



Univerzita Karlova v Praze



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o pacienta s diagnózou cévní mozková příhoda

Nursing care about a patient with stroke

Případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, květen 2013

Autor práce: **Iveta Berezkinová**

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF

Konzultant práce: **MUDr. Miroslav Kukan**

Pracoviště konzultanta práce: Ústřední vojenská nemocnice Praha,
lůžkové rehabilitační oddělení

Datum a rok obhajoby: 18. června 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně, použila jen uvedené prameny a literaturu a že odevzdaná tištěná verze práce a elektronická verze nahraná do Studijního informačního systému jsou totožné.

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

V Praze dne 9. 5. 2013

Iveta Berezkinová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doktorce PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování bakalářské práce.

Rovněž patří moje poděkování panu doktorovi MUDr. Miroslavu Kukanovi, zástupci primáře na Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny v ÚVN nemocnici Praha, který mi jako konzultant pomohl s klinickou částí mé práce.

Obsah

1.	ÚVOD	7
2.	KLINICKÁ ČÁST	8
2.1	ZÁKLADY ANATOMIE MOZKU	8
2.2	PLASTICITA MOZKU.....	9
2.3	ZÁKLADY MOZKOVÝCH FUNKCÍ.....	10
2.4	CEVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - KLINICKÝ OBRAZ.....	11
2.4.1	<i>TYPY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD</i>	<i>11</i>
2.5	VYŠETŘOVACÍ METODY	19
2.5.1	<i>ANAMNÉZA.....</i>	<i>19</i>
2.5.2	<i>CELKOVÉ VYŠETŘENÍ.....</i>	<i>20</i>
2.6	TERAPIE CMP.....	25
2.6.1	<i>LÉČBA AKUTNÍ FÁZE ISCHEMICKÉ CMP.....</i>	<i>26</i>
2.6.2	<i>FARMAKOTERAPIE.....</i>	<i>26</i>
2.6.3	<i>CHIRURGICKÁ LÉČBA iCMP</i>	<i>28</i>
2.6.4	<i>KONZERVATIVNÍ LÉČBA iCMP</i>	<i>29</i>
2.6.5	<i>LÉČBA HEMORAGICKÉ CMP</i>	<i>32</i>
2.6.6	<i>Terapie subarachnoidálních hematomů.....</i>	<i>33</i>
2.7	RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK CMP.....	36
2.7.1	<i>RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVNITELNÉ</i>	<i>36</i>
2.7.2	<i>RIZIKOVÉ FAKTORY NEOVLIVNITELNÉ</i>	<i>37</i>
2.8	PREVENCE CMP	38
2.9	PROGNÓZA PACIENTŮ S CMP	38
3.	ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI	39
3.1	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	39
3.1.1	<i>Rodinná anamnéza.....</i>	<i>39</i>
3.1.2	<i>Osobní anamnéza.....</i>	<i>39</i>
3.1.3	<i>Farmakologická anamnéza:.....</i>	<i>40</i>
3.1.4	<i>Pracovně-sociální anamnéza:.....</i>	<i>41</i>
3.1.5	<i>Abusus:.....</i>	<i>41</i>
3.1.6	<i>Nynější onemocnění:</i>	<i>41</i>
3.2	LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ:	42
4.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	43

4.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	43
4.1.1	<i>Definice ošetrovatelského procesu:</i>	43
4.2	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:	44
4.2.1	<i>Fyzikální vyšetření sestrou:</i>	44
4.3	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL.....	46
4.4	POSOUZENÍ PACIENTA PŘI PŘÍJMU DLE MODELU M. GORDON	47
4.4.1	<i>VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ</i>	47
4.4.2	<i>VÝŽIVA - METABOLISMUS</i>	48
4.4.3	<i>VYLUČOVÁNÍ</i>	49
4.4.4	<i>AKTIVITA – CVIČENÍ</i>	50
4.4.5	<i>SPÁNEK - ODPOČINEK</i>	51
4.4.6	<i>VNÍMÁNÍ CITLIVOSTI - POZNÁVÁNÍ</i>	52
4.4.7	<i>SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA</i>	53
4.4.8	<i>ROLE - MEZILIDSKÉ VZTAHY</i>	54
4.4.9	<i>SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST</i>	54
4.4.10	<i>STRES ZÁTĚŽOVÉ SITUACE - JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE</i>	55
4.4.11	<i>VÍRA (PŘESVĚDČENÍ) - ŽIVOTNÍ HODNOTY</i>	56
4.5	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:	56
5.	HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU PACIENTA	71
6.	EDUKACE PACIENTA A MANŽELKY	72
6.1	CO JE EDUKACE?	72
7.	PROGNÓZA PACIENTA.....	74
8.	ZÁVĚR.....	75
9.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	75
10.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
11.	PŘÍLOHY	80
11.1	PŘÍLOHA č. 1. - OBRÁZKY.....	80
11.2	PŘÍLOHA č. 2 – PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	83

1. ÚVOD

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě jsem si vybrala na základě svého několikaletého působení na rehabilitačním oddělení.

Cílem práce je zpracování případové studie pacienta po CMP, který byl hospitalizován na oddělení rehabilitace.

V klinické části popisují základy anatomie mozku a fyziologie mozku. Další částí je popis klinického obrazu cévní mozkové příhody, dále je uvedené rozdělení cévních mozkových příhod, dle příčiny vzniku, na hemoragické a ischemické. Následují vyšetřovací metody pro diagnostiku CMP. Od základní anamnézy, až po celkové vyšetření nemocného a zobrazovací metody.

Dále pak uvádím terapie CMP. Zde lze nalézt obecná terapeutická opatření až po zcela specifické metody terapeutické. Terapie u ischemické a hemoragické CMP se podobá, přesto se však v některých bodech liší, toto specifikum popisují v této kapitole. Zakomponovala jsem zde chirurgickou léčbu, konzervativní léčbu i farmakoterapii s nejčastěji užívanými lékovými skupinami, které se k léčbě CMP užívají.

Další částí jsou rizikové faktory a preventivní opatření vzniku CMP. Navazuji prognózou u pacientů, které postihla cévní mozková příhoda. Poté se věnuji základním údajům o pacientovi, který je předmětem případové studie. Informace jsem čerpala z lékařské dokumentace. Zde uvádím obecné informace a průběh hospitalizace pana Z. a farmakologickou anamnézu včetně vypsání lékových skupin.

V ošetrovatelské části v první řadě definuji pojem Ošetrovatelský proces, informace čerpám z uvedené odborné literatury, ale také vlastních praktických zkušeností ze zaměstnání. Z ošetrovatelského modelu dle Gordonové vychází anamnéza pacienta, ošetrovatelské diagnózy, plán péče- jak krátkodobý, tak dlouhodobý, realizace i hodnocení pacienta.

V závěru mé práce se zabývám hodnocením psychického stavu pacienta, edukací pacienta, vlastním pojmem edukace a tím, co je pro nemocného podstatné v průběhu hospitalizace a v době dimise a prognózou pacienta. Do edukace

zahrnuji i jeho manželku, paní Z., která se o nemocného stará.

V příloze číslo 1 uvádím snímky zobrazovacích vyšetřovacích metod pro vizuální představu průběhu CMP jak ischemické, tak hemoragické. V příloze 2 anamnézu a plán ošetrovatelské péče.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 ZÁKLADY ANATOMIE MOZKU

Mozek je životně důležitý orgán. Je zodpovědný za naše individuální mentální a intelektuální funkce, jako jsou myšlení a paměť. Řídí naše vztahy se zevním světem, např. interpretuje, s čím se setkávají naše smysly a řídí naše volní pohyby. Také reguluje mnohé z našich automatických tělesných funkcí. Až 80% všech lidských genů je využíváno mozkiem. Mozek se skládá z mozkových buněk nazývaných neurony, podpůrných buněk známých jako gliové buňky, z mozkomíšního moku a krevních cév. Tepny jsou cévy, které přináší krev bohatou kyslíkem a krevními živinami, jako glukóza, do mozku. Žíly jsou cévy, které odvádějí vyčerpanou krev a odpadové produkty. Všichni máme podobné počty neuronů – kolem 100 miliard, ale počet spojení mezi jednotlivými neurony je rozdílný. U dospělého tvoří mozek pouze asi 2% celkové tělesné váhy, avšak konzumuje kolem 20% kyslíku a 50% glukózy z tepenné krve. Významné je, že mozek neskladuje kyslík ani jiné živiny, a proto jeho správná funkce zcela závisí na nepřetržité 24. hodinové dodávce z cirkulující tepenné krve. Pro normální funkci musí mozek obdržet přibližně 1l 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. Mozek je zásobován tepennou krví dvěma velkými cirkulačními systémy. První z nich sestává ze dvou tepen nazývaných karotické, které vyživují čelní partie mozku. Tento systém je známý jako – přední mozková arteriální cirkulace.

Druhý systém je vertebrobasilární, zásobující zadní část mozku. Ten se nazývá – zadní mozková arteriální cirkulace. Oba systémy jsou propojeny cévami. Neurony jsou ze všech buněk organismu nejcitlivější na nedostatek kyslíku v krvi. Pouhých 7-10 sekund přerušení tepenné dodávky krve do mozku může vyústit v nevratné poškození části mozku.

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 cévní mozková příhoda (CMP), iktus.¹

2.2 PLASTICITA MOZKU

V mozku a míše neexistuje regenerace buněk ani vláken. Pokud dojde k zániku neuronů, jde o ireverzibilní stav. Reparace je možná jen při částečném poškození. Nervový systém má však schopnost přizpůsobovat se nejrůznějším vlivům (fyziologickým i patologickým), což se označuje jako plasticita.

Plasticita mozku je schopnost mozku měnit svou strukturu pod vlivem opakovaných podnětů a zkušeností, je základní podmínkou činnosti mozku. Nejvyšší plasticita je v mládí, kdy dokonce podmiňuje např. rozvoj mnoha percepce, je ale zachována i do stáří a její míra souvisí s mírou využívání mozku. Projevuje se v širokém časovém rozpětí od milisekund až po roky.

Rozlišuje se evoluční plasticita (změny během ontogeneze), reaktivní plasticita (změny jako odezvy na krátkodobou stimulaci), adaptační plasticita (změny jako odpověď na opakovanou nebo dlouhodobou stimulaci), reparační plasticita (při strukturální a funkční obnově/náhradě poškozené nervové tkáně, viz

1 FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, s. 33-35

také neurogeneze), ekologická plasticita (vliv prostředí).

Plasticita mozku je potvrzována funkčním zobrazováním mozku a může být simulována např. v neuronových sítích.²

Právě plasticita hraje často velkou roli při kompenzaci poškození některé části CNS. Plasticita nervového systému je větší v mládí a s věkem jí ubývá, proto i kompenzační možnosti jsou ve vyšším věku nižší.

Regenerace existuje pouze u periferních axonů, kde je možná novotvorba, pokud je zachováno buněčné tělo.³

2.3 ZÁKLADY MOZKOVÝCH FUNKCÍ

Různé části mozku řídí různé funkce, emoce a projevy chování. Dvě mozkové polokoule nejsou přesně symetrické, anatomicky ani funkčně. Jsou však spojeny anatomicky a funkčně jsou v úzkém vztahu. U praváků a přibližně poloviny leváků levá strana mozku kontroluje schopnost rozumění a tvorby řeči a má bližší vztah k matematickému nebo logickému myšlení, zatímco pravá strana mozku dozírá na prostorovou orientaci a větší měrou má vztah k abstraktnímu myšlení a schopnostem představivosti a umění. Pro zbytek populace to platí obráceně.

Přední neboli frontální partie mozku, které dostávají krev z přední mozkové cirkulace, řídí opačnou stranu těla, než kde jsou umístěny. Když například mozkové poškození nastane v pravé přední cirkulační oblasti, postihne obvykle pohyblivost a citlivost na levé straně těla a naopak. Vznikne-li mozkové poškození v zadní části mozku, zásobované krví ze zadní mozkové cirkulace, může postihnout obě strany těla. Může dojít například ke slabosti na jedné straně

2 Kognitivní server: Univerzita Hradec Králové, výkladový slovník. [online]. [cit. 2013-04-23].

Dostupné z: <http://fim.uhk.cz/cogn/?Module=dictionary&Letter=P&Site=4>

3 AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004, s. 12-12. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze

těla a ztrátě cití na druhé straně. Mohou nastat také problémy s polykáním, dýcháním, výslovností, rovnováhou nebo koordinací, případně s abnormálními pohyby hlavou a horní částí těla.⁴

2.4 CEVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz náhlé cévní mozkové příhody lze těžko popsat. Protože pacienti nejsou stejní, bude také vznik, obraz a průběh cévní mozkové příhody pokaždé odlišný. Záleží na lokalizaci postižení, na tom, v které oblasti mozku či v které cévě k poruše došlo. Jsou cévy zásobující životně důležité oblasti a naopak cévy vyživující méně podstatné úseky centrálního nervového systému. Je-li postižen kmen větší cévy, vyřadí se větší úsek mozku než při postižení drobné tepénky. Jsou oblasti dobře prokrvené s bohatším kolaterálním oběhem, kde CMP zanechá malé následky. Naopak tam, kde je prokrvení chudé, jsou následky vážnější.

Klinický obraz záleží i na rychlosti vzniku. Pozvolný vývoj má vždy lepší možnosti kompenzace. Záleží i na krevním tlaku a srdeční činnosti, konečně to závisí i na věku pacienta a příčině poruchy. Všechny tyto faktory určují společně obraz náhlé cévní mozkové příhody.⁵

2.4.1 TYPY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

2.4.1.1 HEMORAGICKÉ CMP

Příčinou mozkové hemoragie je nejčastěji arteriální hypertenze způsobující rupturu malých perforujících artérií. Většinou dochází k ruptuře jedné arterie, jde buď o jednorázový děj, nebo může krvácení pokračovat hodiny i dny. V místě ruptury dochází k fyziologickým hemostatickým a hemokoagulačním dějům a zástavě krvácení. Méně častými příčinami jsou *arteriovenózní malformace*, *hemoragické diatézy* (zvýšená krvácivost) jako purpury, hemofilie,

4 FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, s. 35-36.

5 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 55.

trombocytopenie. Vzácnou příhodou je krvácení do mozkového tumoru. Do skupiny hemokoagulačních poruch patří také nitrolební krvácení, která vznikají v důsledku *antikoagulační léčby* (hlavně Pelentan, Warfarin, méně často i heparin).

Příčinou hemoragií ve starším věku může být až ve 20% *mozková amyloidní angiopatie*. U amyloidní angiopatie je častá plurifokalita krvácení v kůře a podkoří (hlavně temenní a týlní laloky) a pomalý, často oligosymptomatický průběh.

Symptomatologie *parenchymových mozkových krvácení* závisí hlavně na jejich velikosti a charakteru:

A) krvácení většího rozsahu bývají tříštivá, mají expanzivní charakter a ničí mozkovou tkáň. Kromě těžkého neurologického deficitu jsou spojena často s alterací celkového stavu, bolestí hlavy, zvracením a poruchou vědomí, která je způsobena edémem mozku a nitrolební hypertenzí. Prognóza těchto nemocných je velmi vážná a značná část jich umírá. Tříštivé krvácení se může provalit do komorového systému a vzniká hematocefalus.

B) menší krvácení mozkovou tkáň neničí, pouze komprimují a působí expanzivně (jde o hematom). Celkový stav nebývá alterován a dominantní jsou ložiskové příznaky podle lokalizace krvácení.

Mozková krvácení jsou nejčastěji lokalizována v bazálních gangliích- v putamen, capsula interna (podle různých statistik 35-50%), další oblasti podle četnosti jsou centrum semiovale (lobární krvácení – 20%), talamus (10-20%), mozkový kmen (hlavně pons – 10-15%), mozeček (10-20%) a nc. caudatus (5%).

Putaminální krvácení se projeví kontralaterální hemiparézou nebo hemiplegií s hemihypestézií a konjugovanou deviací hlavy a bulbů na stranu hemoragie. Topická symptomatologie odpovídá infarktům v teritoriu a. cerebri media. Tříštivá krvácení se projeví rychlým zhoršováním ložiskového nálezu a deteriorací vědomí.

Talamická krvácení se projevují triádou hemihypestézie, hemiataxie a hemiparéza s klinicky dominujícím senzitivním hemideficitem. Častá je obrna vertikálního pohledu, nejčastěji nahoru a spontánní stáčení očí dolů.

Lobární krvácení je lokalizováno v centrum semiovale, v oblasti jednotlivých mozkových laloků. Vzniká jednak u mladších jedinců, normotoniků, rupturou drobných cévních malformací, jednak u starších lidí v důsledku hypertenzní angiopatie nebo mozkové amyloidní angiopatie. Klinicky se projeví lokalizačními příznaky podle postižení jednotlivých laloků.

Pontinní krvácení je často hypertenzního původu. Při tříštivém typu dochází k poruše vědomí, kvadruplegii s decerebračními projevy a většinou k úmrtí. Netříštivé krvácení se většinou projeví alternující hemiplegií. Je to typ centrální obrny, způsobené lézí mozkového kmene. Na jedné straně je porucha funkce některého hlavového nervu a na druhé straně je hemiplegie. Podle místa poškození se rozlišuje hemiplegia alternans superior, media, inferior a cruciata.

Krvácení do mozečku se projevuje náhle vzniklou bolestí v týle, zvracením, závratěmi, někdy lehčí alterací vědomí, mozečkovou symptomatologií, ale charakteristická je hlavně nechopnost stoje a chůze – trupová ataxie. Známkou kmenové komprese je konjugovaná deviace bulbů směrem od ložiska.

Krvácení do nc. caudatus většinou perforuje do čelního rohu postranní komory, projeví se obrazem subarachnoidálního krvácení (bolesti hlavy, zvracení, meningeální syndrom), někdy i bez výraznějších ložiskových projevů nebo jen lehkou kontralaterální hemiparézou s konjugovanou deviací hlavy a bulbů ke straně krvácení.⁶

2.4.1.2 ISCHEMICKÉ CMP

Jsou mnohem častější než krvácení. I když je příčina odlišná, je někdy klinický obraz a průběh podobný hemoragiím. Dříve docházelo často k omylům či diagnostickým rozpakům. Teprve v poslední době, kdy je CT dostupnou metodou, máme možnost bezpečného rozlišení krvácení a ischemického infarktu.

6 AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004, s. 167-170. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze.

Příčinou ischemických infarktů může být tepenná trombóza, embolie nebo takzvaná systémová hypoperfuze. 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.

Nejčastější je trombóza mozkové cévy či mozkových cév. Vyvíjí se postupně, obvykle pozvolna, nemocný již předtím pocítuje přechodné projevy v místě budoucího postižení (brnění, mravenčení, oslabení hybnosti, poruchy řeči apod.). Vše může být krátkodobé, je to však již známkou, varovným znamením hrozící cévní mozkové příhody. Poté se může rozvinout obraz ischemického infarktu. Objeví se nejčastěji za situace, kdy je mozkový krevní oběh zpomalen, často ve spánku.

Nemocný se ráno probudí a zjistí, že má nějakou část těla ochrnutou. Podobně je tomu i po nadměrném jídle, kdy se musí krev stáhnout do zažívací oblasti kvůli zpracování potravy a nabídka pro mozek se sníží. Zvláště, přidá-li se k tomu například odpolední spánek. Základní příčinou bývá většinou arterioskleróza nebo hypertenze.⁷

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. Výsledek je stejný jako u trombózy: část mozku má nedostatek kyslíku a jiných živin. Průběh je však jiný. 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 retrogradně usazují další, ten se proti krevnímu proudu zvětšuje až uzavře i nějakou větší artérii. Podle toho se i vyvíjí klinický obraz. Ubývání a narůstání

7 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 59.

klinické symptomatologie. Prvotní příčinou je obvykle patologický proces na srdečních chlopních, aortě či velkých přívodových tepnách, nejčastěji na společné či vnitřní krkavici.

Systémová hypoperfuze

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. Příčinou mohou být různé choroby srdeční (infarkt, arytmie, bradykardie), či pokles krevního tlaku. K systémové hypoperfuzi vedou méně často i větší ztráty krve, celková dehydratace, či plicní onemocnění, kdy je snížená nabídka kyslíku.

Jako u krvácení je i u mozkových ischemií klinický obraz velmi proměnlivý. Od postižení rozsáhlých oblastí mozku při uzávěru velké tepny až po výpadek jen malého úseku při uzávěru malé tepénky, který může zůstat klinicky zcela němý. Zjistí se například až později při CT vyšetření, kde se nalezne staré ischemické ložisko.⁸

Nejčastěji se vyskytující uzávěry

A- Uzávěry přívodných velkých tepen (karotidy, vertebrální tepny)

Rozsah postižení je závislý na stavu kolaterálního oběhu ve Willisově kruhu. (definice - viz příloha)

Pokud ostatní tepny zajistí dostatečný přísun krve do mozku, může proběhnout trombóza bez příznaků (asymptomaticky). Jindy, kdy ostatní cévy nezajistí dobré krevní zásobení, vznikne pak klinický obraz podobný okluzi-uzávěru dalších tepen, jež z Willisova kruhu vycházejí (přední, střední a zadní

8 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 59-60.

mozková tepna, nebo tepny zásobující mozeček a kmen). Přední, střední a zadní mozková tepna nemají již žádný významnější kolaterální oběh, jejich větve jsou prakticky konečné. Podobně i mozečkové tepny. Kmenové tepny nemají kompenzační anastomozy vůbec žádné. Při postižení těchto tepen vznikne tedy úplný teritoriální infarkt.

B- 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 končetina. Ta může být i zcela ušetřena. Na dolní končetině je maximum poruchy od kotníku dolů, špička přepadá a nemocný chodí tak, že šoupe zevní stranou nohy po zemi a celou dolní končetinou opisuje polokruh, toto je důsledek spasticity. Nejsou poruchy mozkových nervů ani řeči. Často jsou poruchy čítí, opět na protilehlé straně těla a opět více na noze. Přidávají se i psychické poruchy. Nemocný je zmatený, dezorientovaný, neví, kde je, neví co je za den či měsíc, někdy ani neví, jak se sám jmenuje. Někdy zase naopak nemluví, i když nemá žádnou poruchu řeči. Je to tzv. psychická němota.

Je-li postižen levý čelní lalok, mají příznaky spíše charakter deprese, je-li postižen pravý, pak spíše poruchy chování. Někdy je apatický, agresivní, bývá nekritický, má konflikty s okolím, jak doma, tak v nemocnici se spolupacienty a personálem.

Někdy ztrácí zcela zábrany a chová se tak, jak by se za normálních okolností nechoval. Tento jev označujeme jako tzv. frontální syndrom. Začne mluvit hrubě, nevhodně a hanlivě vtípkuje, stává se vztahovačným, neudrží čistotu a je mu to lhostejné. Je-li porušena jen menší větévka přední mozkové tepny, jsou výpadové projevy pochopitelně menší, někdy ujdou i pozornosti.⁹

C- 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

9 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 60-61.

jader v hloubce mozku, tj. bazální ganglia a vnitřní pouzdro.

Je-li uzavřena tepna ještě před odstupem větví k bazálním gangliím a pouzdru, je porucha velmi těžká. Někdy je spojena 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 vždy. Je výraznější postižení drobných svalů ruky, hybnost v rameni a lokti je méně porušena. Současně je i postižení dolní větve lícního nervu, opět protilehle k ložisku. Nemocný má pokleslý koutek ústní a někdy i hůře pohybuje jazykem. Nežřídká má hlavu a oči stočeny ke straně ložiska a nesvede se podívat na druhou stranu. Je i porucha čítí, opět více na horní končetině.

Když je porucha v řečově dominantní hemisféře, tj. u praváků v levé a naopak, dochází současně k různým poruchám řeči. Říká se jim afázie. Nejčastěji nemocný rozumí, ale když se sám pokouší mluvit, tak komolí slova, vynechává slabiky, až je řeč nesrozumitelná. Nemocný se na sebe zlobí, že se nedovede vyjádřit.

Nemocný nám zdánlivě nerozumí a nevyhoví našim slovním výzvám. Sám ve svém slovním projevu vyjadřuje něco jiného než zamýšlí, chybí mu kontrola řeči, která se někdy zvrhne v tzv. slovní salát. Pacient si však to, co se dělo a mluvilo, pamatuje. Nemocný se zlobí na okolí, že mu nerozumí. Domluva je velmi obtížná, někdy nepomohou ani posunky. Proto je rehabilitace svízelná. Druhy afázie, viz níže.

D- Uzávěr zadní mozkové tepny (a. cerebri posterior)

Tvoří asi 10-15 % mozkových infarktů. Tepna vychází přímo z a. basilaris. Jelikož zda bývá kolaterální oběh často nedokonalý, vyskytují se podobné příznaky jak při uzávěru zadní mozkové tepny, tak i při uzávěru a. basilaris. Tepna zásobuje vnitřní a spodní stranu spánkového a skoro celý týlní lalok. Mimo to část mezimozku a mozkového kmene. Typickými příznaky jsou zrakové

poruchy.¹⁰

Nejčastěji jde o poruchu zraku na jedné polovině zorného pole. Když se nemocný pokouší zachytit obraz ve „slepé“ polovině zorného pole, musí hlavu a oční bulvy natočit. Někdy jsou jen menší výpadky zorného pole, někdy poruchy komplexních zrakových funkcí, jako je čtení, rozeznávání barev, zraková paměť a podobně. Někdy se objevují i zrakové halucinace.

E- Uzávěry některé z mozečkových tepen

Mozeček je zásoben 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.

F- Uzávěry tepen mozkového kmene

Cévy pro kmen odstupují z vertebrální či baziální 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 závratě, různé poruchy citlivosti a podobně.

Někdy i poruchy vědomí, oběhu a dýchání. I zde jsou vyhlídky na přežití minimální.¹¹

Zvláštní klinickou jednotkou je tak zvaná tranzitorní ischemická ataka: Jedná se o přechodný záchvat nedokrvení mozku - krátké průtokové selhání. TIA je také nazývána jako miniiktus neboli malá mrtvice, je hlavním rizikovým faktorem pro vznik ischemického iktu.

To znamená, že u lidí s prodělanou TIA je vysoké riziko vzniku ischemického iktu, a proto by měli bezprostředně vyhledat lékaře. Příznaky mají

10 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 61-63.

11 ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, s. 63-64

obvykle náhlý začátek a trvají od 10. vteřin do 15. minut. Někdy mohou trvat i 24 hodin. V typickém případě TIA dosahují příznaky maximální intenzity do 2 minut, často i do několika vteřin.¹² Mezi příznaky patří: krátkodobé a přechodné oslabení ruky, nohy, poruchy řeči, závratě, brnění a podobně. Příčiny jsou různé - buď systémová hypoperfuze či zúžení přívodné tepny stenózou nebo trombózou.

2.5 VYŠETŘOVACÍ METODY

2.5.1 ANAMNÉZA

Anamnéza je nejdůležitější částí neurologického vyšetření. Neurologická anamnéza obsahuje- údaje o věku, pohlaví pacienta, zda je pravák, či levák, jaké má zaměstnání. Pacient popisuje současné obtíže, zda již byl zobrazovacími metodami vyšetřován, sdělí lékaři osobní, farmakologickou, rodinnou a sociální anamnézu.

2.5.1.1 ZÁKLADNÍ OSOBNÍ INFORMACE

Je důležité, zda-li je pacient pravák či levák. Levá hemisféra je sídlem řeči u naprosté většiny praváků, u 70% leváků či ambidextrů.

2.5.1.2 SOUČASNÉ OBTÍŽE

Lékař se ptá na to co se pacientovi přihodilo, jak se nemoc vyvíjela, pacient by měl vše sdělit vlastními slovy od počátku. Lékař mezitím posuzuje: povahu obtíží, průběh onemocnění, vyvolávající a úlevové faktory, předchozí léčbu a vyšetření, současný neurologický stav.¹³

12 FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, s. 39-40.

13 FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, s. 13-14.

2.5.1.3 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Je důležitá k pochopení etiologie nebo odhalení stavů spojených s neurologickými obtížemi. Například anamnéza hypertenze je důležitá u pacientů s prodělanou cévní mozkovou příhodou, diabetes u pacientů s periferní neuropatií a podobně.

2.5.1.4 RODINNÁ ANAMNÉZA

Mnoho neurologických problémů má genetický základ, proto je detailní rodinná anamnéza pro stanovení diagnózy velmi důležitá. Dokonce i v případě, že u žádného z členů rodiny není neurologický problém znám, informace o rodině jsou užitečné.

2.5.1.5 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Neurologičtí pacienti jsou často značně handicapovaní. U těchto pacientů je pro jejich současnou a i budoucí péči velmi důležité, v jakém prostředí žijí, jejich finanční zázemí, rodina a pečovatelé v sociálním okolí.

2.5.1.6 EXPOZICE TOXINŮM

Je velmi důležité uvést jakýkoliv kontakt s toxickými látkami. Do této kategorie patří nikotin, alkohol, průmyslové neurotoxiny a podobně.

2.5.2 CELKOVÉ VYŠETŘENÍ

Kompletní celkové vyšetření je důležité pro posouzení pacienta s neurologickou chorobou.

Lékař si všímá poruch řeči- afázie:

1, Wernickeho afázie- špatné chápání, řeč plynulá, ale postrádá smysluplnost. Bez opakování.

2, Broccova afázie- chápání zachovalé, řeč není plynulá. Bez opakování.

3, Kondukční afázie- ztráta opakování, zachované chápání a tvorba řeči.

4, Transkortikální sensorická afázie- jako u Wernickeho afázie, ale se zachovalým opakováním.

5, Transkortikální motorická afázie- jako u Broccovy afázie, ale se

zachovalým opakováním.

Pacient může trpět také: dysfonií- poruchou tvorby hlasu, či dysartrií. Lékař také vyšetřuje duševní stav nemocného, ten má vztah k náladě a myšlení pacienta. Abnormality mohou odrážet:

A- neurologické onemocnění- jako je syndrom frontálního laloku nebo demence

B- psychiatrické onemocnění- např. deprese po CMP¹⁴

V rámci celkového vyšetření se také posuzuje chůze pacienta. Je to koordinovaná činnost vyžadující integraci sensorických a motorických funkcí. Abnormalita chůze může být jedinou abnormalitou odhalenou při vyšetření, nebo také může přivést lékaře k pátrání po přidružených klinických symptomech ve zbývajícím vyšetření.

Mezi další vyšetření patří- vyšetření hlavových nervů: *nervus olfactorius*, *nervus vestibulocochlearis*, *nervus accesorius*, *oko-hybné nervy*, *obličejové nervy apod.*

Dále se vyšetřuje – motorický systém a sem patří- svalový tonus, horní končetiny, dolní končetiny, reflexy, dále pak vnímání pacienta, senzitivita, koordinace, abnormální pohyby.¹⁵

RADIODIAGNOSTICKÉ METODY

2.5.2.1 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE MOZKU

Podání kontrastní látky

Pro vyšetřování CNS má význam pouze použití intravenózně podaných kontrastních látek, založených na nefrotropních jodových preparátech. Intravenózní aplikace jodových kontrastních látek má svá pravidla, z nichž

14 FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, s. 18-33.

15 FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha: 2008, Grada, 2008, s. 49-199.

nejdůležitější jsou jejich kontraindikace.

Absolutní kontraindikací je alergie na jod v anamnéze. Těmto pacientům nelze kontrastní látku podat vůbec. Podobným případem jsou polyvalentní alergie v anamnéze, kdy hrozí celková alergoidní reakce s uvolněním histaminu a šokovým stavem.

CT angiografie- CTA

Používá se pro diagnostiku intrakraniálních cévních abnormalit- aneurysmat, AV malformací, stenóz, trombóz žilních splavů apod. Podmínkou je i.v. aplikace kontrastní látky automatickým injektorem pod tlakem. Z důvodu těsného naléhání skeletu není tato metoda vhodná pro patologie v oblasti průchodu vnitřních karotid bazí lební.

Perfuzní vyšetření

Jediným, avšak důležitým využitím tohoto vyšetření je diagnostika hypoperfuze CNS a ischemie při CMP s možností přesného určení ischemického ložiska a rozsahu eventuálního polostínu v době, kdy nativní nebo postkontrastní CT vyšetření není schopno tuto lézi časně detekovat a umožňuje i kvantitativní detekci snížení průtoku včetně definice, zda je tkáň již nekrotická či nikoliv. Automatickým injektorem se provádí rychlý vstřík neiontové kontrastní látky i.v. a následné rychlé skenování určeného úseku v intervalech okolo 1s. Výsledkem je sada identických obrazů, které se liší pouze stupněm perfuze na nich zachycených tkání.

Nálezy na CT u CMP

Intracerebrální hemoragie – viz příloha (obr. č. 1.) U pacientů s CMP je nezbytná indikace CT pro zodpovězení nejdůležitější otázky klinika, zda je či není přítomné krvácení do mozkové tkáně. V případě intracerebrální hemoragie se ložisko krvácení zobrazuje na nativním CT vyšetření jako hyperdenzní ložisko v některé z typických lokalizací- nejčastější je v oblasti bazálních ganglií. Dalšími typickými oblastmi jsou thalamus, mozkový kmen a hemisféry mozečku.

Ischemie – viz příloha (obr. č. 2)

Během 24-48 hodin dochází k rozvoji a k vrcholu cytotoxického intracelulárního edému. Ten však může být detekovatelný již po několika hodinách od ataky a jeho morfologickým CT korelátem je rozostření původně ostré hranice mezi šedou a bílou hmotou, totéž i v oblasti bazálních ganglií. V místě ischemie může být detekovatelná diskretní hypodenzní oblast. Jako velmi častý příznak bývá pozorováno i oploštění gyrifikace na postižené straně.

Subarachnoidální hemoragie- viz příloha (obr. č. 3)

Tvoří v drtivé většině případů zcela typický nález. Nalézáme jej jako hyperdenzní vyplnění subarachnoidálních prostorů.¹⁶

2.5.2.2 MAGNETICKÁ REZONANCE

Mezi technicky nejsložitější vyšetřovací metody patří magnetická rezonance (MR). Princip MR je založen na interakci jader atomů, vložených do silového magnetického pole, s přidavným vysokofrekvenčním magnetickým polem a následném počítačovém vyhodnocení chování biologických tkání v tomto poli. Pracoviště MR musí být stíněno, aby nedocházelo k rušení vysílacími frekvencemi radiových vln. Stěny vyšetřovací místnosti jsou izolovány pletivem z nemagnetické oceli (Faradayova klec).¹⁷

AKUTNÍ MOZKOVÉ ISCHÉMIE NA MR

Role MR v detekci mozkové ischemie je bezesporu prioritní a významná. MR je v současné době nejcitlivější technikou v detekci ischemie, a to jak z hlediska časového, tak prostorového rozlišení.

16 KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, s. 40-54.

17 ROSINA, Jozef, Hana KOLÁŘOVÁ a Jiří STANEK. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, s. 221-224.

Nicméně jak v detekci ischemické, tak hemoragické příhody platí ve srovnání s CT obdobný princip: MR je technikou sice dokonalejší, CT je však dostupnější, vyšetření je kratší, monitorace pacienta je jednodušší. Rozvoj perfúzního CT pak výrazně zkvalitnil diagnostiku časně ischemie touto metodou. Perfúzní CT však vyžaduje aplikaci jodové kontrastní látky, na MR je ischemie detekována časně i bez nutnosti jejího podání.

HEMORAGICKÉ CMP NA MR

MR obraz hemoragické CMP je velmi bohatý, signálové změny jsou výrazně odlišné v závislosti na stáří hematomu, hematokritu pacienta, na typu zvolené vyšetřovací sekvence a v nemalé míře i na vnější síle magnetického pole MR přístroje.¹⁸

18 KALINA, Miroslav a kolektiv. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, s. 69 a s. 181.

2.5.2.3 DALŠÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Angiografie mozkových tepen- DSA: digitální subtrakční angiografie

Duplexní vyšetření přívodných mozkových tepen

Transkraniální dopplerovská sonografie

Transkraniální barevná duplexní sonografie

Metody nukleární medicíny:

- SPECT, PET (single photon emission computer tomography+ pozitronová emisní tomografie)¹⁹

2.6 TERAPIE CMP

Terapie je zaměřena několika směry, z nichž každý má svůj nezastupitelný význam. Koncentrace na jedinou stránku akutního stavu a nepochopení, že problematika je vždy velmi komplexní, může mít pro nemocného dalekosáhlé důsledky. Existují obecné mechanismy sekundárního cerebrálního poškození a obecné léčebné zásady, které jsou společné všem typům CMP. V léčbě pak vždy kombinujeme obecné a pro daný typ CMP specifické postupy. K obecným postupům patří zejména neuroprotektivní léčba, diagnostika a léčba mozkových i obecných medicínských komplikací, včasná indikace operačních nebo endovaskulárních výkonů, včasná sekundární prevence a časná rehabilitace a reedukace.

19 KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, s. 38-101.

2.6.1 LÉČBA AKUTNÍ FÁZE ISCHEMICKÉ CMP

Ischemický iktus je z hlediska etiologického a patofyziologického multifaktoriální problém. K jeho léčbě je proto třeba užít kombinovaných léčebných postupů včetně boje proti cytotoxickému a vazogennímu edému mozku a manipulace s extracerebrálními faktory. Limitujícím faktorem, který ovlivní výsledek léčby CMP, je včasnost jejího zahájení. Léčba musí být zahájena první 3, maximálně 6 hodin od prvních příznaků, aby naděje na dobrý výsledek zůstala zachována. V těchto hodinách totiž dochází, pokud tomu nezabráníme, k přeměně ještě reverzibilní zony ischemického polostínu v zonu ireverzibilní ischemické nekrózy mozkové tkáně, tj. k vývoji mozkového infarktu.

Nemocným je třeba poskytnout péči na specializovaných jednotkách pro léčbu CMP, které jsou vybaveny technicky a personálně pro rychlou diagnostiku, etiologickou klasifikaci a aplikaci léčby odpovídající patofyziologickému mechanismu CMP.

Tyto jednotky poskytují multidisciplinární péči, kterou umožňuje účast internisty se zaměřením na kardiologii a problematiku nutriční, ORL lékař se zaměřením na foniatrii, logopeda a fyzioterapeuta, přičemž vedoucí úlohu v týmu má neurolog specializovaný v cerebrovaskulární problematice. Můžeme zde uvést i neméně důležitou roli radiologa a neurochirurga. Je prokázanou skutečností, že výsledky léčby CMP na těchto jednotkách jsou zřetelně lepší.²⁰

2.6.2 FARMAKOTERAPIE

Přehled léků používaných k antiagregační, antikoagulační a fibrinolytické terapii iCMP:

20 WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, s. 43-44. Učební texty Univerzity Karlovy.

ANTIAGREGANCIA

Základním patogenetickým mechanismem mozkové ischemie je akutní arteriální trombóza, nasedající na chronický často exulcerovaný aterosklerotický plát, event. její distální embolizace. Spouštěcím momentem arteriální trombózy je porušení morfologické či funkční integrity cévního endotelu, tj. primární léze endotelu, následovaná aktivací a agregací krevních destiček. Protideštičkové preparáty svým působením na různých úrovních patologického procesu zvýšenou destičkovou funkci tlumí.

Používané přípravky:

- klopidoogrel (Plavix)
- kyselina acetylsalicylová (Acylpyrin, Anopyrin, Aspirin, Aspirin Protect, Godasal, Kardegic)
- kyselina acetylsalicylová+ dipyridamol (Aggrenox)
- tiklopidin (Aclotin, Apo-Tic, Ipaton, Tagren, Ticlid, Ticlopidin-Ratiopharm, Ticlopidine Poli)

ANTIAGOAGULANCIA

Své místo v souvislosti s CMP mají antikoagulancia ve třech indikacích: jako prevence opakované kardiogenní embolizace, jako prevence hluboké flebotrombozy DK u imobilních nemocných a jako léčba již vzniklé flebotrombozy DK.

- heparin (Heparin forte léčiva, Heparin léčiva, Heparin Sandoz)
- nízkomolekulární heparin (dalteparin- Fragmin, enoxaparin- Clexane, Clexane forte, nadroparin- Fraxiparin multi, Fraxiparin, Fraxiparin forte, reviparin- Clivarin, Clivarin multi)

- warfarin (Lawarin, Warfarin orion, Warfarin-SL)

ANTITROMBOLITIKA, FIBRINOLYTIKA

- IVT- intravenózní systémová trombolýza

V roce 1966 byla v USA IVT prostřednictvím rtPA (alteplasum, lidský rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu) na základě výsledků studie schválena jako prostředek k léčbě akutní fáze ischemické CMP. Vyplynula z ní řada závažných doporučení pro její aplikaci:

- **Časový faktor-** horní hranice pro aplikaci rtPA byla stanovena na 3 hodiny. IVT je třeba zahájit co nejdříve proto, že čas je zatím jediným známým a ovlivnitelným rizikovým faktorem pro vznik iatrogenního mozkového krvácení.

- **Radiologická kritéria-** na vstupním CT mozku nemějí být přímé známky rozvíjejícího se rozsáhlého ischemického ložiska, edému ani krvácení.)

- **Klinická kritéria-** tj. výběr vhodného nemocného s největší pravděpodobností profitu z tohoto způsobu léčby. Nejvhodnější se jeví nemocný se středně těžkým klinickým syndromem, nejraději z povodí ACM a kardioemboligenní etiologie. ²¹

2.6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA iCMP

2.6.3.1 Akutní karotická endarterektomie (CEA)

Má pouze 2 indikace: akutní okluzi tepny, která vznikla jako komplikace preventivní CEA či angiografického vyšetření a crescendo TIA u nemocného s

21 HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008, s. 42.

více jak 70% stenózou extrakraniální části karotické tepny.

2.6.3.2 Intrakraniální embolektomie

Nová metoda, kterou umožnilo zavedení mikroskopu v neurochirurgii, má omezenou hodnotu u vybraných případů iCMP. Faktory zvažované před výkonem a ovlivňující výsledek: časový limit (do 6.hodin od prvních příznaků), umístění embolu (nejčastěji v a.cerebri media, teoreticky kdekoliv), funkční kolaterální oběh, nedevastující mozkové poškození.

2.6.3.3 Dekompresní kraniektomie

Je zvažována v případě expanzivně se chovajícího infarktu, jestliže konzervativní antiedematozní léčba selhala.

2.6.4 KONZERVATIVNÍ LÉČBA iCMP

2.6.4.1 Zajištění dostatečné oxygenace

U nemocných s poruchou vědomí je nutné prvořadě zajistit volné dýchací cesty. Protože hypoxie by měla za následek další zhoršení mozkového poškození, je třeba monitorovat krevní plyny a event. hypoxii korigovat.

Nemocné s poruchami dýchání musíme řízeně ventilovat. Musíme zabránit aspiraci a vzniku atelektázy plic, protože aspirační a hypostatická bronchopneumonie je nejčastější příčinou smrti nemocných ve 2. až 4. týdnu po CMP.

2.6.4.2 Regulace krevního tlaku

Vznik a první hodiny akutní CMP jsou téměř pravidelně doprovázeny zvýšením krevního tlaku (TK). Ve většině případů je toto zvýšení přechodné a v dalším období TK klesá k původním hodnotám bez jakékoliv intervence. Pro akutní CMP je charakteristická ztráta cerebrální autoregulace, což ve svém důsledku znamená, že perfuze rozvíjejícího se ischemického ložiska je téměř

zcela závislá na systémovém krevním tlaku.

Přechodné zvýšení TK tedy považujeme za kompenzační mechanismus sloužící k zajištění dostatečné mozkové perfuze. Agresivní snížení TK k normotenzním hodnotám by, zvláště u nemocných s preexistující arteriální hypertenzí, vedlo k progresi ischemického ložiska. Zcela vyloučit je třeba preparáty rychle snižující TK, jakými je např. sublinguální podání nifedipinu (Cordipin). V akutní fázi CMP snižujeme TK pouze při hodnotách více jak 220/120 mmHg ověřených opakovaným měřením. I v tomto případě však snižujeme TK velmi opatrně a pozvolna, abychom mozkovou hypoperfuzi dále neprohloubili.

Pouze v případě ohrožení vitálních funkcí (akutní infarkt myokardu, kardiální, plicní či renální selhání, disekující aneurysma aorty) nebo ve specifických klinických situacích, jako např. před a po cerebrální trombolýze snižujeme TK v akutní fázi iCMP pod hodnotu systolického tlaku 180 mmHg.

2.6.4.3 Vodní a elektrolytová bilance

Předpokladem dosažení správné bilance tekutin je sledování jejich denního příjmu a výdeje (diuréza, ztráty perspirací při zvýšené tělesné teplotě, objem zvratků) a měření centrálního žilního tlaku. Případná dehydratace v akutní fázi CMP by vedla k hemokoncentraci a hyperviskozitě s následným zhoršením mozkového poškození. Eventuální minerálovou dysbalanci musíme neprodleně korigovat.

2.6.4.4 Bilance glukózy

Za stavu hypoxie škodí vysoká hladina glukózy mozkové buňce. Špatná utilizace glukózy v mozkové tkáni je příčinou změny jejího metabolismu na anaerobní s následným rozvojem laktátové acidózy, která zhorší mozkové poškození.

2.6.4.5 Dostatečný energetický přísun

Nemocné v bezvědomí nebo v prvních dnech akutní CMP s poměrně často vyjádřenými poruchami polykání je nutné dostatečně nutričně zajistit. To lze buď cestou parenterální prostřednictvím kanylace centrální žíly, nebo nazogastrickou či nazojejunální sondou. Nemocné s centrálním žilním katetrem nebo nazojejunální sondou je nutné trvale ošetřovat na nemocničním lůžku (pro nebezpečí kanylové sepse, nutnost nového zavádění CŽK, zajištění širokospektrými antibiotiky, v případě nazojejunální sondy kontinuální podávání nutričních přípravků pomocí pumpy.)

Nemocné s nazogastrickou sondou vzhledem k bolusovému podávání mixované stravy je možné po stabilizaci stavu, s pomocí vycvičeného personálu (služba home care) ošetřovat i doma. Určitým rizikem pro domácí péči je však možnost aspirace při zvracení po podání stravy a nebezpečí vzniku dekubitu na stěně jícnu z dlouhotrvajícího tlaku sondy.

Tato nebezpečí jsou eliminována provedením perkutánní endoskopické gastrostomie /PEG/, která rovněž umožňuje bolusové podání mixované stravy. Jednoduché ošetřování je možné i v domácích podmínkách, a je proto z mnoha důvodů pro chronické stavy nejvýhodnější.

2.6.4.6 Prevence trombotických a zánětlivých komplikací

Projevy tromboembolické nemoci jsou běžnou komplikací u nemocných s CMP, a to navzdory prováděným profylaktickým opatřením. Těmi jsou u ležících nemocných pravidelná rehabilitace, bandáže dolních končetin a tzv. miniheparinizace, tj. aplikace Heparinu 2 až 3 krát denně 5000j. s.c. nebo pro menší riziko krvácivých komplikací výhodnějších nízkomolekulárních heparinů (LMWH, například Fraxiparin 1x denně s.c. v dávce odpovídající tělesné hmotnosti.)

Při absenci těchto opatření se hluboká flebotromboza DK vyvíjí až u 75% ležících nemocných. Znamená nebezpečí následné masivní plicní embolizace.

Cílená ATB léčba pomáhá zvládat zánětlivé komplikace, nejčastěji plicní a močové, které pravidelně doprovázejí těžké a chronické stavy.²²

2.6.5 LÉČBA HEMORAGICKÉ CMP

2.6.5.1 Chirurgická léčba

Smyslem chirurgické léčby, tj. evakuace hematomu, je včasné odstranění tlaku hematomu na okolní tkáň ve snaze zabránit tak dalšímu zhoršení v důsledku sekundárního mozkového poškození.

Chirurgická léčba supratentoriálních hematomů

K chirurgické evakuaci hematomů jsou většinou indikováni mladší nemocní se středně velkým hematodem, jejichž původně relativně dobrý stav se začíná progresivně horšit. Observační studie nasvědčují tomu, že nemocní s malými hematomy a bez alterace vědomí mají lepší výsledky při konzervativní léčbě.

Evakuace hematomu nezlepšuje vyhlídky nemocných v těžkém stavu s Glasgow Coma Scale 4 nebo nižším. Velká nejistota ohledně prospěšnosti chirurgické léčby panuje také u nemocných klinicky stabilních.

Chirurgická léčba mozečkových hematomů

Indikace chirurgické léčby mozečkových hematomů jsou jasnější. Prognóza nemocných, kteří mají normální hodnoty GCS, při malém mozečkovém hematomu o velikosti 1 až 2 cm na CT snímku je obecně dobrá při konzervativní terapii a pečlivé monitoraci klinického stavu a dynamiky CT obrazu. Jen o něco

22 WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, s. 44-46. Učební texty Univerzity Karlovy.

větší hematomy však již znamenají reálné nebezpečí náhlého a nepředvídatelného zhoršení v důsledku sekundární komprese mozkového kmene, která by bez urgentní evakuace hematomu skončila fatálně.

Toto riziko je vysoké v případě hematomů větších jak 3 cm, radiologických známkách komprese IV. komory s vývojem supratentoriálního hydrocefalu nebo klinických známkách ipsilaterální pontinní tegmentární dysfunkce. Přítomnost kterékoliv z těchto skutečností je indikací k urgentní chirurgické evakuaci hematomu, nejčastěji cestou subokcipitální kraniotomie. Chirurgická evakuace hematomu za těchto okolností by měla být zvažována i u nemocných, jejichž klinický stav včetně úrovně vědomí je zatím dobrý, protože výsledek chirurgické léčby závisí na stavu vědomí před operací.

2.6.6 Terapie subarachnoidálních hematomů

Chirurgické a endovaskulární ošetření aneuryzmatu

2.6.6.1 Chirurgické ošetření

Chirurgické ošetření aneuryzmatu s formovaným krčkem metodou jeho zaklipování představuje zlatý standard v léčbě aneuryzmat, protože v naprosté většině případů znamená jeho definitivní vyřazení. Další předností operačního řešení je možnost současného odsátí event. parenchymového hematomu.

Operace aneuryzmat v zadní cirkulaci jsou však zatíženy vysokým rizikem komplikací. Alternativní, dnes již vzácně prováděnou chirurgickou metodou pro aneuryzma se širokým krčkem je zpevnění jeho stěny přiložením fascie, svalu nebo umělé hmoty. Podvazy karotické tepny, které se prováděly u jinak chirurgicky neošetřitelných aneuryzmat na a. carotis interna, byly definitivně opuštěny. Provádějí se však u karotidokavernozních píštělí.

Kontraindikací chirurgického výkonu jsou vazospazmy. Operaci s ohledem na nejvyšší riziko jejich indukce při manipulaci s cévou v období mezi 4. a 10. dnem po krvácení je proto možné provést jako časný výkon do 72. hodin od

krvácení, nejlépe během prvních 24. hodin, nebo jako odložený výkon obvykle až ve čtvrtém týdnu od vzniku krvácení. Výhoda časných výkonů, které jsou však ve srovnání s odloženými výkony technicky náročnější, spočívá kromě včasné prevence recidivy krvácení v možnosti agresivnější léčby eventuelně později vzniklých vazospasmů. Preferujeme proto, pokud je to možné, časné výkony.

2.6.6.2 Endovaskulární ošetření

Obrovský pokrok v rozvoji endovaskulárních metod v posledních letech umožnil nejen opuštění chirurgických metod, které nevedly k definitivnímu vyřazení aneuryzmatu, ale zejména ošetření aneuryzmat, která do této doby nebyla považována za léčitelná ať již vzhledem k jejich morfologii a lokalizaci, nebo pro těžký stav nemocného, či v důsledku přidružených závažných chorob. Výhodou endovaskulárního ošetření je ve srovnání s operací nižší riziko indukce maligních vazospasmů. To znamená, že nemusí být striktně dodrženy časové limity, ale ošetření je možné v podstatě provést kdykoliv.

2.6.6.3 Konzervativní léčba

Prevence zvýšeného intrakraniálního tlaku

Ke zvýšení intrakraniálního tlaku v akutní fázi hCMP kromě samotného hematomu přispívá řada jiných faktorů. Patří k nim arteriální hypertenze, hypoxie, hypertermie a křeče.

Systémová hypertenze podporuje vznik intrakraniální hypertenze tím, že v oblastech se zhoršenou autoregulací vede ke zvýšení mozkového perfuzního tlaku. Doporučuje se držet střední arteriální tlak pod hranicí 130 mmHg. Při výběru antihypertenziv je třeba se pro riziko indukce intrakraniální hypertenze vyhnout preparátům s vazodilatačními účinky.

Hypoxie působící zvýšení mozkového krevního objemu vede k sekundárnímu zvýšení intrakraniálního tlaku. Je proto nezbytná monitorace a adekvátní oxygenace s využitím všech možností dle stavu nemocného.

Hypertermie zvyšuje mozkový krevní objem a intrakraniální tlak, ale zvyšuje také arteriální pCO₂, což může nepříznivě interferovat s účinkem terapeutické hyperventilace.

Generalizované epileptické konvulze, které jsou častější u lobárního typu krvácení, jsou provázeny zvýšením mozkového krevního objemu a následně tedy i zvýšením intrakraniálního tlaku. K jejich potlačení je třeba použít intravenózního podání rychle, ale krátce působícího diazepamu (Apaurin), dle potřeby s následnou kombinací bolusového a kontinuálního podání fenytoinů (Epanutin).

Léčba zvýšeného intrakraniálního tlaku:

Hyperventilace – snižuje ICP svým vazokonstrikčním působením. To se nejvíce projeví v nepostižených oblastech mozku s uchovanou autoregulací. Optimální pCO₂ pro tyto účely je 28 až 35 mmHg.

Osmotická diuretika – vysoce účinná v rychlém snížení zvýšeného ICP. Mechanismus jejich hlavního působení spočívá v přesunu tekutin z mozkové tkáně do intravaskulárních prostor, navíc jsou pak schopny částečně ovlivnit, tj. lehce redukovat tvorbu a objem mozkomíšního moku. Doporučená zahajovací dávka Mannitolu je 0,5-1g/kg hmotnosti, výhodou je rychlý nástup účinku a dobrá titrace dávky, omezením je riziko indukované systémové hypotenze, hypokalémie, vývoj hypovolemického hyperosmolárního stavu a krátký účinek.²³

23 WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, s. 75-87. Učební texty Univerzity Karlovy.

2.7 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK CMP

2.7.1 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVNITELNÉ

2.7.1.1 Krevní tlak

Arteriální hypertenze představuje rizikový faktor u obou typů CMP bez ohledu na věk, pohlaví, rasu či zemi. Nejprve je třeba se pokusit snížit TK změnou životosprávy, pokud ta nepřinese žádoucí efekt, je nutné přistoupit k farmakoterapii.

2.7.1.2 Srdeční onemocnění

Příčinou iCMP mohou být například dekompenzace z nejrůznějších příčin, infarkt myokardu, chlopenní vady, cor pulmonale, fibrilace síní, arytmie a další typy kardiálního postižení.

2.7.1.3 Ateroskleróza

Ateroskleróza extrakraniálního úseku mozkových cév může vyvolat CMP mechanismem hypoperfuzním nebo tromboembolickým. Významné riziko představuje také okluze vnitřní karotidy, která se již manifestovala ischemickým atakem nebo TIA.

2.7.1.4 Diabetes mellitus

Ukazuje se, že porucha glycidového metabolismu je větším rizikem pro vznik cévního onemocnění mozku než pro onemocnění srdeční.

2.7.1.5 Dyslipidemie

Všímáme si nejen hladiny celkového cholesterolu, ale i zastoupení jednotlivých lipoproteinů. Zatímco zvýšení hladiny cholesterolu vázaného na

lipoproteiny o nízké hustotě je spojeno s rozvojem aterosklerózy, pak naopak zvýšení hladiny cholesterolu vázaného na lipoproteiny o vysoké hustotě má protektivní význam.

2.7.1.6 Alkohol

Alkohol se uplatňuje jako rizikový faktor spíše v souvislosti s arteriální hypertenzí a kouřením.

2.7.1.7 Kouření

Kouření je jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů u ICHS a onemocnění periferních tepen, uplatňuje se ale i jako nezávislý rizikový faktor iCMP. Celkově kouření zvojnásobuje riziko rozvoje ischemického iktu. Kouření je zvláště rizikové u žen, které užívají hormonální antikoncepci.

2.7.1.8 Hormonální antikoncepce

Je významným rizikovým faktorem vzniku iCMP, zejména v kombinaci s kouřením. Toto riziko klesá při užívání moderních p.o. kontraceptiv s nízkým obsahem estrogenů.

2.7.2 RIZIKOVÉ FAKTORY NEOVLIVNITELNÉ

Věk

Pohlaví

Výskyt iktů je především v nižším věku častější u mužů než u žen. S rostoucím věkem se tento rozdíl stírá.

Genetika

Z genetických vlivů se uplatňuje výskyt některých z rizikových faktorů, jako např. familiární hypercholesterolemie, pozitivní lipoprotein Lp nebo sklon k výskytu diabetes mellitus.

Rasa

Vliv rasy v podmínkách ČR se dosud výrazněji neprojevuje, ale

může se tomu stát do budoucna v souvislosti s rostoucí imigrací.

2.8 PREVENCE CMP

Prevence se musí soustředit na oblast ovlivnitelných rizikových faktorů. V případě jejich výskytu je třeba kombinací režimových opatření a farmakoterapie usilovat i jejich kompenzaci. Samotná režimová opatření (dieta, pohyb) mají za cíl rozvoji některých z těchto rizikových faktorů předejít.

Doporučuje se strava s omezením soli a nasycených tuků a naopak s vyšším podílem ovoce, zeleniny a vlákniny. Stejně tak je žádoucí pravidelná fyzická aktivita a v případě obezity redukce hmotnosti.

V oblasti konzumace návykových látek je třeba pacientům jednoznačně doporučit zákaz kouření, toto doporučení musí být zvláště důrazné u žen užívajících hormonální antikoncepci.

V případě alkoholu je možno dovolit jeho konzumaci v malém množství, které by nemělo překročit asi 1-2 standardní alkoholické nápoje denně u žen a 2-3 u mužů, samozřejmě za podmínky, že konzumace alkoholu není kontraindikována v důsledku přítomnosti jiného onemocnění nebo v důsledku užívání některých medikamentů.²⁴

2.9 PROGNÓZA PACIENTŮ S CMP

Prognóza po cévní mozkové příhodě je i přes adekvátní primární nebo sekundární preventivní terapii a léčbu v akutním stadiu nadále závažná. Plné soběstačnosti dosáhneme do 3 měsíců asi u 50 % pacientů, tříměsíční úmrtnost se pohybuje mezi 10 a 20 %. U zbývajících 30-40 % pacientů lze očekávat trvalé postižení s určitým stupněm nesoběstačnosti. Zcela zásadní je posuzování

24 HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008, s. 16-22.

invalidity nemocného nejenom po stránce motorické, ale také po stránce řečové, sensorické, kognitivní a psychické. V běžné praxi hodnotíme následky po cévní mozkové příhodě modifikovanou stupnicí podle Rankina, soběstačnost škálou Barthelové a kognitivní deficit škálou Mini Mental State Examination (MMSE). Podle stupně následků indikujeme rehabilitační, logopedickou, psychologickou nebo psychiatrickou léčbu.²⁵

3. ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Pacient J.Z. narozen v roce 1937, přijat k následné rehabilitační péči z ortopedie po pertrochanterické zlomenině femuru vpravo z roku 2012.

FF při přijetí: TK- 130/80, TT- 36,1 , SF: 68´, D- 16´

3.1.1 Rodinná anamnéza

- matka a otec zemřeli ve vysokém věku, neupřesněno

3.1.2 Osobní anamnéza

- běžné dětské nemoci
- Stp. iCMP s pravostrannou hemiplegií, Broccovou afázií, etiologie v.s. sukcesivní embolizace při kritické stenóze ACI, stp. impl. stentu ad ACI 1. Sin. (2009)

25 BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. *Postgraduální medicína: Péče o pacienty po cévní mozkové příhodě* [online]. 2011. vyd. Ostrava, 2011, 8.2. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>

- Stp. exacerbaci chronické pankreatitity, CT obraz akutní pankreatitidy, Baltazar C-D, edematozní stenosa duodena, cholestáza v.s. při edému peripankreatické tkáně – 9/2010
- Stp. akutní nekrotizující pankreatidě, stp. drenáži pseudocyst (4/2009)
- Arteriální hypertenze
- Diabetes mellitus 2. typu, dif. dg. pankreatogenní, od 2009, na INZ.
- Benigní hypertrofie prostaty

operace:

-2002 laparoskopická CHCE

-7/2012 OS pertrochanterické zlomeniny femuru vpravo PFN Targon

Sledovaná onemocnění:

-IM, ICHS, CHOPN, Astma, onem. štítné žlázy, IH, nádorová onem., TBC, přenosné choroby – vše negativní

3.1.3 Farmakologická anamnéza:

P.O.

Doreta 325mg tbl. 2-1-2-1 při koxalgii VAS 2 a více

- analgetika

Buronil 25 mg tbl. 0-0-0-1 při nespavosti

- neuroleptika

Torvacard 20mg tbl. 0-0-1

- hypolipidemika

Helicid 20mg cps. 1-0-1

- antiulceroza

Aggrenox cps. 1-0-1

- antiagregancia

Lozap 12,5mg tbl. 1-0-1

- antihypertenziva (antagonisté angiotenzinu II.)

Finard 5mg tbl. 1-0-0

- inhibitory 5-alfa-reduktázy (zmenšují velikost prostaty)

Aktiferrin cps. 1-0-0

komplex tvořený síranem železnatým a aminokyselinou serin (léčba anémií)

Citalec 10 mg tbl. 1-0-0

- antidepresiva

Baclofen 10 mg 1,5-1,5-1,5

- centrální myorelaxans

S.C.

Humulin R 6j-8j-6j

- inzulin rychle působící

Humulin N 0-0-0-6j ve 22:00

- inzulin s prodlouženým účinkem

LOK.:

Ophthalmo-Septonex gtt. 1 kapka do OO 1-0-1

- oftalmologikum

Dolgit crm. 3Xdenně na P stehno

- lokální analgetikum

3.1.4 Pracovně-sociální anamnéza:

starobní důchodce, žije s manželkou, omezeně mobilní s dopomocí s holí (před úrazem),

3. patro bez výtahu

3.1.5 Abusus:

Nekouří od 58. let, dříve 10 cigaret denně, alkohol nepije

3.1.6 Nynější onemocnění:

Pacient s pravostrannou spastickou hemiparézou a Broccovou afázií (po CMP 2009).

Dne 30. 6. pád, petrochanterická fraktura femuru vpravo, 2. 7. provedena

OS PFN Targon.

Před úrazem mobilní o 4.-bodové holi s doprovodem. 13. 8. proběhla ortopedická kontrola- dle RTG v dobrém postavení, doporučeno pokračovat v rehabilitaci, možná zátěž PDK.

Další kontrola za 3 měsíce. Vertikalizován do chodítka s asistencí, schopen krátké chůze. Jizva zhojená, bolesti minimální.

Plán a cíl:

- korekce svalové dysbalance, prevence TEN, prevence pádu, vertikalizace, chůze s chodítkem, kontrola krevního obrazu, instruktáž, edukace, vyhodnocení ergonomie denních aktivit (ADL), výběr nevyhnutelných kompenzačních pomůcek na doma. Monitorace glykémie, logopedie.

3.2 Laboratorní vyšetření:

Kontrola KO:

leuko...9,3, ery...2,91, Hemoglobin...91, Hematokrit...0,270,
objem ery...93,0, Hb v ery...0,34, trombocyty...258, MPV...9,2

Vzhledem k hodnotám hemoglobinu a ery, které jsou nižší po operaci pacienta, nasazen ošetřujícím lékařem Aktiferrin cps..

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

4.1.1 Definice ošetřovatelského procesu:

Samotný pojem „proces“ představuje serii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku.

Pojem ošetřovatelský proces je poměrně nový a souvisí s akceptováním vědeckého (systémového) přístupu a východisek, v ošetřovatelství, kterými se řídí lidské poznání.

Poprvé pojem „ošetřovatelský proces“ použila Hallova v roce 1955.

Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem (očekávanými výsledky), jinak také analyticko-syntetická metoda řešení problému nebo myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče.

Z teoretického hlediska jde o metodologii oboru ošetřovatelství.

Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu pacienta. Proto je dnes ošetřovatelský proces mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe.

Před tím, než se začala používat metoda ošetřovatelského procesu v praxi, sestry poskytovaly svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na nemoc než na individuální potřeby nemocného člověka.²⁶

26 MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: I. díl - Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 118-119.

4.2 Ošetřovatelská anamnéza:

Kontakt- ztížený (Broccova afázie)

Psychický stav- orientovaný, klidný

Dýchání- bez obtíží

Spánek- bez obtíží

Alergie- žádné

Bolesti- ano (pravá paže a pravá noha)

Soběstačnost- závislost středního stupně (Barthel test- 50 bodů)

Pomůcky k chůzi- chodítka při příjmu

Váha: 68 kg / Výška: 172cm

BMI: 24

Vyprazdňování: močí do močové lahve, podložní mísa p.p.

Změny na kůži: žádné

Norton skóre: 28 bodů

Barthel test: 50 bodů

Morse, riziko pádu: 65 bodů

4.2.1 Fyzikální vyšetření sestrou:

CELKOVÝ VZHLED, ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU: upravený,

celkový vzhled dobrý

DUTINA ÚSTNÍ A NOS: sliznice jsou růžové, bez povlaku,

známek dehydratace

ZUBY: nemá vlastní chrup, horní i dolní protéza volná

SLUCH: slyší dobře

ZRAK: používá brýle na blízko, vyhovují mu

DÝCHÁNÍ: 16', čisté sklípkové

PULZ: 68', pravidelný

KREVNÍ TLAK: 130/80 mm Hg

TĚLESNÁ TEPLOTA: 36,1

NYNĚJŠÍ HMOTNOST: 68 kg

VÝŠKA: 172 cm

BMI: 22,9

STISK RUKY: pevný

ROZSAH POHYBU KLOUBŮ: klouby volně pohyblivé na levé polovině těla, pravá strana – hemiplegie, kloubní pohyblivost omezená do abdukce, addukce, flexe i rotace

SVALY: bolestivé na pravé polovině těla

KŮŽE: normální

CHŮZE: s kompenzační pomůckou- chodítko, poté 4.-bodá hůl

DRŽENÍ TĚLA: shrbené, DK teplé, dobře prokrvené

CHYBĚNÍ ČÁSTÍ TĚLA: ne

SEBEPÉČE:

Nají se sám- ne, dopomoc mírná

Hygiena samostatně- ne, dopomoc

WC samostatně- ne, doprovod o pomůcce

Oblékání sám- ne, dopomoc

Schopnost nakoupit si- ne

Celkový pohyb- s doprovodem a kompenzační pomůckou, sedne si sám

Pohyb na lůžku- dopomoc při polohování hemiplegické pravé poloviny těla

Schopnost udržovat domácnost- ne, žije s manželkou

PŽK zaveden- ne

PMK zaveden- ne

OBJEKTIVNÍ POZOROVÁNÍ:

ORIENTACE: všemi kvalitami

CHÁPE MYŠLENKY A OTÁZKY: ano

ŘEČ A ZPŮSOB VYJADŘOVÁNÍ: ztížená komunikace, rozumí, ale nevyjádří se ve větách, jen jednoslovně- Broccova afázie

HLAS A ZPŮSOB ŘEČI: tichý hlas, řeč nelze adekvátně zhodnotit

ÚROVEŇ SLOVNÍ ZÁSObY: nelze zhodnotit

OČNÍ KONTAKT: udržuje

ROZSAH POZORNOSTI: pozorný, všemu rozumí

NERVOZITA: nejeví známky nervozity

PASIVNÍ, AGRESIVNÍ, ASERTIVNÍ: spíše pasivní

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE: vyhovující

4.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

K své práci jsem si vybrala "MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ" GORDONOVÉ.

Tento model je mi blízký. Poskytuje mnoho důležitých informací o p
Pacientovi v jednotlivých oblastech života, které se dají dobře využít v procesu ošetrovatelské diagnostiky.

Pacient a jeho ochotná žena, s kterou bylo nutné spolupracovat pro afázii klienta mi poskytli rozhovor v den příjmu na rehabilitační oddělení. Vzhledem k již uvedené afázii pacienta bylo nutné se častěji dotazovat jeho ženy, proto může být subjektivní hodnocení do jisté míry zavádějící, ne zcela přesně interpretované panem Z..

V den příjmu jsem získala základní informace o panu Z. od sestry z ortopedického oddělení, která ho na rehabilitační oddělení překládala. Poté jsem s ním a jeho manželkou provedla vstupní rozhovor, který obsahoval informace týkající se režimu oddělení. Poté jsem zjišťovala ošetrovatelskou anamnézu pana J.Z., zjistila jsem míru soběstačnosti pacienta v jednotlivých oblastech sebezpečí, riziko pádu a zavedla jsem opatření k jeho prevenci, a také riziko dekubitů,

malnutrice, ICHS a získala jsem další nezbytné informace.

V průběhu dne jsem pacienta pečlivě sledovala a kontrolovala, posuzovala jsem skutečné schopnosti nemocného, míru soběstačnosti a jeho chování.

4.4 POSOUZENÍ PACIENTA PŘI PŘÍJMU DLE MODELU M. GORDON

4.4.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Subjektivně:

Pacient se v tomto směru příliš neotevřel, byla nutná spolupráce manželky, která mu byla nejbližší a ke které choval největší důvěru. Vzhledem k afázii se nedokázal dostatečně vyjádřit, a to ho také deprimovalo. Subjektivní pocity pana Z. nebylo možné prakticky zjistit. Tvářil se v den příjmu na oddělení smutně. Dle slov manželky ve svém životě marodil jen s méně závažnými chorobami.

Cévní mozková příhoda přišla náhle, nečekaně. Stále se s tím vyrovnával a snažil se zapojit opět do běžného života. Nebyl se sebou spokojený, se svými úspěchy, neuměl se pochválit. Dle slov jeho ženy byl spíše v životě skeptický a introvertní člověk, stále si nedokázal vysvětlit, proč se mu tato nemoc přihodila, žil spíše klidným životem. Vyrovnával se vnitřně s touto skutečností, že už třeba nikdy nebude mluvit jako dříve, že už nikdy nebude úplně soběstačný.

Co ho psychicky ještě více zlomilo, je to, že po třech letech od CMP upadl a zlomil si nohu, což ho opět upoutalo na nějaký čas na lůžko. Vážil si péče personálu, ale už by chtěl být opět doma.

Objektivně:

Pacient působil v den příjmu velice smutným dojmem. Snažil se spolupracovat s personálem, byl milý a občas se i nesměle pousmál. Psychickou

oporou mu byla jeho žena, která ho v nemocnici navštěvovala i dříve.

I přes obtížnou komunikaci měl snahu se dorozumět. Bylo však znát, že neschopnost přesně vyjádřit své přání slovně se pro něj stávalo velice frustrující. Když mu něco nešlo, rozčiloval se.

Fyzická kondice pana Z. v den příjmu nebyla příliš dobrá, byl slabý a neudržel se dlouho na nohách, přesto však měl snahu ujít aspoň tři kroky od lůžka. Snažili jsme se komunikovat, získat si důvěru pacienta a dát mu naději, že bude lépe. V tomto nám pomáhala právě i jeho ochotná manželka.

4.4.2 VÝŽIVA - METABOLISMUS

Subjektivně:

Pacient udával, že chuť k jídlu má dobrou. Dle slov jeho ženy jedl celý život dobře a nebyl vybíravý. Vzhledem k tomu, že měl nemocný diabetes mellitus se musel i v některých potravinách omezovat. Měl rád sladké, ale vadilo mu, že kvůli nemoci nemohl jíst vše co by chtěl. Sladké nahrazoval zdravým a nepříliš sladkým ovocem. Stravoval se vzhledem ke své dietě velice pravidelně. Pocit žízně v den příjmu měl, pil dobře, chutnaly mu čaje a minerálky. Bezprostředně po CMP před třemi lety ale ztratil chuť na vše, na jídlo i nápoje.

V tomto období prý hodně zhubnul (údajně až deset kilo) a dlouho trvalo, než se chuť zase vrátila. Měl potíže s polykáním těsně po CMP a to ho limitovalo tak též. V den přijetí na oddělení rehabilitace a i před tím na ortopedii polykal dobře, žádné potíže v tomto směru neuváděl a ani jsem žádné nepozorovala. Zubní volnou protézu měl již delší dobu a zvykl si na ni, vždy si jí vyčistil sám, po CMP mu občas vadilo, že to bohužel ještě nedokázal sám jako předtím a byl odkázán na ostatní. Jinak neuváděl žádné obtíže se týče stravy. Porce jedl celé. Dle slov jeho ženy chtěl změnit druh druhých večeří pro diabetiky v nemocnici. Opakující se jogurty mu již nechutnaly.

Objektivně:

Pacient jedl viditelně dobře, snědl celé porce během dne příjmu na oddělení, jedl pravidelně. Byla u něj nutná dopomoc při stravování - pokrácení, namazání. Pacient jako diabetik byl edukován o své nemoci již z dřívější doby a i v době příjmu na rehabilitační oddělení jsem informovala nutriční terapeutku, aby v den příjmu pacienta opětovně edukovala o stravovacím režimu vhodném u diabetika. Pacient měl váhu adekvátní ke své výšce. Hydratován byl dobře, pil dostatečné množství tekutin, zpozorovala jsem, že měl nejráději ovocný čaj.

Žádné kožní změny jsem neshledala, avšak pečovala jsem po večerní hygieně obezřetně o kůži na zádech a hýždích, protože dle manželky měl pacient tendence k vyrážkám. Nutná dopomoc také při péči o zubní protézu. Byl velice spolupracujícím a snaživým klientem.

Riziko malnutrice nemá- 0 bodů. Dieta diabetická – 9/225. Barthel test (příjem potravy a tekutin) - 5 bodů- s pomocí. Váha pacienta- 68 kg, výška pacienta- 172 cm. BMI- 22,9- norma

4.4.3 VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně:

Pan Z. vzpomínal na časy, kdy si normálně došel na toaletu a tam se v soukromí vyprázdnil, v nemocnici mu nebylo příjemné se vyprazdňovat na podložní míse. Toto téma nerad otevíral, byl spíše zdrženlivý v odpovědích, spolupracovala jsem také s manželkou, kvůli afázii klienta. Pociťoval ostych pokaždé, když potřeboval na toaletu a musel zvonit na sestru. Několikrát edukován, že je nutnost signalizaci používat a také uskutečněn rozhovor s pacientem, za účelem odstranění ostychu a porozumění jeho starostem. Kdyby mohl, šel by raději na toaletu, ale vzhledem k jeho stavu si uvědomuje, že v noci je to takto bezpečnější. Před příhodou byl aktivní, více chodil a hýbal se, po příhodě se stal méně aktivním. S močením problémy neměl.

Objektivně:

Pacient se v den příjmu na oddělení vyprazdňoval do močové lahve, což mu dělalo velké obtíže, pocíťoval stud. Jinak močil bez obtíží, úměrně k příjmu tekutin. Moč byla čirá, bez příměsí. Na stolicí ještě nebyl. Pacient se potil úměrně k fyzické aktivitě.

Vyprazdňování: moč- bez obtíží, stolice- bez obtíží.

Barthel test (kontinence moči)- plně kontinentní- 10 bodů, (kontinence stolice)- plně kontinentní- 10 bodů, (použití WC)-neprovede- 0 bodů.

4.4.4 AKTIVITA – CVIČENÍ

Subjektivně:

Po mozkové příhodě příliš síly a energie neměl, ale po nějakém čase ji zas nabral, velkou psychickou oporou mu je a byla jeho žena.

Když byl zdravý, byl velice činorodý, snažil se neustále něčím zaobírat, chodil na procházky. Nyní, když již tomu tak není, velice mu to chybí. Byl našťvaný na situaci, na to, že již nemůže dělat vše, jako dříve. Již tolik sil nemá, je rychle vyčerpaný a potřebuje odpočívat víc, než předtím. Uvědomoval si, že když půjde z nemocnice domů, k ženě, nebude moci chodit moc ven, protože v domě nemají výtah a bydlí ve čtvrtém patře. Nebyl se sebou ještě úplně spokojený. Těšil se, až zase bude chodit a bude si moct dojít na toaletu.

Ve volném čase byl rád v posteli, rád odpočíval, protože ho někdy cvičení velmi vyčerpávalo. Sledoval televizní pořady a jeho žena mu předčítala i úryvky z knih. Za to jí byl velice vděčný a mrzelo ho, že mu čtení ještě úplně nešlo. Četl jako zdravý celkem hodně, dle slov jeho manželky. Také rád luštil křížovky. Což teď také nemůže, chybí mu to.

Co se týkalo soběstačnosti, vadilo mu, že byl odkázaný na pomoc druhých lidí. Byl jako zdravý samotářský a introvert, vše se snažil dělat samostatně, nechtěl nikdy pomoci. Pomáhal ženě s domácností, nakupoval a někdy i vařil. Najednou byla na všechno sama a ještě se musela starat o něj a to ho velmi

trápilo. Věděl, že to nemá jednoduché. Kvůli tomuto byl často smutný. Potřeboval pomoci téměř ve všech oblastech sebedpěče. Snažil se ale ostatním ulehčit práci, nechtěl být na obtíž.

Objektivně:

Pacient působil prvotním dojmem jako pesimistický a skeptický člověk. Přes den o něm personál ani nevěděl, byl to klidný člověk. Bylo nutné ho pravidelně kontrolovat. Na lůžku se pohyboval velice omezeně. Na bok se otočil s mírnou pomocí. Snažili jsme se pana Z. zaktivovat při polohování během dne, posazovali jsme ho do křesla k jídlu. Vertikalizovali ho zatím jen do stoje.

Za pacientem byla logopedka, která ho seznámila s budoucím programem nácviku řeči. Nutná byla přes den pomoc při hygieně celkové i osobní, při stravování, polohování. Snažila jsem se pacienta zapolohovat do úlevové polohy proti bolestem pravého ramene, konzultovala jsem to s fyzioterapeutem.

V den příjmu ušel jen tři kroky od lůžka a zpět.

Barthel test celkem: 50 bodů- závislost středního stupně.

Riziko pádu- MORSE: 65 bodů – vysoké riziko

4.4.5 SPÁNEK - ODPOČINEK

Subjektivně:

První den hospitalizace nemohl pan Z. vůbec spát, často se budil a zdály se mu nepříjemné sny. Cítil se ráno velice unavený a neměl chuť na cvičení, na nic.

Spal poměrně přerušovaně, jak uváděla jeho žena, stále se budil zhruba dvakrát za noc a nemohl následně usnout. Potřeboval na ortopedickém oddělení každou noc prášek na spaní, bez toho by neusnul. Doma spal dobře. Většinou po celou noc nerušeně. Trochu ho rozptylovala v nemocnici i přítomnost jiných nemocných na pokoji, kteří občas v noci rozsvěcovali a rušili ho. Těšil na vlastní lůžko doma, kde se mu spí nejlépe.

Objektivně:

Nebylo možné v den příjmu posoudit, jak pacient spal. Posouzení nastalo až další den hospitalizace, byly předány informace noční sestrou.

4.4.6 VNÍMÁNÍ CITLIVOSTI - POZNÁVÁNÍ

Subjektivně:

Problémy se sluchem nikdy neměl, nosil brýle na blízko, které mu vyhovovaly, nosil je již několik let. Stěžoval si na svědění očí. Kvůli tomu také někdy viděl rozmazaně.

Co se týče paměti, byl smutný, že mu některé úkoly od logopedky nešly tak jak by chtěl, paměť měl po CMP horší a hlavně kvůli afázii si některá slova obtížně zapamatovával. Snažil se cvičit, aby to bylo lepší, ale netrpělivost byla silnější. Byl na sebe rozzlobený. Když byl zdravý, vše mu šlo bez obtíží, uvědomoval si, že už to asi nebude jako dřív. Bolesti neměl v době příjmu, neuváděl potřebu analgetik. Přes den ho dvakrát zabořila pravá ruka, která se hůře hýbala, cítil se, jako by mu někdy ani nepatřila. Jako velkou ztrátu pociťoval neschopnost řeči, vyjádřit přesně své pocity, přání. Báł se mluvit, protože mu to nešlo, obával se, že už to lepší nebude, přemýšlel, zda má vůbec smysl cvičit. Zraňovalo ho to, že lidé okolo něj normálně mluví a on nemůže.

Objektivně:

Pacient slyšel dobře, žádné pomůcky nepotřeboval. Nosil brýle na čtení. Slzely mu obě oči již v den příjmu, viditelně byly zarudlé a okolí oteklé. Informován ošetřující lékař. Uskutečněno oční konzilium. Poté aplikovány kapky dle ordinace lékaře, po kterých cítil pan J. Z. úlevu, oči po aplikaci viditelně slzely méně a nebyly zarudlé. Personál se snažil s pacientem komunikovat, aby trénoval jeho verbální paměť, byl schopný se naučit během dne dvě až tři slova, která i správně zopakoval, následně je ale zapomněl a nemohl si je ihned vybavit.

Co se týkalo komunikace, domluvili jsme se. Sice jednoslovně, ale bylo rozeznatelné, co pacient vyžadoval. Velmi nám pomáhala manželka, která znala

pana J.Z, nejlépe a taktéž komunikace s ním byla pro ni tudíž jednodušší. Na bolest si nestěžoval v době příjmu. Pacient byl orientován všemi kvalitami, spolupracoval.

4.4.7 SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

Subjektivně:

Manželka hodnotila pana Z. jako klidného člověka, on sám se v důsledku afázie nedokázal přesně popsat. Když byl zdravý, dle slov jeho ženy, byl často velký skeptik. Rozčilovalo ho, když mu něco nešlo, to mu možná zůstalo. Povahou byl spíše pesimista a introvert. Úplný opak své partnerky.

Po mozkové příhodě se jeho vzhled rapidně zhoršil. Tělo zhublo a svalstvo ochablo. Nejhůře vnímal to, že nemohl hýbat pravou rukou, již třetím rokem se snažil o rozhýbání paže, ale nedařilo se to. Byl pravák a znepokojovalo ho to, že nemohl psát jako dříve. Byl nucen se učit psát prozatím levou rukou, což nebylo snadné. Nebyl se sebou stále spokojený. Běžné denní činnosti mu dělaly problém a byl odkázaný na dopomoc druhých osob. Cítil občas pocity beznaděje, ale chtěl bojovat, nevzdávat to už jen kvůli své ženě, kterou měl rád.

Objektivně:

Pan J. Z. byl milý, ale tichý člověk. Pociťovala jsem z jeho strany jakýsi smutek z dané situace, smutek ze sebe sama. Snažila jsem se o navození důvěrné atmosféry při rozhovoru s pacientem. Byl velice uzavřený. Při rozhovoru byla přítomna i jeho žena. Ta ho znala a věděla, že je to jeho povaha. Když byl ale zdravý, nebyl prý tolik smutný. Pacient přes všechny své pocity spolupracoval, snažila jsem se o zintenzivnění verbálního kontaktu s panem J.Z., aby přišel na jiné myšlenky a také jsem kontaktovala lékaře pro zvážení odborné psychologické či psychiatrické péče. Bylo jasné, že klient potřeboval pozvednout psychiku.

4.4.8 ROLE - MEZILIDSKÉ VZTAHY

Subjektivně:

Žil se svou ženou ve třetím patře panelového domu bez výtahu. To mu vzhledem k stávajícímu zdravotnímu stavu značně ztěžovalo interakci s okolím. Předtím ven moc nechodil, byl převážně odkázán na život v bytě 2+1. Klient žil již přes třicet let se svou ženou. Nechtěl být na obtíž. Měl tři dospělé děti, které ho na ortopedickém oddělení chodily navštěvovat.

Velkou radost mu dělala vnoučata, kterých měl celkem šest. Ta zatím na návštěvě prý nebyla. Měl velkou rodinu, která ho měla ráda. Vnímal to tak. Za „mlada“ pracoval jako úředník, práce ho bavila, nikdy si nestěžoval. Co se týkalo rodinného života, nenacházeli jsme zde žádné problémy. Vztahy měl se všemi členy rodiny dobré.

Objektivně:

Na návštěvy do nemocnice na ortopedické oddělení každý den za panem Z. chodila především žena, občas přišli prý i potomci. U příjmu na rehabilitaci byla manželka přítomna po celou dobu, až do večera a především ona odpovídala na mé dotazy. Pan J. Z. se jevil veselejší, když ji měl u sebe. Na jeho psychiku to působilo velice dobře.

Nemocniční prostředí na něj viditelně nepůsobilo dobře, ale protože se jednalo na našem oddělení již o druhou hospitalizaci po třech letech, pacient měl k personálu, který znal z dřívějšího, větší důvěru.

4.4.9 SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Subjektivně:

U tohoto tématu nechtěl pacient zabíhat do detailů. Produktivní období svého života měl za sebou, měl se ženou tři zdravé děti. Měli celkově dobrý vztah.

4.4.10 STRES ZÁTĚŽOVÉ SITUACE - JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Subjektivně:

Co se týče uvažování a rozhodování v životě, byl spíše klidným a přemýšlivým člověkem. Stres nikdy nepociťoval. Měl poměrně uspokojivou práci, která ho bavila. Měl stres z toho, co bude po nemoci.

Rád si povídal s manželkou, která měla schopnost ho vždy uklidnit a dodala mu odvalu. Smířil se s tím, že nějaké léky musí užívat, v mládí nic neužíval. Kouřil do svých 58. let, poté se rozhodl přestat. Byla to jeho velká závislost. Byl rád, že s tím přestal. Alkohol nikdy dříve nepil, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Nikdy na něj neměl chuť.

Co se týče životních změn, jeho život byl poklidný až do doby, kdy ho postihla CMP, poté se vše změnilo. Vnímal poslední dva roky jako nejtěžší ve svém životě. Byl nucen se opět vracet do běžného života, učit se vše od začátku, jako dítě. Cítil, že má dostatek sil. Věděl, že to musí zvládnout, ale někdy si přestával věřit a nevěděl zda se s tím smířit, nebo bojovat. Síly občas docházely, ale motivací mu byla rodina, která mu byla velikou oporou.

Objektivně:

Pacient nejevil známky napětí či nervozity, byl pozorný a pečlivý, co se týče užívání léčiv a režimu dne. Bylo nutné na klienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu při užití léků pravidelně dohlížet. U pana Z. byla přítomna manželka, která o pana J.Z. vzorně pečovala. Měla na něj i terapeutický vliv, co se týče psychiky. Pacienta čekala třítydenní hospitalizace na rehabilitačním oddělení. Byl spíše tichý a neprojevoval příliš své emoce.

4.4.11 VÍRA (PŘESVĚDČENÍ) - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Subjektivně:

Dle slov ženy pacienta měl za mlada více životních cílů, život měl před sebou a plánoval do budoucnosti, chtěl něco dokázat, založit rodinu a žít spokojeným životem. Se svou ženou byl přes třicet let, měli hodné děti a krásná vnoučata.

Hodně cestoval, což byl také jeho sen. Poznal mnoho zajímavých míst na světě, život si s manželkou užili. Do roku 2009 byl aktivní, chodil do přírody, na procházky, na výlety, když zdraví dovolilo. Poté se jeho život převrátil o sto osmdesát stupňů. Vše co měl rád nemohl náhle dělat, jedna minuta, jeden okamžik mu zcela změnil život. Přestal chodit, mluvit a vše bylo pryč. Věřící není a nikdy nebyl.

Objektivně:

Pan J. Z. nebyl nábožensky věřící člověk, přesto však jsem mu nabídla při příjmu psychickou oporu v podobě kaplana, který je v naší nemocnici k dispozici všem pacientům bez rozdílu víry. To odmítal.

4.5 Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- 1.DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI PŘÍJMU POTRAVY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS
- 2.DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS
- 3.DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI VYPRAZDŇOVÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS
- 4.DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI OBLÉKÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS
- 5.RIZIKO PÁDU PŘI VERTIKALIZACI DO STOJE A CHŮZI V CHODÍTKU V DŮSLEDKU STAVU PO CMP
- 6.NEUVĚDOMOVÁNÍ SI PARETICKÉ PRAVÉ STRANY TĚLA

NÁSLEDKEM ONEMOCNĚNÍ CNS

7.PORUŠENÁ SCHOPNOST VERBÁLNÍHO VYJADŘOVÁNÍ V
DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

8.PORUCHA SPÁNKU - ČASTÉ PROBOUZENÍ V DŮSLEDKU
STRACHU Z BUDOUCNOSTI

Přehled jednotlivých ošetrovatelských diagnóz

Pacienta pana J. Z. jsem pozorovala a hodnotila v den příjmu na oddělení, stanovila ošetrovatelské diagnózy, které byly aktuální vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta. Stanovila jsem intervence, které byl schopný pan Z. provést a snažila jsem se ho učit soběstačnosti v uvedených oblastech sebezpečí. Vycházela jsem z toho, že pacient má i jiné denní aktivity v nemocnici na oddělení rehabilitace. Pacient měl být hospitalizován na oddělení rehabilitace po dobu tří týdnů.

1. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI PŘÍJMU POTRAVY V
DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. hodin

- zjistit, zda je pacient schopen se najíst také nemocnou horní končetinou
- zjistit, zda je pacient schopen udržet lžičku také v nemocné horní končetině

PLÁN PÉČE:

- poskytnutí dostatečného prostoru a času klientovi
- přítomnost sestry u jídla a pozorování pacienta
- eventuelní dopomoc při pokrájení stravy

- obstarání nejvhodnějších pomůcek pro snadnější způsob podpoření soběstačnosti (vhodná lžice), nácvik úchopu
- spolupráce s ergoterapeutem a rodinou

REALIZACE:

Pacient byl přijat na oddělení v dopoledních hodinách, k obědu byl vertikalizován do sedu s nohama z lůžka, aby měl co nejpohodlnější polohu k přijímání stravy. Panu J. Z. jsem vysvětlila, že bych chtěla být přítomna u oběda, abych poznala jeho schopnost najíst se i nemocnou rukou. Pacient souhlasil, ale příliš nadšeně se netvářil.

Když sanitář přinesl jídlo, pomohla jsem pacientovi pokrájet maso a brambory. Nechala jsem pana Z. aby část svého jídla snědl zdravou rukou a pak jsme se domluvili, že si zkusí několik porcí nabrat nemocnou rukou.

Bylo evidentní, že je mu to nepříjemné, že by se raději v klidu najedl sám a zdravou rukou, ale nakonec souhlasil a zkusil si vzít lžící do paretické končetiny. To mu moc nešlo a po prvním pokusu dát si sousto do úst, to chtěl vzdát. Snažila jsem se tedy pacienta podpořit v tom, aby to zkusil ještě alespoň jednou, abych viděla, jak to zvládá.

Paretickou končetinu měl v hypertonu a obtížně se mu jídlo nabíralo na lžící, proto jsem mu dopomohla druhé sousto nabrat. Při druhém pokusu byl o něco úspěšnější, sám si dal sousto do úst a měl z toho radost.

Poté ale pacient odmítal nadále trénovat paretickou končetinu. Bylo jasné, že tuto činnost příliš v minulosti netrénoval, nebyl si v ní jistý a tak se jí chtěl vyhýbat. V době oběda byla přítomna i manželka pana Z. a tak jsem zkusila i ji zapojit do trénování nemocné ruky. Předpokládala jsem, že by právě ona mohla pacienta přesvědčit v pokračování jedení nemocnou rukou.

Bohužel se ale pacient nenechal přesvědčit, tvářil se zarputile a nešťastně, zlobil se. Proto jsem ho tedy pochválila, že to alespoň zkusil a nechala jsem ho jídlo dojíst obvyklým stylem, zdravou rukou.

HODNOCENÍ:

Pacient se uměl najíst sám bez obtíží zdravou paží. Lžící v paretické končetině sice udržel, ale nebyl schopný se nemocnou rukou najíst.

2. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. hodin:

- zjistit, zda je pacient schopný si samostatně vyčistit zuby, umýt obličej a učesat se
- zjistit, zda zapojuje i postiženou horní končetinu do této činnosti
- pacient se bude cítit čistě a spokojeně

PLÁN PÉČE:

- poskytnutí hygienických pomůcek klientovi
- přítomnost sestry u osobní hygieny
- pozorování pacienta při manipulaci se zubním kartáčkem
- eventuelní dopomoc podle potřeby
- podpora sebedůvěry klienta

REALIZACE:

Po večeři jsem se s pacientem domluvila, že bych chtěla být přítomna u jeho osobní hygieny, abych poznala, jak tuto činnost zvládá. Evidentně to panu Z. nebylo příjemné, protože nebyl zvyklý, aby u těchto činností byla přítomna sestra, byl zvyklý především na svou manželku, která mu při osobní hygieně dopomáhala nejvíce. Pan Z. nejprve nesouhlasil, chtěl se umýt sám, nechtěl u osobní hygieny žádné pozorovatele, protože ale zapůsobila jeho žena, která ho přemlouvala, nakonec souhlasil.

Napustila jsem tedy panu Z. kelímek s vodou a podržela mu zubní kartáček, na který si samostatně zdravou rukou vymáčknul zubní pastu. Pan Z. měl vyndavací zubní protézu, proto jsme ji vyjmuli a dali do emitní misky. Tu

jsem mu přidržovala a sledovala, jak si pacient čistí protézu zdravou končetinou. Poté jsem pana Z. přesvědčovala, aby si to také zkusil nemocnou rukou. To ale nechtěl, vzpouzel se, byl zarputilý. Proto jsem poprosila o přítomnost jeho ženy, na kterou byl zvyklý. Ta ho přesvědčila, aby to alespoň jednou zkusil. Kartáček udržel v nemocné ruce, ale manipulace s ním již byla těžší.

Bylo vidět, že pan Z. manipulaci s kartáčkem v nemocné ruce nezvládá. Byl si toho také vědom a byl rozzlobený, že se vůbec nechal k této činnosti přesvědčit. Poté se mnou a i se svou ženou nechtěl komunikovat ani jednoslovně, což uměl. Urazil se a přemohla ho lítost, nejspíš si opět uvědomil míru svého postižení a špatně snesl neúspěch. Přesto všechno byl pochválen za snahu, že si zkusil alespoň manipulaci s kartáčkem v nemocné ruce.

Panu Z. jsem nechala osobní hygienu dokončit již na závěr zdravou končetinou, protože po svém neúspěchu i přes veškeré pochvaly a podněcování nechtěl pokračovat v trénování paretické paže.

HODNOCENÍ:

Pacient si dokázal vyčistit zuby zdravou rukou s mírnou dopomocí druhé osoby. Také si zdravou rukou sám umyl obličej a učesal se. Manipulaci se zubním kartáčkem v nemocné končetině nezvládal a obtížně snášel svůj neúspěch.

3. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI VYPRAZDŇOVÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. hodin:

–zjistit, zda je pacient schopný se samostatně vymočit do močové lahve

PLÁN PÉČE:

–poskytnutí dostatečného soukromí klientovi

–přítomnost sestry při prvotní manipulaci, pro posouzení míry soběstačnosti

–signalizace na dosah

–umístění močové lahve na paretickou stranu k lůžku

– dobře přístupné místo pro pacienta

REALIZACE:

Pacient při příjmu na oddělení nebyl schopen chůze na toaletu, proto mu byla poskytnuta močová láhev k lůžku, kterou jsme umístili na paretickou stranu k lůžku, aby si tuto stranu pan Z. více uvědomoval. Panu Z. jsem vysvětlila, že bych potřebovala vidět jak umí manipulovat s močovou lahví, abych mohla posoudit, zda jí používá správně. Tudíž jsme se domluvili na tom, že až bude potřebovat močit, zazvoní na signalizaci a manipulaci s močovou lahví mi předvede. Pacient nebyl příliš nadšený, pociťoval stud, byl nervózní. Jeho pocity jsem chápala a respektovala, snažila jsem se ho uklidnit a poskytla mu tedy co největší možné soukromí na pokoji. Chápala jsem, že moje stálá přítomnost u močení by nebyla pro pana Z. vůbec příjemná. Roztáhla jsem tedy plentu a ponechala pacienta chvíli samotného, aby si snažil sám svléci trenky a nasadit močovou láhev. Poté pan Z. zazvonil, abych mu močovou láhev vylila.

Manipulaci s močovou lahví tedy pacient zvládl zcela samostatně, bez jakékoliv pomoci.

HODNOCENÍ:

Pacient uměl manipulovat sám s močovou lahví, vymočil se samostatně, bez obtíží. Aktivoval svou zdravou paži. Byl zdatný. Vyžadoval jen minimální dopomoc personálu, a to jen při následném vyprázdnění močové lahve.

4. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI OBLÉKÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetřovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – do 24. HODIN:

– zjistit, zda si pacient umí obléknout horní polovinu těla

PLÁN PÉČE:

–pozorování pacienta při oblékání trička či svetru

- přítomnost sestry při oblékání pacienta
- zapojení nemocného do procesu oblékání, eventuálně dopomoc
- podpora sebevědomí pacienta

REALIZACE:

Při večerní hygieně jsem byla u pacienta přítomna a zjišťovala pozorováním, zda si je schopen svléknout triko sám a zda je schopný si obléknout pyžamo. Bylo jasné, že tuto činnost příliš netrénoval, protože si s tím nevěděl rady. Do trika se zamotal a nevěděl jak si ho svléknout. Musela jsem pacientovi dopomoci. Při oblékání pyžama nechtěl s ničím pomáhat, oblékal si ho však špatným způsobem a tak mu to trvalo déle, než by si asi přál. Rozčiloval se, protože mu to příliš nešlo. U svlékání trika i oblékání pyžama byla přítomna jeho manželka, která mi sdělila, že v těchto činnostech panu Z. hodně vždy dopomáhala a že se pacient tudíž nesnažil sám.

Pacient si nakonec pyžamo nedokázal obléknout samostatně a tak jsem mu krok po kroku vysvětlila správný způsob oblékání horní poloviny těla. Zkusil si to nejprve s mou pomocí a pak sám. Nejdříve oblékl paretickou ruku a poté nemocnou a dotáhl si pyžamo přes hlavu.

Zpočátku se mu oblékání nedařilo, ale na druhý pokus si zvládl pyžamo navléknout úplně sám a měl z toho upřímnou radost. Pochválila jsem pana Z. za velkou snahu a zdatnost při oblékání pyžama. Také jsem promluvila s paní Z. a poprosila ji, aby svého manžela především podporovala v soběstačnosti a příliš mu nepomáhala, aby se oblékání naučil sám. Paní Z. souhlasila.

HODNOCENÍ

Pacient si za dopomoci ošetřujícího personálu dokázal svléknout tričko a samostatně si po trénování činnosti obléknul pyžamo. Soběstačnost byla podporována i ze strany manželky.

5. RIZIKO PÁDU PŘI VERTIKALIZACI DO STOJE A CHŮZI V CHODÍTKU V DŮSLEDKU STAVU PO CMP

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. hodin:

- zjistit, do jaké míry je pacient schopen vertikalizace a chůze
- pacient neupadne při trénování chůze
- ujde do 1-2 metrů bez obtíží

PLÁN PÉČE:

- zajištění vhodného chodítka (spolupráce s fyzioterapeutem)
- edukace pacienta o prevenci pádu a nutnosti používat signalizační zařízení
- vertikalizace do stoje jednou denně po dobu pěti minut a nácvik chůze s doprovodem po pokoji, dle schopností pacienta
- kontrola obuvi klienta
- odstranění překážek z prostředí pacienta
- podpora sebedůvěry pacienta
- komunikace o obavách pana J. Z. a zjištění příčiny

REALIZACE:

Po obědě jsem se dohodla s pacientem, že bychom si zkusili se postavit a trochu projít. Panu Z. se nechtělo, byl unavený a tak jsem slíbila, že se bude jednat jen o velmi krátkou vertikalizaci za účelem zjištění jeho schopností v této oblasti. S panem Z. jsme tedy nejprve zkoušeli stoj u lůžka v chodítku, abych zjistila jeho stabilitu. Pacient se udržel ve stabilním stoji a tak jsme se domluvili, že by si pan Z. zkusil ještě alespoň pár kroků od lůžka.

Pacient se tvářil nejistě, a tak jsem ho pochválila a podpořila v činnosti, aby se motivoval k chůzi. První krok byl jistý a pevný a tak jsme pokračovali. Nakonec ušel 3 kroky od lůžka a zpět k lůžku. Evidentně ho to velice vyčerpalo, nebyl ještě zvyklý chodit a v novém prostředí se první den cítil nejistě. Také byl po překladu unavený a slabý a tak jsem po chůzi poskytla pacientovi dostatečný odpočinek s tím, že až bude odpočinutý, budeme večer pokračovat.

Po večeri jsme v trénování chůze pokračovali, pacient se snažil a ušel téměř dva metry i přes únavu, což jsem na první den hospitalizace shledávala jako

velice dobré. Pacienta jsem pochválila za velkou snahu.

HODNOCENÍ:

Pacient se udržel ve stabilním stoji. Chůze se zpočátku obával, byl nejistý. Po obědě ušel pro únavu jen tři kroky od lůžka a zpět. Po večeři ušel nakonec zhruba 2 metry po pokoji, byl stabilní, ale pociťoval při chůzi bolesti pravé nohy, cítil se unavený.

6. NEUVĚDOMOVÁNÍ SI PARETICKÉ PRAVÉ STRANY TĚLA NÁSLEDKEM ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. HODIN:

- zjistit, zda si pacient uvědomuje svou paretickou část těla
- zjistit, zda zapojuje paretickou stranu těla při chůzi v chodítku a běžných denních činnostech

PLÁN PÉČE:

- přítomnost sestry při běžných denních činnostech v oblasti sebeobsluhy
- zapojení paretické strany těla při chůzi v chodítku
- podněcování pacienta i k samostatnému cvičení s paží a dolní končetinou

REALIZACE:

Pacient byl na oddělení přivezen na mechanickém vozíku, zatím ještě nechodil. Trénoval až po obědě a odpočinku s chodítkem. Zkoušeli jsme pár kroků od lůžka, při čemž se snažil pan Z. zapojovat úchopem chodítka i paretickou horní končetinu.

Snažila jsme se o to, aby si při chůzi pacient uvědomoval svou paretickou polovinu těla. Trénovali jsme správný úchop chodítka paretickou rukou, cvičili roztínání pěsti a uvolňování spastických prstů ruky před chůzí. Na večer jsme s trénováním chůze v chodítku po pokoji pokračovali. Nabádala jsem také pacienta

k tomu, aby si sám aktivně cvičil s nemocnými končetinami, pokud byl v lůžku, či v křesle.

Při běžných denních aktivitách pacienta- sebeobsluze jsem se snažila být také přítomna, abych zjistila míru zapojování paretické ruky do těchto činností. Pozorovala jsem pacienta při jídle, při hygieně, při chůzi. Evidentně nemocnou paži nepoužíval, jakoby nebyla ani jeho. Paretickou končetinu použil jen na popud. Když byl pan Z. v lůžku, polohovali jsme ho pravidelně po dvou hodinách a podněcovali, aby se snažil otáčet v lůžku i samostatně. Když chtěl, tak to i sám dokázal. Během dne se zapomínal v lůžku hýbat, vůči svému tělu byl v den příjmu laxní, jak si lehnul, tak zůstal. Neměl snahu se napolohovat sám, muselo se mu to připomínat. Byl několikrát přistižen i po napolohování v nepřirozené poloze. Bylo mu několikrát připomínáno, že si může i samostatně polohu upravit. Toho byl schopný, ale nechtělo se mu. To samé se prý dělo i na ortopedii, dosvědčila jeho manželka.

HODNOCENÍ:

Pacient si dobře uvědomoval jen svou zdravou polovinu těla při běžných denních činnostech a při chůzi v chodítku. Jeho zdravá horní končetina byla dominantní při sebeobsluze. Paretickou stranu těla si uvědomoval jen na popud, jen když byl podněcován k používání paretických končetin.

7. PORUŠENÁ SCHOPNOST VERBÁLNÍHO VYJADŘOVÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ- DO 24. hodin:

-zjistit způsob, kterým se pacient dorozumívá, vzhledem k jeho afázii

PLÁN PÉČE:

-častá aktivizace klienta ke komunikaci

-povídání si s klientem, cvičení základních slov při běžné komunikaci

- dostatečná trpělivost a zajištění důvěry
- používání pomůcek ke komunikaci (psací potřeby, papír)
- spolupráce s logopedem
- zajištění dostatečného množství podnětů, ale úměrně potřebám pacienta

REALIZACE:

Pacient byl přijat v dopoledních hodinách na oddělení rehabilitace. Z předání informací od ortopedické sestry jsem se dozvěděla, že pacient trpěl afázií. Afázie je neschopnost řeči, či její nedokonalost. Existuje více typů afázie a pan Z. trpěl afázií Broccovou, rozuměl ostatním, ale nedokázal se sám vyjádřit. Potřebovala jsem zjistit, jak se pan Z. dorozumíval. První možností jak to bylo možné zjistit byl ošetřovatelský anamnestický rozhovor s pacientem.

Pan Z. byl při prvním kontaktu s novým ošetřujícím personálem velice nedůvěřivý a uzavřený, příliš nekomunikoval, ostýchal se, proto i vzhledem k afázii jsem se domluvila, že u rozhovoru při příjmu bude s pacientem jeho žena. Pana Z. jsem nejprve nechala, aby se snažil vyjádřit sám, alespoň jednoslovně, či gestikulací, a když mi něco nebylo jasné, doptala jsem se jeho manželky. Snažil se odpovídat jednoslovně, „ano“ a „ne“, více slov jsem při příjmu nezaregistrovala. Často ho musela doplňovat jeho žena, evidentně nebyl moc rád, tvářil se u toho bezradně. Na panu Z. bylo vidět, že by chtěl velmi rád mluvit, sdělit své pocity, ale bohužel nemohl. Dle slov manželky, když mu něco nešlo, vybavila se mu zpravidla hanlivá slova, která nechtěl říct, ale přesto je vyslovil.

Během rozhovoru se pan Z. ve větší míře neprojevoval, většinou místo slovní odpovědi kýval hlavou pro souhlas, či nesouhlas. Často byl u odpovědí váhavý a u některých otázek si odpovědi také pletl. Byl evidentně unavený, a tak mu šlo vybavování jednoduchých odpovědí jako bylo „ano“ a „ne“ hůře.

Snažila jsem se pacienta aktivizovat k tomu, aby mluvil, místo kývání hlavou. Spolupracovala jsem v den příjmu také s logopedkou, která pana Z. hned navštívila a naplánovala program pro další den. Logopedka mi sdělila, jak správně komunikovat s afatikem, jaké techniky mám používat, bylo mi také jasné, že to chce velkou trpělivost. Po rozhovoru s panem Z. mi bylo jasné, že nejdůležitější pro to, aby se rozmluvil bylo to, abych si získala jeho důvěru.

HODNOCENÍ:

Pacient se dorozumíval jednoslovnými odpověďmi, jako bylo „ano“ a „ne“, více slov jsem při příjmu pana Z. nezaregistrovala. Nejvýznamnějším prostředkem dorozumívání pana Z. byla gestikulace a mimika. Z té se dalo ledacos odvodit. Dle manželky pacient ovládal daleko více slov, jen se první den pouze ostýchal hovořit s lidmi, které ještě neznal.

8. PORUCHA SPÁNKU - ČASTÉ PROBOUZENÍ V DŮSLEDKU STRACHU Z BUDOUCNOSTI

Ošetrovatelský cíl:

KRÁTKODOBÝ – DO 24. HODIN:

- zjistit pacientovy rituály před spaním
- zjistit, čeho se pacient konkrétně obává

PLÁN PÉČE:

- promluvit si s pacientem o jeho rituálech před spaním a jeho obavách
- nutná spolupráce s manželkou vzhledem k afázii pacienta
- uklidnit nemocného a psychicky ho podpořit
- informovat noční sestru o stavu pacienta
- informovat lékaře o nespavosti pacienta

REALIZACE:

Při příjmu jsem zjistila od předávající sestry a také i manželky nemocného, že na ortopedickém oddělení špatně spal. Pátrání po příčině dopadlo tak, že pacient sdělil své ženě, že se obává, co bude. Byl neklidný, nemohl usnout bez prášku na spaní. Často si s ním sestra musela v noci pohovořit, aby se uklidnil a mohl usnout. Často zvonil na signalizaci, protože potřeboval po močení vylít

močovou lahev, to ho také budilo.

Na ortopedii ho polohovali v noci po třech hodinách, což mu k dobrému spánku také nepřispělo, opět se kvůli tomu budil, pokud vůbec usnul. Mým cílem bylo zjistit, jaké konkrétní obavy z budoucnosti pociťuje pacient a také to, jaké rituály měl pan Z. před spaním, když byl v domácím prostředí, co ho vždy jednoznačně uspalo.

Po úvodním rozhovoru s panem Z., kdy jsem příliš informací nezískala, jsem pak tedy hovořila ještě s jeho manželkou, která mi sdělila, že pan Z. měl vždy obavy z toho, že se mu třeba bude opakovat cévní mozková příhoda a jeho stav se ještě více zhorší.

Co se týče spánku, doma ho uspávala vždy jen zapnutá televize, nebo čaj na spaní, který večer vypil. Byly to pro mě cenné informace. Zkusila jsem si pak ještě s panem Z. promluvit a psychicky ho podpořit, v tom, že se ničeho obávat nemusí, že bude lépe a všichni mu na rehabilitaci k lepšímu stavu pomůžeme. Také jsem informovala lékaře, aby si s pacientem o jeho nemoci promluvil a povzbudil ho.

Pacient na to reagoval pozitivně, vše vyslechl a tvářil se spokojeněji. Také jsem se domluvila, že v další den paní Z. přinese zkusit čaj na spaní.

Zapnutá televize delší dobu nepřicházela příliš v úvahu, vzhledem k respektování ostatních spolupacientů na pokoji. Také jsme informovali lékaře o tom, že pacient trpí nespavostí. Noční sestře jsem předala informaci o pacientově nespavosti a také o tom, že pan Z. vždy prášek na spaní vyžadoval.

Další den jsme pak plánovali zkusit po konzultaci s ošetřujícím lékařem bylinkový čaj na spaní, na který byl pan Z. zvyklý.

HODNOCENÍ:

Zjistila jsem, jaké obavy pan Z. přesně pociťuje a pokusila se pacienta od nich odvrátit, taktéž i lékař. To se první den částečně podařilo, pacient nebyl po rozhovoru tolik vyděšený a působil vyrovnanějším dojmem, věděli jsme však, že to není záležitost jen jednoho dne a že bude potřeba dlouhodobé psychické podpory. Také jsem zjistila rituály pana Z. před spaním, které jsme ale aplikovali

až následující den. Jako nejdůležitější v daný okamžik a den bylo přesné předání informací o nemocném noční sestře, aby věděla, jak k pacientovi správně přistupovat v noci před spaním.

DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE

1. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI PŘÍJMU POTRAVY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

U pacienta bylo dlouhodobě plánováno celkové posílení jeho sebevědomí a soběstačnosti, co se týkalo přijímání stravy. Podpora v tom, aby používal i paretickou horní končetinu. Dále pak také zlepšení jemné motoriky zdravé i nemocné ruky, nácvik manipulace s příborem, skleničkou a hrnečkem.

Pacient trénoval soběstačnost další dny hospitalizace především za asistence ergoterapeuta, který mu poskytl ty nejvhodnější pomůcky a přístroje k jídlu. Manželka pana Z. byla také edukována v den propuštění ergoterapeutem o postupu trénování paretické ruky při jídle pro to, aby i v domácím prostředí tuto činnost zvládal.

2. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Plánováno bylo, aby si pacient uměl samostatně vyčistit zubní protézu, sám vykonat osobní hygienu. Během hospitalizace jsme u pacienta také plánovali opakované procvičování zručnosti paretické ruky, aby u některých činností tuto ruku také používal.

Chtěli jsme také, aby se pacient zkusil umýt ve sprchovém koutu samostatně pomocí zdravé ruky za dohledu ošetřujícího personálu.

Samozřejmostí bylo předání informací manželce pana Z. o dalším nácviku v domácím prostředí.

3. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI VYPRAZDŇOVÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Náš plán byl, aby se pacient během hospitalizace odnaučil používat močovou láhev a podložní mísu a došel si s doprovodem na toaletu se vyprázdnit. Na noc jsme močovou láhev ponechávali, pro větší únavu nemocného v tuto denní dobu. Předpokladem bylo, že pacient se za několik dní během hospitalizace rozhodil a tak jsme ho chtěli více aktivizovat a podpořit jeho soběstačnost v této oblasti. S chůzí na toaletu bylo také spojené to, že jsme také chtěli, aby se pan Z. po stolici naučil sám utřít. Paní Z. jsme při dimisi pacienta předali potřebné rady a informace, aby svého manžela vodila na toaletu a tím podpořila také jeho soběstačnosti se týče vyprazdňování.

4. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI OBLÉKÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Po tom, co se pacient naučil úspěšně oblékat horní polovinu těla, jsme měli v plánu, aby se pacient naučil oblékat také dolní polovinu těla a nazouvat si sám obuv. Spolupráce byla nutná i s ergoterapeutem, který pacientovi ukázal, jak na to správně technicky. Rovněž jsme poučili manželku o nutné podpoře pana Z. v samostatném oblékání doma.

5. RIZIKO PÁDU PŘI CHŮZI V CHODÍTKU V DŮSLEDKU STAVU PO CMP

Hlavním plánem v této oblasti bylo pacienta rozhodit tak, aby si byl při chůzi jistý, aby ušel alespoň celou chodbu s doprovodem. Měli jsme v plánu každý den ujít o kousek dál než předchozí den a také jsme plánovali v případě velkého zlepšení změnit u pana Z. pomůcku k chůzi. A to z chodítka na vycházkovou hůl, se kterou měl pan Z. odejít i domů a nadále trénovat.

6. NEUVĚDOMOVÁNÍ SI PARETICKÉ PRAVÉ STRANY TĚLA NÁSLEDKEM ONEMOCNĚNÍ CNS

V dlouhodobém plánu jsme si v této oblasti dali za cíl, že pacient si svou paretickou polovinu těla bude uvědomovat alespoň v lůžku a bude se aktivně sám polohovat a nebude lhostejný ke svému tělu, to jsme chtěli, aby přetrvalo i do domácího prostředí. Usilovali jsme o to, aby pacient začal vnímat své tělo jako

celek. Snažili jsme se pacienta podněcovat k tomu, aby si sám v posteli cvičil a zkoušel se na bok otáčet samostatně. Paretickou polovinu těla jsme trénovali v oblastech sebepéče v průběhu celé hospitalizace.

7. PORUŠENÁ SCHOPNOST VERBÁLNÍHO VYJADŘOVÁNÍ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ CNS

Po tom, co jsme si získali důvěru pacienta a on si na nový ošetřující personál také po několika dnech zvykl a otevřel se, jsme plánovali, že s ním budeme trénovat každý den nějaká nová slova. Chtěli jsme, aby se odnaučil kývání hlavou pro souhlas či nesouhlas a aby věděl, že by měl místo toho říkat slova. Naším cílem bylo, aby si domů odnesl nějaké nové vědomosti, aby uměl více slov než doposud. Spolupracovali jsme s logopedkou, která nám vysvětlila, jakou metodou pana Z. správně učit. Také jsme v místě bydliště doporučili další logopedickou péči, aby pan Z. nadále trénoval.

8. PORUCHA SPÁNKU - ČASTÉ PROBOUZENÍ V DŮSLEDKU STRACHU Z BUDOUCNOSTI

Naším plánem bylo, abychom pomohli panu Z. od jeho zbytečných obav, alespoň z většiny a aby spal alespoň o 2 až 3 hodiny více, než v prvních dnech hospitalizace na rehabilitačním oddělení, aby se necítil unavený a měl dost sil na cvičení. Často jsme se snažili si s ním povídat, to na pacienta působilo dobře. Také jsme plnili jeho rituál před spaním, byl zvyklý na bylinný čaj.

5. HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU PACIENTA

Pacienta do nemocnice původně na ortopedické oddělení přivezla sanita bezprostředně po úraze. Zde pobyl zhruba 10 dní, poté byl přeložen na oddělení rehabilitace k aktivizaci. Zde ležel tři týdny. Poté si ho převzala manželka do domácí péče.

Pan. Z byl při překladu na naše oddělení velice smutný, uzavřený a nechtěl příliš komunikovat a spolupracovat s personálem. Bylo evidentní, že by byl raději doma, v kruhu rodinném. Vše ještě umocňoval fakt, že pan Z. trpěl afázií a nemohl tak vždy svá přání a prosby zcela definovat, to ho znepokojovalo a činilo mu to zpočátku velice vážné psychické problémy.

Na základě ošetřujícího lékaře byl indikován k lůžku pacienta psycholog, pro ventilační rozhovor, eventuálně se zvažovala, pro afázií pacienta také přítomnost paní logopedky u rozhovoru, aby se pacient ještě více neuzavřel, při pokusech sdělit svá přání a pocity. Ošetřující personál se také velice snažil o to, aktivizovat co nejvíce pana Z. ke komunikaci, on byl však zpočátku rezignovaný.

Asi po týdnu se nám podařilo si získat důvěru pana Z., začal se postupně otevírat, již nebyl tak uzavřený a byl i o něco veselejší. Po rozhovoru s manželkou jsme se dozvěděli, že pacient i v období, kdy byl ještě před příhodou zdravý byl velkým introvertem, čímž se nám potvrdily naše dojmy z pana Z. Chování k panu Z. jsme přizpůsobili jeho charakteru.

Pan Z. byl ve výsledku velice pozorným, milým a spolupracujícím pacientem, bohužel ho ale nepřestal trápit fakt, že nemůže mluvit plynule, v tomto směru byla zajištěna logopedie i po propuštění nemocného.

Spolupráce s pacientem byla v začátku mé práce velice těžká, proto jsem se velmi snažila získat si hlavně jeho důvěru. Seznámila jsem se také s manželkou pacienta, která mi velice pomohla a byla také takovým prostředníkem mezi námi. Spolupráce byla druhý den lepší, pan Z. si na mě zvykl.

6. EDUKACE PACIENTA A MANŽELKY

6.1 Co je edukace?

Edukace je výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Zároveň edukace slouží ke zlepšení spolupráce klienta se zdravotnickým týmem. Edukačním procesem v ošetrovatelství rozumíme takové činnosti, kdy se jeden

subjekt (klient) učí novým poznatkům, a druhý subjekt (edukátor) mu toto učení zprostředkovává. Obecně se jedná o proces celkové výchovy a vzdělávání člověka a rozvíjení jeho osobnosti.

Pojem edukace (z latinského *educio, educare* – vychovávat, vypěstovat) vyjadřuje širě chápaný proces výchovy a vzdělávání. Jejím cílem je nejen získávání určitých vědomostí a poznatků, ale i dosažení určité změny v chování klienta, přeměna hodnotových a vztahových postojů, citových a volních struktur osobnosti.

V edukačním procesu by klient měl získat nové informace, pochopit je a umět je ve svém životě použít. Měl by si osvojit určité dovednosti jak v činnosti teoretické (např. výpočty, rozhodování v problémových situacích), tak v činnosti praktické (např. obsluha přístrojů, aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života) a získat nové návyky (tzn. upevněné a zautomatizované složky vědomé činnosti).

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelství.²⁷

Pacient byl edukován při příjmu na rehabilitační oddělení o režimu na oddělení, právech pacienta, o prevenci pádu, medikaci, o nutnosti používat signalizační zařízení, pokud potřebuje dopomoc personálu. Pacientovi byl nasazen červený identifikační náramek, který značí, že pacient samostatně lůžko nesmí opustit, jen za doprovodu personálu, či edukované rodiny.

U příjmu byla přítomna i jeho manželka, která byla poučena o časovém rozmezí návštěvních hodin a byly jí zodpovězeny případné dotazy.

Při propuštění pacienta byla především edukována jeho manželka, o nutnosti a pravidelnosti měření glykémie pana Z., o zdravější životosprávě, vhodné u diabetika, také byla opětovně poučena o správnosti a včasnosti aplikace

27 Zdravotnická škola Hradec Králové: Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>

inzulínu panu Z., pacientovi byly předány léky, které pravidelně užívá na tři dny, přesná ordinace těchto léčiv byla uvedena ošetřujícím lékařem v propouštěcí zprávě, o čemž byla manželka pana Z. informována. Také byli pacient a jeho žena upozorněni o nutnosti co nejdříve navštívit praktického lékaře, pro předpis stávajících léků.

Co se týče pohybu a aktivizace pacienta v domácím prostředí, v tomto směru byli pacient a jeho žena především edukováni fyzioterapeutem a ergoterapeutem. V oblasti trénování hlasu a mluvy byla přítomná k edukaci paní logopedka.

7. PROGNÓZA PACIENTA

Vhledem k včasné pohybové aktivizaci pacienta se jevila prognóza pana Z. velice příznivě, co se týče rozvoje chůze a sebeobsluhy.

Po čtyřech týdnech pobytu na rehabilitačním oddělení učinil velký pokrok a posun vpřed. Den od dne byl pan Z. při chůzi jistější a jistější.

V počátcích chodil velice nejistě, měl slabé dolní končetiny a neudržel se příliš dlouho ve stoje, chodil v chodítku s doprovodem, ušel maximálně 20 metrů a rychle se unavil, po dvou dnech již ale ušel půl chodby, což bylo o 30 metrů více. V dalších dnech mu již nedělalo žádný problém ujít 100 metrů o vycházkové holi s doprovodem jedné osoby.

Co se týče chůze, prognóza se jevila velmi dobrá, a to za předpokladu, že v domácím prostředí bude pacient nadále trénovat a bude aktivní, což také přislíbila manželka pana Z.

V oblasti řeči nastal však jen mírný pokrok, prognóza se z hlediska paní logopedky jevila nejistá. Pacient měl šanci na zlepšení, ovšem za předpokladu soustavného trénování a docházení na logopedii. Bylo však jasné, že řeč již nikdy nebude jako předtím- stoprocentní.

Co se týkalo rizika dalšího vzniku CMP, lékař uvedl, že riziko bude vždy. Úplné komplexní zotavení po CMP u pana Z. není možné, již také vzhledem k věku, intenzitě postižení a zejména pro časový odstup od vzniku CMP.

Pacient žil poměrně zdravým životním stylem, kouřit již dávno přestal a kvůli diabetu je nucen jíst jen zdravější potraviny, riziko rozvoje další CMP by mělo být tedy minimální, při dodržování některých zásad zdravého životního stylu.

8. ZÁVĚR

V mé práci jsem nastínila obraz cévní mozkové příhody, nemoci, která na pacientovi často zanechá nějaké následky. Může mít zcela devastující, a nebo naopak mírnější průběh, přesto však si žádá pacient po tomto onemocnění specializovanou péči odborníků, v které doufá, že mu pomohou.

Odborná pomoc lidem, které postihla CMP má široké spektrum. Avšak zcela neodmyslitelnou a velmi důležitým cílem léčby pacientů po CMP je to, aby se znovu plnohodnotně začlenili do společnosti. K tomu právě dopomáhá rehabilitace, tým rehabilitačních pracovníků.

Pan Z. utrpěl po cévní mozkové příhodě újmu na zdraví, byl na okraji společnosti, pociťoval jistě bezprostředně po onemocnění beznaděj. Rehabilitace mu ale přesto pomohla k tomu, že se mohl navrátit zpět ke svému životu.

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACI- arteria carotis interna

ACM- arteria carotis media

ADL- denní aktivity

CMP- cévní mozková příhoda (iCMP- ischemická, hCMP- hemoragická)

CNS- centrální nervová soustava

CT- centrální tomografie

CEA- aktivní karotická endarterektomie

CŽK- centrální žilní katetr

D- dech
DK- dolní končetiny
DSA- digitální subtrakční angiografie
GCS- glasgow coma scale
Hb- hemoglobin
CHOPN- chronická obstrukční nemoc
CHCE- cholecystektomie
IM- infarkt myokardu
ICHS- ischemická choroba srdeční
ICP- intrakraniální tlak
KO- krevní obraz
LMWH- nízkomolekulární hepariny
MR- magnetická rezonance
mmHg- milimetry rtuťového sloupce
MHz- mega Herz
ORL- otorinolaryngologie
P.O.- per os- ústy
PEG- perkutánní endoskopická gastrektomie
pCO₂- parciální tlak CO₂
PET- pozitronová emisní tomografie
RDG- radiodiagnostika
SF- srdeční frekvence
S.C.- sub kutánně- pod kůží
TIA- tranzitorní ischemická ataka
TT- tělesná teplota
TBC- tuberkulóza
TK- tlak krve
rtPA- lidský rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu

10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, ISBN 978-80-7262-428-7.
2. Kognitivní server: Univerzita Hradec Králové, výkladový slovník. [online]. [cit2013-04-23]. Dostupné z: <http://fim.uhk.cz/cogn/Module=dictionary&Letter=P&Site=4>
3. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004, Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0894-4.
4. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, ISBN 978-80-7262-428-7.
5. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
6. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004, Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0894-4.
7. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
8. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
9. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
10. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
11. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, ISBN 80-901783-8-3.
12. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, ISBN 978-80-7262-428-7.
13. FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1914-6.
14. FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd.

- Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1914-6.
15. FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha: 2008, ISBN 978-80-247-1914-6. Grada, 2008, s. 49-199. ISBN 978-80-247-1914-6.
 16. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, ISBN 80-85912-26-0.
 17. ROSINA, Jozef, Hana KOLÁŘOVÁ a Jiří STANEK. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1383-7.
 18. KALINA, Miroslav a kolektiv. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-107-9.
 19. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, ISBN 80-85912-26-0.
 20. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 80-246-1020-5.
 21. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008, ISBN 978-80-7345-148-6.
 22. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 80-246-1020-5.
 23. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 80-246-1020-5.
 24. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008, ISBN 978-80-7345-148-6.
 25. BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. *Postgraduální medicína: Péče o pacienty po cévní mozkové příhodě* [online]. 2011. vyd. Ostrava, 2011, 8. 2. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
 26. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: I. díl - Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0429-9.

27. Zdravotnická škola Hradec Králové: Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>

11. PŘÍLOHY

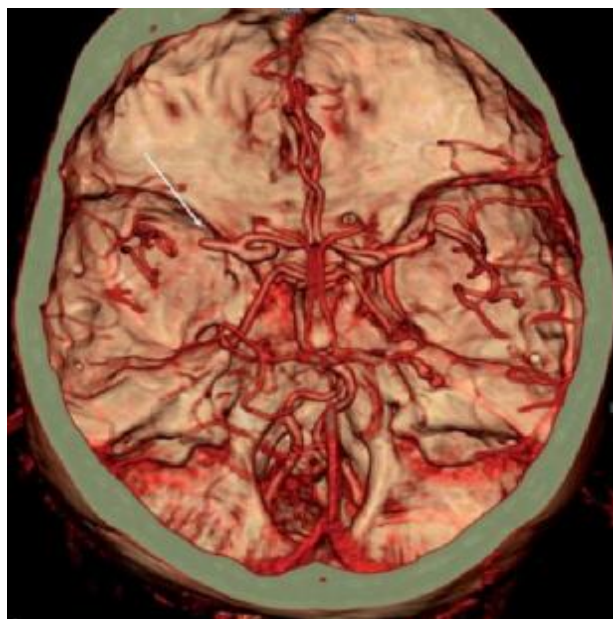
11.1 PŘÍLOHA č. 1. - OBRÁZKY

Obr. č. 1 Hemoragická CMP, dne 17.2. 2013



Zdroj: <http://www.stefajir.cz/?q=hemoragicka-cmp-ct>

OBR. č. 2 Ischemická CMP, dne 17.2. 2013



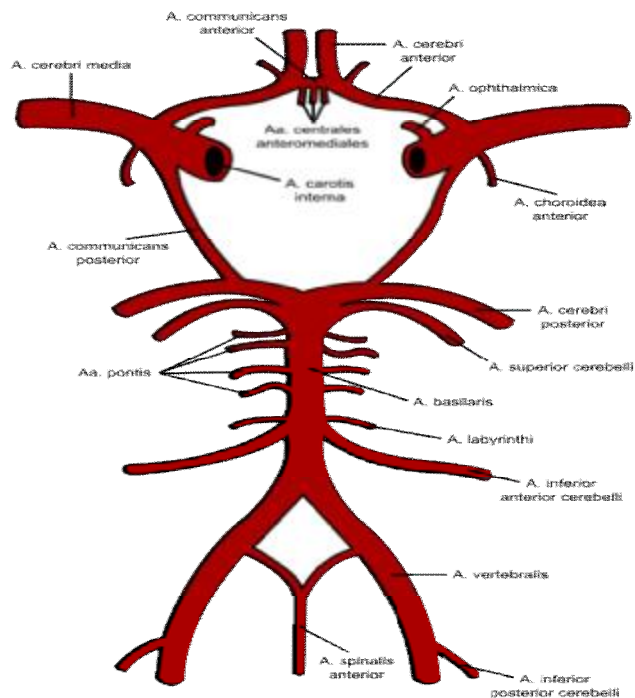
Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/trombolyticka-terapie-ischemickeho-iktu-447585>

Obr. č. 3 Subarachnoidální krvácení, dne 17. 2. 2013



Zdroj: <http://telemedicina.med.muni.cz/neurochirurgie/obr.php?im=36>

Obr. č. 4 Willisův okruh (kruh), dne 23.4. 2013



Hlavními zdroji krve pro mozek jsou [a. carotis interna](#) dextra et sinistra a [a. vertebralis](#) dextra et sinistra, které spolu s dalšími cévami vytvářejí Willisův okruh. Ten se nachází v oblasti kolem fossa interpeduncularis, corpora mamillaria a chiasma opticum.

Vytváří ho

- aa. cerebri posteriores
- aa. communicantes posteriores
- a. cerebri media
- a. cerebri anterior
- a. communicans anterior

Z Willisova okruhu vycházejí

- korové tepny
- aa. centrales
- aa. choroideae

Jeho funkcí je vyrovnávání tepových vln z přívodných cév a rovnoměrné plnění tepen z okruhu vycházejících.

Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Willis%C5%AFv_okruh

11.2 PŘÍLOHA č. 2 – PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jméno pacienta: J. Z.

Věk: 76 let

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence	Datum provedení	Datum provedení
oš. dg. č. 1 Deficit sebepéče v oblasti příjmu potravy v důsledku onemocnění CNS	zjistit, zda je pacient schopen se najíst také nemocnou horní končetinou zjistit, zda je pacient schopen udržet lžící také v nemocné horní končetině	- sledování pacienta při jídle	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 2 Deficit sebepéče v oblasti hygieny v důsledku onemocnění CNS	zjistit, zda je pacient schopný si samostatně vyčistit zuby, umýt obličej a učesat se zjistit, zda zapojuje i postiženou horní končetinu do této činnosti pacient se bude cítit čistě a spokojeně	- pozorování pacienta při hygieně - zjištění jeho dosavadních dovedností	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 3 Deficit sebepéče v oblasti vyprazdňování v důsledku onemocnění CNS	zjistit, zda je pacient schopný se samostatně vymočit do močové lahve	- poskytnutí močové lahve a dostatečného soukromí - sledování pacienta	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 4 Deficit sebepéče v oblasti oblékání v důsledku onemocnění CNS	zjistit, zda si pacient umí obléknout horní polovinu těla	- pozorování pacienta při oblékání	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 5 Riziko pádu při vertikalizaci a chůzi v chodítku v důsledku stavu po CMP	zjistit, do jaké míry je pacient schopen vertikalizace a chůze pacient neupadne při trénování chůze ujde do 1.-2. metrů bez obtíží	- zajištění vhodného chodítka - pozorování pacienta při vertikalizaci do stoje a při chůzi	23.8.	24.8.

		<ul style="list-style-type: none"> - kontrola bezpečné obuvi pacienta - odstranění překážek 		
oš. dg. č. 6 Neuvědomování si paretické pravé strany těla následkem onemocnění CNS	<p>zjistit, zda si pacient uvědomuje svou paretickou část těla</p> <p>zjistit zda zapojuje paretickou stranu těla při chůzi v chodítku a běžných denních činnostech</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pozorování pacienta při běžných denních činnostech - zjišťování toho, zda zapojuje do těchto činností i paretickou polovinu těla 	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 7 Porušená schopnost verbálního vyjadřování v důsledku onemocnění CNS	zjistit způsob, kterým se pacient dorozumívá, vzhledem k jeho afázii	<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor s pacientem při příjmu - komunikace s pacientem při každém styku - spolupráce s manželkou a zjištění dosavadních dovedností, co se týče verbálního vyjadřování 	23.8.	24.8.
oš. dg. č. 8 Porucha spánku- časté probouzení v důsledku strachu z budoucnosti	<p>zjistit pacientovy rituály před spaním</p> <p>- zjistit, čeho se pacient konkrétně obává</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor s pacientem při příjmu, dotaz na spánek a rituály, obavy - komunikace s pacientem - spolupráce s manželkou 	23.8.	24.8.

