

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Ludmila Kačerovská

**Ošetřovatelská péče o pacientky s ischemickou
cévní mozkovou příhodou**

Nursing care about a patient after ischemic stroke

Bakalářská práce

Praha, 2014

Autor práce: Ludmila Kačerovská

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF

Konzultant práce: As. MUDr. Tomáš Peisker, As. MUDr. Charis
Mavrokordatos

Pracoviště konzultantů práce: Neurologická klinika FNKV Praha

Termín obhajoby práce: 23.6.2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 19.5.2014

Ludmila Kačerovská

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za čas, který mi věnovala, její cenné rady a připomínky při psaní mé práce. Rovněž bych ráda poděkovala za pomoc s klinickou částí As. MUDr. Peiskerovi a As. MUDr. Mavrokordatosovi.

Obsah

1.	Úvod	7
2.	Klinická část	8
2.1	Anatomie mozku	8
2.1.1	Cévy mozku.....	10
2.1.2	Fyziologie krevního zásobení mozku	11
2.2	Cévní mozková příhoda (ictus – stroke)	12
2.2.1	Dělení iktů.....	13
2.2.2	Rizikové faktory	14
2.2.3	Klinický obraz dle lokalizace malacie.....	15
2.3	Diagnostické metody.....	17
2.3.1	Standardní neurologické vyšetření.....	17
2.3.2	Zobrazovací metody	20
2.4	Léčba.....	23
2.4.1	Intravenózní systémová trombolýza (IVT).....	23
2.4.2	Intraarteriální cerebrální trombolýza (IAT) a mechanická rekanalizace	25
2.4.3	Celková léčba	26
2.5	Anamnéza pacientky při příjmu.....	29
2.6	Fyzikální vyšetření při příjmu.....	30
2.7	Průběh hospitalizace	31
3.	Ošetrovatelská část	33
3.1	Posouzení stavu nemocné při příjmu	33
3.2	Posouzení stavu nemocné 4 den hospitalizace	36
3.3	Ošetrovatelské diagnózy	41
3.4	Dlouhodobý plán péče	57
3.5	Hodnocení psychického stavu nemocné	59
3.6	Edukace	61
3.7	Prognóza.....	62
4.	Závěr.....	63
5.	Seznam použité literatury	63
	Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk.....	66
	Příloha č. 2: Ošetrovatelská anamnéza	70

Příloha č. 3: Plán ošetrovatelské péče	71
Příloha č. 4: Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové (úprava Jurásková 2006)	80
Příloha č. 5: Barthelův test základních činností – ADL	82
Příloha č. 6: Posouzení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové	83
Příloha č. 7: Zobrazovací vyšetření.....	84
Příloha č. 8: Laboratorní výsledky	85
Příloha č. 9: Farmakoterapie	89
Příloha č. 10: NIHSS skóre	92
Příloha č. 11: Informovaný souhlas o použití zdrav. dokumentace	93

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“

Abraham Harold Maslow

1. Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma ošetrovatelské péče u pacientky po ischemické cévní mozkové příhodě. Toto téma jsem si zvolila pro několikaletou zkušenost s péčí o tyto pacienty na neurologické JIP.

Cévní mozková příhoda je časté onemocnění, o jehož počátečních příznacích, není až takové povědomí, na rozdíl třeba od akutního infarktu myokardu. Jde o těžké, invalidizující onemocnění, jehož prognóza a průběh závisí právě na včasné rozpoznání prvních příznaků, rychlém transportu do nemocnice a včasné zahájení léčby.

Cílem bakalářské práce je zpracování případové studie pacientky s ischemickou CMP 4. den hospitalizace na neurologické JIP.

Práci jsem rozdělila na dvě hlavní části: klinickou a ošetrovatelskou.

Klinická část se skládá z popisu anatomie mozku a jeho cév, vlastního onemocnění (mechanismus vzniku, dělení iktů, diagnostika, léčba). Dále obsahuje anamnézu mé pacientky a fyziologické vyšetření při příjmu.

V ošetrovatelské části je popsáno zhodnocení stavu pacientky dle modelu Virginie Hendersonové, stanovené ošetrovatelské diagnózy (cíle, realizace péče a hodnocení péče), popis dlouhodobé péče, psychologické péče, edukace a prognózy.

V závěru je shrnutí práce a jak je zvykem, na konci uvádím seznam literatury.

Do příloh jsem začlenila seznam zkratk, ošetrovatelskou anamnézu, plán péče, ošetrovatelská skóre, laboratorní a zobrazovací výsledky mé pacientky, farmakoterapie mé pacientky, NIHSS skóre a formulář souhlasu s použitím ošetrovatelské dokumentace dané nemocnice.

2. Klinická část

2.1 Anatomie mozku

Prodloužená mícha (medulla oblongata)

Sahá od výstupu 1 krčního nervu po Varolův most. Vystupuje zde XII, IX, X a XI hlavový nerv. Dorzální plocha obsahuje zadní provazce hřbetní míchy a jejich jádra. (1)

Varolův most (pons Varoli)

Vystupuje zde V, VI, VII a VIII hlavový nerv. Při středním obvodě mostu, prodloužené míchy a středního mozku je rozložena retikulární formace, která ovlivňuje řízení bdění, spánku, udržování svalového tonu, polohy těla, tonizuje mozkovou kůru.

Prodloužená mícha a most Varolův obsahují centra pro řízení životně důležitých reflexů (krevního oběhu – srdečního a cévohybného, dýchacího, trávicího). Prostřednictvím hlavových nervů jsou řízeny pohyby obličejového svalstva, fonace, řeč, pohyby hltanu a trávicí trubice (polykání, zvracení). (1)

Mozeček (cerebellum)

Do mozečkové kůry jdou vlákna z hřbetní míchy, vestibulárních jader a z kůry koncového mozku. Odstředivými drahami je mozeček spojen s kůrou mozku, dále s jádry středního mozku, retikulární formací a vestibulárními jádry. Mozeček hraje roli v udržování vzpřímeného těla, řízení svalového napětí a koordinace pohybů končetin. Při poruchách dochází k narušení rovnováhy, koordinaci a odhadu rozsahu pohybů. (1)

Střední mozek (mesencephalon)

Má význam pro řízení hybnosti na základě zrakových a sluchových podnětů a ovlivňování svalového tonu. Funkčně zprostředkovává akomodaci očí, konvergenci očí (směrování osy očí do směru pozorovaného), mitotický reflex. Obsahuje podkorová centra zrakové a sluchové dráhy, rozsáhlou část retikulární formace a jádra zapojená do mimopyramidových drah. Dále motorická jádra III

a IV hlavového nervu a parasymptické vlákno III hlavového nervu, kortikospinální dráhu a dráhu do jader hlavových nervů. Také jsou v něm uloženy endorfinové neurony, které mají význam pro útlum bolesti. (1)

Mezimozek (diencephalon)

Skládá se ze dvou částí - dorzální (thalamoencephalon) a bazální (hypothalamus).

V zadní části se sbíhají senzitivní dráhy jdoucí do mozkové kůry. Je nazýván „brána vědomí“. Při poruše vzniká tzv. thalamický syndrom → snížená citlivost (hemianestezie), hemiataxie, nápadná bolestivost.

Přepojuje se zde většina vláken zrakové a sluchové dráhy, které pokračují do mozkové kůry. A také přepojuje část čichové dráhy pokračující do středního mozku. Je zapojen do mimopyramidových drah. Patří k němu šišinka.

Hypothalamus utváří spodinu III komory. Je složen ze tří skupin jader. Je zde hlavní podkorové regulační centrum autonomních funkcí.

Přední řada jader – Pro neurokrinii (tvorba kapének hormonů), které dále putují po axonech do hypofýzy. Tvoří se zde hormon ADH a oxytocin. Dále je zde podkorové centrum pro parasymptickou část (vazodilatace, ↓TF, ↑tonus střev).

Střední skupina jader – Zapojena do čichové dráhy.

Zadní skupina jader – Pro symptickou část (vazokonstrikce, ↑TF) (1)

Koncový mozek (telencephalon)

Skládá se ze dvou polokoulí (hemisfér). Každá hemisféra je rozbrázděna četnými rýhami do řady závitů. Na hemisférách rozlišujeme laloky čelní, temenní, týlní a spánkový.

Lokalizace korových center:

- *primární motorická oblast* - kortikospinální/pyramidová dráha v čelním laloku
- *Brocovo motorické centrum řeči* – v dolní části čelního laloku, u leváků je vpravo a u praváků vlevo
- *senzorické centrum řeči (Wernickeovo)* – ve spánkovém laloku

- *primární senzitivní oblast* – v gyrus postcentralis v temenním laloku
- *korová sluchová oblast* – ve spánkovém laloku
- *zraková oblast* - v týlním laloku
- *čichové centrum* – na spodině čelního laloku
- *korová chuťová oblast* – v dolní části gyrus postcentralis v temenním laloku

Kromě korových center jsou v mozkové kůře rozsáhlé asociační oblasti, které slouží k sdružování informací, fixováním do paměti a další psychické činnosti.

Oddílem mozkové kůry je i limbický systém, který se uplatňuje v činnostech sloužících k zachování rodu a jedince (vyhledávání a příjem potravy, sexuální aktivita). Je důležitý pro vytváření podmíněných reflexů (1)

Bazální ganglia

Bazální ganglia patří k mimopyramidovým drahám a uplatňují se při řízení svalového napětí, poloautomatických a automatických pohybů. Poruchy bazálních ganglií se projeví poruchami hybnosti v podobě některých syndromů (Parkinsonský syndrom). (1)

2.1.1 Cévy mozku

Mozek je zásoben čtyřmi velkými tepnami - vnitřními krkavicemi (aa.carotides internae) a páteřními tepnami (a. vertebrales). Vnitřní krkavice vstupují na bazi lební do canalis caroticus a jsou ukončeny bifurkací na dvě mozkové tepny a. cerebri anterior a a. cerebri media. A. cerebri anterior zásobuje částečně frontální a parietální lalok. A. cerebri media zásobuje zbývající část frontálního a parietálního laloku a velkou část spánkového laloku. Páteřní tepny odstupují z aa. subclaviae a do mozku vstupují skrze foramen occipitale magnum, kde se spojují v oblasti Varolova mostu v jedinou a.basilaris. Ta se dále dělí na dvě aa.cerebri posteriores. A. basilaris zásobuje hlavně mozkový kmen, mozeček a část mezimozku. A. cerebri posterior zásobuje zbylou část mezimozku, okcipitální lalok a zbytek spánkového laloku. Před bifurkací vnitřních karotid odstupuje a. communicans posterior, následně se spojuje s a. basilaris. Tento

system propojení tepen na spodině mozku je nazýván Willisův okruh. (1,3) Samostatnými tepnami jsou aa. chorioideae. Přední odstupují z vnitřní krkavice a zásobují capsula interna. Zadní odstupují z a. cerebri posterior a zásobují mozkový kmen. Při pozvolném místním uzávěru některé z tepen Willisova okruhu a selhání mozkové cirkulace je do jisté míry umožněn vznik kolaterálního oběhu.

Žilní krev je odváděna jednak povrchovým žilním systémem, který je složen z žil probíhajících v rýhách mozkových hemisfér a z hlubokého žilního systému a durálních sinů sbírající krev z hloubi hemisfér a periventriculárního mozkového parenchymu. Dále se krev sbíhá do žilních nitrolebních splavů a odtud jde do vv.jugulares internae. (2)

2.1.2 Fyziologie krevního zásobení mozku

Mozek je orgán s extrémně vysokými nároky na oxidační a metabolickou dodávku. U dospělého člověka využívá přibližně 15 % minutového srdečního výdeje, u dětí je ještě mozkový průtok mohutnější. Na mozek připadá téměř 40 % klidového minutového srdečního výdeje. Spotřeba glukózy se za klidových podmínek pohybuje kolem 65 % celkové tělesné spotřeby. Nutriční průtok závisí na aktuální činnosti a u zdravého jedince významně převyšuje hodnoty pro bazální metabolismus nervové tkáně. Z toho vyplývá, že aktuální průtok může být omezen až o 30-50 % aniž by došlo ke vzniku neurologického deficitu.(2)

Z výše uvedeného je zřejmé, že mozek je orgánem s prvořadým významem a tudíž zajištění stálého mozkového průtoku je enormně důležité. Přísun krve je závislý na cerebrálním perfúzním tlaku. Perfúzní tlak je rozdíl mezi středním arteriálním tlakem a intrakraniálním tlakem, který se rovná součtu tlaku v intrakraniálních žilách a tlaku v mozkové tkáni a v komorách mozku (celkově za fyziologických podmínek kolem 15 mm Hg). Průtok krve je ovlivněn, jednak přímo TK a nepřímo odporem mozkových cév a hemoreologickými vlastnostmi krve (viskozita, množství a rigidita ery aj.).

Autoregulace průtoku krve mozkem je dána hlavně myogenní regulací tonu prekapilár a postkapilár. Při poklesu lokálního perfúzního tlaku (MAP nad 60 mm Hg) dochází v dané oblasti mozku k vazodilataci. Při stoupajícím tlaku (MAP do 150 mm Hg) dochází naopak k vazokonstrikci, aby byl udržen

konstantní mozkový průtok. U hypertoniků je autoregulační schopnost cév posunuta k vyšším hodnotám a naopak špatně snáší nižší hodnoty TK. Při poklesu MAP pod dolní hranici autoregulace dochází již k omezení průtoku krve mozkem. Kompenzačně se zvyšuje extrakce O₂ z protékající krve. Při dalším poklesu perfúzního tlaku (mozkový průtok snížen o více jak 50 % tj. 25 ml/100g/min) i tento mechanismus nestačí plnit metabolické požadavky mozkové tkáně a dochází ke vzniku ischemie a reverzibilnímu neurologickému deficitu. Při poklesu pod 15 ml/100 g/min dochází již k mozkové malacii a ireverzibilním změnám. (3)

2.2 Cévní mozková příhoda (ictus – stroke)

Infarkt CNS (CMP) znamená mozkovou, míšňí či retinální buněčnou smrt, která odpovídá vzniklé ischemii a to na základě:

- 1) *Patologickém, zobrazovacím či jiném objektivním prokázání mozkové, spinální nebo retinální ohniskové (fokální) ischemie, která vznikla v definované (určité) cévní distribuci nebo*
- 2) *Klinickém prokázání mozkové, spinální či retinální ohniskové ischemie založené na příznacích, které přetrvávají více jak 24 hodin nebo do smrti postiženého a po vyloučení jiné etiologie vzniku.*

Infarkt CNS zahrnuje také infarkt hemoragický.

(AHA/ASA expert dokument: An Update Definition of Stroke, str. 2066) (4)

Jde o nejčastější akutní neurologické postižení. Celosvětově činí incidence CMP 15 milionů lidí z čehož 1/3 umírá a 1/3 zůstává invalidizována. V EU jde o nejčastější příčinu invalidity. Invalidizace po CMP by mohla být nižší, kdyby veřejnost byla více seznámena s touto nemocí, jejími příznaky a včas přijela do nemocnice. Z nedávné studie v Brně a v Ostravě vyplývá, že pouze necelých 50 % občanů, rozpozná 2 či více příznaků iktu a pouhých necelých 30 % by si při objevení těchto příznaků zavolalo RZP. Přitom včasnost příjezdu do erudovaného nemocničního zařízení je rozhodující pro možnost podání trombolytické terapie. V ČR jde o nejčastější příčinu hospitalizace a incidence se pohybuje kolem 300 nových případů iktu na 100 000 obyvatel.(2)

Patologie vzniku CMP

CMP nejčastěji vzniká na podkladě ischemie (80 % z všech CMP). Krvácení zaujímá 20% všech CMP. Do této kategorie řadíme mozkové hemorhagie a subarachnoideální krvácení. Nadále se budu věnovat popisu výhradně CMP vzniklé na podkladě ischemie. (5)

Mechanismus vzniku ischemie

- *Systémová hypoxie*
 - *extrakraniální stenóza tepen*
 - *trombotická okluze*
 - *embolizace* – Ze srdce nebo velkých cév. Vzniká nejčastěji při fibrilaci síní, chlopenních vadách, po prodělaném akutním infarktu myokardu.
 - *vaskulitidy* – Sem řadíme např. lupus erytomatoses, polyarteritis nodosa apod.
 - *septické emboly, traumatická disekce cév, choroby s poruchou srážlivosti a viskozity krve, nádor, které utlačují cévu*
 - *vazospasmy*
 - *netrombotické změny malých mozkových tepen (např. lipohyalinóza)*
- (5)

2.2.1 Dělení iktů

podle časového průběhu:

- *TIA (tranzientní ischemický neurologický deficit)* – Epizoda ložiskových příznaků z nedostatečného prokrvení mozku. Veškerá neurologická symptomatologie mizí do 24 hodin (typicky netrvají příznaky déle než 1 hod.). Nezanechává žádné změny na zobrazovacích vyšetřeních.
- *RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit)* – následky mizí bez reziduí do týdne. Na zobrazovacích vyšetřeních mohou být přítomny čerstvé změny.
- *PI (progredující iktus)* – Postupně narůstá klinická symptomatologie způsobená zhoršováním mozkové hypoxie.

- *DI (dokončený iktus)* – Klinický obraz přetrvává beze změn 24 hodin.
(5)

Podle mechanismu vzniku:

- *aterotromboticko-embolický* – Vzniká okluzí velkých a středně velkých tepen a jde o 40 % všech iktů.
- *arteriopatie malých cév (lakunární infarkty)* – Při stenóze nebo uzávěru malých perforujících arteriol. Projevuje se vznikem vícečetných malých infarktů mozkové tkáně. Po lézi se v tkáni utváří malá dutina (lakuna). Odtud název lakunární infarkty. Do této kategorie patří 20 % všech mozkových ischemií.
- *kardiogenní embolizace*
- *ostatní příčiny* – koagulopatie, hemodynamické důvody apod. (3)

2.2.2 Rizikové faktory

Neovlivnitelné:

- Stoupající věk – Od 55 let se stupňuje gradace incidence a dvojnásobí se s každou dekádou.
- Pohlaví – Incidence vyšší u mužů.
- Genetická dispozice – Zvýšený výskyt v populaci hispánské a černošské.

Ovlivnitelné:

- Arteriální hypertenze – TK vyšší jak 140/90 torrů.
- Srdeční choroby – Zejména fibrilace a flutter síní jako riziko embolizace do mozku. Dále onemocnění chlopní, otevřený foramen ovale.
- DM – Dlouhodobá hyperglykemie vede k poškození mozku, k ateroskleróze, zvyšuje hladinu fibrinogenu a podporuje koagulaci krve.
- Hyperlipidemie – Zvýšení především LDL a cholesterolu vede k rozvoji aterosklerózy.
- Kouření
- Nedostatek tělesného pohybu

- Alkoholismus
- Obezita – Vzestup BMI o 1 nad hranici zvyšuje relativně riziko CMP o 4-6 %.
- Některé krevní poruchy – Sem patří zejména různě stavy polyglobulie a vysokého hematokritu, které zvyšují viskozitu krve a zpomalují její tok.
- Migréna – Rizikovým faktorem je u pacientů s přítomností aury před migrénou, jejíž frekvenci lze ovlivnit profylaktickou léčbou (např. antiepileptika).
- Perorální kontraceptiva, substituční léčba hormony – Zde je riziko v protombogenních vlastnostech estrogenů.
- Abusus drog – Zejména amfetamin a kokain zvyšuje riziko krvácivých iktů.
- Hypotyreóza – Nedostatek hormonů štítné žlázy urychluje a zvyšuje rozvoj aterosklerózy.
- Karotická stenóza, cévní malformace (2)

2.2.3 Klinický obraz dle lokalizace malacie

- *a carotis interna* – Náhlý uzávěr při nepřítomnosti kolaterál se projevuje těžkým neurologickým deficitem. Dochází ke kontralaterálním poruchám hybnosti, cití a hemianopsii. Při postižení dominantní levé hemisféry dochází k afázii. Postižení nedominantní hemisféry je provázeno dezorientací v prostoru, apraxií a neglect syndromem (opomíjení druhé kontralaterální poloviny prostoru). Při postupném uzávěru nemusí být přítomny žádné příznaky díky rozvoji kolaterálního toku.
- *a.ophthalmica* – První větev vnitřní karotidy, která zásobuje sítnici. Uzávěr vede k přechodné nebo trvalé ztrátě zraku.
- *a.cerebri anterior* – Uzávěr způsobuje kontralaterální hemiparézu více na DK. Oboustranný uzávěr vede k paraparéze DK a časté jsou i psychické příznaky (prefrontální syndrom) z postižení čelního laloku.

- *a. cerebri media* - Uzávěr se klinicky projevuje kontralaterální hemiparézou, hemihypestézií (snížení citlivosti kůže) více na HK. Při malacii v dominantní hemisféře jsou fatické (komunikační) poruchy a malacie nedominantní hemisféry vede k poruše orientace v prostoru, apraxii (ztráta naučených, stereotypních pohybů) a neglect syndromu. Oči a hlava pacienta se stáčí ke straně léze.
- *a. cerebri posterior* – Uzávěr je provázen kontralaterální hemianopsií, oboustranné postižení vede ke slepotě. Dalšími klinickými projevy může být zraková agnózie (porucha v percepci, schopnosti rozpoznávat osoby, předměty apod.), agnózie barev (ztráta schopnosti rozpoznat barvy), alexie (neschopnost rozpoznat psané slovo, neschopnost číst), talamický syndrom. Talamický syndrom se projevuje hemihypestezií až hemianestezií, hemiataxií (porucha koordinace pohybů), hemialgií (bolesti jedné poloviny těla včetně tváře), hypokinezií (nadměrný a mimovolní pohyb např. třes, chorea apod.), přechodnou hemiparezou a hemianopsií.
- *a.bazilaris, a. vertebralis, a.cerebelli* - Ischemie vede k poruše sluchu a vestibulárním příznakům (závrať doprovázená vegetativními příznaky – nauzea, zvracení, bledost, studený pot), hemiataxií (porucha koordinace pohybů), alternujícím hemisyndromům (stejnostranné postižení hlavového nervu, druhostranné postižení hybnosti, anebo citlivosti), poruchám vědomí, poruchám vegetativních funkcí, poruchám dýchání, dysfagii, dysartrií. Okluze a. basilaris je vážný stav s nepříznivou prognózou i přes včasnou léčbu (úmrtí, lock-in syndrom).(5)

2.3 Diagnostické metody

2.3.1 Standardní neurologické vyšetření

Hlavové nervy

I. hlavový nerv (n. olfactorius): Schopnost nemocného vnímat vůně a zápachy. Testuje se určení vůně např. kávy při zavřených očích. U akutních iktů se většinou neprovádí.

II. hlavový nerv (n. opticus): Lékař provádí vyšetření zorného pole. Testují se obě oči najednou a to zleva, zprava, shora a ze spodu. Při zachycení poruchy se poté testuje každé oko zvlášť.

III., IV. a VI. hlavový nerv (n. oculomotorius, n. trochlearis, n. abducens): Všechny tyto nervy jsou okoohybné a testují se dohromady. Vyšetřují se šířka a symetrie očních štěrbin, postavení bulbů, šířka a tvar zornic, fotoreakce a konvergence očí.

V. hlavový nerv (n. trigeminus): Testuje se čítí na obličeji na všech třech větvích nervu a po obou stranách obličeje.

Masseterový reflex – Vybavuje se poklepem kladívka shora dolů na lékařův prst položený napříč přes bradu pod dolním rtem nemocného. Fyziologicky dojde k přivření dolní čelisti ze stahu žvýkacího svalstva.

Korneální reflex – Vybavuje se letným dotykem, šikmo ze strany, na rohovku, vatovou štětičkou. Fyziologickou odpovědí je mrknutí.

VII. hlavový nerv (n. facialis): Všimáme si symetrie obličejového svalstva (symetrie koutků úst, nasolabiálních rýh, vrásek na čele, mrkání). Testuje se, jak pacient ovládá mimické svalstvo (pokrčení čela, cenění zubů, špulení rtů).

Chvostkův příznak – Vyšetřuje se poklepem na větvení faciálního nervu blíže koutku úst. Projeví se záškubem horního rtu směrem ke straně poklepu u pacientů se zvýšenou idioneurální dráždivostí.

Labiální reflex – vybavuje se jemným poklepem kladívka na rty. Dojde k sešpulení rtů.

Sací reflex – Dotykem mezi rty dojde k jejich sešpulení.

VIII. hlavový nerv (n. vestibulocochlearis): Vyšetřuje se posouzením sluchové ostrosti a lékař se rovněž ptá na poruchy rovnováhy.

IX., X. a XI. hlavový nerv (n. glossopharyngeus, n. vagus, n. accessorius), potranní smíšený systém: Ptáme se na poruchu výslovnosti a polykání. Vyšetřuje se symetrie patrových oblouků. Hodnotí se symetričnost zvednutí obou ramen proti odporu.

patrový reflex – Vybavuje se dotekem špátle či štětičky na levém a pravém patrovém oblouku. Odpovědí je drobné zvednutí příslušného oblouku.

dávivý reflex – Vybavuje se dotekem špátle na zadní stěnu hltanu vlevo a vpravo.

XII. hlavový nerv (n. hypoglossus): Hodnotí se uložení jazyka v klidu a při plazení popř. atrofie či fascikulace. (6)

Krk

Testuje se pohyblivost hlavy všemi směry a hodnotí se plynulost pohybu a případná bolestivost. Poslechově lékař vyšetřuje obě a. carotis. Hodnotí se ev. šelesty a palpačně pulz na obou tepnách. (6)

Horní končetiny

Posuzuje se držení končetin, trofická svalstva, svalový tonus, rozsah pohybu v kloubech a síla v končetinách. Vyšetřují se propioceptivní reflexy, zánikové jevy (tj. pokles jedné z natažených končetin či pronace končetiny při max. supinaci), pyramidové spastické jevy (po podráždění dlaně dojde k addukci palce). Vybavuje se reflex úchopový. K posouzení cerebellárních funkcí lékař hodnotí přesnost pohybů, jejich souměrnost a rychlost, zbrzdění pohybu při náhlém povolení protiodporu. (6)

Břišní reflexy

Vybavují se kožní reflexy, kdy při podráždění dochází ke stahu břišní stěny. (6)

Dolní končetiny

Hodnocení držení končetin, trofická svalstva, svalového napětí a hybnost je stejné jako u horních končetin. Stejně jako u HK jsou hodnoceny

proprioceptivní reflexy (vybavují se po úderu kladívka buď na patelu nebo achilovu šlachu). Zánikové jevy (pokles jedné z flektovaných končetin), pyramidové jevy (Babinski, Vítkův, Strumpellův, Rossolimův). Dále lékař hodnotí přesnost pohybů, kdy se pacient snaží bez zrakové kontroly dotknout patou kolena druhé nohy. (6)

Páteř

Hodnotí se vzpřímenost postoje, deformity páteře, rozsah pohybu, bolestivost. Toto se většinou u pacientů s iktem neprovádí. (6)

Čítí

Povrchové čítí se vyšetřuje při zavřených očích nemocného doteky či drobným bodnutím špendlíku. Hodnotí se, zda nemocný pociťuje podněty všude stejně.

Hluboké čítí se vyšetřuje pomocí ladičky, která se rozvibrovaná přikládá na perióst v různých částech těla. Hodnotí se, zda nemocný podnět vnímá a jak dlouho. Dalším způsob vyšetření je pomalu pohybovat prstem či končetinovým segmentem nemocného. Pacient by měl rozpoznat, s čím hýbeme a jakým směrem jím pohybujeme. (6)

Meningeální jevy

Objevují se při iritaci mozkomíšních plen. Hodnotí se anteflexe šíje ev. současné mimovolné pokrčení DK (příznak Brudzinského), schopnost natáhnout zvednutou pokrčenou končetinu (příznak Kernigův) (6)

U lehčích iktů lze také hodnotit stoj a chůzi.

Stoj

Hodnotí se šíře rozkročení, celkové držení těla, přítomnost mimovolních pohybů, spontánní úchytky stoje až tendence k pádu, stoj spatný, stoj při zavřených očích. Vyšetřují se tonické úchytky trupu při různých polohách hlavy. (6)

Chůze

Hodnotí se celkové držení těla, případná končetinová slabost, kulhání, synkinéze, abnormální držení končetin, rychlost chůze a ev. úchyly od směru chůze. Vyšetřuje se dále i chůze při zavřených očích, kde lékař hodnotí zejména úchyly ze směru a jistotu chůze. (6)

2.3.2 Zobrazovací metody

CT – počítačová tomografie

Počítačová tomografie měří přesnou absorpci RTG paprsků pronikajících vyšetřovanou tkání z mnoha různých úhlů záření. Průnikem tkání různé denzity se záření oslabuje a rozdílný absorpční profil prošlého záření se v jednotlivých úhlech přenáší do počítače. (2). Výpočetní tomografie je v diagnostice CMP hlavním vyšetřením. Její výhodou je zejména dostupnost a rychlost vyšetření.

Nativní CT - Zejména je důležitá pro rozlišení hemorhagického iktu od ischemického. Na CT se hemorhagie zobrací jako hyperdenzní ložisko, zatímco u čerstvé ischemie bývá CT nález až v 50 % negativní. Čerstvá ischemie se na CT může projevit snížením denzity postižené tkáně (tmavší než obvykle) a setřením hranice mezi šedou a bílou hmotou. Další suspektní nález je hyperdenze tepny (na CT světlejší než obvykle) při jejím uzávěru. Vždy je nutno tyto změny porovnat s vedlejší nepostiženou hemisférou resp. tepnou.

Perfúzní CT (PCT)- Upřesňuje diagnostiku ischemického iktu. Umožňuje zobrazit perfúzi mozku, čili průtok krve mozkem, při aplikaci kontrastní jodové látky. Přesnost tohoto měření je ovlivněna rychlostí aplikace bolusu jodového preparátu. Je vhodné, aby byla rychlost bolusu co největší, ideálně 8-10 ml/sec. To s sebou samozřejmě přináší nutnost zajištění dobrého žilního vstupu s kanylou minimálně 20G. Spolehlivě lze posoudit poruchu perfúze, pokud lze srovnat s druhou stranou. U středních struktur mozku, není toto vyšetření příliš spolehlivé. Nevýhodou je také, že pomocí PCT nelze vyšetřit celý mozek, ale je navolená vrstva, v kterém je vyšetření prováděno. Nejčastěji je to v úrovni bazálních ganglií, kde dojde k dobrému zachycení oblasti všech třech mozkových tepen. Pokud je ischemie mimo tuto nastavenou vrstvu, tak jí PCT neprokáže. Rovněž

není možné provést toto vyšetření u neklidného pacienta, který hýbe při vyšetření hlavou. Při vyšetření je nutné udržet stálou pozici hlavy po dobu 40-50 sec. Také nelze použít u pacientů alergických na jód.

CT angiografie - Zobrazuje cévy k ověření stenózy či úplného uzávěru po i.v. aplikaci jodového preparátu. U moderních CT umožňuje zobrazení jak extrakraniálních carotid, tak intrakraniálních mozkových tepen až na Willisův okruh. Aplikuje se 50-60 ml jodové látky. A vyšetřuje se následně po nativním CT a PCT. Kontraindikována je u pacientů alergických na jód. (7,8)

MR – magnetická rezonance

Vyšetření magnetickou rezonancí je založeno na detekci změn magnetických momentů jader prvků s lichým protonovým číslem, v silném magnetickém poli, po aplikaci radiofrekvenčních pulzů. Vyšetření MRI trvá obvykle kolem 30 minut U ischemických CMP, je nejcitlivější technikou v detekci časně mozkové ischemie a to často i bez nutnosti podání kontrastní látky. Zobrazí lokalizaci i velikost čerstvého iktu a odliší akutní změny od chronických. Obecně platí, že nativní MR zobrazí ischemii lépe než CT. Na MRI se ischemické ložisko zobrazí jako místo intracelulárního edému se současným expanzivním chováním. Umožňuje i angiografické vyšetření bez podání kontrastní látky a funkční vyšetření tkáně. Vyšetření perfúze se provádí při podání kontrastní látky a umožňuje sledovat velikost oblasti restrikce difúze

a hypoperfúze. Nálezem po proběhlém ischemickém iktu bývá postmalatická pseudocysta s výpadky signálu podobně jako v mozkových komorách. Nevýhodou MR je horší dostupnost, delší doba vyšetření na rozdíl od CT a kontraindikace u řady pacientů. Kontraindikovaná je u pacientů s kardiostimulátorem, endoprotézou či jiným kovovým předmětem v těle. V silném magnetickém poli hrozí rozpálení těchto kovových částí a tepelné poškození pacienta. Rovněž není výhodná pro pacienty trpící klaustrofobií a nespolupracující pacienty, kde je nutné pacienta zklidnit na delší dobu.(8,9)

DSA – digitální subtrakční angiografie

Rychlý rozvoj CT a MR již toto vyšetření u akutního ischemického iktu téměř vytlačil. Umožňuje skiaskopicky zobrazit mozkové cévy po aplikaci jodové kontrastní látky přes katétr zavedený do aortálního oblouku a dále do karotid a vertebrálních tepen. Zachycuje tok kontrastní látky mozkovými tepnami do vlásečnic a dále do žil a mozkových žilních splavů. Umožňuje detekovat aterosklerotické změny cév, stenózy, uzávěry, aneuryzmata a A-V malformace. U moderních přístrojů je možné i 3D zobrazení snímku. V průběhu vyšetření je nutné monitorovat vitální funkce. Význam má zejména u pacientů, kde je uvažováno o intraarteriální rekanalizaci, což je hlavní akutní indikací u ischemických iktů maximálně 6-8 hodin po vzniku příznaků. Cílem DSA je určit stupeň stenózy mozkové tepny a stav ostatního řečiště se zhodnocením kolaterálního oběhu do postižené oblasti. Na základě toho se rozhodne o případné další léčbě chirurgické nebo endovaskulární. (8,9)

UZ – ultrazvukové vyšetřovací metody

Podstatou je přeměna elektromagnetického vlnění na ultrazvuk (mechanické vlnění) pomocí piezoelektrických krystalů. Diagnostický ultrazvuk pracuje s frekvencemi od 1-10 MHz a ve formě paprsku prochází tkání. Průnikem tkání se UZ vlnění značně mění. Dochází k jeho odrazu, lámání a ohýbání na rozhraní dvou prostředí s různými akustickými vlastnostmi. Odražené UZ vlnění se zpětně detekuje a je převedeno na elektrický signál do počítače, který ho převádí na obraz či zvuk. (10) Hlavní výhodou UZ technik je jejich neinvazivnost, šetrnost pro pacienta a rychlá dostupnost až k lůžku pacienta. Je důležitá k zjištění hemodynamických mechanismů v tepnách a jejich patologických procesů. Velikou roli hraje jak u pacientů s akutním ischemickým iktem, tak v dispenzarizaci u pacientů s chronickým cerebrovaskulárním onemocněním mozkových tepen.

Duplexní sonografie extrakraniálních mozkových tepen - Využívá lomu a odrazu UZ paprsku na rozhraní dvou prostředí, který je převáděn na dvourozměrný obraz v odstínech šedi. Detekuje závažnost karotické stenózy ev. další patologické procesy v karotickém povodí.

Transkraniální dopplerovská sonografie (TCD)- Poskytuje informace o průtoku krve ve vyšetřovaných cévách a směrový doppler umožňuje posoudit směr toku krve v určitém segmentu cévy. Pohyb částic krve k sondě frekvenci zvyšuje a naopak. Umožňuje barevné mapování a měření průtoku v dané cévě. Zúžení cévy vyvolá na doppleru zrychlení toku krve a zvýšení cévního odporu nad stenózou. Při uzávěru cévy dojde k vymizení UZ signálu.

Transkraniální barevná duplexní sonografie (TCCS): Umožňuje dvourozměrné zobrání intrakraniálních struktur a mapování průtoku krve v místě anatomických zúžení lebeční kosti.

Jako součást diagnostiky se po odeznění akutní fáze provádí k vyloučení embolizace ze srdce *TTE – transtorakální echokardiografie* (neinvazivní ultrazvukové vyšetření přes stěnu hrudníku) a v indikovaných případech je preferované *TEE- transesophagiální echokardiografie* (invazivní vyšetření jícnovou sondou zavedenou do oblasti srdce). (8,9)

2.4 Léčba

V léčbě ischemie mozku hraje nejdůležitější roli časový faktor. Rozpoznání příznaků iktu, urychlený transport pacienta na specializační pracoviště s rychlou diagnostikou a zahájením léčby je klíčové pro další vývoj onemocnění.

2.4.1 Intravenózní systémová trombolýza (IVT)

Léčba spočívá v podání tkáňového plasminogenu Tato léčba má za cíl rozpustit uzávěr mozkové cévy a znovu obnovit průtok krve. Podává se přípravek Actylise v dávce 0,9 mg/Kg s maximální dávkou 90 mg. Z toho se 10 % podává jako bolus a zbytek kontinuálně injektováním po dobu 1 hodiny.

Indikace:

- iCMP do 4,5 hodiny od vzniku prvních příznaků s významným neurologickým postižením (tzn. hendikepující postižení, NIHSS nad 4)
- věk nad 18 let
- TK pod 185/110

Kontraindikace:

- Příznaky trvající déle jak 4,5 hodiny (vyjma okluze v oblasti a. basilaris).
- Významný úraz hlavy nebo CMP starší 3 měsíce.
- Klinický průběh s možností SAK.
- Punkce v manuálně nekomprimovatelné oblasti ne starší než 7 dnů.
- Postižení CNS v anamnéze (tumor, aneurysma apod.)
- TK nad 185/110 i přes intenzivní léčbu.
- Hemorhagická diatéza či nedávné silné krvácení (z GIT, gynekologických cest).
- Počet krevních destiček pod 100 tis/ mm³, aPTT více jak 1,3 a INR více jak 1,7.
- Poruchy srážlivosti.
- Ischemie většího rozsahu jak 1/3 povodí a. cerebri media.
- Glykémie pod 2,7 mmol/l.

Relativní kontraindikace:

- Recentní AIM (starý méně jak 3 měs.), recentní krvácení (staré méně jak 3 týdny).
- Těhotenství
- Nedávný chirurgický výkon či trauma (do 14 dnů).
- Nevýznamný neurologický deficit nebo naopak těžký neurologický deficit NIHSS nad 25.
- Užívání antikoagulancií.
- Věk nad 80 let.

Před trombolýzou:

- Statim CT mozku nebo CT angio.
- Odběry KO a hemokoagulace z vitální indikace, biochemický screening.
- Zavedení 2krát PŽK nejméně G 20.
- Pokud je indikováno zavedení PMK po trombolýze musí se po aplikaci minimálně 30 min. se zavedením počkat.

- Zavedení v indikovaných případech NGS. Po trombolýze se nesmí zavádět nejméně 24 hodin.
- Monitorace FF, natočení EKG.
- Monitorace a ev. korekce TK k hodnotám 185/110

Monitorace během trombolýzy:

- Kontinuální monitorace TF, EKG, SpO₂, dýchání. Monitorace TK po dobu 2 hodin každých 5 min. a následně nejméně po 30 minutách po dobu 24 hodin.
- Monitorace krvácivých komplikací ev. alergické reakce.
- Monitorace NIHSS

Péče po trombolýze:

- Kontrolní KO a koagulace za 6 a 24 hod. a kontrolní biochemie za 12 a 24 hod.
- Kontrolní CT mozku za 24 hodin
- Monitorace TK a dalších FF
- CŽK , arteriální punkce či kanylace by neměla být prováděna po dobu 24 hodin po trombolýze, z vitální indikace lze zavést 30 min. od ukončení trombolýzy
- i.m. injekce nepodávat do 30 min. po ukončení trombolýzy
- nepodávat antiagregancia či antikoagulancia 24 hod. po trombolýze

Komplikace:

- Menší projevy krvácení z dásní, močových cest či v místě vpichu.
 - Extracerebrální či intracerebrální krvácení
 - Alergická reakce (kopřivka, angioedém, bronchospasmus, anafylaktický šok).
 - Nevolnost, zvracení, zvýšená teplota, bolesti hlavy, křeče, zmatenost.
- (11)

2.4.2 Intraarteriální cerebrální trombolýza (IAT) a mechanická rekanalizace

Spočívá v podání trombololytika přímo k tepennému uzávěru za současné radiologické kontroly do 6 hodin od vzniku prvních příznaků iCMP. Při použití

mechanické rekanalizace je to 8 hodin od vzniku příznaků. Při uzávěru vertebrobazilárního povodí se časové okno IAT posouvá až na 24-48 hodin dle klinického stavu pacienta. Důvodem je špatná prognóza s vysokou úmrtností u iCMP v této oblasti, což odůvodňuje agresivnější přístup terapie. Kontraindikace jsou obdobné jako u IVT.

Léčba se provádí na specializovaných odděleních, které je vybaveno DSA přístrojem, přístroji k monitoraci FF a anesteziologickým vybavením.

K IAT se používá tkáňový aktivátor plazminogenu v maximální dávce 20 mg, výjimečně 40 mg s iniciálním podáním malého bolusu.

K mechanické rekanalizaci se používá speciální extrakční zařízení složené z balónkového katétru, mikrokatétru a nitilonového vodiče, který se po vysunutí z mikrokatétru složí do šroubovice. Mikrokatétr je zaveden distálně od trombu, jež je po vysunutí šroubovice a jejím stahování zachycen. Celý systém se poté vytáhne vodícím katétrem ven. (2)

2.4.3 Celková léčba

Podpora a stabilizace kardiovaskulárního systému - Předpokladem dobré mozkové perfúze je přiměřený TK. V časných stádiích iktů bývají nálezy různé srdeční arytmie ale i AIM v důsledku hyperaktivity sympatiku. K péči o pacienta po iktu nezbytně patří monitorace FF, opakované EKG a sledování kardioenzymů. U indikovaných případů terapie antiarytmiky, kardiotoniky, sympatomimetiky aj. Zvyšují se horní limity tolerance TK na 180/105 torrů. Při překonání této horní hranice je nutná terapie antihypertenzivy. Optimální snížení je o 15 % za 24 hod. Razantní snížení TK nebo jeho normalizace je u iCMP škodlivé a vede k zhoršení mozkové perfúze.

Zajištění průchodnosti dýchacích cest – Dostatečná oxygenace a plicní ventilace je důležitá jako prevence vzniku sekundární mozkové hypoxie a následná progrese ischemického ložiska. Mezi základní postupy patří pravidelné odsávání sekretů z DC, laváže DC popř. bronchoskopické odsátí. Terapie mukolytiky, expektorancii, oxygenoterapie při poklesu SpO₂ popř. UPV. Včasné nasazení ATB a dechová rehabilitace.

Péče o GIT – Preventivní podávání antiulcerózní terapie k předcházení vzniku stresového vředu. U pacientů s poruchou motility střev se podávají prokinetika. Často dochází z důvodů parenterální výživy a ATB terapie k dysmikrobii střev s následnými průjmy. K terapii se používají střevní eubiotika (Enterol, lactobacily apod.)

Kompenzace poruch homeostázy – Důležité je sledování bilance tekutin, iontů, osmolarity séra a moče, CVP. Podává se infúzní terapie a substituují se minerály. K destabilizaci může dojít z mnoha důvodů – dehydratace, nesprávná substituce, průjmy, zvracení, hyperventilace, stimulace sympatiku způsobuje hypernatremii a hypokalémii. Při mozkovém edému je snaha o udržení negativní bilance tekutin. (2)

Nutriční podpora – Při poruchách polykání či poruchách vědomí je nutné vyživování pomocí NGS nebo NJS. Poruchy polykání se vyskytují až u 50 % pacientů s iktem. Při poruchách motility GIT je podávána výživa parenterálně. U pacientů s předpokladem dlouhodobé poruchy polykání se zavádí k vyživování PEG. (2) K vyšetření na poruchy polykání se provádí testy kvalitativní, kam patří vyšetření senzitivity v ústech, na měkkém patře a zadní stěně hltanu. Orientačně se hodnotí průběh fáze polknutí, kde se zaměřuje pozornost zejména na pohyb jazyka, jazyky a elevaci a předsunutí hrtanu. Další možností je posouzení kvality hlasu těsně po polknutí. Ke kvantitativním screeningovým testům patří mimo jiné Swallowing volume test (hodnotí množství vypité tekutiny na jedno polknutí) a Swallowing speed test (hodnotí rychlost, s jakou pacient vypije sklenici vody). K zobrazovacím a přístrojovým vyšetřením polykání patří videofluoroskopie, FEES a rentgenové vyšetření polykacího aktu. (12)

Léčba hyperpyrexie – Hyperpyrexie zhoršuje průběh mozkové ischemie. Nejčastěji je v prvních dnech po iktu způsobena infekcí. Může jít i o postižení termoregulace přímo v CNS. Nad 37,5°C podáváme antipyretika. Korigovaná hypotermie je experimentální metoda z možnými neuroprotektivními účinky.

Léčba hyperglykemie – Hyperglykemie se vyskytuje až u 40 % pacientů buď v souvislosti s předchozím onemocněním DM nebo jako stresová odpověď organismu. Hyperglykemie má rovněž nepříznivý efekt na postižení mozku. Léčba inzulinem je indikována u pacientů s glykémii nad 8 mmol/l.

Antiedematózní léčba – Spočívá ve zvýšení osmolality séra. Zvýšením osmotického gradientu dochází k ústupu edému či k jeho resorpci. Vlivem vysoké osmolality dochází ke snížení toku krve a ztěžuje se postup erytrocytů kapilárami. Proto je antiedematózní léčba indikována pouze u pacientů s rozsáhlým mozkovým edémem. Podává se Manitol v dávce 100 ml 4krát denně.

Terapie infekce – Zejména prevence vzniku infekce DC, které jsou u pacientů s iktem časté a velmi je ohrožují na životě. K preventivním opatřením patří péče o DC, prevence aspirace a dechová rehabilitace. Významné jsou také močové infekce, které jsou časté zejména u pacientů dehydratovaných či s PMK. Prevence katéetrové sepse a vzniku dekubitů je záležitostí zejména odborné ošetrovatelské péče. Monitorace CRP je ukazatelem infekce a pozitivita vyšetření je indikací k zahájení ATB terapie.

Prevence TEN – Zejména spočívá v zabránění vzniku hluboké žilní trombózy. Spočívá v časně mobilizaci pacienta, polohování, bandážích DK, podávání nízkomolekulárních heparinů a ev. při kontraindikaci antikoagulační terapie zavedení kaválních filtrů do dolní duté žíly.

Prevence vzniku deprese – Závažné iCMP jsou invalidizující onemocnění, které je velkým traumatickým faktorem pro každého pacienta. Včasné zahájení psychoterapie či podání antidepressiv zlepšují spolupráci nemocného a jeho přístup k léčbě.

Léčba epilepsie – Přibližně u 5 % pacientů s iCMP dochází k různým formám epileptického záchvatu. Na místě je terapie antiepileptiky a při opakování záchvatů vyšetření EEG.

Rehabilitace, reedukace řeči, ergoterapie – Důležité je co nejčasnější zahájení rehabilitačních technik k možnosti intenzivního rozvoje plasticity mozku a obnovy ztracené funkce.

Monitorace – Zahrnuje sledování TF, EKG, TK, dýchání, saturace, CVP, někdy i ICP a u pacientů na UPV monitorace ventilačních parametrů. (2)

2.5 Anamnéza pacientky při příjmu

Jméno: B. B

Rok narození: 1928

Pohlaví: ženské

Výška: 165 cm

Hmotnost: 85 Kg

Délka hospitalizace: 7 dní

Nynější onemocnění: Ischemická CMP, léze v karotickém povodí vlevo. Dále při přijetí fibrilace síní s rychlou odpovědí komor a dekompenzovaná hypertenze. Za přítomnosti svědků při rozčilení došlo u pacientky náhle k poruše řeči a hybnosti pravostranných končetin. Volána RZP. Při přijetí, v 17:30 hod., paréza lícního nervu vpravo, smíšená fatická porucha, pravostranná hemiparéza, lehká pravostranná hemihyestezie, NIHSS 9. CT mozku nativně se známkami hypoperfúze obou mozkových hemisfér a následně CT angio, kde nález uzávěru a. carotis interna sin. Zároveň uzávěr a. cerbri media vlevo s celkově dobrým vyvinutým kolaterálním oběhem. CT vyšetření bylo doplněno ještě sonem magistrálních cév, kde byl nález aterosklerotických změn oboustranně v karotickém povodí. A okluze ACI zřejmě staršího data s vyvinutým kolaterálním oběhem přes a. ophtalmica. Anamnesticky ani laboratorně bez známek kontraindikace k podání systémové trombolýzy. Tato zahájena 110 min. od vzniku příznaků (20 min. po příjezdu na kliniku). Podána Actilyse 70 mg. Z toho 7 mg bolusově a zbytek injektomatem během 60 minut. Po podání snížení NIHSS na 6. Přetrvává smíšená fatická porucha a paréza lícního nervu, zlepšení pravostranné hemiparézy.

V laboratoři vstupně hypokalemie (3,7 mmol/l) - substituce, vyšší cholesterol (7,28mmol/l) - nasazený statiny, vyšší kyselina močová (463 μmol/l) – nasazen alopurinol, vyšší glykemie (6,8 mmol/l) – observace. V cca 19.30 náhle záchyt FiS s rychlou odpovědí komor. TF až 150/min, TK 190/95. Natočeno znovu EKG. Podán dle ordinace betablokátor i.v., Cardilan a amiodaron bolusově a v injektomatu. Během hodiny úprava TF na 80/min.

Osobní anamnéza: hypertenzní nemoc, dyslipidemie (primozáchyt), hyperurikemie (primozáchyt), st.p. apendektomií

Alergická anamnéza: penicilin

Farmakologická anamnéza: Metoprolol tbl.

Rodinná anamnéza: manžel + v 68 na AIM, dcera onkologicky nemocná, syn zdravý, matka + v 82 na CMP, otec + v 74 na Ca plic

Abusus: nekouří, vzácně alkohol

Pracovní a sociální anamnéza: v důchodu, dříve pracovala jako vyučená švadlena, žije sama, v panelovém domě s výtahem v Neratovicích, doposud zcela soběstačná, navštěvuje jí dcera a syn

Gynekologická anamnéza: 2 porody bez komplikací přirozenou cestou, počátek menstruace nelze zjistit

2.6 Fyzikální vyšetření při příjmu

Subjektivně: bez bolesti, nauzey, vertiga, poruchy smyslů, nemůže mluvit a chodit.

Objektivně:

Stav vědomí: lucidní, orientována osobou, více nelze vyšetřit pro poruchu řeči, klidná, spolupracuje, smíšená fatická porucha těžká ve vyjadřování a neúplná ve vnímání řeči, lehká dysartrie

Hlava: rozsah zorného pole v normě, oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice okrouhlé, izokorické, reakce na osvit a konvergence bilaterálně výbavná, asymetrie mimické inervace při těžké paréze n. VII vpravo v klidu i při intenci, jazyk bez povlaku plazí středem, uvula střední postavení, sliznice vlhké, růžové, patrové oblouky elevují symetricky, obtíže při polykání tekutin, chrup umělý

Krk: ameningeální, krční uzliny a štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšena

Horní končetiny: LHK s normální hybností, PHK svalová síla snižena ve všech segmentech, PHK pohybuje po podložce, elevovanou PHK udrží po dobu 5 sec., pasivní hybnost ve všech segmentech v plném rozsahu bez bolesti, stisk rukou vpravo slabší, slabší vnímání senzitivních podnětů vpravo

Dolní končetiny: LDK svalová síla přiměřená, PDK nižší síla, při zvednutí okamžitě pokles k podložce, pasivní hybnost ve všech segmentech bez bolestivosti, bez otoků a varixů, pulzace hmatná do periferie

Hrudník: souměrný, poslechově eupnoe, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů, srdeční ozvy 2 ohraničené, bez šelestů

Břicho: měkké, v úrovni hrudníku, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence, játra a slezina nehmatné, poklep bubínkový, močový měchýř bez retence, zaveden PMK, moč čirá

Fyziologické funkce: TK 220/110 po Urapidil 50 mg i.v. 165/85, TF 85´ pravidelná, SpO₂ 96 %, TT 36,5 °C, dýchání klidné

Kůže: suchá, bez známek exantému, na břiše jizva po apendektomii

Stav výživy: výška 165 cm, váha 85 Kg, BMI 31,2 (obezita I. st.)

Zavedené invaze: PŽK na PHK G20, PŽK na LHK G 22, PMK č. 18

NIHSS: 9

2.7 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace:

Pacientka přijata ve večerních hodinách v 17.30. Lucidní, klidná, spolupracuje, těžká smíšená afazie + dysartrie, dysfagie, riziko aspirace zejména tekutin. Provedeno Ct + Ct ag, Duplexní sono cév mozku. Pacientka kontinuálně monitorována. Bez nutnosti O₂ podpory. Při příjmu TK hypertenzní až 220/110 mm Hg. Aplikován urapidil kontinuálně v lineárním dávkovači. TK stabilizován na 165/85 mm Hg. Snaha udržet TK systoly v rozmezí 140-180mm Hg systoly. Z invazí zavádíme 2krát PŽK a PMK. Provedeny statim odběry KO, koagulace, biochemie. Natočeno EKG. Do 20 min. od příjezdu na oddělení podána systémová trombolýza celkově 70 mg. Po trombolýze zlepšení NIHSS na 6. Přetrvává smíšená fatická porucha a paréza lícního nervu, zlepšení pravostranné hemiparézy. Ve večerních hodinách záchyt FiS s rychlou odpovědí komor TF až 150/ min., TK 190/95. Podán amiodaron kontinuálně v lineárním dávkovači, betablokátor amp.(Betoloc) v 19 hod. a Cardila 2 amp. v 19 a 22 hod. Postupné zlepšení stavu k TF 80/min.

2. den hospitalizace:

Zhoršení pravostranné symptomatiky ve smyslu těžké parézy. Pacientka není vůbec schopna pohnout pravostrannými končetinami, je somnolentní. V řeči došlo taktéž k zhoršení afazie. Pacientce není téměř rozumět, co chce říci. Závěr lékaře je těžká pravostranná paresa, hypesthesie, somnolence, těžká smíšená afazie. Celkové NIHSS 18, občas s kolísáním dolů. Kontrolní CT mozku nativ prokázalo rozvoj malacie v povodí a.cerebri media zvláště v hlubokých strukturách mozku. Na RTG S+P hyperemie v malém oběhu jinak bez větších patologií. Přetrvává dekompenzovaná hypertenze s nutností korekce i.v. urapidilem. Na EKG přetrvává FiS s normální TF - korigována amiodaronem v injektomatu. Probíhá RHB a logopedická péče k nácviku polykání. V ranních odběrech ↑cholesterol (6,77mmol/l), LDL (4,81 mmol/l), urea (6,8mmol/l), glykémie (7,2 mmol/l), ↓ TSH (0,452mIU/l), v moči ↑hustota (1,038 kg/m³), bílkovina 0.50 g/l, ery (500 počet/μl), leu (250 počet/μl), krystaly (294 10⁶/l).

3. den hospitalizace:

Neurologický stav beze změn. Přetrvává somnolence, NIHSS 18. TK stále sklony k hypertenzím korigován i.v. urapidilem. TF již stabilní bez podpory i.v. amiodaronu. Přes noc pacientka neklidná, odpojuje si elektrody, sundává tlakovou manžetu, snaží se posazovat.

4. den hospitalizace:

Při ranních medikacích již pacientka spolupracuje, na výzvu se snaží vyhovět, je klidná. Provedeny ranní kontrolní odběry krve – Na, K, Cl, urea, kreatinin, osmolalita, glykémie, CRP, KO. Neurologický stav beze změn. Přetrvává somnolence, NIHSS 18. TK stále dekompenzován, korigován i.v. urapidilem na cílové hodnoty mezi 140-185 mmHg sys. V plánu na 7 den hospitalizace překlád na neurologii okresní nemocnice.

5-7. den hospitalizace:

Stav pacientky beze změn. Zhoršení psychiky, často plačtivá, depresivní. 7. den dle plánu přeložena v dopoledních hodinách na spádové neurologické oddělení do okresní nemocnice.

3. Ošetrovatelská část

V této části je zpracována případová studie o pacientce s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Pacientka, i její dcera, mi dala ke zpracování jejího případu slovní souhlas.

Studii jsem vypracovala pro 4. den hospitalizace. Popisuji ošetrovatelskou péči v akutním stadiu onemocnění, kdy byla pacientka hospitalizovaná na oddělení neurologické JIP. Tato část se skládá ze zhodnocení stavu pacientky dle modelu V. Hendersonové a to v den přijetí a 4. den hospitalizace. Tento den k naplánování péče a ošetrovatelského procesu jsem si vybrala z důvodu mé celodenní služby na oddělení a zejména z důvodu plánované návštěvy dcery k doplnění informací z pacientčina života.

Data jsem sbírala od pacientky zejména pozorováním chování a reakcí vzhledem ke komunikační bariéře. V odpoledních hodinách čtvrtého dne mi údaje o pacientce doplnila její dcera.

3.1 Posouzení stavu nemocné při příjmu

Dýchání

Objektivně: Pacientka přijata v 17:30 hod. Lucidní. Orientovaná. Dýchá spontánně bez nutnosti dechové podpory. SpO₂ monitorováno kontinuálně, v normě, pohybuje se v rozmezí 95-99 %. DF pravidelná, mírně zrychlená kolem 20 dechů/min. Bez známek zahlenění, dýchání čisté, sklípkové. Není indikována O₂ podpora.

EKG a TF monitorována kontinuálně, při příjmu pravidelná akce 86/ min. V cca 19 hod. zachycena FiS s rychlou odpovědí komor. SpO₂ v normě 97%.

Dle osobní anamnézy se léčila doma s vysokým tlakem. Při příjmu pacientka hypertenzní až 220/110 mm Hg. Aplikován urapidil kontinuálně v lineárním dávkovači. TK stabilizován na 165/85 mm Hg.

Subjektivně: Pacientka nepocituje žádné dechové obtíže. Je rozrušená z nastalé situace. Komunikace je zhoršená v důsledku poškození mozku.

Strava a pití

Objektivně: Pacientka má mírnou nadváhu. Na výšku 165 cm váží 85 kg. BMI je tedy 31,2 což svědčí pro I. stupeň obezity. Kůže je suchá. Dásně a sliznice

DÚ jsou růžové, vlhké bez známek defektů. Má horní zubní protézu, která jí nyní nesedí z důvodu obrny lícního nervu. Pacientka má problémy polknout tekutiny.

Subjektivně: Z důvodu těžké fatické poruchy nelze přesně zjistit zvyky a potřeby nemocné z domova. Častěji žádá o tekutiny, hlad nemá.

Vylučování

Objektivně: Při přijetí pacientka pomočená. Z indikace lékaře zaveden PMK č. 18 bez komplikací. Odvádí čistou moč bez příměsí. Z biochemického vyšetření krve záhyt zvýšení kys. močové (463 $\mu\text{mol/l}$) a urey (7,1 mmol/l). Kreatinin a osmolalita v normě. Poslední stolice dle pacientky byla den před tím.

Subjektivně: Zvyklosti a rituály při vylučování nelze zjistit z důvodu poruchy komunikace. Z náznaků vyrozumívám, že PMK pacientce nevaří. Nestěžuje si na žádné bolesti či tlaky v podbřišku.

Pohyb a udržování žádoucí polohy těla

Objektivně: Porucha hybnosti pravostranných končetin diagnostikovaná jako středně těžká pravostranná hemiparéza. Přetrvávají náznaky pohybu při neurologickém vyšetření. Pacientka ležící, upoutaná na lůžko a zcela nesoběstačná v oblastech sebepečce. Přes závažnost motorického postižení se pacientka snaží do péče alespoň nějak zapojit. I přes ochrnutí se dokáže vytáhnout v lůžku pouze s naší mírnou pomocí. Také na ochrnutou stranu se bez problémů otočí sama. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové vyhodnocuji jako střední – 7 bodů.

Subjektivně: Pacientka se snaží, v rámci jejích možností, v lůžku zaujmout pohodlnou polohu. Polohována je dle přání. Ráda leží na pravém boku

Spánek, odpočinek, bolest

Objektivně: Pacientka lucidní, orientována osobou. Zbytek pro poruchu řeči nelze zjistit. Přijata v 17.30 na naše oddělení.

Subjektivně: Nelze posoudit pro poruchu řeči. Bolesti neudává.

Výběr vhodného oděvu, oblékání, svlékání

Objektivně: Pacientka přijata v domácím pohodlném oblečení. Sama se v důsledku pravostranné hemiparézy nesvlékne.

Subjektivně: Nelze vyšetřit v důsledku poruchy řeči.

Udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Objektivně: Pacientka afebrilní 36,5. Přikryta fleecovou povlečenou dekou. Nesleduji zvýšené pocení. Kůže spíše suchá, světlá bez známek zvýšeného prokrvení. Na dotek teplá.

Subjektivně: Pacientka si na zimu ani teplo nestěžuje.

Udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochrana pokožky

Objektivně: Pacientka přijata pomočena, ale jinak v dobrém hygienickém stavu. Kůže čistá, suchá bez známek ran, ekzantému. Má horní zubní protézu, která jí nyní nesedí. Sliznice má pacientka růžové a přiměřeně vlhké. Vlasy dlouhé, bílé, řídké. Nehty ostříhány na krátko bez známek poškození. Hodnocení oblasti sebeděče Barthelové stanovují na 20 bodů – vysoce závislá. Při vyprazdňování stolice je pacientka plně kontinentní a má střední závislost v oblasti najedení, napití a osobní hygieně. V ostatních oblastech je plně závislá na ošetrovatelském personálu. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové stanovují na 20 bodů, což svědčí pro riziko vzniku dekubitu.

Subjektivně: Nelze zjistit subjektivní zvyklosti v oblasti udržování tělesné čistoty v souvislosti s poruchou řeči.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a předcházení zranění sebe i druhých

Objektivně: Pacientka při příjmu plně lucidní. Orientovaná osobou, zbytek nelze vyšetřit z důvodu komunikační bariéry. Na pravostranných končetinách paréza. Pacientka při ošetřování spolupracuje. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové vyhodnocuji jako střední - 7 bodů. Nevykazuje žádné projevy neklidu, které by mohlo vést ke zranění.

Subjektivně: Nelze zjistit v souvislosti s poruchou řeči.

Komunikace s ostatními, vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Objektivně: Pacientka lucidní, orientována osobou, smíšená fatická porucha. Neúplná v percepci (vnímání) a těžká v expresi (vyjadřování). Lehká dysartrie. Snaží se spolupracovat. Některé pokyny je nutno opakovat. Některým pokynům nerozumí.

Subjektivně: Pacientka rozrušená, že nerozumí, co jí říkáme.

Vyznávání víry

Nelze zjistit v souvislosti s poruchou řeči.

Práce a produktivní činnost

Objektivně: Pacientka hemiparetická.

Subjektivně: Nelze zjistit.

Odpočinkové a rekreační aktivity

Nelze zjistit v důsledku poruchy řeči.

Učení, objevování, uspokojování zvědavosti

Objektivně: Pacientka lucidní. Vzhledem k poruše řeči v percepci některé pokyny plně nechápe. Snaží se v rámci svých možností spolupracovat.

Subjektivně: nelze zjistit

3.2 Posouzení stavu nemocné 4 den hospitalizace

Dýchání

Objektivně: Pacientka somnolentní na oslovení a lehký dotek probuditelná. Orientaci, vzhledem k těžké fatické poruše, nelze s jistotou zjistit. Snaží se v rámci možností o spolupráci. Dýchání spontánní. DF klidná, pravidelná 16-20/ min. Bez známek zahlenění. Dýchání čisté, sklípkové. EKG a TF monitorována kontinuálně, stabilní. TK se sklony k hypertenzi. Na RTG hrudníku z 2. dne jsou plicní křídla rozvinutá, nález hyperemie v malém objemu, bez zjevných ložisek či infiltrací. Dle kontrolního CT mozku z 2. dne rozvoj malacie v oblasti a. cerebri media vlevo. Sledováním nezjišťují žádné projevy dušnosti. Je klidná, nekašle, nepozorují zvýšenou práci dechových svalů či další vegetativní projevy nedostatku kyslíku.

Subjektivně: Z informací od dcery jsem zjistila, že si pacientka dříve na dušnost či jiné dechové obtížemi nestěžovala. Netrpěla ani na virózy či chřipky. Naopak na svůj věk byla velmi aktivní. Celý život je nekuřačka. Na dotaz zda se jí dýchá dobře, kýve hlavou, že ano.

Strava a pití

Objektivně: Od příjmu nedošlo k žádné výraznější změně v polykání. Jídlo polyká bez obtíží. Obtížně polyká tekutiny a nechce ani příliš pít. Občas se zakucká. Vypije najednou maximálně 50-100 ml a dál pít odmítá. Pití je zahušťováno Nutrilisem do řídkého želé a podáváno Janetovou stříkačkou. K jídlu a pití jí musíme spíše nutit a navíc během něj pospává. Kůži má pacientka spíše

suchou, sliznice a dásně jsou přiměřeně vlhké. Dle dcery v posledních měsících před CMP nedošlo k nějakému výraznějšímu výkyvu v tělesné váze.

Subjektivně: Z informací od dcery jsem si udělala obraz o stravování pacientky před nemocí. Pacientka preferovala klasická česká jídla. Ráda si dala ovoce a mléčné výrobky. Dodržovala pravidelný stravovací režim. Denně se snažila vypít alespoň 1,5 litru tekutin denně.

Vylučování

Objektivně: Pacientka má zavedený PMK č. 18 již 4. den. Odvádí čirou, světlou moč bez příměsí. Močový měchýř nehmatám, bez retence v podbřišku. Bilance tekutin celkově za 24 hodin + 684 ml. Bakteriologické vyšetření moči z 2. dne hospitalizace bylo negativní. Na stolici pacientka od příjmu nebyla.

Subjektivně: Z informací od dcery zjišťuji, že pacientka neměla doma s vylučováním žádné problémy. Byla plně kontinentní a stolici měla pravidelnou. Na infekce močových cest netrpěla. Trpí zácpou a plynatostí, často si žádá o mísu. PMK jí nevadí. Nevyjadřuje pocity tlaku a retence v podbřišku, které by mohly být způsobeny podrážděním či ucpaním PMK.

Pohyb a udržování žádoucí polohy těla

Objektivně: Zhoršení pravostranné symptomatiky. Pacientka až plegická. Bez známek pohybu na pravostranných končetinách. Když pacientce zvednu PHK je schopna maximálně mírně zbrzdit pád ruky na podložku. Končetiny leží bezvládně na podložce. Není přítomno žádné spastické postižení. Stejně vyšetření síly, se stejným výsledkem, jsem provedla na PDK. Levostranné končetiny jsou hybné bez potíží. Svalová síla je normální. Končetiny udrží ve vzduchu déle jak 15 sec. Pasivní hybnost ve všech končetinových segmentech na obou stranách. Pacientka byla během noci neklidná, dezorientovaná. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové stanovuji střední riziko – 11 bodů. – zhoršení za dezorientaci, nesoběstačnost, částečnou spolupráci. Při rehabilitaci spolupracuje sporadicky. Některé pokyny vzhledem k poruše řeči nechápe.

Subjektivně: Z informací od dcery jsem zjistila, že pacientka byla doma soběstačná ve všech oblastech sebezpečí. Pomáhala rodině. Byla velmi aktivní. Všechny pochůzky a péči o domácnost si obstarala sama. Ráda chodila ven

na procházky s vnoučaty a pravnoučaty. Ráda si četla, a coby vyučená švadlena ráda šila na šicím stroji.

Spánek, odpočinek, bolest

Objektivně: Pacientka somnolentní. Na oslovení probuditelná. Během hospitalizace pacientka většinu času pospává a to jak ve dne, tak v noci. Neruší jí ani ruch při chodu jednotky intenzivní péče a časté zvukové alarmy. Předchozí noc v důsledku neklidu další pacientky spala málo. Situace vyústila přes noc až v neklid nemocné - vstávala z lůžka, sundávala monitorovací kabely, byla dezorientovaná. Bylo nutné použít omezovací prostředky a připoutat levou ruku. Ráno již pacientka klidná bez nutnosti kurtace.

Subjektivně: Bolesti pacientka neudává. Z informací, získaných od dcery, neměla pacientka doma žádné problémy se spaním. Usínala pravidelně po 22 hodině a vstávala kolem 7 hodiny ráno. Což jí plně stačilo k načerpání energie. Přes den nespala. Ke spaní jako většina lidí potřebovala tmou a ticho. Žádné jiné rituály před spaním nepotřebovala.

Výběr vhodného oděvu, oblékání, svlékání

Objektivně: Pacientka oblečena do nemocničního empíru. Z důvodu monitorace fyziologických funkcí a obtížné manipulaci s pacientkou není vhodné ani pyžamo či noční košile.

Subjektivně: Dle dcery pacientka preferuje volnější a pohodlné prádlo. Na spaní nosila noční košile. Byla spíše horkokrevná, takže se oblékala spíše méně.

Udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Objektivně: Pacientka afebrilní po celou dobu hospitalizace. Nyní 36,7 st. Oblečena do nemocničního empíru a přikryta fleecovou dekou. Nesledují zvýšené pocení, třes ani zvýšené prokrvení kůže.

Subjektivně: Pacientka spíše horkokrevná. Měla ve zvyku se oblékat méně. Přes den se občas odkrývá, protože je jí teplo.

Udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochrana pokožky

Objektivně: Kůže čistá, suchá bez známek ekzantému, dekubitu. Sliznice má pacientka růžové a přiměřeně vlhké. Na HKK jsou četné hematomy. Hodnocení oblasti sebepéče Barthelové stanovují na 10 bodů, což svědčí

pro vysoký stupeň závislosti. Pacientka se zhoršila v oblasti najedení a napití a osobní hygieně. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové stanovují na 16 bodů, což svědčí pro riziko vzniku dekubitu. Zhoršení v oblasti spolupráce, stavu vědomí, pohyblivosti.

Subjektivně: Pacientka se dle dcery ráda sprchuje. K mytí používá sprchové gely. Tělová mléka nepoužívá. Obličej si ošetřuje nivea krémem. Preferuje květinové vůně.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a předcházení zranění sebe i druhých

Objektivně: Pacientka je somnolentní. Na plegické pravé straně je snížena lehce citlivost. Orientaci nelze zjistit vlivem těžké fatické poruchy. V noci byla vlivem ruchu od jiné spolupacientky mírně neklidná, dezorientovaná. Snažila se vstávat z lůžka, strhávala si monitorovací kabely. Ráno je již v lůžku klidná a snaží se spolupracovat. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové vyhodnocuji jako střední - 11 bodů. Kvůli těžké smíšené fatické poruše pochopí cca 50 % pokynů. Pokyny je občas nutno několikrát opakovat než je pochopí. Poté se je snaží vyplnit dle svých možností.

Řeč je značně nesrozumitelná, z anamnézy diagnostikována jako těžká dysartrie.

Subjektivně: Před nemocí vnímala svůj zdravotní stav velmi pozitivně. Cítila se zdráva, plná energie. Léčí se s hypertenzí, medikace užívala zodpovědně. Hospitalizovaná byla ve 40 - ti letech po zlomenině DK a v 80 - tých letech po apendektomii. Psychické problémy před nemocí, dle dcery, neměla a problémy s pamětí byly přiměřené věku pacientky. Nosí brýle na čtení, slyší dobře. Pacientka byla doma soběstačná ve všech oblastech sebepéče. Pomáhala rodině. Byla velmi aktivní. Často chodila na delší procházky. Všechny pochůzky a péči o domácnost si obstarala sama. Příležitostně při oslavách si dala sklenici vína. Nekouřila.

Komunikace s ostatními, vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Objektivně: Od příjmu došlo k zhoršení řečových schopností pacientky. Pacientka somnolentní. Orientaci nelze zjistit. Smíšená fatická porucha bez srozumitelného projevu. Pochopí cca 50 % pokynů. Těžká dysartrie. V rámci možností se snaží spolupracovat. Většinu času pospává, nesnaží se komunikovat.

Subjektivně: Porucha řeči je pro ni velkým stresem a velmi špatně snáší neschopnost dorozumět se. Často se při pokusech o mluvu rozpláče, je depresivní. Z vyprávění dcery je pacientka velmi společenské a veselé povahy. Velmi intenzivně byla zapojena do rodinného života.

Vyznávání víry

Pacientka je ateistka. I přesto jsem jí nabídla rozhovor s duchovním, což odmítla. Její životní hodnoty a postoje jsem vzhledem k těžké fatické poruše nemohla zjistit. Na základě rozhovoru s dcerou a dle chování mé pacientky se dá usuzovat, že je pro ni velmi důležitá rodina, aktivní život, vitalita a zdraví.

Práce a produktivní činnost

Objektivně: Těžká pravostranná paréza až plegie. Snaží se spolupracovat. Je závislá ve všech oblastech sebezpěče na pomoci od ošetrovatelského personálu. Přes závažnost motorického postižení se pacientka snaží do péče alespoň nějak zapojit. Velmi pomáhá při polohování v lůžku. Dokáže se i přes ochrnutí v lůžku vytáhnout pouze jednou rukou při naší mírné pomoci. Také na ochrnutou stranu se bez problémů otočí sama.

Subjektivně: Pacientka je v důchodu, dříve pracovala jako švadlena. Pacientka má velkou rodinu. Má dvě děti, 3 vnoučata a 4 pravnoučata. V rodinném životě byla velmi aktivní. Často se v rodině navštěvují. Snažila se pomoci s péčí o pravnoučata a vnoučata. Pacientka žije sama v panelovém domě s výtahem v Neratovicích. Manžel již zemřel. Pravidelně jí v nemocnici navštěvuje její dcera i syn s rodinou. Pacientka byla doma soběstačná ve všech oblastech sebezpěče. Pomáhala rodině. Byla velmi aktivní. Všechny pochůzky a péči o domácnost si obstarala sama. Pravidelně vodila pravnučku do kroužku.

Odpočinkové a rekreační aktivity

Objektivně: Pacientka somnolentní. Probouzí se většinou pouze při příchodu zdravotnického personálu. Polohována dle přání minimálně po 3 hodinách. V lůžku použity polohovací pomůcky. Ráda leží na pravém boku, který tedy preferuje při polohování.

Subjektivně: Pacientka byla poslední dobou vystavena velké míře vážných stresových situací. Před rokem jí zemřel manžel a dcera je onkologicky nemocná. Pacientka se snažila ve svém počínání stavět ke všem problémům aktivně. Stres

zaháněla většinou prací. V životě byla velmi aktivní. Ráda chodila ven na procházky s vnučaty a pravnoučaty. Ráda si četla, a coby vyučená švadlena ráda šila na šicím stroji. Vzhledem k jejímu aktivnímu životu před nemocí je pro ni nynější situace velkou zátěží.

Učení, objevování, uspokojování zvědavosti

Objektivně: Pacientka somnolentní. Těžká fatická porucha. Chápe cca 50 % pokynů zdravotnického personálu, ale snaží se o spolupráci. Za pacientkou dochází každý den logoped a nacvičují spolu obnovení polykacího reflexu a řeč. Při rehabilitaci spolupracuje sporadicky. Některé pokyny vzhledem k poruše řeči nechápe.

Subjektivně: Pacientka je vyučenou švadlenou. Léčí se pouze s vysokým TK. Medikaci užívá zodpovědně. Pravidelné kontroly TK u lékaře dodržovala. Doma se naučila přeměřovat TK elektrickým tlakoměrem.

3.3 Ošetrovatelské diagnózy

K 4. dni hospitalizace pacientky na neurologické JIP jsem si stanovila 10 aktuálních ošetrovatelských diagnóz.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- Riziko vzniku dekubitu v souvislosti s poruchou hybnosti
- Riziko aspirace v souvislosti s poruchou polykání
- Porucha sebeděže v oblasti hygieny, výživy a oblékání v souvislosti s poruchou hybnosti
- Zácpa v souvislosti se ztrátou soukromí a nepřírozenou polohou při vyprazdňování
- Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivními vstupy
- Riziko komplikací v souvislosti se základní diagnózou
- Porucha verbální komunikace v souvislosti se základním onemocněním
- Riziko pádu a poranění v souvislosti s poruchou vnímání
- Riziko TEN v souvislosti s upoutáním na lůžko
- Strach a smutek v souvislosti s poruchou řeči a ztrátou soběstačnosti

Riziko vzniku dekubitu v souvislosti s poruchou hybnosti

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku dekubitů
- Včas odhalit známky počínajícího dekubitu
- Pacientka zaujímá v lůžku fyziologickou polohu

Plán:

- Pečovat o hygienu kůže a lůžko pacienta (ráno celková hygiena na lůžku + večerní toaleta, péče o kůži při polohování).
- Kontrolovat predilekční místa a všimat si změn na kůži (vždy při polohování).
- Spolupráce s fyzioterapeutem při polohování, procvičování pasivních pohybů v kloubech.
- Pravidelné polohování pacientky po 3 hodinách a použití polohovacích pomůcek do lůžka.
- Využít schopnosti pacientky při pohybu v rámci lůžka.

Realizace:

Pacientka ležela na antidekubitární matraci, kde bylo možno navolit střídavé nafukování a vyfukování jednotlivých vnitřních polštářů. Principem je střídavé nadlehčení a zatížení různých částí těla. Ráno jsem pomohla pacientce při celkové koupeli na lůžku. Kůži jsem promazala tělovým mlékem. Záda jsem namazala mentolovou pěnou a provedla masáž kůže. Na sacrum jako prevenci opruzení jsem aplikovala Zinkovou pastu. Záda a sacrum jsem promazávala vždy při polohování. Pacientku jsem polohovala každé 3 hodiny nebo dle potřeby pokud si již na polohu stěžovala. Při polohování jsem se pacientky vždy ptala, jak by ráda ležela. Pacientka preferovala pravý bok. Při poloze na boku jsem tělo vypodložila perličkovými polohovacími pomůckami za záda pod paže a mezi DKK. Při polohování jsem dbala na udržení fyziologického postavení končetin. HKK byly flektovány v lokti a rameno bylo staženo dolů. Do pravé ruky jsem vkládala perličkový váleček k flexi prstů a polohovala zápěstí do mírné dorzální flexe. DKK byly flektovány v kolenou a kyčlích. Na chodidlo obou DKK přikládám molitanové „bačkůrky“ k udržení dorzální flexe v nártu a tím zabránění zkrácení Achillovy šlachy. Při poloze na zádech jsem vypodložila polohovacími

pomůckami obě HKK a obě DKK. Pacientce polohovala HKK pouze do semiflexe v lokti, rameno opět staženo dolů a ruku do dorzální flexe s flexí prstů při vložení perličkového válečku do dlaně. DKK také pouze v semiflexi v kolenou a kyčlích. Pacientku jsem edukovala o potřebě zapojovat i plegickou stranu. Pacientka věděla, že pravou stranou těla není schopna pohnout. Snažila jsem se jí vysvětlit, že s ní nemůže hýbat vlivem postižení mozku CMP. Zdá, že svůj stav pochopila a rozumí mu. Také bylo zřejmé, že jí to velmi trápí. Vysvětlila jsem jí, že se může snažit procvičovat levou rukou pravou končetinu, tak aby s její pomocí svírala pěst vpravo nebo protahovala ruku v lokti. Snažila jsem se jí podpořit

i v procvičování nártu ve smyslu plantární a dorzální flexe. Vysvětlila, že i když se jí bude zdát, že to nemá žádný efekt a odpověď je dobré snažit se vůlí zapojovat i ochrnutou stranu. S fyzioterapeutem pacientka procvičovala pasivní cvičení na udržení rozsahu v kloubech na postižené pravé straně, masážní techniky k uvolnění svalů, šlach a fascií. Placing končetin, který je zaměřen na udržení správného postavení těla. A dechovou rehabilitaci, která obsahuje vibrační masáže trupu a nácvik správného odkašlávání. Pacientka s fyzioterapeutem spolupracovala omezeně. Některým pokynům zcela nerozuměla a bylo nutné jí je názorně předvést. Večer jsem ještě pacientku otřela vlhkými žínkami a promazala kůži tělovým mlékem.

Pacientka po těle neměla žádné známky počínajícího dekubitu. Kůže byla beze změn, se sklony k vysoušení. Zvláště pečlivě jsem si prohlédla oblast zad, týlní část hlavy, sacrum, lokty a paty. Žádné patologické procesy jsem nezaznamenala.

Hodnocení:

Pacientka nemá známky dekubitu. Cíl byl splněn.

Riziko aspirace v souvislosti s poruchou polykání

Cíl:

- Pacientka je poučena o příčině a riziku, které jí při polykání hrozí.
- Snížit riziko aspirace na minimum.
- Pacientka spolupracuje s logopedem při nácviku polykání.

Plán:

- Zajistit vhodnou polohu při polykání (sed, křeslo).
- Spolupráce s nutriční terapeutkou a zajištění optimální stravy (kašovitá dieta ev. příkrmy).
- Tekutiny zahušťovat Nutilisem do konzistence řídkého želé.
- Asistovat pacientce při jídle a pití.
- Edukovat rodinné příslušníky o možnostech stravování pacientky.
- Zajistit spolupráci s logopedem a nácvik polykání.
- Být trpělivá a nikam nespěchat.

Realizace:

Veškeré jídlo a tekutiny jsem pacientce podávala přísně v sedě. Pacientku jsem vždy při jídle a pití napolohovala na záda a postel upravila do polohy křesla. Při jídle a pití jsem podírala jednou rukou pacientky hlavu, aby jí neměla v záklonu. Pacientka měla objednanou vhodnou kašovitou dietu 1/S. Tekutiny jsem podávala janetovou stříkačkou a zahušťovala je Nutilisem do konzistence řídkého želé. Tekutiny jsem pacientce nabízela pravidelně každou hodinu. Pacientka najednou vypila pouze 50-100 ml. Lékaře jsem informovala o nízkém příjmu tekutin, a proto ordinuje navíc další tekutiny v infúzi (FR 500 ml). Tablety polykala pacientka drcené na lžici s přesnídávkou nebo trochou zahuštěného čaje. Pacientce jsem vysvětlila, jak je důležité soustředit se na polykání, které je v tuto chvíli narušené. Při jídle jsem pacientce pomáhala, ale zároveň se jí snažila motivovat k zapojení do jídla. Umístila jsem ho tak, aby na něj zdravou rukou dosáhla a najedla se sama jíst lžící. Bylo nutné, ale při jídle pacientce asistovat: podržet jí talíř, aby se jí nesmýkal po stole, občas jsem jí musela šetrně probouzet, protože usínala. Občas pacientka zakašlala. Logoped za pacientkou přišel odpoledne a kromě nácviku řeči probíhá i nácvik polykání, pomocí termálně - taktilní stimulace patrových oblouků ledovými štětičkami a nácvik polykacího manévru. Pacientka při polknutí sousta měla sklonit hlavu k silnější, levé, nepostižené straně.

Rodinné příslušníky jsem edukovala při návštěvě o vhodné konzistenci stravy. Doporučila jim popř. přinést pacientce různé jogurty, přesnídávkou ev. mixovaná hotová jídla, rozmixované husté polévky apod.

O DÚ jsem pečovala štětičkami namočenými v roztoku Stopanginu a vody. Monitorovala jsem P+V tekutin každých 6 hodin a rovněž množství jídla, které pacientka snědla. Ráno proveden kontrolní odběr glykémie, kde hodnota zvýšena na 7,1 mmol/l.

Hodnocení:

Opakovaně jsem pacientku upozorňovala, ať se na polykání soustředí, aby nedošlo k vdechnutí jídla. Pacientka kývala, že rozumí. Cíl byl splněn.

Pacientku jsem vždy při jídle a pití napolohovala do vhodné polohy v sedě ev. lůžko do polohy křesla. Podepřela jsem jí vždy hlavu rukou, aby jí při polykání neměla v záklonu. Tekutiny jsem zahušťovala dle přání logopedky do konzistence řídkého želé. Cíl byl splněn.

Pacientka s logopedem spolupracuje bez problémů. Cíl byl splněn.

Porucha sebeděče v oblasti hygieny, výživy a oblékání v souvislosti s poruchou hybnosti

Cíl:

- Pacientka má pocit pohodlí a čistoty těla.
- Pacientka sní vždy alespoň polovinu porce.
- Pacientka vypije alespoň 1,5 litru tekutin za den.

Plán:

- Zhodnotit vývoj a schopnosti pacientky v jednotlivých oblastech sebeděče.
- Pomoci a zastoupit pacientku v úkonech sebeděče, které sama nezvládne .
- Snažit se pacientku alespoň částečně zapojit do jednotlivých oblastí sebeděče – trénovat samostatné najezení (dát jí lžici do ruky, zda jí udrží a nabere s ní jídlo), trénovat sebeděči v oblasti hygieny obličeje a trupu (dát pacientce na ruku žínku a zapojit jí do mytí).
- Spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem.
- Dopřát nemocné dostatek času na plnění jednotlivých úkonů.
- Psychicky pacientku podporovat.
- Edukace rodinných příslušníků a jejich zapojení do péče.

Realizace:

Ráno jsem opět zhodnotila rozsah deficitu sebeděče dle Barthel indexu na 10 bodů, což svědčí pro vysoký stupeň závislosti. Pacientka se zhoršila v oblasti najedení a napití a osobní hygieně. Skóre značí vysokou závislost v oblasti sebeděče. Vzhledem k poruše hybnosti byla pacientka neschopná ve všech oblastech sebeděče. Návlek sebeděče byl ještě komplikován poruchou řečové kognice.

Hygienická péče – Ráno jsem s pacientkou provedla celkovou koupel na lůžku. Snažila jsem se jí alespoň částečně zapojit do hygienické péče. Dostala žínkou do levé ruky a pokusila se umýt si obličej a tělo kam dosáhla. Snažila jsem se zapojit i paratickou pravou stranu při hygieně. Rovněž jsem pacientce na pravou ruku natáhla žínku a vedla jí ruku tak aby si namydčila touto rukou tělo, kam to šlo. Tvářila se neutrálně, nezajímalo jí to. Pacientku jsem zastoupila v hygieně DKK a genitálu. Poté jsem celé tělo svrchu omyla čistou vodou. Pacientka se při manipulaci v lůžku snažila velmi pomoci. Na pravou stranu se otočila s mírnou pomocí sama a hlavně se na tomto boku udržela. Omyla jsem pacientce záda a sacrum. Na sacrum jsem k prevenci opruzení použila Zinkovou mast a na záda k prohřátí a masáži mentolovou pěnu. Vyměnila jsem veškeré lůžkoviny. Celé tělo jsem promazala tělovým krémem, který donesla rodina pacientky. K péči o DÚ použila molitanovou štětičku namočenou v roztoku ústní vody, kterou si pacientka vytřela ústa. Rty jsem promazal Calcium panthotenicum ung. Oči ošetřila pomocí Lacrysin gtt. Pacientku jsem učesala a navoněla parfémem doneseným rodinou. V rámci polohování jsem pravidelně pečovala o DÚ a oči, promazávala sacrum zinkovou pastou a záda mentolovou pěnou a česala vlasy. Večer jsem pacientku znovu otřela navlhčenými žínkami a promazala záda a sacrum.

Výživa – Pacientka byla schopna si dopravit lžící s jídlem do úst. Problém byla somnolence a usínání při jídle a příjem tekutin. Skleničku ani lahvičku se savičkou pacientka z důvodu slabosti neuzvedla. Pacientka měla kašovitou dietu. Jídlo jsem vždy položila před pacientku na stolek, aby na něj viděla. Při jídle jsem asistovala. Bylo třeba nabrat stravu na lžící, kterou jsem zpětně vložila pacientce do ruky. Občas jí šetrně probouzela. Množství sněžené stravy

jsem zaznamenala do dokumentace. K snídani snědla celý pribináček, k obědu ½ kaše s mletým masem a k večeři ¼ kaše s mletým masem a ¼ jogurtu. Tekutiny jsem podávala sama pomocí Janetovy stříkačky po 10 ml. Množství vypitých tekutin zaznamenala do dokumentace: Za mé služby vypila 1000ml. Kvůli poruše polykání jsem tekutiny zahušťovala Nutrilisem do konzistence řídkého želé. I tak se pacientka občas zalkla. Informovala jsem lékaře o poruše polykání a nutnosti navýšení i.v. hydratace, kterou zvýšil o FR 500 ml.

Tekutiny jsem nabízela pacientce každou hodinu. Před jídlem a pití jsem ji vždy napoložovala do sedu. V době návštěv jsem edukovala rodinu o pacientčině dietě a jaké potraviny je možné přinést na přilepšení. Rovněž jsem jim ukázala, jakým způsobem pacientka pije, aby měli možnost podat jí tekutiny, pokud budou chtít.

Oblékání – V souvislosti s těžkým stavem a napojením na monitor nebylo umožněno, aby měla pacientka na sobě své vlastní oblečení. Po hygieně jsem jí oblékla do čistého nemocničního empíru. Rodinu informovala o možnosti donést pacientce alespoň její vlastní ponožky.

Hodnocení:

Pacientka je čistá, nestěžuje si na nepohodlí ze strany nedostatečné hygieny. Cíl hodnotím za splněný.

Pacientka při jídle často usíná. Brzy se cítí plná a musím jí často do jídla nutit. K večeři snědla víc porce než k obědu, ale více jak 1/2 porce nesnědla. Cíl hodnotím za nesplněný.

Pacientce jsem nabízela tekutiny každou hodinu. I přes snahu je značně unavená a vypije maximálně 100 ml najednou. Za mé služby příjem tekutin za 12 hodin činil 1000 ml. Za celý den poté činil 1700 ml. Cíl hodnotím za splněný.

Zácpa v souvislosti se ztrátou soukromí a nepřírozenou polohou při vyprazdňování

Cíl:

- Pacientka se vyprázdní

Plán:

- Zajistit alespoň částečně soukromí při vyprazdňování - přinést plenty.

- Zajistit maximálně možný přirozený způsob vyprazdňování – co nejvíce pacientku posadit.
- Pravidelně pacientce nabízet tekutiny – každou hodinu.
- Spolupracovat s dietní sestrou na změně jídelníčku – zavést příkrmy jogurtů.
- Podání laxativ dle ordinace lékaře – Laktulóza 15 ml 3x denně.

Realizace:

Pacientka dle dokumentace byla naposledy na stolici doma, tj. již 4 dny od příjmu. Vysvětlila jsem jí, že z důvodu ochrnutí poloviny těla musí potřebu vykonávat na podložní mísu. Snažila jsem se jí vysvětlit, že se nemusí stydět a pokud bude mít pocit na stolici, tak přinesu zástěnu k zajištění soukromí a pokusíme se spolu, aby na podložní míse zaujala co nejpohodlnější polohu. Pacientku jsem po celý den pobízela každou hodinu k pití čaje a s dietní sestrou jsem probrala možnosti stravy. Bohužel příliš možností nebylo. Pacientka měla kašovitou dietu. Dohodla jsem se s dietní sestrou na ev. příkrmech v podobě jogurtů. Při vizitě jsem lékaře zpravila o tomto problému. Lékař do medikací připsal 3 krát denně laxativum – Lactulosa 15 ml. Pacientce jsem první dávku laxativa podala ve 12 hodin s efektem za 2 hodiny po podání. Před vyprázdněním jsem pacientce zajistila soukromí zástěnou a napolohovala jsem, při posazení na mísu, postel do sedu aby pacientka zaujímal co nejpřirozenější polohu. Po vyprázdnění jsem pacientku očistila a provedla záznam do dokumentace. Stolice měla řidší konzistenci, fyziologickou barvu bez příměsí. Při návštěvě jsem poučila rodinné příslušníky o vhodných doplňkách ke stravě. Doporučila jsem donést pacientce např. džus, minerální vodu magnesianu, nastrohané jablko, jogurty apod. Do večera již k další defekaci nedošlo. Laxativum jsem večer již nepodávala. Množství stolice bylo dostatečné. Lékaře jsem o tomto informovala a provedla záznam do dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka se po laxativu vyprázdnila, po vyprázdnění udává gesty pocit úlevy. Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivními vstupy

Cíl:

- Minimalizovat riziko infekce
- Včas odhalit známky počínající infekce

Plán:

- Sledovat okolí invazí a jejich stav pravidelně dokumentovat – vždy při polohování.
- Sledovat ev.projevy celkové infekce (sepsy) – horečka, třesavka, ↑ pocení.
- Pravidelně měřit TT, odběry krve CRP dle ordinace lékaře – TT nejméně á 6 hod., CRP dle ordinace.
- Zajistit bakteriologické vyšetření moči ev. krve dle ordinací lékaře.
- Dodržovat aseptické zásady při péči o invazivní vstupy.
- Kontrolovat průchodnost PMK – nejméně á 6 hod. při hodnocení P+V.
- Kontrolovat vzhled, množství a barvu moče – á 6 hodin.
- Pečovat o genitál, dodržovat dostatečnou hygienickou péči celého těla – ráno celková koupel na lůžku, večer otřít žínkami, očista vždy po znečištění stolicí.

Realizace:

Pacientka má zavedeny 2 invazivní vstupy- PŽK na PHK předloktí G 20 (4. den) a PMK č. 18 (4. den).

Ráno jsem s pacientkou provedla celkovou koupel na lůžku. Kůži jsem promazala tělovým mlékem a na sacrum aplikovala Zinkovou pastu. Pečlivě omyla okolí genitálu. Okolí PMK se zdálo klidné, bez výtoku. Z dokumentace jsem ověřila dobu od zavedení PŽK – 4. dny. Okolí PŽK nejevilo známky infekce, ale PŽK již obtéká. Nový žilní přístup jsem zajistila na LHK předloktí PŽK G 22. Kanyla byla funkční, průchodná. Kryla jsem jí sterilně, náplastí Curapore a dále fixovala dětský set ke kůži náplastí. Starý PŽK extrahovala a místo vpichu odmačkávala po dobu 2 min. Na okolí vpichu jsem pro jistotu aplikovala Heparoid ung.

Pacientka byla kontinuálně monitorována (EKG, SpO2). TK sklony k hypertenzi i nad 190 mm Hg systoly. Aplikováno kontinuálně

antihypertenzivum v lineárním dávkovači. TF v normě. TT měřena po 6 hodinách. Pacientka byla bez teploty, nejevila žádné známky počínající infekce.

Bakteriologické vyšetření moče a výtěry z krku byly odeslány při příjmu - obojí negativní. Další bakteriologické vyšetření bylo v plánu na pondělí 7. den hospitalizace. Hemokultura krve byla v plánu pouze při TT nad 38 st. Každý den ráno odběr krve k monitoraci CRP od příjmu mírný vzestup na 18 mg/l.

PMK byl průchodný, odváděl čistou moč bez příměsí. Bilanci jsem hodnotila každých 6 hodin dle ordinace lékaře. Za mé služby byla bilance pozitivní o 500 ml.

Okolí genitálu a PMK jsem omyla ráno při hygieně, po znečištění od stolice a večer. Okolí bylo klidné, uretra a pochva bez výtoku.

Hodnocení:

Provedla jsem všechny úkony k minimalizaci rizika vzniku infekce. Aseptický převaz PŽK, zvýšená péče o genitál a kontrola průchodnosti PMK a vzhledu moče. Pravidelně jsem hodnotila TT a kontrolovala celkový stav pacientky. Cíl byl splněn.

PŽK zavedený 4. den s mírným obtékáním infúze jsem ihned po ranní hygieně extrahovala a zavedla nový. Okolí vpichu ošetřila Heparoid ung. Cíl byl splněn.

Riziko komplikací v souvislosti se základní diagnózou

Cíl:

- Včasná identifikace komplikací.

Plán:

- Monitorace FF (srdeční činnost, dýchání, vědomí, teplota).

Realizace:

Pacientka byla od příjmu připojena na monitor. Kontinuálně sledováno EKG, SpO₂ a TF. TK byl monitorován neinvazivně, tlakovou manžetou, v intervalech dle stavu, ale nejdéle měřen 1 krát do hodiny. Zápisy do dokumentace jsem prováděla každou hodinu.

TK měla pacientka nestabilní se sklony k hypertenzi. Přes den nejvíce 195/80 mm Hg. Byl podáván kontinuálně injektomatem Tachybene 250 mg

k docílení TK systoly 140-180 mm Hg. Rychlost podání se pohybovala od 0 - 8 ml/hod. Dále měla pacientka v medikacích p.o. antihypertenziva a to: Prestarium Neo forte 10 mg 1 krát denně, Vasocardin 50 mg 2 krát denně, Ebrantil retard 30 mg 2 krát denně.

TF měla pacientka již pravidelnou ve fyziologickém rozmezí. Při příjmu měla nemocná epizodu fibrilace síní s rychlou odpovědí komor až ke 150/min. Z toho důvodu měla v p.o. medikacích Cordarone 200 mg.

Pacientka problémy s dýcháním neměla. Byla bez O₂ podpory a SpO₂ se pohybovalo v rozmezí 96-98%.

TT jsem měřila každých 6 hodin. Pacientka byla afebrilní.

Kvantitativně měla mírně zhoršený stav vědomí. Pacientka byla somnolentní a na oslovení lehce probuditelná. Kvalitativní porucha vědomí se projevila v noci, kdy byla pacientka neklidná, zřejmě i dezorientovaná. Sundávala ze sebe monitorovací kabely a snažila se přelézt postranice. Přes den byla v lůžku klidná, spolupracovala. Orientaci šlo ověřit pouze osobou vzhledem k těžké poruše řeči.

Hodnocení bolesti probíhá podle VAS škály. U pacientů, u kterých nelze VAS škálu použít si všímáme doprovodných příznaků bolesti jako je grimasování, vegetativní symptomatika, verbální projevy bolesti. Pacientka byla bez bolestí, na nic si nestěžovala. Při polohování a manipulaci s jejím tělem je klidná.

Denně probíhali u pacientky kontrolní odběry krve na biochemii. Při příjmu byla zjištěna hypokalemie (3,7 mmol/l) – nasazeno KCl tbl. + jednorázově Cardilan 2 amp., zvýšení cholesterolu (7,28 mmol/l) a triacylglycerolů (2,41 mmol/l) - nasazeny p. o. statiny Sortis 20 mg 1 krát denně a vyšší kys. močová (463 μmol/l) a urea (7,1 mmol/l) - nasazen alopurinol p.o. Milurit 100 mg 1 krát denně. Glykémie nadále sledována. V plánu druhý den biochemie krve (Na, K, Cl, urea, kreatinin, osmolalia, glukóza, CRP) a KO.

Bakteriologické vyšetření moče a výtěr z krku a nosu proběhl při příjmu. Výsledky byly negativní. V plánu bylo kontrolní vyšetření na 7. den hospitalizace. Biochemický rozbor moče byl proveden při příjmu, kde zvýšená hustota (1,038 Kg/m³), bílkovina (0,5 g/l), ery (500 počet/μl). V sedimentu moče zvýšeno ery (13651 10⁶/l), leu (593 10⁶/l), krystaly (294 10⁶/l) a další odběr byl v plánu rovněž na 7. den hospitalizace.

Odběr hemokultury byl naordinován při zvýšení teploty nad 38 st. jedenkrát denně. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace afebrilní, takže odběr neproběhl.

Hodnocení:

Během dne nedošlo k žádným výrazným komplikacím spojeným s celkovým onemocněním. Nadále se řešila stabilizace TK a lékař byl zpraven o dalších oblastech celkového stavu, kde by mohlo dojít ke zhoršení. Naordinoval infúze k zvýšení příjmu tekutina a laxantiva k vyprázdnění. Rovněž naordinoval antidepresiva k podpoře psychiky pacientky. Cíl hodnotím za splněný.

Porucha verbální komunikace v souvislosti se základním onemocněním

Cíl:

- Nemocná chápe pokyny zdravotnického personálu.
- Nemocná se snaží sama komunikovat - bude se snažit opakovat určená slova nahlas.

Plán:

- Zhodnotit schopnosti pacientky v komunikaci ev. schopnost psát či číst.
- Zajistit optimální prostředí, klid a pohodu při komunikaci s pacientkou.
- Podporovat pacientku v komunikaci a ujistit se, že rozumí mým pokynům – aktivizovat k řeči vždy při práci u lůžka.
- Procvičovat s pacientkou základní slova, zadávat jí jednoduché řečové úkoly - počítání do deseti, známá píseň apod.
- Používat komunikační pomůcky - tabulky, obrázky, psaní.
- Spolupracovat s logopedem na sestavení slovního tréninku.

Realizace:

Při zhodnocení rozsahu poruchy jsem se ujistila, že pacientka rozumí jen některým jednoduchým pokynům, ale i např. pokyn „zvedněte ruku“ jsme museli opakovat a předvést. Snažila se hlasitě odpovídat, ale nebyla schopna vytvořit normální slovo, psanému textu se zdálo, že rozumí. Pacientka si byla vědoma toho, že jí není rozumět a velmi jí to trápilo. Snažila jsem se pacientce během dne vše trpělivě vysvětlit s jasnou artikulací, aby bylo všem slovům dobře rozumět.

Ve spolupráci s logopedem jsme sestavili slovní trénink, který si pacientka během dne procvičovala. Obsahoval slova jako dny v týdnu (pondělí... neděle), měsíce v roce, počítání do deseti, roční období. Slova měla napsaná velkými písmeny na papíře pro lepší vizuální stimulaci. Během dne jsme je spolu několikrát trénovali. Prozatím jim nebylo rozumět. Největší problémy jí dělala slova středa, čtvrtek a počítání do deseti. Zejména jsem jí vysvětlovala důležitost mluvit nahlas, aby slyšela, co říká. Při provádění ošetrovatelské péče jsem si ověřovala, zda pacientka všemu rozumí. Snažila jsem se pokládat otázky s jednoduchými odpověďmi ano či ne, abych se dorozuměla o jejích eventuelních potřebách. Zkusila jsem použití písmenkové abecedy k vyjádření pacientčinych potřeb, ale pacientka byla na ukazování písmen slabá. Přejížděla rukou nesouvisle od jednoho ke druhému. K stimulaci řeči měla pacientka možnost také sledování televize. Při návštěvách jsem edukovala rodinné příslušníky o nácviku řeči. Doporučila jsem jim procvičovat s pacientkou daná slova, eventuelně si s ní zazpívat oblíbenou jednoduchou píseň. K další stimulaci řeči jsem doporučila rodině přinést pacientce rádio či knížku s jednoduchými krátkými texty. Důležitá byla zejména trpělivost při komunikaci s pacientkou a psychická podpora v jejím úsilí.

Hodnocení:

Jak je uvedeno výše, pacientka porozuměla tak 50 % pokynů. Rozuměla zejména jednoduchým pokynům. Při složitých úkonech jsem se snažila pacientce vysvětlovat názorně, co budu dále dělat. Cíl byl splněn jen částečně.

Nemocná se velmi aktivně zapojila do nácviku komunikace. Jedinou vadou byla nutná aktivizace nemocné vzhledem k somnolenci. Ale vždy při pobídnutí k nácviku řeči velmi pěkně spolupracovala. Zvláště hezky hlasitě se snažila komunikovat zejména při návštěvě rodiny. Největší problémy jí dělali slova čtvrtek, středa a počítání. Cíl hodnotím za splněný.

Riziko pádu a poranění v souvislosti s poruchou vnímání

Cíl:

- Minimalizovat riziko pádu a poranění pacientky.

Plán:

- Vhodná úprava lůžka – postranice, polohovací pomůcky.
- Poučit pacientku o signalizaci – zavolat či zakřičet.
- Pravidelný dohled nad pacientkou – nejméně jedenkrát za půl hodiny.
- Monitorace stavu vnímání a orientace – při neklidu se kontrolně ptát, zda ví, kde je, kdo je apod.
- Pátrat po ev. příčinách neklidu – vyprazdňování, strach.
- Kontrolovat přiměřenou fixaci invazí – vždy při polohování.
- Při neklidu pacientky informovat lékaře.

Realizace:

Pacientka byla somnolentní. Orientace šla těžko posoudit vzhledem k fatické poruše. Pacientka byla uložena na lůžku se zvednutými postranicemi, v lůžku jsem použila polohovací perličkové pomůcky. Pacientka byla poučena, že k signalizaci o pomoc stačí pouze zavolat či vydat nějaký zvuk. Pacientku jsem rovněž poučila o napojení na monitor k sledování FF a upozornila jsem jí na i.v. vstup. Byla pod stálým dohledem ošetrovatelského personálu. Pravidelně jsem kontrolovala fixaci i.v. vstupu. Pacientka během dne nejevila další známky neklidu.

Hodnocení:

Nedošlo k pádu pacientky. Cíl byl splněn.

Riziko TEN v souvislosti s upoutáním na lůžko**Cíl:**

- Snížit riziko TEN na minimum.
- Včas odhalit známky TEN.

Plán:

- Sledovat celkový stav pacientky – FF, bolest v DKK, blednutí či modrání DKK, teplota DK.
- Podávání medikací dle ordinací lékaře – fraxiparine, anopyrin.
- Správné a účinné přiložení BDK, průběžná kontrola správné komprese DKK – vždy při polohování.

- Spolupráce s fyzioterapeutem – procvičování pasivních pohybů v kloubech, trénink cviků na DKK, aktivizace nemocné, masáž lýtek.
- Správné polohování DKK – semiflexe v kloubech.

Realizace:

Před celkovou hygienou jsem sundala BDK. Kůže DKK je teplá, růžová, místy varixy. Při pohybu DKK bez známek bolestivosti. Při hygieně jsem provedla jemnou masáž lýtek. Končetiny po celkové koupeli promazala Leniens ung. a přiložila opět BDK. Pacientku jsem edukovala o důvodu přiložení BDK a prevenci vzniku TEN. Provedla jsem vysokou bandáž od prstů na stehno klasovým stylem. Při polohování pacientky jsem vždy zrakem zkontrolovala BDK, zda nedošlo k jejich sesunu.

Pacientka byla napojena na monitor. Sledovaly jsme TF, EKG, SpO2, DF a TK.

Jako prevence TEN v medikacích jsem podala Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. v 10 hod. a Anopyrin 100 mg. tbl. ve 12 hod.

Fyzioterapeut s pacientkou prováděl spíše pasivní cvičení. Pacientka porozuměla pouze asi 50 % pokynů. Na DKK byli procvičovány pasivní pohyby v kloubech-kroužení chodidla, plantární flexe a extenze, natahování a pokrčování DKK v kolenou.

Při polohování jsem dbala na fyziologickém postavení DKK s flexí v kyčlích a kolenou a rovnoměrném rozložení zatížení lýtek.

Hodnocení:

Pacientka nevykazovala známky vzniku TEN. Byla poučena o vyvolávajících příčinách a opatřeních k zabránění vzniku. Cíl byl splněn.

Strach a smutek v souvislosti s poruchou řeči a ztrátou soběstačnosti

Cíl:

- Pacientka je informována o všech lékařských a ošetřovatelských úkonech.

Plán:

- Zhodnotit pacientčiny pocity, její vnímání.

- Veškeré výkony u lůžka pečlivě vysvětlit a ověřit si, že pacientka všemu rozuměla.
- Mluvit pomalu a klidně.
- Umožnit pacientce vyjádřit své pocity.
- Psychicky pacientku podporovat, být empatická, vstřícná.

Realizace:

Pacientka se při práci u lůžka a provádění ošetrovatelské péče tvářila neutrálně. Snažila se při péči spolupracovat a pomáhat. Z mimiky bylo poznat, že ji hodně trápí a rozčiluje porucha řeči. Všechny výkony u lůžka jsem se snažila pacientce pečlivě a trpělivě vysvětlit. Některé věci bylo nutno opakovat z důvodu poruchy řeči pacientka všemu nerozumí. Někdy jsem musela názorně předvést, co budu dělat. Psychická nepohoda byla zřejmá zejména v době návštěv. Pacientka byla plačtivá. Trápilo ji, že jí rodinní příslušníci nerozumí. Snažila jsem se jí psychicky podpořit. Vysvětlila jsem jí, že pravidelným tréninkem se dorozumívací schopnostilepší. Snažila jsem se pacientku motivovat k rehabilitaci a k samostatnosti v úkonech sebezpěče. Vysvětlila jí, že teď v této fázi je situace samozřejmě nejhorší, ale stálým tréninkem a vlastní snahou a energií se dá mnoho věcí znovu naučit, zlepšit, přizpůsobit se. Zároveň jsem pacientce nebránila, aby se vyplakala. Pacientku i rodinné příslušníky jsem edukovala o stavech po CMP a průběhu dlouhodobé péče. Vysvětlila jsem jim, že největší část práce teď bude záviset na pacientce a její snaze a ochotě zapojit se do rehabilitační péče. Poradila jsem jim, aby pacientku motivovali, hlavně aby byla trpělivá. Pokroky v celkovém stavu budou pozvolné a rehabilitace bude velmi zdoluhavá, ale je důležité vydržet a nevzdávat se. Snažila jsem se navodit při jednání s pacientkou i s rodinou příjemné klima. Mluvila jsem na pacientku pomalu, usmívala se, aby se nebála.

Lékaře jsem informovala o pacientčině psychické nepohodě. Lékař předepsal do medikací antidepressivum Frontin 0,25 2 krát denně, Citalec 20 mg 2 krát denně.

Hodnocení:

Pacientku jsem o ošetrovatelských a lékařských úkonech dopředu informovala, abych předešla vzniku úzkosti a strachu z neznámé situace. Cíl byl splněn.

Pacientka je v této fázi nemoci psychicky velmi labilní. Snažila jsem se navodit důvěrnou atmosféru a psychicky jí podpořit. Z mimiky a psychického rozpoložení soudím, že jsem alespoň trochu zmírnila napětí. Ale je zřejmé, že tato situace bude vyžadovat dlouhý čas, než se na ni pacientka adaptuje.

3.4 Dlouhodobý plán péče

Pacientka byla přeložena sedmý den do okresní nemocnice a dále do LDN, kde je péče zaměřena na prevenci komplikací, nácvik soběstačnosti a RHB.

Prevence komplikací: Je zaměřena zejména na komplikace vzniklé z dlouhodobého upoutání na lůžko a nedostatečné hybnosti.

Patří sem prevence vzniku dekubitů, jejichž riziko lze snížit zejména pravidelným polohováním pacientky, péči o čistotu kůže pacientky a čistotu lůžka.

Prevence vzniku TEN, která je způsobena stagnací krve v DKK a vznikem trombů v žilách DKK. Jako preventivní opatření se provádí vysoké BDK, podávání antikoagulační terapie (Warfarin, Anopyrin, Fraxiparin apod.). Dalšími možnostmi jsou procvičování DKK a masáže lýtek.

Prevence aspirace, kde je důležité pacienta při jídle vždy napolohovat do sedu a nácvik polykání za pomoci logopeda. Terapie je zaměřena na zlepšení pohyblivosti rtů, spodní čelisti, jazyku, hrtanu a hlasivek. Provádí se termálně-taktilní stimulace patrových oblouků ledovými štětičkami, dále chuťová stimulace a nácvik polykacího manévru, kdy při polknutí sousta se skloní hlava k silnější nepostižené straně. (13)

Prevence vzniku infekce je zaměřena na pravidelné sledování stavu invazivních vstupů, monitorace TT a celkového stavu, příznaky horečky (zimnice, třesavka, schvácenost, pocení, bledost apod.), pravidelné odběry biologického materiálu na bakteriologické vyšetření, sledování CRP.

Prevence vzniku kontraktur a ankylóz je řešena především účinnou rehabilitací a správným polohováním pacientky. Provádí se cviky na udržení rozsahu a pohybu v kloubech. Další posilování svalů k zvýšení vytrvalosti a síly.

V prevenci zácpy je zejména důležité dodržování dostatečného pitného režimu a dbát na vyváženou stravu s dostatkem ovoce a zeleniny.

Nácvik pravidelného vylučování moče je prováděn nejprve klipováním PMK a tím docílení k toleranci zvýšené náplně močového měchýře. Nácvik posílení svalů dna pánevního a následně extrakce PMK, pokud pacientka vydrží se zaklipovaným PMK alespoň 1-2 hodiny.

RHB: V rehabilitační péči se nejprve začíná procvičování přetáčení na postiženou a nepostiženou stranu, přesun z lehu do sedu, sezení na lůžku s končetinami spuštěnými z lůžka. Dalším bodem je nácvik rovnováhy v sedě, která je prováděna nácvikem přenášení váhy ze strany na stranu, protahováním trupu, přenášením váhy na postiženou stranu a zatěžování postižené HK. Součástí nácviku stoje jsou přesuny pánve dopředu a dozadu, postavování a posazování. Dále se nacvičuje přesun z lůžka na židli a naopak a nácvik chůze. Součástí nácviku chůze je správné postavení a přenášení váhy v stoju a zatěžování postižené dolní končetiny (reedukace kolena, kontrola kolena v semiflexi). Při RHB se posiluje samozřejmě i hybnost HK, která se skládá z protahování, zatěžování konečků prstů a celé HK. (14)

Nácvik soběstačnosti: Ergoterapie se zaměřuje zejména na nácvik úchopu. Na paretickou paži se používají různé dlahy, které mohou zlepšit postavení ruky. Z počátku je důležité nacvičovat pohyb ruky, aby byla schopna se přiblížit k předmětu, který chce uchopit. Aktivují se jednotlivé svalové skupiny ruky, které jsou zodpovědné za tento pohyb. Po rozhybání těchto svalových skupin je úchop dále nacvičován mírným přistrkáváním a poklepáváním na svaly paže a předloktí ve směru pohybu. Pokud se nedaří dostatečný nácvik úchopu je další možností nácvik sebeobsluhy jednou rukou s použitím pomůcek jako fixace různých předmětů tzv. adjuvantiva nebo také sekundární úchop. S pacientkou bude také nutno nacvičovat v dlouhodobé péči jednotlivé oblasti sebepéče (svlékání a oblékání, obouvání, umývání, přesun na toaletu, příjem jídla a pití). Pokud je třeba, je také součástí nácvik používání mechanického nebo elektrického

vozíku. Ve volném čase je důležité také zapojení pacienta do nějakých aktivit, aby se nenudil a hlavně stále zapojoval postiženou část těla. (15)

Logopedie: Další součástí dlouhodobé péče bude u mé pacientky nácvik řeči. Začíná se učením jednoduchých slov k těžším. Pacient se učí dny v týdnu, měsíce v roce, počítání do deseti, dále se snaží opakovat své jméno, říct adresu apod. Dalším terapeutickým krokem je zpěv oblíbené písně, popis fotografie, doplňování vět. Odpovídání na jednoduché otázky. Důležité je aby se pacient nebál mluvit nahlas.

Součástí dlouhodobé péče je i péče psychoterapeutická. Je důležité si uvědomit, že pacient má kromě fyzické nemoci i poraněnou duši.

3.5 Hodnocení psychického stavu nemocné

„Horor, který s sebou CMP přináší, si nikdo neumí představit. Myslela jsem si, že jako sestra vím, jak těžké časy může mrtvice způsobit, před tím, než jsem jí sama prodělala, ale to jsem byla seznámena pouze se špičkou ledovce. Nemyslím si, že člověk, který CMP nikdy neprodělal, by mohl mít nejmenší představu o tom, co všechno ztratí. Jedním z přání pacientů, kteří přežijí mrtvici je možnost říci ostatním o svých příšerných zážitcích a být tak schopen se znovu zrodit z těch hrůz, které sebou CMP přinesla.“

M.Lanza, Psychological Impact of stroke: A recovering nurse's story str.767 (16)

Z výpovědi pacientky - zdravotní sestry, i z výpovědí dalších pacientů, kteří CMP prodělali, vyplývá, že pacienti po CMP prochází opravdovým psychickým peklem. Neschopnost hýbat se a mluvit vede k těžkým depresím a utápění v beznaději. Pro tyto pacienty je velmi těžké sebrat veškeré své osobní síly a snažit se bojovat s touto nemocí. Důležité je si uvědomit, že nic už nebude stejné a najít si znovu cestu k osobní identitě. Tito pacienti ztrácí kontrolu nad svým vlastním životem a i ty nejjednodušší věci se stávají velmi důležité. (16)

Z výpovědi dcery jsem věděla, že pacientka byla veselé povahy. Cítila se zdráva a plná energie. Byla v životě velmi aktivní. Často chodila na delší procházky. Pacientka má velkou rodinu. Má dvě děti, 3 vnoučata a 4 pravnoučata, s jejichž péčí velmi aktivně pomáhala a často se v rámci rodiny navštěvovali. Manžel jí před rokem zemřel a žije tedy sama v bytě v panelovém domě

s výtahem. Dle výpovědi dcery se pacientka stavěla vždy k problémům čelem a stres se snažila zahánět aktivně nebo prací.

Nyní pacientka po většinu času pospává. Co jí trápí lze zjistit pouze z psychických projevů. Nejhůře reaguje při snaze o mluvu. Občas se po takových pokusech rozpláče. Dále jí trápí samozřejmě porucha sebezpečí a skutečnost, že je upoutána na lůžko. Je depresivní, smutná. Pravidelně jí v nemocnici navštěvuje její dcera i syn s rodinou. Je zřejmé, že rodina je pacientce velkou oporou. Při návštěvách se zdá být vždy nejspokojenější. Snaží se i přes handicap velmi komunikovat s příbuznými.

Pacientka se přes svůj handicap snažila do péče velmi aktivně zapojovat a pomáhat. Bylo zřejmé, že i v takto těžkém stavu neztrácí naději a vůli k nějaké činnosti. S pacientkou jsem jednala vždy vlídně a snažila jsme se jí všechny ošetrovatelské úkony vysvětlit nebo názorně předvést pokud mě nechápala, abych pacientku ještě zbytečně nestresovala strachem z různých výkonů. Byla jsem u pacientky co možná nejvíce, aby se necítila ve svém trápení osamocena a měla vždy možnost se na mě či kolegy/ně obrátit se svými potřebami.

Snažila jsem se jí psychicky podpořit. Vysvětlila jsem jí, že pravidelným tréninkem se celkový stav zlepší. Upozornila jsem jí, že vše bude trvat dlouho a pokroky budou zprvu nevýrazné, ale nesmí nic vzdávat a vytrvat v nácvičku soběstačnosti a řeči, protože teď většina práce bude záviset na ní a její aktivitě s jakou se do rehabilitačního režimu zapojí. Motivačním prvkem byl zde návrat k rodině. Zároveň jsem pacientce nebránila, aby se vyplakala. Vysvětlila jsem jí, že je stejně důležité dát najevo své pocity a nic v sobě nedusit. Pacientku i rodinné příslušníky jsem edukovala o stavech po CMP a průběhu dlouhodobé péče. Doporučila jsem rodině přinést pacientce přehrávač s oblíbenou hudbou nebo předčítání oblíbené knihy k zlepšení psychické pohody. Lékaře jsem informovala o psychickém stavu pacientky a následně naordinoval antidepressivum.

Hlavní psychickou oporu měla pacientka ve své rodině, která jí navštěvovala každý den. Při péči se snažila maximálně spolupracovat. Nicméně psychická péče a citlivý přístup je u těchto pacientů vrcholně důležitý. Smíření se

s postižením po CMP a vlastním tělem je záležitost dlouhodobého časového horizontu a u některých pacientů nedojde k akceptaci stavu vůbec. (17)

3.6 Edukace

Edukace vychází z latinského slova *educare*, což znamená vychovávat nebo vést vpřed. Edukace tedy znamená výchovu a vzdělání jedince a je definována jako proces ovlivňování chování s cílem navodit změny v jednání, vědomostech či dovednostech. Edukace ve zdravotnictví se zabývá zejména oblastmi předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či zkvalitnění života jedince. Dělí se na primární prevenci (zaměřena na zdravé jedince, prevence nemoci), sekundární prevenci (u nemocných jedinců, dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti apod.) a terciální prevence (u nemocných s nezvratnými změnami v zdrav. stavu, na zlepšení kvality života, předcházení komplikacím). (18)

U mé pacientky probíhala edukace zejména sekundární a terciální prevence. Hodně byla zaměřena také na edukaci rodinných příslušníků.

Pacientka byla poučena o všech ošetrovatelských a lékařských úkonech, které u ní byly vykonávány. Při příjmu byla pacientka poučena o režimu na oddělení. Napojení na monitor, upozorněna na invazivní vstupy a byl jí vysvětlen charakter a důvod jejich použití. Zároveň byla poučena o způsobu, jak má upozornit ošetřující personál v případě, že by něco potřebovala. Lékařem byla pacientka poučena o svém onemocnění a způsobu léčby, která u ní bude probíhat (systémová trombolýza). Rovněž byla pacientka seznámena se všemi typy vyšetření, které u ní probíhaly (CT mozku, RTG S+P, UZ marginálních cév). V průběhu hospitalizace se edukace zaměřovala zejména na všechny ošetrovatelské úkony a dále na způsoby rehabilitace a logopedie. Zvláště pečlivě jsem se snažila pacientce vysvětlit a upozornit na důležitost nácvičku polykání a nácvičku řeči a rehabilitaci (viz. výše oš. dg. Porucha polykání, Porucha komunikace a Riziko vzniku dekubitu). Nadále jsem pacientce vysvětlovala důvod přiložení vysokých BDK jako prevence vzniku TEN. A vysvětlila jsem jí, na jakém principu bandáže fungují. Jedná se o kompresi žil a tím zabránění jejich vakovitému rozšíření a zpětný tok krve, čímž se sníží možnost vzniku trombů.

V dlouhodobé edukaci je důležité zejména nácvik soběstačnosti, hybnosti a řeči.

Rodinné příslušníky jsem poučila o časovém rozvrhu návštěv a zodpověděla jsem dotazy, týkající se stavu pacientky z ošetřovatelského hlediska (napojení na monitor, zavedené invazivní vstupy). Rovněž jsem rodinné příslušníky seznámila se způsobem nácviku řeči u mé pacientky a možnostech, jak jí podpořit v jejím cvičení (rádio, hlasitá četba apod.). Dále jsem rodinu edukovala o pasivních cvičení s postiženými pravostrannými končetinami a předvedla jim, jak je mohou společně procvičovat. Také jsem rodinu seznámila s vhodnými dietními doplňky, které mohou nemocné donést. Rodina se velmi pěkně snažila zapojit do péče o mou pacientku a snažila se jí všemožně pomoci v cestě k navrácení soběstačnosti a uzdravení.

Z dlouhodobého hlediska je vhodná zejména edukace rodiny o ev. zařízení bytu, pokud by chtěli pacientku do domácí péče. Vzhledem k jejímu stavu, bylo předpokládáno, že nebude již nikdy zcela sama schopná pohybu a zřejmě bude pohyb možný pouze na kolečkovém křesle nebo v chodítku. Je tedy zcela zřejmé, že pokud bude rodina ochotna o pacientku pečovat, budou muset provést jisté bytové úpravy. Tato část edukace, ale spadá až pod delší časový horizont a ne do akutní péče, která probíhala na mém oddělení.

3.7 Prognóza

Prognóza pacientů s CMP závisí na včasnosti zahájení léčby a tíže postižení mozku. Závažnost postižení se dlouhou dobu mění, než dojde k úplnému odeznění mozkového edému po iktu. U mé pacientky byla léčba zahájena včas. Pacientce byla podána systémová trombolýza 110 min. po vzniku prvních příznaků iktu. Avšak vzhledem k vysokému věku a postižení mozku je předpokládána trvalá invalidizace mé pacientky s nutností stálé ošetřovatelské péče.

Pacientka byla předána na standardní oddělení v obdobném stavu. Byla lehce somnolentní se smíšenou těžkou fatickou poruchou a těžkou pravostrannou hemiparézou s NIHSS 18. Dále ze standardního oddělení byla přeložena na LDN, kde probíhala následná péče. Po 2 měsících od vzniku iktu se velmi zlepšila řeč

a pacientka již byla schopna běžné komunikace. Půl roku od proběhlé CMP je pacientka stále v péči LDN. Je upoutána na lůžko, přetrvává pravostranná hemiparéza až plegie, zhoršil se stav kvality vědomí. Pacientka je zmatená, dezorientovaná. Prognóza stavu pacientky je vzhledem k těžkému nelepšícímu stavu a věku vážná.

4. Závěr

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala 85-ti letou pacientku s diagnózou ischemická cévní mozková příhoda. Toto téma jsem si vybrala pro svou několikaletou zkušenost v péči o tyto pacienty. Zároveň si myslím, že toto téma je velmi aktuální vzhledem k prodlužujícím se věku populace. Jde o onemocnění se závažnými dopady na celkový zdravotní stav pacienta a nezdědka vede i ke smrti buď přímo, nebo následkem způsobených komplikacemi. Zároveň je péče o tyto pacienty velmi složitá a komplexní.

Součástí příloh je seznam zkratk, ošetrovatelská dokumentace, farmakoterapie u mé pacientky, tabulky laboratorních vyšetření, výsledky zobrazovacích metod, ošetrovatelská skóre, NIHSS skóre a souhlas s použitím dokumentace daného zařízení.

5. Seznam použité literatury

1. FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada: Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů, 2. vyd., Praha, nakladatelství Karolinum, 2009, ISBN 978-80-246-1491-5, 174s.
2. KALVACH, Pavel a kol. : Mozkové ischemie a hemoragie, 3. vyd., Praha, Grada Publishing a.s., 2010, ISBN 978-80-247-2765-3, 456s.
3. AMBLER, Zdeněk: Neurologie pro studenty lékařské fakulty, 5. vyd., Praha, nakladatelství Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0894-4, 399s.
4. SACCO, Ralph E., KASSNER, Scott E., BRODERIC, Joseph P. et al., AHA/ASA Expert Document: An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for the Health care Professionals from the American Heart Association, USA, Dallas, 2013, sv. 44, č. 7, str. 2064-2089, print ISSN 0039-3499, online ISSN 1524-4628

5. Seidl, Zdeněk, Odenberger, Jiří: Neurologie pro studium a praxi, vyd.1, Praha, Grada Publishing a.s., 2004, ISBN 80-247-0623-7, str.363s.
6. ROTH, Jan, FIALA, Ondřej a RŮŽIČKA, Evžen, Neurologické vyšetření – norma[on-line], Praha: 1 LF UK neurologická klinika [cit. 13.9.2013]
Dostupnost z : <https://el.lf1.cuni.cz/neuronorma/default/Neurologicke-vysetreni.html>
7. KAŇKOVSKÝ, Petr, HERZIG, Roman a kol: Speciální neurologie, 1.vyd., Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, ISBN 978-80-244-1664-9, 337s.
8. KALINA, Miroslav a kol., Cévní mozková příhoda v medicínské praxi, 1.vyd., Praha, TRITON, 2008, ISBN 978-80-7387-107-9, 232s.
9. KAŇKOVSKÝ, Petr, HERZIG, Roman a kol.: Obecná neurologie, 1.vyd., Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, ISBN 978-80-244-1663-2, 242s.
10. ROSINA, Josef a kol., Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů, 1.vyd., Praha, Grada publishing a.s., 2006, ISBN 978-80-247-1383-0, 232s.
11. Diagnostický a terapeutický manuál cévních onemocnění mozku: intavenózní trombolýza[on-line].[cit. 13.9.2013], Dostupnost z: <http://cmp-manual.wbs.cz/2401-iv-trombolyza.html>
12. LEBEDOVÁ, Zuzana, Poruchy řečové komunikace a poruchy polykání/PGS [on-line], [cit. 13.2.2014], Dostupnost z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poruchy_komunikace_a_poruchy_polykani_PGS
13. ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol.: Klinická logopedie, 1.vyd., Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-546-6, 612s.
14. CARRARO, Lorenzo: Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě: Návod pro středoškolské rehabilitační pracovníky, Praha 2002, REHALB o.p.s., ISBN nevedeno, 125s.

15. PFEIFFER, Jan, Ergoterapie: Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci, Praha 2001, REHALB o.p.s., ISBN neuvedeno, 77s.
16. LANZA, Marylin: Psychological impact of stroke: recovering nurse's story, Issues in mental health nursing, 2006, sv. 27, č. 7, str. 765-774, ISSN 0161-2840
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro: Psychologie nemoci, 1.vyd., Praha, Grada Publishing spol. s.r.o., 2002, ISBN 80-247-0179-0, 279s.
18. JUŘENÍKOVÁ, Petra: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 1. vyd., Praha, Grada Publishing a.s., 2010, ISBN 978-80-247-2171-2, 77s.

Příloha č. 1: Seznam použitých zkratek

a. –arteria
aa. – arteriae
ACE – arteria cerebri externae
ACI – arteria cerebri internae
ACM – arteria cerebri mediae
AHA – American Heart Association
AIM – akutní infarkt myokardu
ALP -alkalická fosfatáza, enzym
ALT – alaninaminotransferáza, enzym
amp. – ampule
AMS - amyláza
APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA – American Stroke Association
AST – aspartátaminotransferáza, enzym
AT III – antitrombin III
ATB – antibiotika
Atg. - aterogenita
A-V – arterio-venózní
BDK – bandáže dolních končetin
BMI – body mass index
CA – karcinom
CK – kreatinkináza
CK-MB mass – kreatinkináza srdeční fraxe
CMP – cévní mozková příhoda
CNS – centrální nervová soustava
cps. - kapsle
CRP – C-reaktivní protein
CT – počítačová tomografie
CVP – centrální žilní tlak
CŽK – centrální žilní katétr
DC – dýchací cesty

DD – D – dimer (rozpádový produkt fibrinu)
DF – dechová frekvence
DI – dokončený iktus
DK – dolní končetina
DKK – dolní končetiny
DM – diabetes mellitus
DSA – digitální substrakční angiografie
DÚ – dutina ústní
EEG – elektroencefalograf
EKG – elektrokardiograf
ery – erytrocyty, červené krvinky
FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání
FF – fyziologické funkce
FiS – fibrilace síní
FR – fyziologický roztok
fT4 – volný tetrajodtyronin, hormon štítné žlázy
G – glukóza
GGT – gamaglutamyltransferáza
GIT – gastrointestinální trakt, trávicí soustava
gtt. – kapky
HDL – lipoproteiny s vysokou hustotou
HK – horní končetina
HKK – horní končetiny
IAT – intraarteriální lokální trombolýza
iCMP – ischemická cévní mozková příhoda
ICP – nitrolební tlak
INR – protrombinový čas
i.v. - intravenózně
IVT – intravenózní systémová trombolýza
JIP – jednotka intenzivní péče
K – kalium, draslík
KO – krevní obraz

leu – leukocyty, bílé krvinky
LDL – lipoproteiny s nízkou hustotou
LDK – levá dolní končetina
LDN – léčebna dlouhodobě nemocných
LF – lékařská fakulta
LHK – levá horní končetina
MAP – střední arteriální tlak
Mg – magnesium, hořčík
mmHg – milimetr rtuťového sloupce
MRI, MR – magnetická rezonance
n. - nervus
Na – natrium, sodík
NGS – nasogastrická sonda
NIHSS – The National Institute of Health Stroke Scale (skóre k hodnocení závažnosti iktu)
NJS – nasojejunální sonda
P+V – příjem+výdej (tekutin)
PCT – perfúzní CT
PEG – perkutánní gastrostomie
PI – progredující iktus
PMK – permanentní močový katétr
p.o. - perorálně
PŽK – periferní žilní katétr
r. - rychlost
RHB - rehabilitace
RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG – rentgen
RTG S+P – rentgen hrudníku (srdce+plíce)
RZP – rychlá záchranná pomoc
SAK – subarachnoideální krvácení
s.c.- subkutánně
SIS – studijní informační systém

SpO₂- saturace krve kyslíkem
TAG - triaciglyceroly
tbl. - tableta
TCCS – transkraniální barevná duplexní sonografie
TCD – transkraniální dopplerovská sonografie
TEE – transesophageální ECHO
TEN – tromboembolická nemoc
TF – tepová frekvence
TIA – transientní ischemický neurologický deficit
TK – krevní tlak
TK_{sys} – systolický tlak
TSH – thyreotropní hormon
TT – tělesná teplota
TTE- transtorakální ECHO
UK – Univerzita Karlova
ung. - mast
UPV – umělá plicní ventilace
UZ - ultrazvuk
v. - vena
VAS – vizuální analogová škála (škála k hodnocení bolesti)
vv. - venae

Příloha č. 2: Ošetřovatelská anamnéza

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČO0064165, tel. č. 224961111

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO INTENZIVNÍ PÉČI

Přijmení: _____

Jméno: _____

r.č.: _____



nalepте štítek

<p>PŘÍJEM datum: _____ čas: _____</p> <p>Přiját odkud: <u>z rodiny</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> plánovaný <input type="checkbox"/> opakovaný Kontaktní osoba (adresa; tel.): <u>Dělná</u></p> <p>ULOŽENÍ CENNOSTI <i>V případě nepodepsané informace o uložení cennosti pacientem, doplnit podpis svědka.</i> <input checked="" type="checkbox"/> pokladna VFN <input checked="" type="checkbox"/> trezor na oddělení <input type="checkbox"/> cennosti na vlastní žádost u sebe <input type="checkbox"/> pacient cennosti nemá Podpis pacienta: _____</p> <p>SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pracoviště, kde je uložen originál: _____ Hospitalizace bez souhlasu <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne od _____ do _____</p> <p>ALERGIE <u>Penicilin</u></p> <p>FYZIOLOGICKÉ FUNKCE PŘI PŘÍJETÍ TK <u>200/110</u> P <u>87</u> TT <u>36.5</u> saturace <u>96%</u></p> <p>Bazální stimulace <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> iničiální dotek</p> <p>POMŮCKY <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> berle/hůl <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní</p>	<p>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - intenzivní obory</p> <p>VYPRAZDŇOVÁNÍ Stolice <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> inkontinence <u>3-4x denně</u> Poslední stolice dne: _____ Příměsí: _____</p> <p>Moč <input checked="" type="checkbox"/> spontánně <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence datum zavedení PMK: _____ Příměsí: _____</p> <p>SOBĚSTAČNOST <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný <input checked="" type="checkbox"/> částečná dopomoc při: <input checked="" type="checkbox"/> hygieně <input checked="" type="checkbox"/> oblékání <input checked="" type="checkbox"/> vyprazdňování <input checked="" type="checkbox"/> mobilně <input checked="" type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin</p> <p>HYGIENA <input checked="" type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> v křesle <input type="checkbox"/> ve sprše</p> <p>HYBNOST <input type="checkbox"/> pohyblivost <input checked="" type="checkbox"/> velmi omezená <input type="checkbox"/> částečná pohyblivost <input type="checkbox"/> nehybnost Polohování <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>BOLEST <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> analgezie <input type="checkbox"/> analgesedace Intenzita bolesti (VAS 0 - 10): č.: _____</p>	<p>DÝCHÁNÍ A PÉČE O DÝCHAČÍ CESTY UPV <input checked="" type="checkbox"/> řízená <input type="checkbox"/> podpůrná <input type="checkbox"/> spontánní spontánní <input checked="" type="checkbox"/> O2 brýle <input type="checkbox"/> O2 maska <input type="checkbox"/> Ayre-T <input type="checkbox"/> neinvazivní ventilace</p> <p>kanyla <input type="checkbox"/> orotracheální č. _____ úvaz na č.: _____ koutek L P _____ <input type="checkbox"/> tracheostomická <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> punkční</p> <p>Mikronebulizace Inhalace <input type="checkbox"/> a _____ hod. Odsav <input type="checkbox"/> a _____ hod. <input type="checkbox"/> otevřený <input type="checkbox"/> cílený <input type="checkbox"/> uzavřený <input type="checkbox"/> bronchoskopický <input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> mírný <input type="checkbox"/> mohutný</p> <p>Sputum <input type="checkbox"/> vodnaté <input type="checkbox"/> vazké <input type="checkbox"/> čiré <input type="checkbox"/> bílé <input type="checkbox"/> nazelenalé <input type="checkbox"/> s příměsí krve</p> <p>INVAZIVNÍ VSTUPY datum zavedení: _____ lokalizace místa: _____ <input checked="" type="checkbox"/> PMK <u>PELJEN č. 18</u> <input checked="" type="checkbox"/> PŽK <u>PELJEN č. 18</u> <input type="checkbox"/> ČŽK <u>PELJEN č. 18</u> <input type="checkbox"/> ARTK <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Identifikace sestry: _____ Datum a čas: _____</p>
--	--	--

Příloha č. 3: Plán ošetrovatelské péče

Datum a čas stanovení péče: 4. den hospitalizace 7 hod.		Datum a čas hodnocení poskytnuté péče: 4. den hospitalizace 19 hod.		
Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán Ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Riziko vzniku dekubitu v souvislosti s poruchou hybnosti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimalizovat riziko vzniku dekubitů ▪ Včas odhalit známky počínajícího dekubitu ▪ Pacientka zaujímá v lůžku fyziologickou polohu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pečovat o hygienu kůže a lůžko pacienta ▪ Kontrolovat predilekční místa a všimnout si změn na kůži ▪ Spolupráce s fyzioterapeutem při polohování, procvičování pasivních pohybů v kloubech ▪ Pravidelné polohování pacientky po 3 hodinách a použití polohovacích pomůcek do lůžka ▪ Využít schopnosti pacientky při pohybu v rámci lůžka 	<p>Ráno provedena celková koupel na lůžku, večer otření těla vlhkými žínkami. Kůže promazána po hygieně a při polohování - na záda mentolová pěna, na sacrum Zinková pasta. Predilekční místa kontrolována vždy při polohování pacientky.</p> <p>Fyzioterapeut prováděl pasivní cvičení na udržení rozsahu v kloubech, masáž k uvolnění svalů, šlach a fascií, plácing končetin a dechovou rehabilitaci.</p> <p>Pacientku jsem polohovala po 3 hodinách, užívala jsem perličkové polohovací pomůcky do lůžka a zachovala fyziologické postavení končetin. Pacientka byla schopna pomoci při vytažení v lůžku a otočení na pravý bok.</p>	<p>Pacientka nemá známky dekubitu. Cíl byl splněn</p>
Riziko aspirace v souvislosti s poruchou polykání	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka je poučena o příčině a riziku, které jí při polykání hrozí ▪ Snížit riziko aspirace na minimum ▪ Pacientka spolupracuje s logopedem při nácviku polykání 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zajistit vhodnou polohu při polykání (sed, křeslo) ▪ Spolupráce s nutriční terapeutkou a zajištění stravy (kašovitá dieta ev. příkrmy) ▪ Tekutiny zahušťovat ▪ Nutilisem do konzistence 	<p>Vždy při jídle či pití jsem pacientku napoložovala do sedu či lůžko do polohy křesla a podpírala hlavu. Pacientka má objednanou kašovitou dietu. Tekutiny jsem zahušťovala do konzistence řídkého želé a podávala janettovou stříkačkou</p>	<p>Opakovaně jsem pacientku upozorňovala, ať se na polykání soustředí, aby nedošlo k vdechnutí jídla. Pacientka kýve, že rozumí. Cíl byl splněn. Pacientku jsem vždy při jídle a pití napoložovala do vhodné polohy v sedě ev.</p>

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ řídkého želé ▪ Asistovat pacientce při jídle a pití ▪ Edukovat rodinné příslušníky o možnostech stravování pacientky ▪ Zajistit spolupráci s logopedem a nácvik polykání ▪ Být trpělivá a nikam nespěchat 	<p>pravidelně každou hodinu. Pacientku jsem poučila o riziku aspirace a opakovaně upozorňovala, aby se na polykání soustředila. Lékaře jsem informovala o nízkém příjmu tekutin a byla navýšeny tekutiny i.v. Pacientce jsem asistovala při jídle. S logopedem nacvičovaly polykání stimulací patrových oblouků a nácvikem polykacího manévru. Rodinu jsem edukovala o vhodné stravě. O DÚ jsem pečovala s štětičkami s roztokem Stopanginu. Monitorovala jsem a dokumentovala P+V tekutina příjem jídla</p>	<p>lůžko do polohy křesla. Podepřela jsem jí vždy hlavu rukou, aby jí při polykání neměl v záklonu. Tekutiny jsem zahušťovala dle přání logopeda do konzistence řídkého želé. Cíl byl splněn. Pacientka s logopedem spolupracuje bez problémů. Cíl byl splněn.</p>

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
<p>Porucha sebedpěče v oblasti hygieny, výživy a oblékání v souvislosti s poruchou hybnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka má pocit pohodlí a čistoty těla ▪ Pacientka sní vždy alespoň polovinu porce ▪ Pacientka vypije alespoň 1,5 litru tekutin za den 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zhodnotit vývoj a schopnosti pacientky v jednotlivých oblastech sebedpěče ▪ Pomoci a zastoupit pacientku v úkonech sebedpěče, které sama nezvládne ▪ Trénovat samostatné najezení trénovat sebedpěči v oblasti hygieny obličeje a trupu ▪ Spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem ▪ Dopřát nemocné dostatek času na plnění jednotlivých úkonů ▪ Psychicky pacientku podporovat ▪ Edukace rodinných příslušníků a jejich zapojení do péče 	<p>Sebedpěči jsem zhodnotila dle Barthel indexu na 10 bodů./ři hygieně jsem dala pacientce žínku na levou ruku aby se snažila umýt tam kde dosáhne. Pacientku jsem zastoupila v hygieně DKK, genitálu, zad a sacra. Ošetřila jsem kůži, DÚ, učesala vlasy. Při příjmu potravy jsem trénovala úchop lžice a nabrání jídla na lžici. Byla schopna sama sníst tak 2 lžice, jinak usínala a byla slabá. Musela jsem pacientku dokrmit. Tekutiny jsem jí podávala sama a nabízela každou hodinu. Pacientka byla slabá k udržení skleničky nebo savičky. Monitorovala jsem a dokumentovala příjem tekutina potravy. Pacientku jsem oblékla do nemocničního empíru.</p>	<p>Pacientka je čistá. Cíl hodnotím za splněný. Pacientka při jídle často usíná. Brzy se cítí plná a musím jí často do jídla nutit. K večeri snědla víc porce než k obědu, ale více jak 1/2 porce nesnědla. Cíl hodnotím za nesplněný. Pacientce jsem nabízela tekutiny každou hodinu. Vypije maximálně 100 ml najednou. Za mé služby příjem tekutin za 12 hodin činil 1000 ml. Za celý den poté činil 1700 ml. Cíl hodnotím za splněný.</p>

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Zácpa v souvislosti se ztrátou soukromí a nepřírozenou polohou při vyprazdňování	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka se vyprázdní 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Při vyprazdňování přinést pleny ▪ Zajistit maximálně možný přirozený způsob vyprazdňování ▪ Nabízet tekutiny každou hodinu ▪ Spolupracovat s dietní sestrou na změně jídelníčku a zavést příkrmy jogurtů ▪ Podání laxativ dle ordinace lékaře 	<p>Snažila jsem se pacientku psychicky podpořit a vysvětlit jí její situaci. Každou hodinu jsem jí nabízela tekutiny a z dietní sestrou dohodla příkrmy jogurtů. Lékař do medikací připsal Lactulosu 15 ml 3krát denně k změkčení stolice. Po Lactulose se pacientka vyprázdnila za dvě hodiny. Před vyprázdněním jsem přinesla zástěnu a pacientku na míse napolohovala do polohy v sedě. Po vyprázdnění jsem pacientku očistila. Provedla jsem záznam do dokumentace.</p>	<p>Pacientka se po laxantivu vyprázdnila, po vyprázdnění udává gesty pocit úlevy. Cíl byl splněn.</p>

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivními vstupy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimalizovat riziko infekce ▪ Včas odhalit známky počínající infekce 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sledovat okolí invazí a jejich stav vždy při polohování, vše dokumentovat ▪ Sledovat ev. projevy celkové infekce (sepse) – horečka, třesavka, ↑ pocení ▪ Pravidelně měřit TT po 6 hodinách, odběry krve CRP dle ordinace lékaře ▪ Zajistit bakteriologické vyšetření moči ev. krve dle ordinací lékaře ▪ Dodržovat aseptické zásady při péči o invazivní vstupy ▪ Kontrolovat průchodnost PMK á 6 hod. ▪ Kontrolovat vzhled, množství a barvu moče á 6 hodin ▪ Pečovat o genitál, dodržovat dostatečnou hygienickou péči celého těla 	<p>Ráno jsem provedla celkovou koupel na lůžku a ošetřila kůži. Provedla kontrolu inazivních vstupů. Uretra bez výtoků. PMK průchodný a odvádí čirou moč. PŽK bez známek infekce, ale mírně obtéká. PŽK jsem přepíchla na LHK předloktí a sterilně jí zafixovala. Starý PŽK jsem odstranila, na okolí Heparoid ung. Pac. byla kontinuálně monitorovaná (EKG, TF, SpO2) TK měřen min. á 1 hod. TT jsem měřila á 6 hod. Pacientka je afebrilní. Bakteriologické vyšetření negativní. CRP mírný vzestup na 18 mg/l. Po znečištění a večer očišťuji okolí PMK, genitálu a sacrum. Péče o kůži viz. výše.</p>	<p>Provedla jsem všechny úkony k minimalizaci rizika vzniku infekce. Cíl byl splněn. PŽK zavedený 4. den s mírným obtékáním infúze jsem ihned po ranní hygieně extrahovala a zavedla nový. Okolí vpichu ošetřila Heparoid ung. Cíl byl</p>
Riziko komplikací v souvislosti se základní diagnózou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Včasná identifikace komplikací 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ monitorace FF (srdeční činnost, dýchání, vědomí, teplota) 	<p>Pacientka je kontinuálně monitorovaná (EKG, TF, SpO2). TK je měřen neinvazivně nejméně á 1 hodina nebo dle stavu. Pacientka má sklony k hypertenzím. Podávala jsem p.o. antihypertenziva a korigovala TK Urapidilem 250 mg v lineárním dávkovači k hodnotám TK sys 140-180. Pacientka nepotřebovala O2 podporu. TT jsem měřila á 6 hodin. P+V hodnotila á 6 hodin. Vědomí měla zhoršené kvantitativně -</p>	<p>Během dne nedošlo k žádným výrazným komplikacím spojeným s celkovým onemocněním. Nadále se řešila stabilizace TK a lékař byl zpraven o dalších oblastech celkového stavu, kde by mohlo dojít ke zhoršení. Naordinoval infúze k zvýšení příjmu tekutina a laxantiva k vyprázdnění. Rovněž naordinoval antidepresiva k podpoře psychiky</p>

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán Ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
			somnolence a orientaci lze zjistit pouze osobou vzhledem k poruše řeči. Na bolesti si pacientka nestěžovala. Denně probíhali ráno kontrolní odběry krve. Bakteriologie moče a výtěru krku při příjmu negativní v plánu na 7 den hospitalizace. Hemokultura pouze při TT nad 38 st.	pacientky. Cíl hodnotím za splněný.
Porucha verbální komunikace v souvislosti základním onemocněním	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemocná chápe pokyny zdravotnického personálu ▪ Nemocná se bude snažit opakovat určená slova nahlas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zhodnotit schopnosti pacientky v komunikaci ev. schopnost psát či číst ▪ Zajistit optimální prostředí, klid a pohodu při komunikaci s pacientkou ▪ Aktivizovat k řeči vždy při práci u lůžka, ujistit se, že rozumí mým pokynům ▪ Zadávat jednoduché řečové úkoly - počítání do deseti, známá píseň apod. ▪ Používat komunikační pomůcky - tabulky, obrázky, psaní ▪ Spolupracovat s logopedem na sestavení slovního tréninku 	Pacientka rozumí jen jednoduchým pokynům, některé složitější jsem jí musela názorně předvést. Během dne jsem se snažila pacientce vše trpělivě vysvětlit. Používala jsem jednoduché věty a ověřovala si, zda všemu opravdu rozuměla. Ve spolupráci s logopedem jsme sestavili slovní trénink, který si pacientka během dne procvičovala. Na použití písmenkové tabulky k dorozumívání byla pacientka slabá. Rodinu jsem edukovala o nácvičku řeči, doporučila jsem přinést knížku či rádio.	Pacientka rozuměla jen 50% pokynů, zejména jednoduchým. U složitějších úkonů jsem musela použít názorné vysvětlení. Cíl byl splněn. Nemocná se aktivně zapojila do nácvičky řeči. Cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán Ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Riziko pádu a poranění v souvislosti s poruchou vnímání	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimalizovat riziko pádu a poranění pacientky 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vhodná úprava lůžka – postranice, polohovací pomůcky ▪ Poučit pacientku o signalizaci ▪ Dohled nad pacientkou nejméně 1/2 hod. ▪ Monitorace stavu vnímání a orientace ▪ Pátrat po ev. příčinách neklidu jako vyprazdňování, strach ▪ Kontrolovat přiměřenou fixaci invazí vždy při polohování ▪ Při neklidu pacientky informovat lékaře 	<p>Pacientka byla somnolentní. Na lůžku byly zvednuty postranice a použila jsem perličkové polohovací pomůcky. O signalizaci při potřebě jsem pacientku poučila. Byla pod stálým dohledem zdravotního personálu. Kontrolovala jsem pravidelně FF a fixaci PŽK. Pacientka nejevila známky neklidu.</p>	Nedošlo k pádu pacientky. Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Riziko TEN v souvislosti s upoutáním na lůžko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Snížit riziko TEN na minimum ▪ Včas odhalit známky TEN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sledovat celkový stav pacientky – FF, bolest v DKK, blednutí či modráni DKK, teplota DK ▪ Podávání medikací dle ordinací lékaře – fraxiparine, anopyrin ▪ Správné a účinné přiložení BDK, vždy při polohování kontrola správné komprese DKK ▪ Spolupráce s fyzioterapeutem ▪ správné polohování DKK 	<p>Kůži DKK měla pacientka teplou a růžovou, místy s varixy. Na DKK byla přiložena vysoká bandáž provedena klasovým stylem. Kvalitu bandáže jsem kontrolovala vždy při polohování. Pacientka byla kontinuálně monitorována (EKG, SpO2, TF), TK á 1 hod.. K prevenci TEN podáván Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. a Anopyrine tbl. 100 mg. 1 krát denně. Na DKK fyzioterapeut procvičoval spíše pasivní pohyby v kloubech a prováděl masáž lýtek. Při polohování jsem dbala na fyziologické postavení kloubů a končetin.</p>	<p>Pacientka nevykazovala známky vzniku TEN. Byla poučena o vyvolávajících příčinách a opatřeních k zabránění vzniku. Cíl byl splněn.</p>

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán Ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
Strach a smutek v souvislosti s poruchou řeči a ztrátou soběstačnosti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka je informována o všech lékařských a ošetřovatelských úkonech 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zhodnotit pacientčiny pocity, její vnímání ▪ Veškeré výkony u lůžka pečlivě vysvětlit ověřit si, že pacientka všemu rozuměla ▪ Mluvit pomalu a klidně ▪ Umožnit pacientce vyjádřit své pocity ▪ Psychicky pacientku podporovat, být empatická, vstřícná 	<p>Z mimiky a chování lze poznat, že pacientku velmi trápí porucha řeči. Zejména v době návštěv byla pacientka velmi rozrušená a plačtivá. Všechny úkony u lůžka jsem se snažila pacientce trpělivě vysvětlit. Snažila jsem se jí psychicky podpořit. Vysvětlila jsem jí, že pravidelným tréninkem se dorozumívací schopnostilepší. Snažila jsem se pacientku motivovat k rehabilitaci. Pacientku i rodinné příslušníky jsem edukovala o stavech po CMP a průběhu dlouhodobé péče. Snažila jsem se navodit při jednání s pacientkou i s rodinou příjemné klima. Mluvila jsem na pacientku pomalu, usmívala se, aby se nebála. Lékaře jsem informovala o pacientčině psychické nepohodě. Lékař předepsal antidepressivum Frontin 0,25 2 krát denně, Citalec 20 mg 1 krát denně.</p>	<p>Pacientka jsem o ošetřovatelských a lékařských úkonech dopředu informována, Cíl byl splněn. Pacientka je v této fázi nemoci psychicky velmi labilní. Snažila jsem se navodit důvěrnou atmosféru a psychicky jí podpořit.</p>

Příloha č. 4: Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové (úprava Jurásková 2006)

Den příjmu

Anamnéza:

- Dezorientace, demence, deprese 3b.
- **Věk 65 let a více 2b.**
- Pád v anamnéze 1b.
- **Prvních 24 hodin na oddělení 1b.**
- **Zrakový/sluchový problém 1b.**
- **Užívání léků (diuretika, sedativa, narkotika, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizéry, antidepressiva, antihypertenziva, laxativa) 1b.**

Vyšetření:

- Soběstačnost
 - úplná 0b.
 - **částečná 2b.**
 - nesoběstačnost 3b.
- Schopnost spolupráce
 - **spolupracující 0b.**
 - částečně spolupracující 1b.
 - nespolupracující 2b.

Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných, oš. personálu)

- Míváte někdy závratě? 3b.
- Máte v noci nucení na močení? 1b.
- Budíte se v noci a nemůžete usnout? 1b.

4. den

Anamnéza

- **Dezorientace, demence, deprese 3b.**
- **Věk 65 let a více 2b.**
- Pád v anamnéze 1b.
- Prvních 24 hodin na oddělení 1b.
- **Zrakový/sluchový problém 1b.**

- Užívání léků (diuretika, sedativa, narkotika, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizéry, antidepressiva, antihypertenziva, laxativa) 1 b.

Vyšetření:

- Soběstačnost
 - úplná 0 b.
 - částečná 2 b.
 - **nesoběstačnost 3 b.**
- Schopnost spolupráce
 - spolupracující 0 b.
 - **částečně spolupracující 1 b.**
 - nespolupracující 2 b.

Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných, oš.personálu)

- Míváte někdy závratě? 3 b.
- Máte v noci nucení na močení? 1 b.
- Budíte se v noci a nemůžete usnout? 1 b.

Hodnocení:

- 0-4 body bez rizika
- 5-13 bodů střední riziko pádu
- 14-19 bodů vysoké riziko pádu

Příloha č. 5: Barthelův test základních činností – ADL

Činnost	1. den Provedení činnosti	4. den Provedení činnosti
Najedení a napití	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.
Oblékání	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.
Koupání	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.
Osobní hygiena	- samostatně nebo s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně nebo s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.
Vyprazdňování moče	- plně kontinentní 10 b. - občas inkontinentní 5 b. - inkontinentní 0 b.	- plně kontinentní 10 b. - občas inkontinentní 5 b. - inkontinentní 0 b.
Vyprazdňování stolice	- plně kontinentní 10 b. - občas inkontinentní 5 b. - inkontinentní 0 b.	- plně kontinentní 10 b. - občas inkontinentní 5 b. - inkontinentní 0 b.
Použití WC	- samostatně bez pomoci 10b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 10b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.
Přesun lůžko-židle	- samostatně bez pomoci 15 b. - s malou pomocí 10 b. - vydrží sedět 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 15 b. - s malou pomocí 10 b. - vydrží sedět 5 b. - neprovede 0 b.
Chůze po rovině	- samostatně nad 50 m 15 b. - s pomocí 50 m 10 b. - na vozíku 50 m 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně nad 50 m 15 b. - s pomocí 50 m 10 b. - na vozíku 50 m 5 b. - neprovede 0 b.
Chůze po schodech	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.	- samostatně bez pomoci 10 b. - s pomocí 5 b. - neprovede 0 b.

**Příloha č. 6: Posouzení rizika vzniku dekubitů dle stupnice
Nortonové**

1. den									
body	schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	přidružená onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	pohyblivost	inkontinence
4	úplná	pod 10 let	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	pod 30 let	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anemie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	pod 60 let	vlhká	cévní onem., obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	nad 60 let	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč+ stolice

4. den									
body	schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	přidružená onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	pohyblivost	inkontinence
4	úplná	pod 10 let	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	pod 30 let	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anemie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	pod 60 let	vlhká	cévní onem., obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	nad 60 let	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč+ stolice

Příloha č. 7: Zobrazovací vyšetření

Příjmové:

CT nativní vyš. – Znamky hypoperfúze obou mozkových hemisfér, nepřesvědčivé známky mozkové ischemie v zadní části capsula interna vlevo, sporný příznak denzní a.cerebri media vlevo. Nález není kontraindikací ev. trombolytické terapie.

CT angiografie – Uzávěr ACI vlevo těsně za karotickou bifurkací s 6 mm pahýlem. Odstupová stenóza do 50% ACI vpravo v důsledku nástěnné kalcifikace. Mírně zúžené jsou i počáteční úseky ACE oboustranně. Uzávěr M1 ACM vlevo (tandemová léze), užší úseky A1 oboustranně. Oboustranně celkem dobrý kolaterální oběh přes laptomeningeální anastomózy. Jen lehce snížená vaskularizace v předních větvích ACM vlevo.

Duplexní sono karotid a vertebrálních tepen – Aterosklerotické změny v karotickém povodí oboustranně. Aterosklerotické pláty s vysokým emboligenním potenciálem. Okluze ACI vlevo v.s. staršího data (kolaterální oběh via a.ophtalmica)

2. den hospitalizace:

RTG hrudníku vleže – Plicní křídla jsou rozvinutá bez známek pneumothoraxu. Parenchym s mírným prosáknutím intersticia při obrazu hyperemie v malém oběhu, jinak ostatní parenchym bez zjevných ložisek, bez tekutiny v pleurálních dutinách. Srdeční stín hraniční až lehce nadhraniční doleva, lehce sklerotická mírně vinutá aorta. Mediastinum ve střední čáře, spondyloza hrudní páteře.

CT nativní vyš. - Rozvoj ischemie v levé hemisféře frontoparietálně, převládá v bílé hmotě a subkortikální šedi.

Příloha č. 8: Laboratorní výsledky

biochemie	1. den	2. den	3. den	4. den 6 h.	4. den 9 h.	5. den	6. den	7. den	ref. hodnoty
Na	138	136	137	145		141	140	142	137-146 mmol/l
K	3,7	5	3	6,4	4,2	4	3,8	3,7	3,8-5,0 mmol/l
Cl	103	103	104	113		110	108	112	97-108 mmol/l
Ca	2,17								2,00- 2,75 mmol/l
P	0,68								0,65- 1,61 mmol/l
Mg	0,78								0,70 - 1,00 mmol/l
osmolalita	301	300	297	315		308	318		275-295 mmol/kg
urea	7,1	6,8	6,4	5,5		6,9	7,6	6,5	2,0-6,7 mmol/l
kreatinin	96	82	85	75		78	72	70	44-104 μmol/l
kys. močová	463								140-340 μmol/l
glykemie	6,8	7,2	6,9	7,1		6,9	6,4	6,6	3,6-6,3 mmol/l
Albumin	35,6								35,0- 53,0 g/l
bílkovina celk.	62,1								65,0- 85,0 g/l
CRP	2,2	3	10,3	18		21,8	21,5	16,9	< 7 mg/l
cholesterol	7,28	6,77							2,90- 5,20 mmol/l
TAG	2,41	1,15							0,45- 1,70 mmol/l

biochemie	1. den	2. den	3. den	4. den 6 h.	4. den 9 h.	5. den	6. den	7. den	ref. hodnoty
HDL		1,44							1,20- 2,70 mmol/l
LDL		4,81							1,20- 3,00 mmol/l
Atg		3,7							< 3,01
ft4		15,9							11,5- 22,7 pmol/l
TSH		0,45							0,500- 4,900 mIU/l
bilirubin celk.	15,7								2,0-17,0 μmol/l
ALT	0,52								0,10- 0,78 μkat/l
AST	0,72								0,10- 0,72 μkat/l
GGT	2,89								0,14- 0,68 μkat/l
ALP	1,98								0,66- 2,20 μkat/l
cholinesteráza	170								87-190 μkat/l
CK	1,69								0,43- 3,21 μkat/l
CK-MB mass	1,6								0,6-6,3 μg/l
troponin I	0,02								0,00- 0,03 μg/l
myoglobin	35								14-66 μg/l
AMS-pankr.	0,27								< 0,88 μkat/l

biochemie	1. den	2. den	3. den	4. den 6 h.	4. den 9 h.	5. den	6. den	7. den	ref. hodnoty
amiodaron		0,6							0,5- 2,0 mg/l

moč chemicky	2. den	3. den	7. den	ref. hodnota
pH	5,5	5	5	5,0-7,0
hustota	1,04	1,02	1,01	1,015- 1,025 kg/m ³
bílkovina	0,5	0,3	neg.	< 0,3 g/l
glukóza	neg.	neg.	neg.	0,00-0,00 mmol/l
ketolátky	neg.	neg.	neg.	0,00-0,00 mmol/l
bilirubin	neg.	neg.	neg.	0,00-0,00 μmol/l
urobilinogen	neg.	neg.	neg.	3,2-16 μmol/l
ery	500	500	150	< 10 počet/μl
leu	250	250	500	< 15 počet/μl
nitrity	neg.	poz.	neg.	arb.j

koagulace	1. den	2. den	ref. hodnoty
eg. Mmol/l	1,04	1,14	0,8-1,25 1
APTT	24,6	25,8	25,9-40,0 s.
TT	17,7	25,6	12-18 s.
fibrinogen	3,66	2,48	2,0-4,0 g/l
AT III	90	88	70-140 %
DD	322	1791	0-190 mg/l
etanol gel.test	neg.		neg. arb.j.

krevní obraz	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den	7. den	ref. hodnoty
leu	5,22	8,73	7,07	6,14	5,76	6,33	4,43	4,0-10,7 10 ⁹ /l
ery	4,81	4,81	4,54	4,18	4,27	4,32	4,23	3,54-5,18 10 ¹² /l
hemoglobin	152	152	144	135	137	137	130	116-163 g/l
hematokrit	0,442	0,442	0,432	0,404	0,396	0,398	0,4	0,33-0,47 1
trombocyty	192	192	154	152	174	180	177	131-364 10 ⁹ /l
neutrofilly	72,2	72,2	75,1	67,9	66,8	58,4	63,8	50-75 %
lymfocyty	20,1	20,1	16,6	23	22,3	30,9	24,7	25-40 %
monocyty	7,3	7,3	6,9	7,9	8,1	7,2	7,6	3-8 %
eosinofily	0,1	0,1	0,9	0,9	2,5	3,2	3,1	1-5 %
basofily	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,8	0-1 %

moč. sediment	2. den	3. den	7. den	ref. hodnoty
ery	13651	1153	449	10,0 10 ⁶ /l
leu	593	98	107	20 10 ⁶ /l
kvasinky	neg.	neg.	neg.	0,0 10 ⁶ /l
krystaly	294	4	13	10,0 10 ⁶ /l
epitelie pl.	neg.	2	8	0-10 10 ⁶ /l
epitelie k.	neg.	pod 1	1	0-3 10 ⁶ /l
válce	neg.	1	neg.	0-2 10 ⁶ /l
bakterie	neg.	poz.	poz.	0-0 10 ⁶ /l
hlen	neg.	neg.	poz.	neg.

Příloha č. 9: Farmakoterapie

p.o.

Prestarium Neo por.tbl.flm.

IS: antihypertenzivum, ACE inhibitor

Vasocardin 50 mg por.tbl. nob. (tableta)

IS: antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor

Sortis 20 mg por. tbl. flm.

IS: hypolipidemikum

Milurit 100 mg por. tbl. nob.

IS: antiuratum

Prestarium Neo forte 10 mg por. tbl. flm.

IS: antihypertenzivum, ACE inhibitor

Anopyrin 100 mg por. tbl. nob.

IS: antiagregancium

Orcal 5 mg por. tbl. nob.

IS: vazodilatancium, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu

Cordarone 200 mg por. tbl. nob.

IS: antiarytmikum

Kalium Chloratum Biomedica 500 mg por.tbl.flm.

IS:Kaliový přípravek

Frontin 0,25 mg por.tbl.nob.

IS: anxiolitikum

Citalec 20 mg por. tbl. flm. (potahovaná tableta)

IS: antidepressivum

Ebrantil ret. 30 mg. por. cps. pro. (tvrdá tobolka s prodlouženým uvolňováním)

IS: antihypertenzivum

Lactulosa Biomedica por. sir. 15 ml (sirup)

IS: digestivum, laxativum

i.v.:

Quamatel inj. pso. lqf.

IS: antiulcerózum, antagonist H2 receptorů

Ebrantil 25 mg inj.sol.

IS: antihypertenzivum

Betaloc inj. sol.

IS: antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor

Cardilan inj, sol.

IS: Kardiakum

Cordarone inj. sol.

IS: antiarytmikum

Actilyse 7 mg inj./inf. pso. lqf. (prášek pro přípravu injekčního a infuzního roztoku s rozpouštědlem)

IS: antitrombotikum, fibrinolytikum

Furosemid 20 mg inj. sol.

IS: diuretikum

s.c.:

Fraxiparine multi 0,4 ml inj. sol.

IS: antikoagulans, antitrombotikum

Infúze:

FR 500 ml – 1000 ml + Celaskon amp., MgSO₄ 20% amp., KCl 7,5%,
NaCl 10%

Lineární dávkovače:

Tachybene 250 mg inj. sol. r.dle TKsys (140-180 mmHg)

IS: antihypertenzivum, blokátor alfa-adrenergických receptorů

Cordarone 900 mg inj. sol. /G5% ad 50 ml r.1-2 ml/h

IS: antiarytmikum III.třídy

Actilyse 63 mg inf. pso. lqf./ ad FR 63 ml r.63ml/h

IS: antitrombikum, fibrinolytikum

Příloha č. 10: NIHSS skóre

NIHSS	Jméno	Rodné číslo				
Hodnocení		PŘIJETÍ	2 HOD	24 HOD	72 HOD	7 DNÍ/ PROP
Datum						
1a. Úroveň vědomí zvuk takový testovací input, aby oběděl případně překážky (otrach, trauma, jazyk, bariera, imitace), testuje se vždy.	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - slyší, ale méně stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, odpor 3 - koma (reflexy či žádné odpovědi)					
1b. Slovní odpovědi ptá se na věk pacienta a mláďa: počítá se první a pouze zcela správné odpovědi, bez nápodoby.	0 - obě odpovědi zcela správné 1 - jedna správná, těžká dysarthrie či jiná bariera (OTT) 2 - obě špatně, střídá, koma					
1c. Vyhovění výzvěm požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparní ruky, úkon (se pacientovi přivést.	0 - oto (kdy správné) 1 - jeden úkon správný 2 - žádný správný, koma					
2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyby, pacient s barierou (skopota, bantá, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!), Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa postčlenná DC manévry 2 - nepočítatelná deviace či pohledová paresa					
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyby prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí nirkadho reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)					
4. Faciální paresa Otvření zubů, zavření očí, vlevoce obočí.	0 - symetrický pohyby, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie RL rýhy) 2 - úplná nebo částečná - paralizace obou stran 3 - kompletní (parál.) paraliza uni- či bilaterální, koma					
5. a 6. Motorika HKK do 90 st v seči resp. 45 st. více DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud šlepiš dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se udávají při jevě postižení končetiny - vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží ruku podložku 3 - pohyb po podložce 4 - plegr, bez pohybu, koma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankyloza at. příčiny paraliz. nálezu nesouhlasí s příhodou	LHK				
		PHK				
		LDK				
		PDK				
7. Ataxie končetin testování proti-proti na HKK a na DKK. pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který narozumí. U slepých: nos-natažení HK. V kómatu, při plegr. atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledky porasy, koma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankyloza aj.					
8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nepropracujících algickým podnětem (úzková reakce, grimasa). Koma hodnotěna 2.	0 - bez poruchy čí 1 - lehká a střední porucha sense (hypostézie/hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestezie uni. či bilat. koma.					
9. Řeč testovací slova: NÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DĚNÍL, ELEKTŘINA, POTISALOVY, MÍČ. Wie jak, Došl na zem, Jemná z prask domo. Papa obřádu.	0 - bez afázie 1 - lehká faktová porucha, lze porozumět 2 - těžká faktová porucha 3 - globální afázie, mutismus, koma					
10. Dysarthrie Při faktické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTT).	0 - nepřítomna 1 - středně těžká, je má rozumět 2 - výrazně středně výslovnost, není rozumět, mutismus, koma 9 - střídání, jiná bariera					
11. Neglect Použij směřující stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomna 1 - neglectuje 1 kvalitu, anosognose 2 - neglectuje více jak 1 kvalitu, koma.					
CELKOVÉ NIHSS						
12. Distanční motorika nezpočítává se do celkového skóre Testujeme extenzí názo a prstů HKK a předpažení. Pouze první odpovědi.	0 - extenzuje prst na 5 sekund 1 - schopen částečně extenze po 5 sekund 2 - žádná extenze po 5 sekund. koma	Levá HK				
		Pravá HK				

**Příloha č. 11: Informovaný souhlas o použití zdrav.
dokumentace**

UNIVERZITA KARLOVA 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



**Informovaný souhlas o použití zdravotnické dokumentace zdravotnického zařízení a
informací o nemocném vyplývajících ze zdravotnické dokumentace
pro účely bakalářské práce
studenta/ky 3. LF UK,
obor všeobecná sestra**

Bc. HEŘMIKOVÁ Jaroslava
veštní sestra

.....
Odpovědný pracovník

uděluje souhlas

KADRIAN KAREBOUSKA, 3. ročník

.....
Jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím fomrulářů zdravotnické dokumentace používaných ve zdravotnickém zařízení za účelem zpracování bakalářské práce
- s nahlížením do zdravotnické dokumentace pacienta, u kterého je kazuistika zpracovávána, bez uvedení jména a jiných identifikačních údajů pacienta
- s účastí studenta při vyšetřování a ošetřování pacienta a provedením ošetrovatelské anamnézy (při použití ošetrovatelské anamnézy se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s použitím výsledků vyšetření popisovaného pacienta (při použití výsledků vešetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

V PRAZE dne 17.3.2014

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE NEUROLOGICKÁ
OZ. HEŘMIKOVÁ Jaroslava
ODP. VEŠTNÍ SESTRA
KATEŘINSKÁ 30
128 00 PRAHA 2
Podpis odpovědného pracovníka

Karebouska

.....
Podpis studenta