

Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Šárka Chotová

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

**Šárka Chotová**

**Ošetřovatelská kazuistika pacienta s diagnózou levostranné Jaksonské  
motorické paroxysmy (stav po CMP)**

Nursing Case Study of Patient with a Diagnosis of left Jackson's Motoric  
Paroxysms (the state then CMP)

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Hana Horová

Lochovice, 20. 03. 2009

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci na téma Ošetrovatelská kazuistika pacienta s diagnózou levostranné Jaksonské motorické paroxysmy, vypracovala samostatně a použila jen literárních pramenů uvedených v bibliografii.

V Ločovicích 20. 03. 2009

Děkuji PhDr. Horové za ochotu, odborné vedení a cenné připomínky při vypracování této závěrečné práce. Zároveň děkuji pacientovi L.P. za příjemnou spolupráci.

## OBSAH:

A	Úvod.....	6
B	Klinická část.....	7
1	Charakteristika onemocnění.....	7
1.1	Epilepsie.....	7
1.1.1	Diagnostický standard.....	7
1.1.2	Diferenciální diagnostika.....	7
1.1.3	Fokální epilepsie.....	8
1.1.4	Generalizované záchvaty.....	10
1.1.5	Epileptické syndromy.....	10
1.1.6	Epileptický status.....	11
1.1.7	Léčba epilepsie.....	11
1.1.8	Sociální důsledky.....	12
1.1.9	Ošetrovatelská péče.....	13
1.1.10	Edukace.....	14
1.2	CMP.....	15
2	Identifikační údaje.....	16
3	Lékařská anamnéza.....	17
3.1	Lékařské diagnózy.....	19
4	Diagnostika.....	19
4.1	Fyzikální vyšetření.....	19
4.2	Laboratorní vyšetření.....	21
4.3	Ostatní vyšetření.....	24
5	Přehled terapie.....	25
5.1	Farmakoterapie.....	25
5.2	Dietoterapie.....	29
5.3	Fyzioterapie.....	29
5.4	Oxygenoterapie.....	29
6	Stručný průběh hospitalizace.....	29

C	Ošetrovatelská část.....	30
1	Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta.....	30
1.1	Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci.....	30
1.2	Hodnocení sestrou.....	30
1.3	Biologické potřeby.....	30
1.4	Psychosociální potřeby.....	33
2	Ošetrovatelské diagnózy.....	36
3	Cíl, plán, realizace, hodnocení.....	37
4	Edukace.....	49
5	Závěr a prognóza.....	50
D	Seznam použité literatury a dalších zdrojů.....	51
	Seznam použitých zkratk.....	52
	Seznam příloh.....	55

## A Úvod

V České republice se odhaduje počet nemocných s epilepsií na 100 000. Ojedinělý záchvat, zejména v dětství, prodělá mnohem více osob. Udává se až pětinasobek. Incidence nově diagnostikovaných epilepsií je 20 - 70 na 100 000 obyvatel za rok. Celkem asi 4 % dětské populace, kde je incidence vyšší a 1 - 2 % populace dospělé.

Na oddělení neurologické JIP pracuji od 12/2000. Klienti s epilepsií a CMP tvoří převážnou část našich pacientů. U 62letého klienta L.P. mě zaujala dg. Jaksonských paroxysmů a zároveň mě zajímala úroveň jeho sebekpěče po prodělané CMP. Pacient byl navíc velmi příjemný a ochotný spolupracovat na mé bakalářské práci.

Pacient souhlasil se zpracováním jeho ošetrovatelské diagnózy, včetně použití dat.

## B Klinická část

### 1 Charakteristika onemocnění

#### 1.1 Epilepsie

Epilepsie je onemocnění způsobené patologickou aktivitou mozkové kůry, projevující se opakovanými epileptickými záchvaty. Jde o přechodný fenomén, trvající obvykle vteřiny až minuty. Je vyvolaný funkční poruchou mozku, jejíž příčinou jsou abnormní a excesivní výboje neuronů, které převážně spontánně odezní. K poškození neuronů dojde různými způsoby – např. poraněním, cerebrovaskulární příhodou ischemického i hemoragického typu, mozkovým nádorem, zánětlivým procesem. (1)

##### 1.1.1 Minimální diagnostický standard po bližší neurčeném záchvatu:

- podrobné anamnestické šetření
- neurologické vyšetření
- interní (pediatrické vyšetření)
- základní laboratorní vyšetření (KO + diff, krvácivost a srážlivost, CRP, mineralogram, glykémie, renální testy, lipidogram, jaterní testy, GMT, moč a sediment)
- EEG vyšetření (EEG korelát chybí u 20 – 30 % dospělých a u 10 % dětí trpících epilepsií)
- zobrazovací vyšetření mozku: MR, CT
- u kojenců i UZ mozku (1)

##### 1.1.2 Diferenciální diagnostika při záchvatových poruchách vědomí:

Již při vlastní diagnostice u první poruchy vědomí se snažíme rozlišit, zda jde o záchvaty epileptické či neepileptické – což mohou být:

- synkopy nejrozličnější etiologie
- kardiovaskulární onemocnění, zejména arytmie
- spánkové poruchy (př. narkolepsie-kataplexie, somnambulismus, noční děs)
- paroxysmální dystonie a paroxysmální kinezigenní chorea
- neepileptický myoklonus a patologická úleková reakce



- tetanie
- migréna s aurou (zvl. při minimálních bolestech hlavy)
- paroxysmální vertigo
- tranzitorní ischemické ataky
- tranzientní globální amnézie
- paroxysmální endokrinní dysbalance
- psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty (např. somatoformní onemocnění)

(4, 8)

Poslední klasifikace epilepsií a epileptických syndromů byla přijata Mezinárodní ligou proti epilepsii (ILAE) v roce 1989. Epilepsii dělí na formu fokální a generalizovanou. Obě skupiny se podle etiologie dělí dále na epilepsie idiopatické, kryptogenní a sekundární.

### 1.1.3 Fokální epilepsie (parciální, ložisková)

Fokální epilepsie je onemocnění, při kterém epileptický záchvat vzniká v ohraničené oblasti kortexu. Fokus může být jeden, anebo mohou být dva či více (multifokální epilepsie). Onemocnění se potom projevuje u téhož pacienta více typy záchvatů, které se svými elektro-klinickými projevy liší. Nedojde-li současně k poruše vědomí, hovoříme o tzv. simplexních záchvatech. Dojde-li současně k poruše vědomí, pak jde o tzv. záchvaty parciální s komplexní dynamikou. Epilepsie se může také měnit v čase, mohou vznikat další zóny generující záchvaty a patologický děj může působit destruktivně na různé mozkové funkce, např. na paměť, kognitivní funkce, cerebellum. V takovém případě jde o progresivní epileptogenezi. Fokální epilepsie mají, jako každé onemocnění, svoji individuální dynamiku. V závislosti na příčině, patofyziologických mechanismech, ale i neznámých faktorech mohou mít průběh stacionární, progredovat, anebo se spontánně zhojit. Fokální epilepsie se dělí na:

- Jednoduchý parciální záchvat
- Ložiskové simplexní záchvaty s nemotorickými příznaky (senzorickými nebo somato-senzorickými)

- Zážitkové (komplexní) senzorické vjemy
- Ložiskové simplexní s autonomními příznaky
- Dyskognitivní
- Parciální komplexní záchvaty
- Ložiskové simplexní záchvaty s motorickými příznaky:

Místo původu záchvatu se nachází v motorické oblasti. Fokální motorické záchvaty mohou zůstat přísně fokální nebo se mohou šířit do sousedních kortikálních oblastí. Vidíme tak např. rytmické záškuby na obličeji vpravo, ty se mohou postupně rozšířit na pravou horní končetinu a event. až na pravou dolní končetinu. Tyto klonické křeče, lokalizované na polovině těla kontralaterálně k epileptogennímu ohnisku, nazýváme Jacksonské paroxysmy. Je-li fokus uložen laterálně nad Sylviovou rýhou, začíná záchvat křečemi svalů mimických a svalů jazyka. Epileptická aktivita zpravidla vyzařuje podélně precentrálním mozkovým závitem, takže šíření klonických křečí na další části těla je zákonité a odpovídá somatotopické distribuci v precentrálním gyru (tj. postup záškubů, často i parestézií po těle tak jak to odpovídá homunkulu na kortexu). Hovoříme o tzv. „Jackson`s march“, Jacksonově pochodu. Tato okolnost je významná pro odlišení simulovaných, tetanických nebo hysterických záchvatových projevů. Během jacksonského záchvatu nemocný neztrácí vědomí, i když jistá kvalitativní změna ve smyslu jeho zúžení je často patrná. Paroxysmy trvají různě dlouhou dobu, od několika sekund či minut až třeba i půl hodiny. Často vidáme tento typ záchvatových projevů u nemocných po cerebrovaskulární příhodě. Jacksonský senzitivní záchvat probíhá ve formě parestézií, tedy záchvatovitého pocitu brnění, případně mrtvení poloviny těla s obdobnými lokalizačními vlastnostmi jako v případě motorické jacksonské epilepsie. Jde o záchvaty vyvolané epileptogenním ložiskem v senzitivní kůře, v gyrus postcentralis. O Jacksonově epilepsii obecně platí, že zde téměř nikdy nenacházíme patologickou elektroencefalografickou aktivitu v interparoxyzmálním období.

U epileptogenních ložisek uložených v Rolandově rýze se mohou senzorické a motorické projevy vyskytovat současně a dochází k záchvatům senzomotorické jacksonské epilepsie. Postižená končetina či lokalita může na přechodnou dobu po záchvatu (několik minut až hodin) zůstat ochrnutá. Hovoříme o tzv. Toddově paréze. Trvá-li určitý fokální projev,

zpravidla s klonickými záškuby, po celé hodiny až dny, aniž by bylo porušeno vědomí, pak jde o tzv. Epilepsia partialis continua (Koževnikova epilepsie), jedná se o encefalopatii, snad mitochondriální, s lézí v rolandické oblasti. (5)

#### 1.1.4 Generalizované záchvaty

Při generalizovaných záchvatech je jasná spoluúčast obou hemisfér. Většinou je od počátku změněno vědomí, motorické projevy jsou oboustranné, v EEG je epileptická aktivita generalizovaná a na záchvatový děj je amnézie.

Generalizované záchvaty se člení na:

- Absence
- Záchvaty myoklonické
- Klonický záchvat
- Tonický záchvat
- Generalizovaný tonicko-klonický záchvat
- Atonické záchvaty (5)

#### 1.1.5 Epileptické syndromy

Obvykle je vymezují kritéria jako typický záchvatový projev, typický EEG korelát, manifestace v určité věkové periodě. Jedná se o syndromy:

- epileptické syndromy v novorozeneckém období – např. Ohtahara syndrom
- epileptické syndromy v kojeneckém a batolecím období – např. Westův syndrom
- epileptické syndromy v časném dětství – např. Lennox-Gastautův syndrom
- epileptické syndromy v dětství – např. pyknoleptická epilepsie
- epileptické syndromy v dospívání – např. juvenilní epilepsie s absencemi
- reflexní epilepsie – např. idiopatická fotosenzitivní epilepsie okcipitálního laloku
- familiární fokální epilepsie – např. familiární fokální epilepsie s variabilními ložisky
- symptomatické fokální epilepsie – např. Rasmussenův syndrom
- ostatní typy definované lokalizací nebo etiologií – např. křeče indukované léky

Epileptické syndromy vázané na jednotlivé mozkové laloky

- temporální, frontální, parietální, okcipitální (5)

#### 1.1.6 Epileptický status

Status epilepticus je záchvat trvající více než 30 minut nebo intermitentní záchvaty trvající více než 30 minut, mezi nimiž nemocný nenabude vědomí. Většina záchvatů skončí spontánně do 5 minut, s delším trváním pravděpodobnost spontánního ukončení záchvatu klesá. Každý záchvat trvající déle než 5 minut je nutné považovat za hrozící status epilepticus. Do epileptického statusu může přejít kterýkoli typ záchvatu. Asi 70 % statusů se manifestuje v dětském věku. Status epilepticus dělíme na konvulzivní a nekonvulzivní. Konvulzivní typ může být parciální nebo generalizovaný. Nekonvulzivní status rozlišujeme na absence status a komplexní parciální status. Nejvyšší mortalitu a morbiditu má status generalizovaný tonicko-klonický. (8)

#### 1.1.7 Léčba epilepsie

Léčba je především *medikamentózní*, pouze při jejím selhání se přistupuje k léčbě chirurgické. Konzervativní terapií se zvládne asi 70 - 80 % záchvatů při monoterapii (nedochází k vzájemným interakcím a kumulaci nežádoucích účinků). *Antiepileptika* se dělí na klasická, standardní a na tzv. nová, neklasická, druhé nebo třetí řady.

Léky první volby jsou karbamazepin a valproát. Léky druhé volby jsou fenytoin a primidon. Terapeutické spektrum těchto léků je podobné, rozhoduje se podle nežádoucích účinků. V průběhu léčby jsou nutné pravidelné kontroly sérových hladin antiepileptik (farmakokinetika), pokud není dosaženo kompenzace, anebo při projevech intolerance. Při pochybnostech se vyšetřují hladiny vícekrát denně, aby se získal profil jejich dynamiky. Sledují se změny KO, renálních a jaterních funkcí. Při nedostatečné účinnosti se nasazují nová antiepileptika: lamotrigin, topiramát, gabapentin, vigabatrin, tiagabin, felbamat a levetiracetam. Mají zpravidla lepší farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti, menší tendenci k lékovým interakcím, nižší toxicitu. Nevýhodou je jejich vyšší cena.

Zahájení léčby: lékař musí být přesvědčen, že pacient trpí nemocí epilepsií, a že nešlo

pouze o záchvat vyvolaný mimořádnými okolnostmi, např. intoxikací. Nedoporučuje se začínat s terapií ihned po prvním záchvatu, praxe by měla být individuální, po zvážení příčiny, rizika recidivy, typu záchvatu atd. Při prvním záchvatu v životě, v rámci první pomoci, se aplikuje 10 mg diazepamů i.v. a pacienta je odeslán k celkovému vyšetření. Podobně u velmi vzácně se vyskytujících záchvatů, tj. méně než jednou ročně, se zvažuje, zda užitek z dlouhodobého podávání léků kompenzuje jejich nežádoucí účinky.

Chirurgická léčba připadá v úvahu v případě nutnosti odstranění epileptogenní léze, např. tumoru, a dále u pacientů rezistentních na farmakoterapii. Jedná se např. o lezionesktomii či callosotomii.

Při rozhodování o ukončení léčby je možno se opřít o rozsáhlá statistická šetření. Hodnotí se faktory, které určují prognózu epilepsie, a ty se dělí na příznivé (př. záchvaty šestkrát ročně a méně) a nepříznivé (př. záchvaty častěji než jedenkrát za měsíc). Nejvyšší riziko relapsu je během vysazování léčby a první rok po jejím ukončení. Ukončení léčby by mělo být postupné, řádově v měsících.

Prognóza epileptických syndromů je různá podle typu záchvatu, věku při vzniku onemocnění, charakteru epileptogenního ohniska, účinku protizáchvatové medikace a dodržování léčebného režimu. (5, 10)

#### 1.1.8 Epilepsie a její sociální důsledky

Pacienti trpící epilepsií mají problémy v partnerských i mezilidských vztazích. Je známo, že 40 % osob s epilepsií, hlavně žen, zůstává svobodných, nebo se rozvedou. U 30 – 60 % mužů a žen je přítomna sexuální dysfunkce, více u ložiskových epilepsií, u žen více při užívání fenytoinu, u mužů pak více při užívání primidonu a fenobarbitalu. Osoby s epilepsií mohou mít nižší sebehodnocení, inklinují k úzkosti a depresi. Ta pak ovlivňuje celkové plány pacientů. Větší problémy mají pacienti s generalizovanými záchvaty, kteří mají nekompenzovanou epilepsii (záchvaty častější než jedenkrát za měsíc). Časté jsou problémy v rodičovství, obavy z možné genetické zátěže, teratogenní vliv léků užívaných v těhotenství. Odhaduje se, že 90 % žen s epilepsií porodí zdravé dítě, bez jakýchkoli defektů. Snížení rizika před početím by mělo přinést genetické poradenství. Zařazení dětí

trpících epilepsií do školek a škol je řešeno částečně. V Metodickém listu č. 1/1989 MZd ČR je uveden seznam doporučených učebních oborů a profesí pro pacienty s epilepsií. Je známo, že v důsledku předpojatosti zaměstnavatelů je nezaměstnanost signifikantně vyšší u lidí trpících jakoukoli formou epilepsie. Chráněné dílny v ČR dosud chybějí.

Řízení motorového vozidla je u nás upraveno Směrnicí č. 8/1986 MZd ČR a Metodickým listem č. 1/1989 MZd ČR. Řídit motorové vozidlo mohou pacienti, kteří jsou 3 - 4 roky bez záchvatu, z toho 1 - 2 roky bez terapie, v závislosti na typu epilepsie. V zásadě může ošetřující neurolog povolit, na základě Vyhlášky Mzd ČR č. 277/2004 sb. o řízení motorových vozidel jako řidič amatér i u některých pacientů s kompenzovanou epilepsií, a to i u pacientů užívajících antiepileptickou léčbu. U pacientů po prvním stavu porušeného vědomí nejasné etiologie, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, je zákaz řízení motorových vozidel nejméně po dobu 6 měsíců od tohoto záchvatu.

Pokud dostane záchvat pacient, který řidičský průkaz vlastní, je ohlašující povinností pověřen lékař, který pacienta ošetřuje, na příslušném dopravním inspektorátu v místě bydliště. O navrácení řidičského průkazu opět rozhodne ošetřující neurolog. Připravována je novelizace zákona.

Posouzení možnosti lázeňské léčby: epilepsie je obecná kontraindikace s výjimkou případů, kdy 3 roky nedošlo k záchvatu. Předpokladem je kladné vyjádření ošetřujícího neurologa. Pacienti, kteří mají záchvaty, však nemají omezení pro skupinu nemocí nervových (Vyhláška č.58/1997 Sb.).

Sociální podporu pacientů s epilepsií řeší nové vyhlášky MZd ČR (nárok na přiznání invalidního důchodu 157/97, stanovení stupně postižení pro posuzování dávek státní sociální podpory 156/97). (5, 10)

#### 1.1.9 Ošetřovatelská péče

V době mezi jednotlivými záchvaty se klient cítí zdravý a za předpokladu, že dodržuje předepsaný léčebný režim, je schopen žít kvalitním soukromým i společenským životem. Nemocný je léčen převážně ambulantně, v indikovaných případech se přijímá do ústavní léčby. V době mimo záchvat je dospělý klient zcela samostatný, je-li hospitalizován, je ve

všech sebeobslužných činnostech na sestře nezávislý. Pro sestavení ošetrovatelského procesu se tak vytváří větší prostor pro komunikativní a edukační roli sestry. Situace se změní záchvatem.

PP při záchvatu: V mimoústavním prostředí se postižený nechá ležet na místě kam padl (přenáší se pouze z míst, kde hrozí zevní nebezpečí), hlava se rychle podloží tím nevhodnějším *měkkým* předmětem, který je po ruce (v bytě polštář, na ulici stočený kabát), mezi zuby se vsune kapesník (někdy jde jen o pokus, manévr není pro zaťaté zuby jednoduchý). Z okolí se musí odstranit vše, o co by se mohlo zmitající tělo poranit. Stejná ochrana postiženého platí i ve zdravotnickém zařízení. Nemocný se přenese na vypořádkované lůžko, pokud to situace dovolí do polohy na boku (snažší odtok slin a hlenů), uvolní se mu oděv, mezi zuby se mu vsune vhodný předmět. Podle ordinace lékaře sestra připraví léky k nitrosvalovému nebo nitrožilnímu podání.

Po záchvatu sestra nemocného umyje, převlékne, zajistí pohodlí a klidné prostředí. Mezi údaje, které sestra musí během záchvatu postřehnout patří: kdy záchvat začal, jak dlouho trval, charakter křečí, reakce zornic na osvit, průvodní jevy záchvatu, co následovalo po záchvatu. (9)

#### 1.1.10 Edukace

Pacient nesmí pít alkohol, v dietě nejsou vhodná výrazně kořeněná jídla, koncentrovaná káva a čaj, větší množství kakaa nebo čokolády, v některých případech jsou doporučované přesně stanovené dietní režimy (ketogenní dieta).

Důležitý je pravidelný rytmus spánku a bdění, nezkracovaný noční spánek, zákaz odpoledního spánku (výjimkou jsou batolata a kojenci), provokačním momentem záchvatu může být spánková deprivace, má se vyhýbat situacím, které provokují záchvat.

Epilepsie vede k některým pracovním omezením, např. zákazu práce ve výškách, nemocní nemohou pracovat ve směnném provozu, není vhodná nadměrná fyzická námaha, práce ve vysoké teplotě, práce u běžících strojů, s otevřeným ohněm, v prostředí s intenzivními senzorickými stimuly. Zákaz určitých povolání by však měl být individuální, odpovídající povaze onemocnění, stupni kompenzace atd. u daného pacienta.

V letních měsících je vhodné vyvarovat se práci na slunci, vhodné jsou sluneční brýle, je třeba dávat pozor na dehydrataci organismu, která je škodlivá, stejně jako rychlá hydratace.

Barevná obrazovka u počítače či televize je příznivější než černobílá. Pacient by se měl vyhýbat známým podnětům, které u něho provokují záchvaty (např. přerušované světlo).

Lidé žijící aktivním způsobem života mají mnohem menší sklon k záchvatům. Sport je příjemnou součástí léčby. Sporty jako jogging, tenis, golf, kolektivní míčové hry a turistika jsou vhodné. Naopak mezi rizikové sporty patří potápění, skoky do vody, vodní lyžování, wind-surfing, horolezectví, parašutismus, vytrvalostní sporty a box. Jízda na koni je vhodná za dozoru tzv. hipoterapeuta. Při cyklistice je nutné užívat ochrannou přilbu. Děti by se měly za odborného dozoru naučit plavat, ale pacient s epilepsií by nikdy neměl být ve vodě bez přítomnosti druhé poučené osoby. Pacienti s generalizovanými záchvaty by neměli odpočívat ve vaně plné vody. (4, 5, 8)

## 1.2 Cévní onemocnění mozku

WHO dosud definuje cévní mozkovou příhodu jako rychle se rozvíjející ložiskové, někdy i celkové příznaky poruchy funkce mozku trvající více než 24 hodin nebo vedoucí k úmrtí nemocného, které nemají jinou zjevnou příčinu než cévní onemocnění mozku. Představují závažný, nejen medicínský, ale i celospolečenský problém.

Incidence CMP se udává ve vyspělých zemích kolem 130/100 000/rok, prevalence 700 - 900/100 000, z toho infarktů 75 – 80 %, intracerebrálních krvácení je asi 10 %, subarachnoidálních krvácení 8 %. Vzácnou příčinou může být tromboflebitida či trombóza žilních splavů. V našich zemích je incidence jedna z nejvyšších na světě, dosahuje až 400/100 000/rok, což je dvakrát více než v zemích západní a severní Evropy, a stoupá s věkem. CMP figurují ve vyspělých státech již řadu let na třetím místě v příčinách úmrtí za chorobami kardiovaskulárními a zhoubnými novotvary. Ročně umírá v České republice na cévní onemocnění mozku téměř 7 000 mužů a 10 000 žen. Z celkového počtu nemocných 1/3 umírá do jednoho roku, polovina přeživších zůstává významně hendikepována, odkázaná na institucionální či v lepším případě trvalou domácí péči. Další závažnou skutečností je zvyšující se incidence CMP v mladších věkových kategoriích. (5)



## 2 Identifikační údaje

Iniciály: L.P.

Oslovení: pan

Věk: 62 let

Pojišťovna: 111

Národnost: česká

Povolání: dříve pracoval jako náměstek ředitele, od roku 2007 v invalidním důchodu

Dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Bydliště: středočeský kraj

Kontaktní osoba: manželka

Oddělení: neurologie JIP

Hospitalizován: 25. 10. 2008 - 31. 10. 2008, pacienta jsem ošetřovala od 1. do 6. dne pobytu

Hlavní důvod přijetí: parciální epileptický záchvat (11b, 12, 13)

### 3 Lékařská anamnéza

*NO:*

Pacient přivezen RLP pro parciální epileptický záchvat. Dle lékaře záchranné služby byl pacient včera vystaven větší emoční zátěži. Dnes asi 30 - 40 minut tonicko-klonické záškuby levostranných končetin s konjugovanou deviací hlavy a bulbů doleva. Rodina aplikovala 20 mg Diazepam rectal tube, RLP následně podala FR 1/1 100 ml + 10 ml 20 % MgSO<sub>4</sub> + 10 mg Apaurin inf., následovala mírná hypoventilace bez cyanózy. Při přijetí přetrvává mírná divergence hlavy a bulbů doleva, ale klonické záškuby již nepozorovány.

*Osobní anamnéza:*

1/2005 st.p. trombóze LDK s přechodnou antikoagulační terapií do 10/2005.

5/2006 st.p. hemoragické CMP s atypickým subkortikálním krvácením F-T dx. s následným chirurgickým odstraněním intracerebrálního hematomu s odstupem 4 dnů. Od 10/2006 probíhala intenzivní rehabilitace.

12/2006 hospitalizován pro parciální epileptický paroxysmus s křečemi levostranných končetin, iniciální levostranná hemiplegie, dysartrie, při propuštění zlepšena hybnost levostranných končetin - těžká paréza LHK, lehká paréza LDK.

1/2007 přeložen z neurologického oddělení na interní oddělení pro pleuropneumonii sin. (doplněno)

2006 diagnostikován reaktivní anxiózně-depresivní syndrom.

*Úrazy:* 0

*Operace:*

4/2004 thyreoidektomie, na substituční léčbě (doplněno),

1/2004 resekce colon pro ca s přechodnou kolostomií do 11/2005, sledován na onkologii,

5/2006 odstranění intracerebrálního hematomu,

5/2006 tracheostomie; po odstranění intracerebrálního hematomu byl napojen 16 dní na UPV (doplněno),

5/2006 PEG; v období po odstranění intracerebrálního hematomu (doplněno),

1998 operace levého oka pro glaukom (doplněno).

*Návyky:* přes 40 let byl velmi silným kuřákem (40 - 50 cigaret denně), po operaci tlustého střeva kouření zanechal, alkohol dříve ojediněle, nyní vůbec, jednou denně černá káva, drogy 0. (doplněno)

*Rodinná anamnéza:*

Otec zemřel v 61 letech tragicky, matka zemřela v 81 letech na AIM. Výskyt DM a onkologických nemocí 0. Dvě děti zdravé. (doplněno)

*Alergická anamnéza:*

0

*Farmakologická anamnéza:*

Anopyrin 100 mg tbl 1 – 0 – 0 p.o.

Zolofit 100 mg tbl 1 – 0 – 0 p.o.

Letrox 100 ug tbl 1 – 0 – 0 p.o.

Letrox 50 ug tbl 1 – 0 – 0 p.o. (Po – St – Pá)

Depakine chrono 500 mg tbl 1 – 0 – 1 p.o.

Lamictal 100 mg tbl 1 – 0 – 1 p.o.

Baclofen 10 mg tbl 1 – 0 – 1 p.o.

Cavinton 10 mg tbl 1 – 0 – 1 p.o.

Diazepam rectal tube 10 mg p.r. při paroxyzmech

*Pracovní anamnéza:*

Pracoval na pozici náměstka ředitele, VPP jako topič. Od roku 2007 v invalidním důchodu. (doplněno)

*Sociální anamnéza:*

Pacient žije ve společné domácnosti se svou manželkou, která je jeho velkou oporou. Žijí v dvougeneračním domě, jehož druhou část obývá klientova sestra, s níž má velmi konfliktní vztah. I tento fakt je příčinou pacientovy psychické dysbalance. S manželkou mají dceru a syna, kteří je společně se svými rodinami navštěvují a udržují blízký kontakt. Klient je velmi závislý na pomoci druhé osoby, nesoběstačný ve velkém rozsahu, neudrhuje sociální kontakty, upoután na lůžko. (doplněno)

(11b, 12, 14)

### 3.1 Lékařské diagnózy

Levostranné Jaksonské motorické paroxysmy

St.p. hemoragické CMP

Reaktivní anxiózně-depresivní syndrom (doplněno)

St.p. thyreoidektomii - na substituční terapii (doplněno) (11b, 12)

## 4 Diagnostika

### 4.1 Fyzikální vyšetření

*Objektivní nález:*

Celkový stav:

Klient je při vědomí, lehce somnolentní (po aplikaci Apaurinu), spolupracuje, GCS 3 – 4 – 4, bez přesvědčivé fatické poruchy, odpovědi přiléhavé, ospává. Eupnoe, stridor 0, DF 14/min. Poloha pasivní. Chůze 0. Stoj 0. Tremor 0. Konstituce normostenik. Kůže růžová, suchá, teplá bez ikteru, cyanózy, eflorescencí, hematomy 0, přítomny jizvy po TSK, PEG, thyreoidektomii a resekci střeva a chirurgickém odstranění intracerebrálního hematomu, kožní turgor lehce snížen. Vlasy řídké a jemné, nehty a prsty zažloutlé (letitý kuřák), dle sdělení pacienta: výška asi 176 cm, váha asi 70 kg, BMI orientačně 22,6. TT 36,6 °C, TK 150/85, P 90/min.

Hlava:

Normocefalická, mezocefalická, pokleповě nebolestivá, konjugovaný pohyb hlavy i očních bulbů doleva, výstupy V. nervu nebolestivé, příušní žláza nezvětšená, víčka bpn, oční štěrbinu symetrické, zornice izo, okrouhlé, foto ++, rohovky průhledné, korneální reflex vlevo nižší, spojivky růžové, skléry bílé, nystagmus 0, boltec bpn, zvukovod bez sekrece, slyší dobře, nos bez sekrece, hypomimie, deficit koutku vlevo při cenění, rty růžové, souměrné, mírně oschlé bez cyanózy, jazyk plazí k levé straně, mírně oschlý, růžový, patrové oblouky růžové a hladké, dásně růžové, chrup vlastní, sanován, dolní levý řezák vyražen v souvislosti s intubací při resekci colon.

Krk:

Krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních žil nezvýšená.

Hrudník:

Atletický, dechová vlna se šíří symetricky, poklep plic plný jasný, dýchání sklípkové, vedlejší dechové fenomény 0, DF 14/min, pleurální třecí šelest 0, AS pravidelná 90/min, ozvy ohraničené, úder hrotu neviditelný, srdeční krajina bez vyklenutí.

Břicho:

V úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový, dechová vlna se šíří k tříslům, kůže břicha hladká, břicho měkké, nebolestivé, rezistence 0, borborygmy přítomné, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, pulzace 0, hepatojugulární reflux 0, Murphy 0, slezinu nehmatám, ledviny bimanuálně nehmatné, nebolestivé, tapotement negativní oboustranně, ureterální body nebolestivé, močový měchýř nepřesahuje symfýzu.

Končetiny:

Končetiny symetrické, bez otoků, varixů, dobře prokrvené, LHK - těžká paréza až plegie, flekční kontraktura prstů, Mingazziniho poloha - pozvolná deprese k podložce bilat., vyjádřeno více vlevo, pyramidové iritační jevy 0, DK - Lassegeův manévr - asi od 70°, LDK - extenční kontraktura, v Mingazziniho poloze neudrží, pyramidové jevy iritační 0. Arteriální pulzace v typických lokalizacích hmatná. Homansův test 0. Klouby volně pohyblivé.

Páteř:

Fyziologicky zakřivená, nebolestivá, skolióza 0, blokády 0.

(6, 11a, 11b, 12, 13)

#### 4.2 Laboratorní vyšetření

Sledovaná vyšetření v séru	25.10. 2008 16,30 hod	Referenční hodnoty
Hemoglobin	150	130 - 170 g/l
Hematokrit	0,46	0,39 - 0,50 %
Trombocyty	174	350 $10^9/l$
Leukocyty	<b>10,5</b>	10 $10^9/l$
Erytrocyty	5,30	5,80 $10^{12}/l$
Objem Ery	86,8	95,0 fl
Barvivo Ery	28,3	32,0 pg
RDW	12,9	12,0 - 15,2 %
Segmenty	<b>0,77</b>	0,50 - 0,70 %
Eosinofily	0,01	0,01 - 0,05 %
Monocyty	0,06	0,03 - 0,1 %
Lymfocyty	0,16	0,2 - 0,4 %
Koncentrace Hb v Ery	326,00	390,00 g/l

Sledovaná vyšetření v séru	25.10. 2008 16,30 hod	26.10. 2008 8,00 hod	27.10. 2008 8,00 hod	Referenční hodnoty
Močovina	7,4	-	6,8	2,8 - 8,0 mmol/l
Kreatinin	84,0	-	79	44 - 110 umol/l
Sodík	143	-	144	135 - 145 mmol/l
Draslík	4,2	-	3,9	3,8 - 5,3 mmol/l
Chloridy	<b>107</b>	-	<b>107</b>	96 - 106 mmol/l
Bilirubin	3,9	-	4,1	5 - 17 umol/l
AST	0,18	-	0,22	0,0 - 0,58 ukat/l
ALT	0,12	-	0,26	0,0 - 0,75 ukat/l
GMT	0,65	-	0,74	0,0 - 0,92 ukat/l
AP	1,28	-	1,26	0,8 - 2,8 ukat/l
LDH	<b>2,10</b>	-	2,6	2,2 - 4,5 ukat/l
CK	0,44	-	0,45	0,0 - 3,24 ukat/l
Cholesterol	<b>6,30</b>	-	<b>6,35</b>	3,5 - 5,0 mmol/l
Glukóza	5,90	-	4,2	3,3 - 6,1 mmol/l
CRP	<b>20,7</b>	-	<b>158,2</b>	10 mg/l
Valproát	581	-	-	347 - 693 mmol/l
Karc. antig. 125	-	-	11,9	0 - 35 kU/l
Karc. antig. 19 - 9	-	-	19,4	0 - 37 kU/l
Karc. antig. 15 - 3	-	-	<b>37,9</b>	0 - 31 kU/l
Karc. embry. antig.	-	-	3,5	0 - 4 ug/l
TSH	-	<b>0,13</b>	-	5,60 pmol/l
ft4	-	16,5	-	22 pmol/l

Moč + sediment	25.10.2008 17,00 hod	26.10.2008 7,00 hod	Počet na zorné pole
pH	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	4,5 - 5,5
Glukóza	+	0	0
Urobilinogen	0	0	0
Bilirubin	0	stopy	0
Krev	+	+	0
Erytrocyty	hojně	20	0 – 4
Leukocyty	8	5	0 – 4
Epitelie dlaždicovité	2	10	0
Epit. kulaté	0	0	0
Válce hyalinní	0	0	0
Válce granulované	0	0	0
Válce leukocytární	0	0	0

Kultivace	27.10. 2008
Moč	Negativní
Sputum	Běžná flóra

(12)



#### 4.3 Ostatní vyšetření

25. 10. 2008 RTG S + P

Srdce příčně rotované, srdeční stín širší doleva. Oblouk aorty se doleva vyklenuje jen lehce. Bránice výše postaveny (exspirium), vpravo ostře ohraničené. Kostofrenální úhel vlevo s plastickými změnami, event. drobným výpotkem, bez městnání v malém oběhu, plicní pole bez patrných infiltrativních či ložiskových změn, ploténkové atelektázy bazálně vpravo, horní mediastinum není rozšířeno.

27. 10. 2008 RTG S + P

Nález bez podstatnějších změn s minulou kontrolou, lehké snížení transparence plic vlevo, které je dáno spíše polohou (vleže), plíce bez ložiskových změn, levá bránice překryta rozšířeným srdečním stínem doleva, pravá bránice volná. Čerstvé patologické změny nejsou patrné.

27. 10. 2008 EEG

Závěr: Theta a delta nad pravou hemisférou, ložiska pseudodelta (oční artefakty) F sin, alfa okcip. asymetrická – vyšší sin. Nález svědčí pro ložiskovou hypofunkci F-T-P dx., absence epi generalizací svědčí pro dobrou kompenzaci epilepsie.

27. 10. 2008 Interní konzílium

ZÁVĚR: bronchitis acuta

DOPORUČENÍ: dostatek tekutin, Augmentin 1 g tbl p.o. á 12 hod, Mucosolvan sirup 10 – 10 – 10 ml p.o., klidový režim. (12, 13)

## 5 Přehled terapie

### 5.1 Farmakoterapie

#### Infúzní terapie 25. 10.

- Plasmalyte 1000 ml + 10 ml MgSO<sub>4</sub> 20 % + 10 ml KCl 7,45 % + 10 ml Calcium gluconicum; 16,00 hod a 24,00 hod ( 26. 10. - 29. 10. ordinován 8,00 hod a 20,00 hod)
  
- Plasmalyte 1000 ml; Natrii chloridum, Kalii chloridum, Natrii gluconas, Natrii acetat trihydricus, Magnesii chloridum hexahydricum; infúzní terapie, elektrolyty;  
NÚ: 1) neadekvátně vedená infúzní terapie: rozvrat iontové rovnováhy, hyperhydratace, kardiopulmonální dekompenzace, 2) technika podání: infekce v místě vpichu, podráždění žíly
  
- 10 ml MgSO<sub>4</sub> 20 %; Magnesium sulfuricum, Magnesii sulfas heptahydricus; ionty, myorelaxans;  
NÚ: svalová slabost až úplná ochablost, nauzea, periferní vazodilatace s hyperémií, pokles TK, poruchy srdeční činnosti až riziko totálního A-V bloku, zvýšené pocení, somnolence, hypo - areflexie
  
- 10 ml KCl 7,45 %; Kalium chlorid, Kalii chloridum; elektrolyt;  
NÚ: hyperkálémie, poruchy nervosvalového vedení (parestézie), poruchy srdečního rytmu s možností srdeční zástavy
  
- 10 ml Calcium gluconicum; Calciumgluconat, Calcii gluconas; přípravek s vápníkem;  
NÚ: při rychlé aplikaci - hyperkálémie s kardiotoxickými projevy - iniciální bradykardie s následnou tachykardií, poruchy srdečního rytmu, ventrikulární fibrilace až srdeční zástava, motorická slabost, zvýšená podrážděnost, vomitus, polyúrie, deprese, kóma

- Manitol 20 % 80 ml i.v.; 16,30 hod bolus

Mannitolum; osmotické diuretikum;

NÚ: při vyšších dávkách - iontová dysbalance – hyponatremie, při rychlém podání většího množství - následné přetížení cirkulace s plicním edémem a známkami intoxikace „volnou vodou“, extravazální aplikace - lokální nekróza

#### Infúzní terapie 30. 10.

- FR 1/1 500 ml + 5 ml Cavinton + 5 ml Acidum ascorbicum; 8,00 a 20,00 hod

- FR 1/1 500 ml; Natrii chloridum 9 g; infúzní terapie, elektrolyty; NÚ: viz Plasmalyte

- 5 ml Cavinton

- 5 ml Acidum ascorbicum; vitamin;

NÚ: tvorba renálních kamenů, hyperoxalémie, snížená účinnost antikoagulancií, glykosurie

#### Intravenózní terapie 25. 10. – 30. 10.

Apaurin 10 mg i.v. při záchvatu

Diazepamum; antiepileptikum a anxiolytikum;

NÚ: únava, somnolence, pocity závratě, ataxie, riziko pádu, nadměrná sedace, zpomalení reakcí, zmatenost, poruchy paměti - anterográdní amnézie; „paradoxní reakce“: stavy předrážděnosti, neklid, strach, suicidální tendence, nespavost, záchvaty zuřivosti, halucinace či zvýšení svalového tonu. Při dlouhodobém užívání vzniká tolerance na diazepam a při náhlém vysazení může dojít s odstupem 2 - 4 dnů k poruchám spánku, k akcentaci anxiety, vnitřního neklidu, strachu, předrážděnosti. Při současném podání jiných centrálně tlumivých léků (př. antidepressiva) dochází k vzájemnému zesílení účinků, snížení účinku antikoagulancií, zvýšení účinku antiepileptik (př. fenytoin) a změna účinku antihypertenziv.

Perorální terapie 25. 10. – 30. 10.

Prestarium 4 mg tbl při TK 160/100

Perindoprilum erbuminum; antihypertenzivum, ACE inhibitor;

NÚ: hypotenze - suchý kašel, dušnost, nauzea, zvracení, bolesti břicha, poruchy chuti, průjem, zácpa, bolesti hlavy, astenie, závratě, vertigo, hučení v uších, poruchy vidění, svalové křeče, parestézie

Depakine chrono 500 mg tbl 1 – 0 – 1

Acidum valproicum, Natrii valproas; antiepileptikum;

NÚ: GIT potíže, bolesti v epigastriu, nauzea, zvracení, průjem, zvýšená chuť k jídlu, zvyšování hmotnosti, třes končetin, mimického svalstva a ataxie, přechodná alopecie, periferní edémy

Lamictal 100 mg tbl 1 – 0 – 1

Lamotriginum; antiepileptikum;

NÚ: exantém - makulopapulózní, 8 týdnů po zahájení léčby

Baclofen 10 mg tbl 1 – 0 – 1

Baclofenum; centrální myorelaxans;

NÚ: ospalost, závratě, slabost, únava, zmatenost, bolesti hlavy, nespavost, hypotenze (zvláště při současné léčbě antihypertenzivy), nauzea, obstipace, časté nucení na močení, pruritus, otoky kloubů, nadměrné pocení

Cavinton 10 mg tbl 1 – 0 – 1

Vinpocetinum; psychostimulans, nootropikum, vazodilatans;

NÚ: mírná hypotenze, tachykardie, palpitace, poruchy srdečního rytmu, prodloužení intervalu QT, nauzea, pálení žáhy, sucho v ústech, bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku, alergická kožní reakce

Perorální terapie 26. 10. – 30. 10.

Anopyrin 100 g tbl 1 – 0 – 0

Acidum acetylsalicylicum; antiagregans;

NÚ: bolesti žaludku, průjem, nauzea, zvracení, mikrokrvácení, krvácení do žaludku, žaludeční vředy

Zoloft 100 mg tbl 1 - 0 – 0

Sertralini hydrochloridum; antidepressivum;

NÚ: nauzea, průjem, únik stolice, dyspepsie, třes, závratě, insomnie, somnolence, zvýšená potivost, sucho v ústech, mužské sexuální poruchy

Letrox 100 ug tbl 1 - 0 – 0

Levothyroxinum natricum; hormon štítné žlázy;

NÚ: předávkování - thyreotoxikóza: pokles tělesné hmotnosti, srdeční palpitace, adynamie, třes, nespavost, neklid, intolerance tepla, zvýšená potivost, tachykardie

Letrox 50 ug tbl 1 - 0 - 0; Po – St – Pá

Perorální terapie 27. 10. – 30. 10.

Augmentin 1 g tbl 6,00 - 18,00 hod

Amoxicillinum trihydricum, Kalii clavulanas; ATB - kombinace amoxicilinu a klavulanátu;

NÚ: gastrointestinální obtíže (nauzea, zvracení, průjem), zvýšení hodnot jaterních testů, zřídka hepatitis a cholestatická žloutenka, reakce přecitlivělosti - kožní vyrážky, svědění, ojediněle hematologické projevy - trombocytopenie

Mucosolvan 30 mg/5 ml sirup 10 – 10 – 10 ml

Ambroxoli hydrochloridum; expectorans a mukolytikum;

NÚ: zřídka, všeobecně dobře snášen

(12, 13)

## 5.2 Dietoterapie

Během současné hospitalizace mu je servírována racionální strava. Manželka mu denně donáší čerstvé ovoce i domácí pamlsky. (11b, 12)

## 5.3 Fyzioterapie

Pohybový režim je zaměřen na stabilizaci pánve a trupu, důležitou pro vertikalizaci a sed, nácvik přetáčení na bok, nácvik a stabilizaci sedu s dopomocí fyzioterapeutky. Velmi důležitý je nácvik soběstačnosti v aktivitách denního života. (11b, 12, 13, 14)

## 5.4 Oxygenoterapie

Kyslíkové brýle jsou využity při ztíženém dýchání při rozvoji akutní bronchitis intermitentně v průběhu 3. a 4. dne. Jinak není kyslíková terapie nutná. (12, 13)

## 6 Stručný průběh hospitalizace

62letý klient je přijat na oddělení neurologické JIP pro parciální epileptický záchvat, nejspíš vyprovokovaný větší emoční zátěží. Transport zajistila RLP, která upřesnila stav jako tonicko-klonické záchvaty levostranných končetin s konjugovanou deviací hlavy a bulbů doleva. Při přijetí již klonické záchvaty nepozorovány, přetrvává mírná divergence hlavy a bulbů doleva, somnolentní. Během hospitalizace záchvaty neproběhly. Třetí den hospitalizace dochází k rozvoji akutní bronchitis při vzestupu CRP 158,2 mg/l, po nasazení ATB a mukolytik zánět a stav zahlenění v průběhu dvou dnů ustupuje. Klient vyžadoval významnou účast při sebeděči. 7. den hospitalizace přeložen na standardní oddělení a následující den propuštěn domů. (11a, 11b, 12, 13)

## C Ošetřovatelská část

### 1 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta

#### 1.1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci

Klient si je vědom nutnosti hospitalizace pro parciální záchvat nereagující na doma aplikovaný Diazepam rectal tube. Pobyt v nemocnici je pro něj však velmi stresující z důvodu problémové adaptace na cizí prostředí. Domov pro něj znamená bezpečí a jakákoliv změna prostředí v něm vyvolává úzkostlivé pocity. (11b)

#### 1.2 Hodnocení sestrou

Pacient je somnolentní, později plačtivý a úzkostlivý. Vystrašený z očekávané delší hospitalizace. Významně závislý na pomoci druhé osoby v základních denních činnostech. Pacient jeví omezený rozsah pohybu, omezenou schopnost vykonávat hrubé a jemné motorické dovednosti. Není schopen měnit svou polohu, má obtíže při otáčení se ze strany na stranu, nezvládne si sám upravit polohu na lůžku - „vytáhnout se“. PHK se ale obslouží např. při stravování, částečně i při hygieně a vyprazdňování. (11a, 11b)

#### 1.3 Biologické potřeby

##### *1 Potřeba dýchání*

Pacient se při příjmu cítí unavený a zahleněný, bez cyanózy a bolesti na hrudi. Zaujímá pasivní polohu na lůžku. Manželka uvádí, že klient po tracheostomii trpí často na zahlenění v dýchacích cestách, což bývá příčinou občasného pocitu ztíženého dýchání, které bývá přeléčeno ATB. Byl letitým silným kuřákem. Alergie neguje. Pracoval mimo jiné i jako topič v prašném prostředí. Saturace O<sub>2</sub> 96 %. DF 14/min. TT 36,5 °C. Inaktivita a praktická absence čerstvého vzduchu jistě přispívá k respirační problematice. (11a, 11b, 12, 13, 14)

##### *2 Potřeba hydratace*

Celý život měl malý pocit žízně, z čehož se odráží i jeho celkový denní příjem tekutin, který se pohybuje kolem 1 litru. Pacient je přijímán s pocitem „lepivých úst“. Příklad příjem tekutin

je nárazový. Svou potřebu žízně saturuje nejraději drinky typu Jupík, ze svého pitného režimu vyloučil mléko a pivo, které nemá rád. Uvádí, že pro svou potřebu má k dispozici dostatek tekutin. Černou kávu si dopřává jednou denně, silné čaje téměř nepije. Není přítomno pokašlávání ani chrapot jako projev dehydratace. Netrpí na afty ani opary, ale na ragády ústních koutků ano. V současnosti žádné bolavé koutky nemá. Rty jsou oschlé, sliznice DÚ a jazyk jsou mírně oschlé. Kůže je teplá, suchá, kožní turgor lehce snížen, bez otoků. V laboratoři nejsou patrné známky zahuštění, viz str. 21 a 22. TK 150/85; P 90/min. V chronické terapii užívá léky, které mohou navodit průjmy či ovlivnit vylučování moči v podobě častého nucení. Klientovo domácí prostředí se vyznačuje suchým teplem na podkladě ústředního topení. (11a, 11b, 12, 14)

### *3 Potřeba výživy*

Potrpí si na omáčková jídla, zvláště na rajskou a houbovou omáčku. Nemá rád škušánky, ale nedokáže říci proč. Jinak pacient není náročný strávnick, co se výběru jídla týče. Nechutenstvím či poruchami polykání netrpí, potravinovou alergii neguje. Domácí stravovací režim má uspořádaný v podobě snídaně, oběda, lehké večeře a jedné svačiny. Večeři se snaží zkonsumovat před 18. hod, ale není to pravidlem. Po resekci colon jeho hmotnost kolísala. V pooperačním období a v době PEG dodržoval specifickou dietu. Neočekává, že by po návratu domů měl s výživou nějaké problémy. Jídlo musí být připraveno druhou osobou, musí ho mít předkrájené, ke konzumaci stravy používá lžíci, jídelní stolec musí být připraven v odpovídající výšce. Neužívá léky, které by mohly ovlivnit jeho apetit, ale mohou způsobit GIT potíže. Klient je eutrofický - přiměřené výživy.

(11b, 12, 13)

### *4 Potřeba vyprazdňování*

Před příchodem do nemocnice s močením obtíže neměl. V domácím prostředí je schopen se běžně obsloužit sám močovou láhví a při močení zaujímá polohu vleže, močí přibližně po 4hod 300ml. Po návratu domů neočekává potíže s močením. Stolice se obvykle dostavuje jedenkrát denně, a to převážně v ranních hodinách. Před přijetím se



vyprázdnil ráno toho dne. Trpí na zácpovitou tuhou stolicí a občas na nadýmání. Bolestivé defekaci předchází konzumací kompotů. Zvláště se mu osvědčily švestkové. Projímadla neužívá. Černý čaj téměř nepije, rád si však dopřává banány. K defekaci dochází nejčastěji v polosedě za využití podložní mísy, potřebuje dostatek času a klid. V anální oblasti má ragády. Hemoroidy nemá. (11a, 11b, 12)

### *5 Potřeba tělesné aktivity*

Celkově se cítí slabý. Dříve se věnoval rekreačně stolnímu tenisu, turistice, velmi rád houbařil a lyžoval. Ve svém volném čase opravoval pro známé auta. Od roku 2006 je upoután na lůžko, čímž se jeho aktivita významně snížila. V říjnu 2006 nastoupil do rehabilitačního ústavu k měsíční intenzivní rehabilitaci. Nyní jej doma navštěvuje třikrát týdně fyzioterapeutka, se kterou klient absolvuje pasivní cvičení na lůžku a masáže. Časový prostor vyplňuje klientova manželka, která je o rehabilitačních postupech edukována. Za pomoci PHK jsou četba, luštění křížovek, poslech rádia a televize hlavním zdrojem vyplnění jeho volného času. Potřeba tělesné aktivity není v plném rozsahu u klienta saturována, což se odráží i na problémovém uspokojování velké části ostatních potřeb. (11a, 11b, 12, 13, 14)

### *6 Potřeba odpočinku*

Klient je spavý, velkou část dne prospí, a to i při poslechu rádia či televize. Jestliže je napoložován do sedu nebo do polosedu, svou bdělost je schopen spíše udržet. Aktivita během bdění je mírná. Když se vzbudí, opětovné usínání mu nečiní problém. Z domova má zafixovaný rituál poslechu rádia před večerním spánkem. Rovněž po rehabilitaci si dopřává zaslouženého odpočinku. K pocitu vyspání potřebuje alespoň 12 hod. Celkové utlumení je přítomno patrně i v důsledku medikace a depresí. (11a, 11b, 14)

### *7 Potřeba hygieny a čistoty*

Z domova je zvyklý se kolem 17. hod omýt s dopomocí na lůžku a promazat sušší pokožku krémem či olejem. Jednou měsíčně ho navštěvuje pedikérka. Trpí na rozpraskané paty. V současnosti si samostatně vyčistí zuby, část těla (obličej a krk, hrudník a břicho, levá horní končetina) je schopen si samostatně omýt na lůžku, pokud má toaletní potřeby nachystané v dosahu. Vlasy má jemné řídké, má svůj oblíbený kopřivový šampón.

(11b, 13, 14)

## 1.4 Potřeby psychosociální

### *1 Potřeba zdraví*

Jako příčinu svých potíží udává CMP a její chirurgickou léčbu. Nyní je v invalidním důchodu, pracoval také jako topič v prašném prostředí. Nemoc rozhodně změnila způsob jeho života. Celý život byl zvyklý „být v jednom kole“, byl velmi energický a vitální. Být v nemocnici je pro něj stresující, špatně snáší pobyt na jiném místě, nejlépe se cítí v rodině, chce domů k manželce. Dlouhodobá inaktivita se rovněž velmi podílí na pacientově psychické nerovnováze. Byl rád, že se epileptická epizoda obešla bez dramatických důsledků. Klient netrpí bolestivými pocity, ani v průběhu rehabilitace. Předpokládá maximálně třídenní pobyt.

(11b, 12, 13, 14)

### *2 Potřeba bezpečí a jistoty*

Klient je zcela závislý na své manželce, psychicky i fyzicky. Společně s ní bydlí v rodinném domě, představuje pro něj smysl života. Děti s rodinami ho navštěvují nepravidelně, ale jsou v častém telefonickém kontaktu. Při přijetí jsou mu podány informace kdo je jeho ošetřující sestra, na koho se může obrátit s dotazy, případně prosbou o pomoc. O léčebném a nemocničním režimu má dostatek informací. Je trochu vystrašený a úzkostlivý, což dává najevo nápaditou upovídaností. Emocionálně je spíše labilní, má pocity méněcennosti, hůře se přizpůsobuje, cítí se ztracený. Miluje svou rodinu, při rozprávění o ní pláče. Sám se hodnotí jako introvertní typ, je rád se svými nejbližšími, nemusí být obklopen cizími lidmi,

špatně navazuje nové vztahy. Ekonomicky jsou klient i manželka zabezpečeni.

(11a, 11b, 14)

### *3 Potřeba soběstačnosti*

Pacient není schopen řadu svých potřeb svépomocí saturovat a vyrovnávat se s požadavky prostředí. Je závislý na pomoci druhé osoby v základních denních aktivitách. ADL i IADL vyšel jako závislost středního stupně. Pacient je schopen sedu se spuštěnými bércei za asistence dvou lidí. Stoj, přesun lůžko - židle ani chůzi nezvládne. Oblékání a svlékání je zvládnuto za významné pomoci druhé osoby. Vědomí a verbální komunikace nejsou narušeny.

(7, 11a, 11b, 13, 14, 16)

### *4 Potřeba podnětů*

Sám popisuje svůj den jako prázdný. Rodina se snaží saturovat pacientovu potřebu stimulace. S manželkou doma hrají stolní hry, vzájemně si předčítají. Pravidelně sleduje zprávy a sport. Aktivně vstupuje do komunikačního procesu.

(11a, 11b, 14)

### *5 Potřeba sebepojetí*

Má problém přijmout sám sebe jako imobilního člověka. Došlo ke změně ve fyzické schopnosti vrátit se k roli manžela. Jsou zjevné pocity méněcennosti a nedůvěra ve vlastní síly. Nevede život podle svých pravidel, spíše podle nastolených někým jiným. Mívá pocit, že je pro své okolí břemenem, jeho handicap mu neumožní vykonat pro blízké nějakou službu či se odvděčit za péči. Má obavy z budoucího vývoje zdravotního stavu a soběstačnosti. Testování jeho psychického zdraví ukázalo poruchu a mírnou depresi.

(7, 11b, 13, 14, 16)

### *6 Potřeba úspěchu a uznání*

Je vděčný, když ho někdo obdaruje pochvalou. Vyznačuje se velkou trpělivostí a odhodláním. Jestliže je vytvořeno pozitivní klima, je klient otevřený, rád vyjádří svůj názor, sdělí své myšlenky. Z nedostatku soběstačnosti a závislosti cítí jako svou potřebu být pro své okolí užitečný. Dává najevo vděčnost za vyslechnutí. Manželka jej

podporuje tím, že mu připomíná, čím vším byl užitečný a co v životě dokázal. Hledá smysl svého života, který nalézá v rodině, jež ho zcela naplňuje a dodává mu pocit životního úspěchu. (11b, 14)

#### *7 Potřeba seberealizace*

Doma se snaží aktivně spolupracovat na úkonech všedního života v rozsahu svých možností. Zajímá se o události z okolního světa. (11b, 14)

#### *8 Potřeba životních hodnot*

Pacientův žebříček hodnot prošel radikální změnou. Jeho hierarchie hodnot se postupně měnila v průběhu asi 4 let. V době svého 100% pracovního nasazení neměl na rodinu příliš čas. Nijak zvláště nevěnoval pozornost svému zdraví ani životnímu stylu. Nyní je zaměřen na sebe sama a své zdravotní problémy. (11b)

## 2 Ošetřovatelské diagnózy

25. 10. 2008

- 1 Omezení hybnosti z důvodu částečné obrny LHK a kontraktury LDK, projevující se neschopností pohybovat se a měnit polohu na lůžku.
- 2 Porucha soběstačnosti z důvodu snížené mobility, projevující se sníženou schopností sebepéče.
- 3 Duševní tíseň z důvodu dlouhodobé imobility a závislosti na druhé osobě, projevující se úzkostlivostí, plačtivostí a pocity méněcennosti.
- 4 Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené tělesné aktivity a sníženého příjmu tekutin, projevující se bolestivou a tuhou stolicí.
- 5 Riziko vzniku dehydratace z důvodu sníženého příjmu tekutin.
- 6 Riziko vzniku uroinfekce v souvislosti se zavedeným močovým katétrem.
- 7 Riziko vzniku tromboflebitidy z důvodu zavedení žilní kanyly.
- 8 Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížené tělesné hybnosti při upoutání na lůžko.
- 9 Riziko vzniku flebotrombózy v souvislosti se zátěží v osobní anamnéze.

26. 10. 2008

- 10 Narušená funkce rodiny z důvodu konfliktního sourozeneckého vztahu, projevující se v současnosti vzájemnou ignorancí.
- 11 Nedostatek aktivit v důsledku nedostatečné motivace při upoutání na lůžko, projevující se pospáváním přes den.
- 12 Porucha sexuálního života z důvodu nedostatku znalostí a dovedností, souvisejících se změnou zdravotního stavu, projevující se sexuální abstinencí.

27. 10. 2008

- 13 Riziko vzniku akutní bronchitis při omezené průchodnosti dýchacích cest z důvodu zvýšené bronchiální sekrece.

### 3 Cíl, plán, realizace, hodnocení

*1 Omezení hybnosti z důvodu částečné obrny LHK a kontraktury LDK, projevující se neschopností pohybovat se a měnit polohu na lůžku.*

#### Cíl

- Pacient je schopen se posunout v lůžku, přetočit se na bok.
- Naučí se, jak bezpečně měnit polohu.
- Zvýší se síla a funkce postižené části těla.

#### Plán

- Za pomoci fyzioterapeuta přistoupit k vytvoření individuálního programu cvičení a doporučení vhodných pomůcek, sestavit jej tak, aby se střídalo cvičení s odpočinkem a nedocházelo k nadměrné únavě.
- Dbát na bezpečnost, věnovat pozornost prostředí a prevenci pádu. Dbát na správnou polohu těla. Chránit končetiny (př. podkládání, cvičení).
- Poskytnout pacientovi dostatek času na provedení různých pohybových úkonů. Pobízet ho k účasti v péči o sebe sama a pracovním aktivitám.
- Pátrat po již vzniklých komplikacích z nepohyblivosti, lokálním začervenání nebo otlaku kůže.
- Posilovat jeho sebepojetí a vnímání nezávislosti.

#### Realizace

Rehabilitace probíhala dvakrát denně, dopoledne a odpoledne, za vedení fyzioterapeutky, spíše v kratších intervalech. Byla zaměřena např. na stabilizaci pánve a trupu, nácvik přetáčení se na bok, nácvik vertikalizace do sedu přes paretickou stranu s dopomocí fyzioterapeuta a stabilizaci sedu. Dále pak byla zaměřena na stimulační a mobilizační techniky na LHK. Dle možností fyzioterapeutka zvyšovala náročnost cviků. Během rehabilitace bylo důležité používání verbálních podnětů. Povelky byly krátké a snadno srozumitelné. Pacient se při rehabilitaci velmi rychle vysílil. Lůžko bylo polohovatelné, snadno umožnilo pasivní sed. Pacient byl schopen s využitím hrazdy a žebříčku velmi pomoci. Za každický úspěch a vůli se aktivně zapojit byl náležitě pochválen. Nezbytně

nutné bylo mít neustále zdviženy postranice jako prevenci pádu. Poskytla jsem nemocnému dostatek času, aby mohl dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností. Dbala jsem na to, aby měl pacient na dosah zvonek a kdykoliv při potřebě změnit polohu, mohl zazvonit.

Hodnocení

Stávající svalová síla byla zachována. Zcela samostatně pacient svou polohu nebyl schopen změnit.

*2 Porucha soběstačnosti z důvodu snížené mobility, projevující se sníženou schopností sebepéče.*

Cíl

- Pacient si udrží svou úroveň sebepéče.

Plán

- Zapojit pacienta do aktivní účasti na řešení jeho problémů a do rozhodování o sobě samém. Vést pacienta k aktivní úloze v péči o zdraví a pomáhat mu pečovat o sebe tak, aby bylo chráněno jeho zdraví.
- Kontrolovat dodržování rehabilitačního programu pacientem. Asistovat při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností. Vyhodnocovat průběžně program pacientovi péče o sebe sama, všímat si pokroku a potřeby změn.
- Upravovat prostředí tak, aby se snížilo riziko poranění.
- Seznámit se s domácí situací (pomůcky pro větší nezávislost v každodenním životě).

Realizace

Využívala jsem pomůcky k úpravě prostředí pro pacienta (postranice, ochranné opory, odpovídající výška stolku). Pacient byl edukován o nutnosti šetření energie (př. provádět některé činnosti vsedě namísto vleže). Při potřebě defekace byl schopen se s pomocí otočit na levý bok pro účel umístění podložní mísy. Pro celkovou koupel jsme většinou využili speciální lehátko. Při toaletě byl rovněž schopen krátce udržet polohu na levém boku. Hovořila jsem s manželkou o možnostech péče pacienta v domácím prostředí. Využitím těchto možností by mohla získat určitý čas, využitelný k regeneraci vlastních sil.

Manželé již využívají v domácí péči rehabilitační pracovníci, o jiných alternativách neuvažují. Důležité bylo na pacienta nespěchat, dopřát mu dostatek času, jednat s ním klidně.

Hodnocení

Pacientova soběstačnost se v průběhu mé šestidenní péče nezhoršila.

*3 Duševní tíseň z důvodu dlouhodobé imobility a závislosti na druhé osobě, projevující se úzkostlivostí, plačtivostí a pocity méněcennosti*

Cíl

- Pacient získá náhled na svoji situaci.
- Akceptuje sebe sama při částečné ztrátě nezávislosti.

Plán

- Sledovat průběžně pacienta, jeho verbální i neverbální projevy, chování, emoční stav.
- Aktivizovat pacienta vhodnými činnostmi ve volném čase.
- Informovat pacienta o kvalitě života vzhledem k jeho postižení. Podporovat pozitivní myšlení u pacienta i jeho rodiny.

Realizace

Pacient se často soustředí na sílu a funkci, kterými disponoval dříve. Hodnotí sám sebe jako neschopného zvládnout různé situace. Celý život byl velmi vitální a tak se změna funkce jeví pro pacienta mnohem větším problémem než je například změna vzhledu, kterou by toleroval. Klientovou silnou stránkou je určitě trpělivost, slabší nedůvěra v lepší budoucnost, pocity předem prohraného boje. Klientova manželka ho přijížděla potěšit denně, často zůstávala i celý den. Svou přítomností působila velmi pozitivně na klientovo psychické zdraví. Při komunikaci s ní pacient nešetřil úsměvy. Klient s ochotou přijal používání pomůcek, jako hrazda, jež zvyšovaly jeho samostatnost. Činnosti, které měl z domova již časově zafixovány, jsme se snažili rozvrhnout, tak abychom mu vyhověli a zároveň tak abychom příliš neovlivnili chod oddělení (večerní koupání ve zvyklou dobu, poslech rádia před usnutím). Umožnila jsem mu vhodnými otázkami typu „Jak se nyní



cítíte?“ snadněji vyjádřil pocity úzkosti, snadněji se rozhovořit. V průběhu hospitalizace byl pacient velmi komunikativní, otevřený, ale zároveň plačtivý a úzkostlivý.

Hodnocení

Přes všechno úsilí se nepodařilo jeho psychickou nerovnováhu stabilizovat.

*4 Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené tělesné aktivity a sníženého příjmu tekutin, projevující se bolestivou a tuhou stolicí.*

Cíl

- Pacient se pravidelně vyprazdňuje 1x denně.
- Konzistence stolice je v mezích normy. Nepocítuje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku, bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci.
- Ragády jsou zhojené.

Plán

- Zjistit způsob, kterým se pacient dříve vyprazdňoval a všechny faktory, které u něj vyprazdňování podporovaly. Dále zmapovat dobu trvání obtíží s defekací a všechny léky, které pacient užívá, jejich vedlejší účinky, které by mohly způsobit zácpu nebo poruchu ve vyprazdňování stolice. Zjistit konzistenci, barvu, množství a frekvenci vyprazdňování stolice.
- Zajistit soukromí při defekaci pacienta a dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy.

Realizace

V chronické terapii jsem neodhalila lék, který by obstipaci způsoboval a jiné než ordinované léky pacient neužíval. Manželka mu přinášela denně čerstvé ovoce a džusy, kompoty jako prevence tuhé stolice. Doporučila jsem vynechání potravin, jako je banán a hořká čokoláda. Pacient je upoután na lůžko, při defekaci bylo nutné zajistit pacientovu polohu do polosedu za pomoci polohujícího lůžka a soukromí plentou, dopřát mu dostatek času a klid. Po stolici jsem zajistila řádnou hygienu konečníku čistící pěnou a ošetření ragád Menalindem. Edukace byla založena na vysvětlení negativního vlivu potlačování defekačního reflexu, nutnosti umístění zvonku v pacientově blízkosti a zařazení vlákniny a

džusů do jídelníčku.

Hodnocení

Pacient se denně vyprázdnil. Většinou ráno, někdy dopoledne. Tuhá stolice se nedostavila, ale bolest při defekaci pociťoval na podkladě přítomnosti ragád. Ty byly patrné ještě při propuštění.

*5 Riziko vzniku dehydratace z důvodu sníženého příjmu tekutin.*

Cíl

- Pacient vypije 1,5 - 2 litry tekutin denně.
- Zná typ tekutin a potravin, které má konzumovat.
- Chápe nutnost hydratace.
- Nemá projevy dehydratace.

Plán

- Sledovat vitální funkce pacienta (zvláště kvalitu pulsu) a tělesné známky dehydratace, koncentraci moče, suchosti sliznic, snížení turgoru kůže, stavů zmatenosti. Sledovat pravidelně bilanci tekutin a specifickou váhu moče.
- Zajistit dostatečný přísun tekutin pacientovi.
- Udržet v pokoji pacienta přiměřenou teplotu a vlhkost.
- Informovat pacienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin.

Realizace

1. den: Subjektivní a objektivní hodnocení viz str. 21, 22 a 30. Pozitivní bilance. Při přijetí byl aplikován Manitol 20 % 80 ml inf. Klientovi byl kolegyní zaveden permanentní močový katétr, který odvedl za 6 hod po přijetí 560 ml světle žluté moči, sp.v. 1017. Za stejných 6 hod pacient přijal 350 ml čaje.

2. den: Rty, sliznice a jazyk jsou stále mírně oschlé. Celkový příjem tekutin za 24 hod 2500 ml.

3. den: Dochází k úpravě vlhkosti sliznic. Laboratorní hodnoty viz str. 21 a 22. TK 135/85, P 86/min, DF 16/min, TT 36,5 °C, sp.v. moči 1014, celkový denní příjem tekutin byl 2750 ml. Po celou dobu pobytu měl zajištěn dostatek tekutin, což obstarávala nejen

ošetřovatelka a primární sestra, ale i manželka. Denně byla aplikována infúze Pl 1000ml. Během hospitalizace nedošlo ke ztrátě tekutin zvracením, průjmem či nadměrným pocením.

Hodnocení

Známky mírné dehydratace byly odstraněny. Pitný režim pacienta se pohyboval v rozmezí 1 – 1,5 litru tekutin.

*6 Riziko vzniku uroinfekce v souvislosti se zavedeným močovým katétrem.*

Cíl

- Pacient je bez známek uroinfekce.

Plán

- Dodržovat aseptické podmínky při manipulaci s močovým katétrem.
- Dbát na dostatečný pitný režim.
- Sledovat barvu a množství vyloučené moči. Kontrolovat odvodný systém a permanentní katétr udržovat v čistotě.
- Edukace pacienta, který rozpozná případné příznaky.

Realizace

Klient je přijímán v somnolentním stavu, pro jeho komfort je zacévkován. Diuréza se pohybovala v rozmezí 1,5 - 2,5 litrů moči bez patologického zápachu, sp.v. 1017, pH 6. Kultivace moče negativní. Odběr byl proveden asepticky přes sterilní odezinfikovanou komůrku. Sběrný sáček byl vyměněn třetí den, před propuštěním byla katetrizace zrušena. Nepocítoval pálení, řezání ani stálý tlak. Hygienické návyky pacienta jsou velmi dobré, u lůžka má připraveny navlhčené ubrousky a tekuté mýdlo, které po toaletě používá na umytí rukou. Během hospitalizace byl pacient edukován o správné technice močení, byl vysvětlen význam Fowlerovy polohy, chyba v poloze vleže → větší reziduální moč → uroinfekce, močové kameny. Byly podány informace o možných známkách zánětu, řezání a pálení, event. bolesti. Význam byl kladen rovněž na dostatečný příjem tekutin.

Hodnocení

Uroinfekce nevznikla.

*7 Riziko vzniku tromboflebitidy z důvodu zavedení žilní kanyly.*

Cíl

- Pacient je bez známek tromboflebitidy.

Plán

- Pravidelně kontrolovat místo a okolí vpichu, přísně asepticky manipulovat s infúzní soupravou a pečovat o zavedenou kanylu.
- Edukace pacienta, který rozpozná případné příznaky.

Realizace

Kanyla byla zavedena sestrou RLP, čtvrtý den hospitalizace byla bez přítomnosti zánětlivých známek kolegyní přepíchnuta. Místo zavedení flexily a její průchodnost jsem několikrát denně kontrolovala. K převazu jsem využívala sterilní krytí Cosmopor, které bylo podle potřeby měněno. Pacient byl edukován o příznacích zánětu (bolest, zarudnutí, otok) a o nutnosti, jejich okamžitého nahlášení.

Hodnocení

Tromboflebitida ani její známky se neobjevily.

*8 Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížené tělesné hybnosti při upoutání na lůžko.*

Cíl

- Nedojde k porušení celistvosti kůže.

Plán

- Zhodnotit Norton skóre.
- Provádět častou úpravu lůžka, výměnu lůžkovin i osobního prádla, uplatnit antidekubitní matraci a pomůcky.
- Pravidelně pacienta polohovat. Kontrolovat predilekční místa, masírovat pokožku a promazávat ji ochrannými krémy.

Realizace

Nemocného jsem polohovala po 2 hod. střídavě na pravý a levý bok, v noci byl zvyklý spát na zádech. Dvakrát denně byla prováděna aktivní i pasivní rehabilitace, včetně poklepové masáže a nácviku účinného odkašlávání. Ke stabilizaci určité pacientovy polohy bylo

využito polštářů, klínů a molitanových kostek. Antidekubitní lůžko bylo neustále udržováno v suchu a v čistotě, dvakrát denně bylo provedeno celkové přestlání, jednou denně výměna osobního prádla a lůžkovin. V rámci celkové koupele byla promazána záda a predilekční místa, která byla posléze odlehčena molitanovými kolečky. Skóre podle Nortonové vyšlo jako zvýšené riziko vzniku dekubitů - 17 bodů.

Hodnocení

Ke vzniku proleženin nedošlo.

*9 Riziko vzniku flebotrombózy v souvislosti se zátěží v osobní anamnéze.*

Cíl

- Pacient je bez známek flebotrombózy.

Plán

- Dodržovat rehabilitační program.
- Dostatečná hydratace organismu.
- Polohování pacienta.
- Sledovat celkové příznaky a lokální známky – otok, typ a lokalizace bolesti, závislost bolesti na poloze těla, změny v barvě kůže a místní tepelné změny.

Realizace

Dle medikace jsem aplikovala antiagregans Anopyrin. Za využití molitanové kostky jsem končetiny elevovala. Rehabilitace probíhala pod vedením fyzioterapeutky.

Hodnocení

Hluboká žilní trombóza nevznikla.

*10 Narušená funkce rodiny z důvodu konfliktního sourozeneckého vztahu, projevující se v současnosti vzájemnou ignorancí.*

Cíl

- Pacient dokáže o problému hovořit.

Plán

- Získat informace o jednotlivých členech rodiny od pacienta.

- Získat informace o vztazích v rodině, vztahu rodiny k pacientovi od manželky.

#### Realizace

Klient se velmi aktivně účastní komunikace, dokonce i o svém problémovém vztahu se mnou hovoří otevřeně. Uvádí, že jeho sestra je velmi nepřejícný a závistivý člověk. Opakovaně je vystaven jejím urážkám a ponižování, které jsou nyní převážně vztaženy na jeho nemohoucnost. Protože každý z nich bydlí v jedné části dvougeneračního domu, přestal klient již před CMP navštěvovat i zahradu, která je společná. S pláčem konstatuje, že jejich situace je bezvýchodná. S ostatními členy rodiny má velmi kvalitní a blízký vztah.

#### Hodnocení

Situace byla rozebrána.

*11 Nedostatek aktivit v důsledku nedostatečné motivace při upoutání na lůžko, projevující se pospáváním přes den.*

#### Cíl

- Rozvíjet uspokojivou činnost v rámci osobního omezení.

#### Plán

- V rámci ošetřovatelské anamnézy zjistit pacientovy zájmy.
- Sledovat pacienta ve volných chvílích, jeho činnosti a komunikaci. Posoudit schopnosti pacienta zapojit se do aktivit, které jsou mu dostupné, nebo se o ně zajímat. Prodiskutovat dřívější koníčky a jejich případné modifikace.
- Nabídnout směs různých zdrojů stimulace (televize, rádio, video, magnetofon, četbu, návštěvy, hry, ruční práce proložené dle potřeby dobou odpočinku).
- Umístit na pokoj vhodného spolupacienta.

#### Realizace

Po upoutání na lůžko se uchýlil hlavně k četbě a luštění křížovek. Manželka mu předčítala čerstvý tisk, donesla televizi, rádio, fotografie vnoučat. Povzbudila jsem nemocného, aby se účastnil rozvržení nutných a volitelných činností → pacient byl zvyklý se večer koupat kolem 17. hod, ve stejné době probíhala na oddělení večeře, nebyl problém stravu pacientovi uskladnit a po hygieně ohřát; posílil se tím pocit nemocného, že rozhoduje

sám o sobě. Na dvoulůžkový pokoj byl umístěn velmi příjemný spolupacient, který byl shodou okolností ze stejného bydliště. Vyhýbala jsem se pasivnímu provádění ošetrovatelské péče.

#### Hodnocení

Nalezené činnosti byly pro nemocného osobně smysluplné, dobře se jimi zabavil a vyplnil tím svůj volný čas.

*12 Porucha sexuálního života z důvodu nedostatku znalostí a dovedností, souvisejících se změnou zdravotního stavu, projevující se sexuální abstinencí.*

#### Cíl

- Je schopen si uvědomit vlastní možnosti ve změněných podmínkách.

#### Plán

- Odebrat sexuální anamnézu včetně obvyklých způsobů aktivity a úrovně touhy.
- Diskutovat o obavách z obrazu těla, sexuální role.
- Zjistit, o jaké informace má nemocný zájem a přizpůsobit edukaci jeho potřebám.

#### Realizace

CMP znamenala zlom v intimním životě klienta. Před onemocněním s manželkou žili plnohodnotným partnerským životem. Nyní se necítí být plnohodnotným partnerem. A to jak po stránce sexuální, tak po stránce pohyblivosti, chtěl by být nápomocen. Na druhé straně uvedl, že je pro něj mnohem bolestivější ztráta mobility. Během toalety či defekace žádal o důslednou intimitu. Lze však polemizovat, zda stran sexuality či z důvodu porušeného obrazu sebe sama. Neočekával, že by se v budoucnu situace změnila. Pacient neužíval sarkastických či humorných poznámek, z nichž by byla patrná sexuální frustrace.

#### Hodnocení

Význam sexu se nezdá být pro klienta v současné situaci prioritní potřebou. Nemá potřebu její saturace.

*13 Riziko vzniku akutní bronchitis při omezené průchodnosti dýchacích cest z důvodu zvýšené bronchiální sekrece.*

#### Cíl

- K rozvoji zánětu nedojde.
- Udržení průchodnosti dýchacích cest. Osvojení si návyků, vedoucích k lepší a stabilní průchodnosti dýchacích cest.
- Snadné vykašlávání sekretu bez patologických příměsí.

#### Plán

- Při obstrukcích dýchacích cest odsávat sekrety z oblasti nosohltanu a dutiny ústní, aby nedocházelo k jejich zatékání do dýchacích cest.
- Udržovat prostředí bez alergenů (zejména prachu), dodržovat pravidelné intervaly větrání, teplotu a dostatečnou vlhkost vzduchu na pokoji.
- Provádět s pacientem nácvik efektivního kašle a hluboké dýchání, dle možností naučit nemocného vydechovat proti odporu sešpulených rtů.
- Sledovat základní fyziologické parametry. Pravidelně vyšetřovat pomocí auskultace. Sledovat vývoj rentgenového nálezu a hodnot pulsní oxymetrie. Sledovat častost vykašlávání, barvu a konzistenci sputa. Odebírat vzorky sputa, nejlépe před nasazením antimikrobiálních léků, aby bylo možno případně korigovat terapii.

#### Realizace

1. – 2. den: FF viz str. 30, CRP 20,7 mg/l, RTG plic: viz str. 25. Pacient přichází zahleněn, dle manželky je to téměř trvalý stav po tracheostomii.

3. den: DF 14/min, SaO<sub>2</sub> 94 %, TT 36,5 °C, CRP 158,2 mg/l. V kultivaci sputa vyšla běžná flóra. Klient je významně zahleněn, produktivně vykašlává → vazké sputum, sklovitého vzhledu. Byl nasazen Augmentin 1 g tbl 6 – 18 hod p.o. a Mucosolvan 30 mg/5 ml sirup 10 – 10 – 10 ml p.o., žádné vedlejší účinky se nevyskytly. Poučuji nemocného, že je třeba vykašlané hleny vyplivnout a nepolykat, aby byl přehled o jejich barvě a množství. Aplikuji zvlhčený O<sub>2</sub> pomocí O<sub>2</sub> brýlí. Větrání je na oddělení zajištěno pomocí klimatizace. Klient je z domova zvyklý na sušší vzduch, ale i přes to jsem zajistila jeho zvlhčení pomocí vlhkých prostěradel umístěných na radiátorech. RTG plic bez podstatných změn v porovnání



se snímkem z 25. 10. 08.

4. – 5. den: Hovořím s klientem o optimální poloze těla. Fyzioterapeutka učí klienta techniku dechových cvičení, bráničního dýchání, zvýšení inspiračního úsilí nebo prodloužené expirace.

6. den: Klient se cítí lépe, dýchá klidně, produktivita hlenu je nepatrná, většinu dne tráví v polosedě. Chválím za odnaučení se kouření po mnohaleté závislosti.

Hodnocení

Cíl nesplněn, třetí den hospitalizace dochází k rozvoji akutní bronchitis. Ta však reaguje na léčbu a v průběhu dvou dnů ustupuje.

(2, 3, 7)

#### 4 Edukace

Při edukaci jsem vycházela z potřeb pacienta. Snažila jsem se eliminovat negativní důsledky choroby na kvalitu jeho života. Edukaci byla přítomna i klientova manželka. Informace jsem načasovala spíše do odpoledních hodin, kdy bylo dostatek času a spíše nedocházelo k narušení kontinuity edukace.

Mezi oblasti, o nichž jsem hovořila, patřila:

Hybnost – klient byl o této oblasti významně poučen na rehabilitační klinice, já jsem zdůraznila potřebu ochrany kloubů, a to především ramenního a kolenního a jejich výhodného uložení do antispastické polohy - HK natažená a DK mírně pokrčená. Upozornila jsem na chyby při poloze na boku, jako je ruka pod tělem v poloze na postiženém boku. Zároveň jsem zdůraznila nutnost vypodložení ruky „jakoby přepadala“. Manželku fyzioterapeutka edukovala o potřebě plynulých, nikoliv trhavých pasivních izolovaných cviků.

Sebehodnocení - cílem bylo naučit pacienta zhodnotit vlastní možnosti, nepodceňovat se, naopak hledat pozitiva. Připustit si handicap, nalézt správnou motivaci a určit si cíle. Za každý, byť drobný úspěch chválit, případně odměnit. Poukázat na pozitivní životní hodnoty a dobré mezilidské vztahy.

Výživa - zde bylo cílem především zdůraznit dostatečný přísun vitamínů z řady B, C, D, přísun stravy obohacené o bílkoviny, ovoce, zeleninu, vlákninu, naopak vyloučení některých potravin jako je banán, který ovlivňuje již tak problémovou defekaci pacienta. V neposlední řadě úprava způsobu stravování, snažit se ke stolování posadit, s opěrou vydržet po celou dobu konzumace.

Pitný režim - omezit tekutiny slazené, močopudné, zvýšit denní příjem tekutin.

Kůže - denní mytí, prevence vzniku otlaků (vypodkládání predilekčních míst), suchou kůži denně promazávat, denně ji prohlížet.

Nutná byla i edukace manželky - eliminovat její snahu vše za pacienta provést a zdůraznit tím prodlužující se dobu závislosti a nesoběstačnosti. Využití kompenzačních pomůcek, a tím podpoření nezávislosti. Jako možnosti pomoci jsem uvedla asistenční službu a Home care.

## 5 Závěr a prognóza

Po zaléčení akutní bronchitis a stabilizaci stavu byl klient přeložen 7. den na standardní oddělení a následující den propuštěn do domácího ošetřování, které zajišťuje manželka. Hlavně její zásluhou má velmi kvalitní rodinné zázemí. Nutno však podotknout, že veškeré břemeno péče leží především na jejích bedrech. Po CMP, která upoutala pacienta na lůžko došlo k radikálnímu přerozdělení povinností v rodině, klient byl vyřazen z běžných úkonů, čímž dochází k významnému přetěžování manželky.

K posunu úrovně soběstačnosti během hospitalizace nedošlo. Nelze jej očekávat ani v budoucnu, neboť od CMP uběhly již 3 roky a plegie LHK s kontrakturami a extenční kontraktura LDK jsou patrné i po intenzivní rehabilitaci. Pacientova aktivita je znemožněna nejen problémy s hybností, ale také depresemi. Částečný podíl může mít i manželka, která za pana L.P. udělá i činnosti, které on sám zvládne.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem se dá předpokládat nárůst požadavků na ošetrovatelskou péči. Rodina zná možnosti pomoci, ale s výjimkou fyzioterapeutky je nevyužívá.

D Seznam použité literatury a dalších zdrojů:

1. Bednařík J. a kolektiv: Učebnice speciální neurologie. Brno, MU 1999.
  2. Doenges M. E., Moorhouse M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada 2001.
  3. Červinková E. a kolektiv: Ošetrovatelské diagnózy. Brno, IDV PZ 2001.
  4. Jedlička P., Keller O.: Speciální neurologie. Praha, Galén a Karolinum 2005.
  5. Kaňovský P., Herzig R.: Speciální neurologie. Olomouc, UP 2007.
  6. Nejedlá M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha, Grada 2006.
  7. Staňková M.: České ošetrovatelství 6. Brno, NCO NZO 2006.
  8. Urbánek K.: Skriptum speciální neurologie. Olomouc, UP 2000.
  9. Vučková J. a kolektiv: Ošetrovatelství. Praha, Fortuna 1997.
  10. Waberžinek G., Krajíčková D. a kolektiv: Základy speciální neurologie. Praha, Karolinum 2006.
- 11a pacient - pozorování
- 11b pacient – rozhovor
- 12 zdravotnická dokumentace
- 13 ostatní členové zdravotnického týmu
- 14 rodina
- 15 měřicí techniky a testy

Seznam použitých zkratk:

ADL: Activity Daily Living/Barthelův test základních všedních činností

AIM: akutní infarkt myokardu

ALT: alanin aminotransferáza

AP: alkalická fosfatáza

AS: akce srdeční

AST: aspartát aminotransferáza

ATB: antibiotika

bilat: bilaterální, oboustranný

BMI: body-mass index

bpn: bez patologického nálezu

CK: kreatin Kináza

CMP: cévní mozková příhoda

CRP: C reaktivní protein

CT: počítačová tomografie

C4: 4 krční obratel

DF: dechová frekvence

DM: diabetes mellitus

DKK: dolní končetiny

DÚ: dutina ústní

dx.: dexter, vpravo

EEG: elektroencefalografie

epi: epilepsie

event.: eventuelně

FR: fyziologický roztok

F-T-P : frontální (čelní) – temporální (spánkový) – parietální (temenní)

fT4: volný tyroxin

GCS: Glasgow Coma Scale

GIT: gastrointestinální trakt

GM: grand mal  
GMT: gama-glutamyltransferáza  
IADL: Instrumental Activity Daily Living/test instrumentálních všedních činností  
inf.: infúze  
i.v.: intravenózně  
izo: izokorie  
JIP: jednotka intenzivní péče  
KO+diff: krevní obraz + diferenciál (rozpočet) bílých krvinek  
LDH: laktátdehydrogenáza  
LDK: levá dolní končetina  
LHK: levá horní končetina  
MR: magnetická rezonance  
MZd ČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
např.: například  
NO: nynější onemocnění  
NÚ: nežádoucí účinek  
P: puls  
PEG: perkutání endoskopická gastrostomie  
Pl: plasmalyte  
PHK: pravá horní končetina  
PMK: permanentní močový katétr  
p.o.: per os  
PP: první pomoc  
př.: příklad  
RLP: rychlá lékařská pomoc  
RTG S + P: rentgen srdce + plíce  
SaO<sub>2</sub>: saturace krve kyslíkem  
sin.: sinister, vlevo  
sp.v.: specifická váha

st.p.: stav po

tbl: tablety

tj.: to jest

Th4: 4 hrudní obratel

TK: krevní tlak

TSH: tyreotropní hormon

TSK: tracheostomie

TT: tělesná teplota

tzv.: tak zvaný

UZ: ultrazvuk

WHO: Světová zdravotnická organizace

zvl.: zvláště

Seznam příloh:

1. Plán ošetrovatelské péče – záznam oddělení
2. Plán individualizované péče – výukový záznam
3. Vstupní ošetrovatelský záznam
4. Ošetrovatelská anamnéza
5. Rhb záznam - ukázka
6. 24hodinový záznam léčby, FF a bilance tekutin v den příjmu
7. Hodnotící a měřící techniky:
  - 7a Funkční klasifikace
  - 7b GCS
  - 7c Škála deprese pro geriatrické pacienty
  - 7d Stupnice hodnocení psychického zdraví
  - 7e ADL
  - 7f IADL
  - 7g Stupnice Nortonové
  - 7h Ukázka iktové stupnice



Funkční klasifikace	Hodnocení
Zcela samostatný	Úroveň 0
Vyžaduje užívání podpůrné pomůcky/vybavení	Úroveň 1
Vyžaduje pomoc další osoby, dohled nebo edukaci	Úroveň 2
<i>Vyžaduje pomoc další osoby i podpůrného vybavení</i>	<i>Úroveň 3</i>
Zcela závislý, neschopen pohybové aktivity	Úroveň 4

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí	Reakce	Hodnocení
Otevření očí	Na oslovení	3 body
Slovní odpověď	Zmatená	4 body
Reakce na bolest	Úniková	4 body
<b><i>Střední porucha</i></b>	<b><i>vědomí</i></b>	<b><i>11 bodů</i></b>

Škála deprese pro geriatrické pacienty (Sheik, J.I., Yesavage, J.A.:Clin. Gerontol., 5, 1986, s. 165 – 172)	Hodnocení
Jste v zásadě spokojen se svým životem?	Ano
Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	<b>Ano</b>
Máte pocit, že váš život je prázdný?	Ne
Cítíte se často sklíčený a smutný?	<b>Ano</b>
Máte vesměs dobrou náladu?	Ano
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	<b>Ano</b>
Cítíte se převážně šťastný?	Ano
Cítíte se často bezmocný?	Ne
Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	<b>Ano</b>
Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	Ne
Myslíte si, že je krásné být naživu?	Ano
Napadá vás někdy, že život nestojí za nic?	Ne
Cítíte se plný elánu a energie?	<b>Ne</b>
Myslíte si, že je vaše situace beznadějná?	Ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	<b>Ano</b>
<b>Mírná deprese</b>	<b>6 bodů</b>

Stupnice hodnocení psychického zdraví (Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)	Hodnocení
Cítíte se většinu času dobře?	Ano
Máte často obavy o své zdraví?	<b>Ano</b>
Trpíte často bolestmi hlavy?	Ne
Měl jste v poslední době závratě?	Ne
Často se vám třesou ruce při práci?	<b>Ano</b>
Míváte záškuby ve svalech?	<b>Ano</b>
V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	Ano
Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	Ne
Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	Ano
Je váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	Ne
Jdete většinou spát bez myšlenek, které by vás trápily?	<b>Ne</b>
Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	<b>Ne</b>
Často vás něco trápí?	Ne
Jste často plný elánu (energie)	<b>Ne</b>
Cítíte se často neužitečný?	Ne
<b>Porucha psychického zdraví</b>	<b>6 bodů</b>

Barthelův test základních všedních činností ADL- Activity Daily Living		Hodnocení
Najedení, napití	S pomocí	5 bodů
Oblékání	Neprovede	0 bodů
Koupání	Neprovede	0 bodů
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5 bodů
Kontinence moči	Plně kontinentní	10 bodů
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10 bodů
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10 bodů
Přesun lůžko-židle	Vydrží sedět	5 bodů
Chůze po rovině	Neprovede	0 bodů
Chůze po schodech	Neprovede	0 bodů
<b><i>Závislost středního stupně</i></b>		<b><i>45 bodů</i></b>

Test instrumentálních všedních činností IADL-Instrumental Activity Daily Living		Hodnocení
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10 bodů
Transport	Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	5 bodů
Nakupování	Neschopen bez podstatné pomoci	0 bodů
Vaření	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0 bodů
Domácí práce	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0 bodů
Práce kolem domu	Vyžaduje pomoc, neprovede	0 bodů
Užívání léků	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5 bodů
Finance	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5 bodů
<b>Závislý</b>		<b>25 bodů</b>

<b>Schopnost spolupráce</b>	úplná	malá	částečná	žádná
<b>Věk</b>	do 10	do 30	do 60	60 +
<b>Stav pokožky</b>	normální	alergie	vlhká	<i>suchá</i>
<b>Další nemoci</b>	žádné	<i>st.p. ca colon</i>	<i>st.p. trombóze LDK</i>	<i>st.p. hemoragické CMP</i>
<b>Tělesný stav</b>	dobrý	<i>zhoršený</i>	špatný	velmi špatný
<b>Stav vědomí</b>	<i>dobrý</i>	apatický	zmatený	bezvědomí
<b>Pohyblivost</b>	úplná	částečně omezená	<i>velmi omezená</i>	žádná
<b>Inkontinence</b>	<i>není</i>	občas	převážně močová	stolice i moč
<b>Aktivita</b>	chodí	doprovod	seďačka	<i>upoután na lůžko</i>
<b>Hodnocení</b>	4	3	2	1
<b>Zvýšené</b>	<i>riziko</i>	<i>vzniku</i>	<i>dekubitů</i>	<i>17 bodů</i>

Příloha č. 7h

Iktová stupnice NIH ( National Institutes of Health, Bethesda, Maryland podle GOLDSTEIN, LB., BELLELS, C., DAVIS, DN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. Arch Neurol, 46, 1989, p. 660-662 ) (5)

<b>Vyšetření</b>	<b>Skóre</b>
<i>Úroveň vědomí:</i>	
Bdělý	0
Utlumený (lze probudit mírnou stimulací)	1
Spavý (potřebuje opakovanou nebo silnou stimulaci)	2
Reflexní pohyby / žádná odpověď	3
<i>Odpovědi k úrovni vědomí (jmenujte měsíc a věk):</i>	
Obě správně	0
Jedna správně	1
Žádná správně	2
<i>Příkazy k úrovni vědomí (plnění pokynů):</i>	
Poslechne oba správně	0
Poslechne jeden správně	1
Oba nesprávně	2
<i>Zrakové pole (na konfrontaci):</i>	
Žádná zraková ztráta	0
Částečná hemianopsie	1
Úplná hemianopsie	2
<i>Faciální obrna:</i>	
Žádná	0
Malá	1
Částečná	2
Úplná	3
<i>Motoricky - paže (vyšetřujeme 90° vsedě nebo 45° vleže):</i>	

Udrží po 10 sekundách	0
Klesá před 10 sekundami	1
Pouze úsilí proti gravitaci	2
Žádný výkon	3
<i>Motoricky - dolní končetina (na zádech držet DK ve 30°):</i>	
Udrží po 5 sekundách	0
Klesá do střední polohy před 5 sekundami	1
Klesá na lůžko do 5 sekund	2
Žádný výkon	3
<i>Ataxie končetin:</i>	
Žádná	0
Přítomna na jedné končetině	1
Přítomna na dvou končetinách	2
<i>Senzitivně (bodnutí špendlíkem):</i>	
Normální	0
Mírné snížení	1
Těžká až úplná ztráta	2
<i>Neglect:</i>	
Žádný	0
Zraková, taktilní nebo sluchová netečnost k polovině prostoru	1
Hluboká netečnost k jedné polovině nebo > 1 modalita	2
<i>Dysartrie:</i>	
Žádná	0
Mírná až střední porucha (drmolí, ale je mu rozumět)	1
Těžká (občas nesrozumitelný)	2
<i>Řeč:</i>	
Normální	0



Mírná porucha (dysnomie, parafázie, mírná afázie)	1
Plně vyvinutý afatický syndrom	2
Neschopen řeči nebo globální afázie	3
<i>Skóre: optimum - 0, pesimum - 20 (některé body se vzájemně vylučují ve zvyšování negativní hodnoty)</i>	

