

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DIAGNÓZOU
KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA

Bakalářská práce

KAROLÍNA HOSTAŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne:

Karolína Hostašová

Abstrakt

HOSTAŠOVÁ, Karolína: Ošetrovatelský proces u pacienta s klíšťovou encefalitidou (Bakalářská práce), Karolína Hostašová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Andrea Pohlová. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o pacienta s klíšťovou encefalitidou. Teoretická část práce charakterizuje základní onemocnění, jeho původce, klinický obraz, terapii. Praktická část se zaměřuje na konkrétního pacienta s touto diagnózou, na jeho příznaky onemocnění, průběh hospitalizace, na posouzení jeho stavu dle modelu Marjory Gordonové a na řešení jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. Součástí ošetrovatelského procesu je i edukační proces, který je zaměřen na zvládnutí zátěže a na doplnění deficitních znalostí v oblasti prevence.

Klíčová slova: klíšťová encefalitida, pacient, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelský proces, edukační proces.

The main topic of this bachelor's thesis is the care of a patient suffering from encephalitis transmitted by tick's bite. The theoretical part of the thesis defines the disease, its cause, the clinical course, the therapy. The practical part is focusing on particular patient with this diagnosis, on his symptoms, on his clinical state during his stay in a hospital, on assessment of his state according to the model of Marjory Gordon and on the solution of particular nursing diagnosis. Educational process forms inseparable part of nursing process and is focused on coping with the workload and on completing the insufficient knowledge from the field of prevention.

Keywords: Ticks bite encephalitis, patient, nursing diagnosis, nursing process, educational process.

Předmluva

Klíšťová encefalitida je závažné neuroinfekční onemocnění a ohrožuje každého, kdo občas chodí do přírody, tedy i mne. Riziko nákazy klíšťovou encefalitou se v posledních letech prudce zvyšuje. Nejvyšší nemocnost v ČR byla zaznamenána v roce 2006, kdy epidemiologové evidovali dokonce 1029 případů onemocnění.

Téma práce vzniklo ve snaze zdůraznit závažnost tohoto onemocnění. Zvláštní pozornost je věnována preventivním opatřením, k nimž patří především očkování proti tomuto onemocnění, zabránění napadení klíšťaty, případně jejich včasné odstranění.

Práce je určena nejen studentům ošetrovatelství, kteří se v ní mohou seznámit s ošetrovatelskými postupy u pacientů s touto diagnózou, ale i všem sestřám z praxe.

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Andree Pohlové, za cenné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

Obsah:

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Klíšťová encefalitida	9
1.1 Charakteristika	9
1.2 Etiologie, epidemiologie	9
1.3 Klíště obecné	10
1.4 Patogeneze	10
1.5 Klinický obraz, průběh, formy	12
1.6 Diagnostika	14
1.7 Terapie	15
1.7.1 Konzervativní terapie	15
1.7.2 Farmakoterapie	15
1.7.3 Dietoterapie	15
1.7.4 Pohybový režim	15
1.7.5 Psychoterapie	16
1.8 Rekonvalescence	16
1.9 Prognóza	16
1.10 Prevence	17
1.10.1 Očkování	17
1.10.2 Bez očkování	18
2 Ošetrovatelská péče o pacienty s klíšťovou encefalitou	20
2.1 Ošetrování nemocných	20
2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	20
2.1.2 Sledování nemocných	20
2.1.3 Následná péče	20
2.2 Vyšetření, péče o pacienta před a po vyšetření	21
2.2.1 Vyšetření očního pozadí	21
2.2.2 Lumbální punkce	21
2.2.3 Elektroencefalografie	23

PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 Posouzení stavu pacienta	24
3.1 Identifikační údaje	24
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	24
3.2.1 Lékařská anamnéza	24
3.2.2 Vyšetření	25
3.2.3 Závěr při příjmu	26
3.3 Terapie	26
3.3.1 Farmakoterapie	26
3.3.2 Dietoterapie	27
3.3.3 Pohybový režim	27
3.3.4 Psychoterapie	27
3.4 Fyzikální vyšetření sestrou	27
3.5 Posouzení stavu dle modelu M. Gordonové	28
3.5.1 Podpora zdraví	28
3.5.2 Výživa	28
3.5.3 Vylučování a výměna	29
3.5.4 Aktivita a odpočinek	29
3.5.5 Vnímání – poznávání	30
3.5.6 Vnímání sebe sama	30
3.5.7 Vztahy	30
3.5.8 Sexualita	31
3.5.9 Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu	31
3.5.10 Životní princip	31
3.5.11 Bezpečnost, ochrana	31
3.5.12 Komfort	31
3.5.13 Růst/vývoj	32
4 Průběh hospitalizace, vyšetření, terapie, laboratorní výsledky	33
5 Ošetrovatelské diagnózy	42
5.1 Akutní bolest hlavy	43
5.2 Hypertermie	45
5.3 Nauzea	47

5.4	Riziko infekce	49
5.5	Riziko deficitu tělesných tekutin	50
5.6	Strach z plánovaného výkonu	51
5.7	Porušený spánek	53
5.8	Deficit sebedpěče při koupání a hygieně	55
5.9	Deficit sebedpěče při vyprazdňování	56
5.10	Zácpa	57
5.11	Deficitní znalost o prevenci onemocnění	58
6	Edukace	60
6.1	Nácvik polohy při lumbální punkci a dodržování režimu po ní	60
6.2	Jak správně odstranit přisáté klíště	63
7	Zhodnocení ošetrovatelské péče	66
	Závěr	67
	Seznam termínů a zkratk	68
	Seznam informačních zdrojů	71
	Seznam příloh	72
	Přílohy	73

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou klíšťová encefalitida. Toto téma jsem si vybrala proto, že lidé trpící zmíněným onemocněním jsou často hospitalizováni na infekční klinice, kde pracuji. Cílem mé práce je upozornit na nebezpečí tohoto onemocnění, které v mnoha případech zanechává trvalé následky v podobě neurastenických obtíží jako jsou podrážděnost, únava, bolesti hlavy, poruchy soustředění, nespavost atd. Vysoké riziko je hlavně u pacientů staršího věku. Vzhledem k těmto skutečnostem považuji za velmi důležité zvyšovat informovanost populace o tomto onemocnění a hlavně o možné prevenci.

V teoretické části jsem se zaměřila na podrobnou charakteristiku tohoto onemocnění. Popisuji etiologii, patogenezi, klinický obraz onemocnění, možnosti léčby i případné komplikace. Podrobně se zabývám samotným původcem onemocnění a to je klíště obecné. Dále se věnuji prevenci, což je v první řadě očkování proti klíšťové encefalitidě, ale také určitá opatření, která bychom měli dodržovat při pobytu v přírodě. Vycházela jsem zde z řady odborných publikací a snažila jsem se uvést všechny podstatné aspekty související s tímto tématem.

V praktické části se zabývám již samotným pacientem s tímto onemocněním, kterého jsem si pro zpracování práce vybrala. Uvádím zde základní údaje z lékařské anamnézy i všechna vyšetření, která byla v průběhu hospitalizace pacientovi provedena.

Dále posuzuji jeho stav dle modelu Marjory Gordonové. Použitím zdravotní dokumentace, informací získaných od klienta a na základě vlastního pozorování se snažím stanovit nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy a jejich řešením se snažím uspokojit bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Důležitou částí ošetrovatelského procesu je i edukace, která je zaměřená na zvládnutí zátěže a na doplnění deficitních informací v oblasti prevence tohoto onemocnění.

V závěru mé práce shrnuji všechny informace obsažené v práci. Nedílnou součástí práce jsou i přílohy které obsahují tabulky, grafy a obrázky související s daným tématem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klíšťová encefalitida

1.1 Charakteristika

Klíšťová encefalitida, neboli klíšťový zánět mozku je infekční virové onemocnění. Jedná se o aseptickou neuroinfekci, jejíž průběh kolísá od velmi lehkých až po komatózní stavy. Toto onemocnění je vyvoláno virem ze skupiny arbovirů. Virus je přenášen prostřednictvím klíšťat (*Ixodes ricinus*). Přenos infekce na člověka je možný po přisátí infikovaného klíšťete, ale výjimečně i požitím tepelně nezpracovaného mléka infikovaného zvířete.

Člověk může být napaden larvou, nymfou i plně vyvinutým klíšťetem zvaným imago.

1.2 Etiologie, epidemiologie

Onemocnění se rozšířilo především ve střední a jižní Evropě (Česká republika, Slovensko, Rakousko, Maďarsko, Polsko, Slovinsko, Chorvatsko) až po 2. světové válce. Virus byl pravděpodobně do Evropy zavlečen ze Sibiře válečnými událostmi.

V Evropě byl virus klíšťové encefalidity izolován v roce 1948 Galliou. V roce 1951 byla potvrzena první epidemie této nemoci v Rožnavě na Slovensku, která byla vyvolána pitím nesvařeného kozího mléka. Dnes patří toto onemocnění k nejčastějším neuroinfekcím u nás.

Původcem onemocnění je tedy klíšťe, u něhož se nákaza může přenášet také transovariálně - přes vajíčko. To má za následek, že se potomek vylíhne již s bakterií v těle. Rezervoárem jsou převážně lesní a polní hlodavci (myši, veverky, zajíci), divoce žijící zvířata (jezevec, liška, srnec) a z domácích zvířat pak ovce, kozy, hovězí dobytek. V zamořené oblasti se počítá s výskytem asi 1-2% infikovaných klíšťat.

Klíšťová encefalitida je typická nákaza s přírodní ohniskovostí, to znamená, že její výskyt je vázán na přírodní lokality - ohniska, vhodné pro přežívání klíšťat.

(1, 5)

Rizikovými oblastmi jsou většinou listnaté nebo smíšené lesy v nižších polohách (do 700m nadmořské výšky), zejména s hustým porostem. Nejvyšší počet onemocnění je v České republice v okolí velkých řek v jihočeském, západočeském, jihomoravském a severomoravském kraji. Pro výskyt onemocnění je typická sezónnost, související s aktivitou klíšťat, která začíná v květnu a končí v září až říjnu. Sezónnost onemocnění ukazuje graf č.1. Vnímavost k nákaze je všeobecná, častěji onemocní dospělé osoby. Pro starší věkové skupiny je toto onemocnění závažnější, s horším průběhem než pro dětský věk. Graf č. 2 ukazuje rozvrstvení nemocných podle věku a pohlaví.

(1, 5)

1.3 Klíště obecné

Klíště obecné (*Ixodes ricinus*) je roztoč patřící do čeledi klíšťatovití (*Ixodidae*). Na světě se vyskytuje kolem 650 různých druhů, ale na našem území je nejhojnějším druhem právě *Ixodes ricinus*.

Vyskytuje se na vlhčích loukách, pastvinách a v křovinách do nadmořské výšky 800m. Klíšťata jsou tedy citlivá na vlhkost prostředí. Relativní vlhkost vzduchu je nejvyšší těsně nad zemí a směrem nahoru klesá. Z této skutečnosti vyplývá i rozmístění klíšťat číhajících na svého hostitele na vegetaci (na trávě, na keřích). Larvy, které jsou nejvíce citlivé na vyschnutí, čekají na hostitele přichyceni na vegetaci, jen několik centimetrů nad povrchem půdy. Nymfy, které jsou již odolnější k vyschnutí, vylézají výše na vegetaci a dospělá klíšťata která jsou nejodolnější, nalezneme do jednoho metru nad povrchem. Není tedy pravdou, že klíšťata padají na svého hostitele z korun stromů.

Cizopasný způsob života klíštěte obecného souvisí s jeho složitým a velmi dlouhým vývojem. Od vajíčka po dospělce (vajíčko – larva – nymfa – dospělý jedinec, imago) se klíště vyvíjí 1 - 5 let. Tento dlouhý vývoj je mimo jiné způsoben i tím, že každé stádium mívá jiného hostitele. Záleží tedy na tom, jak dlouho čeká například v trávě než se uchytí na hostiteli. Dospělá samička klíštěte klade několik tisíc vajíček, z nichž se nejprve vylíhnou larvy

(6)

se třemi páry nohou. Larvy cizopasí zpravidla na drobných hlodavcích. Když se larvy nasají, odpadnou a mění se v další vývojové stádium – nymfu, která už má 4 páry končetin jako dospělý jedinec. Nymfa vydrží čekat na vhodného hostitele o hladu neuvěřitelně dlouho, i rok a půl až dva roky. Po nasátí, nymfy z hostitele odpadají a pohlavně se rozlišují. Samice je dlouhá 3-4mm a má žluto-červenou barvu a samec je dlouhý 2,5mm a je spíše červeno-hnědý.

Bodavě sací ústrojí klíštěte tvoří hypostom obklopený dvěma čelistními makadly pomocí kterého se uchytí na hostiteli. Okamžik zakousnutí hostitel zpravidla nepocítí, neboť do rány se současně vylučuje směs látek, které tiší bolest a zároveň brání srážení krve. Teprve později začne rána nepříjemně svědit. To už je klíště, ale pevně zakousnuté. Hypostom je navíc opatřen zpětnými háčky, které ztěžují odstranění parazita z rány.

Na chodidlech předních nohou se nachází tzv. Hallerův orgán, umožňující detekci CO₂, díky kterému klíště dokáže vycítit svou oběť.

Sameček se zpravidla spokojí jen s menším množstvím krve. Na hostitele se přichycují jen proto, aby na něm vyhledali samici a spáрили se s ní. Každé ze třech vývojových stádií (larva, nymfa i dospělá samice) tedy saje krev jen jednou a každé z nich může napadnout člověka.

(6)

1.4 Patogeneze

Po přísátí klíštěte dochází v místě vpichu k pomnožení viru, který se šíří do regionálních uzlin. Lymfatickými cestami je zanesen do různých orgánů, především do centrálního nervového systému. Tam vyvolává změny v šedé a bílé hmotě mozkové, přičemž převaha postižení je ve hmotě šedé. Může být postižena i mícha, kde jsou hlavní změny v šedé hmotě předních rohů míšních. V oblasti mozkové kůry, kmene a mozkových nervů dochází k zánětlivým změnám a tvorbě zánětlivých infiltrátů.

Současně dochází k tvorbě protilátek, ke vzniku buněčné imunity. Onemocnění zanechává dlouhodobou imunitu.

(1, 3)

1.5 Klinický obraz, průběh, formy

Průběh onemocnění je obvykle dvoufázový:

- Po přisátí infikovaného klíštěte dochází za 3 - 8 dní k první, viremické fázi onemocnění. Klinické příznaky jsou zcela necharakteristické. Nemocný udává zvýšenou únavnost, bolesti hlavy, bolesti v krku, bolesti ve svalech, kloubech a zvýšené teploty. Toto období trvá 2 - 7 dní. Po prvním chřipkovitém stádiu už nemusí nastat žádné problémy a osoby mají ochranný titer protilátek.
- V některých případech následuje po období klidu, které trvá obvykle 4 - 14 dní, k rozvoji druhého stadia. Asi u jedné třetiny nemocných však může první viremická fáze zcela chybět a onemocnění se projeví přímo druhou fází.

Rozeznáváme 5 klinických forem onemocnění:

1. inaparentní – bezpříznaková forma,
2. abortivní forma,
3. meningitická forma,
4. meningoencefalitická forma,
5. meningoencefalomyelitická forma.

1. U inaparentní, bezpříznakové formy nedochází po přisátí klíštětem ke klinickým příznakům, dochází však k vzestupu specifických protilátek, které se prokážou laboratorně.

2. U abortivní formy prodělá nemocný pouze prvou fází onemocnění a nemoc již dále nepokračuje, k druhé fázi již nedojde.

3. U meningitické formy klíšťové encefalitidy dochází po odeznění první fáze a období klidu k vzestupu horeček, objevují se bolesti hlavy, světloplachost, nechutenství, nauzea až zvracení. Při objektivním vyšetření nacházíme meningeální příznaky. Je to soubor příznaků, které vznikají v důsledku dráždění mozkomíšních plen zánětem. Dráždění plen vede k dráždění nervových kořenů (procházejících přes pleny) a tím ke kontrakcím svalstva, zvláště paravertebrálního. (1, 3)

4. a 5. U těchto forem onemocnění si pacienti stěžují na výraznější subjektivní potíže. Objevují se úporné bolesti hlavy, opakované zvracení, poruchy vědomí ve formě bradypsychie, zmatenosti, somnolence až bezvědomí. Při vyšetření nemocného zjišťujeme výrazný třes rukou, brady, dolní čelisti, jazyka a očních víček. Nemocní vypovídají o počátku nemoci pomalu, s přestávkami, často nesouvisle. Pohybový třes jim znemožňuje napít se, psát apod. Při vyšetření zjišťujeme výrazné poruchy taxie, hypermetrii, adiachokinézu, klidový třes a hypomimii. Objevují se obrny hlavových nervů, nejčastěji v akutním horečnatém stadiu. Nejčastější obrnou je obrna lícního nervu (nervus facialis), která se projeví sníženou pohyblivostí ústního koutku, sníženou pohyblivostí očních víček a také tím, že nemocný nedovede sraštit čelo. Obrny jsou převážně jednostranné, oboustranné postižení se vyskytuje jen u velmi těžkých průběhů s nepříznivým zakončením.

Obrny okohybných nervů se projeví poklesem horního víčka, poruchou pohybů postiženého bulbu směrem nahoru a dolů, nemocní udávají dvojité vidění. Postižení vestibulárního systému se projeví nystagmem různého charakteru, nemocní udávají závratě až tendenci k pádu, zejména při stoji se zavřenýma očima. Postižení postranního systému hlavových nervů (nervus glossopharyngeus, nervus vagus, nervus accessorius) se projeví poruchou motoriky v oblasti měkkého patra, oblouků patrových, faryngu, laryngu. Nemocný má potíže s polykáním, řeč je chraptivá. Jsou popisovány i obrny podjazykového nervu (nervus hypoglossus), které se projevují poruchou hybnosti jazyka, jazyk je odchýlen špičkou k postižené straně.

Třetí a čtvrtá forma nemoci jsou nejčastějšími formami onemocnění.

5. U meningoencefalomyelitické formy k výše uvedeným příznakům přistupují obrny končetin, které mají chabý charakter a jsou převážně jednostranné. Obrny jsou výrazem postižení motorických gangliových buněk v předních rozích míšních. Nejčastěji jsou postiženy horní končetiny (pletenec pažní), někdy vznikají i obrny krčního svalstva. Dochází ke snížení svalové síly končetiny až k úplné nehybnosti, která je následována rychlou atrofií svalstva.

(1, 3)

Obrny hlavových nervů i obrny končetin se mohou objevit jak v akutní, febrilní fázi nemoci, tak i po poklesu teplot k normálu, nebo i v době až po propuštění z nemocničního léčení (pozdní obrny). Duniewicz při sledování 633 nemocných se sérologicky prokázanou klíšťovou encefalitidou zjistil u 12,6 % paretické postižení.

V dalším průběhu nemoci, po přijetí do nemocnice, ustupují subjektivní příznaky – bolesti hlavy do 3 až 7 dnů. Zvracení, nebo pocit na zvracení ustupuje většinou do 1 až 3 dnů, celková slabost obvykle do 10 dnů, u starších nemocných může přetrvávat déle. Pocity závratí se upravují do 7 až 10 dnů, stejně i poruchy spánku. Z objektivních příznaků, horečky ustupují v průběhu 5 až 6 dnů. Poruchy vědomí se upravují během několika málo dní. Meningeální příznaky ustupují během 7 až 14 dnů, třesy rukou a očních víček se upravují do 14 dnů, k úpravě taxy dochází pravidelně do 14 dnů, právě tak mizí i vestibulární nystagmus.

(1,3)

1.6 Diagnostika

Diagnostika klíšťové encefalitidy s charakteristickým souborem příznaků je poměrně snadná:

- epidemiologická anamnéza (přísátí klíštěte, pobyt v rizikové oblasti)
- klinické příznaky (typický dvoufázový průběh)
- rozbor mozkomíšního moku odebraného lumbální punkcí – mok je čirý až lehce zamžený a vytéká pod zvýšeným tlakem.
 - cytologické vyšetření – buněčné elementy jsou zmnoženy na několik set.
 - biochemické vyšetření – bílkoviny jsou mírně zvýšené (do 1g/l), glukóza a chloridy vykazují normální hodnoty.
- odběr krve na sérologické vyšetření – test ELISA – přítomnost protilátek třídy IgM a IgG.
- EEG vyšetření – jsou zde změny, které kolísají od lehkých, většinou hypofunkčních změn, až k projevům těžkého edému mozku.

(1, 3, 5)

1.7 Terapie

1.7.1 Konzervativní léčba

Proti klíšťovému zánětu mozku není specifického léku. Po přijetí do nemocnice je nejdůležitější podmínkou léčení naprostý klid na lůžku po dobu 7 – 10ti dnů. Nemocný se nesmí pokoušet vstávat ani se posazovat. Ranní toaleta, vyprazdňování, přijímání stravy musí být vykonávány vleže na lůžku. Dále je nutná péče o dostatek tekutin, při zvracení se podávají tekutiny v kapací infúzi. Odběr moku lumbální punkcí není důležitý jen z diagnostického hlediska, ale má funkci i léčebnou – dojde ke snížení likvorového tlaku a tím ke zmírnění bolestí hlavy.

1.7.2 Farmakoterapie

- analgetika – léky proti bolesti - Ibuprofen tbl., Tramal tbl., inj., Novalgin tbl.,inj.
- antipyretika – léky proti horečce - Paralen tbl., supp.
- antiemetika – léky proti zvracení - Degan tbl.,inj., Torecan inj.,supp.
- vitamíny – skupiny C, B tbl.,inj.
- protiedematózní terapie – infuze 20% Manitolu (1,5 –2g/kg),
aplikace kortikosteroidů – Dexamethason (4 -20 mg
3-4 x denně, dle závažnosti a průběhu nemoci).
- nootropika – léky zlepšující činnost mozku a jeho metabolismus - Piracetam
800 mg tbl., Oikamid 400mg tbl.

1.7.3 Dietoterapie

Pacient dodržuje zpravidla dietu č.3 – racionální výživa, pokud tedy jeho zdravotní stav nevyžaduje žádnou jinou speciální stravu.

1.7.4 Pohybový režim

Jak bylo již uvedeno výše, je nutné aby pacient dodržoval přísný klid na lůžku. U většiny nemocných ustoupí subjektivní obtíže během několika dní a nemocní se mylně domnívají, že už nemusí dodržovat klid a často si vyprovokují zhoršení zdravotního stavu až vznik obrny. (1, 3, 5)

1.7.5 Psychoterapie

Nemoc je náročná životní situace pro každého. Pacienti s klíšťovou encefalitidou vyžadují ohleduplný a citlivý přístup a je nutné jim stále připomínat nutnost dodržovat uvedené zásady, aby se předešlo vzniku nežádoucích komplikací.

1.8 Rekonvalescence

Délka hospitalizace závisí na klinickém průběhu. U nemocných, u nichž byl průběh onemocnění mírný a bez komplikací, je možné propuštění již po 10 – 14 dnech. Při komplikovaném průběhu se pobyt v nemocnici prodlužuje až na 3 týdny. Po ukončení hospitalizace nemocný zůstává v péči infektologa a neurologa. Pacientům s komplikovaným průběhem je doporučováno po propuštění z nemocnice ještě minimálně 1 týden dodržovat klid na lůžku v domácím prostředí. V druhém týdnu se povoluje pohyb po pokoji, a teprve v třetím týdnu po propuštění mohou vykonávat malé, krátké procházky. Dále se doporučuje omezit sporty, fyzickou námahu, práci na počítači, sledování televize, čtení atd. Pracovní neschopnost trvá od několika týdnů až po několik měsíců. Při těžkém postižení může být přiznán plný invalidní důchod.

1.9 Prognóza

Asi 10 % nemocných po odléčení akutního stadia nemoci si stěžuje na více, nebo méně těžké neurastenické a psychické obtíže, jako jsou nespavost, nesnášenlivost hluku, nemožnost soustředění, zapomnětlivost. Dále mohou přetrvávat bolesti hlavy a závratě. Pacienti v ambulancích udávají jako velký problém špatný odhad vzdáleností. V průběhu onemocnění může dojít k myokarditidám, k postižení jaterních funkcí, které jsou většinou přechodného rázu. Trvalé následky v podobě paréz vedou často k invaliditě.

(1, 5)

1.10 Prevence

1.10.1 Očkování

Jediným spolehlivým prostředkem prevence proti onemocnění klíšťovou encefalitidou je očkování. V současné době se v České republice k očkování používá inaktivovaná vakcína. Na trhu jsou pro dospělé k dispozici dvě očkovací látky, přípravek Encepur (firma Novartis) a přípravek FSME - Immun (firma Baxter). Obdobně je tomu v případě očkování dětí, používají se přípravky Encepur pro děti (pro děti ve věku od 1 do 16 let) a FSME - Immun Junior (pro děti od 1 do 12 let). Uvedené vakcíny jsou vhodné pouze pro oblasti střední Evropy. Tyto vakcíny nechrání vůči ostatním virovým encefalitidám, vyskytujícím se ve východní Evropě nebo Asii. Tato aktivní imunizace obsahuje 3 základní očkovací dávky. Druhá se podává 1 - 3 měsíce po první dávce a třetí dávka po 9 - 12 měsících po druhé dávce. Ale může se očkovat i podle zrychleného očkovacího schématu a to tak, že druhá dávka se aplikuje 14 dní po první a třetí 30 dní po druhé dávce. Přeočkování se provádí po 3-5 letech, ale při použití zrychleného očkovacího schématu musí být první přeočkování provedeno již za 12 až 18 měsíců. Vakcína se podává intramuskulárně, nejčastěji nad úpon deltoidního svalu nebo do horního zevního kvadrantu hýžďového svalu.

Nejvhodnější dobou pro očkování jsou zimní měsíce, kdy je aktivita klíšťat nízká, ale očkování je možné provádět kdykoli během roku a dostatečná imunita nastupuje za 14 dní po aplikaci druhé dávky bez ohledu na použité schéma. Před očkováním se doporučuje zhodnotit zdravotní stav očkované osoby. Je-li třeba, očkování se odloží do té doby, dokud zdravotní stav očkované osoby neumožní provést imunizaci. Po prodělané klíšťové encefalitidě se doporučuje očkovat živou vakcínou až za 1 rok. Po očkování se doporučuje klidový režim, omezit fyzickou námahu alespoň v den imunizace.

Očkování provádí na žádost praktičtí lékaři nebo očkovací centra. Vakcíny nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Některé pojišťovny na toto očkování přispívají v rámci svých nadstandardních programů.

(11)

1.10.2 Bez očkování

A pokud očkování nejsme, tak je vhodné dodržovat při procházkách přírodou určitá níže uvedená opatření:

- Je důležité mít vhodnou obuv a oděv kryjící končetiny nejlépe ze světlé látky.
- Proti klíšťatům pomáhají některé přípravky, které je vhodné aplikovat na oblečení především na spodní část nohou. Je však důležité sledovat dávkování a dobu účinku jednotlivých přípravků.
- Po návratu z přírody je důležité se důkladně prohlídnout zda nedošlo k přichycení klíštěte. Místa nejčastějšího přisátí klíšťat jsou podkolenní jamka, třísla, podpaží, za ušima, u dětí na hlavě (mezi vlasy). Klíšťata se však mohou přichytit kdekoliv, včetně intimních míst. Obdobnou prohlídku je třeba provést i následující ráno, protože klíště se může pohybovat delší dobu po těle napadeného, než se přichytí. Obě tyto prohlídky jsou důležité pro včasné zjištění přichyceného klíštěte, dříve než se plně rozvine proces sání krve. Ve slinách klíštěte jsou mj. obsaženy látky, které brzdí zánětlivou reakci, takže svědění vyvolané přisátím a upozorňujícím na klíště se dostavuje až po několika hodinách.
- Přichycené klíště je nutné neodkladně odstranit. Klíště se nemastí krémem ani nezakapává olejem. Nejlepší je použít pinzetu nebo speciální kleštičky, které lze koupit v lékárně a kývavým pohybem klíště odstranit.
- Odstraněné klíště je důležité zlikvidovat. S každým klíštětem je třeba zacházet jako s potenciálně infekčním materiálem, a proto je důležité, aby při jeho likvidaci nedošlo k potřísnění rukou. Klíště zásadně nemačkáme, ani se jej nesnažíme jinak mechanicky rozdrtit, ale jednoduše ho spláchneme do WC. Místo přisátí důkladně odezinfikujeme a je vhodné místo několik dnů sledovat.
- Zásadu o potenciální infekčnosti klíšťat je třeba respektovat i při jejich odstraňování z domácích zvířat (psů a koček). Při této práci je žádoucí používat gumové rukavice.

(10)

- V současnosti je také možné nechat si vyšetřit infekčnost klíštěte a tak zjistit riziko možné nákazy. Klíště, které nesmí být rozmáčknuté či spálené zabalíme ihned po vyjmutí z kůže do igelitového sáčku. Sáček neprodyšně uzavřeme a odešleme do příslušné laboratoře. Toto vyšetření například provádí parazitologická laboratoř Gen-Trend s.r.o. v Českých Budějovicích a bohužel také není hrazené pojišťovnou. Za vyšetření klíštěte na klíšťovou encefalitidu zaplatíme částku kolem 600 Kč.

(10)

2 Ošetrovatelská péče o pacienta s klíšťovou encefalitidou

2.1 Ošetřování nemocných

2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

- Pacienti s klíšťovou encefalitidou jsou přijímáni na infekční oddělení.
- Pacientům na Infekční klinice jsou k dispozici 2 – 3 lůžkové pokoje. Na pokoje jsou pacienti umístěni nejen podle pohlaví, ale také podle diagnózy.
- Po uložení na lůžko je nutné dbát na to, aby měl pacient při ruce signalizační zařízení, protože musí od začátku hospitalizace dodržovat přísný klid na lůžku.
- Polohu si pacient zvolí sám, podle potřeby.
- Po uložení pacienta na lůžko provedeme ordinace lékaře – odběr krve na vyšetření, zavedení permanentního žilního katétru a podání léků.

2.1.2 Sledování nemocných

- Pacientům zajistíme k lůžku pomůcky pro vyprazdňování – močovou láhev nebo podložní mísu, protože i vyprazdňování se musí provádět na lůžku. Dále mají k dispozici emitní misku v případě zvracení.
- Ihned po příjmu se objednává oční lékař na vyšetření očního pozadí, které je nutné provést před lumbální punkcí. Pokud je zjištěno měštnání, je lumbální punkce kontraindikována, neboť by mohlo dojít ke kónusu v okcipitální oblasti s následnou zástavou životně důležitých center.
- Pacienta stále sledujeme – měření fyziologických funkcí, účinek analgetik, celkový stav.

2.1.3 Následná péče

- Druhý den lékař provádí lumbální punkci za účelem diagnostickým, ale také léčebným - odlehčovacím.
- Úkolem sestry je pacienta na toto vyšetření připravit – vysvětlit polohu při vyšetření, důležitost spolupráce pacienta při výkonu a následné asistování při samotném výkonu.

- Po lumbální punkci musí pacienti ležet 3 hodiny na zádech bez polštáře, pak si mohou zvolit jinou polohu, ale nesmějí zvedat hlavu. Po 24 hodinách jim vrátíme polštář a další režim se určí podle výsledku punkce.
- Další ošetrovatelská péče spočívá v pomoci pacientům při provádění toalety, vyprazdňování a přijímání stravy na lůžku.

2.2 Vyšetření, péče o pacienta před a po vyšetření

Pacienty s klíšťovou encefalitidou čeká v nemocnici kromě odběrů krve a moče několik vyšetření, o kterých bych se ráda zmínila podrobněji.

2.2.1 Vyšetření očního pozadí

Hned první den hospitalizace se provádí vyšetření očního pozadí, které je nutné provést před lumbální punkcí. Oční lékař zjišťuje, zda není na očním pozadí patrné městnání, které by bylo kontraindikací lumbální punkce. Před tímto vyšetřením je nutné dosáhnout rozšíření zornic pacienta. Zornice rozšiřujeme pomocí kapek Mydrum (tropicamylum 5,0mg). Vyšetření je nebolestivé, jen je důležité pacienta upozornit, že po aplikaci kapek bude mít přechodně zhoršené vidění do blízka, které se samo upraví po odeznění účinku kapek. Sestra zajistí bezpečnost pacienta.

2.2.2 Lumbální punkce

Vyšetření mozkomíšního moku má pro stanovení diagnózy velkou důležitost. Při onemocnění postihující nervový systém dochází téměř ve všech případech ke změnám v mozkomíšním moku. Změny se mohou týkat zbarvení, konzistence, buněčných i biochemických nálezů.

Vyšetření mozkomíšního moku – Vyšetření dělíme na cytologické, biochemické a mikrobiologické. Cytologické vyšetření se provádí ve Fuchs-Rosenthalově komůrce, která má kubický rozměr (činí 3mm krychlové). Za normálních podmínek mok obsahuje lymfocyty, kterých je v komůrce u dospělého člověka 10/3. Při klíšťové encefalitidě jsou zmnoženy na několik set.

Biochemické vyšetření nám ukáže hladinu bílkoviny v likvoru, což se označuje jako proteinorachie a normální hodnota se pohybuje mezi 0,2 až 0,4g/l. Při klíšťové encefalitidě jsou bílkoviny mírně zvýšené, do 1g/l. Hladina cukru (glykorachie) a hladina chloridů vykazují normální hodnoty.

Fyziologie - Za fyziologických okolností je likvor čirou a bezbarvou kapalinou, která vyplňuje mozkové komory, subarachnoidální prostory a prostor mezi míchou a jejími obaly. Množství mozkomíšního moku je u dospělého člověka zhruba 150 mililitrů. Denní produkce této tekutiny je přibližně 500 mililitrů, čili denně dochází 3x k jeho obměně.

Místo vpichu - Mozkomíšní mok je získáván v naprosté většině punkcí v lumbální oblasti. Lumbální punkci provádí lékař. Vpich se provádí mezi 3 a 4 nebo mezi 4 a 5 bederním obratlem. Je to přibližně pod místem, kde protíná páteř pomyslná spojnice mezi hřebeny kostí kyčelních. Sestra připravuje pomůcky, připravuje pacienta na výkon, asistuje lékaři při samotném výkonu a na závěr zajišťuje odvoz materiálu do jednotlivých laboratoří. (5)

Příprava nemocného - Kromě důkladné psychické přípravy není jiná příprava nutná. Nemocnému v klidu vysvětlíme, jak bude výkon probíhat, názorně mu předvedeme v jaké poloze. Dále ho upozorníme na režim, který bude muset po punkci dodržovat. Pacientovi dáme podepsat informovaný souhlas s vyšetřením.

Někteří lékaři vyžadují u pacienta před vyšetřením premedikaci. Používá se preparát Dormicum (benzodiazepinové hypnoticum) tbl., inj. Podá se pacientovi cca 5 minut před vyšetřením. V tomto případě se lumbální punkce provádí v leže na lůžku.

Poloha nemocného - Lumbální punkce se provádí buď v leže na lůžku, na pravém či levém boku, nebo v sedě rozkročmo na židli. V každé poloze je třeba rozvinout bederní páteř, aby se trny bederních obratlů od sebe oddálily (kočičí hřbet). Během výkonu sestra pacienta přidržuje, ale je velmi důležitá spolupráce pacienta, aby se při vpichu náhle nepohnul.

Režim po punkci – Po lumbální punkci musí pacienti ležet 24 hodin bez polštáře. 3 hodiny vodorovně na zádech, poté si mohou zvolit polohu jakou chtějí, ale nesmí zvedat hlavu. Po 24 hodinách jim vrátíme polštář a další režim se určí dle výsledku punkce. Pokud vyšetření mozkomíšního moku potvrdí diagnózu klíšťové encefalidity, musí pacienti nadále dodržovat přísný klid na lůžku.

2.2.3 Elektroencefalografické vyšetření (EEG)

EEG je diagnostická metoda, při které se zaznamenávají bioelektrické potenciály mozkové kůry. U pacientů s klíšťovou encefalidou se toto vyšetření provádí většinou ke konci hospitalizace a po té při kontrolní návštěvě v ambulanci.

Příprava pacienta – Na toto vyšetření není nutná žádná speciální příprava. Jen je důležité pacientům vysvětlit jak toto vyšetření probíhá a co se během tohoto vyšetření od nich bude vyžadovat. Je dobré pacienty informovat, že je vhodnější nemýt si vlasy před vyšetřením, ani nepoužívat lak na vlasy.

Vlastní vyšetření – Elektrické potenciály se sbírají elektrodami, které se přikládají na určité body ve vlasové části hlavy. Dnešní aparáty registrují potenciály ze 12 až 16 bodů z povrchu hlavy. Elektrické potenciály se zesilují asi milionkrát a jejich průběh se zapisuje na pohyblivý papír.

Sledování po vyšetření – Po tomto vyšetření není žádné sledování nutné.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

F. D., 52 roků, ženatý, dvě děti, povoláním učitel

Na infekčním oddělení hospitalizován pro klíšťovou encefalitidu (A.84.0) od 15.6.2007

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

3.2.1 Lékařská anamnéza

Pacient byl přijat pro 3 dny trvající horečky (až 39°C), silné bolesti hlavy, zvracení, závratě, podrážděnost, únavu, malátnost, bolesti v krku.

RA: matka zemřela na Ca žaludku, otec DM II. typu

SA: žije s manželkou, 2 synové, 1 vnouče

PA: učitel na základní škole

OA: prodělal běžná dětská onemocnění, zlomeniny: v dětství několikrát HK, jinak se s ničím neléčí

abusus: černá káva 3/d, alkohol příležitostně, spíše málo, kouření 0

AA: neudává

EA: několik klíšťat v jižních Čechách

NO: Před 2 týdny prisátí několika klíšťat na chalupě v jižních Čechách, 5 dní poté teplota až 38,0°C, únava, nechutenství, bolesti v krku- paralen, vitamíny- došlo ke zlepšení. Před 3 dny febrilie až 39°C, třesavka, zvracení, bolest hlavy, malátnost, vyšetřen u obvodního lékaře a odeslán na infekční odd.

SP: T: 38,8°C, TK: 130/90, P:92/min, D 24/min, orientovaný, spavý, malátný, řeč pomalá, spolupracuje, dýchá volně, kůže: bez ikteru a hemoragií, turgor normální, hlava- pokleповě nebolestivá, oči- výrazný třes víček, bulby volné, spojivky nastříklé, nos, uši bez sekrece, DÚ: sliznice vlhká, hrdlo zarudlé, jazyk bíle povleklý, plazi středem, tonsily nezvětšeny, krční uzliny

nehmatné, dýchání čisté, sklípkové, akce pravidelná, ozvy ohraničené,
 břicho- měkké, nebolestivé, játra a slezina nezvětšená, genitál bpn,
 DK bez otoků, taxy nepřesná, lehký klidový třes,
 men. jevy - šije +3 prsty, spine sign ++, lasegue 70st., stoj III., chůze II,
 nejistota.

3.2.2 Vyšetření

V den přijetí byla provedena řada vyšetření, která vedla ke stanovení diagnózy.

Laboratorní hodnoty:

Biochemie:

natrium	137mmol/l	(132-149)
kalium	4,2mmol/l	(3,8-5,5)
chloridy	106mmol/l	(97-108)
urea	4,35mmol/l	(2-7,5),
kreatinin	100umol/l	(35-110)
bilirubin	21umol/l	(0-20),
Alt	0,52ukat/l	(0-0,65)
Ast	0,75ukat/l	(0-0,8)
Alp	1,8ukat/l	(0- 25)
Gmt	0,4ukat/l	(0-1)
CRP	67mg/l	(0-8)
M+S	negativní	

Krevní obraz:

leuko	10,2	$10^9/l$	(4,0-10,0)
ery	3,89	$10^{12}/l$	(4,5-6,3)
Hgb	125	g/l	(140-180)
Hct	0,36	l/l	(0,38-0,52)
Trombo	290	$10^9/l$	(140- 440)

FW – 53/68

Serologie klíšťové encefalidity: IgM – 1080 %

IgG – pozitivní

Vyšetření očního pozadí – fyziologický nález, bez známek měštnání

Druhý den hospitalizace bylo provedeno vyšetření mozkomíšního moku odebraného lumbální punkcí.

Výsledek vyšetření mozkomíšního moku:

- cytologické – ery 64/3, ly 60/3, seg 825/3
- biochemické – bílkovina 0,92, chloridy 115, glukóza 2,7

Devátý den hospitalizace bylo provedeno vyšetření EEG.

EEG - Intermitentně pomalé vlny nad předními kvadranty na pozadí beta záznamu. Kontrola za 3 týdny nutná.

3.2.3 Závěr při příjmu

Pacient přijat s podezřením na klišťovou encefalitidu. (A.84.0)

3.3 Terapie

3.3.1 Farmakoterapie

V průběhu celé hospitalizace pacient užíval tyto léky:

p. o. – Paralen 500 mg (antipyretikum) p.p.

Ibuprofen 400 mg (analgetikum) p.p.

Degan 10 mg (antiemetikum) p.p.

Hypnogen 10 mg (hypnotikum) na noc p.p

Piracetam 800mg (nootropikum) – 2 – 1 – 0, nasazen 8. den hospitalizace

i. m. – Novalgin (analgetikum) p.p.

i. v. - Manitol 20% - (osmotické diuretikum) 4x 125ml po 6 hodinách

Byl podáván 1 - 3. den hospitalizace

p. rectum – Glycerinový čípek (laxativum) p.p.

Infuzní terapie – G 10% 500ml + 8j. HMR + 15ml 7,5% KCL (glukózový roztok, kalium chlorátům, krátkodobý inzulin)

FR 1/1 500ml + 10ml 7,5% KCL + 1amp Deganu (fyziologický roztok, kalium chlorátum)

HR 1/1 500ml (Hartmanův roztok)

Infuze byly podávány 1-2. den hospitalizace

3.3.2 Dietoterapie

Základní onemocnění nevyžaduje dietní omezení, proto byla pacientovi naordinována dieta č. 3 – Racionální výživa. Je nutné dbát na dostatek tekutin.

3.3.3 Pohybový režim

Pacient měl naordinován při příjmu klid na lůžku. Druhý den byla vyšetřením mozkomíšního moku potvrzena diagnóza a pacientovi byl naordinován přísný klid na lůžku, který trval až do 8. dne hospitalizace, kdy bylo povoleno pomalé vstávání na toaletu a do sprchy. Jinak nadále klid.

3.3.4 Psychoterapie

Onemocnění nevyžaduje psychoterapii, pacient potřebuje podporu, ohleduplný a citlivý přístup. Je nutné mu stále připomínat a zdůrazňovat důležitost dodržování přísného klidu na lůžku..

3.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Váha: 86kg	TT: 38,8°C
Výška: 184cm	TK: 130/90 Torrů
BMI: 24,5	P: 92/min pravidelný
	D: 20/min pravidelný

Pacient je plně orientovaný, schvácený, opocený, malátný, neoholen, v čistém oblečení, spolupracuje.

hlava: pokleповě nebolestivá

dutina ústní: sliznice vlhká, jazyk bíle povleklý, pláží středem, hrdlo lehce zarudlé, tonsily nezvětšeny, krční uzliny nehmatné

zuby: vlastní chrup, dobře udržovaný

oči: výrazný třes očních víček, bulby volné dobře pohyblivé, spojivky nastříklé,

vidí dobře, používá slabší brýle na čtení
uši: boltce bez patologického nálezu, zevní zvukovod bez sekrece, slyší dobře
řeč: pomalá, nejistá
kůže: bledá, opocená, bez oktetu a hemoragií, turgor normální
břicho: měkké, nebolestivé
dolní končetiny: bez otoků
horní končetiny: lehký klidový třes, taxy nepřesná
chůze: nejistá, vrávorající

3.5 Posouzení stavu individuálních potřeb pacienta dle modelu Marjory Gordonové

3.5.1 Podpora zdraví

Pacientův zdravotní stav byl dosud dobrý. Nikdy vážněji nestonal. V dětství měl opakovaně zlomeninu ruky. Pravidelně navštěvuje všechny preventivní prohlídky. Pro udržení zdraví se snaží sportovat – jezdí na kole, provozuje horskou turistiku, plave, v zimě lyžuje. Nekouří, alkohol příležitostně, snaží se jíst zdravě. Nedávno hovořili s manželkou o očkování proti klíšťové encefalitidě, protože mají chalupu v rizikové oblasti v Jižních Čechách, ale bohužel už to nestihli. Při objevení současných obtíží se nejprve domníval, že jde o běžnou virózu, kterou vyřeší bez pomoci lékařů, ale bolesti hlavy, nevolnosti a horečky byly tak výrazné a nepříjemné, že nakonec uvítal hospitalizaci. Věří, že mu zde pomohou a brzy se mu uleví.

3.5.2 Výživa

Pacient se doma před nemocí stravoval pravidelně a snažil se dodržovat „zdravou výživu“. Jí hodně zeleniny a drůbeží maso. Někdy, ale „zhřeší“ a dají si se ženou například pečený bůček. Pije hlavně minerálky a čaje (kolem 1,5 litru denně), příležitostně si dá pivo. Jeho tělesná hmotnost je přiměřená k jeho výšce. Stav chrupu je dobrý.

Při objevení současných obtíží trpěl nechutenstvím, zvracel a tak měl snížený příjem stravy a tekutin. Proto mu první den hospitalizace byly lékařem naordinovány infuze. Rodina mu přinesla minerální vody, tak má k dispozici dostatek tekutin. Kožní turgor, stav sliznic, vlasů a nehtů je v normě.

Dieta číslo 3 = racionální výživa.

Měří se bilance tekutin.

BMI index: 24,5 (normální váha)

Ošetřovatelský problém: nechutenství, zvracení, snížený příjem tekutin

3.5.3 Vylučování a výměna

Doma se vyprazdňuje bez potíží, pravidelně, většinou každé ráno. Projímadla neužívá. Nyní v nemocnici močí do močové láhve, z důvodu dodržování přísného klidu na lůžku. Moč je světlá bez příměsí. Měří se mu příjem a výdej tekutin. Stolicí zde ještě neměl. Obává se, vyprázdnění do podložní mísy. Hodně se potí z důvodu vysoké tělesné teploty.

Ošetřovatelský problém: zvýšené pocení, nepravidelné vyprazdňování

3.5.4 Aktivita - odpočinek

Pacient je velmi aktivní, hodně sportuje a udržuje se v kondici. Dále ho baví práce s počítačem, hodně čte a věnuje se kultuře. V létě jezdí na dětské tábory. V zimě vede lyžařské výcviky.

Doma nemá žádné problémy se spánkem, chodí spát kolem půlnoci, usíná dobře a vstává v 7 hodin ráno a cítí se odpočatý. Ve dnech volna si trochu přispí. Neužívá žádné léky na spaní. Přes den většinou neodpočívá. Nyní se cítí velmi slabý, malátný, unavený, nic ho nebaví. V nemocnici musí dodržovat přísný klid, což ho velmi „deprimuje“.

V noci pociťuje bolest hlavy, pro kterou nemůže spát. Sestra mu nabízela prášek na spaní, ale bojí se, aby si na něj nezvykl. Vadí mu, že se v místnosti málo větrá. Je zvyklý spát i v zimě při otevřeném okně. Tady má strach, aby neobtěžoval svého spolupacienta. Přes den chvílemi pospává, když ho přestane bolet hlava.

Není zvyklý být na někom závislý a tady potřebuje dopomoc sester. Chápe nutnost dodržování klidového režimu, má snahu být trpělivý.

Barthelův test všedních činností – výsledek - 55 bodů (závislý středního stupně)

Ošetrovatelský problém: únava, porušený spánek, časté probouzení v noci, deficit sebeděče

3.5.5 Vnímání – poznávání

Pacient má sluch i zrak velmi dobrý, pouze na čtení používá slabší brýle. Paměť je neporušená, učí se snadno a spíše používá logický styl učení.

Řeč je plynulá, trochu pomalá, protože pacient trpí bolestí hlavy, ale vždy pocítí úlevu po podání analgetik.

Je plně orientovaný. Mluvenému slovu rozumí naprosto přesně. Je informovaný o svém stavu a důvodu hospitalizace.

Zkrácený mentální test dle Gaida – 9 bodů.

3.5.6 Vnímání – Sebe sama

Pacient je prý veselý, kamarádský a umí vymýšlet zábavu pro ostatní. Je optimista. Pobyť v nemocnici je pro něho velmi nepříjemný. Musí dodržovat přísný klid na lůžku. A má nepříjemný pocit z toho, že není soběstačný. Při hygieně, oblékání, vyprazdňování i při přijímání stravy je závislý na cizí pomoci. Není na to zvyklý a je mu to nepříjemné. Lékařům a sestřám plně důvěřuje a věří, že mu zde pomohou.

Ošetrovatelský problém: deficit sebeděče

3.5.7 Vztahy

Žije se svou manželkou a mají dva syny, kteří je často navštěvují nebo společně jezdí na chalupu. Má dvouletého vnoučka ze kterého je nadšený a snaží se, trávit s ním co nejvíce času.

Svou práci má rád, hodně se věnuje svým žákům i v mimoškolní době, pořádá pro ně výlety a soutěže. Nedovede si vůbec představit, že jednou půjde do důchodu a s vyučováním bude muset skončit. Rodina byla překvapená z onemocnění a vyčítají si, že se nenechali očkovat. V nemocnici ho všichni navštěvují.

3.5.8 Sexualita

Onemocněním pohlavních orgánů netrpí, problémy s prostatou nemá a netrpí žádnými sexuálními problémy. Se ženou mají moc hezký, plnohodnotný vztah.

3.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Problémy se snaží řešit klidně a s rozvahou. Stresové situace v zaměstnání zvládá celkem dobře s podporou rodiny. Relaxuje sportem a se svou rodinou.

Má trochu strach z lumbální punkce a z přísného režimu po výkonu, ale chápe nutnost tohoto vyšetření.

Ošetřovatelský problém: strach z plánovaného výkonu

3.5.10 Životní princip

Pacient je nevěřící. Nejdůležitější je pro něj jeho rodina, zdraví a práce. Moc si přeje, aby byl brzy zdravý a mohl být co nejdříve propuštěn domů. Zařekl se, že hned po propuštění, nechá celou svou rodinu očkovat proti klíšťové encefalitidě.

3.5.11 Bezpečnost – ochrana

Pacient netrpí poškozením sliznice dutiny ústní ani nemá porušenou kožní integritu. Pacient má od přijetí zaveden permanentní žilní katétr, který je pravidelně kontrolován a převazován.

Pacient netrpí žádnou alergií, nikdy neprodělal žádnou alergickou reakci.

Pacient má horečku – 38,8°C, kterou snižujeme dle ordinace lékaře antipyretiky.

Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové) = 28 bodů (není riziko)

Ošetřovatelský problém: hypertermie 38,8°C, riziko vzniku infekce

3.5.12 Komfort

Pacient trpí velkou, až nesnesitelnou bolestí hlavy na škále bolesti číslo 5. Dle ordinace lékaře podáváme pravidelně analgetika a sledujeme jejich účinek. Po podání analgetik se bolest sníží, někdy i zcela vymizí.

Pacient trpí nauzeou, několikrát i zvracel. Dle ordinace lékaře podáváme antiemetika.

Ošetřovatelský problém: bolest intenzity č. 5, nauzea

3.5.13 Růst/Vývoj

Pacient celkově prospívá, chronické zdravotní problémy nemá. Tělesná konstituce souměrná.

4 Průběh hospitalizace, vyšetření, terapie, laboratorní výsledky

Pacient František D. byl přijat na lůžkové oddělení Infekční kliniky dne 15.6. 2007 s podezřením na klíšťovou encefalitidu, která byla druhý den prokázána. Hospitalizace probíhala bez komplikací, trvala 14 dní a pacient byl propuštěn do domácího doléčení dne 28.6. 2007 v celkově dobrém stavu.

Den 1. (15.6.2007)

Pacient F.D. byl po přijetí lékařem na příjmové ambulanci uložen na dvojlůžkový pokoj, kde už byl hospitalizovaný jiný pacient se stejnou diagnózou.

Ihned po přijetí mu byl zaveden permanentní žilní katétr a byly provedeny vstupní odběry krve a moče dle ordinací lékaře. Po té mu byla podána infuzní terapie dle ordinace lékaře. Dále mu bylo vysvětleno jak přivolat sestru signalizačním zařízením. K lůžku mu byla připravena močová láhev a emitní miska pro případ zvracení.

Následně sestra objednala očního lékaře na vyšetření očního pozadí. Pacientovi rozkapala oči kapkami na rozšíření zornic.

FF měřeny 3x denně – TK - 175/90, 165/90, 160/80

P – 89, 85, 70/min

TT měřena 4x denně - 38,8°C, 38,2°C, 38,4°C, 38,0°C a byly podány antipyretika dle ordinace lékaře.

Pacient pocíval velké bolesti hlavy – st.5 – podány analgetika dle ordinace lékaře a několikrát zvracel – podány antiemetika dle ordinace lékaře.

Bilance tekutin: Příjem – 2150ml/24hod

Výdej - 1800ml/24hod

Terapie:

infuze – G 10% 500ml + 8j. HMR + 15ml 7,5% KCL

FR 1/1 500ml + 10ml 7,5% KCL + 1amp Deganu

HR 1/1 500ml každá na 3 hodiny

Manitol 20% 4x125ml á 6hod. 6 -12 -18 - 24

Při bolesti hlavy- Novalgin amp.i.m. 1-1-1-1 p.p.

Při zvracení – Degan 1amp.i.m. 1-1-1-1 p.p., Torecan supp p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg tbl nebo supp 1-1-1-1

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim: klid na lůžku

Vyšetření očního pozadí – fyziologický nález, bez známek měštnání

Laboratorní hodnoty:

Biochemie:

natrium 137mmol/l (132-149)

kalium 4,2mmol/l (3,8-5,5)

chloridy 106mmol/l (97-108)

urea 4,35mmol/l (2-7,5),

kreatinin 100umol/l (35-110)

bilirubin 21umol/l (0-20),

Alt 0,52ukat/l (0-0,65)

Ast 0,75ukat/l (0-0,8)

Alp 1,8ukat/l (0- 25)

Gmt 0,4ukat/l (0-1)

CRP 67mg/l (0-8)

M+S negativní

Krevní obraz:

leuko 10,2 10⁹/l (4,0-10,0)

ery 3,89 10¹²/l (4,5-6,3)

Hgb 125 g/l (140-180)

Hct 0,36 l/l (0,38-0,52)

Trombo 290 10⁹/l (140- 440)

FW – 53/68

T+N – normální flora

Den 2. (16.6.2007)

Pacient v noci špatně spal, trápila ho horečka, bolest hlavy a strach z dnešního vyšetření – lumbální punkce.

Po vizitě provedena jednorázová edukace na téma lumbální punkce – jak toto vyšetření probíhá, v jaké poloze a jak je důležité, aby pacient při tomto vyšetření spolupracoval. Cílem edukace je zmírnění pocitu strachu. Pacientovi vysvětleno jaký režim bude muset po punkci dodržovat. Pacient po seznámení s výkonem podepsal informovaný souhlas s tímto výkonem.

Vyšetření proběhlo bez problémů, pacient vše zvládl dobře. Po vyšetření ležel 3 hodiny vodorovně na zádech bez polštáře. Pak si mohl zvolit polohu jaká mu vyhovovala, jen nesměl zvedat hlavu. Vyšetření mozkomíšního moku potvrdilo diagnózu klíšťové encefalidity.

Po lumbální punkci se mu ulevilo, bolest hlavy nebyla tak silná, pocit bolesti klesl ze stupně č.5 na stupeň č.3. Bylo to, ale jen přechodné, odpoledne se pocit bolesti opět zvýšil na stupeň č.5. Proto jsme pokračovali v antiedematózní terapii infuzemi Manitolu a aplikaci analgetik dle ordinací lékaře. Kvůli občasnému zvracení se pokračovalo v intravenózním podávání infuzních roztoků.

FF měřeny 3x denně - TK - 140/90, 145/90, 130/80

P – 89, 85, 70/min

TT měřena 4x denně - 38,5°C, 38,0°C, 37,8°C, 38,0°C, byly podány antipyretika dle ordinace lékaře.

Bilance tekutin: Příjem – 1900ml/24hod

Výdej - 1700ml/24hod

Terapie:

infuze – G 10% 500ml + 8j. HMR + 15ml 7,5% KCL

FR 1/1 500ml + 10ml 7,5% KCL + 1amp Deganu

každá na 4 hodiny

Manitol 20% 4x125ml á 6hod. 6 -12 -18 - 24

Při bolesti hlavy- Novalgin amp.i.m. 1-1-1-1 p.p.

Při zvracení – Degan 1amp.i.m. 1-1-1-1 p.p., Torecan supp p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg tbl nebo supp 1-1-1-1

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim: přísný klid na lůžku

Vyšetření mozkomíšního moku:

cytologické – ery 64/3, ly 60/3, seg 825/3

biochemické – bílkovina 0,92, chloridy 115, glukóza 2,7

Den 3. (17.6.2007)

Pacient má nadále ordinovaný přísný klid na lůžku z důvodu potvrzení diagnózy. Subjektivně se cítí stejně, jen lépe spal po hypnotiku. Bolest hlavy byla na st.č. 3. TT nepřesahuje 38°C, nezvrací. Stále přetrvává slabší klidový třes. PŽK bez zarudnutí, volně průchodný, dnes ještě ponechán. Močí bez obtíží, stolice stále nebyla. Při toaletě potřebuje pomoc sestry. FF měřeny 3x denně, TT měřena 4x denně. Dnes ještě ponechán intravenózní Manitol, ostatní infuze ex. Dále sledován příjem, výdej tekutin.

FF: TK - 140/90, 135/85, 130/80

P – 80, 75, 70/min

TT: 37,9°C, 37,2°C, 37,8°C, 37,6°C

Bilance tekutin: příjem - 1800ml/24hod.

výdej - 1650ml/24hod.

Terapie:

Manitol 20% 4x 125ml po 6 hod. 6 – 12 – 18 - 24

Při bolesti hlavy- Novalgin amp.i.m. 1-1-1-1 p.p.

Při zvracení – Degan 1amp.i.m. 1-1-1-1 p.p., Torecan supp p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg tbl nebo supp 1-1-1-1

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim – přísný klid na lůžku

Den 4. (18.6.2007)

Pacient se cítí lépe, bolest hlavy je nižší - st. č. 2 - 3. Manitol ex. PŽK ex.

TT měřeny 4x denně – do 38.0°C. FF měřeny 2xdenně. Nezvrací, močí bez obtíží.

Stolice dnes po podání glycerinového čípku. Hydratace v normě, P+V ex. Stále přísný klid na lůžku. Při toaletě nutná pomoc sestry.

TT: 37,8°C, 37,4°C, 37,9°C, 37,5°C

FF: TK – 130/90, 130/85

P – 72, 74/min

Terapie:

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při zvracení – Degan 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim – přísný klid na lůžku

Den 5. (19.6.2007)

Pacient se cítí lépe, pocit bolesti je menší – st. č. 2., analgetika vyžaduje 2x denně, spíše v odpoledních hodinách. Je stále roztřesený. V noci spal dobře - po podání hypnotik. Močí bez obtíží, stolice dnes nebyla. Nezvrací.

TT měřena 3x denně – 37,9°C, 37,3°C, 37,6°C

FF měřeny 1x denně – TK – 130/80

P – 67/min

Terapie:

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při zvracení – Degan 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim – přísný klid na lůžku

Den 6. (20.6.2007)

Pacient se subjektivně cítí lépe, pociťuje lehký ústup obtíží. Pocit bolesti je menší, st. č. 2. Cítí se jistější, klidový třes ustává. V noci spal po podání hypnotik dobře. Močí bez obtíží, stolice dnes nebyla. Nezvrací. TT měřeny 3x denně, do 37,8°C, FF měřeny 1x denně: TK – 130/80, P- 70/min. Dopomoc sestry při toaletě.

Terapie:

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při zvracení – Degan 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p., Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, nabízet dostatek tekutin

Pohybový režim – přísný klid na lůžku.

Den 7. (21.6.2007)

Pacient bez teplot, TT měřeny 2xdenně (36,8°C, 36,9°C). Subjektivně se cítí lépe. Bolest hlavy nepociťuje, analgetika nevyžaduje. Nechtěl lék na spaní, nemohl usnout, rušilo ho světlo z chodby. Močí bez obtíží, stolice po podání glycerinového čípku. Pacientovi povoleno WC s doprovodem sestry. Dopomoc sestry při toaletě.

FF měřeny 1x denně: TK – 130/80

P – 72/min

Terapie:

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při zvracení – Degan 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, dostatek tekutin

Pohybový režim – přísný klid na lůžku

Den 8. (22.6.2007)

Pacient se subjektivně cítí lépe, jen je stále trochu unavený. Bez teplot. (TT: 36,7°C)
Bolest hlavy pociťuje zřídka, analgetika nevyžaduje. Dnes spal dobře, ale až po podání léku na spaní – má strach, aby si na něj nezvykl. Dnes povoleno pomalé vstávání, jen na WC a do sprchy p.p. Jinak klid na lůžku. Močí bez obtíží, stolice byla na WC.

Terapie:

Piracetam tbl. 800mg 2 – 1 - 0

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, dostatek tekutin

Den 9. (23.6.2007)

Pacient se cítí dobře, bez teplot, bolest hlavy nepociťuje. Na dnešní den objednáno vyšetření EEG – pacient seznámen s vyšetřením, po té podepsán informovaný souhlas s vyšetřením. Na vyšetření odvezen na vozíku. Spal dobře. Močí bez obtíží, stolice byla na WC. Soběstačný v oblasti hygieny.

Výsledek EEG: Intermitentně pomalé vlny nad předními kvadranty na pozadí beta záznamu. Kontrola za 3 týdny nutná.

Terapie:

Piracetam tbl. 800mg 2 – 1 - 0

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, dostatek tekutin

Pohybový režim: klid na lůžku, povoleno WC, sprcha

Den 10. – 13. (24.6. – 27.6.2007)

Pacient se subjektivně cítí dobře, je jistější a již není tak unavený. Zřídka pocit bolesti do st. č. 2, řekne si o analgetikum, většinou po nějaké větší únavě, například po delší návštěvě rodiny. Bez teplot (TT:36,8°C). Močí bez obtíží, stolice byla na WC, v oblasti hygieny je zcela soběstačný. Velmi se těší domů. Provedeny kontrolní odběry krve a moče.

Terapie:

Piracetam tbl. 800mg 2 – 1 - 0

Při bolesti hlavy- Novalgin 1tbl p.p.nebo Ibuprofen 400mg 1tbl p.p.

Při TT > 38 °C – Paralen 500mg 1tbl

Na noc Hypnogen 1tbl p.p.

Glycerinový čípek p.p.

Dieta: č 3, dostatek tekutin

Laboratorní výsledky:

KO v normě

Biochemie v normě

FW 30/48

M+S negativní

Den 14. (28.6.2007)

Dnes plánovaná dimise. Pacient v celkově dobrém stavu. Subjektivně se cítí dobře. Bolest hlavy jen po větší námaze. Pacient poučen o režimu po propuštění do domácího prostředí – ještě týden klid doma, po té krátké procházky, omezit fyzickou aktivitu, sledování televize, práci na PC, čtení. Kontrola u praktického lékaře do 2 dnů po propuštění. Pokračovat v terapii Piracetamem (vydán recept) do kontroly na ambulanci Infekční kliniky za 14 dní. Za 3 týdny se doporučuje provést kontrolní EEG vyšetření.

5 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsou jednotlivé problémy pacienta, sestavené dle anamnézy a seřazené dle priorit pacienta.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Bolest akutní 00132

Hypertermie 00007

Nauzea 00134

Strach z plánovaného výkonu 00148

Porušený spánek 00095

Deficit sebeděže při koupání a hygieně 00108

Deficit sebeděže při vyprazdňování 00110

Zácpa 000012

Deficitní znalosti o prevenci onemocnění 000126

Edukační ošetrovatelské diagnózy:

Ochota zlepšit zvládnání zátěže 00158

Ochota doplnit deficitní vědomosti 00161

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko infekce 00004

Riziko deficitu tělesných tekutin 00028

5.1 Akutní bolest hlavy 00132 - st.č. 5 (Doména č.12 – Komfort)

- z důvodu základního neuroinfekčního onemocnění
- projevující se verbalizací, neklidem, podrážděností, častým buzením v průběhu noci, pocitem únavy přes den.

Stanovena 1.den hospitalizace – 15.6.2007

CD - pacient nepocítuje bolest hlavy do 7 dnů

CK - pacient verbalizuje snížení bolesti ze st. č. 5 na st. č. 3 do 2 dnů

VK - pacient zná důvod bolesti ihned

pacient udává zmírnění bolesti do 2 dnů

pacient spí klidně a nebudí se během noci do 24 hodin

pacient nepocítuje únavu po probuzení do 24 hodin

Intervence:

- aplikuj infuze 20% Manitolu dle ordinace lékaře (primární sestra)
- podávej analgetika v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře (primární sestra)
- sleduj účinek analgetik po podání ihned (primární sestra)
- zapisuj stupeň bolesti do tabulky 4x denně (primární sestra)
- podávej na noc hypnotika dle ordinace lékaře
- edukuj pacienta o sledování bolesti ihned (primární sestra)
- nauč pacienta relaxačním technikám do 2 hodin (primární sestra)
- vyvětrej místnost p.p. ihned

Realizace:

- pacientovi jsme aplikovali infúze dle ordinace, které mají antiedematózní účinek.
- pacientovi jsme podali analgetika i.m. dle ordinace lékaře.
- sledovali jsme účinek analgetik a zapisovali stupně bolesti do tabulky
- na noc jsme pacientovi podali tabletu na spaní dle ordinace lékaře
- před spaním jsme pacientovi vyvětrali místnost a upravili lůžko

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient verbalizuje snížení bolesti ze st.č. 5 na st.č. 3 do 2.dne, s úplným vymizením pocitu bolesti do 7 dnů. Spí klidně celou noc po podání medikace, nestěžuje si na únavu.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Po podání analgetik došlo ke zmírnění bolesti a pacient spal po podání hypnotika klidně většinu noci. Primární sestra

5.2 Hypertermie (38,8°C) 00007 (Doména č.11 – Bezpečnost a ochrana)

- z důvodu základního neuroinfekčního onemocnění
- projevující se zvýšeným pocením, teplou vlhkou kůží, zvýšenou dechovou frekvencí, tachykardií, sníženým příjmem tekutin.

Stanovena 1. den hospitalizace – 15.6.2007

CD – pacient má fyziologickou TT do 7 dnů

CK – pacient má TT 37,5°C do 2 hodin

VK – pacient zná způsoby sledování TT ihned

pacient si pravidelně měří TT 4x denně

pacient zná význam zvýšené hygienické péče ihned

pacient leží v čistém a suchém lůžku p.p. ihned

pacient je dostatečně hydratován do 24 hodin.

pacient má normální hodnoty FF do 48 hodin.

Intervence:

- měř TT 4x denně, FF 3x denně (primární sestra)
- zaznamenávej pravidelně TT do dokumentace (primární sestra)
- podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře (primární sestra)
- podávej antipyretika p.p dle ordinace lékaře (primární sestra)
- zajisti a nabízej tekutiny p.p. ihned
- sleduj příjem a výdej tekutin za 24 hod. (primární sestra)
- udržuj lůžko v suchu a čistotě p.p. ihned
- umožni pacientovi dostatečnou hygienickou péči p.p.

Realizace:

- pacientovi jsme pravidelně měřili FF a podávali antipyretika p.p. dle ordinace lékaře
- zaznamenávali jsme naměřené hodnoty do dokumentace
- sledovali jsme bilanci tekutin a podávali jsme infuzní terapii dle ordinace lékaře

- pravidelně jsme převlékali lůžko a pacientovi jsme umožnili provádět hygienickou péči p.p.

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. TT vždy klesla po podání analgetik a pacient pocítil úlevu a do 7 dnů klesla TT na fyziologickou hodnotu a již nedošlo ke zvýšení. Pacient se cítil čistý a lůžko měl převlečené vždy, když potřeboval.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient si měřil TT 4x denně a byl poučen o nutnosti zvýšené hygienické péči, kterou dodržoval p.p. Do 7 dnů klesla TT na fyziologickou hodnotu a již nedošlo k jejímu zvýšení. Primární sestra

5.3 Nauzea 00134 (Doména č.12 – Komfort)

- z důvodu základního neuroinfekčního onemocnění
- projevující se nechutí k jídlu, pocitem na zvracení až zvracením, odmítáním podané stravy

Stanovena 1.den hospitalizace – 15.6.2007

CD – pacient má přiměřenou chuť k jídlu do 3 dnů

CK – pacient zná důvod nechutenství, verbalizuje zlepšení chuti do 2 dnů

VK – pacient má k dispozici chutné jídlo p.p. ihned

pacient má k dispozici dostatek tekutin p.p. vždy

pacient pocítuje uspokojení v oblasti své výživy do 3 dnů

Intervence:

- podávej antiemetika p.p. dle ordinace lékaře (primární sestra)
- sleduj pravidelný příjem stravy 3x denně (primární sestra)
- sleduj a zaznamenávej bilanci tekutin za 24 hod. (primární sestra)
- nabízej pacientovi tekutiny podle chuti ihned (primární sestra)
- edukuj pacienta a jeho rodinu o vhodné stravě do 24 hodin (primární sestra)

Realizace:

- pacientovi jsme podali p.p. antiemetika dle ordinace lékaře
- pacient snědl suché pečivo
- kontrolovali jsme zvracení
- příjem tekutin p.o. byl nedostačující, tak byly podány infúze dle ordinace lékaře
- rodina přinesla minerální vody a stravu na kterou pacient pocít'oval chuť

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacientovi se brzy zlepšila chuť k jídlu, po podaném jídlu již nezvracel. Přijímání stravy bylo od 3. dne pravidelné. Rodina nosila minerální vody a stravu kterou si pacient přál.

- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient dostával antiemetika p.p. dle ordinace lékaře, 3. den již nezvracel a přijímal stravu pravidelně a s chutí.

Primární sestra

5.4 Riziko infekce 00004 (Doména č. 11 – Bezpečnost – ochrana)

- z důvodu invazivního vstupu – PŽK

Stanovena 1.den hospitalizace – 15.6.2007

CD - pacient nejeví známky infekce po celou dobu invazivního vstupu

CK - pacient zná možné komplikace do 2 hodin

Intervence:

- kontroluj stav kůže v místě invazivního vstupu 2x denně (primární sestra)
- dodržuj u invazivních vstupů sterilní techniky – vždy (primární sestra)
- vysvětli pacientovi zásady péče o PŽK do 1hodiny (primární sestra)
- vysvětli pacientovi projevy infekce do 2 hodin (primární sestra)

Realizace:

- při každé manipulaci jsme kontrolovali místo invazivního vstupu.
- vždy jsme dodržovali aseptické podmínky při manipulaci s PŽK
- pacientovi jsme vysvětlili zásady péče o PŽK a projevy infekce

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient neudával žádné z příznaků infekce po celou dobu invazivního vstupu.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Po celou dobu nedošlo k projevům infekce.

Primární sestra

5.5 Riziko deficitu tělesných tekutin 00028 (Doména č. 2 – Výživa)

- z důvodu sníženého příjmu tekutin a nadměrného pocení

Stanovena 1.den hospitalizace – 15.6.2007

CD - pacient je dostatečně hydratován po celou dobu hospitalizace

CK - zná a chápe význam dodržování pitného režimu do 2 hodin

Intervence:

- podávej pacientovi infuzní roztoky pravidelně dle ordinace lékaře (primární sestra)
- zajisti, aby měl pacient v dosahu dostatek tekutin ihned (primární sestra)
- kontroluj a zaznamenávej bilance tekutin pravidelně (primární sestra)
- kontroluj stav kůže a sliznic 2x denně (primární sestra)

Realizace:

- pacientovi jsme podávali infuzní roztoky dle ordinace lékaře
- zajistili jsme v dosahu dostatek tekutin
- kontrolovali jsme a zaznamenávali do dokumentace bilanci tekutin
- pravidelně 2x denně jsme kontrolovali stav kůže a sliznic

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient se cítí dostatečně hydratován.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient po celou dobu hospitalizace nejevil známky dehydratace. Primární sestra

5.6 Strach 00148 z plánovaného výkonu (lumbální punkce)

(Doména č.9 – Zvládání zátěže)

- z důvodu neznalosti a nezkušenosti s výkonem
- projevující se častým dotazováním, ustaraností a zvýšeným napětím

Stanovena 2.den hospitalizace – 16.6.2007

CD – pacient nepocítuje strach do 24 hodin

CK – pacient zná průběh vyšetření a pocítuje zmírnění strachu z výkonu do 2 hodin

VK – pacient ví, co je lumbální punkce ihned

pacient zná důvody lumbální punkce ihned

pacient zná průběh vyšetření, i režim po výkonu ihned

pacient souhlasí s výkonem do 1 hodiny

pacient klidně spolupracuje při výkonu

Intervence:

- zajisti rozhovor lékaře s pacientem o nutnosti provedení plánovaného vyšetření do 1 hodiny (primární sestra)
- zajisti podepsání informovaného souhlasu s výkonem do 1 hodiny (primární sestra)
- vysvětlí pacientovi jak bude vyšetření probíhat ihned (primární sestra)
- ukaž pacientovi jeho polohu při vyšetření ihned (primární sestra)
- vysvětlí pacientovi jaký režim musí po vyšetření dodržovat do 2 hodin (primární sestra)

Realizace:

- lékař vysvětlil pacientovi proč je nutné lumbální punkci provést – pro určení diagnózy a pacientovi jsme dali podepsat informovaný souhlas s výkonem.
- pacientovi jsme vysvětlili jak bude vyšetření – lumbální punkce probíhat, jaká se od něj čeká spolupráce pro nekomplikovaný průběh vyšetření
- názorně jsme pacientovi ukázali polohu při které nejčastěji lékař lumbální punkci provádí.

- vysvětlili jsme jaký režim pacienta po punkci čeká

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient se seznámil s výkonem, průběhem i režimem po výkonu a klidně při výkonu spolupracoval.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. U pacienta jsme provedli edukaci na odstranění strachu z výkonu. Výkon proběhl bez komplikací a pacient při výkonu spolupracoval.

Primární sestra

5.7 Porušený spánek 00095 (Doména č.4 – Aktivita- odpočinek)

- z důvodu změny prostředí

- projevující se špatným usínáním, častým probouzením se během noci a pocitem únavy přes den

Stanovena 2.den hospitalizace – 16.6.2007

CD – pacient má fyziologický spánek do 4 dnů

CK – pacient usíná do 30 minut po ulehnutí do 48 hodin

VK - pacient spí pomocí medikace většinu noci do 24 hodin

pacient se cítí odpočatý přes den do 24 hodin

pacient nepocítuje bolest při usínání do 12 hodin

pacient má odstraněny rušivé vlivy v okolí před spaním do 12 hodin

Intervence:

- podej pacientovi analgetika a antipyretika dle ordinace 1 hod. před spaním (primární sestra)
- podej hypnotika dle ordinace lékaře p.p. na noc (primární sestra)
- uprav lůžko p.p. ihned
- zajisti pacientovi možnost provést večerní toaletu
- vyvětrej před spaním místnost
- udělej si čas na rozhovor s pacientem před spaním (primární sestra)

Realizace:

- pacientovi jsme dali analgetika na bolest hlavy a antipyretika na zvýšenou TT dle ordinace lékaře
- upravili jsme lůžko a zajistili možnost umytí se před spaním.
- vyvětrali jsme místnost před spaním
- pacientovi jsme podali hypnotikum p.p.

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient si zvykl na nové prostředí a tím došlo ke zlepšení spánku. Spal většinu noci pomocí medikace a ráno se cítil odpočatý.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient po podání hypnotika a po úpravě prostředí spal celou noc.

Primární sestra

5.8 Deficit sebepečce při koupání a hygieně 00108 (Doména č.4 – Aktivita a odpočinek)

- z důvodu nutnosti dodržení přísného klidu na lůžku
 - projevující se nemožností dojít si do koupelny a k umyvadlu
- Stanovena 3.den hospitalizace – 17.6.2007

CD – pacient je plně soběstačný v oblasti hygieny do 7 dnů

CK – pacient zvládá provést hygienu na lůžku p.p. do 2 hodin

VK – pacient má k dispozici umyvadlo p.p. ihned

pacient má k dispozici pomůcky na provedení hygieny vždy

pacient zná techniky provádění hygieny na lůžku do 2 hodin

Intervence:

- připrav pacientovi k lůžku umyvadlo ihned (primární sestra)
- připrav ostatní pomůcky na provedení hygieny ihned (primární sestra)
- asistuj pacientovi při hygieně p.p. vždy (primární sestra)
- povzbuzuj pacienta k samostatnosti vždy
- zajisti pacientovi intimitu při toaletě vždy
- edukuj rodinu p.p. do 12 hodin (primární sestra)

Realizace:

- pacient dostal k dispozici umyvadlo i další pomůcky na provedení hygieny na lůžku
- pacientovi jsme při hygieně asistovali
- pacient zvládal hygienu na lůžku jen s malou pomocí sestry

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Je schopen se samostatně umýt, cítí se dobře.
 - Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient je zcela soběstačný v oblasti hygieny 7. den hospitalizace.
- Primární sestra

5.9 Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110 (Doména č.4 – Aktivita a odpočinek)

- z důvodu nutnosti dodržení přísného klidu na lůžku
- projevující se nemožností dojít si na WC, studem při vyprazdňování do podložní mísy

Stanovena 4.den hospitalizace – 18.6.2007

CD – pacient je soběstačný v oblasti vyprazdňování do 7 dnů

CK – pacient se za pomoci sestry vyprázdní do podložní mísy do 2 dnů

VK – pacient má k dispozici podložní mísu p.p. ihned

pacient zná techniky vyprazdňování na lůžku do 2 hodin

pacient nepocítuje snížení sebeúcty při vyprazdňování vždy

pacient se pravidelně vyprazdňuje

Intervence:

- zajisti pacientovi podložní mísu u lůžka p.p. ihned (primární sestra)
- zajisti pacientovi intimitu při vyprazdňování vždy (primární sestra)
- zajisti pacientovi možnost dodržení hygienických návyků po vyprázdnění vždy

Realizace:

- pacientovi jsme připravili podložní mísu k lůžku
- zajistili jsme intimitu a klid při vyprazdňování na lůžku
- pacientovi jsme umožnili umytí po vyprázdnění

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient je soběstačný v oblasti vyprazdňování 7.den hospitalizace.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient zvládá vyprazdňování na lůžku p.p. a 7. den je plně soběstačný v oblasti vyprazdňování Primární sestra

5.10 Zácpa 000012 (Doména č.3 – Vylučování a výměna)

- z důvodu změny prostředí, nedostatku soukromí při vyprazdňování, z nutnosti vyprazdňování se na lůžku

- projevující se nepravidelným odchodem stolice, pocitem plnosti

Stanovena 4.den hospitalizace – 18.6.2007

CD – pacient má fyziologické vyprazdňování do 6 dnů

CK – pacient se vyprázdní do podložní mísy do 24 hodin

VK – pacient má soukromí při vyprazdňování vždy

pacient zná techniky vyprazdňování na lůžku ihned

pacient má u lůžka podložní mísu p.p. vždy

pacient se pravidelně vyprazdňuje

Intervence:

- zajistí pacientovi podložní mísu k lůžku p.p. vždy (primární sestra)
- zajistí pacientovi intimitu při vyprazdňování vždy (primární sestra)
- zajistí pacientovi dostatek tekutin do 1 hodiny (primární sestra)
- zajistí podání laxantiv p.p. do 2 hodin (primární sestra)
- podej pacientovi informace o stravě, která napomáhá snadnějšímu vyprazdňování do 2 hodin (primární sestra)

Realizace:

- zajistili jsme pacientovi podložní mísu k lůžku
- zajistili jsme intimitu při vyprazdňování
- pacient má k dispozici dostatek tekutin a jeho příjem je dostačující
- pacientovi jsme podali glycerinový čípek p.p.

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient se vyprazdňuje samostatně na WC p.p.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient se vyprázdnil p.p. nejprve po podání glycerinového čípku, později bez užití. Primární sestra

5.11 Deficitní znalosti o prevenci onemocnění 00126 (Doména č.5 –

Vnímání, poznávání

- z důvodu nedostatečné zkušenosti s tímto tématem
- projevující se verbalizací, žádostí o informace

Stanovena 4.den hospitalizace – 18.6.2007

CD: pacient má dostatečné informace o možnostech prevence do 10 dnů

CK: pacient zná příznaky a možné komplikace onemocnění do 24 hodin

VK: pacient zná způsoby prevence do 10 dnů

pacient zná dobu, kdy se nechat očkovat do 10 dnů

pacient zná správný postup odstranění přisátého klíštěte do ukončení hospitalizace

pacient verbalizuje spokojenost s podanými informacemi do ukončení hospitalizace

Intervence:

- zajisti pacientovi rozhovor s lékařem do 24 hodin (primární sestra)
- zajisti pacientovi potřebné materiály o prevenci a očkování do 3 dnů (primární sestra)
- povzbuzuj pacienta k otázkám vždy (primární sestra)
- edukuj pacienta jak správně odstranit klíště do ukončení hospitalizace (primární sestra)
- zapoj rodinu vždy (primární sestra)

Realizace:

- zajistili jsme pacientovi rozhovor s lékařem
- poskytli jsme pacientovi potřebné materiály
- odpověděli jsme pacientovi na jím kladené otázky
- provedli jsme naplánovanou edukaci na dané téma

Hodnocení:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient zná všechny možnosti preventivních opatření, zná možné komplikace onemocnění a zvládá techniku správného odstranění klíštěte.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient byl seznámen se všemi možnostmi prevence, ví, kdy se nechat očkovat proti klíšťové encefalitidě a zná techniku odstranění přisátého klíštěte.

Primární sestra

6 Edukace pacienta

6.1 Edukace č.1

Téma edukace: **Nácvik polohy při lumbální punkci a dodržování režimu po ní**

Termín edukace – 16.6.2007 – 2.den hospitalizace

Edukovaný pacient F. D. byl hospitalizovaný na Infekční klinice s onemocněním klíšťová encefalitida.

Cílem edukace byl nácvik správné polohy při výkonu, který je při tomto onemocnění nezbytný z diagnostických i léčebných důvodů. Tento výkon je pro pacienty zatěžující a stresovou situací a proto je nutná správná příprava pacienta. Na správné poloze a na spolupráci pacienta při lumbální punkci závisí bezproblémový průběh vyšetření. Je třeba rozvinout bederní páteř, aby se trny bederních obratů od sebe oddálily (pacient musí udělat tzv. kočičí hřbet). Pacient měl z výkonu pocit strachu a tím, že jsme mu vysvětlili, jak výkon probíhá a ukázali jsme mu v jaké poloze, tím jsme pocit strachu zmírnili.

Edukátor: Karolína Hostašová

Edukant: František D. – hospitalizovaný pacient

Zaměření edukace: na jednorázové vzdělávání

Edukační potřeba v oblasti: Doména č.9 – zvládnání zátěže

Forma edukace: verbálně (VE), ukázka (UK)

Komunikační bariéra:

Pacient trpěl před edukací bolestí hlavy, byla mu podána analgetika dle ordinace lékaře.

Průběh edukace a její pochopení nebylo medikací ovlivněno.

Edukační diagnóza:

Ochota zlepšit zvládnání zátěže 00158

- z důvodu adekvátní spolupráce během a po plánovaném výkonu

- projevující se zájmem pacienta, častým dotazováním na průběh a režim po výkonu

CD: Pacient během a po výkonu spolupracuje do 24 hodin

CK: Pacient zná komplikace nedodržení správné polohy při výkonu a režimu po výkonu do 2 hodin

VK: pacient ví co je to lumbální punkce ihned

pacient zná průběh výkonu ihned

pacient zná polohu, ve které se výkon provádí ihned

pacient při výkonu spolupracuje ihned

pacient nepocítuje strach z výkonu ihned

Postup při zaškolování pacienta:

- vysvětlí pacientovi co je to lumbální punkce a její význam ihned
- seznam pacienta se správnou polohou ihned
- názorně polohu ukaž ihned
- získej pacienta pro spolupráci ihned
- pacienta při výkonu povzbuzuj a chval vždy
- seznam pacienta s režimem po vyšetření ihned

Kontrolní otázky a odpovědi:

- Proč je pro mě důležitá správná poloha při lumbální punkci?
Pro snadné nalezení místa vpichu lékařem.
- Proč je důležité abych spolupracoval?
Vyšetření proběhne rychleji a bez problémů.
- Proč musím dodržet přísný režim po vyšetření?
Aby nedošlo ke komplikacím (bolest hlavy, závratě).

Reakce na edukaci:

Pacient reagoval na edukaci verbálním pochopením, projevoval zájem o edukaci a úspěch edukace byla ukázána při samotném výkonu, kdy pacient prokázal svou dovednost a výkon proběhl bez obtíží.

Hodnocení edukace:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacientův pocit strachu z výkonu se zmínil tím, že jsme mu vše vysvětlili a názorně předvedli. Samotný výkon proběhl bez problémů a pacient spolupracoval.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient při výkonu spolupracoval a dodržoval přísný režim po výkonu. Primární sestra

6.2 Edukace č.2

Téma edukace: **Jak správně odstranit přisáté klíště?**

Termín edukace: 26.6.2007 – 12.den hospitalizace

Edukátor: Karolína Hostašová

Edukant: František D. – hospitalizovaný pacient, rodina

Zaměření edukace: na průběžné vzdělávání

Edukační potřeba v oblasti: Doména č. 5 – Vnímání - poznávání

Forma edukace: ukázka (UK), verbálně (VE), letáček (LE)

Komunikační bariéra: není

Metoda edukace: názorně – demonstrační

Edukační diagnóza:

Ochota doplnit deficitní vědomosti 00161

- z důvodu neúplné znalosti v prevenci onemocnění a z důvodu špatné techniky při odstraňování klíštěte
- projevující se častým dotazováním na toto téma

CD: pacient zná možnosti prevence do ukončení hospitalizace

CK: pacient zná způsob šetrného odstranění přisátého klíštěte do 24 hodin

VK: pacient zná pomůcky k odstranění klíštěte do 2 hodin

pacient ví jak s odstraněným klíštětem zacházet do 2 hodin

pacient zná možná rizika při odstraňování klíštěte zvířatům do 2 hodin

Postup při zaškolování pacienta:

- vyjmenuj pomůcky pro odstranění klíštěte ihned
- názorně pomůcky ukaž ihned
- vysvětli pacientovi jak správně postupovat při odstraňování klíštěte ihned
- seznam pacienta s nejčastějšími chybami při odstraňování klíštěte ihned
- vysvětli pacientovi jak s odstraněným klíštětem zacházet ihned

Pomůcky pro edukaci:

- pinzeta, nebo kleštičky pro odstranění klíštěte
- desinfekční prostředek – alkohol, jodisol nebo jodová tinktura
- gumové rukavice
- vatový tampón

Kontrolní otázky a odpovědi:

- Co uděláte jako první krok, když naleznete klíště?
Přisáté klíště má být odstraněno co nejrychleji. Doporučuje se, aby před odstraněním klíštěte byl na něj na chvíli přiložen tampón napuštěný desinfekcí, nebo se má na klíště dezinfekce kápnout.
- Jak co nejšetrněji klíště odstranit?
Klíště se uchopí do pinzety, nebo speciálních kleštiček, které můžeme zakoupit v lékárně a kývavým pohybem se odstraní.
- Jaké pomůcky použijeme k odstranění klíštěte?
Pinzeta nebo speciální kleštičky, desinfekční prostředek, gumové rukavice
- Je každé klíště nakažené?
Každé klíště není nakažené. Jsou však oblasti v České republice, kde je zvýšený výskyt infikovaných klíšťat. Informace o těchto místech můžeme najít na hygienických stanicích nebo ve státním zdravotním ústavu.
- Jak budeme zacházet s odstraněným klíštětem?
Odstraněné klíště je nejlepší spláchnout do záchodové mísy.
- Jaké jsou nejčastější chyby při odstraňování klíštěte?
Přisáté klíště nemažeme ani nezakapáváme olejem. Klíště nemá žádný závit, proto není důležité jakým směrem s ním kroutit. Odstraněné klíště nepálíme, mohlo by prasknout a potřísnit nás krví.

Reakce na edukaci:

Pacienta i rodinné příslušníky toto téma velmi zajímalo, aktivně se zapojovali.

Hodnocení edukace:

- Pacient subjektivně: Efekt úplný. Pacient verbalizuje spokojenost s podanými informacemi. Před propuštěním do domácího léčení zná možnosti prevence a ví, jak nejšetrněji klíště odstranit.
- Sestra objektivně: Efekt úplný. Pacient při edukaci aktivně spolupracoval a projevoval velký zájem o informace. Primární sestra

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

O pacienta F. D. s diagnózou klíšťové encefalitidy jsem pečovala 14 dní. Po celou dobu hospitalizace jsem se snažila věnovat mu maximální ošetrovatelskou péči. Průběžně jsem identifikovala jednotlivé ošetrovatelské problémy, podle kterých jsem stanovovala ošetrovatelské diagnózy. Spolu s pacientem jsem sestavila pořadí důležitosti, vytyčila jsem cíle dlouhodobé, krátkodobé a výsledná kritéria. Navrhla jsem intervence směřující k jejich vyřešení. Na závěr jsme spolu s pacientem zhodnotili výsledek. Všechny vytyčené cíle byly splněny. Problémy pacienta postupně ustupovaly, nedošlo k rozvoji komplikací a potenciálním rizikům se podařilo zabránit. Pacient odcházel domů bez potíží, v celkově dobrém stavu. Na základě celkového posouzení stavu a problémů pacienta jsem navrhla edukační témata.

S tímto pacientem se mi velmi dobře spolupracovalo. Podařilo se mezi námi vytvořit přátelský vztah a atmosféru důvěry, což umožnilo otevřeně řešit všechny problémy.

Závěr

V závěru mé práce bych chtěla zhodnotit jednotlivé úseky. V teoretické části se snažím nastínit problematiku onemocnění klíšťové encefalidity. Popisuji zde původ tohoto onemocnění, klinický obraz, léčbu ale i komplikace, které mohou nastat nedodržením předepsaného léčebného režimu.

V praktické části se věnuji samotnému pacientovi s tímto onemocněním, kterého jsem si pro vytvoření práce vybrala. Hodnotím stav pacienta dle modelu Marjory Gordonové, vypisuji seznam ošetrovatelských diagnóz, které následně podrobně rozepisuji a snažím se je řešit. U všech ošetrovatelských diagnóz byly stanovené cíle splněny. V této části práce jsou použity jednotlivé měřicí škály, například bolesti, dekubitů, test všedních činností, BMI index, které uvádím v přílohách.

Součástí práce je i edukace pacienta. Věnuji se zde nejprve oblasti, která je pro pacienty velmi zatěžující a stresující. Je to vyšetření – lumbální punkce, které je nutné pro stanovení diagnózy. Po té se věnuji doplnění deficitních vědomostí pacienta v oblasti prevence a správného odstranění přisátého klíštěte. Edukaci hodnotím kladně, vyšetření proběhlo bez problémů a pacient výborně spolupracoval, v druhém případě projevoval o edukaci velký zájem.

V úplném závěru své práce najdete seznam informačních zdrojů ze kterých jsem čerpala informace pro tuto práci a seznam příloh s tabulkami, grafy a ilustracemi.

Slovník termínů

Abortivní – neúplně vyvinutý klinický obraz nemoci

Adiadochokinéza – neschopnost provádět střídavě rychle po sobě opačné pohyby, např.
otáčení končetiny vpravo a hned vlevo

Arboviry – arthropode borne virus – viry přenášené členovci

Bradypsychie – zpomalená duševní reakce

Dimise - propuštění

Faryng - hltan

Hypermetrie – prováděný pohyb přestřeluje cíl, pohyby rychlé, prudké

Hypomimie – snížení mimické pohyblivosti obličeje, maskovitý obličej

Inaparentní - bezpříznakový

Laryng - hrtan

Myokarditida – zánět srdečního svalu

Nervus accesorius – nerv vedlejší, přídatný

Nervus facialis – lícní nerv

Nervus glossopharyngeus – nerv jazykohltanový

Nervus hypoglossus – nerv podjazykový

Nervus vagus – nerv bloudivý

Nystagmus – rychlé mimovolní pohyby očí, třes očí

Paréza – částečná ztráta hybnosti, ochrnutí

Paravertebrální – podél páteře

Somnolence – nejlehčí stupeň poruchy vědomí, projevující se jako ospalost, postižený
reaguje na smyslové podněty

Taxe – vpravení na správné místo (např. dotknutí ukazovákem špičky nosu či na ušní
lalůček protilehlé strany)

Transovariálně – přenos přes vajíčko, potomek se vylíhne již s bakterií v těle

Turgor – napětí kůže

Seznam použitých zkratk

AA	alergologická anamnéza
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
amp.	ampule
AST	aspartátaminotransferáza
Bpn.	bez pozitivního nálezu
BMI	body mass index (ang.) – hmotnostní index
Ca	karcinom
CD	cíl dlouhodobý
CK	cíl krátkodobý
CNS	centrální nervový systém
CRP	C – reaktivní protein
D	dech
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus
DÚ	dutina ústní
EA	epidemiologická anamnéza
EEG	elektroencefalografie
Elisa	vyšetřovací metoda- principem je reakce specifických protilátek s příslušným enzymem
Ery	erytrocyt
Ex	ukončení ordinace
FF	fyziologické funkce
FR	fyziologický roztok
FW	sedimentace
G	glukózový roztok
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza
Hct	hematokrit
Hgb	hemoglobin

HK	horní končetina
HMR	krátkodobý inzulín
HR	Hartmanův roztok
IgA	Imunoglobulin
IgM	Imunoglobulin
i.m.	intra muskulárně- nitrosvalově
i.v.	intra venózně - nitrožilně
KCl	kalium chloratum
KO	krevní obraz
Leu	leukocyty
Ly	lymfocyty
M+S	moč chemicky + sediment
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
P	puls
PA	pracovní anamnéza
p.p.	podle potřeby
P+V	příjem + výdej
PŽK	permanentní žilní katétr
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza
Seg	segmenty
SP	stav přítomný
Supp	suppositorium - čípky
Tbl	tableta
TK	tlak krevní
T+N	Tonsily + nos – výtěr na mikrobiologické vyšetření
Trombo	trombocyty
TT	tělesná teplota
VK	výsledná kritéria

Seznam informačních zdrojů

Seznam literatury

1. DUNIEWICZ, M.; ADAM P. *Neuroinfekce*. Praha: Maxdorf, 1999.
ISBN 80 – 85800 – 77 – 1.
2. DONGES, M.E.; MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80 – 7169 – 294 – 8.
3. HAVLÍK, J., et al., *Infektologie*. Praha: Avicenum, 1990.
ISBN 80 – 201 – 0062 – 8.
4. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
5. ROHÁČOVÁ, H., *Neuroinfekce minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001.
ISBN 80 – 7254 – 160 – 9.
6. STEJSKAL, V., *Klíšťata, komáři, blechy, vosy a jiní bodaví škůdci ohrožující zdraví*. Praha: Scriptum, 1995. ISBN 80 – 85528 – 37 – 1.
7. VOKURKA, M., HUGO, J., et al. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80 – 85800 – 81 – 0.

Seznam internetových zdrojů

8. Naturfoto, Fotografie přírody a různých koutů světa [online]. 2003. [cit. 2008-03-15]. Dostupné na WWW:<<http://www.naturfoto.cz/kliste-obecne-fotografie-5743.html>>
9. Rozsypal, H., Neuroinfekce [online]. Praha: Univerzita Karlova ,1. lékařská fakulta, 2001, [cit. 2008-03-15]. Dostupné na WWW:<<http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/neuro1.htm>>
10. Státní zdravotní ústav [online]. 2003, [cit. 2006-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.szu.cz/cem/>>
11. Vakciny.net, Očkování – Internetové informační centrum [online] .aktualizace 21.1.2008 [cit. 2008- 03-15]. Dostupné na WWW:<http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/tbe.html<

Seznam příloh:

Příloha č. 1: fotografie č. 1 – klíště obecné

Příloha č. 2: fotografie č. 2 – klíště obecné

fotografie č. 3 - klíště obecné

Příloha č. 3: Oblasti výskytu klíšťové encefalitidy v ČR v roce 2007

Počty onemocnění klíšťovou encefalitidou v ČR v letech 1965 – 2006

Příloha č. 4: Graf. č. 1 Onemocnění klíšťovou encefalitidou v průběhu kalendářního roku

Graf. č. 2 Rozdělení pacientů s klíšťovou encefalitidou podle pohlaví a věku

Příloha č. 5: Tab. č. 1 Objektivní příznaky v průběhu klíšťové encefalitidy u cca 633 nemocných

Tab. č. 2 Subjektivní příznaky v průběhu klíšťové encefalitidy u cca 633 nemocných

Příloha č. 6: Tab. č. 3 Meningeální příznaky

Příloha č. 7: Tab. č. 4 Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové)

Tab. č. 5 Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)

Příloha č. 8: Tab. č. 6 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 9: Tab. č. 7 Hodnocení bolesti

Tab. č. 8 Index tělesné hmotnosti – BMI

Příloha č. 10: Jak správně odstranit klíště?

Příloha č. 1



Fotografie č. 1 – Klíště obecné

Příloha č. 2

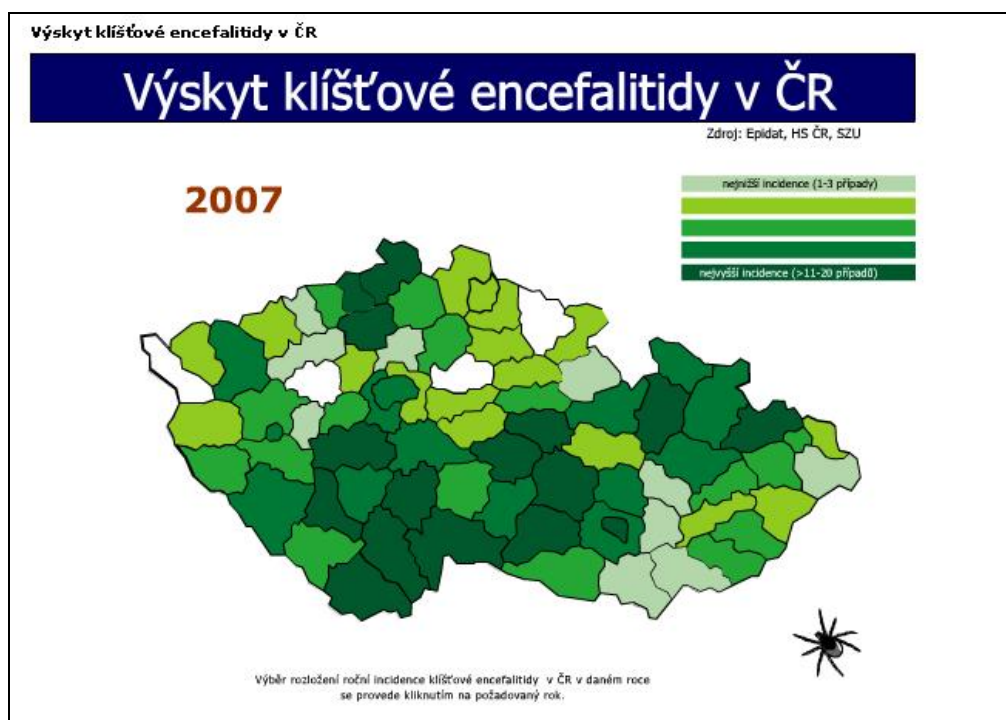


Fotografie č. 2 – Klíště obecné

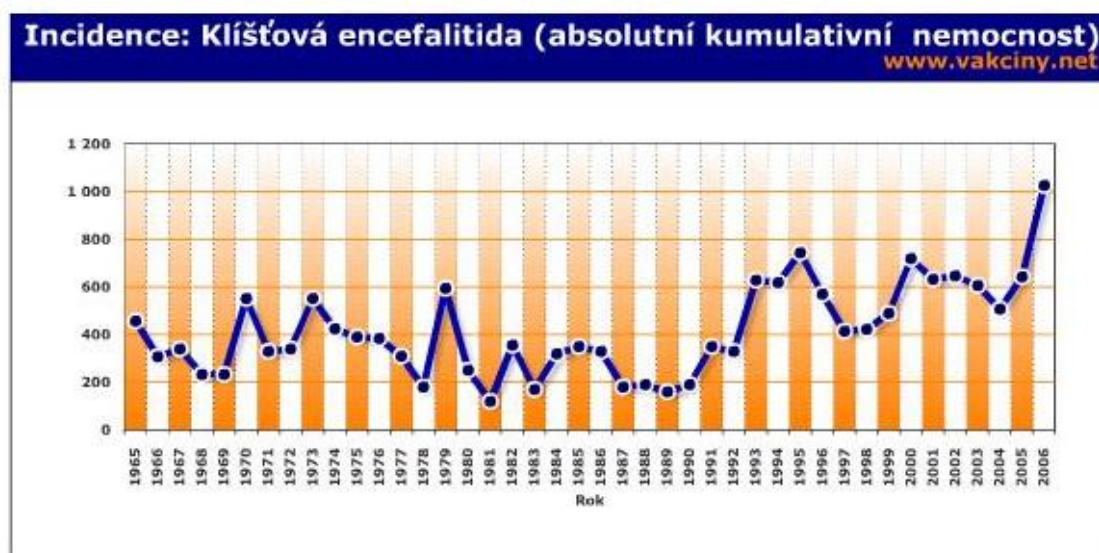


Fotografie č. 3 – Klíště obecné

Příloha č. 3



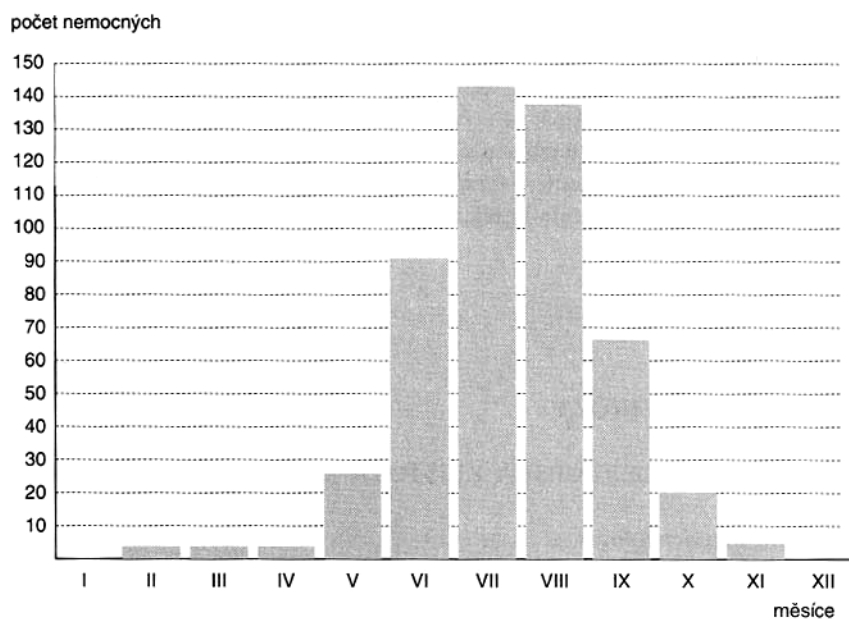
Oblasti výskytu klíšťové encefalitidy v ČR v roce 2007



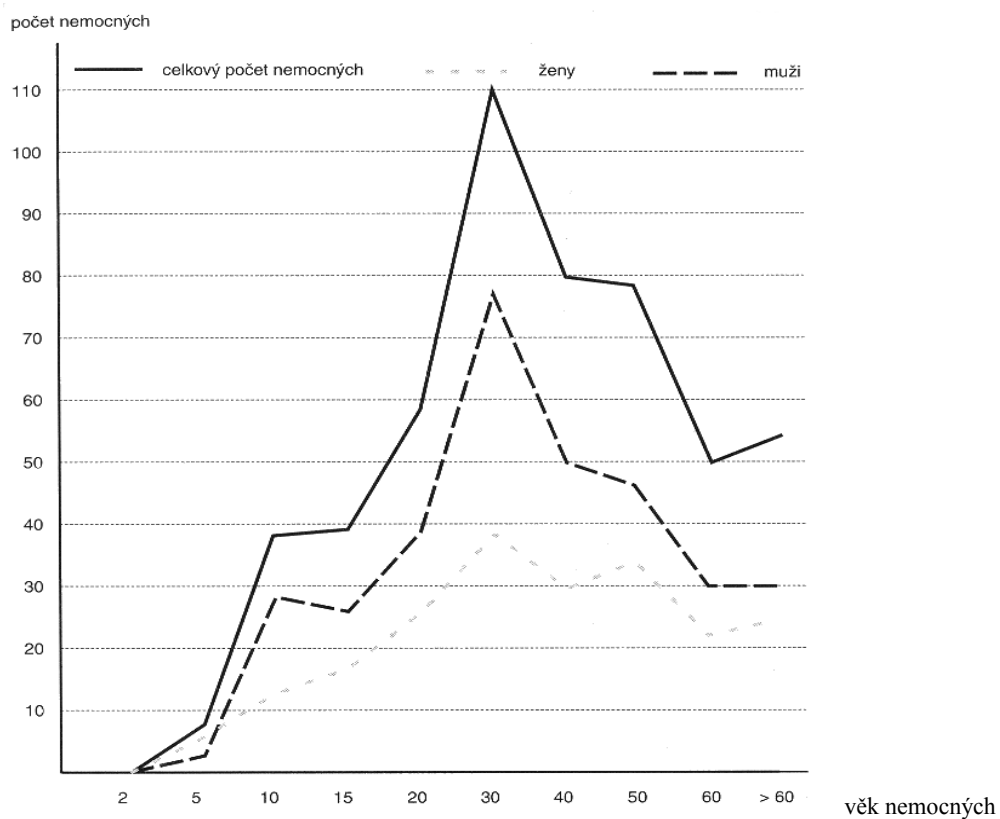
Počty onemocnění klíšťovou encefalitidou v ČR v letech 1965 - 2006

Příloha č. 4

Graf. č. 1 Onemocnění klíšťovou encefalitidou v průběhu kalendářního roku



Graf. č. 2 Rozdělení pacientů s klíšťovou encefalitidou podle pohlaví a věku



Příloha č. 5

Tab. č. 1 Objektivní příznaky v průběhu klíšťové encefalitidy u cca 633 nemocných

Objektivní příznaky	Častost příznaků v %
Meningeální příznaky	96,6
Horečky přes 38	60,5
Horečky do 38°C	35
Normální teplota	4,5
Vědomí normální	75,8
Mozečkové příznaky	75,2
Extrapyramidální třes	74,5
Vestibulární nystagmus	30
Bradypsychie	23
Obrny končetin, trupu a hlavových n.	12,6
Poruchy močení	2
Somnolence	0,8
Bezvědomí	0,4

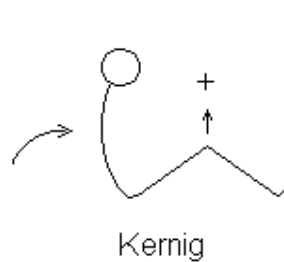
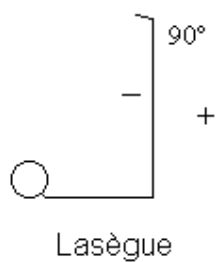
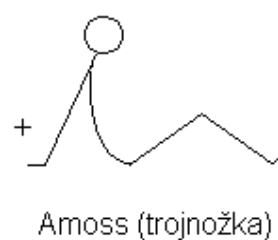
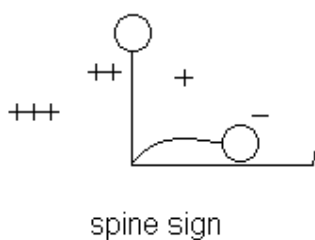
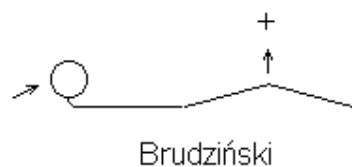
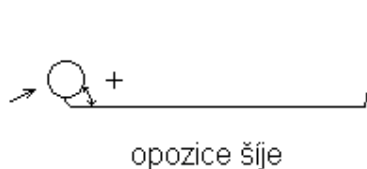
Tab. č. 2 Subjektivní příznaky v průběhu klíšťové encefalitidy u cca 633 nemocných

Subjektivní příznaky	Častost příznaků v %
Bolesti hlavy	66,5
Únavnost	42,1
Nevolnost	11
Zvracení	10,5
Pocit na zvracení	10,3
Světloplachost	9,6
Poruchy spánku	9,3
Bolesti břicha	8,8
Nechutenství	6,8
Dvojité vidění	1
Křeče	0,3
Průjem	0,3

Příloha č. 6

Tab. č. 3 Meningeální příznaky

Opozice šíje	nemožnost provést antiflexi šíje pro zvýšený svalový tonus – měří se počtem prstů, které můžeme podložit pod bradu pacienta
Brudzinského příznak	při pasivní antiflexi hlavy dochází k flexi dolních končetin v kolenou
Amosův příznak trojnožky	pacient vsedě zaujímá polohu s oporou horními končetinami vzadu
Spine sign	sedící pacient se nedotkne obličejem flektovaných kolen
Lasségův příznak	vážne flexe extendované dolní končetiny v kyčli, intenzitu příznaku můžeme měřit ve stupních, kam až lze dolní končetinu flektovat
Mendlův příznak	tlak na zevní zvukovod vyvolává bolestivou grimasu
Kernigův příznak	při pasivní flexi v kyčli extendované dolní končetiny dojde v určitém úhlu k flexi v koleni



Příloha č. 7

Tab. č. 4 Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně

Schopnost spolupráce	Věk	Stav Pokožky	Další nemoci	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	Tělesný stav
Úplná 4	Do 4 10 let	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Úplná 4	Není 4	Chodí 4	Dobry 4
Malá 3	Do 3 30 let	Alergie 3	3	Apatie 3	Částečně omezená 3	Občas 3	S doprovodem 3	Horší 3
Částečná 2	Do 2 60 let	Vlhká 2	2	Zmatený 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2	Sedačka 2	Špatný 2
Žádná 1	60 + 1	Suchá 1	1	Bezvědomí 1	Žádná 1	Stolice i moč 1	Leží 1	Velmi špatný 1

Tab. č. 5 Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)

Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.

Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost

1.	Věk
2.	Kolik je asi hodin
3.	Adresa
4.	Současný rok
5.	Kde jste hospitalizován
6.	Poznání alespoň dvou osob (lékař, sestra)
7.	Datum narození
8.	Jméno současného prezidenta
9.	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku
	Celkové skóre

Příloha č. 8

Tab. č. 6 Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedené činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
5. Vyprazdňování moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
6. Vyprazdňování stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun na lůžko	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti :

0-40 bodů	Vysoce závislý
45-60 bodů	Závislý středního stupně
65-95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Příloha č. 9

Tab. č. 7 Hodnocení bolesti

Žádná bolest	0
Mírná bolest	1
Střední bolest	2
Silná bolest	3
Velmi silná bolest	4
Nesnesitelná bolest	5

Tab. č. 8 Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Příloha č. 10

Jak správně odstranit klíště?

1. Na přísáté klíště nakapejte desinfekci



(jodisol, septonex, jodovou tinkturu) a nechte působit 2 minuty

2. Tupou pinzetou zachyťte klíště a kývejte s ním do stran nebo s ním otáčejte



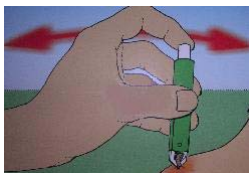
Klíště se poté samo uvolní. Při tomto zákroku používejte ochr. rukavici!

3. Uvolněné klíště utopte v desinfekci nebo rozmáčkněte v zabaleném igelitovém sáčku



Nikdy nerozmáčkávejte klíště holou rukou (nebezpečí infekce)

4. Potřete včas místo na kůži po odstranění klíštěte desinfekcí



Důležité je včasné odstranění klíštěte, tj. do několika hodin. Snižujete tím riziko přenosu infekce.