchu, je vhodné upravit stravu a případně ji doplnit o sipping.

U druhého stupně dekubitu je kromě výše zmíněného (udržovat pacienta v čistotě a suchu, sledovat změny na kůži, pravidelně nemocného polohovat a dbát na vhodnou výživu) doporučeno používat alginátové přípravky, sledovat sekreci z rány a případně použít hydrokoloidní přípravek, hydrogely a transparentní krytí rány. Doporučuje se používat neadhezivní krytí rány.

V případě vzniklého dekubitu třetího stupně je kromě výše zmíněných doporučení nutné aplikovat metodu vlhkého hojení ran – čištění rány a zajištění vlhkého a prodyšného prostředí. Také se doporučuje užití alginátových přípravků a obvazu s aktivním uhlím. Dále je vhodné aplikovat hydrokoloidní přípravky, hydrogely a transparentní krytí rány.

Pokud již vznikl dekubit čtvrtého stupně, přistupuje se k nekrektomii (chirurgické odstranění nekrózy v ráně) a k prevenci vzniku infekce, dle ordinace lékaře lze podávat antibiotika. Doporučuje se enzymatické čištění rány, provádění výplachů rány a aplikace sterilního krytí (13).

Při léčbě dekubitů se využívá ozonoterapie, protože ozon zlepšuje dezinfekci a prokrvení rány, urychluje proces hojení, granulaci a epitelizaci. Moderní léčebnou metodou je také fototerapie, která využívá světlo jako nepřirozenější zdroj energie. K fototerapii se využívají bioptonové lampy. Hlavním efektem je ústup bolesti, protizánětlivý účinek, zlepšené prokrvení tkáně, což vede k lepšímu okysličení, místnímu metabolismu a zrychlení odtoku lymfy. Jednou z nejmodernějších metod léčby chronických ran – tedy i dekubitů – je V. A. C. terapie (systém Vacuum Assisted Closure). Tento systém funguje na principu podtlaku, který podporuje hojení rány a drenáž sekretů z rány, odstraňuje otok, zlepšuje prokrvení tkáně, podporuje granulaci a také omezuje bakteriální kolonizace (20).

U pacientky J. S. je podle stupnice Nortonové nebezpečí vzniku dekubitu (20 bodů). Vzniku dekubitu předcházíme pravidelným polohováním pacientky. U paní J. S. nevznikl dekubit, přesto však personál denně kontroluje stav kůže pacientky.

3. Diskuze

Ošetřovatelství v neurologii je úzce spjato s rehabilitací, která je u pacientů s neurologickým onemocněním velice důležitá. O rehabilitaci se jedná již v případě pravidelného polohování ležících nemocných, kdy správně zvolená poloha umožňuje relaxaci svalstva a zmírnění spasticity.

Včasná a individuálně sestavená rehabilitace napomáhá k obnově motorických funkcí a k návratu pacienta do běžného života. Přestože jsou některá neurologická onemocnění ireverzibilní (nevratná) a mají spíše zhoršující se charakter – stejně jako v případě pacientky J. S. s paraneoplastickou mozečkovou degenerací – je rehabilitace nesmírně důležitá pro co nejpomalejší postup degenerativního onemocnění a pro neustálé procvičování a trénování poškozené nervové soustavy (14).

U osob s postižením centrální nervové soustavy se nejvíce využívá holistický Bobathův koncept, který slouží fyzioterapeutům k hodnocení zdravotního stavu i k terapii u pacientů, kteří potřebují cílenou rehabilitační léčbu onemocnění na podkladě neurologického poškození. Cílem Bobathova konceptu je optimalizace funkce zlepšení posturální kontroly a selektivního pohybu. Využívají se čtyři prvky. Prvním je *placing* – pohyb, který vede fyzioterapeut, a díky kterému by u pacienta mělo dojít k automatické kontrole každé jednotlivé fáze pohybu. Dalším prvkem je *guiding* – jedná se o způsob vedení pohybu fyzioterapeutem ke konkrétní funkci. Třetím prvkem konceptu je *handling*, což je způsob manipulace pacientem, způsob uchopení při umístění do určitých poloh. Posledním prvkem Bobathova konceptu je *bridging* neboli aktivace pánve, dolního trupu a dolních končetin v antispastickém postavení (16).

U pacientů s mozečkovým syndromem je podle Hromádkové doporučeno se při cvičení vyhýbat pacientově kontrole pohybu zrakem. Dále je doporučeno cviky provádět střední rychlostí a postupovat od jednodušších pohybů ke složitějším. Je nutné každý pohyb rozdělit na několik částí a důsledně opravovat pacientovy chyby při pohybu. Při nácvičku chůze (která je pro pacientku J. S. nyní velkým cílem) pacient ze začátku využívá širší bázi postoje a sleduje, na kterou stranu „ho to táhne“ a následně nacvičuje přenášení hmotnosti na opačnou stranu.

Vhodné je využívat chodítka, kterého se může pacient přidržit. Nápomocné jsou i značky na zemi (17).

Paní J. S. by velice ráda začala opět chodit. Během jejího respitního pobytu v hospici jsem byla několikrát svědkem její rehabilitace. Jak se zmiňuji výše, pacientka při chůzi využívala širší bázi postoje a vyhovovala jí podpora pomocí chodítka. Při nácviku chůze pacientka dosahovala celkem dobrých výsledků, došla i mimo svůj pokoj na chodbu.

Co se týče rehabilitace dle Bobathova konceptu, u pacientky J. S. bych tento typ fyzioterapie doporučovala. Rehabilitace v hospici u pacientky spočívala ve využití některých prvků Bobathova konceptu – především vedení pohybu pacienta fyzioterapeutem. V určité míře jsem pozorovala pozitivní výsledky rehabilitace, ale při důkladnějším využití Bobathova konceptu by mohly být pozorovány lepší výsledky ve větší míře, co se týče jemné i hrubé motoriky u paní J. S.

4. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacientku s paraneoplastickým syndromem. Paní J. S. v roce 2014 onemocněla karcinomem ovárií a po rozsáhlé chirurgické a chemoterapeutické léčbě je již bez známek malignit. V roce 2016 se však u pacientky objevil neurologický paraneoplastický syndrom – paraneoplastická cerebelární degenerace.

Nyní je pacientka v domácím ošetrování v péči manžela a její léčba je spíše paliativní. U paní J. S. bohužel dochází k mírnému zhoršování mozečkového syndromu, který u pacientů s tímto paraneoplastickým syndromem ve většině případů zůstává a lze jej příznivě ovlivnit pouze ve smyslu zpomalení progresu poškození mozečku.

Jako hlavní ošetrovatelské problémy jsem u paní J. S. určila sníženou soběstačnost, riziko aspirace, poruchu komunikace a riziko vzniku imobilizačního syndromu. Všechny tyto ošetrovatelské problémy jsou spojeny s poškozením mozečku a svým způsobem odráží ten fakt, že paraneoplastická cerebelární degenerace pacienta omezuje ve spoustě aspektech života.

5. Souhrn

V bakalářské práci popisují ošetrovatelskou péči o pacientku s neurologickým paraneoplastickým syndromem, konkrétně s paraneoplastickou cerebelární degenerací. V teoretické části se zabývám anatomii a fyziologií mozečku, jeho funkcí a poruchami mozečku. Dále pak popisují stručně paraneoplastické syndromy obecně a poté konkrétněji neurologické paraneoplastické syndromy. Nejvíce se zabývám paraneoplastickou subakutní cerebelární degenerací.

V praktické části popisují kazuistiku pacientky J. S. – anamnézu lékařskou i ošetrovatelskou, zabývám se průběhem onemocnění a dlouhodobou léčbou u paní J. S. V ošetrovatelských problémech řeším sníženou soběstačnost, riziko aspirace, poruchu komunikace a riziko vzniku imobilizačního syndromu. V diskuzi se zabývám důležitostí rehabilitace u pacientů s neurologickým onemocněním.

6. Summary

The thesis describes the nursing care of patients with paraneoplastic neurological syndrome, specifically paraneoplastic cerebellar degeneration. In the theoretical part I focused on anatomy and physiology of the cerebellum, its function and cerebellar disorders. Then I briefly examined general paraneoplastic syndromes, particularly neurological paraneoplastic syndromes. The most time I have dealt with subacute paraneoplastic cerebellar degeneration.

The practical part describes a case report of a patient named J. S. – medical history and nursing anamnesis, dealing with the course of the disease and long-term treatment with Ms J. S. In nursing problems I have dealt with issues like lowered self-sufficiency, the risk of aspiration and the risk of immobilisation syndrome, as well disorder of communication. The discussion deals with the importance of rehabilitation for patients with neurological diseases.

7. Seznam literatury

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3. 3.*, upravené a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
2. NEČAS, Emanuel. *Obecná patologická fyziologie*. Praha: Karolinum, 2000. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0051-X.
3. NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů, část II.*, vyd. Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0674-7.
4. SILBERNAGL, Stefan, Florian LANG. *Taschenatlas der Pathophysiologie*. 4. auflage. Thieme, Stuttgart, 2013. ISBN 978-3131021946.
5. BEDNAŘÍK, Josef. *Klinická neurologie, část speciální I*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.
6. VICTOR, Maurice, Allan H. ROPPER. *Adams and Victor's Principles of neurology*. 7th ed. New York, USA: McGraw-Hill Companies, Inc., 2001. ISBN 0-07-116333-6.
7. ŠŤOURAČ, Pavel, Jana BEDNÁŘOVÁ. Paraneoplastické neurologické syndromy centrálního nervového systému. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(1), 12-15 [cit. 27. 2. 2017]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/01/04.pdf>
8. JEŘÁBEK, Jaroslav. Diagnostika a terapie závrativých stavů. *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, **8**(4), 231-234 [27.2.2017]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/01/04.pdf>
9. HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 3. vydání.

Ilustroval Jan BALKO, ilustroval Simona FELŠŮOVÁ, ilustroval Šárka ZAVÁZALOVÁ. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-959-4.

10. ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a kol. Systémové a paraneoplastické projevy maligních onemocnění. *Vnitřní lékařství* [online]. 2007, **53**(3), 253-285 [cit. 27. 2. 2017]. ISSN 1801-7592.

Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl_07_03_10.pdf

11. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

12. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I., Obecná část*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

13. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III., Speciální část*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

14. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

15. TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ Olga, Vítězslav HRADIL a Jan VACEK. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vydání, Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-485-3.

16. VOTAVA, Jiří a kolektiv. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. dotisk 1. vydání, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

17. HROMÁDKOVÁ, Jana a kolektiv. *Fyzioterapie*. Dotisk 1. vydání, Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská s.r.o., 2002. ISBN 80-86022-45-

5.

18. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

19. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vydání, Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.

20. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

8. Seznam příloh:

1. Ošetřovatelská anamnéza 3. LF UK
2. Ošetřovatelská anamnéza a fyzikální vyšetření dle modelu Gordonové
3. Škála dle Nortonové
4. Barthelové test každodenních činností – ADL test (Activity of Daily Living)

Příloha č. 1

Ošetrovatelská anamnéza

(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : HOSPIC

Datum a čas odběru anamnézy : 3. 8. 2016 16:00

Jméno (iniciály) : J.S. Pohlaví: ŽENA Věk : 66

Datum přijetí : 1. 8. 2016

Stav: VDANA!

Povolání: STAROBNÍ DŮCHOD (IT PROGRAM) – TORKA, ANALYTICKÁ

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): ZV OVÁRIÍ, PARAMEOPLASTICKÝ MOZECKOVÝ SYNDROM

Chronická onemocnění : SEKUNDÁRNÍ ZV RETROPERITONEA A PERITONEA, HERPETICKÝ EKZÉM, PRIMÁRNÍ AH, VERTIGO, HYPOFUNKCE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:
Farmakoterapie: APÓ PANTO 40 mg 1-0-1, LETBOX 45 mg 1-0-0, ZOLOFT 50 mg 1-0-0, PIVAQUEMIL 200 mg 1-0-0, TORVACARD 0,2 mg 0-0-1, Mg LACTICI 500 mg 1-0-1, ANOPYRIN 100 mg 0-1-0

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: BRUFEN, NUROFEN

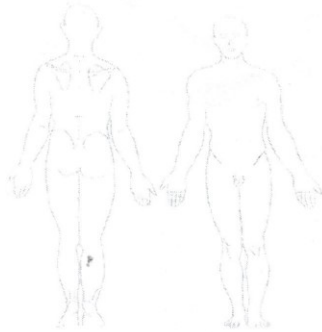
Fyziologické funkce : P : 75' TK : 140/85 D : 121/min SpO2 : 95% TT : 36,2 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15
 Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



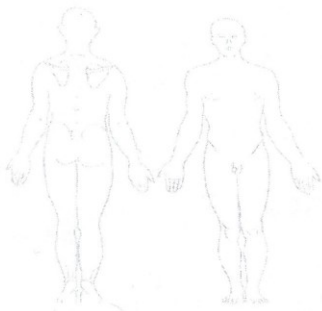
Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 20.....
lokalizace :



Hodnocení rány:.....
Ošetření rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, yleká choroba) NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ, PARANEOPLASTICKÝ MOZĚČKOVÝ SYNDROM

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3 Nutriční skóre: 3x ANO

Hmotnost: 70 kg Výška: 167 cm BMI: 25,1

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: POTÍŽE S TEKUTINAMI (OBTÍŽNÉ POKYKÁNÍ)

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: 1000 ml Druh tekutin: ČAJ

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: 5 kg

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

datum poslední stolice: 2.8.2016

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: 1x LŮŽKU, VYSAZOVÁNÝ DO VOZÍKU

Barthel test: 30 BODŮ - VYSOKÝ STUPĚŇ ZÁVISLOSTI

Riziko pádu: ANO skóre: 95 NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : VOZÍK

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 8 hod. hodina usnutí : 22:00

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : /

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké :

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká : HORŠÍ ARTIKULACE

kompensační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : MANŽEL

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

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:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najezení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech: 305.

0-40 bodů: vysoce závislý/

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	5b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení: 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		15b.

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORU *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

PACIENTKA J.S. JE PŘI VĚDOMÍ, ORIENTOVANÁ
GCS 15 BODŮ. PACIENTKA NETRÁPÍ BOLESTI, POTÍŽE
S DYCHAČNÍM NEUDAVÁ STAV KŮŽE NORMÁLNÍ,
RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ 20 BODŮ.
PACIENTKA UDAVA NECHUTENOSTI, ZTRátu
HMOTNOSTI A PROBLEMY S POHYBIVNÍM - NUTRIČNÍ
SKÓRE 3. PACIENTKA TRÁPÍ OBČASNOU INKONTI-
NENCÍ MOČI A ZAČPOM. DLE TESTU ADL BARTHELODE
JE PACIENTKA VISOCE ZAVISLA NA POMOČI
DRUHYCH (30 BODŮ) U PACIENTKY J.S. JE
STŘEDNÍ RIZIKO PÁDU - 9 BODŮ SPAINEK NENARUŠEN.
PROBLEMY S REČÍ - ZHORŠENÁ ARTIKULACE (DYSARTRIE)
SOCIÁLNÍ ŽÁZEMÍ DOBRĚ, PEČE MANŽELA.
ŽADNE INVÁZIVNÍ VSTUPY.

Příloha č. 2

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

- Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?
- Prodělal/a jste v posledním roce nějaké nachlazení?
Pokud je to vhodné: Měl/a jste absence v zaměstnání nebo ve škole?
- Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Včetně všech zvyklostí, eventuálně lidových léčebných postupů. Kouření, užívání léků, drog? Alkohol? (Kdy naposled?) Samovyšetřování prsů u žen?
- Úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě?
- Byly nějaké problémy v minulosti s nalezením způsobu jak dodržovat doporučení lékařů a sester?
- Pokud je to vhodné: Co si myslíte, že způsobilo Vaši chorobu? Co jste udělal/a, když se objevily první příznaky a s jakým výsledkem?
- Pokud je to vhodné: Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu u nás? Jak Vám můžeme pomoci?

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS

- Můžete mi popsat Váš typický denní příjem stravy (přídavky, přílohy)?
- Můžete mi popsat Váš typický denní příjem tekutin? Kolik je jejich celkové množství?
- Jaká je Vaše hmotnost (váha) v posledním období, pozorujete zvýšení váhy nebo úbytek?
- Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?
- Můžete mi popsat druhy jídla a způsob příjmu potravy? Máte nějaké potíže při jídle nebo dietní omezení?
- Jak byste popsal/a stav kůže, poranění, kožních lézí apod.?
- Máte nějaké problémy se zuby? Máte náhradní chrup? Navštěvujete zubního lékaře? Kdy byla poslední kontrola?

3. VYLUČOVÁNÍ

- Míváte pravidelnou stolicí? Můžete popsat vzhled exkretů? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Užíváte projímadla?
- Můžete popsat způsob a pravidelnost močení? Problémy s pravidelností? Množství, vzhled, barvu a zápach moče?
- Nadměrné pocení? Odór potu?

4. AKTIVITA, CVIČENÍ

- Máte pocit dostatečné síly a životní energie?
- Cvičíte? Jaké typy cvičení a jejich pravidelnost?
- Jak trávíte svůj volný čas? Aktivní/pasivní odpočinek?
- Vnímání schopnosti pro denní aktivity (zapsat údaje klienta):

Schopnost najít se _____

(např.: „Musí mi někdo pomoci nakrájet maso, pomoci nakrájet jídlo.“)

Schopnost umýt se _____

(např.: „Potřebuji pomoc dojít k umývadlu“ atd).

Schopnost vykoupat se _____

Schopnost upravit se _____

Celková pohyblivost _____

Schopnost dojít si na toaletu _____

Schopnost obléci se _____

Schopnost pohybu na lůžku _____

Schopnost obléci se _____

Schopnost udržování domácnosti _____

Schopnost nakoupit si _____

Schopnost uvařit si _____

Kódy pro funkční úroveň (zapisujeme do screeningového fyzikálního vyšetření):

Úroveň 0: Úplně nezávislý (Plně soběstačný).

Úroveň 1: Vyžaduje pomocný prostředek (Používání pomůcek a zařízení).

Úroveň 2: Potřebuje minimální pomoc nebo dohled jiné osoby.

Úroveň 3: Potřebuje pomoc nebo dohled jiné osoby a pomůcky nebo zařízení.

Úroveň 4: Potřebuje úplný dohled.

Úroveň 5: Potřebuje úplnou pomoc anebo je neschopen pomáhat.

5. SPÁNEK, ODPOČINEK

- Jaký máte pocit celkové odpočatosti a připravenosti k denním činnostem?
- Máte nějaké potíže s usínáním? Co Vám pomáhá? Máte sny/noční děsy? Budíte se v noci? Probouzí se časněji?
- Jak dlouho trvá celková doba odpočinku/relaxace?

6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

- Máte nějaké potíže se sluchem? Sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?
- Vidíte dobře? Nosíte brýle? Kdy byla naposled oční kontrola?
- Mentální stav a úroveň vědomí: Nevnímáte v poslední době nějakou změnu paměti (zapamatování, vybavování, výpadky paměti)?
- Rozhodujete se snadno/obtížně? Máte pocit nejistoty?
- Jakým způsobem se nejnájději naučíte novou věc? Někaké potíže s učením?
- Byl jste poučen o svém stavu? Schází vám další informace?
- Pocit bolesti? Jiné nepříjemné pocity? Jak je zvládáte? S jakým efektem?

7. SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

- Jak se cítíte? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Myslíte si, že si v náročnějších situacích sám/a poradíte? Jste sám se sebou spokojen/a, když dosahujete svých cílů? Jste si jist/a sám/a sebou? Jak byste popsal/a sebe sama?
- Změnil se nějakým způsobem váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to pro vás má důsledky a jaké máte problémy?
- Jak prožíváte současnou situaci (od vzniku nebo v průběhu onemocnění), eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo vašeho těla?
- Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává strach, úzkost, špatnou náladu, depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám proti tomu pomáhá? Jaké relaxační techniky používáte?

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

- Bydlíte samostatně/s rodinou? Jaká je struktura rodiny?
- Někaké problémy v rodině (malé, dospívající děti, zakládání rodiny, rozšiřování rodiny)?
- Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?
- Pokud je to vhodné: Jak rodina prožívá Vaši nemoc/hospitalizaci?
- Je na vás rodina závislá? Jak to zvládáte?
- Pokud je to vhodné: Problémy s dětmi? Zvládání této situace?
- Sounáležitost k nějaké společenské skupině? Blízcí přátelé? Máte pocit osamělosti? Často?
- Jste celkově spokojen ve svém zaměstnání? Ve škole? Pokud je to vhodné: Máte dostatečný příjem pro uspokojení svých potřeb?
- Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit, že jste izolován/a v místě svého bydliště?

9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

- Pokud je to vhodné k věku/situaci: Uspokojivé sexuální vztahy? Změny? Potíže? Jiné problémy?
- Pokud je to vhodné: Užívání antikoncepce? Problémy?
- Ženy: Kdy vám začala menstruace? Můžete mi říci datum poslední menstruace? Máte nějaké potíže nebo problémy? Kolik jste měla porodů? Kolik se vám narodilo živých dětí? Kolikrát jste byla gravidní?

10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

- Vyskytla se nějaká větší změna ve vašem životě v posledních 2 letech? Vyskytla se situace, kterou byste označil/a krizí?
- Kdo vám nejvíce pomůže při řešení vašich životních problémů a záležitostí? Je tato osoba pro vás vždy k dispozici?
- Prožíváte napětí dlouhodobě? Co vám pomáhá k jeho snížení? Užíváte léky? Drogy? Alkohol?
- Když máte větší nebo jakékoli problémy v životě, jak je zvládáte? Jaké řešení volíte? Jsou tyto způsoby efektivní?

11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

- Jaký/é důležitý/é plán/y máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl/a odstranit ze svého života?

- b) Jste věřící? Je pro vás náboženství důležité? Pokud je to vhodné: Pomáhá vám to pro překonávání potíží?
 c) Pokud je to vhodné: Představuje pro vás pobyt u nás nějaké omezení, pokud jde o náboženství?

12. JINÉ

- a) Jakékoli jiné záležitosti, o kterých jsme nemluvili a o kterých byste se rád zmínil/a?

12.2.1. Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

(Můžete přidat další položky k rozšíření vyšetření.)

Celkový vzhled, úprava, hygiena: _____
 Dutina ústní a nos: _____
 Zuby: Zubní náhrady _____
 Chybění zubů _____
 Slyší šepot? _____
 Přečte novinové písmo? _____
 Má brýle? _____
 Puls: Rychlost _____ Pravidelnost _____ Jakost (síla) _____
 Dýchání: Pravidelnost _____ Hloubka _____ Dýchací zvuky _____
 Krevní tlak: _____
 Stisk ruky: _____
 Může zvednout tužku? _____
 Rozsah pohybu kloubů: _____
 Svalová tuhost/pevnost: _____
 Kůže: _____
 Barva: _____
 Kožní léze: _____
 Riziko dekubitů (podle stupnice např. Nortonové): _____
 Chůze: _____
 Držení těla: _____
 Chybění části těla: _____

Předvedená schopnost pro soběstačnost (napište pouze číslo 0 – 5):

KÓD PRO FUNKČNÍ ÚROVEŇ 0 – 5

Schopnost najít se _____	Umýt se _____
Okoupat se _____	Celkový pohyb _____
Schopnost dojit si na toaletu _____	Pohyb na lůžku _____
Schopnost obléknout se _____	Uvařit si _____
Nakoupit si _____	Udržování domácnosti _____
Kanyly intravenózní _____	Vývody/cévky _____
Odsávání _____	jiné _____
Nynější hmotnost _____	Hmotnost nahlášena _____
Výška _____	Tělesná teplota _____

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace _____
 Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? _____
 Řeč, způsob vyjadřování _____ Hlas a způsob řeči _____
 Úroveň slovní zásoby _____
 Oční kontakt _____
 Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování) _____
 Nervozita (rozrušení nebo uvolnění) – rozsah 1 – 5 _____
 Asertivní nebo pasivní – rozsah 1 – 5 _____
 Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo osobou doprovázející, pokud je přítomna _____

Příloha č. 3

Zdroj: KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9

Schopnost spolupráce	b.	Věk/let	b.	Stav pokožky	b.	Každé další onemocnění podle odpovídajícího stupně			b.
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné			4
malá	3	do 30	3	alergie	3	diabetes mellitus, anémie, kachexie, obezita, karcinom, ucpávání tepen			3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2				2
žádná	1	nad 60	1	suchá	1				1
Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyb		Inkontinence	
dobry	4	dobry	4	chodí	4	úplny	4	není	4
zhoršený	3	apatický	3	s doprovodem	3	částečný	3	občas	3
špatný	2	zmatený	2	sedáčka	2	velmi omezený	3	většinou - moči	2
velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádný	1	moč + stolice	1
<p><i>Hodnocení</i> Posouzení je nutné realizovat do 2 hod po příjmu pacienta na ošetrovací jednotku, pak následně podle aktuálního stavu pacienta. 24-16 bodů: riziko vzniku dekubitu 15-12 bodů: střední riziko vzniku dekubitu 11-8 bodů: vysoké riziko vzniku dekubitu 7 a méně bodů: velmi vysoké riziko vzniku dekubitu</p>									

Příloha č. 4

Zdroj: KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9

Činnost	Bodové skóre	Zvládnutí činnosti	Skóre
telefonování	10 5 0	vyhledává samostatně číslo, vytočí ho zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže používat telefon	
transport	10 5 0	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, pokud je doprovázený vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený dopravní prostředek	
nakupování	10 5 0	je schopný si samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem nebo s radou druhé osoby neschopnost nakoupit bez podstatné pomoci	
vaření	10 5 0	uvaří samostatně celé jídlo jídlo si ohřeje jídlo musí být připravené druhou osobou	
domácí práce	10 5 0	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací vykonává lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	
práce kolem domu	10 5 0	vykonává samostatně a pravidelně vykonává pod dohledem vyžaduje pomoc, práci nevykonává	
užívání léků	10 5 0	samostatně v určenou dobu, správnou dávku, zná názvy léků užívá, pokud jsou léky připravené a připomenuté léky musí být podané druhou osobou	
finance	10 5 0	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopný bez pomoci zacházet s penězi	

*Hodnocení 0–40 bodů: závislý
41–75 bodů: částečně závislý
76–80 bodů: nezávislý*