



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

---



Ústav pro ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného  
s diagnózou cévní mozková příhoda**

*Nursing care of the patient with stroke*

případová studie

*bakalářská práce*

Praha, květen 2008

Ivana Oslancová  
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství  
studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce: **Ivana Oslancová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Konzultant práce: **MuDr. Daniela Tejklová**

Pracoviště konzultanta: Neurologická klinika FNKV

Vedoucí práce: **Mgr. Milena Vaňková**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Datum a rok obhajoby: červen 2008

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne .....

.....

Ivana Oslancová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Vaňkové a Mudr. Daniele Tejklové za odborné vedení práce, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne .....

.....

Ivana Oslancová

# OBSAH

<b>1. Úvod</b> .....	7
<b>2. Klinická část</b> .....	8
2.1. Cévní mozková příhoda.....	8
2.2. Anatomie mozkového cévního zásobení.....	8
2.2.1. Tepenný systém.....	8
2.2.2. Žilní systém.....	10
2.3. Fyziologie a patofyziologie mozkového prokrvení.....	10
2.4. Rozdělení cévních mozkových příhod.....	11
2.4.1. Ischemické cévní mozkové příhody – Ischemické infarkty.....	11
2.4.1.1. Nejčastěji se vyskytující uzávěry.....	13
2.4.2. Mozkové cévní příhody hemoragické.....	15
2.4.2.1. Intracerebrální krvácení (krvácení do mozku).....	15
2.4.2.2. Subarachnoideální (intermeningeální) krvácení.....	16
2.5. Rizikové faktory.....	16
2.6. Diagnostika.....	18
2.6.1. Objektivní vyšetření.....	19
2.6.2. Zobrazovací metody.....	19
2.7. Terapie cévních mozkových příhod.....	21
2.7.1. Terapie ischemických CMP.....	21
2.7.2. Terapie hemoragických CMP.....	22
2.7.3. Léčba společná ischemické i hemoragické CMP.....	23
2.8. Prevence cévních mozkových příhod.....	24
2.8.1. Primární prevence CMP.....	24
2.8.2. Sekundární prevence CMP.....	25
2.9. Prognóza.....	27
<b>3. Základní informace o nemocné</b> .....	28
3.1. Osobní údaje a současný zdravotní stav.....	28
3.2. Údaje o nemocné z lékařské dokumentace.....	28
3.3. Souhrn diagnostických opatření.....	30
3.4. Souhrn terapeutických opatření.....	31

<b>4. Ošetrovatelská část</b> .....	34
4.1. Ošetrovatelský proces.....	34
4.2. Ošetrovatelská anamnéza.....	36
4.3. Ošetrovatelské diagnózy.....	40
4.3.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	40
4.3.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	41
4.4. Plán a hodnocení ošetrovatelské péče.....	41
4.4.1. Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení.....	41
4.4.2. Deficit sebepéče v hygieně z důvodu pohybového omezení.....	43
4.4.3. Deficit sebepéče v přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení.....	44
4.4.4. Deficit soběstačnosti v oblékání z důvodu nervosvalového postižení.....	45
4.4.5. Příjem stravy a tekutin menší než tělesná potřeba z důvodu nechutenství.....	46
4.4.6. Porucha spánku z důvodu nedostatku nočního klidu.....	47
4.4.7. Pocit strachu a úzkosti z důvodu nesoběstačnosti.....	48
4.4.8. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly.....	49
4.4.9. Potenciální riziko pádu z důvodu omezené pohyblivosti.....	50
<b>5. Průběh hospitalizace</b> .....	52
<b>6. Edukace nemocné</b> .....	53
<b>7. Prognóza</b> .....	55
<b>8. Závěr</b> .....	56
<b>9. Seznam zkratk</b> .....	57
<b>10. Seznam literatury</b> .....	59
<b>11. Seznam příloh</b> .....	61

# 1. ÚVOD

Cílem mé práce je zpracování případové studie nemocné ve věku 78 let, která byla hospitalizována na I. interní klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady s diagnózou ischemická cévní mozková příhoda s vertigem a lehkou levostrannou hemiparézou.

V klinické části se věnuji anatomii mozkového cévního zásobení, fyziologii a patofyziologii a rozdělení cévních mozkových příhod. Dále jsou popsány rizikové faktory, diagnostika, terapie, prevence a prognóza cévních mozkových příhod.

Ve třetí části jsou uvedeny základní údaje o nemocné získané z lékařské dokumentace. Jsou zde zaznamenány diagnózy a také diagnostická a terapeutická opatření.

V úvodu ošetrovatelské části bakalářské práce je popsána metodika ošetrovatelského procesu a jeho jednotlivé fáze. Ošetrovatelská anamnéza vychází z modelu „Aktivity života“ vytvořeným Virginíí Hendersonovou a rozvíjeným Nancy Roperovou, Winifred Pohanovou a Alison Tiernerovou. Všechny informace byly získány pozorováním, rozhovorem s pacientkou a ze zdravotnické dokumentace. V další části jsou stanoveny aktuální a potenciální diagnózy a sestaven plán ošetrovatelské péče ke třetímu dni hospitalizace. Dále je popsána realizace a hodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí.

Součástí práce je také průběh hospitalizace, edukace a prognóza nemocné.

Na konci práce je seznam zkratk, seznam literatury a seznam příloh.

## 2. KLINICKÁ ČÁST

### 2.1. Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody (dále jen CMP) jsou po několik sledovaných desetiletí v České republice třetí nejčastější příčinou úmrtí (po nádorových onemocněních a srdečních oběhových poruchách), přičemž počet úmrtí na CMP stoupá rychleji než na poruchy srdeční.

Celkovou incidenci pro CMP v České republice lze odhadnout na 500 případů na 100 000 obyvatel, přičemž asymptomatické příhody a příhody s minimálními příznaky unikají (Pinat; 1993).

Mozková mrtvice neboli iktus je akutní cévní poškození mozku. To znamená náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév. Toto poškození může být způsobeno ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou jevů - blokády i zúžení, nebo prasknutím cévy. Všechny tyto příčiny vedou k nedostatečnému krevnímu zásobení. V závislosti na místě a velikosti poškození se mozková mrtvice může nebo nemusí projevit klinickými příznaky (bezpříznaková mrtvice se nazývá tichý, němý iktus).

Projevy mozkového iktu mohou být tělesné, duševní nebo se jeho příznaky projeví změnou chování. Mezi nejtypičtější fyzické příznaky patří ochrnutí, slabost, ztráta citlivosti na tváři, horní nebo dolní končetině jedné strany těla, potíže při mluvení nebo rozumění řeči (bez porušení sluchu), obtížné polykání a jednostranná porucha vidění (Feigin; 2007).

### 2.2. Anatomie mozkového cévního zásobení

#### 2.2.1. Tepenný systém

Mozek je zásobován čtyřmi velkými tepnami rozdělenými do dvou velkých cirkulačních systémů. První z nich sestává ze 2 tepen nazývaných **karotické**, které vyživují čelní partie mozku. Tento systém je známý jako přední mozková arteriální cirkulace. Druhý systém **vertebrobazilární**, zásobující zadní



části mozku. Ten se nazývá zadní mozková arteriální cirkulace. Oba systémy jsou propojeny cévami (Kalvach; 1988).

### **Karotický systém**

Klasicky odstupuje pouze levá a. karotis communis přímo z aortálního oblouku. Pravá je větví truncus brachiocephalicus, který se dělí v a. communis dextra a a. subclavia. Po vzájemně divergentním průběhu se obě společné karotidy dělí v úrovni třetího až čtvrtého krčního obratle na **a. carotis interna a externa**. Na bázi lebeční vstupuje a. carotis interna do canalis caroticus. Těsně zde mívá zepředu cavum tympani a po výstupu z kosti skalní přes synchondrosis sphenopetrosa vstupuje do kavernózního sinu na boční stěně těla klínové kosti. Ostrým ohybem vzhůru opouští kavernózní sinus, vstupuje do prostoru subarachnoideálního a pokračuje pak okcipitálně. Novým ohybem vzhůru dokončuje pak v úseku zvaném C1 své esovité zakřivení, pojmenované Monizem syfon, a její supraklinoidální část zde končí bifurkací v a. cerebri anterior a media. Asi 8 mm před touto bifurkací odstupuje z vnitřní karotidy a. communis posterior. Pravá a levá a. communicans posterior vytvářejí spojení s vertebrobazálním řečištěm, tvořící dorzální část tzv. Willisova arteriálního okruhu (Feigin; 2007).

### **Vertebrobazilární systém**

Kromě karotického řečiště, které se podílí na mozkovém krevním zásobení asi 85%, zajišťují mozkovou perfúzi ještě 2 tepny vertebrální. Klasicky vystupují z aa. subclaviae jako jejich první větve, a to ještě před vstupem do fissura scalenorum. Směřují pak k foramen costotransversarium C6, výjimečně C5. Po průchodu dalšími, vyššími costotransverzálními otvůrkami vytvářejí vertebrální tepny zevní oblouk a přes foramen costotransversarium atlasu prostupují vzadu membrana atlantooccipitalis a dura mater. Průchodem skrz foramen occipitale magnum se ocitají intrakraniálně, kde míří ventromediálně, aby se na bázi okcipitální kosti spojily na úrovni dolního okraje pontu s druhostrannou a. vertebralis. Vzniká nepárová a. basilaris, uložená mezi clivem a pontem, která se již nad horním okrajem pontu opět štěpí ve 2 aa. cerebri posteriores. Tato

bifurkace je uložena různě vysoko v cisterna intercruialis a soutokem s aa. communicantes posteriores se zde uzavírá dorzální část Willisova okruhu (Feigin; 2007).

**Willisův okruh** umožňuje redistribuci krve z dobře zásobených oblastí mozku do oblastí insuficientních a kompenzuje tak nebezpečí vzniku lokální ischemie. Z Willisova okruhu vycházejí dva systémy artérií. Velké párové tepny probíhají po povrchu mozku a zásobují kortikální a subkortikální oblasti mozkové tkáně. Drobné perforující artérie odstupují z přední (karotické) i zadní (vertebrobazilární) části Willisova okruhu a zásobují centrální struktury mozku, především bazální ganglia, thalamus, hypothalamus a dráhy vnitřního pouzdra. Mozkový kmen je zásoben větvkami z vertebrobazilárního povodí, mozeček třemi párovými mozečkovými tepnami.

Každá oblast mozku má tedy svou zásobující artérii, každá artérie má své cévní teritorium. Mezi jednotlivými sousedními povodími i mezi povrchními a hlubokými arteriálními systémy existují spojky, jsou však velmi variabilní, obvykle malého funkčního významu. Důležité jsou ovšem spojky mezi větvemi zevní a vnitřní karotidy (a. ophthalmica), které se mohou příznivě uplatnit za některých patologických stavů (Nevšimalová et al.; 2002).

### **2.2.2. Žilní systém**

Z mozku odvádějí krev jednak hluboké žíly, jednak povrchové žíly. Odvádějí vyčerpanou krev a odpadové produkty. Všechny vyústí do systému mozkových splavů, tj. systému širokých, navzájem propojených žil uložených v tvrdé pleně. Ze splavů se nakonec krev odvádí párem tzv. jugulárních žil do krevního oběhu a do srdce (Orszagh; 1995).

## **2.3. Fyziologie a patofyziologie mozkového prokrvení**

Mozek je životně důležitý orgán. Skládá se z mozkových buněk nazývaných neurony, podpůrných buněk známých jako gliové buňky, z mozkomíšního moku a krevních cév.

U dospělého člověka tvoří mozek pouze 2 % (přibližně 1,4 kg) celkové tělesné váhy, avšak konzumuje kolem 20 % kyslíku a 50 % glukózy z tepenné krve (Feigin; 2007).

Mozek neskládá kyslík ani jiné živiny, a proto jeho správná funkce zcela závisí na jejich nepřetržité 24 hodinové dodávce z cirkulující tepenné krve. Pro normální funkci musí mozek obdržet přibližně 1 l krve za minutu, což je kolem 15 % celkové krve, kterou srdce pumpuje za klidových podmínek. Žádný jiný orgán v těle nedostává soustavně tak intenzivní krevní dodávku. Neurony jsou ze všech buněk organismu nejcitlivější na nedostatek kyslíku v krvi. Pouhé 3-4 minuty přerušení tepenné dodávky krve do mozku může vyústit v nevratné poškození části mozku (Mumenthaler, Mattle; 2001). Existují však určité mechanismy, které mohou v jisté míře mozkovému poškození zabránit a usnadnit zotavení. Na rozdíl od jiných orgánů má mozek svůj vlastní systém autoregulace, který zajišťuje trvalost krevní cirkulace za určitých fyziologických limitů. Pokud ale podmínky překročí tyto limity, autoregulační systém selhává a následuje CMP (Feigin; 2007).

## 2.4 Rozdělení cévních mozkových příhod

### 2.4.1. Ischemické cévní mozkové příhody - Ischemické infarkty

Tvoří až 85 % všech mozkových příhod (Káš; 1993). Jsou mnohem častější než krvácení. I když příčina je odlišná, je někdy klinický obraz a průběh podobný hemoragiím.

Podle časového průběhu rozlišujeme ischemické cévní mozkové příhody na **tranzitorní ischemické ataky** (zkráceně TIA), které jsou charakterizovány náhlým vznikem ložiskové mozkové symptomatiky a její postupnou úpravou nejdéle do dvaceti čtyř hodin. Dalším je tzv. **reverzibilní ischemický neurologický deficit** (zkráceně RIND). Pak jsou to **progredující ischemické příhody**, kdy se neurologický stav dále zhoršuje (Káš; 1993).

Příčinou ischemických infarktů může být tepenná trombóza, embolie a takzvaná systémová hypoperfuze a hypoxemie - nedostatečné okysličení krve.

Všechny tyto příčiny vedou k mozkové ischemii, různě rychle se rozvíjející a různě lokalizované, ale všechny mají za následek zhoršené zásobení mozku nebo jeho některé části krví, to znamená i zhoršený přísun kyslíku a živin, což vede nejprve k reverzibilním, postupně k trvalým poškozením mozkové tkáně.

Ke vzniku CMP není vždy nutný úplný uzávěr tepny, ale často postačí významné zúžení. V tom případě tepnou krev protéká, ale není jí dostatečné množství (Orszagh; 1995).

### **Trombóza**

Jde o vytvoření a pozvolné narůstání krevní sraženiny v tepně zásobující mozek. Vyvíjí se pomalu, příznaky ischemie mozku mohou být z počátku nenápadné (brnění, mravenčení, oslabení hybnosti, poruchy řeči apod.). Objeví se nejčastěji za situace, kdy je mozkový krevní oběh zpomalen, často ve spánku, nebo po nadměrném jídle, kdy se musí krev stáhnout do zaživací oblasti kvůli zpracování potravy a nabídka pro mozek se sníží. Základní příčinou bývá ateroskleróza či hypertenze.

### **Embolie**

Zde na rozdíl od trombózy je začátek bleskový. Zcela nečekaně, většinou bez prodromů, se uvolní někde v oběhu embolus a ten je pak krevním proudem zanesen do některé mozkové tepny, kterou uzavře. Embolem je nejčastěji odtržená částička trombu, tvořícího se na poškozené cévní stěně, nebo srdečních chlopních. Embolus se buď rozpadne, nebo se jeho částičky posunou v cévním řečišti dál a uzavřou drobnější cévy, nebo v situaci, kdy embolus uzavřel nějakou cévu, se na něj retrográdně usazují další, ten se proti krevnímu proudu zvětšuje až uzavře i nějakou větší artérii. Prvotní příčinou je obvykle patologický proces na srdečních chlopních, aortě či velkých přívodových tepnách, nejčastěji společná či vnitřní krkavice.

### **Mozková hypoperfuze způsobená systémovou hypotenzí**

Je to stav, kdy je z různých důvodů snížen krevní oběh a tak se i do mozku dostane méně krve, někdy až pod hranici, kterou je mozek schopen vyrovnat autoregulací. To vede k tomu, že v místech, kde oběh byl již dříve sice méně vydatný, ale ještě postačující, najednou nestačí a dojde k ischemii a ischemickému infarktu. V tom případě jsou infarkty typicky "interteritoriální", to znamená, že nejvíce postižená jsou místa tkáně na hranici okrsků zásobení jednotlivých tepen. Projevují se příznaky z povodí obou postižených tepen.

Příčinou můžou být choroby srdeční (infarkt, arytmie, bradykardie), či pokles krevního tlaku (Orszagh; 1995).

#### **2.4.1.1. Nejčastěji se vyskytující uzávěry**

##### **Uzávěry nebo zúžení přírodných velkých tepen (karotidy a vertebrální tepny)**

Zde závisí tíže postižení na stavu kolaterálního oběhu ve Willisově okruhu. Pokud ostatní tepny zajistí dostatečný přísun krve do mozku, může proběhnout uzávěr bez příznaků. Jindy, kdy ostatní cévy nezajistí dobré krevní zásobení, vznikne pak klinický obraz podobný okluzi - uzávěru dalších tepen, jež z Willisova okruhu vycházejí (přední, střední a zadní mozková tepna, či tepny zásobující mozeček a kmen). Příznaky uzávěru nebo zúžení krkavic odpovídají zhruba příznakům postižení jejich dceřiných větví. Není to však 100% pravidlem. Díky Willisově okruhu mohou vzácně příznaky odpovídat postižení úplně jiných přítoků. Zaleží na tlakových poměrech ve Willisově okruhu.

##### **Uzávěr přední mozkové tepny (a. cerebri anterior)**

Je poměrně vzácný, představuje asi 3 % mozkových ischemických infarktů. Tepna zásobuje vnitřní část čelního a temenního laloku. Typickým obrazem je ochrnutí protilehlé strany těla, při čemž dolní končetina je postižena podstatně více než horní. Nebývají poruchy mozkových nervů ani řeči. Mohou být poruchy cití, opět na protilehlé straně těla a opět více na noze. Často se přidávají i poruchy psychické. Nemocný je zmatený, dezorientovaný.

### **Uzávěr střední mozkové tepny (a. cerebri media)**

Je to nejčastější typ cévní mozkové příhody a z mozkových ischemií představuje asi 50 %. Tepna zásobuje skoro celou zevní stranu hemisféry s výjimkou týlního laloku a většinu jader v hloubce mozku, tj. bazální ganglia a vnitřní pouzdro. Je - li uzavřena tepna ještě před odstupem větví k bazálním gangliím a pouzdru, bývá porucha velmi těžká. Někdy je spojena i s počátečním bezvědomím.

Hlavním příznakem je ochrnutí protilehlé poloviny těla s těžším postižením horní končetiny. Při uzavření tepny až za odstupem větví pro bazální ganglia je poškození menší. Nebývá bezvědomí, nebo není tak hluboké a trvá jen krátce. Ale hemiparéza protilehlé strany těla je pravidlem. Bývá výraznější postižení drobných svalů ruky. Současně je i postižení dolní větve lícního nervu, opět protilehle k ložisku. Pacient má pokleslý koutek ústní a někdy i hůře pohybuje jazykem.

### **Uzávěr zadní mozkové tepny (a. cerebri posterior)**

Tvoří asi 10- 15 % mozkových infarktů (Orszagh; 1995). Tepna vychází přímo z a. basilaris. Jelikož zde bývá kolaterální oběh často nedokonalý, vyskytují se podobné příznaky jak při uzávěru zadní mozkové tepny, tak i při uzávěru a. basialis.

Typickými příznaky jsou poruchy zrakové. Nejčastěji jde o poruchu zraku na jedné polovině zorného pole (hemianopsie).

### **Uzávěry některé z mozečkových tepen**

Mozeček je zásobován třemi páry tepen. Příznaky nejsou příliš typické. Bývá zde porucha rovnováhy, nemocný vrávorá nebo se kácí. Obraz připomíná opilce. Navíc je i porucha pohyblivosti. Stejnostranná končetina bývá nejistá s nekoordinovanými pohyby. Zpočátku jsou silné bolesti hlavy, závratě, zvracení, pocit slabosti.

## **Uzávěry tepen mozkového kmene**

Cévy pro kmen odstupují z vertebrální či bazální tepny. Jelikož jsou v kmeni mozkovém životně důležitá centra, je zde uzávěr často neslučitelný se životem. Jindy, když je uzávěr drobný či neúplný, nacházíme kombinaci poškození různých mozkových nervů, různá oslabení, poruchy polykání, výslovnosti, ale i závratí, různé poruchy citlivosti a podobně (Orszagh; 1995).

## **2.4.2. Mozkové cévní příhody hemoragické**

### **2.4.2.1. Intracerebrální krvácení (krvácení do mozku)**

Zaujímá asi 20- 30 % z cévních mozkových příhod. Od zavedení CT se prokazují mnohem častěji (Orszagh; 1995).

Nejčastější příčinou je hypertenzní nemoc, méně častými příčinami jsou antikoagulační léčba, náhlé zvýšení tlaku při vyšší námaze, nádorová onemocnění, cévní malformace, drogová závislost u mladších jedinců.

### **Krvácení do bazálních ganglií, vnitřní pouzdra (kapsulární krvácení) a do talamu**

Jsou nejčastější, tvoří asi 60- 65 % všech mozkových krvácení (Orszagh; 1995). Příčinou je téměř vždy hypertenze. Jsou to těžké stavy, vznikající náhle, nečekaně a vedou zhusta k smrti. U větších krvácení je téměř vždy přítom rozvrat vegetativních funkcí, často bezvědomí, změny dechu, tepové frekvence, krevního tlaku, nemocný je často pozvracený, často je pomočený. Dojde k druhostranné hemiparéze či hemiplegii.

### **Krvácení do některého z mozkových laloků (lobární krvácení)**

Tvoří asi 20 % případů (Orszagh; 1995). Většinou vzniká u mladších jedinců, u lidí s normálním krevním tlakem, kdy dojde k prasknutí nějakého mikroaneurysmatu v bílé hmotě. Projevují se podle toho, v kterém laloku vznikly, a mají mnohem lepší prognózu.

### **Krvácení do mozkového kmene**

Jsou vzácnější, vyskytují se asi v 10 % případů krvácení (Orszagh; 1995). V prodloužené míše, mostu a středním mozku jsou centra životně důležitých funkcí. Těžší krvácení zde končí smrtelně. Malá vedou k poruchám dechu, zpomalení tepu, změnám krevního tlaku, zvracení, k poruchám řeči a polykání.

### **Krvácení do mozečku**

Objevuje se též asi v 10 % případů krvácení, nejčastěji u hypertoniků či malých aneurysma (Orszagh; 1995). Typickým začátkem je náhlá bolest v týle, dále pak příznaky mozečkového postižení (pády, porucha koordinace) (Orszagh; 1995).

#### **2.4.2.2. Subarachnoideální (intermeningeální) krvácení**

Je to výlev krve mezi mozkové pleny. Nejčastěji to bývá do cisteren na spodině lební, odkud se krev rozlije do celého subarachnoideálního prostoru kolem mozku a míchy. Tvoří asi 2 % mozkových krvácení (Orszagh; 1995).

Nejčastěji vzniká při prasknutí cévní výdutě, nebo jiné cévní anomálie, většinou vrozené. Vyvolávajícím momentem může být velká fyzická námaha nebo sportovní výkon u lidí, kteří na to nejsou zvyklí, při rozčilení, strachu apod.

Začátek bývá náhlý. Pocit lupnutí v hlavě, spíše vzadu, pocit horka, které se rychle rozlévá po hlavě. Často závratě, nevolnost, zvracení (Orszagh; 1995).

## **2.5. Rizikové faktory**

**Arteriální hypertenze** je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Lidé s jednoznačně stanovenou hypertenzí jsou vystaveni sedmkrát vyššímu riziku vzniku CMP než lidé s normálním krevním tlakem (Feigin; 2007).

**Kardiovaskulární poruchy** ohrožují mozek selháním hemodynamiky nebo embolizací. Nejrizikovější je fibrilace síní, následuje městnavá choroba srdeční a ischemická choroba srdeční. Samotná esenciální hypotenze není rizikovým



faktorem, riziková je pouze akutní hypotenze provázející srdeční selhání, sukcesivní embolizaci do plicnice, krvácivé stavy a jiné extrakraniální příhody.

**Kouření** je významným rizikovým faktorem cévních mozkových příhod. Riziko vzrůstá s počtem vykouřených cigaret, zejména u mužů do 55 let. U kuřáků jde o dvojnásobné riziko vzniku mozkového krvácení, trojnásobné riziko vzniku okluzivních mozkových infarktů a čtyřnásobné riziko subarachnoidálního krvácení. Kouření snižuje účinnost hypotenzivní léčby, zejména betablokátorů.

**Alkohol** je závažným rizikovým faktorem hemoragických mozkových příhod. Alkoholici mají dvakrát až čtyřikrát vyšší riziko vzniku mozkového nebo subarachnoidálního krvácení. Při poklesu spotřeby alkoholu se toto riziko u pijáků snižuje. Rizikovost alkoholu vzhledem k ložiskové ischemii mozku není naproti tomu bezpečně prokázána (Káš; 1993).

**Ateroskleróza** je jednou z hlavních příčin CMP, zejména ischemických iktů a TIA. U 20 - 30 % pacientů, u kterých vznikla ischemická CMP či TIA, je prvotní příčinou zúžení karotické tepny na krku (Feigin; 2007).

**Diabetes mellitus** je nezávislým rizikovým faktorem ložiskové ischemie mozku. Riziko ischemické mozkové příhody je u diabetiků dvojnásobné a převyšuje riziko srdečního infarktu, riziková je dokonce zátěž glukózou u starších nediabetiků. Poruchy sacharidového metabolismu lze prokázat až u tří čtvrtin nemocných s mozkovými infarkty (Káš; 1993).

**Hypercholesterolémie** zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy a nemoci srdečních tepen. Přibližně o 20 % zvyšuje riziko vzniku ischemické CMP a TIA (Feigin; 2007).

**Orální kontraceptiva** mohou zvyšovat riziko ischemických mozkových příhod a subarachnoidálního krvácení. Vzhledem k nízkému absolutnímu riziku apoplexie

u mladých žen je nízké i relativní riziko pouhých orálních kontraceptiv v tomto věku.

**Tranzitorní ischemické ataky (TIA)** jsou většinou považovány za rizikový faktor, i když některé jsou již projevem apoplexie s ložiskovým korelátem, prokazatelným výpočetní tomografií a nukleární magnetickou rezonancí. Relativní riziko kompletního iktu po proběhlé TIA je čtrnáctkrát vyšší v prvním roce a sedmkrát vyšší v prvních pěti letech. V předchorobí ischemických iktů se TIA vyskytují v 10 - 35 %. Riziko apoplexie, přiřaditelné výhradně k TIA, je odhadováno kolem 10 % (Káš; 1993).

## 2.6. Diagnostika

Zahájíme vždy **anamnézou**. Rodinná anamnéza s výjimkou některých geneticky podmíněných páteřních chorob je málo důležitá. Významnější je historie. Pátráme po úrazech páteře, po nádorových onemocněních, zvláště s aktinoterepií, po infekčních chorobách, karenčních stavech a po edokrinopatii. Velmi důležité je, zda pacient kouří, léčí se s hypertenzí, má hyperlipidemii, cukrovku, dále zda má poruchy srdečního rytmu nebo onemocnění chlopní (riziko embolizace ze srdce), nakonec zda má projevy aterosklerózy jinde v těle - typicky srdeční infarkt nebo ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Důležitý je i způsob práce či náhlá změna tělesné zátěže. To má význam zvláště při sedavém zaměstnání, kdy se větší zátěž může projevit nepříznivě.

Rozhodující v anamnéze je vznik a vývoj onemocnění. Ptáme se, zda jde o první ataku, či byly podobné obtíže již dříve. Vždy pátráme po závislosti na zvýšení nitropáteřního tlaku. To je důležité diagnostické vodítko. Důležité je zjistit, zda jsou přítomny i poruchy močení. Problém přináší častá spoluúčast psychogenních faktorů, ať již jde o tzv. sensorickou hyperpatii, vyskytující se u jedinců reagujících přemrštěně i na malé bolestivé podněty, nebo o projevy hysterické či vědomě účelové. Je vhodné se pacienta ptát i na předchozí terapii-medikamentózní, fyzikální i rehabilitační, na její účinnost i neúčinnost při dřívějších atakách (Adams, Herold; 1999).

### 2.6.1 Objektivní vyšetření

Sestává ze dvou částí. Jde o neurologické vyšetření, zaměřené na poruchu hybnosti a cití, a dále o vyšetření statiky a dynamiky páteře.

- **Aspekce (vyšetření pohledem)**

Všímáme si **svalové trofiky**. Obvod obou horních i dolních končetin měřený na paži, předloktí, stehně i lýtku.

**Posouzení svalové síly.** U každé parézy musíme rozlišit, zda je neurogení, či jiné etiologie. U neurogení poruchy může mít paréza různou intenzitu, ale pasivní hybnost je zachována v plném rozsahu.

Vhodné je i **vyšetření základních šlachových reflexů**, ale to vyžaduje již větší zkušenost. Význam má srovnání pravé a levé strany. Hyporeflexie či areflexie ukazují na postižení míšního segmentu, kořene či periferního nervu s dost přesnou lokalizační cenou.

Pak přistoupíme k **vyšetřování cití**. Prakticky stačí vyšetřit taktilní cití, abychom zjistili, není-li někde nápadná hypestézie (Adams, Herold; 1999).

### 2.6.2. Zobrazovací metody

- **Výpočetní tomografie (computer tomography – CT)**

Výpočetní tomografie je v diagnostice cévních mozkových příhod stále považována za metodu nejvýznamnější pro svoji diagnostickou výtěžnost a relativně snadnou dostupnost. V diagnostice intrakraniálního krvácení je CT zcela prioritní. S vysokou přesností okamžitě zobrazuje jak parenchymovou hemoragii, tak i subarachnoidální krvácení, někdy prokáže i jeho příčinu (aneuryzma, AV malformace). Výpočetní tomografie je schopna zobrazit pouze strukturální změny malatického ložiska, které se však vyvíjejí postupně v průběhu několika hodin, často až několika dní. Proto CT nález bude v prvních hodinách po vzniku ischemické CMP většinou negativní. Moderní spirální CT přístroje, po intravenózním podání kontrastní látky, velmi věrně zobrazují cévní řečiště v mnohých případech tak nahrazují angiografické vyšetření. Pomocí CT lze již dnes hodnotit i mozkovou perfúzi. CT vyšetření je v diagnostice CMP metodou volby,

musí být vždy provedeno urgentně a zhodnocení CT nálezu musí vždy předcházet zahájení cílené terapie.

- **Magnetická rezonance.**

Zobrazení pomocí magnetické rezonance (magnetic resonance – MR) přináší další nové, velmi cenné poznatky. Pro diagnostiku ischemických lézí mozku je dnes nejcennější tzv. multimodální MR vyšetření, při kterém průkaz poruchy perfúze a difúze umožňuje časné rozlišení malacie od zona penumbra, což má zásadní terapeutický význam. MR též dobře detekuje rozpadové produkty hemoglobinu a může tak snadno určit stáří hemoragického ložiska. Akutní stádium mozkové hemoragie však lépe zobrazí CT. Rezonanční angiografie je konkurenční neinvazivní metodou angiografie. Rezonanční spektroskopie umožňuje hodnocení regionálních i celkových metabolických změn vznikajících v souvislosti s mozkovou hypoxií.

- **Digitální subtrakční angiografie (DSA)**

Počítačové zpracování angiografického nálezu, ve většině případů nahradila konvenční angiografii. Umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem stenóz, obliterací, aneuryzmat a jiných cévních anomálií, také cévních spazmů. DSA má zásadní význam především při angiochirurgických a endovaskulárních intervencích.

- **Sonografické vyšetření**

Sonografické vyšetření pomocí ultrazvuku poskytuje významné informace o průtoku krve cévou (Doppler), o morfologických změnách cévní stěny (duplexní sonografie) nebo o organických a hemodynamických změnách v oblasti srdce a aorty (echokardiografie). Dopplerovskými průtokoměry lze posoudit vydatnost a směr krevního proudu jak v extrakraniálním úseku magistrálních mozkových tepen, tak i v hlavních cévních kmenech intrakraniálně.

Sonografické vyšetření patří mezi základní zobrazovací metody v diagnostice cévních mozkových příhod.

- **Vyšetření likvoru**

Prokazuje přítomnost krve v likvoru. Detekuje též opakovaná krvácení průkazem rozpadových produktů erytrocytů různého stáří. Je indikováno u závažného klinického podezření na subarachnoidální krvácení při negativním CT nálezu.

- **Ostatní diagnostické metody**

Oční vyšetření poskytuje informace o aterosklerotických změnách, o projevech arteriální hypertenze, nitrolebeční hypertenze nebo o známkách krvácení na očním pozadí, poruchy perimetru určují místo postižení zrakové dráhy. Elektroencefalografie (EEG) vyšetření má význam hlavně v následném období pro detekci rozvoje epileptogenního ložiska. Podrobné kardiologické vyšetření a biochemické laboratorní vyšetření, včetně informace o hemokoagulačních faktorech, je standardem (Nevšímalová et al.; 2002).

## **2.7. Terapie cévních mozkových příhod**

### **2.7.1. Terapie ischemických CMP**

- **Antitrombotická terapie**

Zasahuje přímo do mechanismu hemokoagulace. Antiagregační terapie brání adhezi a agregaci krevních destiček a jejich vazbě s fibrinem (kyselina acetylsalicylová, tiklopidin, klopidogrel, nověji se zkoušejí i někteří razantnější komplexní antagonisté IIb/IIIa receptorů trombocytů). Antikoagulační terapie zasahuje do systému plazmatické koagulace. V akutní fázi CMP se používá především v prevenci hluboké žilní trombózy (heparin, nízkomolekulární hepariny). Antikoagulační terapii lze použít v indikovaných případech i k léčbě samotné ischémie, především tam, kde hrozí časná reembovizace, u postupného uzávěru cévy nebo u její disekce (plná heparinizace). Novější antikoagulační terapií je léčba defibrinogenační a použití přímých inhibitorů trombinu. Trombolytická terapie vede k rozpuštění již vzniklého trombu a následné

rekanalizaci cévy. Trombolýzu lze provést celkově (intravenózně), nebo lokálně (intraarteriálně) podáním rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu, pro lokální trombolýzu lze použít i urokinázu. Jde o léčbu velmi efektivní, ale zároveň i velmi riskantní pro nebezpečí systémového nebo intrakraniálního krvácení. Má své přísné indikace.

- **Hemoreologická terapie**

Zlepšuje tokové vlastnosti krve, mozkovou mikrocirkulaci (pentoxifylin, hemodiluce, event. podání plazmaexpandérů).

- **Angioneurochirurgické intervence**

U ischemických příhod přichází v úvahu karotická endarterektomie, chirurgické odstranění stenózujícího aterosklerotického plátu, popř. trombu, u rychle progredujícího uzávěru této tepny. Daleko častěji je však tento výkon prováděn v rámci sekundární prevence.

- **Endovaskulární intervence**

Endovaskulární intervence jsou novější invazivní metody s uplatněním především v léčbě významných nebo kritických stenóz. Výhodná je kombinace perkutánní transluminální angioplastiky s následným zavedením stentu (vyztužení cévy). Také se jedná převážně o sekundárně preventivní výkony, uplatňují se tam, kde je karotická endarterektomie kontraindikována vzhledem ke stavu pacienta. Používají se i v terapii aneurysmat a cévních malformací (Nevšimalová et al.; 2002).

### **2.7.2. Terapie hemoragických CMP**

Léčba zabraňuje především rozvoji ischemických změn a edému v okolí hemoragického ložiska. Proto se zásadně neliší od léčby mozkové ischemie, léčba antitrombotická je ovšem kontraindikována.

Léčba subarachnoidálního krvácení je zcela speciálním terapeutickým problémem. Medikamentózní léčba je zaměřena na zmírnění bolestí hlavy, na prevenci vazospasmů (nimodipin) a na potlačení tvorby volných kyslíkových

radikálů (lazaroidy, vitamín C a E). Zásadní význam má léčba chirurgická - odstranění zdroje krvácení, nejčastěji aneurysmatu. V pooperačním období je základní medikací »triple H terapie« (hemodiluce, hypertenze, hypervolémie) (Nevšímalová et al.; 2002).

### **2.7.3. Léčba společná ischemické i hemorhagické CMP.**

- **Antiedematózní terapie**

Brání rozvoji mozkového edému. Základem je drenážní poloha se zvýšením horní poloviny těla, sedace, osmoterapie, event. mandatorní hyperventilace.

- **Symptomatická terapie**

Zmírňuje různé subjektivní potíže nemocných a potlačuje nežádoucí projevy CMP. Vazodilatační terapie je v akutním období CMP kontraindikována pro nebezpečí steal syndromu.

- **Specializovaná terapie**

Specializovaná terapie je nezbytnou součástí léčby CMP. Zahrnuje intenzivní rehabilitaci, reedukaci řeči a psychoterapii.

- **Neurochirurgické intervence**

Vitální indikací může být chirurgické odstranění expanzivně se chovající mozečkové malacie. U hemoragických lézí může být indikací urgentního chirurgického zákroku globózní krvácení, krvácení v mozečkové hemisféře nebo arteriální aneurysma u subarachnoidálního krvácení. Dekompresivní kraniotomie může zmírnit následky průvodního maligního edému mozku.

- **Neuroprotektivní terapie**

Pomáhá stabilizovat metabolicky značně nepříznivou situaci ischemické mozkové tkáně v zona penumbra, a tím zvyšuje šanci na přežití nervových buněk této kritické oblasti. V současné době lze využít neuroprotektivního efektu

nootropik, vitamínu C a E, magnézia, etofylinu, pentoxifylinu nebo kreatinfosfátu (Nevšimalová et al.; 2002).

## **2.8. Prevence cévních mozkových příhod**

### **2.8.1 Primární prevence CMP**

Hlavním cílem primární prevence je předcházet vzniku cévních mozkových příhod detekcí a eliminací etiopatogeneticky významných rizikových faktorů tohoto onemocnění. Věk, pohlaví, rasa, genetická determinace, geografické a klimatické vlivy a faktory socioekonomické jsou rizikové faktory neovlivnitelné, nebo ovlivnitelné jen velmi obtížně. Z hlediska prevence je důležitější skupina ovlivnitelných rizikových faktorů, kde úpravou životosprávy nebo vhodnou medikací lze snížit riziko vzniku cévní příhody. Z těchto rizikových faktorů jsou nejzávažnější arteriální hypertenze, onemocnění srdce a diabetes mellitus.

- **Arteriální hypertenze**

Je nejvýznamnější rizikový faktor nejen mozkové hemoragie, ale i ischemické CMP. Důsledná léčba hypertenze významně snižuje incidenci i mortalitu cévních onemocnění mozku. Léčba má být zahájena co nejdříve, a to i u lehkých forem onemocnění.

- **Různá onemocnění srdce**

Způsobují buď pokles mozkové perfúze v důsledku selhávání hemodynamiky při srdeční nedostatečnosti různého původu, nebo jsou zdrojem embolizace do mozkových tepen. V preventivní terapii se uplatňuje léčba kardiotonická, antiarytmická, vazodilatační, antiagregační, antikoagulační, trombolytická, endovaskulární, kardiochirurgická, elektrická verze. Zvláštní pozornost je věnována antikoagulační terapii, jsou-li přítomny závažné zdroje potencionální embolizace.



- **Diabetes mellitus**  
Přítomný asi u 20 % nemocných s CMP, zhoršuje prognózu onemocnění, a to v přímé závislosti na výši glykémie.
- **Hyperlipoproteinémie**  
Hyperlipoproteinémie se zvýšením hladiny lipidů a lipoproteinů v plazmě jsou jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů aterosklerózy, a tím nepřímo i CMP. Zvýšená plazmatická hladina cholesterolu a triacylglycerolů musí být korigována dietetickou a farmakologickou intervencí. Přitom význam statinů i fibrátů je v prevenci CMP mnohem větší než jen samotný hypolipidemický efekt.
- **Omezení kouření a konzumace alkoholu**
- **Uvážlivé užívání hormonální antikoncepce**
- **Redukce nadváhy a dostatek fyzické aktivity**  
s vyvarováním se stresových situací (Nevšímalová et al.; 2002)

### 2.8.2. Sekundární prevence CMP

Hlavním cílem sekundární prevence je snížení rizika vzniku recidivy CMP. Je zaměřena na potlačení rozvoje atherotrombotického poškození cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve.

- **Antiagregační terapie**  
Inhibuje agregaci krevních destiček. V rámci sekundární prevence je vhodná u všech nemocných. Základním lékem je kyselina acetylsalicylová v denní dávce 100–325 mg, event. v kombinaci s retardovanou formou dipyridamolu. Při nesnášenlivosti nebo kontraindikaci kyseliny acetylsalicylové je lékem volby tiklopidin nebo klopidogrel, někdy je podáván indobufen.

- **Hemoreologická terapie**  
Zlepšuje mozkovou mikrocirkulaci snížením krevní viskozity. Základním lékem je pentoxifylin v denní dávce 800–1200 mg.
- **Antikoagulační terapie**  
Je indikována u nemocných s vysokým rizikem reembolizace. Má velmi úzké a přesné vymezení (nejčastěji nemocní s fibrilací síní). Moderní terapie dnes upřednostňuje warfarin.
- **Angioneurochirurgické intervence**  
V sekundární prevenci jsou rovněž významné. Endarterektomie u symptomatických stenóz karotických tepen je obvykle doporučována, je-li stenóza větší než 60 %, u asymptomatických, je-li stenóza větší než 70% (Nevšímalová et al.; 2002). Z ostatních rekonstrukčních chirurgických výkonů jde o různé by-passy, anastomózy a transpozice cév.
- **Endovaskulární intervence**  
Jsou alternativní možností léčby významné arteriální stenózy. Perkutánní transluminální angioplastika a vyztužení cévní stěny stentem mají již své přesné indikace.
- **Eliminace rizikových faktorů CMP**
- **Soustavná intenzivní rehabilitace, včetně lázeňské léčby**
- **Sledování nemocných ve specializovaných cerebrovaskulárních poradnách** (Nevšímalová et al.; 2002)

## **2.9. Prognóza**

Čtvrtina a třetina nemocných s mozkovými příhodami umírá (Káš; 1993). Umírají především nemocní, u nichž je mozková příhoda vyústěním dlouhodobé arteriální hypertenze a progresivní aterosklerózy, která často postihuje i koronární řečiště.

Mnozí z přežívajících nemocných se zlepší a mají určitý reziduální deficit, menšina se upraví zcela. Mimo reverzibilitu ischémie je důvodem zlepšení schopnost mozku vytvářet nová náhradní spojení, a tak alternativními cestami obnovit nezbytné denní činnosti i pracovní návyky. Rehabilitace pohybových, řečových a psychických funkcí současně a úpravou životosprávy, eliminací rizikových faktorů a profylaktickou farmakoterapií zlepšuje léčebné výsledky a brání opakovaným příhodám. Fáze úpravy trvá většinou tři až šest měsíců podle závažnosti příhody (Káš; 1993).

### 3. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉ

#### 3.1. Osobní údaje a současný zdravotní stav

**Jméno a příjmení:** P.M.

**Věk:** 78

**Pohlaví:** žena

**Stav:** vdova

**Národnost:** česká

**Vyznání:** bez vyznání

**Adresa:** Praha 10

**Povolání:** důchodkyně

**Osoba, kterou lze kontaktovat:** syn

**Datum přijetí:** 4.2. 2008

**Hlavní důvod přijetí:** stav po ischemické CMP

**Hlavní lékařské diagnózy:** CMP (ischemická) s vertigem a lehkou levostrannou hemiparézou

**Vedlejší lékařské diagnózy:** Diabetes mellitus (DM) II. typu - na perorálních antidiabetikách (od roku 1995)

Hypertenze (na terapii 1 rok)

Osteoporosa

Glaukom

#### 3.2. Údaje o nemocné z lékařské dokumentace

**Osobní anamnéza:** DM II. typu na perorálních antidiabetikách od roku 1995, Hypertenze na terapii cca 1 rok, status post sectio caesarea , osteoporosa, glaukom.

**Rodinná anamnéza:** Pacientka pochází z dvojvaječných dvojčat, sestra - dvojče zemřela v 59 letech na následky polytraumatu . Otec zemřel v 77 letech na infarkt myokardu a matka po porodu.

**Sociální anamnéza:** Bydlí s přítelem v bytě.

**Pracovní anamnéza:** Nyní je v důchodu, dříve pracovala jako kuchařka.

**Abúzus:** Pacientka je nekuřačka. Alkohol jen výjimečně.

**Alergická anamnéza:** Po penicilínu exantém.

**Farmakologická anamnéza:**

Chronická medikace: Maninil 5 mg tbl. perorálně 1-1/2-0

Lorista 50mg tbl. perorálně 1-0-0,

Medikace v nemocnici: Anopyrin 100mg perorálně 0-1-0

Oxantil 2 ampule (amp.) intravenózně (i.v.) po 6 hodinách

Geratam 3g i.v.

Torecan 1 amp. ve 500 ml fyziologického roztoku (FR)

Agapurin 1 amp. ve 500 ml FR

**Nynější onemocnění:**

Pacientka odeslána k hospitalizaci z neurologické ambulance po ischemické CMP s vertigem a lehkou levostrannou hemiparézou. Pacientka sama si stěžuje na silné točení hlavy v důsledku čeho několikrát doma upadla. Obtíže trvají asi 3 dny. Bolesti na hrudi ani v zádech neměla, dýchalo se ji normálně, močení a stolice v normě.

**Status praesens:**

Tlak krve (TK) 150/80 mm Hg, tepová frekvence (TF) 75/min. nepravidelná, dechová frekvence (DF) 16/min., tělesná teplota (TT) 36,6 °C, výška 152 cm, hmotnost 52 kg. Nemocná je orientována, spolupracuje. Hybnost omezena pro vertigo, chůze nestabilní. Barva kůže normální. Turgor kůže přiměřený. Výživa přiměřená. Hlava na poklep nebolestivá. Skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické. Jazyk vlhký, plází středem. Chrup umělý. Náplň krčních žil nezvýšená. Tep karotid souměrný, karotidy bez šelestů. Šíje vázne do rotace vpravo. Hrudník souměrný. Poklep plic jasný, dolní hranice souměrné. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů. Akce pravidelná, dvě ohraničené ozvy. Břicho měkké, dýchá v celém rozsahu. Palpace břicha nebolestivá, hmatné kulovité resistance v podkoží, nebolestivé, jizva po císařském řezu klidná. Játra nezvětšena. Slezina nezvětšena. Poklep břicha diferencovaný, bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomna. Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu. Periferní pulzace bilaterálně hmatné. Páteř poklepově nebolestivá.

### 3.3. Souhrn diagnostických opatření

Během hospitalizace byla provedena tato vyšetření se závěry:

- **CT mozku**

Parietooccipitálně vpravo je laločnaté hypodensní ložisko o průměru až 6×2,5 cm v těsném sousedství zadního rohu pravé postranní komory, zasahuje až do úrovně stropu pravé postranní komory, nechová se expanzivně. Komorový systém přiměřeně prostorný, bez dislokace. Krvácení neprokázáno.

Jedná se o poměrně rozsáhlou ischemii parietooccipitálně vpravo.

- **Opakované kontroly krevního tlaku (TK), tepové frekvence (TF) a tělesné teploty (TT)**

Při příjmu na interní oddělení byly hodnoty TK 150/80 mm Hg, TF 75/min. nepravidelná, TT 36,6 °C.

- **Laboratorní vyšetření krve**

Sedimentace erytrocytů (FW) (20/45), Erytrocyty ( $4,2 \times 10^{12}/l$ ), Leukocyty ( $5,8 \times 10^9/l$ ), Hemoglobin (108 g/l), Hematokrit (0.330), Urea (7.89 mmol/l), Kreatinin (73  $\mu$ mol/l), Triglyceridy (1.28 mmol/l), Cholesterol (5,5 mmol/l), Glukóza (5,45 mmol/l), C - reaktivní protein (CRP) (4,1 mg/l), sodík (139 mmol/l), draslík (4.14 mmol/l), vápník (2.61 mmol/l), AST (0,52 ukat/l), ALT (0,64 ukat/l).

Uvedené hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí.

- **EKG**

Rytmus sinusový, frekvence 52/min. pravidelná, PQ 0,14, QRS 0,11, hypertofie levé komory, jinak normální záznam.

- **RTG srdce a plic**

Plice bez patologického nálezu, srdce rozšířeno lehce doleva.

- **Neurologické vyšetření - závěr**  
Suspektní CMP s lehkou levostrannou hemiparézou s vertigem.

### **3.4. Souhrn terapeutických opatření**

#### **Farmakoterapie**

Po celou dobu hospitalizace pacientka dostávala svou chronickou diabetickou a antihypertenzní medikaci, antiagregace – anopyrin byl nasazen až za hospitalizace.

Pacientka byla v úvodu léčena infuzemi z důvodu lepší hydratace, následně již jen tabletkami.

#### **Torecan inj.**

**IS:** Antiemetikum, antivertiginózum

**KI:** Torecan je kontraindikován v případech známé hypersenzitivity na tento lék nebo na fenothiaziny obecně, dále u těžšího poklesu funkcí CNS, u komatózních stavů a u klinicky významné hypotenze.

**NÚ:** Centrální nervový systém: somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid a rovněž další závažné nežádoucí účinky, jako jsou křeče a extrapyramidové příznaky.

#### **Agapurin inj.**

**IS:** Reologikum, vazodilatans

**KI:** S ohledem na možné nežádoucí účinky je třeba věnovat pozornost pacientům se známou hemoragickou diatezou, s těžkou formou ischemické choroby srdeční (ICHS) (zvl. akutní IM ) či cerebrovaskulárním onemocněním, hypotenzním pacientům, dále u pacientů s poruchou funkce jater či ledvin, po nedávném chirurgickém zákroku a při současném užívání antikoagulační terapie.

**NÚ:** Časté gastrointestinální nežádoucí účinky (např. nauzea, zvracení, nadýmání, bolesti břicha, průjem) jsou závislé na dávce a po ukončení léčby obvykle ustoupí.

**Geratam inj.**

**IS:** Nootropikum.

**KI:** Krvácení do mozku, těžká ledvinná nedostatečnost s kreatininovou clearancí nižší než 20 ml/min, přecitlivělost na piracetam nebo jiný pyrolidonový derivát.

**NÚ:** Nemoci ucha a labyrintu: vertigo. Zažívací potíže: bolesti břicha a nadbříšku, průjem, nevolnost, zvracení. Poruchy imunitního systému: anafylaktoidní reakce, přecitlivělost. Poruchy nervového systému: netečnost, poruchy rovnováhy, zhoršení epilepsie, bolesti hlavy, nespavost, ospalost.

**Oxantil inj.**

**IS:** Vazodilatans.

**KI:** Přecitlivělost na metylxantinové deriváty, akutní infarkt myokardu, tachyarytmie (rychlá a nepravidelná srdeční činnost), těžká insuficience (nedostatečnost) jater.

**NÚ:** Nauzea (nevolnost), bolest hlavy, úzkost, neklid, závratě, palpitate.

**Maninil 5 mg tbl.**

**IS:** Antidiabetikum.

**KI:** Maninil 5 nesmí být používán při cukrovce I. typu, při cukrovce mladistvých (juvenilní diabetes), nestabilních formách cukrovky, poruchách látkové přeměny cukrů (ketoacidóza, prekóma, diabetické kóma), těžkých jaterních a ledvinových chorobách, srdeční a plicní nedostatečnosti.

**NÚ:** Nejčastějším nežádoucím účinkem Maninilu 5 je nežádoucí silný pokles hladiny krevního cukru (hypoglykémie).

**Lorista 50 mg tbl.**

**IS:** Hypotenzivum

**KI:** Neužívat při přecitlivělosti na lorasartan nebo na kteroukoli další složku přípravku; v těhotenství a v době kojení.

**NÚ:** Někteří pacienti mohou mít jaterní obtíže (které se projeví zežloutnutím očí a kůže a příznaky podobné chřipce), průjem, bolesti svalů a kloubů, chudokrevnost.



**Anopyrin 100 mg tbl.**

**IS:** Antitrombotikum ze skupiny inhibitorů agregace trombocytů.

**KI:** Nesmí být podáván při známé přecitlivělosti na léčivou látku acetylsalicylovou kyselinu nebo na jiné salicyláty (látky příbuzné acetylsalicylové kyselině) nebo na kteroukoli z pomocných látek obsažených v tabletách Anopyrin 100 mg; žaludečních nebo dvanáctíkových vředech; chorobně zvýšeném sklonu ke krvácení (hemoragické diatéze).

**NÚ:** Častými nežádoucími účinky jsou žaludeční a střevní obtíže (např. bolesti žaludku) a malé ztráty krve z oblasti žaludku a střeva (drobná krvácení). Občas se vyskytuje nevolnost, zvracení a průjemy.

**Rehabilitace**

Po celou dobu hospitalizace probíhalo intenzivní rehabilitační cvičení ke zmírnění následků po CMP.

**Dietní opatření**

Vzhledem k diabetu mellitu II. typu, podávána dieta č. 9 B- diabetická.

## 4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V této části zhodnocuji pacientku z ošetřovatelského hlediska, při kterém využívám metodu ošetřovatelského procesu, kde je člověk chápán holisticky - jako celek.

### 4.1. Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Tyto ošetřovatelské činnosti umožňují, aby sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Tak může zhodnotit účinnost ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav, nebo proto, že je signalizovat neumí nebo z různých důvodů nemůže či nechce. Ošetřovatelský proces tedy potřebuje aktivní (nabízenou) ošetřovatelskou péči.

Každá fáze je samostatná, ale přístup k ošetřovatelské péči musí být uplatněn jako celek- tedy každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Slovo „proces“ je míněno jako průběh ošetřovatelské činnosti- jako způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetřovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí. Ošetřovatelský proces je kontinuální a cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem.

Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. Sestra musí nejprve svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným, případně jeho rodinou pro správnou strategii jeho ošetřování a nakonec zhodnotit efekt poskytované péče (14 - Staňková; 1999).

## **Přínos ošetřovatelského procesu**

- je to způsob, jak zajistit, aby péče, kterou poskytujeme, byla specificky zaměřena na uspokojování potřeb jednotlivce
- zlepšuje se návaznost péče
- ošetřovatelský plán poskytuje potřebné informace všem členům ošetřovatelského týmu a dalším zdravotnickým pracovníkům
- pacienti preferují, aby se o ně pečovalo jako o osoby a ne jako o těla na lůžku anebo lékařské diagnózy
- ošetřovatelský proces povzbuzuje k aktivní účasti na vlastní péči
- sestry zažívají silnější pocit uspokojení ze své role
- investice do individuálně plánované péče vede k celkovým úsporám pracovního času sester, protože zamezuje provádění nepotřebných a časově zatěžujících rutinních výkonů, které pro určité pacienty nemají klinický význam
- je příležitostí k neustálému vzdělávání a může sestřím pomoci zlepšit jimi poskytovanou péči
- pomáhá sestřím zdůvodnit ošetřovatelské činnosti
- umožňuje výrazněji si uvědomit účinnosti různých ošetřovatelských aktivit (LEMON1; 1997)

## **Fáze ošetřovatelského procesu**

### **1. Zhodnocení nemocného**

V první fázi ošetřovatelského procesu sestra provede kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Zhodnocení provádí pomocí rozhovoru, pozorováním, testováním a měřením.

### **2. Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

Ve druhé fázi sestra identifikuje ošetřovatelské problémy nemocného, také stanoví problémy pociťované nemocným a určí s ním pořadí jejich naléhavosti.

### **3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče**

Ve třetí fázi stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče. Navrhne vhodná opatření pro jejich dosažení. A dohodne se s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení (14 - Staňková; 1999).

### **4. Realizace plánu**

Ve čtvrté fázi se zabývá realizací ošetrovatelského plánu, kde se snaží dosáhnout žádoucích výsledků, naplnění stanovených cílů pokud možno ve stanoveném pořadí.

### **5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče**

V páté fázi bývá objektivní zhodnocení sestrou, a subjektivní pacientem. Při zhodnocení naplnění jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu sestra posuzuje kvalitu dosaženého výsledku v porovnání se stanovenými normami (Šamánková et al.; 2003).

## **4.2. Ošetrovatelská anamnéza**

Ošetrovatelská anamnéza byla získána třetí den hospitalizace na interním oddělení a to pozorováním, rozhovorem s pacientkou a ze zdravotnické dokumentace.

Směr ošetrovatelské péče byl inspirován modelem „Aktivity života“ vytvořeným Virginíí Hendersonovou a rozvíjeným Nancy Roperovou, Winifred Pohanovou a Alison Tiernerovou. Pro pacienty postižené cévní mozkovou příhodou je vhodný proto, že klade důraz na opětovné získání maximální nezávislosti (Mádlová; 1998 ).

Je to model, který zahrnuje dvanáct aktivit denního života nebo- li životní aktivity, jsou projevem lidských potřeb, které se manifestují určitým typem chování. Některé aktivity mají biologický základ, jiné jsou podmíněné společensky či kulturně (Pavlíková; 2006).

### **Hlavní cíle modelu jsou:**

1. Pomoci udržet nebo opětovně získat maximální nezávislost v každodenních aktivitách a pomoci překlenout období, kdy je jedinec závislý na druhé osobě.
2. Umožnit jedinci provádět nezávisle prevenci nemocí nebo úrazů.
3. Provádět aktivity, které vedou k uzdravení a získání nezávislosti.
4. Podávat předepsanou léčbu, která vede k uzdravení a získání nezávislosti (Mádlová; 1998 ).

### **Model definuje 12 základních životních aktivit:**

#### **1. Udržování bezpečného prostředí**

Do nemocnice pacientku přivezl její syn, protože si stěžovala na bolest hlavy, silné závratě v důsledku čeho doma několikrát upadla.

Před onemocněním se nemocná pohybovala bez větších potíží. Nyní má pacientka potíže s chůzí z důvodu lehké levostranné hemiparézy a přetrvávajících závratí. Bojí se, že při chůzi upadne, cítí se nejistě. Bolest hlavy vymizela.

Pacientka nosí brýle pouze na čtení. Do dálky vidí docela dobře a nemá žádné problémy s orientací.

Nemocná bydlí ve čtvrtém patře panelového domu s výtahem, takže po propuštění do domácího léčení by neměl být problém s přístupem do bytu.

#### **2. Komunikace**

Pacientka se orientuje vzhledem k prodělané nemoci přiměřeně. Artikuluje velmi dobře a nemá problémy s vyslovováním slov. Jen někdy si nemůže vybavit vhodné slovo.

V komunikaci s personálem je opatrnější, bojí se vyjádřit své emoce. Má strach z budoucnosti a zda se bude moci vrátit domů. O svém zdravotním stavu byla poučena ošetřujícím lékařem.

Při první komunikaci s pacientkou jsem cítila nedůvěru vůči mně, ale po několika dnech, při postupném zlepšování zdravotního stavu pacientky se naše komunikace velice zlepšila a vyjádřila mi plnou důvěru.

### **3. Dýchání**

Nemocná žádné potíže s dechem neudává. Počet dechů třetí den hospitalizace byl 16/min. Dýchá spontánně.

### **4. Příjem jídla a pití**

Před nemocí se pacientka stravovala v nedaleké jídelně pro seniory, která je součástí domova pro seniory, kam chodívala jenom na obědy. Nemocná je zvyklá na pestrý jídelníček, ale snaží se omezit sladké vzhledem ke své nemoci. Doma jí pravidelně 5 – 6krát denně. Upřednostňuje kuřecí nebo rybí maso. Od dětství nemá ráda rýži a mrkev. Naopak má ráda brambory a knedlíky. Luštěniny omezuje. Z ovoce upřednostňuje pomeranče a banány, zelenina jí moc nechutná.

Nyní dostává dietu číslo 9B, což je diabetická dieta. Zdravotní problémy způsobily, že v posledních dnech téměř nejedla. Nemocniční strava jí moc nechutná. Stravování probíhá u jídelního stolku na pokoji. Nyní má potíže s použitím příboru, potřebuje dopomoc s nakrájením zejména masa.

Pacientka denně vypije kolem 1 litru tekutin, především minerálky. Teď je nucena vypít aspoň 1,5 - 2 litry tekutin denně, ale její příjem je stále menší než tělesná potřeba. Čaj jí zde moc nechutná. Radši pije svoje balené vody, které jí nosí synové.

Má horní i dolní zubní protézu, která jí při jídle nějak významně nepřekáží.

Kůže je prokrvená, růžová, spíše suchá, bez otoků. Nebezpečí vzniku dekubitů aktuálně nehrozí. (viz Nortonová – příloha č. 5). Suchou kůži někdy doma promazává Indulonou.

### **5. Vylučování**

Doma se pacientka vyprazdňovala pravidelně - jedenkrát za den. Na stolici chodila nejčastěji ráno a nalačno.

Ze začátku hospitalizace pacientka trpěla zácpou, protože se styděla žádat o mísu a vykonávat potřebu v přítomnosti jiných pacientek. Po 3 dnech hospitalizace začala pacientka chodit s doprovodem na záchod a frekvence stolic se upravila.

Pacientka potíže s močením neudává. Diuréza je dostatečná.

## **6. Osobní hygiena a oblékání**

Nemocná udává, že doma byla schopna dělat vše bez pomoci.

Nyní došlo ke snížení hybnosti a má problémy při sebeobsluze. Pacientka potřebuje dopomoc při mytí, oblékání. Péče o dutinu ústní zvládá téměř bez pomoci, jen s malou asistencí.

Podle Barthelova testu všedních činností dosahuje skóre 70 bodů, to znamená lehkou závislost (viz příloha č. 3).

## **7. Kontrola tělesné teploty**

Pacientka má raději chladnější místnost. Doma byla zvyklá na nižší teploty v pokoji. Nyní si stěžuje na přetopenou místnost a méně časté větrání, než je zvyklá, protože se musí přizpůsobovat dalším pacientkám ve společném pokoji. Její tělesná teplota se pohybovala v rozmezí normy, kolem  $36,6\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ .

## **8. Zaměstnávání a hraní**

Doma chodila pacientka pravidelně na procházky se svým přítelem do přírody. Pracovala ve své zahrádce. Také ráda vařila, koukla se na televizi, nebo si přečetla dobrou knížku.

Nyní v nemocnici čte převážně časopisy a dlouhé chvíle si krátí rozhovorem s dalšími pacientkami na pokoji.

## **9. Mobilizace**

Před nemocí byla paní M. plně mobilní. Po rozvoji CMP došlo k částečné imobilizaci. V současnosti pacientka přejde na toaletu s holí za asistence ošetřovatelského personálu. Stěžuje si na obtížné zvládnání úkolů jednou rukou.

Podle zhodnocení rizika pádu má pacientka skóre 10 bodů, to znamená střední riziko pádů (viz příloha č. 4).

Za pacientkou denně chodí rehabilitační sestra, se kterou pacientka intenzivně cvičí.

## **10. Spánek**

Doma pacientka neměla žádné problémy s usínáním. V průměru spala 7 – 8 hodin denně.

Nyní má potíže s usínáním, v noci se často budí, protože jí ruší okolní hluk. A ráno je velmi brzy buzena sestrou na měření tělesné teploty. Pak pospává v průběhu dne a cítí se unavená.

## **11. Sexualita**

Pacientka nepovažovala za potřebné o tom mluvit. Je vdova a už 27 let žije s přítelem. Má dva syny.

## **12. Umírání**

V pacientce vzbuzuje největší úzkost pocit nejistoty, strach co s ní bude dál. Zda se bude moci vrátit do svého prostředí, ke své rodině. Má strach ze smrti.

Pacientka se dále nechtěla vyjadřovat k tomuto tématu. A já jsem respektovala její přání.

## **4.3. Ošetrovatelské diagnózy**

Bezprostředně po získání anamnestických údajů, tedy třetí den hospitalizace, jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

Potom jsem je společně s pacientkou seřadila podle její potřeb s ohledem k jejímu zdravotnímu stavu.

### **4.3.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení
- Deficit sebepéče v hygieně z důvodu pohybového omezení
- Deficit sebepéče v přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení
- Deficit soběstačnosti v oblékání z důvodu nervosvalového postižení
- Příjem stravy a tekutin menší než tělesná potřeba z důvodu nechutenství
- Porucha spánku z důvodu nedostatku nočního klidu
- Pocit strachu a úzkosti z důvodu nesoběstačnosti



#### **4.3.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy**

- Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly
- Potenciální riziko pádu z důvodu omezené pohyblivosti

#### **4.4. Plán a hodnocení ošetrovatelské péče**

Po stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich seřazení podle potřeb nemocné s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu jsem vypracovala plán ošetrovatelské péče ke třetímu dni hospitalizace. Na konci denní směny, po třech dnech a před propuštěním jsem provedla hodnocení.

##### **4.4.1. Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení**

###### **Cíl:**

###### **Krátkodobý – do 3 dnů**

- pacientka zvládne samostatně sed na lůžku se spuštěnými dolními končetinami (DK)
- zvládne samostatně stoj u lůžka a v doprovodu sestry dojde na toaletu
- zná všechny možnosti léčby, bezpečnostních opatření a používání vhodných pomůcek usnadňující pohyb
- nemocná chápe omezení mobility

###### **Dlouhodobý – v době přepuštění**

- nemocná bude mít zlepšenou úroveň pohyblivosti, jistější pohyb
- nemocná bude používat vhodné pomůcky usnadňující pohyb: berle a hole
- nemocná zvládne samostatně chůzi po rovině, do schodů s pomocí kompenzačních pomůcek

###### **Plán:**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu

- povzbuzovat pacientku ke zvýšenému pohybu
- dbát na bezpečnost nemocné
- s fyzioterapeutmi naplánovat rehabilitační plán
- co nejdříve zahájit rehabilitační plán
- ponechat pacientce dostatek času na jednotlivá cvičení
- zajistit nemocné hrazdičku na postel a vysvětlit její používání
- stolek nemocné přistavit k levé postižené straně, aby byla schopna sebeobsluhy zdravou rukou
- zajistit přístup k lůžku

### **Realizace:**

V pacientce jsem se snažila vzbudit zájem o vykonávání běžných aktivit. Noční stolek jsem umístila, tak aby nemocná byla schopna sebeobsluhy, tedy na postiženou stranu. Nad postel jsem pověsila hrazdičku a vysvětlila její používání. Pacientka každý den provádí s fyzioterapeutem a sestrami aktivní a pasivní cvičení. Třetí den hospitalizace jsem s pacientkou začala nacvičovat postupné vstávání z lůžka a s dopomocí se jí podařilo dojít na záchod. Pacientku jsem se snažila plně podporovat v jakékoliv aktivitě.

Zhodnotila jsem úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu.

### **Hodnocení:**

Třetí den hospitalizace pacientka dosáhla v hodnocení dle Barthelova testu 50 bodů, což značí závislost středního stupně ( viz Barthelův test – příloha č. 3).

Po třech dnech se dokáže pacientka sama posadit na lůžku a vstát z postele. Bez dopomoci druhé osoby je schopna si s holí dojít na toaletu a chůzi do schodů zvládá s pomocí.

Před propuštěním už pacientka byla schopna samostatné chůze bez použití hole a v hodnocení dle Barthelova testu dosáhla 90 bodů, což značí lehkou závislost ( viz Barthelův test – příloha č. 3).

#### **4.4.2. Deficit sebedpěče v hygieně z důvodu pohybového omezení**

##### **Cíl:**

##### **Krátkodobý – do 3 dnů**

- nemocná se bude cítit čistá, upravená a spokojná
- nemocná si zvládne vyčistit dutinu ústní bez pomoci
- zvládne se učesat bez pomoci

##### **Dlouhodobý cíl**

- dosáhne maximální míry soběstačnosti a je seznámena se všemi možnostmi profesionální i laické pomoci
- nemocná zvládne celkovou koupel bez pomoci
- nemocná zvládne stříhání nehtů na pravé ruce postiženou levou rukou

##### **Plán:**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu
- zjistit míru schopností pacientky provádět péči o dutinu ústní, celkovou koupel
- zjistit míru schopnosti pacientky provádět česání a stříhání nehtů
- zapojit pacientku do aktivní účasti při provádění hygieny
- provádět hygienu alespoň 2krát denně
- udržovat intimitu nemocné při provádění hygieny
- dodržovat zásady bezpečnosti
- kontrolovat dodržování rehabilitačního programu pacientkou

##### **Realizace:**

Před mytím jsem nemocné pomohla připravit všechny pomůcky. Při provádění hygieny jsem se snažila nemocnou aktivně zapojovat, tím, že si sama umyla části těla, které vzhledem ke svému onemocnění zvládla, čímž si pacientka osvojovala nácvik každodenních činností. Podporovala jsem pacientku

v samostatnosti. Potřebovala aktivní pomoc jen při mytí zdravé ruky , zad, stříhání nehtů a mazání pokožky krémem.

Nemocné jsem vždy umožnila hygienu rukou před a po jídle (pacientku jsem doprovodila k umyvadlu a podala jí mýdlo a ručník).

### **Hodnocení:**

Nemocná je čistá, upravená, spokojná a cítí se dobře. Hygienu o dutinu ústní a česání vlasů zvládá bez pomoci.

Před propuštěním pacientka zvládla kompletní hygienu bez dopomoci a v hodnocení dle Barthelova testu dosáhla 90 bodů, což značí lehkou závislost ( viz Barthelův test – příloha č. 3).

### **4.4.3. Deficit sebezpečí v přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení**

#### **Cíl:**

- nemocná bude schopna sama se najíst, tím že udrží příbor a bude schopna manipulovat s ním

#### **Plán:**

- udržovat přiměřenou teplotu jídla a konzistenci
- upravit pokrm nemocné tak, aby ho byla schopna sníst sama
- uložit jídlo do vzdálenosti, aby nemocná na něj dosáhla
- nacvičovat manipulaci s příborem v rámci rehabilitace

#### **Realizace:**

V prvních dnech hospitalizace jsem se snažila nemocné pomoci při jídle s úpravou potravy do potřebného stavu – nakrájet jí maso, namazat housku. Později jsem se snažila posilovat její nezávislost při jídle a aktivně s ní nacvičovat manipulaci s příborem.

### **Hodnocení:**

Vzhledem k tomu, že pacientka je pravačka a postiženou končetinu má levou, při používání lžice se nevyskytnul žádný problém. Problém nastal až při používání příboru, kde je potřebná vzájemná souhra obou rukou, zejména při krájení masa, při kterém jsem pacientce v prvních dnech vždy pomáhala.

Před propuštěním byla pacientka schopna sama se najíst a použít efektivně příbor.

#### **4.4.4. Deficit soběstačnosti v oblékání z důvodu nervosvalového postižení**

### **Cíl:**

#### **Krátkodobý – do 3 dnů**

- nemocná si zvládne sama obléknout a svléknout pyžamo a nazout boty

#### **Dlouhodobý cíl – při propuštěním**

- nemocná bude schopna se samostatně obléknout a zavázat tkaničky

### **Plán:**

- zjistit míru schopností pacientky při oblékání a svlékání
- pomáhat nemocné při oblékání a svlékání
- posilovat nezávislost v oblékání
- nácvik oblékání ve spolupráci s fyzioterapeutem v rámci rehabilitace

### **Realizace:**

Denně jsem s pacientkou prováděla nácvik oblékání a svlékání, zejména zapínání a rozepínání knoflíků dle doporučení fyzioterapeuta. Snažila jsem se vybrat vhodné oblečení, zejména pyžamovou košili s nízkým počtem knoflíků. Když už pacientka zvládla zapnout 3 – 4 knoflíky samostatně, zvolila jsem kalhoty a pyžamový kabátek, na kterém pacientka v rámci rehabilitace nacvičovala intenzivně zapínání a rozepínání knoflíků.

### **Hodnocení:**

Před propuštěním se nemocná umí sama svléct i obléct, zapnout i rozepnout knoflíky, jen na realizaci potřebuje více času než před vznikem nemoci.

### **4.4.5. Příjem stravy a tekutin menší než tělesná potřeba z důvodu nechutenství**

#### **Cíl:**

##### **Krátkodobý – do 3 dnů**

- pacientka sní alespoň poloviční porci a vypije alespoň 2 litry tekutin denně

##### **Dlouhodobý**

- obnovení apetitu
- udržování optimální tělesné hmotnosti
- bude schopna připravit si stravu v domácím prostředí, nebo bude mít zajištěné obědy v jídelně pro seniory

#### **Plán:**

- zjistit stravovací návyky pacientky, kterým jídlům dává přednost a která nesnáší
- kontaktovat dietní sestru která vybere vhodná jídla a tekutiny
- respektovat osobní přání pacientky při výběru jídla a nápojů s ohledem na předepsanou dietu
- sledovat a zaznamenávat u pacientky celkový denní příjem potravy a tekutin
- dodržovat zásady stolování, zabránit nepříjemným pachům v průběhu stolování
- vybrat vhodnou část příboru
- podávat tekutiny během jídla
- povzbuzovat pacientku při jídle
- informovat pacientku o důležitosti energetických hodnot u jednotlivých potravin, vitamínů a minerálních látek

### **Realizace:**

Po domluvě s dietní sestrou byl pacientce sestaven jídelníček podle její chuti s ohledem na předepsanou dietu. Z jídelníčku se odstranily potraviny které pacientka nemá ráda.

Pravidelně jsem sledovala a zaznamenávala příjem tekutin. Aktivně jsem nabízela tekutiny a povzbuzovala pacientku při jídle.

V rozhovoru s pacientkou jsem jí důkladně vysvětlila důležitosti energetických hodnot u jednotlivých potravin.

### **Hodnocení:**

Od začátku zdravotních problémů pacientka zhubla 4 kg, nyní se ubývání na váze zastavilo.

U pacientky jsem vypočetla index tělesné hmotnosti – body mass index (BMI), podle kterého má pacientka hodnotu 22,5 a to značí přiměřenou hmotnost.

Po změně jídelníčku pacientce začalo chutnat. Více se těšila na jídlo a do tří dnů snědla poloviční porci. Příjem tekutin se zvýšil na 1,5 – 2 litry za den.

#### **4.4.6. Porucha spánku z důvodu nedostatku nočního klidu**

### **Cíl:**

#### **Krátkodobý – do 24 hodin**

- pacientka bude spát v noci klidně alespoň 6 hodin bez probuzení
- pacientka usne do 30 minut po ulehnutí
- pacientka konstatuje zlepšení svého spánku

### **Plán:**

- sledovat průměrnou délku spánku pacientky
- zajistit v nočních hodinách maximálně možný klid na oddělení
- snížit množství stimulů – rozhovory personálu
- udržovat klidné a tiché prostředí, zavřít dveře
- snažit se zaměstnat pacientku, aby se omezil spánek přes den

- nerušit zbytečně spánek pacientky
- umožnit pacientce před spaním činnosti na které je zvyklá
- před spaním vyvětrat pokoj

### **Realizace:**

Z rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že před onemocněním neměla žádné problémy se spánkem, ani neužívala žádné léky na spaní. Porucha spánku se dostavila až při pobytu v nemocnici, kde jí vadí okolní hluk. Z tohoto důvodu jsem se snažila pro ni vytvořit co nejlepší podmínky pro spánek.

Večer před spaním jsem řádně vyvětrala pokoj a upravila lůžko. Snažila jsem se záměrně nerušit spánek pacientky a udržet maximální klid na oddělení.

Pacientce jsem taky doporučila četbu před spaním, aby se jí podařilo lépe usnout.

### **Hodnocení:**

U pacientky zlepšení kvality spánku nastávalo postupně, každým dnem spala v noci o něco déle.

Z rozhovoru jsem zjistila, že po přečtení časopisu před spaním se zkrátil interval usínání asi o půl hodiny. Také vyvětrání před spaním a okolní klid pacientka ohodnotila velmi kladně a lépe se jí usínalo.

Po třech dnech už v noci spala 8 hodin bez probuzení až do ranního měření tělesné teploty. Ráno se cítila odpočatá a svěží.

#### **4.4.7. Pocit strachu a úzkosti z důvodu nesoběstačnosti**

### **Cíl:**

#### **Krátkodobý – do 24 hodin**

- pacientka sdělí z čeho má konkrétně strach
- pacientka sdělí svojí představu o dalším způsobu života

#### **Dlouhodobý**

- pacientka je schopna reálně zvládat subjektivní pocity úzkosti



- projevuje zvýšené sebevědomí

### **Plán:**

- zjistit možné příčiny strachu a úzkosti od pacientky i rodinných příslušníků
- mluvit s pacientem klidně, nespěchat, používat krátké věty a naslouchat jí
- umožnit pacientce popsat pocity, které v minulosti vyvolaly úzkost
- zapojte pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvádět pozornost od problému: rozhlas, čtení, televize, hry, pracovní terapie, návštěva příbuzných nebo přátel
- zapojit rodinu do aktivní spolupráce

### **Realizace:**

S pacientkou jsem trávila každou volnou chvíli. V rozhovoru jsem se jí snažila naslouchat, povzbudit a vysvětlit, že se jedná o aktuální, dočasný stav a do budoucna se tento stav může zlepšit pomocí aktivní rehabilitace a pozitivním postojem k nemoci.

Snažila jsem se pacientce nosit různé časopisy, které jsem jí ráno po cestě na praxi kupovala a tím aspoň trošku odvést její pozornost od vnímání pocitu úzkosti.

### **Hodnocení:**

Na začátku hospitalizace pacientka měla strach, že bude už stále odkázána na pomoc jiných, že už nebude tak soběstačná jako před vznikem nemoci.

Ale postupem času se její stav zlepšoval a ona tím získala přesvědčení, že může být zase všechno jako kdysi a nestane se závislá na jiném člověku. Postupně se tímto přesvědčením strach eliminoval.

#### **4.4.8. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly ( dále jen PŽK)**

### **Cíl:**

- během hospitalizace nedojde se vzniku infekce

- pacientka nevykazuje známky infekce
- nemocná má okolí žilního vstupu klidné, bez známek probíhajícího zánětu

#### **Plán:**

- denně sledovat místo vpichu, provést záznam
- denně PŽK převazovat asepticky
- PŽK přepichovat každé 3 dny
- ošetřit místo vpichu vhodnými prostředky
- sledovat fyziologické funkce, zejména TT, eventuelně laboratorní hodnoty CRP a FW

#### **Realizace:**

Při zavedení PŽK jsem dodržovala aseptický postup. Po zavedení PŽK jsem sledovala žilní vstup, možné projevy zánětu, TT, laboratorní hodnoty CRP a FW.

Při každé aplikaci injekčních a infuzních roztoků jsem se pacientky zeptala na bolestivé pocity.

#### **Hodnocení:**

V den, kdy jsem hodnotila stav pacientky, bylo místo vpichu klidné a bez známek zánětu, TT v rozmezí normy tj. 36,6 °C a laboratorní hodnoty nebyly zvýšené.

#### **4.4.9. Potenciální riziko pádu a poranění z důvodu omezené pohyblivosti**

##### **Cíl:**

- zabránit pádu a poranění pacientky

##### **Plán:**

- poučit pacientku o nebezpečí pádu
- postupná verikalizace pacientky, pro možnost výskytu ortostatické hypotenze

- upravit vhodně okolí lůžka
- zajistit pomůcky pro bezpečí – boty s pevnou patou, berle
- zajistit k ruce signalizaci
- vysvětlit techniku chůze, zajistit doprovod, doporučit vhodnou obuv
- zajistit edukaci fyzioterapeutem o využití jednotlivých prvků speciálních technik při vstávání z lůžka, chůzi po rovině a do schodů

### **Realizace:**

Pacientku jsem poučila o nebezpečí pádu. Vhodně jsem upravila okolí lůžka, odstranila všechny překážky, které by mohly způsobovat pád.

Při nácviku chůze po rovině a do schodů jsem vždy pacientce nejdříve vysvětlila techniku a snažila jsem se ji přidržovat za rameno.

### **Hodnocení:**

Při chůzi pacientka každým dnem získávala větší jistotu. Zpočátku při nejisté chůzi potřebovala hůl, ale před propuštěním už dokázala chodit bez ní.

## 5. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

78 – letá pacientka, léčená pro hypertenzi a diabetes mellitus, ráno 4. 2. 2008 náhle začala pociťovat bolest a točení hlavy, hůře hýbala levostrannými končetinami.

Pacientku přivezl syn k obvodní doktorce, která ji odeslala do neurologické ambulance z které byla pacientka odeslána na interní oddělení k hospitalizaci s podezřením na CMP. Na interním oddělení byla sledována ještě 10 dnů. Hned po příjmu bylo provedeno CT, které potvrdilo že se jedná o poměrně rozsáhlou ischémii a také se odebrala krev na hematologické a biochemické vyšetření a moč na biochemické vyšetření.

Hned první den hospitalizace byl zaveden PŽK a zahájena vasodilatační (Agapurin inj., Oxantil inj.) a antivertiginózní (Torecan inj.) léčba, dále taky byly nasazeny nootropika (Geratam inj.).

Od druhého dne začala intenzivní aktivní i pasivní rehabilitace - nácvik každodenních činností a sebezpěče . A dále pokračovala infuzní terapie.

Třetí den hospitalizace pacientka začala nacvičovat postupné vstávání z lůžka a chůzi, s dopomocí se jí podařilo dojít na záchod.

Prvních pět dnů byla chůze nejistá. Pacientka se bála pádu. Od pátého dne postupně pacientka získávala jistotu v chůzi po rovině a od devátého dne i do schodů.

Během hospitalizace se levostranná hemiparéza upravovala k normě. Výrazně se zlepšila tělesná hybnost i psychický stav nemocné. Na konci hospitalizace byla pacientka plně soběstačná.

Do domácího ošetřování byla přepuštěna dne 13. 2. 2008 s doporučením pokračování v intenzivní rehabilitaci.

## 6. EDUKACE NEMOCNÉHO

Edukace zastává důležitou roli v ošetrovatelské péči o nemocného po CMP. Jedním z cílů moderního ošetrovatelství je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a kulturním prostředím (Staňková; 1996).

Cílem edukace bylo informovat pacientku v oblasti výživy, rehabilitace, prevence CMP.

- **edukace v oblasti výživy**

U pacientky byla potřebná reedukace o nutnosti dodržování diabetické diety. Pacientka obdržela opakovaně informace o nutnosti vyloučit z jídelníčku potraviny, které obsahují sacharidy ve volné formě, tj. cukr, med, džem, čokoláda a zvýšit příjem ryb, zejména mořských.

Pacientku jsem také poučila o správné výživě všeobecně. O tom, jak je důležitý v jídelníčku podíl ovoce a zeleniny, které jsou bohaté na vlákninu, dále omega 3 mastné kyseliny, které snižují hladinu cholesterolu a tuku v krvi. Ve stravě je vhodné omezit příjem živočišných tuků (vepřového masa, másla, sádla, vajec, uzenin, plnotučného mléka), dále smažených jídel a bílého pečiva. Doporučuje se také omezit příjem alkoholu (zejména destilátů a nadměrného pití piva). Dál jsem pacientku poučila o důležitosti přijímání dostatku tekutin, alespoň 2 l/den. Nejvhodnější tekutinou je čistá, neperlivá voda.

- **edukace v oblasti rehabilitace**

Mojí snahou bylo poskytnout rady při vykonávání běžných každodenních činností (hygiena, oblékání, svlékání, nazouvání bot, zavázání tkaniček, používání příboru apod.) a tím dosáhnout úplnou soběstačnost pacientky. Správné zásady nácvičku běžných životních úkonů jsem uvedla v příloze.

Rodina byla také seznámena s rehabilitačním cvičením pacientky a aktivně se zapojila, tak bude zabezpečena následná kvalitní péče v oblasti rehabilitace v domácím prostředí. Podmínkou kvalitního domácího ošetrování je plná informovanost rodiny o ošetrovatelských a rehabilitačních postupech.

- **edukace v oblasti prevence CMP**

Pacientku jsem seznámila s rizikovými faktory CMP. Poučila jsem pacientku o tom jak je důležitý pohyb. Každý den se věnovat alespoň 30 minut fyzické aktivitě, jako jsou procházky, práce na zahradě. Pravidelně si měřit krevní tlak a chodit na preventivní prohlídky.

Po informování pacientky a rodiny jsem se řádně ujistila zda mým doporučením rozumí, zreprodukováním všech informací.

## **7. PROGNÓZA**

Prognóza pacientky je velmi dobrá, protože v průběhu hospitalizace došlo k dosažení úplné soběstačnosti a nezávislosti.

V průběhu celé hospitalizace pacientka aktivně spolupracovala při vykonávání každodenních činností. Z části i tento postoj zjednodušil a urychlil rekonvalescenci.

Nemocná se vrátila do svého domácího prostředí bez závažnějších komplikací a následků.

## 8. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem nastínila obraz péče o nemocné po cévní mozkové příhodě. Práce se skládá ze tří částí.

V klinické části se věnuji anatomii mozkového cévního zásobení, fyziologii a patofyziologii mozkového prokrvení, rozdělení cévních mozkových příhod, rizikovým faktorům, diagnostice, terapii, prevenci a prognóze CMP.

V další části jsou základní informace o nemocné uvedené z lékařské dokumentace.

V ošetrovatelské části je zpracovaný ošetrovatelský proces. Patientku jsem zhodnotila podle modelu Hendersonové a rozvíjeným Nancy Roperovou, Winifred Pohanovou a Alison Tiernerovou. Poté jsem se zaměřila na stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů, plánů, realizace a hodnocení.

Všechny předem zvolené cíle se podařilo u pacientky splnit. Postupně se podařilo u pacientky dosáhnout úplné soběstačnosti.

Po propuštění pacientky do domácího prostředí se o pacientku bude starat její přítel, který s ní žije v panelovém domě a její dva synové, kteří jsou jí velkou oporou.

Pacientka byla informována o režimu v době rekonvalescence.



## 9. SEZNAM ZKRATEK

<b>a.</b>	arteria
<b>aa.</b>	arterae
<b>ALT</b>	alaninaminotransferáza
<b>amp.</b>	ampule
<b>AST</b>	aspartátaminotransferáza
<b>BMI</b>	body mas index
<b>CMP</b>	cévní mozková příhoda
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>CRP</b>	C- reaktivní protein
<b>CT</b>	computer tomograf
<b>DF</b>	dechová frekvence
<b>DK</b>	dolní končetiny
<b>DM</b>	diabetes mellitus
<b>DSA</b>	digitální subtrakční angiografie
<b>EEG</b>	elektro encefalo gram
<b>FR</b>	fyziologický roztok
<b>ICHDK</b>	ischemická choroba dolních končetin
<b>ICHS</b>	ischemická choroba srdeční
<b>inj.</b>	injekčně
<b>IS</b>	indikační skupina
<b>i.v.</b>	intravenózně
<b>KI</b>	kontra indikace
<b>n.</b>	nervus
<b>MR</b>	magnetická rezonance
<b>NÚ</b>	nežádoucí účinky
<b>PAD</b>	per orální antidiabetika
<b>PŽK</b>	periferní žilní katetr
<b>RIND</b>	reverzibilní ischemický deficit
<b>SONO</b>	ultrasonografie
<b>tbl.</b>	tableta

<b>TF</b>	tepová frekvence
<b>TIA</b>	transitorní ischemická ataka
<b>TK</b>	tlak krve
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>v.</b>	vena
<b>%</b>	procenta

## 10. SEZNAM LITERATURY

1. Adams, B., Herold, C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-893-8
2. Červinková, E. et.al. Ošetrovatelské diagnózy. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-358-9
3. Kalvach, P. et.al. Mozkové ischémie a hemoragie. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1988
4. Feigin, V. Cévní mozková příhoda. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
5. Káš, S. et.al. Neurologie pro praktické lékaře. Praha: Scientia Medica, 1993. ISBN 80-85526-20-4
6. Kozler, P. Základy neurochirurgie. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-377-6
7. LEMON 1. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno: IDVZP, 1997. ISBN 80-7013-234-5
8. Mádlová, I. et.al. Příručka pro ošetrování pacienta s cévní mozkovou příhodou. Praha: Česká asociace sester, 1998
9. Mumenthaler, M., Mattle, H. Neurologie. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-545-9
10. Nevšimalová, S., Růžička, E. a Tichý, J. et.al. Neurologie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2
11. Orszagh, J. Cévní mozkové příhody. Praha: Brána, 1995. ISBN 80-901783-8-3
12. Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3
13. Pinat, Z. Vademekum praktického lékaře. Vybrané kapitoly z obecné a speciální neurologie. Praha: 1993
14. Staňková, M. České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-282-5
15. Staňková, M. České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-283-3

16. Staňková, M. České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
17. Staňková, M. Základy teorie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996
18. Šamánková, M., Hušková, M. a Matoušovic, K. Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult. Praha: Karolinum, 2003. 32 s. ISBN 80-246-0477-9
19. Trachtová, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4
20. Zdravotní dokumentace nemocné

## **11. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Ošetrovatelský záznam

Příloha č. 2 – Ošetrovatelský plán

Příloha č. 3 – Barthelův test všedních činností (ADL)

Příloha č. 4 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Příloha č. 5 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové

Příloha č. 6 – Reedukace běžných životních úkonů

## Příloha č. 1

<b>Ošetřovatelský záznam</b>	
<b>Jméno a příjmení:</b> P.M.	
<b>Věk:</b> 78 let	<b>Povolání:</b> důchodkyně, kuchařka
<b>Vyznání:</b> bez vyznání	<b>Národnost:</b> česká
<b>Adresa:</b> /	<b>Telefon:</b> /
<b>Osoba, kterou lze kontaktovat:</b> syna	
<b>Oslovení:</b> paní M.	
<b>Datum přijetí:</b> 4.2.2008	
<b>Hlavní důvod přijetí:</b> stav po ischemické CMP	
<b>Lékařská diagnóza:</b> 1. CMP (ischemická) s vertigem a lehkou levostrannou hemiparézou 2. Diabetes mellitus II. typu - na perorálních antidiabetikách (od roku 1995) 3. Hypertenze (na terapii 1 rok) 4. Osteoporosa 5. Glaukom	
<b>Jak je nemocný informován o své diagnóze?</b> Velmi dobře	
<b>Osobní anamnéza:</b> DM II. typu na perorálních antidiabetikách od roku 1995, Hypertenze na terapii cca 1 rok, status post sectio caesarea , osteoporosa, glaukom.	
<b>Rodinná anamnéza:</b> Pacientka pochází z dvojvaječných dvojčat, sestra - dvojče zemřela v 59 letech na následky polytraumatu . Otec zemřel v 77 letech na infarkt myokardu a matka po porodu.	
<b>Vyšetření:</b> TK 150/80 , TF 75/min., DF 16/min., TT 36,6 °C, laboratorní vyšetření, CT mozku, EKG, RTG srdce a plic, neurologické vyšetření	
<b>Terapie:</b> <u>Chronická medikace:</u> Maninil 5 mg tbl. (1-1/2-0), Lorista 50mg tbl. (1-0-0), <u>Medikace v nemocnici:</u> Anopyrin 100mg (0-1-0), Oxantil 2 ampule i.v. po 6 hodinách, Geratam 3g i.v., Torecan 1 amp. ve 500 ml FR Agapurin 1 amp. ve 500 ml FR	
<b>Alergie:</b> PNC	
<b>Nemocná má u sebe tyto léky:</b> nemá žádné	

<b>Je poučena, že je nemá brát</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
<b>jak je má brát</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
<b>Psychickým stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)</b> Pacientka je při vědomí, orientována, klidná, nálada úzkostná		
<b>Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci)</b> Bydlí v bytě s přítelem, příbuzní- 2 synové		
<b>I. Jak pacientka vnímá svoji nemoc a hospitalizaci, co očekává:</b>		
<b>1. Proč jste přišla do nemocnice (k lékaři)?</b>		
Do nemocnice pacientku přivezl její syn, protože si stěžovala na bolest hlavy, silné závratě v důsledku čeho doma několikrát upadla.		
<b>2. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?</b>		
Ano, byla jsem zvyklá často chodit na procházky, mám strach o druhu.		
<b>3. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?</b>		
Doufám, že se můj zdravotní stav zlepší a půjdu domů.		
<b>4. Jak dlouho tu podle vás budete?</b>		
Nevím, asi do té doby než se začnu lépe pohybovat.		
<b>5. Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?</b>		
Druh a synové.		
<b>6. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?</b>		
Druh se bude muset o sebe postarat sám.		
<b>7. Může vás někdo z rodiny navštěvovat?</b>		
Ano, druh a synové.		
<b>8. Co ráda děláte ve volném čase?</b>		
Doma jsem chodila pravidelně na procházky se svým přítelem do přírody. Pracovala ve své zahrádce, vařila a přečetla si dobrou knížku.		

<b>II. <u>Specifické základní potřeby:</u></b>
<b>1. Pohodlí, odpočinek, spánek</b>
<b>a) Bolest / nepohodlí</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pocítujete bolest nebo něco nepříjemného?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Měla jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už předtím?</b> x ano <input type="checkbox"/> ne <b>pokud ano, upřesněte</b> Doma jsem měla bolest hlavy. <b>Jak dlouho?</b> Asi měsíc.</li> <li>- <b>Na čem je vaše bolest závislá?</b> Nevím.</li> <li>- <b>Co jste dělala pro úlevu bolestí (obtíží)?</b> Vzala jsem si prášek.</li> <li>- <b>Došlo po naší léčbě k úlevě?</b> Bolesti ustoupily.</li> <li>- <b>Pokud budete mít u nás potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?</b> Dát mi prášek.</li> </ul>
<p><b>Hodnocení sestry:</b> Pacientka doma pocítovala bolest hlavy asi měsíc, nyní bolesti hlavy nepocítuje.</p>
<b>b) Odpočinek / spánek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přijela do nemocnice?</b> x ano <input type="checkbox"/> ne <b>pokud ano, upřesněte</b> Často se v noci budím a pak nemůžu usnout.</li> <li>- <b>Měl jste potíže i doma?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Usínáte obvykle těžko?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Usínám dobře, do několika minut.</li> <li>- <b>Budíte se příliš brzy?</b> Ne, kolem 7 hodiny.</li> <li>- <b>Co podle vás způsobuje vaše potíže?</b> Pobyť v nemocnici.</li> <li>- <b>Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?</b> Ne.</li> <li>- <b>Berete doma léky na spaní?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho?</b> Po obědě si jdu lehnout na 1 hodinu.</li> </ul>
<p><b>Hodnocení sestry:</b> Pacientka má nyní potíže s usínáním, v noci se často budí, protože jí ruší okolní hluk. A ráno je velmi brzy buzena sestrou na měření tělesné teploty. Pak pospává v průběhu dne a cítí se unavená.</p>



<b>2. Osobní péče</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Můžete si všechno udělat sama?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Potřebujete pomoc při mytí?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Potřebujete pomoc při čištění zubů?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Máte obvykle kůži</b> <input checked="" type="checkbox"/> suchou <input type="checkbox"/> mastnou <input type="checkbox"/> normální</li> <li>- <b>Pokud máte problémy, jak si ošetřujete pleť?</b> Indulonou</li> <li>- <b>Potřebujete pomoc při koupání?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Kdy se obvykle koupete?</b> Večer.</li> </ul>	
<b>Hodnocení sestry:</b>	
Působí čistotným dojmem, nyní pacientka potřebuje dopomoc při mytí, oblékání. Péče o dutinu ústní zvládá téměř bez pomoci, jen s malou asistencí.	
<b>3. Bezpečí</b>	
<b>a) lokomotorické funkce</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Máte problémy s chůzí?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>pokud ano, upřesněte.</b> Při chůzi se cítím nejistá.</li> <li>- <b>Měl jste potíže s chůzí už předtím?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> nevím <b>pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?</b> Určitě dobře, pravidelnou rehabilitací.</li> </ul>	
<b>b) zrak</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Máte nějaké potíže se zrakem?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>pokud ano, upřesněte</b> Potřebuji brýle na čtení.</li> <li>- <b>Nosíte brýle?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?</b> Ne.</li> </ul>	
<b>c) sluch</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Slyšíte dobře?</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</li> </ul>	

**Hodnocení sestry:**

Po rozvoji CMP došlo k částečné imobilizaci. V současnosti pacientka přejde na toaletu s holí za asistence ošetřovatelského personálu. Při chůzi se cítí nejistá, potřebuje doprovod. Pacientka potřebuje brýle na čtení.

**4. Strava / dutina ústní****a) Jak vypadá váš chrup?**

dobrý     vadný

**- Máte zubní protézu?**

horní     dolní     žádnou

**- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?**

ano     ne

**- Máte rozbolavělá ústa?**

ano     ne

**b) Myslíte, že máte tělesnou váhu**

přiměřenou     vyšší (o kolik?)     nižší (o kolik?)

**c) Změnila se vaše váha v poslední době?**

ano     ne

**pokud ano, o kolik kg jste zhubla/ přibrala?** Zhubla jsem 4 kg.

**d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?**

ano     ne

**- Co obvykle jíte? Kuřecí, nebo rybí maso****- Je něco, co nejíte?**

ano     ne

**pokud ano, co a proč?** Od dětství nemám ráda rýži a mrkev.

**- Máte zvláštní dietu?**

ano     ne

**pokud ano, jakou?** Diabetickou dietu.

**- Měla jste nějakou dietu, než jste byla hospitalizována?**

ano     ne

**pokud ano, upřesněte** Diabetickou.

**- Měla jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišla do nemocnice?**

ano     ne

**- Co by mohlo váš problém vyřešit?****- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?**

ano     ne

**pokud ano, očekáváte, že ji budete schopna dodržovat?** Ano, neměl by to být problém.

**Hodnocení sestry:**

Nemocniční strava pacientce moc nechutná. Od začátku zdravotních problémů pacientka zhubla 4 kg, nyní se ubývání na váze zastavilo. Drží diabetickou dietu. Má potíže s použitím příboru, potřebuje dopomoc s nakrájením zejména masa.

**5. Tekutiny****- Změnila jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněla?**

zvýšit  snížil  nezměnil

**- Co rád pijete?**

vodu  mléko  ovocné šťávy  kávu  čaj  nealkoholické nápoje

**- Co nepijete ráda? Nepiji vůbec alkohol.****- Kolik tekutin vypijete? Kolem 1 litru.****- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano.****Hodnocení sestry:**

Pacientka denně vypije kolem 1 litru tekutin, především minerálky. Teď je nucena vypít aspoň 1,5 - 2 litry tekutin denně, ale její příjem je stále menší než tělesná potřeba.

**6. Vyprazdňování****a) střeva****- Máte obvykle  normální stolici  zácpu  průjem****- Jak často chodíte obvykle na stolici? 1 x denně****- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ráno****- Berete si projímadlo?**

pravidelně  často  příležitostně  nikdy

**- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnila?**

ano  ne

**pokud ano, co to je?** kompoty

**- Máte nyní problémy se stolicí?**

ano  ne

**pokud ano, jak by se daly řešit?** Nechci se vyprazdňovat na míse.

**b) močení****- Měla jste potíže s močením před příchodem do nemocnice?**

ano  ne

**pokud ano, upřesněte**

**Jak jste je zvládala?**

**- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? Žádné problémy nemám.****- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?**

ano  ne

<b>pokud ano, myslíte, že to zvládnete?</b>
<p><b>Hodnocení sestry:</b>  Ze začátku hospitalizace pacientka trpěla zácpou, protože se styděla žádat o mísu a vykonávat potřebu v přítomnosti jiných pacientek. Po 3 dnech hospitalizace začala pacientka chodit s doprovodem na záchod a frekvence stolic se upravila.</p>
<b>7. Dýchání</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Měla jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  <b>pokud ano, upřesněte</b></li> <li>- <b>Měla jste potíže před příchodem do nemocnice?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  <b>pokud ano, upřesněte</b>  <b>Jak jste je zvládala?</b></li> <li>- <b>Máte nyní potíže s dýcháním?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  <b>pokud ano, co by vám pomohlo?</b></li> <li>- <b>Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> nevím  <b>pokud ano, zvládnete to?</b></li> <li>- <b>Kouříte?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  <b>pokud ano, kolik?</b></li> </ul>
<p><b>Hodnocení sestry:</b>  Nemocná žádné potíže s dechem neudává. Dýchá spontánně.</p>
<b>8. Kůže</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pozorujete změny na kůži?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Svědí vás kůže?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> </ul>
<p><b>Hodnocení sestry:</b> Kůže čistá, bez vyrážek.</p>
<b>9. Aktivita / cvičení / záliby</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?</b> Ne, jsem v důchodu.</li> <li>- <b>Máte potíže pohybovat se v domácnosti?</b>  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- <b>Máte doporučené nějaké cvičení?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  <b>pokud ano, upřesněte</b> Cvičím s fyzioterapeutem.</li> </ul>

<p>- <b>Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>- <b>Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?</b> Čtení časopisů, rozhovor se spolupacientkami.</p> <p>- <b>Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?</b> Zabezpečit mi nějaké časopisy.</p>
<p><b>Hodnocení sestry:</b>  Pravidelně cvičí s fyzioterapeutem. Nyní v nemocnici pacientka čte převážně časopisy a dlouhé chvíle si krátí rozhovorem s dalšími pacientkami na pokoji.</p>
<p><b>10. Sexualita</b></p>
<p><b>Hodnocení sestry:</b>  Pacientka nepovažovala za potřebné o tom mluvit. Je vdova a už 27 let žije s přítelem. Má dva syny.</p>
<p><b>11. Různé</b></p>
<p>- <b>Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>- <b>Máte dostatek informací o nemocničním režimu?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?</b>  Ne.</p>

<b>III. Jak sestra nemocného souhrnně vidí:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> snadno odpovídá <input checked="" type="checkbox"/> odpovídá váhavě <input checked="" type="checkbox"/> neptá se <input checked="" type="checkbox"/> mlčenlivý <input checked="" type="checkbox"/> hovorný <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> úzkostlivý <input checked="" type="checkbox"/> vyděšený <input checked="" type="checkbox"/> nejistý <input checked="" type="checkbox"/> nedůvěřivý <input checked="" type="checkbox"/> rozzlobený	<input type="checkbox"/> smutný <input checked="" type="checkbox"/> rychle chápe <input type="checkbox"/> pomalu chápe <input type="checkbox"/> nechápavý <input type="checkbox"/> aktivní <input checked="" type="checkbox"/> přizpůsobivý <input type="checkbox"/> nepřizpůsobivý <input checked="" type="checkbox"/> psychicky stabilní <input type="checkbox"/> psychicky labilní <input checked="" type="checkbox"/> dobře se ovládá <input type="checkbox"/> špatně se ovládá

**Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:**

- Potíže s usínáním.
- Potřebuje dopomoc při mytí, oblékání.
- Při chůzi se cítí nejistá. Potřebuje doprovod.
- Pomoc při jídle s nakrájením zejména masa.
- Snížený příjem stravy a tekutin– nechutenství.
- Zajištění informací.
- Plnění ordinací

Příloha č. 2

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé	Plán péče	Efekt péče	Datum Podpis
6.2.	Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení	<p><b>a) krátkodobý do 3 dnů</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka zvládne samostatně sed na lůžku se spuštěnými DK</li> <li>• zvládne samostatně stoj u lůžka a v doprovodu sestry dojde na toaletu</li> <li>• zná všechny možnosti léčby, bezpečnostních opatření a používání vhodných pomůcek usnadňující pohyb</li> <li>• chápe omezení mobility</li> </ul> <p><b>b) dlouhodobý – v době přepuštění</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nemocná bude mít zlepšenou úroveň pohyblivosti, jistější pohyb</li> <li>• nemocná předvede, že umí používat vhodné pomůcky usnadňující pohyb: berle a hole</li> <li>• zvládne samostatně chůzi po rovině, do schodů s pomocí kompenzačních pomůcek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhodnotit úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu</li> <li>• povzbuzovat pacientku ke zvýšenému pohybu</li> <li>• dbát na bezpečnost nemocné s fyzioterapeutmi naplánovat rehabilitační plán</li> <li>• co nejdříve zahájit rehabilitační plán</li> <li>• ponechat pacientce dostatek času na jednotlivá cvičení</li> <li>• zajistit nemocné brázdičku na postel a vysvětlit její používání</li> <li>• stolek nemocné přistavit k postižené straně, aby byla schopna sebeobsluhy zdravou rukou</li> <li>• zajistit přístup k lůžku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umí se sama posadit, vstát z postele</li> <li>• je schopna dojít si bez pomoci druhé osoby na toaletu</li> <li>• chůzi do schodů zvládá s pomocí</li> <li>• v hodnocení dle Barthelova testu dosáhla 90 bodů – lehká závislost</li> </ul>	12.2.2008

<b>Datum</b>	<b>Ošetřovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
6.2.	Deficit sebedpěče v hygieně z důvodu pohybového omezení	<b>a) krátkodobý do 3 dnů</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nemocná se bude cítit čistá, upravená a spokojená</li> <li>zvládne vyčistit dutinu ústní bez pomoci</li> <li>zvládne se učesat bez pomoci</li> </ul> <b>b) dlouhodobý</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dosáhne maximální míry soběstačnosti a je seznámena se všemi možnostmi profesionální i laické pomoci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zhodnotit úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu</li> <li>zjistit míru schopnosti pacientky provádět péči o dutinu ústní, celkovou koupel</li> <li>zjistit míru schopnosti pacientky provádět česání a stříhání nehtů</li> <li>zapojit pacientku do aktivní účasti při provádění hygieny</li> <li>provádět hygienu alespoň 2krát denně</li> <li>udržovat intimitu nemocné</li> <li>dodržovat zásady bezpečnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nemocná je čistá, upravená a spokojená</li> <li>zvládá kompletní hygienu bez pomoci</li> </ul>	12.2.2008
6.2.	Deficit sebedpěče v přijímání stravy z důvodu nervosvalového postižení	<ul style="list-style-type: none"> <li>nemocná bude schopna sama se najíst, tím že udrží příbor a bude schopna manipulovat s ním</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>udržovat přiměřenou teplotu jídla a konzistenci</li> <li>upravit pokrm nemocné tak, aby ho byla schopna sníst sama</li> <li>uložit jídlo do vzdálenosti, aby nemocná na něj dosáhla</li> <li>nacvičovat manipulaci s příborem v rámci rehabilitace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientka je schopna sama se najíst a použít efektivně příbor</li> </ul>	12.2.2008



<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
6.2.	Deficit soběstačnosti v oblékání z důvodu nervosvalového postižení	<b>a) krátkodobý do 3 dnů</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nemocná si zvládne sama obléknout a svléknout pyžamo a nazout boty</li> </ul> <b>b) dlouhodobý cíl – při propuštění</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nemocná bude schopna se samostatně obléknout a zavázat tkaničky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zjistit míru schopnosti pacientky při její částečné nesoběstačnosti</li> <li>pomáhat nemocné při oblékání a svlékání</li> <li>posilovat nezávislost v oblékání</li> <li>nácvik v oblékání ve spolupráci s fyzioterapeutem v rámci rehabilitace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientka se umí sama svléct i obléct, zapnout i rozepnout knoflíky</li> </ul>	12.2.2008
6.2.	Příjem stravy a tekutin menší než tělesná potřeba z důvodu nechutenství	<b>a) krátkodobý do 3 dnů</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pacientka bude přijímat dostatečné množství živin a alespoň 2 litry tekutin denně</li> </ul> <b>b) dlouhodobý</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>obnovení apetitu</li> <li>udržování optimální tělesné hmotnosti</li> <li>bude schopna připravit si stravu v domácím prostředí, nebo bude mít zajištěné obědy v jídelně pro seniory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zjistit stravovací návyky pacientky, kterým jídlům dává přednost a která nesnáší</li> <li>kontaktovat dietní sestru která vybere vhodná jídla a tekutiny</li> <li>respektovat osobní přání pacientky při výběru jídla a nápojů s ohledem na předepsanou dietu</li> <li>sledovat a zaznamenávat celkový příjem potravy a tekutin</li> <li>dodržovat zásady stolování</li> <li>vybrat vhodnou část příboru</li> <li>podávat tekutiny během jídla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientka přijímá dostatečné množství živin</li> <li>příjem tekutin se zvýšil na 1,5 – 2 litry za den</li> <li>zlepšila se chuť k jídlu</li> </ul>	12.2.2008

<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
6.2.	Porucha spánku z důvodu nedostatku nočního klidu	<b>a) krátkodobý do 24 hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka bude spát v noci klidně alespoň 6 hodin bez probuzení</li> <li>• pacientka usne do 30 minut po ulehnutí</li> <li>• pacientka konstatuje zlepšení svého spánku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sledovat průměrnou délku spánku pacientky</li> <li>• zajistit v nočních hodinách maximálně možný klid na oddělení</li> <li>• snížit množství stimulů</li> <li>• udržovat klidné a tiché prostředí, zavřít dveře</li> <li>• snažit se zaměstnat pacientku, aby se omezil spánek přes den</li> <li>• nerušit zbytečně spánek pacienta</li> <li>• umožnit pacientce před spaním činnosti na které je zvyklá</li> <li>• před spaním vyvětrat pokoj</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka spí celou noc v průměru 8 hodin bez probuzení</li> <li>• cítí se svěží a odpočatá</li> </ul>	12.2.2008
6.2.	Pocit strachu a úzkosti z důvodu nesoběstačnosti	<b>a) krátkodobý do 24 hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka sdělí z čeho má konkrétně strach</li> <li>• pacientka sdělí svojí představu o dalším způsobu života</li> </ul> <b>b) dlouhodobý</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka je schopna reálně zvládat subjektivní pocity úzkosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistit možné příčiny strachu a úzkosti</li> <li>• mluvit s pacientem klidně, nespěchat, používat krátké věty a naslouchat jí</li> <li>• umožnit pacientce popsat pocity, které v minulosti vyvolaly úzkost</li> <li>• zapojit pacientku do nejrůznějších aktivit</li> <li>• zapojit rodinu do aktivní spolupráce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• postupná eliminace strachu a úzkosti u pacientky</li> <li>• pacientka zvládá subjektivní pocity úzkosti</li> <li>• projevuje zvýšené sebevědomí</li> </ul>	12.2.2008

<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
6.2.	Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly	<ul style="list-style-type: none"> <li>• během hospitalizace nedojde ke vzniku infekce</li> <li>• pacientka nevykazuje známky infekce</li> <li>• okolí žilního vstupu má klidné, bez známek probíhajícího zánětu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• denně sledovat místo vpichu, provést záznam</li> <li>• denně PŽK převazovat asepticky</li> <li>• PŽK přepichovat každé 3 dny</li> <li>• ošetřit místo vpichu vhodnými prostředky</li> <li>• sledovat fyziologické funkce, zejména TT, CRP, FW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• žilní vstup je klidný a bez známek zánětu</li> <li>• TT v rozmezí normy a laboratorní hodnoty nebyly zvýšené</li> <li>• žilní vstup ex</li> </ul>	12.2.2008
6.2.	Potenciální riziko pádu z důvodu omezené pohyblivosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zabránit pádu a poranění pacientky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poučit pacientku o nebezpečí pádu</li> <li>• postupná vertikalizace pacientky, pro možnost výskytu ortostatické hypotenze</li> <li>• upravit vhodně okolí lůžka</li> <li>• zajistit pomůcky pro bezpečí – boty s pevnou patou, berle</li> <li>• zajistit k ruce signalizaci</li> <li>• vysvětlit techniku chůze, zajistit doprovod, doporučit vhodnou obuv</li> <li>• zajistit edukaci fyzioterapeutem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• k žádnému pádu nedošlo</li> </ul>	12.2.2008

**Příloha č. 3**

<b>Barthelův test základních všedních činností (ADL)</b> ( activities of daily living )				
			<i>datum</i>	
<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Body</b>	<b>6. 2. 08</b>	<b>12. 2. 08</b>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
3. koupání	samostatně bez pomoci	10	<b>0</b>	<b>5</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10	<b>10</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10	<b>10</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10	<b>5</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	<b>0</b>	<b>5</b>
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
<b>Skóre</b>			<b>50 bodů</b>	<b>90 bodů</b>
<b>Hodnocení</b>	<b>0-40 bodů: vysoce závislý</b> <b>45-60 bodů: závislost středního stupně</b> <b>65-95 bodů: lehce závislý</b> <b>100 bodů: nezávislý</b>			

**Příloha č. 4**

<b>Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta</b> (součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006	
<b>Rizikové faktory pro vznik pádu</b>	
<b>Anamnéza</b>	
DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
věk 65 let a více	<b>2 body</b>
pád v anamnéze	<b>1 bod</b>
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
zrakový / sluchový problém	1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)	<b>1 bod</b>
<b>Vyšetření</b>	
Soběstačnost	
- úplná	0 bodů
- částečná	<b>2 body</b>
- nesoběstačnost	3 body
Schopnost spolupráce	
- spolupracující	<b>0 bodů</b>
- částečně spolupracující	1 bod
- nespolečující	2 body
<b>Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)</b>	
Míváte někdy závratě ?	<b>3 body</b>
Máte v noci nucení na močení ?	1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	<b>1 bod</b>
<b>Celkem</b>	<b>10 bodů</b>
<b>Hodnocení</b>	0 – 4 body <b>5 – 13 bodů</b> 14 – 19 bodů Bez rizika <b>Střední riziko</b> Vysoké riziko

Příloha č. 5

**Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové  
(modifikovaná)**

	<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>3 body</b>	<b>4 body</b>	<b>body</b>
<b>Schopnost spolupráce (motivace)</b>	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná	<b>3</b>
<b>Věk (let)</b>	nad 60	pod 60	pod 30	pod 10	<b>1</b>
<b>Stav pokožky</b>	Rány, alergické rozedření kůže	Vlhká	Suchá, šupinatá	Normální	<b>3</b>
<b>Přidružené onemocnění</b>	Trombóza, onemocnění tepen, nádory	Roztroušená skleróza, obezita	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné	<b>3</b>
<b>Fyzický stav</b>	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobrý	<b>3</b>
<b>Psychický stav</b>	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý	<b>4</b>
<b>Aktivita</b>	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící	<b>3</b>
<b>Pohyblivost</b>	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená	<b>3</b>
<b>Inkontinence</b>	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není	<b>4</b>
<b>Celkem</b>					<b>27 bodů</b>
<b>Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové:</b>	<b>žádné (více než 26 bodů)</b> nízké (25-24 bodů) střední (23-19 bodů) vysoké (18-14 bodů) velmi vysoké (13-9 bodů)				

## Příloha č. 6

### Reedukace běžných životních úkonů

#### Zásady nácvičku: průvodce taktilní – kinestetickou léčbou

#### NĚKTERÉ ZAKLÁDNÍ PRINCIPY :

- Problémy se řeší společně s pacientem
- Pacientovi se předkládají účelné úkoly
- Terapeut drží ve svých dlaních pacientovi ruce až po konečky prstů a stejnosměrně je tiskne
- Terapeut musí mít vypracován jasný léčebný plán
- Pacient se svými rukama dotýká pracovní plochy
- Při práci s pacientem používá terapeut obě ruce
- Terapeut vede celé tělo pacienta
- Nejdříve se pacient dotkne předmětu a teprve potom mu terapeut pomůže spastickou rukou předmět uchopit
- Pacient během vedení pohybu s pacientem mluví
- Terapeut stabilizuje jednu polovinu těla a teprve potom pohybuje rukou

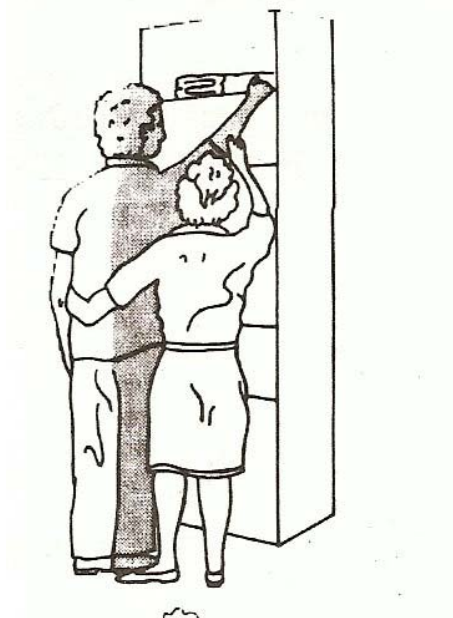
### VÝBĚR OBLEČENÍ A TOALETNÍCH POTŘEB

#### Pacient:

- Vybírá potřebné ošacení
- Je nutno dbát na správné přenesení váhy na ochrnutou dolní končetinu

#### Terapeut:

- Stojí na pacientově ochrnuté straně
- Pomáhá mu pohybovat postiženou horní končetinou
- Kontroluje jeho rovnováhu



## SVLÉKÁNÍ

### Pacient:

- Udržuje rovnováhu vsedě
- Ochrnutá končetina je svěšena mezi kolena, aby se předešlo spasticitě
- Zdravou rukou si přetáhne oděv přes hlavu
- Vytáhne zdravou HK z rukávu, který je fixován mezi ochrnutou paží a kolenem
- Zdravou rukou stáhne rukáv i z postižené HK

### Terapeut:

- Kontroluje udržování rovnováhy vsedě, protažení ramene na postižené straně a správnou polohu ochrnuté HK



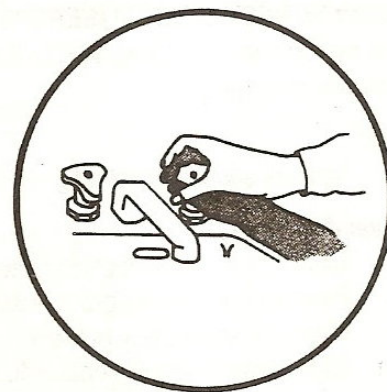
## OVLÁDÁNÍ VODOVODNÍCH KOHOUTKŮ

### Pacient:

- Sedí na obyčejné židli nebo na stoličce
- Zazátkuje výlevku
- Otáčí kohoutkem
- Zdravou rukou kontroluje teplotu vody

### Terapeut:

- Vede obě ruce



## UMÝVÁNÍ ZDRAVOU RUKOU OBLIČEJE OCHRNUITÉ HK

### Pacient:

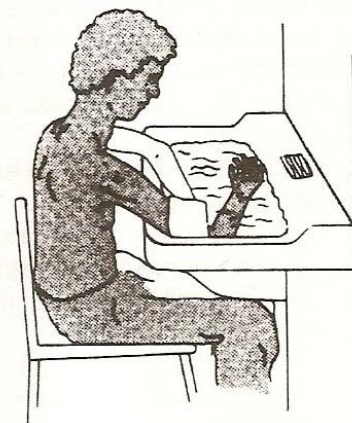
- Udržuje stabilitu vsedě
- Ochrnuté předloktí a ruku vloží do umyvadla
- Omývá se

### Terapeut:

- Kontroluje udržování rovnováhy vsedě

### Poznámka:

- udržování správného sedu: tělo je v mírném předklonu, rameno na ochrnuté straně je protažené





## NAVLÉKÁNÍ ŽÍNKY NA NEPOSTIŽENOU RUKU

### Pacient:

- Navléká si žínku na nepostiženou ruku

### Terapeut:

- Vede ochrnutou ruku, aby pomáhala rozevírat žínku

### Poznámka:

- Dbát na to, aby postižená paže byla stále v uvolněné poloze



## OMÝVÁNÍ ZDRAVÉ RUKY HORNÍ KONČETINY OCHRNUKOU RUKOU

### Pacient:

- Zdravou rukou si navlékne žínku na ochrnutou žínku na ochrnutou ruku
- Zdravou paži opře před sebou o umyvadlo nebo mycí stolek

### Terapeut:

- Vede ochrnutou HK při pomalém omývání zdravé HK
- Podpírá loket postižené HK
- Dbá na to, aby bylo rameno postižené HK směřováno dopředu
- Při navlékání žínky je ochrnutá HK svěřena mezi pacientovi kolena
- Aby se mohl pacient po umytí sám usušit, omotá se mu ručník na ochrnutou ruku



## UMÝVÁNÍ NOHOU

### Pacient:

- Sedí vedle umyvadla
- Nejdříve posune zdravou DK do střední pozice
- Sepnutýma rukama obejmě koleno ochrnuté DK
- Přehodí ochrnutou DK přes zdravou
- Umývá se ochrnutou HK

### Terapeut:

- Pomáhá pacientovi přemístit zdravou DK
- Pomáhá správně polohovat ochrnutou DK



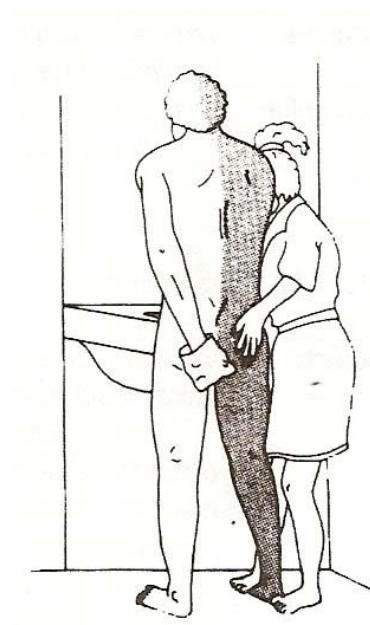
## OSOBNÍ HYGIENA

### Pacient:

- Stojí před umyvadlem nebo stolem
- Přenáší váhu na ochrnutou DK
- Umývá se

### Terapeut:

- Podpíráním boku pomáhá pacientovi při přenášení váhy na ochrnutou DK
- Svými chodily fixuje pacienta



## OBLÉKÁNÍ KALHOT

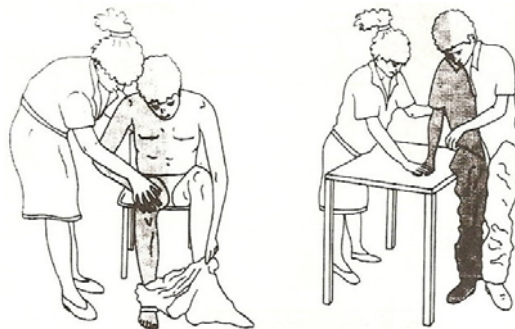
### Pacient:

- Sedí na židli nebo na stoličce
- DK jsou zkříženy
- Zdravou rukou navlékne nohavici na ochrnutou DK
- Přesune postiženou DK na podlahu
- Navlékne nohavici na zdravou DK



### Terapeut:

- Během první fáze vede pacientovu ruku
- Dbá na to, aby těžiště procházelo patou ochrnuté nohy
- Přidrží ochrnutou DK při druhé fázi oblékání



## OBLÉKÁNÍ TRIKA

### Pacient:

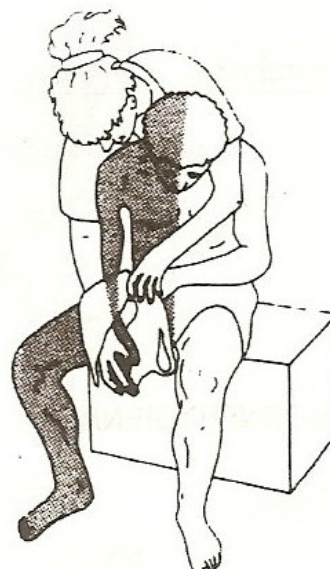
- Položí tričko na kolena zdravé DK se značkou ke krku směrem nahoru a límce, na vzdálenější straně
- Ochrnutá ruka ke v inibiční poloze svěřená mezi kolena
- Zdravou rukou si pacient přetáhne tričko přes ruku a loket ochrnuté HK
- Pomocí zdravé ruky převlékne triko přes hlavu

### Terapeut:

- Vede ochrnutou ruku do rukávu
- Pomáhá zdravé ruce navléknout rukáv na ochrnutou ruku

### Poznámka:

- Při přetahování trika přes hlavu je tělo mírně předkloněno, potom se pacient posadí rovně a srovná triko



## OBLÉKÁNÍ KOŠILE

### Pacient:

- Výchozí pozice je jako u oblékání trika
- Ochrnutá HK svěšena v uvolněné poloze mezi kolena
- Rukáv pro ochrnutou HK visí mezi nohama
- Zdravá ruka navlékne rukáv na ochrnutou HK až do výše ramene
- Zdravou rukou uchopí zadní část košile a navlékne si druhý rukáv

### Terapeut:

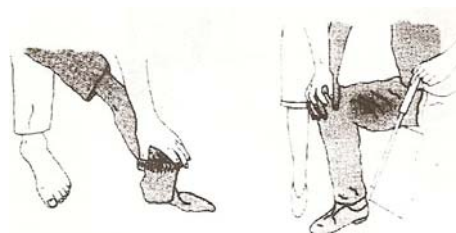
- Pomáhá navléknout rukáv na ochrnutou HK



## OBOUVÁNÍ

### Pacient:

- Obouvání ponožek - ukazovákem, palcem a prostředníčkem nepostižené ruky rozevívá a navlékne ponožku
- Obouvání bot – bota se v první fázi navlékne na prsty nohy, s takto lehce navlečenou botou se postaví na zem, vtlačí patu do boty, přitom stlačuje koleno ochrnuté nohy rukou



### Terapeut:

- V případě nutnosti opravuje nazutí boty v první fázi
- Ve druhé fázi obouvání tlačí koleno postižené DK k zemi

## ČIŠTĚNÍ ZUBŮ, ČESÁNÍ, HOLENÍ atd.

### Pacient:

- Udržuje rovnováhu stoje

### Terapeut:

- Zajišťuje rovnováhu a v případě nutnosti opravuje pacientův postoj

### Poznámka:

- V krátkých přestávkách se koriguje rovnováha stoje



## PROSTÍRÁNÍ

Poznámka:

- Dobře uspořádaný a jednoduše prostřený stolek zlepšuje přehlednost a tím i pacientovy možnosti
- Jakmile je to možné, požíváme běžné předměty (např. sklenice se zavařeninou, máslo atd.)
- Podnosy atd. jsou zbytečné
- Užitečné jsou neklouzavé podložky



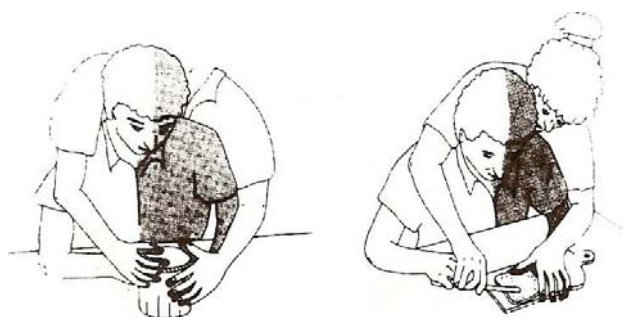
## JÍDLO

Pacient:

- Sedí u stolku ve správné poloze
- Ochrnutá paže je předpažena a opřena o stůl

Terapeut:

- Vede pacienta při jídle



## POLYKÁNÍ

Pacient:

- By měl být upozorněn na nepříjemné obtíže, které se často při kousání a polykání vyskytují
- Pomáháme mu zvládat tyto problémy

