

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3.Lékařská fakulta

Bakalářská práce

**OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÉHO S CÉVNÍ MOZKOVOU
PŘÍHODOU**

Květen 2006

Jakub Jágr

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a veškeré použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze 12.5.2005

Jakub Jágr

Poděkování:

Rád bych touto cestou poděkoval Mgr. Janě Holubové, MUDr. Marii Nejedlé a všem, kteří mi pomáhali při sestavování této bakalářské práce svými odbornými radami.

Obsah:

	strana
1. Úvod	5
2. Klinická část	6
2. 1. Anatomie cévního zásobení mozku	8
2. 2. Fyziologie	9
2. 3. Neurologie	11
3. Cévní mozkové příhody	12
3. 1. Hemoragické cévní mozkové příhody	12
3. 2. Ischemické cévní mozkové příhody	14
4. Diagnostika	17
5. Terapie	21
6. Základní informace o nemocném – anamnéza	23
7. Farmakologie použitých preparátů	27
8. Ošetrovatelská část	33
8. 1. Ošetrovatelská anamnéza	33
8. 2. Ošetrovatelské diagnózy	39
8. 2. 1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy	40
8. 2. 2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy	46
9. Průběh hospitalizace	50
10. Psychologie pacienta	51
11. Edukace pacienta	54
12. Prognóza	55
13. Závěr	56
14. Seznam použitých zkratk	59
15. Seznam použité literatury	60

1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování ošetrovatelské případové studie pacienta s onemocněním ischemickou cévní mozkovou příhodou. Práce se skládá ze dvou částí rozdělených do několika kapitol. V první části se zabývám klinikou pacienta, ve druhé části ošetrovatelstvím

Úvod klinické části se věnuje anatomii a fyziologií. V anatomické části popisuji cévní zásobení mozku, hlavní přívodné tepny a jejich klinicky nejvýznamnější větve. Dále je zde popsán žilní systém. V kapitole fyziologie se věnuji fyziologii mozku a základním fyziologickým mechanismům CNS.

Část věnovaná neurologii popisuje etiologii a rozdělení cévních mozkových příhod na ischemické a hemoragické.

Následuje část věnovaná diagnostice a to nejprve v obecné rovině, konkrétně, jsou popsány diagnostické postupy, kterým se pacient podrobil, zároveň jsou v této kapitole uvedeny základní anamnestické údaje a výsledky již provedených vyšetření.

Kapitola terapie se zabývá konkrétní terapií poskytovanou pacientovi. V části věnované farmakologii popisuji preparáty použité při léčbě pacienta. U všech popsaných léků uvádím jejich zařazení do indikační skupiny, kontraindikace a nežádoucí účinky.

V druhé polovině práce se věnuji ošetrovatelství. Budu se zde zabývat ošetrovatelským procesem. K zhodnocení pacienta jsem si vybral model funkčního zdravý podle Marjory Gordonové, dále následuje stanovení ošetrovatelských diagnóz, jejich cílu, plánu, realizace a zhodnocení efektu poskytnuté péče

Kapitola průběh hospitalizace shrnuje obecné zásady ošetřování nemocného, specifika ošetřování u pacienta s CMP a možná rizika.

Následují kapitoly věnované psychologii pacienta, edukaci pacienta i jeho rodiny, prognóze vývoje onemocnění a závěru.

Seznam zkratk, seznam použité literatury a přílohy jsou uvedeny na konci práce.

2. Klinická část

2. 1. Anatomie cévního zásobení mozku

Mozkové tepny

Cévní zásobení mozku je zajišťováno párovými arteriae vertebrales a aa. carotides internae. Aa.vertebrales odstupují z arteria subclavia dextra et sinistra a prochází přes foramina transversaria krčních obratlů. Po průchodu přes Foramen magnum se dostávají do lebky, vydávají tenké větve a. spinalis anterior a aa. spinales posterior (dextrae et sinistrae) a spojují se v nepárovou a. basilaris. A.basilaris probíhá ventrálně po basi lební. Během svého průběhu vysílá své větve k mozkovému kmeni a mozečku těmito větvemi jsou - aa.medulares, aa. pontis, aa. cerebelli inferiores, aa. cerebelli superior.

V úrovni mesencephalon se a. basilaris rozděluje na dvě silné aa. cerebri postreiores ze kterých ventrálně vystupují spojky aa. comunicantes anterior jež jsou součástí Willisova okruhu. Další část cévního zásobení zajišťují aa. carotides internae. Z truncus brachiocephalicus odstupuje a.carotis communis dextra. Arteria carotis communis sinistra odstupuje přímo z arcus aortae. Obě běží kraniálně a asi v oblasti horního okraje štítné chrupavky se rozdělují na a.carotis interna a externa. Aa.carotides internae již na krku nemají žádné větve a přes canalis caroticus se dostávají do lebky, kde vydávají silné aa. ophtalmicae a teprve po té se rozdělují na své konečné větve aa. cerebri anterior a aa.cereberi media.

Spojení obou tepenných řečišť a. basilaris a aa. carotides internae vzniká circulus arteriosus cerebri zvaný též Willisův okruh. Z a. basilaris jsou to konečné větve a. cerebri posterior, které se spojkami aa. communicans posteriores spojují s a. cerebri media (větvev a.carotis interna) a ta je přes a.communicans anterior připojena k a. cerebri anterior. Tento okruh vyrovnává tlakové poměry mezi řečištěm a. basilaris a a.carotides internae a vytváří již zmiňovaný Willisův okruh ze kterého je zásobena mozková kůra.(2)

Mozkové žíly.

Mozkové žíly odtékají do žilních splavů sinus durae matris. Žíly mozkového kmene jsou vv.cerebelli superiores a vv. cerebelli inferiores odvádějící krev do sinus transversus a peterosus superior a do sinus sigmoideus. Do sinus sigmoideus ústí ještě žíly z plexus chorioideus ventriculi quarti.

Rozlišujeme žíly mozkové kůry což jsou vv.cerebri superiores, v. cerebri media superficialis, v. cerebri media profunda, vv. cerebri inferiores a v. basalis.

Mezi hluboké mozkové žíly patří vv. cerebri internaee, které se spojují ze třech následujících žil v. septi pellucidi, v. chorioidea superior. v. thalamostratia. Obě vv. cerebri internaee se spojují na okcipitálním stropu III. komory v nepárovou v. magna cereberi.(7)

2. 2. Fyziologie

Mozek je složitý integrační systém. Bez něj organismus jako celek přestává existovat. Mozková tkáň se skládá ze 70% vody, bílkoviny a aminokyseliny tvoří 40% sušiny mozkové tkáně, tuky 19% bílé a 6% šedé hmoty. Dále jsou přítomny soli, vitaminy a enzymy. Průtok krve mozkem se mění v závislosti na věku a aktivitě kterou člověk vykonává. Lze konstatovat, že spotřeba kyslíku v mozku tvoří 1/5 celkové klidové spotřeby a to přestože mozek tvoří jen 2% celkové váhy organismu. Tyto látky však nejsou v mozku v zásobě, dostávají se do mozku s okysličenou krví kde je kyslík vázán v podobě oxyhemoglobinu v erythrocytech.

Mozek dle některých údajů spotřebuje 15% minutového srdečního výdaje a až 65% glukózy. Nervové buňky jsou na nedostatek kyslíku velmi citlivé, bez přísunu kyslíku odumírají buňky mozkové kůry do 5 minut, podkorové oblasti do 10 minut a kmene do 30 minut. Z aorty se krev dostává do vertebrálních tepen větvících se na stále užší a užší a početnější tepénky, které tvoří hustou a proplétající se síť a dostávají se do přímého styku s nervovou buňkou. Mozková tkáň má 400 až 1400 mm kapilár na mm³. Výměna látek ve vlásečnicích není pasivní děj, všechny látky prochází přes hematoencefalickou bariéru.

V mozkové kůře začínají důležité eferentní dráhy, řídící přímo i nepřímo prostřednictvím podkorových center somatické i autonomní funkce. Mozková kůra je důležitým místem pro vytváření dočasných vztahů mezi rozmanitými reflexními ději tzv. asociačních funkcí. V neopalliu jsou primární sensorické oblasti v nichž se uskutečňuje analýza informací a motorické oblasti jejichž hlavní funkcí je tvorba informací výstupních. Prefrontální oblasti se rozprostírají ve frontálním laloku a mají vztah k chování člověka ve složitých společenských situacích. Po lobektomii nastávají změny osobnosti.

Sekundární sensorické oblasti jsou rozsáhlé oblasti přední části spánkového laloku, laloku temenního a týlního. Zde se koordinují funkce sluchové a zrakové, jejich porušením vzniká ztráta schopnosti porozumění smyslu informace.

K limbickému systému patří oblast orbitofrontální, gyrus cinguli,

hippocampi, area pyriformis a uncus. Funkčně se sem řadí především hypothalamus. Tento systém se účastní řízení především autonomních funkcí, změn při emocích a některých prvků chování i pro motivaci, pocit libosti a nelibosti.

Hippocampus je spojen s vytvářením spojení pro paměť.

Retikulární systém se dělí funkčně na část vzestupnou a sestupnou. Jeho činnost je nutná pro úroveň podráždění mozkové kůry a pro udržení jejího bdělého stavu.

Vrozené asociační schopnosti CNS mají různý stupeň složitosti, do této skupiny funkcí lze zahrnout: jednoduché nepodmíněné reflexy, motivaci, emoce a instinkty.(9)

2. 3. Neurologie

Akutní stavy v neurologii rozdělujeme na primární a sekundární. V tomto rozdělení za primární považujeme náraz, nebo úder, který způsobí sekundární poškození. K sekundárním stavům patří trauma což je vlastně komoce, kontuze, komprese, zánět, metabolické poškození CNS. Důsledkem primárního poškození bývá spuštění sekundárních univerzálních autodestrukčních metabolických cest a procesů, které progredují poškození a rozšiřují poškozenou oblast. Pro sekundární poškození je typický cytotoxický nebo vazogenní edém mozku. Zatímco na primární poškození nemáme takřka žádný vliv, jeho problematiku řeší prevence, k zamezení sekundárního poškození směřuje veškeré terapeutické úsilí.

Ve své práci se zabývám ošetrovacím procesem pacienta po iktu, proto se budu nadále věnovat pouze této problematice. Dle klasifikace WHO je cévní mozková příhoda (dále jen CMP) ložisková funkční porucha mozku, která trvá déle než 24 hodin a není způsobena jinou příčinou než cévní. Ve vyspělých zemích včetně ČR představuje 3. nejčastější příčinu úmrtí. Bohužel v ČR se zastavil pozitivní vývoj úmrtnosti na cévní onemocnění mozku v roce 1997 a od té doby stagnuje. V současné době je míra úmrtnosti v ČR stejná jako byla v 15 zemích EU v osmdesátých letech a to přesto, že v ČR došlo ke snížení úmrtnosti v posledních 20 letech zhruba o polovinu. (4)

Všechny cévní mozkové příhody můžeme dle etiologie rozdělit do dvou skupin na cévní mozkové příhody hemoragické a cévní mozkové příhody ischemické.

3. Cévní mozkové příhody

3. 1. Cévní mozkové příhody hemoragické tvoří asi 15 až 20% všech cévních mozkových příhod. Vyvolávající příčinou je nejčastěji neléčená hypertenzní nemoc, méně častými příčinami pak jsou nádorová onemocnění, antikoagulační léčba, cévní malformace a aneurysmata a další.

Intrakraniální krvácení má rozličnou symptomatologii, etiologii, terapii i prognózu, která závisí především na lokalizaci krvácení a velikosti zasažené oblasti mozku. Nejčastěji dochází ke krvácení do bazálních ganglií, vnitřního pouzdra a thalamu. Jedná se vždy o těžké, život ohrožující stavy končící nezhledně smrtí pacienta. Vznik i průběh onemocnění je rychlý, v anamnéze se obvykle vyskytuje hypertenze, těsně před atakou bolesti hlavy, nauzea, zvracení. Pacient často upadá do bezvědomí a dochází k depresi základních vitálních funkcí. Při lehčím průběhu onemocnění dochází k hemiparézám nebo hemiplegiím s typickými projevy jako je pokles koutku, ptóza očního víčka, pacient se na lůžku stáčí k postižené straně. Hemiparéza bývá více vyvinuta na horní končetině, u dolní i horní končetiny je pak výraznější postižení v distální části než v proximální. Častá je zde i ztráta citlivosti a bolestivosti.

Další dělení hemoragií můžeme provést dle oblasti mozku která je zasažena.

Lobární krvácení. Postihuje zpravidla mladé lidi kteří netrpí hypertenzí, nejčastěji je vyvolávající příčinou ruptura aneuryzmatu. Projev onemocnění odpovídá postižené oblasti, průběh je často lehčí bez ztráty vědomí.

Frontální hemoragie, která se může projevovat pouze dezorientací, apatií bez postižení motorických funkcí.

Parietální hemoragie postihne-li nedominantní hemisféru, dochází k neglect syndromu, dále se objevují další poruchy, například afázie, agrafie, akalkulie etc.

Okcipitální hemoragie jsou málo časté, projevují se hemianopií a

zrakovými halucinacemi.

Temporální jsou velmi málo frekventované s rozmanitými projevy.

Mozečkové hemoragie tvoří asi 10 % krvácení. Etiologicky jsou stejně často následkem neléčené hypertenze i ruptur aneuryzmat, častý je i vznik traumatický jako následek pádu. Typickým projevem je bolest v týlu a projev odpovídající poškození mozečku, porucha rovnováhy koordinace pohybu.

Netypický obraz může způsobit krvácení do tumoru nebo metastázy.(3)

3. 2. Cévní mozkové příhody ischemické.

Cévní mozkové příhody ischemické tvoří 80 až 90 % všech mozkových příhod. Podle průběhu onemocnění v čase rozlišujeme takzvanou **tranzitorní ischemickou ataku** (zkráceně TIA), kdy se jedná o nejlehčí formu postižení bez ireverzibilních změn s úplnou úpravou všech funkcí do 24 hodin. Další co do závažnosti je tzv. **reverzibilní ischemický deficit** (zkráceně RIND) s úpravou do 21 dnů většinou bez ireverzibilních změn a úpravou všech funkcí bez vážnějších následků. Jako poslední a nejzávažnější je **permanentní neurologický defekt**, který se může vyvíjet nebo být dokončený a dochází při něm k trvalému ireverzibilnímu poškození mozku s různě velkou ztrátou nejčastěji motorických funkcí.

Příčin vzniku cévní mozkové příhody ischemické je několik, ale společným jmenovatelem je okluze mozkové tepny k níž může docházet několika příčinami a to trombem, embolem nebo nastane takzvaná systémová hypoperfúze. To má za následek sníženou perfúzi v oblasti mozku zásobeném příslušnou tepnou. Vzhledem k velké citlivosti mozkové tkáně na nedostatek kyslíku se rychle rozvíjí klinický obraz cévní mozkové příhody.

Nejčastěji dochází k **okluzi trombem**, kdy tento nasedá na ateromový plát již takto patologicky změněné tepny a svým růstem ještě více zmenšuje její průchodnost (častá okluze v místě bifurkace a. carotis, u odstupů a. vertebralis, a. basilaris). K této atace dochází často ve spánku nebo po jídle kdy se snižuje perfúze mozkiem.

Okluze embolem je další velmi častá příčina mozkových ischemií. Embolus může být jednak ateromový plát, který se uvolní z místa svého vzniku a krevním řečištěm je pak zanesen do některé z mozkových tepen, kde se zachytí. Na velikosti ateromového plátu závisí místo kde dojde k zaklínění a jak velká část řečiště bude uzavřena. Nástup klinických příznaků je velmi rychlý. Další možností je embolie uvolněným trombem, častá například u fibrilace síní, kdy zde vzniklé sraženiny jsou unášeny krevním proudem a mohou se rozpadat na menší, nebo být i zcela rozpuštěny nebo naopak narůstat, ale dostanou li se až do mozkových tepen opět dochází k jejich uzavření.

K dalším mechanismům které způsobují poruchu perfúze patří takzvaná **systemová hypoperfúze**. Je to stav kdy nedochází k uzávěru mozkových tepen, ale přesto je průtok krve mozkem nedostatečný. Důvodem je náhlý pokles systolického tlaku například z důvodu akutního levostranného srdečního selhání (akutní infarkt myokardu), hypovolemický šok a další. Jako u hemoragických cévních mozkových příhod tak i u ischemií jsou klinické příznaky proměnlivé a vyvíjející se v čase. Také zde závisí na postižené oblasti a rozsahu postižení.

Lokalizaci postižené tepny odpovídají i příznaky. **Uzávěr velkých přívodných tepen** jedné z a. carotis nebo jedné z a. vertebralis. Při uzávěru některé z těchto tepen závisí nejvíce na funkčnosti Willisova okruhu a jeho schopnosti kompenzace výpadku některé z přívodných arterií. Zajistí li Willisův okruh dostatečnou saturaci mozku krví z ostatních přívodných arterií může být průběh onemocnění subklinický tedy bez manifestace typických příznaků. Není li ale Willisův okruh schopen toto zajistit nastává klinický obraz CMP s příznaky odpovídajícími uzávěru některé z tepen vycházejících z tohoto okruhu. Jsou to a. cerebri anterior, media a posterior.(viz. níže).

Uzávěr a. cerebri anterior je to nejméně častý typ ischemického CMP. Tepna zásobuje oblast vnitřní části čelního a temenního laloku. Klinickým obrazem je pak ochrnutí protilehlé strany těla s manifestací na dolních končetinách. často se přidávají poruchy vědomí pacient je zmatený, desorientovaný někdy dochází i k poruchám chování.

Uzávěr a. cerebri media k němu dochází více jak v polovině případů. Tepna zásobuje téměř celou zevní stranu hemisfér a většinu mozkových jader. Hlavním příznakem je ochrnutí protilehlé poloviny těla s manifestací na horní končetině. Především pak jemné motoriky a svalů v distálních částí ruky, pohyb v loketním a ramenním kloubu může být zachován. Časté bývají i poruchy vědomí a to různě hluboké bezvědomí až už trvajících krátkodobě nebo dlouhodobě. Dalšími příznaky jsou poruchy řeči, pokleslý koutek ústní nebo lateralizace k postižené straně.

Uzávěr a. cerebri posterior se týká se asi 15 procent CMP. Tepna zásobuje vnitřní a spodní stranu spánkového laloku a skoro celý lalok týlní. Typickými příznaky jsou poruchy zraku, výpadky poloviny zrakového pole takzvaná hemianopsie, někdy se mohou vyskytovat i zrakové halucinace. Podobné příznaky nacházíme i při uzávěru a basilaris.

Uzávěr mozečkových tepen nebývá častou příčinou CMP. Mozeček je zásoben z více tepen uzávěr některé z nich nemá zcela typické příznaky. Proto zde uvádím spíše příznaky typické pro poškození mozečku. Pacient má problémy s udržení rovnováhy, vrávorá, má bolesti hlavy nauzeu, pocit na zvracení.

Uzávěr tepen mozkového kmene z povodí a. vertebralis aa. basilaris je zajištěno tepenné zásobení mozkového kmene. Protože mozkový kmen řídí životně důležité funkce jako dýchání srdeční činnost atd. je ischemie v této oblasti často letální.(6)

4. Diagnostika

Při stanovování diagnózy začínáme klasicky s anamnézou, pokračuje vyšetření, diferenciální diagnóza, diagnostické testy a na konci jen adekvátní terapie.

Anamnéza - hodnotí se základní onemocnění, hodnotí se vývoj, vrozené vady, operace, úrazy, systémová onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního aparátu, CNS, prodělaná infekční onemocnění, alergie. V **rodinné anamnéze** pátráme po dědičných a duševních chorobách. Sledujeme současná onemocnění a úmrtí sourozenců. U **nynějšího onemocnění** zjišťujeme poruchy motoriky, citlivosti, smyslového vnímání, myšlení, řeči, paměti, závratě, bolesti hlavy, poruchy vědomí a jejich dosavadní průběh event. progrese. Doba trvání příznaků vztahujících se k nynějšímu onemocnění. V **pracovní anamnéze** pátráme po škodlivinách – chemických látkách, hluku, profesionálních infekčních agens. Důležitá je též **sociální anamnéza** ve které zjišťujeme sociální kontakty, bydlení, zaměstnání.

Neurologické vyšetření – fyzikální :

Vědomí - sleduje se orientace místem a časem, reakce na slovo. K hodnocení stavu vědomí se používá 15 bodová stupnice Glasgow coma scale (GCS).

Funkce mozkových nervů - I. nerv čichový, II.nerv zrakový, III., IV., VI. – nervy okohybné sleduje se postavení očních bulbů. Víčka – ptóza víčka při obrně VII. N.facialis. U VIII. n. vestibulocochlearis vyšetření stoje a chůze. IX. n. glossopharyngeus, X.n.vagus a XI. n. accesorius se vyšetřují společně a zjišťuje se dysfagie, dysartrie, dysfonie, afonie nebo afasie. Vyšetřením XII.n. hypoglossus zjišťujeme postavení jazyka.

Vyšetřením krku sledujeme hybnost krční páteře, meningeální příznaky jako opozice šíje, Brudzinského příznak kdy při pasivním pohybu brady na sternum nastane pokrčení kolen a Kernigův příznak kdy zvedání dolních končetin vyvolá bolest bederní krajiny a pokrčení kolen.

Vyšetřením hybnosti si všímáme stranového poškození horních nebo dolních končetin. Hodnotíme svalovou slabost, parézu, plegii, paraplegii. U pyramidových jevů zánikových a spastických hodnotíme výpadky určitých

motorických funkcí nebo se objevují patologické reflexy např. r. Babinského, který vymizí u novorozenců. Šlachové reflexy bicipitový a Achilovy šlachy vyvolávají flexi, patelární vyvolá extenzi.

Svalový tonus – příčinou zvýšeného tonu je místní spasmus nebo hypertonus, kde může být spasticita nebo rigidita.

Mozečkové funkce – hodnotí se schopnost koordinace pohybů. Pohyby nepřesné, trhané rozkolísané, pacient se má dotknout při zavřených očích špičky nosu, na DK paty a kolene.

Závrat' – porucha rovnováhy

Třes - kmitání některé části těla naopak **akineze** je pohybové zpomalení.

U kořenových syndromů bývá pozitivní Lassegeův manévr kdy se při zvedání DK pozoruje úhel při kterém se dostaví bolest.

Vyšetření **sfinkterů** i retence nebo inkontinence mohou být původu nervového.

Vyšetřením **senzitivity** se sleduje snížené cití **hypestézie** a zvýšené cití **parestézie**. **Bolesti HK** jsou typické pro kořenový cervikobrachiální syndrom. Bolesti DK šířící se do zad jsou typické pro lumboischadický syndrom.

Vyšetřením **chůze** můžeme rozlišit chůzi antalgickou typickou pro bolestivost nemocné končetiny, paretickou kdy nemocná končetina se tahne, podlamují se kolena, léze n. femoralis L2 – L4, neschopnost chůze po patách porucha n. tibialis léze L5, nebo po špičkách porucha n. peroneus léze S1.

Vyšetření **páteře** sledujeme držení těla, fyziologická zakřivení, dynamiku, blokádu.

Vyšetření **stoje** – stoj I. mírně rozkročný, stoj II. Paty a špičky u sebe, stoj III. paty a špičky u sebe, zavřené oči.

Současně provádíme odběry na základní **biochemické a hematologické** vyšetření.

Vyšetřením **biochemickým** v krvi a moči zjišťujeme základní parametry iontů a chemických látek stav vnitřního prostředí organismu a funkci jednotlivých orgánů.

Vyšetřením **hematologickým** zjišťujeme počet jednotlivých krevních elementů, jejich vzájemný poměr.

Ze **zobrazovacích metod** využíváme zvláště možnosti provést vyšetření CT, při nejasném nálezu kontrastní CT nebo MR event. angiografií.

Vyšetření **computerová tomografie (CT)** je neinvazivní, moderní metoda založená na principu denzity tkání. Různé tkáně mají různou denzitu a propustnost pro RTG záření. CT je schopno zobrazovat v anatomických řezech v rovině frontální i sagitální. Hemoragie se projevuje ložisky se zvýšenou denzitou. Malacie se v akutní fázi neprojevuje, projeví se v odstupu 2 – 4 dní ložiskem se sníženou denzitou.

Nukleární magnetická rezonance (NMR) je diagnostická metoda založená na principu, že ionty mají elektrický náboj a tzv. spin rotace okolo své osy, to vyvolá magnetické pole, které lze dále zachytit a měřit. Pomocí NMR lze dříve prokázat ischemii než vyšetřením CT.

Angiografie je zobrazovací metoda, kterou se po nástřiku kontrastní látkou zobrazí průchod této látky mozkovými tepnami. Provádí se přímá angiografie přes a. carotis a nepřímá angiografie přes a. femoralis. **Digitální substrakční angiografie (DSAG)** jejím principem je snímání mozku před a po nástřiku kontrastní látky.

Sonografické vyšetření (sono) je metoda založená na průchodu ultrazvukových vln tkáněmi s různou denzitou, kdy na rozhraní těchto tkání dochází k odrazu části vln zpět k sondě a jejich grafickému znázornění na displeji přístroje. Doppler je založen na měření rychlosti proudění erytrocytů v cévách, zobrazují se anatomické poměry velkých cév.

Elektroencefalograf (EEG) je založen na snímání rozdílů elektrických potenciálů z různých míst mozkové kůry. Měření probíhá nepřímo z povrchu lebky a slouží k určení funkčního stavu mozku. V poslední době je

nahrazováno modernějšími metodami a k diagnostice cévních mozkových příhod se už příliš nevyužívá.(1)

5. Terapie

Terapii lze rozdělit na období před CMP - v tomto případě hovoříme o **primární prevenci**. Primární prevence onemocnění kardiovaskulárního systému (KVO) je nezbytnou součástí životního stylu. Primární prevence se zabývá možnostmi jak předejít eventuálním zdravotním problémům. Je prokázáno, že tzv. zdravý životní styl výrazně ovlivňuje nemocnost KVO. Ze statistických údajů nemocnosti v Evropě vyplývá, že nejméně KVO je v oblastech okolo středoziemního moře. Tato skutečnost je dávana do souvislosti se způsobem života, způsobem stravování a stravovacími návyky. Příjem lehké stravy s dostatkem zeleniny a ovoce, hojné používání olivového oleje, úprava stravy ve které nepřevládá smažení jako v ČR, umění „radosti ze života“, dobré rodinné vztahy, schopnost odpočívat to vše jsou faktory přispívající ke snížené nemocnosti. Pokud přidáme ještě přiměřenou pohybovou aktivitu dostaneme se k optimálnímu vzoru chování a životního stylu, který bychom měli dodržovat.

Léčba CMP spočívá v léčbě akutního období a období stabilizace.

Akutní období trvá až 1 týden od vzniku CMP. Předpokladem úspěšné léčby je zejména včasné zahájení léčby na specializovaném pracovišti jimž je neurologická JIP.

Celková léčba, která je společná ischemické i hemoragické příhodě je zaměřena na stabilizaci vitálních funkcí, zajištění dostatečné perfúze, přívodu O_2 , prevence komplikací.

Vazoaktivní léčba – nejčastěji je používán Oxyphyllin v dávkování 2-4x 2 ampule efekt léčby je patrný při ischemii i hemoragii.

Antikoagulační léčba má přísné vymezení. Je indikována u méně závažných ischemií, kontraindikací je hemoragie. Plná heparinizace 10 000 j. dále 1 000j i.v. a 1 hodinu. Stálá kontrola APTT. Výhodnější je používat nízkomolekulární Fraxiparin.

Energetická podpůrná léčba je zajišťována nootropiky, stabilizuje bazální metabolismus, má protektivní efekt na bazální metabolismus.

Blokátor Ca^{+2} kan – u subarachnoideálního krvácení zabraňuje vzniku spasmů

Fibrinolytická léčba – dochází k rozpuštění trombu aktivátor tkání – plasminogen, urokináza a streptokináza.

Antiagregační léčba používají se léky sekundární prevence.

Protiedematózní léčba je nezbytná při těžkých akutních CMP, které jsou téměř vždy provázeny edémem mozku. Podává se Manitol a kortikoidy.

Symptomatická léčba dle obtíží nemocného analgetika, antibiotika, antiemetika etc.

Rehabilitace je nedílnou součástí léčby patří sem polohování, pasivní cvičení, aktivní pohyb.

Chirurgická léčba u CMP pouze při obliteraci odstranění překážky (embolektomie) nebo její obejití anastomózou. Především u hemoragického CMO je metodou 1.volby.

Období stabilizace V tomto období jsou již stabilizovány základní životní funkce a pacient již není v přímém ohrožení života. Léčba je zaměřena především na snížení rizika recidivy. Základem je trvalá antiagregační léčba nejčastěji jsou to léky kde je účinnou látkou kyselina acetylsalicylová např. Anopyrinem a antikoagulační léčba nízkomolekulárními heparíny například Clexan, Warfarin.

Následná péče na LDN, domácí péče je optimální.(3)

interna sklerotické pláty smíšené povahy (vpravo hladký povrch, vlevo nepravidelný)

Status presens : Váha 105 kg, výška 178 cm, BMI 33, TK 170/50, PP 90, dech 22, TT 36,6

Pacient je při vědomí orientovaný místem i časem spolupracuje, mírná fatická porucha, ameningeální.

Hlava : okulomotorika volně, nystagmus 0, zornice isokorické, foto ++, pravý koutek svěšený, méně cení dx., jazyk středem.

Krk : šíje volná, šelesty na karotidách 0

Horní končetiny : reflexy symetrické, IJP neg., v MING pokles pravé horní končetiny do střední polohy, taxe vpravo, stisk 3/5

Trup : arefl. při chabé stěně břišní.

Dolní končetiny : rr. sgn. stopa, IJP sum, Vitek na PDK, v MING pokles na podložku, vpravo taxe nepřesná bil., pohyb ve všech segmentech volný, taktilní cití sym. bez poruch.

Pacient vyšetřen vleže.

Základní diagnóza : Ischemická cévní mozková příhoda v povodí a. karotis interna vlevo

Hypertenze

ICHS

DM II typu st. s neurol. kompl.

Hyperlipidémie

Závěr : 65 letý interně polymorbidní pacient přijat pro ischemickou CMP v povodí ACI vlevo, etiologie nejspíše tromboembolické oblasti nehomogenních plátů v ACI vlevo.

Provedená vyšetření :

Biochemická vyšetření : Urea <H> 11.3 (mmol/l), Kreatinin <●> 99.9 (μmol/l), Ca <●> 2.61 (mmol/l), Triglyceridy <●> 1.28 (mmol/l), Cholesterol <L> 3.22 (mmol/l), Cholesterol HDL<L> 0.65 (mmol/l), Glukóza <H> 6.69 (mmol/l), Cholesterol LDL výpočet <L> 1.99 (mmol/l), Urea <H> 633.3 (mmol/l), Kreatinin <●> 6.2 (mmol/l), Ca <●> 3.12 (mmol/l), P <●> 23.7 (mmol/l), Mg <H> 7.02 (mmol/l), Na <L> 67 (mmol/l), K<●> 74.7 (mmol/l), Cl <●> 158 (mmol/l), Na <●> 150 (mmol/l), K <●> 3.4 (mmol/l), Cl <H> 111 (mmol/l), Clear. Kreatininu <L> 1.14 (ml/s).

Komentář : Tubul.resorpce 0.99 %, Clearance korig. 1.07 ml/s, povrch těla 1.85 m² COCROFT 0.87 ml/s.

Hematologické vyšetření : Leukocyty <H> 12.0 (x10⁹/l), Erytrocyty <L> 3.70 (x10¹²/l), Hemoglobin <L> 109 (g/l), Hematokrit <L> 0.330 (arb.j.), konc.HB v erytrocytech <●> 0.33 (arb.j.), stř.objem erytrocytů <●> 91.0 (μm³), Trombocyty <●> 237 (x10⁹/l), MCH <●> 29.6 (pg/l ery), MPV 9.10 (fL),

Tromboplastinový test <H> 18.3 (sec), tromboplastinový test – ko <●> 11.8 (sec), tromboplastinový test - < > 1.01 (arb.jed.), tromboplastinový test - <H> 1.4 (arb.jed.), APTT kontrola <●> 32.7 (sec.), Fibrinogen <●> 3.8 (g/l), D Dimery <●> 300.00 (ng/l)

Sono karotid : v proximálních částech obou ACI sklerotické pláty smíšené povahy, vpravo s hladkým , vlevo s nepravidelným povrchem, AV bez morfologických změn.

Doppler : v oblasti ACI i ACE v normálním rozmezí nesvědčí pro hemodynamicky významnou stenózu, akcelerace a obrácení toku v levé ACI odpovídá stenóze cca 50%

CT : base ¾, W 130/C40, mozek10/10, W60/C38

Nález: Menší ischemické ložisko nad předním rohem pravé postranní komory. Ložisko patrné i na starších vyšetřeních. Menší ischemická ložiska jsou i v bílé hmotě nad levou postranní komorou. Snížená perfúze v povodí a.cereberi media. Jiné změny nevidím

Skelet in dg: Ig 34 mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen.
Stp isch.ACI (ACM) I sin.

7. Farmakologie použitých preparátů.

Glucobene 1.75 mg tbl.

IS (indikační skupina): Antidiabetikum, derivát sulfonylmočoviny.

KI (kontradindikace): přecitlivělost na složky přípravku, diabetická ketoacidóza, manifestní žloutenka a onemocnění jater, vážnější nedostatečná funkce ledvin, stresové stavy, těhotenství, rozvinuté diabetické komplikace.

NÚ: Hypoglykémie zejména při dietě s nízkým obsahem glycidů a nepravidelném příjmu potravy při tělesné námaze nebo při nevhodně určené dávce gilbenklamidu. Vzácně intolerance alkoholu (disulfiramová reakce). Kožní alergické reakce, gastrointestinální obtíže, nausea, zvracení, bolesti hlavy.

Glucophage 500 mg tbl. obd.

IS: Perorální antidiabetikum, derivát biguanidu.

KI: Přecitlivělost na metformin, těžší dekompenzace diabetu, hyperosmolární kóma či prekóma, těhotenství či kojení. Všechny stavy, které predisponují k hypoxii, jako jsou srdeční a respirační nedostatečnost, snížený funkce jater a ledvin. Metformin se nepodává při diabetu 1. typu a při alkoholismu.

NÚ: Nejzávažnějším i když vzácným nežádoucím účinkem je laktátová acidóza, která je obtížně léčitelná a má vysokou mortalitu. Vyskytuje se výhradně při nedodržení předepsaných indikací a při předávkování. Její výskyt činí asi 0.03 případů na 1 000 pacientů a rok. Další nežádoucí účinky jsou častější avšak méně závažné: zažívací obtíže, průjem, bolesti břicha kovová pachuť v ústech. Zpravidla ustupují po vysazení nebo snížení dávek léku. Při dlouhodobém užívání je možná snížená střevní absorpce vitamínu B₁₂ a kyseliny listové někdy provázená anemií.

Plavix tbl.flm.

IS: antikoagulans , inhibitor agregace trombocytů.

KI: přecitlivělost na složky přípravku, závažná poškození jaterních funkcí,

těhotenství, kojení. Aktivní krvácení např. krvácení při peptickém vředu nebo intrakraniální hemoragie.

NÚ: nejsou v SPC uvedeny

Prestarium 4 mg tbl.

IS: Antihypertenzivum, ACE inhibitor

KI: přecitlivělost na složky přípravku, angioneurotický edém v anamnéze zejména ve vztahu k podávání ACE inhibitorů, oboustranná stenóza renálních arterií je relativní kontraindikací, dětský věk.

NÚ: Nežádoucí účinky jsou mírné a vzácné. Nejvíce obtíží je hlášeno na začátku léčení, kdy ještě není plně kontrolován krevní tlak: bolesti hlavy, poruchy nálady a spánku, astenie. Z gastrointestinálních obtíží byly hlášeny poruchy chuti, dále závratě a křeče. Byly hlášeny i kožní vyrážky někdy svědivé. Ojedinele byl pozorován suchý dráždivý kašel, která někdy byl příčinou ukončení terapie. U jiných ACE inhibitorů byl někdy pozorován angioneurotický edém, který při ohrožení úst, rtů, jazyka nebo hrtanu může ohrozit dýchací cesty nebo život nemocného. Při prvních známkách takového stavu je třeba lék ihned vysadit a zajistit potřebná opatření k dalšímu ošetřování nemocného. Z laboratorních nálezů byl zaznamenán pokles hemoglobinu a malé zvýšení kalía v séru, bylo pozorováno i zvýšení urey a kreatininu, které ustoupilo po vysazení léku. Ojedinele bylo po ACE inhibitech pozorováno prudké zhoršení renálních funkcí a akutní selhání, zejména v o souvislosti s oboustrannou stenózou renálních arterií.

Simvacard 10 tbl. obd.

IS: Hypolipidemicum

KI: přecitlivělost na složky přípravku, těhotenství, kojení podání dětem. Aktivní onemocnění jater, přetrvávající zvýšené hodnoty sérových transamináz z neobjasněných příčin.

NÚ: Jsou velmi vzácné reakce typu anémie, bolesti hlavy, parestézie, závratě, periferní neuropatie. Z gastrointestinálních jsou to zácpa, bolest břicha, flatulence, dyspepsie, průjem, nauzea, zvracení, pankreatitida. Dále

vyrážka, svědění, alopecie. Může nastat myopatie, rhabdomyolýza, bolest svalů, křeče. Velmi vzácně byl hlášen hypersenzitivní syndrom s angioedémem, lupus-like syndrom, revmatická polymyalgie, dermatomyozitida, vaskulitida, trombocytopenie, eosinofilie.

Euphyllin CR N 100 cps.ret.

IS: bronchodilatans, antiastmatikum

KI : Srdeční infarkt, těžká hypertenze, tachykardická arytmie, epilepsie, těžká porucha jaterní činnosti.

NÚ: Důsledky podráždění zažívacího traktu jako jsou nevolnost nebo žaludeční obtíže. Důsledky podráždění CNS jako jsou bolesti hlavy, neklid, poruchy spánku. Palpitace, tremor. Nežádoucí účinky jsou většinou podmíněny předávkováním a odeznívají po snížení dávek.

Corvaton tbl.

IS: vasodilatans

KI: Šok s hypovolemií, výrazná hypotenze, ortostatická hypotenze, současné podávání sildenafilu a kojení.

NÚ: Bolesti hlavy, hypotenze, tachykardie, slabost, závrať, nevolnost

Zorem 5mg tbl.

IS: Vasodilatans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu.

KI: přecitlivělost na složky přípravku nebo na jiné dihydropyridiny. Kardiogenní šok, závažná aortální stenóza, těhotenství a kojení, věk do 18 let.

NÚ: Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, otoky zejména kolem kotníků, slabost, ospalost, pocit na zvracení, bolesti břicha, návaly, bušení srdce, a nevolnost. Vzácně může vzniknout svědění a vyrážka, dušnost, svalové křeče, nechutenství, zvýšená četnost močení, vypadávání vlasů, bolesti v zádech, změny nálady, svalové bolesti, poruchy zraku, zbytnění sliznice dásní a erytéma multiforme.

Vasocardin 50 tbl.

IS: kardioselektivní betalytikum

KI: přecitlivělost na složky přípravku , atrioventrikulární blokáda II. a III. stupně, sick sinus syndrom, kardiální insuficience refrakterní na léčbu digitalisem, významná bradykardie před zahájením léčby, těžká porucha periferního prokrvení spojená s bolestmi nebo trofickými změnami, hypotenze, současná léčba verapamilem.

NÚ: Únava, slabost, malátnost, nausea, vomitus, bolesti hlavy, závratě, průjem, nespavost, deprese, svědění, kožní vyrážky, poruchy zraku, dýchavičnost. Bradykardie, hypotenze, AV blokády.

Korylan tbl.

IS: Analgetikum

KI: přecitlivělost na složky přípravku, na jiné opioidy než kodein, na kyselinu acetylsalicylovou, deficit glukózo-6-fosfátdehydrogenázy , těžké formy renální či hepatální insuficience, akutní hepatitida, současné podávání léků atakujících játra, alkoholismus, respirační deprese, kóma, šok, astma bronchiale v akutní fázi, srdeční selhání chronické plicní choroby, poranění hlavy, zvýšený nitrolební tlak, současná léčba jinými látkami tlumícími CNS, těhotenství, kojení, děti do 12 let.

NÚ: Kožní alergické projevy, bolesti břicha, nausea, zvracení, zácpa

Almiral 50 tbl. ent.

IS: Nesteroidní antirevmaticum

KI: Přecitlivělost na složky přípravku a jiná nesteroidní antirevmatika, vředová choroba ve všech lokalizacích, ulcerózní kolitida, M. Crohn, krvácivé stavy, těhotenství zejména 3. trimestr, kojení, podávání dětem.

NÚ: relativně časté jsou gastrointestinální obtíže nauzea, pálení žáhy, bolesti v nadbřišku aj.). Vzácně se vyskytují bolesti hlavy, poruchy soustředění, nespavost, trombocytopenie, kožní reakce, gastrointestinální ulcerace

Clexan 40 mg inj.

IS: Antitrombotikum, antikoagulans

KI: Přecitlivělost na enoxaparin, krvácivé stavy, trombocytopenie po enoxaparinu v anamnéze, aktivní peptický vřed nebo jiné organické poškození s rizikem krvácení, akutní infekční endokarditida, hemoragická cévní mozková příhoda

NÚ: Trombocytopenie, krvácení, ekchymózy v místě vpichu. Zvýšení alkalické fosfatázy a aminotransferáz v krevním séru

Furosemid 10 mg inj.

IS: Diuretikum, antihypertenzivum

KI: Přecitlivělost na Furosemid a sulfonamidové deriváty, akutní glomerulonefritis, akutní renální selhání, jaterní kóma a prekomatózní stavy, těžká hypokalémie a hyponatrémie, těhotenství, kojení, dna

NÚ: Při běžném dávkování jsou mírné a přechodné: jsou popisovány obtíže gastrointestinální, hyperurikémie, ale i dnavý záchvat, u diabetiků se zhoršení glukózové tolerance s nutnou úpravou dávek hypoglykemických léků. Při delším podávání nebo při vysokých dávkách dochází k sekundárním poruchám vodní a elektrolytové rovnováhy, byly pozorovány i poruchy krvetvorby (zejména trombocytopenie) a alergické exantémy. Při vysokém dávkování u nemocných s oligurií nebo anurií a zejména při současném podávání jiných ototoxických látek může dojít k poruchám sluchu až k ireverzibilní hluchotě (aminoglykosidová antibiotika) nebo nefrotoxicitě (cefalosporiny). Samostatně podávaný Furosemid potencuje rychle vznik encephalopatie u jaterní cirhózy

Plasma – lyte 148 electrolyte

IS: Infundabilium

KI: Hypertonická dehydratace a dále obecné kontraindikace infúzní terapie tj. dekompenzována kardiální insuficience, plicní otok, otok mozku, porucha funkce ledvin (oligurie, anurie) a hyperhydratace

NÚ: Při dodržení indikací, kontraindikací a vhodného dávkování by nemělo

dojít k výskytu nežádoucích účinků

Algifen inj.

IS: Analgetikum, spazmolytikum

KI: Přecitlivělost na některou složku přípravku, těhotenství, kojení, věk do 4 měsíců, leukopemie, akutní intermitentní porfyrie, těžší srdeční insuficience, čerství infarkt myokardu, mechanické stenózy trávicí trubice, megakolon, hypertrofie prostaty, glaukom

NÚ: Alergická reakce, poruchy krvetvorby, suchost v ústech, poruchy vidění, tachykardie, zácpa, ztížená mikce, potencionální teratogenita, snížení účinku steroidních kontraceptiv.(5)

8. Ošetrovatelská část

V této části se zabývám zhodnocením pacienta z ošetrovatelského hlediska za použití metody ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je komplexní metoda jejíž pomocí můžeme zhodnotit pacienta z pohledu bio–psycho-sociálního, skládá z pěti postupně na sebe navazujících fází.

1. fáze: V první fázi se zabýváme zhodnocením nemocného na základě informací, které se nám podařilo získat. Zdrojem je především anamnéza a nynější stav pacienta.
2. fáze: Ve druhé fázi se zabýváme stanovením ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy stanovujeme na základě informací získaných od pacienta. Jejich cílem je určení aktuálních ale i potencionálních faktorů, které ohrožují pacienta.
3. fáze: Třetí fáze se týká stanovení ošetrovatelského plánu. V ošetrovatelském plánu stanovujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle naší ošetrovatelské péče. A zároveň také určujeme postupy kterými chceme těchto cílů dosáhnout.
4. fáze: Ve čtvrté fázi se zabýváme realizací ošetrovatelského plánu, popisuje metody a postupy použité k dosažení cílů stanovených ve třetí fázi.
5. fáze: V poslední části ošetrovatelského procesu se zabýváme zhodnocením výsledků našich ošetrovatelských intervencí a efektivitou poskytnuté péče.(8)

8. 1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného.

K zhodnocení nemocného jsem si vybral „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Zdravotní stav může být funkční nebo dysfunkční. U dysfunkčního zdravotního stavu potřebujeme stanovit ošetrovatelské diagnózy. Tento model nám umožňuje komplexní zhodnocení pacienta, jeho potřeb a zároveň zohledňuje jeho individuální požadavky. Model se skládá z dvanácti částí, které zasahují do všech oblastí a činností jejichž zhodnocení nám toto umožňuje.(8)

Ve svém ošetrovatelském modelu hodnotím 12 oblastí mezi které patří:

1. Vnímání zdravotního stavu
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní jistoty
12. Jiné (8)

Vnímání zdravotního stavu.

Nemocný se přes přidružená onemocnění cítil zdravý, byl zcela soběstačný a vcelku i společensky aktivní. Nyní má lehkou fatickou poruchu s lehce naznačenou pravostrannou hemiparézou, sníženou pohyblivost pravé dolní končetiny. Při chůzi je nejistý, několikrát upadl. Byl přivezen ZZS a je náhle zcela vytržen ze svého života a není schopen se s touto náhlou změnou vyrovnat. S velkými obavami sleduje veškeré dění okolo sebe. Velmi ustrašeně vnímá jakoukoliv zvukovou signalizaci monitorů na které je připojen. Zdravotní stav se zlepšuje jen nevýrazně, a tomu též nemocný připisuje závažnost svého onemocnění. Je stále vyděšený. Na hospitalizaci

na oddělení JIP reaguje úzkostně. Lehce setřená řeč jen dále prohlubuje stres nemocného. Úzkost nedokáže potlačit ani rodina nemocného. Syn se snachou nemocného navštívili hned první den hospitalizace. Nemocný se cítí postižen svou parézou, má obavy, že nadále nebude schopen samostatně žít. Dále si stěžuje na bolesti zad a hlavy, zvláště pak bolest hlavy která je typická u cévních mozkových příhod je pro něj velmi obtěžující. Zdravotní stav se během hospitalizace rychle upravoval a s tím jak se obnovovala hybnost končetin lepšilo se i jeho vnímání zdravotního stavu.

Výživa a metabolismus.

Příjem potravy má nemocný vzhledem k diabetu rozvržen do 6 porcí za den. Všechny porce jsou však větší než by bylo nezbytné. Z tohoto důvodu je též nemocný dle hodnocení BMI na hranici obezity (BMI 33). Snídani mívá vydatnou jak sám udává nejraději typicky anglickou, kdy často mívá uzeninu nebo vejce. Ovoce moc mít nemusí, stejně tak mléčné výrobky zařazuje do jídelníčku jen kvůli diabetu. Také proto má vyšší hladinu LDL cholesterolu a nízkou hladinu HDL cholesterolu. Jídlo si připravuje sám, na obědy chodí do závodní kuchyně podniku kde pracoval. K druhé večeři si dává obvykle pečivo. V nemocnici dostává diabetickou dietu, která mu však vůbec nechutná. Denní příjem tekutin stěží dosahuje 1,5 litru. Pacient si je vědom nedostatku tekutiny, nicméně není schopen měnit své návyky. Preferuje minerálky, občas, vícekrát v průběhu týdne nízkostupňové pivo. Tvrdý alkohol zcela vyjimečně, víno občas. Denně pije kávu, pouze však dopoledne aby neměl problémy se spánkem. Mléko nemá rád a pouze si ho přidává do kávy. Během posledních tří měsíců nedošlo ke změně hmotnosti, pacient připouští že má nadváhu ale nemá vůli učinit změny ve svém jídelníčku. Po těchto zjištění byl kontaktován nutriční terapeut, který po odeznění akutní fáze onemocnění probere s pacientem vhodnější způsob stravování.

Vylučování.

Pacient udává že chodí na stolicí 1x za 2 až 3 dny, považuje tuto frekvenci za běžnou, po celý svůj život stejnou. Stěžuje si na zvýšenou

plynatost. Při zácpě používá Regulax nebo jiná obdobná projímadla. Nyní pociťuje tlak a plnost do rekta, má však problémy vyprázdnit se na posteli do podložní mísy. Poslední stolice byla před cca 24 hodinami, pokud nedojde k vyprázdnění během následujících 24 hodin informujeme lékaře.

V posledním období má časté nucení na močení zejména v průběhu noci, kdy ho 2 až 3x probouzí nucení na močení. Denní i noční močení je provázáno zhoršenou kontinencí. Trpí stresovou inkontinencí při kašli. Problém mu připadá jako fyziologický, přiměřený věku. Neuvažoval o jeho řešení, protože se obává, že jediným možným řešením je operační zákrok a tento předem odmítá. O problematice a možnostech zmírnění obtíží týkajících se stresové inkontinence, byl nemocný řádně poučen. Po sdělení, že problém je možné řešit i farmakologicky zvažuje, že požádá svou obvodní lékařku o doporučení k odbornému lékaři.

Aktivita a cvičení.

Před nynějším onemocněním byl pacient aktivní, rád chodil na procházky do přírody, stýkal se svými vrstevníky. Chodit na procházky mu nečinilo problém jeho zdravotní stav ho v této činnosti nijak neomezoval. V domácnosti byl s ohledem na svůj věk soběstačný, zvládal přípravu jídla, osobní hygienu a běžné denní činnosti. Nyní se obává zda bude i po propuštění z nemocnice schopen vrátit se do běžného života a zůstane li soběstačný. Nynější onemocnění s hemiparézou pravostranných končetin ho v těchto činnostech omezuje. Má deficit sebepěče v oblasti hygieny a příjmu potravy. Hygienu provádí ošetřující personál na lůžku, pacient je schopen jen minimální spolupráce. Při příjmu potravy je také nutná asistence. Režim oddělení nedovoluje aby pacient vstával z lůžka, takže nemůže zhodnotit do jaké míry je omezena jeho mobilita. Má tendenci hodnotit následky onemocnění závažněji než jak lze předpokládat z objektivního nálezu. Myslí si že už nikdy nebude chodit. O těchto pacientových obavách byl informován ošetřující lékař, který mu vysvětlil rozsah postižení a očekávané následky a tak do značné míry rozptýlil jeho obavy. Zároveň rychle se lepší zdravotní stav pacienta měl pozitivní efekt a pacienta motivoval k větší spolupráci s ošetřujícím personálem.

Spánek a odpočinek.

V domácím prostředí nemocný netrpěl poruchami spánku, nikdy nebral léky na spaní. Pro snadné usínání však zachovával určité rituály, před spaním již nepil (z obav o nykturii). Noc před příhodou byla běžná, nevymykala se normálu. Pobyt na lůžku mu není příjemný, vzduchovou antidekubitární matraci hodnotí jako nepohodlnou. Vzhledem k tomu jak obtížně zvládá pobyt na JIP byla po dohodě s lékařem předepsána pro dnešní noc (první den hospitalizace) farmakologická medikace. Pacient po té spal celou noc. Pro další hospitalizaci bude kladen důraz jednak na správný režim, přes den pacienta zaměstnat aktivitami aby „nospával“. Na noc zajistit klidné, pokud možno tiché prostředí, omezit návštěvy na boxu na nezbytné minimum.

Vnímání a poznávání.

Nemocný je při plném vědomí je orientován časem, místem i osobou. Má mírnou fatickou poruchu, uvědomuje si že artikulace není zcela v pořádku, ale je mu bez problému rozumět. Před hospitalizací měl problémy pouze se zrakem, trpí krátkozrakostí i dalekozrakostí, brýle nosí na dálku i na blízko. U očního lékaře byl naposledy před 7 měsíci, zhoršil se mu visus na blízko, byl korigován novým předpisem brýlí. Slyší dobře. Pravostranná hemiparéza má za následek poruchu cití na pravé horní a dolní končetině Paměť má dobrou, je orientován místem, časem, prostorem. S učením nemá problémy, používá i mobilní telefon. Průběžně je lékařem i sestrami informován o svém zdravotním stavu. Lékařovu informaci si ještě však potvrzuje dotazy u sester. Nepříjemně vnímá parézu obličeje a ptózu víčka.

Sebepojetí a sebeúcta

Nemocný sám sebe hodnotí negativně a situaci vnímá jako vážnou. Obává se zejména, že nebude již plně soběstačný a že každý na první pohled uvidí jeho parézu. Vždy si zakládal na své soběstačnosti a nynější potřeba pomoci při běžných aktivitách (hygiena, příjem potravy) v něm vyvolává

pocit méněcennosti. Dále se obává, že se nebude moci věnovat svým oblíbeným zálibám. Rychlé obnovování funkcí však tyto obavy rozptyluje a pacient se cítí lépe. Zároveň ošetřující personál podporoval nemocného a kladně hodnotil a chválil každé zlepšení.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Nemocný bydlí sám v bytě 2+1 ve 4. patře s výtahem. Má jednoho syna, který žije také v Praze. Navštěvuje synovu rodinu asi 1 týdně, kromě toho jsou v pravidelném telefonickém kontaktu. Pocit osamělosti nemá, žije sám od smrti manželky již téměř 10 let. Nabídka syna aby bydlel u nich odmítá, nechce být závislý a neuvažuje o tom ani nyní. Syn počítá s tím, že otec po dobu rekonvalescence bude bydlet u něho. Pacientovi byla nabídnuta i možnost využití pečovatelské služby, to však zatím odmítá.

Sexualita, reprodukční činnost.

Pacient udávám, že žije již několik let bez partnerky, proto dále tato otázka nebyla probírána.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.

Nemocný si nevybavuje žádnou stresovou situaci z posledních let. Problémy, které vyvstanou řeší s pomocí syna a jeho rodiny. Sám uvádí, že si „užívá“ svého života a stres si nepřipouští. Manželka zemřela před téměř deseti lety a s její smrtí se již vyrovnal.

Víra, přesvědčení – životní hodnoty.

Pacient není nábožensky založen, nevěří v boha. Orientován je spíše pragmaticky, pracoval jako technik. Je přesvědčen, že každý je odpovědný sám za sebe. Nevěří na osud, není fatalista. Uvádí, že „politika“ ho nezajímá, on sám od dalšího života očekává, že se bude moci věnovat svým koníčkům a jak říká nebude nikomu na obtíž.

Jiné

Pacient jiné záležitosti o kterých by chtěl mluvit, nebo které by přispěly k ošetrovatelské péči neuvádí.

8. 2. Ošetřovatelské diagnózy

Následně po získání anamnestických údajů jsem stanovil ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy jsem seřadil ve spolupráci s pacientem, podle míry obtíží jež pacientovi způsobovaly. Diagnózy jsou rozděleny do dvou skupin na aktuální a potenciální. Aktuální diagnózy jsem stanovil pro první den hospitalizace.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest hlavy z důvodu cévní mozkové příhody a bolest zad z důvodu pádu při atace cévní mozkové příhody.
2. Deficit sebedpěče v oblasti příjmu potravy a hygieny z důvodu pravostranné hemiparézy.
3. Porucha mobility z důvodu pravostranné hemiparézy.
4. Strach z hospitalizace a průběhu rekonvalescence z důvodu předpokládaných trvalých následků.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katetru.
2. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru.
3. Porucha integrity kůže a vzniku dekubitů z důvodu s nížené mobility.

8. 2. 1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest hlavy z důvodu cévní mozkové příhody a bolest zad z důvodu pádu při atace cévní mozkové příhody.

Cíl: Krátkodobý - Pacient bude pociťovat bolest jako snesitelnou.
Bolest nebude natolik intenzivní aby bránila pacientovi ve spánku
Dlouhodobý - Pacient nebude pociťovat žádnou bolest

Plán: Hodnotit intenzitu bolesti v pravidelných intervalech
Pomocť nalézt pacientovi úlevovou polohu
Vysvětlit pacientovi používání kompenzačních pomůcek
Provádět manipulaci s pacientem obzvlášť šetrně s ohledem na bolesti zad.
Informovat lékaře o pacientových obtížích s bolestí a podáváme analgetika dle rozpisu
Provést masáž zad minimálně dvakrát denně

Realizace: U pacienta jsem hodnotil intenzitu bolesti hlavy a zad pomocí tabulky „hodnocení bolesti“ a to každou hodinu dle ošetřovatelského standardu nemocnice. Pacientovi jsem vysvětlil, že bolest hlavy je velice častý příznak u tohoto onemocnění. Bolest hlavy pacient hodnotil jako tupou, intenzita bolesti se neměnila ani v závislosti na poloze na lůžku, proto jsme informovali lékaře, který předepsal analgetika, (1. ampule Algifen, podána intra venosně) které jsem pacientovi aplikoval. Kontrolu intenzity bolesti jsem provedl třicet minut po podání analgetik a pak každou hodinu. Při první kontrole po třiceti minutách pacient udává výraznou úlevu od bolesti.

Pacient si dále stěžoval na bolest zad, která byla důsledkem pádu který utrpěl doma. Pacientovi jsem vysvětlil ovládání hydraulického zařízení lůžka, aby byl schopen sám si najít optimální úlevovou polohu. Dále, jsem

ve spolupráci s druhou sestrou provedl u pacienta masáž zad, ke které jsme použili kafrový roztok. Pacienta jsem ujistil, že se na mě nebo na ostatní ošetřující personál může kdykoliv obrátit, dojde-li ke zhoršení bolesti. Hodnocení intenzity bolesti bylo přerušeno ve 22 hodin, kdy pacient usnul.

Zhodnocení: Bolesti hlavy se podařilo zmírnit až podáním analgetik, jakákoliv změna polohy na lůžku v tomto případě bohužel nebyla účinná. Bolest zad se podařilo zmírnit nalezením úlevové polohy, současně začala působit analgetika. Krátkodobý cíl byl splněn bolest se podařilo výrazně zmírnit, ale bylo nutné využití analgetik. Splnění dlouhodobého cíle, úplné odstranění bolesti hlavy a zad, závisí na vyléčení CMP což je dlouhodobá záležitost. Dlouhodobý cíl proto nemohl být splněn.

2. Deficit sebezpečí v příjmu potravy a hygienické péče z důvodu pravostranné hemiparézy.

Cíl: Krátkodobý – Pacient bude čistý a upravený

Pacient bude zvládat příjem potravy sám, nebo jen s minimální dopomocí

Zajistíme pacientovi kompenzační pomůcky

Dlouhodobý – Pacient bez problému sám zvládá příjem jídla per os

Zvládne sám bez pomoci druhé osoby kompletní hygienickou péči

Plán: Provádět hygienu na lůžku a to minimálně jedenkrát denně a následně podle individuálních potřeb pacienta.

Podporovat samostatnost pacienta při hygieně.

Dodržovat zásady bezpečnosti

Provádět nácvik běžných hygienických činností ve spolupráci s fyzioterapeutem

Zajistit pacientovi kompenzační pomůcky pro příjem jídla

Nepodávat jídlo ani pití příliš horké z bezpečnostních důvodů

Motivovat pacienta k soběstačnosti, každý pokrok, který udělá bude pochválen

Realizace: Pacient má naordinovaný klid na lůžku, to znamená že nesmí vstávat z lůžka a musí tam vykonávat i veškeré hygienické úkony. Je velmi závislý na pomoci ošetrovatelského personálu. Při ranní hygieně zvládne levou rukou umýt si obličej, s čištěním zubů má však značné problémy (je pravák a má pravostrannou hemiparézu), celkovou koupel na lůžku provedl ošetřující personál. Nácvik dalších dovedností se bude odvíjet od rekonvalescence a režimových opatření která bude mít pacient naordinována (nácvik použití sprchy apod.)

Před jídlem jsem pacientovi upravil lůžko tak, aby byl v poloze v polosedě. K posteli jsem mu přistavil servírovací stoleček, ten jsem

nastavil do optimální polohy, která nejlépe pacientovi vyhovovala. Před jídlem jsem zkontroloval jestli potraviny, zvláště pak nápoje nemají příliš vysokou teplotu. Čaj jsem z bezpečnostních důvodů přinesl k posteli pacienta až po vychladnutí. Pacient měl problém napít se přímo ze skleničky skleničky, proto jsem přistoupil k použití zahnutého brčka. S jeho pomocí pacient zvládá příjem tekutin sám. S příjmem jídla vyžadoval větší pomoc, ale po naporcování jídla na menší části a nalezení správné polohy talíře na stolečku i toto po chvíli zvládl sám.

Hodnocení: Pacient zatím zvládá sám hygienu obličeje s celkovou koupelí mu musíme pomáhat. Přesto je spokojený a má pocit čistoty. Příjem pití zvládá za využití kompenzačních pomůcek sám, s příjmem jídla potřebuje zatím pomoc. Krátkodobý cíl byl splněn. Splnění dlouhodobého cíle opět závisí na průběhu rekonvalescence.

3. Porucha mobility z důvodu pravostranné hemiparézy

Cíl: Krátkodobý – Pacient chápe omezení mobility

Zná a umí používat všechny kompenzační pomůcky

Je informovaný o průběhu léčby a nutnosti dodržování klidového režimu.

Dlouhodobý – Pacient bude schopen opět vykonávat všechny aktivity denního života.

Bude schopen sebezpečně ve stejném rozsahu jako před vznikem onemocnění.

Nebude mít žádné nebo jen minimální následky.

Plán: Vysvětlit pacientovi nutnost klidového režimu na lůžku.

Získat pacienta ke spolupráci, každé zlepšení chválit.

Trénovat používání kompenzačních pomůcek.

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlil důležitost klidového režimu, poučil jsem ho že nesmí sám vstávat z postele. Dále jsem mu vysvětlil jak má používat hrazdičku zavěšenou nad postelí. Také jsem mu názorně ukázal jak manipulovat s hydraulickým zařízením postele, které usnadňuje změnu polohy na posteli.

Hodnocení: Pacient pochopil důležitost klidového režimu na lůžku, nepokoušel se vstávat. S pomocí hrazdičky zvládá sám změnu polohy na posteli, naučil se používat ovládání hydrauliky postele. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Splnění dlouhodobého cíle bude trvat delší časový úsek.

4. Strach z hospitalizace a průběhu rekonvalescence z důvodu předpokládaných trvalých následků

Cíl: Krátkodobý – Pacient bude seznámen s svým onemocněním a možnými následky.

Bude vyjadřovat zmírnění strachu

Dlouhodobý – Pacient nebude pociťovat strach z hospitalizace

Bude seznámen s předpokládaným průběhem rekonvalescence

Plán: Zajistit nemocnému dostatek informací o jeho onemocnění

Vyřešit následnou péči o pacienta po propuštění z nemocnice.

Nabídnout pacientovi oddechové aktivity, pokusit se jej rozptýlit

Realizace: Pacientovi byl znovu vysvětlen průběh hospitalizace, vysvětlil jsem mu jaká vyšetření ho čekají následující den a jak probíhají. Pacient má naplánováno kontrolní vyšetření CT, které již absolvoval, strach z tohoto vyšetření nepociťuje. Lékař pacienta podrobně informoval o jeho zdravotním stavu a výsledcích již provedených vyšetření a předpokládaném průběhu rekonvalescence. Pacient se dozvěděl že během rekonvalescence bude používat berle, ale že je velmi pravděpodobné že se bez nich po skončení léčby obejde. S touto informací se pacient vyrovnal dobře. Při návštěvách mu bylo nabídnuto rodinou (synem) že po dobu rekonvalescence může bydlet u nich. Po dohodě jsem pacientovi přinesl k posteli televizi, kterou sleduje.

Hodnocení: Návštěva rodiny, pacienta rozptýlila, přemýšlí o nabídce syna na společné bydlení. Pacient byl informován o svém zdravotním stavu, následné léčbě, vyšetřeních a rekonvalescenci. Strach již nepociťuje. Krátkodobý i dlouhodobí cíl byl splněn.

8. 2. 2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Vznik infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katetru

Cíl: Nevznikne infekce močových cest

Plán: Dotazovat se na příznaky ukazující na infekci močových cest.

Měřit tělesnou teplotu v pravidelných intervalech

Odebírat moči na bakteriologické vyšetření dle ordinace lékaře

Realizace: Společně se sledováním základních životních funkcí měříme i tělesnou teplotu, která je-li zvýšená ukazuje na infekci. Při manipulaci s cévkou, nebo uzavřeným močovým systémem dodržujeme zásady asepse. Vizually hodnotíme barvu moči a dle ordinace lékaře provádíme odběry moče na bakteriologické vyšetření. V šestihodinových intervalech hodnotíme bilanci tekutin a množství moči ve sběrném pytlíku. Pacienta jsem poučil, aby mě nebo ostatní ošetřující personál informoval kdyby pocítil jakoukoliv změnu.

Hodnocení: Během mé péče o pacienta se u něho neprojevily žádné příznaky infekce.

2. Vznik infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru

Cíl: Nevznikne infekce v místě zavedení periferního žilního katetru.

Plán: Převázat kanylu v pravidelných intervalech

Kontrolovat místo vpichu

Realizace: Periferní žilní katetr byl zaveden v rámci první pomoci posádkou ZZS, po přijetí na oddělení jsem za dodržování zásad asepse provedl převaz a vizuální kontrolu stavu PŽK. V místě vpichu jsem nepozoroval žádné zarudnutí ani otok, který by nasvědčoval paravenóznímu podání léku, nebo lokálnímu zánětu. Pacienta jsem poučil o tom, že končetinu kde má aplikován PŽK, by měl mít pokud možno v klidu a při jakékoliv změně (například pálení) aby neprodleně informoval ošetřující personál.

Hodnocení: Po dobu zavedení PŽK se u pacienta neprojevíly známky infekce, ani paravenózního podání léku. Průchodnost PŽK zůstala zachována. Ošetrovatelský cíl tak byl splněn

3. Porucha kožní integrity a vznik dekubitů z důvodu zhoršené mobility

Cíl: Nedojde k poruše integrity kůže
Nevzniknou dekubity

Plán: Pravidelné polohování pacienta na lůžku
Zvýšená péče o pokožku

Realizace: Pacient po osvojení používání kompenzačních pomůcek zvládá polohování sám, přesto vzhledem k diagnóze i CMP je u něho zvýšené riziko poškození kožní integrity, případně vznik dekubitů. Pokožka pacienta byla pravidelně mazána zvláště v oblasti zad, k mazání jsem používal střídavě Kafr a Menalind mast. V lůžku pacienta byla použita antidekubitární matrace. Při každé manipulaci s pacientem jsem vizuálně kontroloval možné příznaky vzniku dekubitů v predilekčních místech. Velký pozor jsem dával na kabely monitoru, které si občas pacient přilehl a které také mohou způsobit dekubity pokud by na nich pacient zůstal ležet.

Hodnocení: Díky poskytované péči u pacienta nevznikl žádný dekubit ani jiné poškození kůže, cíl byl splněn.

9. Průběh hospitalizace

Ošetřování nemocných s CMP je velice náročné. Dlouhodobý pobyt na nemocničním lůžku může vést k rozvoji imobilizačního syndromu. Změny v pohybovém systému se při CMP projevují nejprve ztrátou svalového tonu, ten se později zvyšuje a dochází ke spasticitě. Osteoporóza začíná po 2 až 3 dnech. Dochází k poruše nervově vegetativního systému (zvýšení sympatiku), to má za následek tachykardii, dále ortostatickou hypotenzi (při sedání).

Změny v dýchacím systému, stagnující sekret ,mohou vést až k hypostatické pneumonii, časté příčině úmrtí. V látkové výměně při zvyšujícím se katabolismu dochází ke snižování bílkovinných zásob, hyperproteinemii a přesunu tekutin z intravasálního prostoru extravasálně. Dochází k tvorbě otoků.

V močovém systému dochází ke stagnaci moče, močovému refluxu, ochablosti m.detrusor a ztrátě schopnosti močit. Stagnací se zvyšuje riziko močové infekce.

Snížením peristaltiky střev dochází k zácpě.

U kožního systému dochází ke snížení turgoru, poruchám cévního zásobení a při otlaku k tvorbě dekubitů.

Změny v psychice vedou často k depresím, které se musí řešit farmakologicky.

Ošetřovací péče je u každého pacienta zcela individualizovaná. Cílem je snaha o co nejrychlejší obnovení soběstačnosti, splnění psychologických a fyziologických potřeb a zajištění kontinuální péče po propuštění.

Pan D. J. byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení. Na jednotce intenzivní péče strávil dva dny poté byl přeložen na standardní oddělení. Během hospitalizace byla pacientovi poskytována komplexní péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Ošetřovatelský personál dbal o správnou a pravidelnou hygienickou péči a vyprazdňování. Pacientovi byly kontinuálně monitorovány základní fyziologické funkce (krevní tlak, tělesná teplota, saturace krve kyslíkem, srdeční činnost a počet dechů). Po celou dobu pobytu měl zaveden periferní žilní katetr a permanentní močový katetr. Péče o oba katetry byla prováděna

za dodržování zásad asepse. Po dobu jejich zavedení u pacienta nevznikli žádné komplikace.

Pacientovi jsme pomáhali s příjmem potravy po poradě s nutričním terapeutem jsem pacientovi navrhl vhodnou dietu (diabetická 9/1). Dále jsem se zaměřil na řešení stanovených ošetřovatelských diagnóz, krátkodobé cíle byly splněny, plnění dlouhodobých cílů závisí na průběhu rekonvalescence a bude se týkat delšího časového úseku. Nedílnou součástí péče o pacienta byla komunikace s ním a s jeho rodinou zvláště pak o následné péči po propuštění z nemocnice. Tuto otázku se také podařilo vyřešit. O pacienta se po propuštění postará jeho rodina.

10. Psychologie

Psychologie pacienta.

Jakákoliv změna životního stylu představuje vždy zátěž pro pacienta. Zátěží je již jen návštěva zdravotnického zařízení, extrémní psychickou zátěží bývá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Reakce na zátěž je podmíněna věkem pacienta, typem osobnosti, stupněm jeho vyzrálosti, stupněm odolnosti vůči zátěži, sociální pozicí, motivačními faktory a zázemím v rodině. Člověk vyrovnaný, vyzrálý, s pevným rodinným zázemím bez psychických změn snáší jakoukoliv zátěž lépe.

Při akutním onemocnění je člověk vytržen náhle a zcela nepřipraven z normálního životního rytmu. Taková situace může vést až k panickým reakcím a projevům, mnohdy s agresí nebo naopak s rezignací. Při chronickém onemocnění má člověk obvykle čas na adaptaci. Přesto však k adaptaci nemusí dojít a může docházet k nejrůznějším reakcím. Mezi tyto reakce patří :

- Bagatelizace nebo popření nemoci kdy nemocný záměrně snižuje závažnost onemocnění, nespolupracuje, nedodržuje léčebný režim a odmítá léčbu
- Disimulace kdy nemocný zastírá příznaky onemocnění, častá bývá podmíněna i obavami ze ztráty zaměstnání
- Hypochondrie kdy se nemocný zcela soustřeďuje na své onemocnění, pečlivě kontroluje léčbu a dožaduje se dalších vyšetření a léků
- Agravace je vědomým i nevědomým zveličováním problémů, častá může být u osob, který nemoc přináší zisk.
- V současné době je považováno za žádoucí, aby během hospitalizace byli do péče o pacienta zapojeni nejbližší příbuzní. Vhodné je též využití dřívějších životních návyků a zkušeností pacienta. Dnes se považuje za vhodné stimulovat i pacienta v komatu, přestože je u těchto pacientů vnímání výrazně změněno. Obecně je vhodné u těchto pacientů stejně jako u pacientů tlumených farmakologicky dodržovat zásady

:

- Oslovovat pacienta vždy jménem
- Před každou manipulací mu stručně vysvětlit veškeré intervence, které u něho budou prováděny
- K zahájení komunikace použít tzv. iniciální dotek, kterým se pacientovi dá najevo, kdy začíná a končí činnost okolo něho
- Umožnit poslech oblíbené hudby, sledování oblíbeného TV programu
- Během provádění osobní hygieny používat pacientovy hygienické potřeby na které je zvyklý
- Respektovat fyziologický rytmus dne a noci
- Umožnit návštěvu blízkých

Po odeznění akutního stadia, kdy se již začíná s přechodem z umělé na fyziologickou plicní ventilaci, kdy již není třeba pacienta farmakologicky tlumit, je nezbytné vyřešit způsob dorozumívání. Je vhodné pacienta stimulovat k odpovědím na jednoduché otázky. Způsob této jednoduché komunikace bývá na úrovni pokývání hlavou, zavření očí, zmáčknutí ruky apod. Později při poruchách ve smyslu afázie je možné nabídnout tužku a papír, využít tabulek s písmeny apod. Základem všeho je každou činnost pacientovi stručně a srozumitelně vysvětlit. Vhodné je též pacienta stimulovat tím, že mu poskytneme dostatek vizuálních podnětů např. fotografie blízkých, nebo předměty ke kterým má pacient vztah. Nesmíme opomenout též používání kompenzačních pomůcek jako jsou zubní protéza, brýle, naslouchadla apod.(10)

Psychologie nemocného

Pro pacienta D.J. toto sice nebyla první hospitalizace v nemocnici, onemocnění ale propuklo z „plného zdraví“ což pro něho bylo velice stresující. Pacient byl poprvé na oddělení intenzivní péče, tento fakt a náhlý vznik nemoci, pro něho byl velice stresující. Na boxu kde pacient ležel byl umístěn monitor, kterým byly sledovány jeho základní životní funkce. Tento monitor akustickým signálem upozorňoval na každou změnu ke které došlo, bohužel reagoval i na pacientův pohyb na lůžku. Při každé hlasité signalizaci monitoru na tuto skutečnost pacient reagoval slovy „To už umírám?“ Dalším velmi stresujícím faktorem pro pacienta byla omezená hybnost pravostranných končetin, kdy se obával trvalosti tohoto stavu a možných následků v běžném životě. Do propuknutí onemocnění byl s ohledem na svůj věk soběstačný a na této skutečnosti si také zakládal. Představa, že by byl závislý na pomoci druhé osoby i když by to byl někdo z rodiny pro něho byla stresující. Proto byl informován o všech léčebných, diagnostických a ošetrovatelských opatřeních. Byl poučen o zajištění péče po propuštění i o předpokládané době pobytu na oddělení. Fyzioterapeut nemocného informoval o rehabilitačním plánu. Podrobně byla též informována rodina. Nemocný i rodina byli aktivně zapojeni do celého ošetrovatelského procesu i plánu rehabilitace. Nemocný byl verbálně povzbuzován a chválen za každou snahu vedoucí k získání soběstačnosti. Sestry na oddělení se snažily nemocnému naslouchat, aktivně se zajímat o jeho pocity a často s ním komunikovat. Před propuštěním byl psychický stav nemocného již zcela kompenzován, úzkost a strach zmizely a nemocný se těšil domů. Velmi pozitivně pacient i celá rodina hodnotili práci personálu oddělení.

11. Edukace

Edukace pacienta probíhala kontinuálně od jeho přijetí na oddělení. Na prvním místě byl poučen o klidovém režimu na lůžku, který mu předepsal lékař a režimu oddělení. Důraz byl kladen na bezpečnost, vysvětlil jsem mu, že se nesmí sám pokoušet vstávat z postele. Na stolečku má k dispozici skleničku s pitím, ale nebude si prozatím sám dolévat, o to požádá vždy někoho z personálu. Postupně jsem pacienta naučil využívat kompenzační pomůcky pro pohyb na lůžku (hydraulické ovládání postele, hrazdička) a příjem potravy (ovládání stolečku, použití brčka). Pacient byl dále informován o průběhu léčby a plánovaných vyšetřeních, případně zákrocích, které ho čekají. Vždy jsem se pacienta dotazoval, jestli všemu rozuměl, případně jsem mu vše zopakoval. Po příchodu fyzioterapeuta byl pacient edukován o průběhu rehabilitace. Naučil se také několik cviků, které mohl vykonávat sám, bez dozoru ošetřujícího personálu. Vzhledem k vyšší hodnotě BMI, byl informován nutriční terapeut, který pacienta edukoval o příjmu a skladbě jídla.

Edukace byla provedena verbálně, nácvik byl použit pouze u ovládání postele a pití pomocí brčka. Další pomůcky k edukaci nebyly zapotřebí. Pacientovi byly všechny informace podány pro něho srozumitelnou formou, věděl, že se může kdykoliv na něco zeptat. Edukace probíhala po celou dobu hospitalizace. S ohledem na věk a zdravotní stav pacienta jsem mu sděloval informace postupně, nikdy se neučil více jak dvě nové věci najednou.

12. Prognóza

Přes závažnost onemocnění jakým je iCMP se podle průběhu onemocnění a příznaků jeví prognóza jako dobrá. Pacient zřejmě bude bez trvalých následků a obejde se bez kompenzačních pomůcek. Vše bude záležet na léčbě a především na průběhu následné rehabilitační péče.

13. Závěr

V mé bakalářské práci jsem se věnoval zpracování ošetřovatelské případové studie u pacienta s onemocněním ischemickou cévní mozkovou příhodou. Práce se skládá ze dvou na sebe navazujících částí.

Klinické, ve které se zabývám anatomii a fyziologií CNS, neurologii, kde popisuji etiologii a rozdělení cévních mozkových příhod. Jsou zde také uvedeny anamnestické údaje, výsledky již absolvovaných vyšetření a léčba.

V druhé části jsem se věnoval ošetřovatelství, zpracoval jsem ošetřovatelský proces. Pacienta jsem zhodnotil dle modelu Marjory Gordonové. Poté jsem stanovil ošetřovatelské diagnózy, cíle a plány péče. Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovil k prvnímu dni hospitalizace.

Všechny krátkodobé cíle se podařilo splnit, splnění dlouhodobých cílů závisí na rychlosti uzdravování, která se nedá předem s určitostí odhadnout. V závěru práce jsou uvedeny kapitoly týkající se psychologie pacienta, edukace a prognózy dalšího vývoje jeho zdravotního stavu.

14. Seznam použitých zkratek

a.	arteria
a.a.	arterae
ACE	arteria carotis externa
ACI	arteria carotic interna
ACM	arteria cerebri media
BMI	body mas index
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	computer tomograf
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus
EEG	elektro encefalo gram
GCS	Glasgow coma scale
HDL	high density lipoprotein
HK	horní končetina
ICHS	ischemická choroba srdeční
IS	indikační skupina
JIP	jednotka intenzivní péče
KI	kontra indikace
KVO	kardiovaskulární systém
LDL	low density lipoproteins
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
n.	nervus
NMR	nukleární magnetická rezonance
NÚ	nežádoucí účinky
PAD	per orální antidiabetika

PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
RIA	ramus interventrikularis anterior
RIND	reverzibilní ischemický deficit
SONO	ultrasonografie
TIA	transitorní ischemická ataka
v.	vena
vv.	venae
WHO	world health organisations
%	procenta

15. Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Ošetřovatelský záznam

Literatura

- 1) Adams, B., Herold, C.E.: Sestra a akutní stavy od A do Z, Praha: Grada publishing, spol. s. r. o., 1999.
- 2) Borovanský, L.: Soustavná anatomie člověka, Praha: Státní zdravotní ústav, 1967
- 3) Kalina, M.: Akutní neurologie intenzivní péče v neurologii, Praha: Nakladatelství Triton, 2000.
- 4) Kříž, J.: Zdravotní stav populace, Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.
- 5) Kol. autorů: PHARMOINDEX, Praha: MediMedia information, spol. s. r. o., 2001
- 6) Orszagh, J.: Cévní mozkové příhody, Praha: vydala Brána, spol. s. r. o., 1995.
- 7) Petrovický, P.: Anatomie centrálního nervového systému, Praha: vydalo Karolinum, 1995
- 8) Trachtová, E., a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.
- 9) Trojan, S.: Lékařská fyziologie, Praha: Avicenum Grada, 1999.
- 10) Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999