

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Praha 5**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARKÉTA LÁZNIČKOVÁ**

**Praha 2009**

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY  
S ISCHEMICKOU  
CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

**Bakalářská práce**

*MARKÉTA LÁZNIČKOVÁ*

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

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk SEIDL, CSc.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby: .....

Praha 2009

## **ABSTRAKT**

LÁZNIČKOVÁ, Markéta. Ošetrovatelská péče o pacientku s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Hlavním tématem této bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientky s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Teoretická část práce charakterizuje dané onemocnění, její příznaky, rizika, specifickou léčbu, vliv na člověka, následky, potřeby, snahu o návrat do života. Praktická část práce ukazuje postup ošetrovatelské péče o pacientku, přístup k ní, ošetrovatelský proces, edukaci.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, iktus, pacientka, ošetrovatelský proces

## **ABSTRACT**

LAZNICKOVA, Marketa. The Nursing Care of a Female Patient with an Ischemic Stroke. Prague 2009. Bachelor graduation thesis. The University for Health Care Professionals, o.p.s. Prague. Bachelor in nursing. Tutor: prof. Zdenek Seidl, MD, PhD.

The main topic of the thesis is a complex care of a female patient with an ischemic stroke. Theoretical part of the thesis characterizes this illness, its symptoms, risks, a specific treatment, the influence on a sick person, its consequences, needs and an efforts to return back to normal life.

The practical part of the thesis shows a procedure of a nursing care, our attitude towards it, a nursing process and an education of a patient.

Key words: stroke, patient, nursing process

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

Praha 31. 3. 2009

Markéta Lázničková

## PŘEDMLUVA

V této práci bych vás ráda seznámila s problematikou onemocnění cévní mozkovou příhodou, jež je jedním z nejčastějších onemocnění u nás, hned po srdečních a nádorových onemocněních.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit všem potřebu kvalitní péče o nemocné s CMP. Upozorňuje na fakt, že v boji proti cévní mozkové příhodě je pacient důležitým účastníkem a ne jen přihlížejícím. V okamžiku hospitalizace není nemocný jen pasivním příjemcem lékařské a ošetrovatelské péče, ale měl by být i aktivním partnerem ve změně životního stylu a návratu k aktivnímu životu.

Kvalitu života nelze měřit penězi, ale všichni víme, že lidé, kteří jsou na tom finančně lépe, žijí mnohdy zdravěji a kvalitněji. Je pro ně přirozenější zdravý životní styl.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru ošetrovatelství a absolvováním klinické praxe na neurologickém oddělení v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z internetových zdrojů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, kteří v ní mohou najít podněty pro své další studium a klinickou praxi.

Děkuji konzultantovi doc. MUDr. Janu Rothovi, CSc. za pomoc a podporu při psaní a prof. MUDr. Zdeňku Seidlovi, CSc. za pedagogické usměrnění, které mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>9</b>
<b>I. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ</b>	<b>10</b>
<b>1 Klinická charakteristika onemocnění</b>	<b>10</b>
1.1 Definice, charakteristika	10
1.2 Etiologie, patofyziologie	11
1.3 Rizikové faktory	12
1.4 Klinický obraz	12
1.5 Diagnostika	13
1.6 Léčba	14
1.6.1 Obecná léčba	14
1.6.2 Specifická léčba	14
1.6.3 Konzervativní léčba	15
1.6.4 Léčba komplikací a přidáných onemocnění	15
1.7 Rehabilitace	16
1.7.1 Fyzioterapie	16
1.7.2 Logopedie	17
1.7.3 Ergoterapie	17
1.8 Psychoterapie	17
1.9 Dietoterapie	18
<b>2 Ošetrovatelská péče o pacienta s ICMP</b>	<b>19</b>
2.1 Ošetřování nemocného	19
2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje	19
2.1.2 Sledování nemocného	19
2.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy	19
<b>II. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S ONEMOCNĚNÍM ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY</b>	<b>20</b>
<b>3 Posouzení stavu pacienta</b>	<b>20</b>
3.1 Identifikační údaje	20

<b>3.2</b>	<b>Výtah z lékařské dokumentace</b>	<b>20</b>
3.2.1	Lékařská anamnéza	20
3.2.2	Fyzikální hodnoty	22
3.2.3	Vyšetření	22
3.2.4	Závěr při příjmu	24
3.2.5	Léčba	24
<b>3.3</b>	<b>Fyzikální vyšetření sestrou</b>	<b>25</b>
<b>3.4</b>	<b>Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové</b>	<b>25</b>
3.4.1	Podpora zdraví	26
3.4.2	Výživa	26
3.4.3	Vylučování a výměna	26
3.4.4	Aktivita, odpočinek	26
3.4.5	Vnímání, poznávání	26
3.4.6	Vnímání – sebe sama	26
3.4.7	Vztahy	27
3.4.8	Sexualita	27
3.4.9	Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	27
3.4.10	Životní principy	27
3.4.11	Bezpečnost – ochrana	27
3.4.12	Komfort	28
3.4.13	Růst, vývoj	28
<b>4</b>	<b>Průběh hospitalizace</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>Ošetrovatelská péče</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priorit pacientky)</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Edukace</b>	<b>49</b>
<b>6.1</b>	<b>Edukační list</b>	<b>49</b>
<b>6.2</b>	<b>Edukační záznam – realizace</b>	<b>49</b>
<b>6.3</b>	<b>Edukační plán</b>	<b>49</b>
6.3.1	Cíl edukačního plánu	49
6.3.2	Význam	49
6.3.3	Postup při zaškolování pacientky	50

<b>7 Zhodnocení ošetrovatelské péče</b>	<b>51</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>52</b>
<b>Seznam literatury</b>	<b>53</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>55</b>



## ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) je stále častější příčinou těžkého zdravotního postižení, a je proto značným medicínským a socioekonomickým problémem. V ČR je postiženo 30 – 40 000 osob ročně. Z toho asi 2/3 pacientů přežívají. Asi 30% z přeživších postižených nemocných je handicapováno těžce a asi 30% nemocných je postiženo jen lehce. Více než 1/3 pacientů je mladší 60 let. V posledních letech je pozorován vzrůstající trend tohoto onemocnění, a to nejen u seniorů, ale i u osob v produktivním věku.

CMP ovlivňuje všechny oblasti pacientova života. I když nejvíce postihuje seniory, tak má stále větší ekonomický dopad na rodinu i společnost, včetně sociálních aspektů. Pacienti, které postihne CMP dnes, mají mnohem větší šanci na přežití, vysoce specializovanou péči a následnou rehabilitační péči.

Tomu všemu se dá předcházet, pokud lidé dodržují zdravý životní styl a snaží se omezit různá rizika. Ne vždy lidé podobná varování respektují, protože si myslí, že jich se to netýká, že jim se to nemůže stát. Bohužel někteří pacienti se ani při dodržování pravidel zdravého životního stylu cévní příhodě neubrání, protože dostali v genech do vínku příliš velké riziko tohoto onemocnění.

Důležité však je, aby se pacient s prvními příznaky CMP dostal co nejrychleji do nemocničního zařízení, kde mu bude poskytnuta pomoc. Čím dříve začne léčba, tím větší je šance na přežití, ale i dobrou prognózu do budoucna. Vzhledem k tomu, že toto onemocnění většinou přijde náhle, je důležité, aby pacienti s vyšším rizikem tohoto onemocnění a jejich rodiny znali příznaky CMP, uměli si poradit v kritické situaci a věděli, jak nejrychleji zavolat rychlou lékařskou pomoc a uměli poskytnout první pomoc.

Cílem mojí bakalářské práce je přiblížit obecně onemocnění ischemickou CMP, jaké jsou dnes možnosti léčby a dále ukázat konkrétní průběh komplexní ošetrovatelské péče na příkladě jedné pacientky s tímto onemocněním.

# I. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

## 1 Klinická charakteristika onemocnění

### 1.1 Definice, charakteristika

Cévní mozková příhoda (CMP) je podle WHO (World Health Organization) rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí pacienta bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.

Cévní mozková příhoda = mrtvice = iktus = stroke = mozkový infarkt

CMP je akutní ložiskové poškození mozku na cévním podkladě. Je to stále častější příčina těžkého zdravotního postižení. CMP vznikají častěji (v cca 70-80% všech případů) v důsledku ischemie (části nebo celého mozku), nebo následkem hemoragie (v cca 20-30%) do mozkové tkáně či subarachnoidálního prostoru.

Ischemické CMP rozlišujeme:

Podle časového průběhu:

- 1) TIA – transitorní ischemická ataka (přechodný záchvat ischemie) – je přechodný stav, vyvolaný nedokrvením mozku, odeznívá do 24 hodin. Je to současně vysoce varovný příznak pro možný iktus v budoucnu.
- 2) RIND – reversibilní ischemický neurologický deficit – je hodně podobný TIA, příznaky odezní do 1 týdne bez následků, hrozí vždy možnost recidivy - následného rozvoje až do progredujícího či dokončeného iktu – viz níže.
- 3) PI – progredující iktus (PS – progressive stroke) – průběžně se zhoršující klinické příznaky vlivem mozkové hypoxie.
- 4) DI – dokončený iktus (completed stroke) – zde přetrvává určité poškození, klinický nález je stabilní.

Dle příčiny:

- 1) Embolické (kardioembolické nebo z proximálních tepen či ze srdce).
- 2) Trombotické (stenosy karotid nebo jejich hlavních větví).
- 3) Hemodynamické (ICHS s dysfunkcí levé komory, metabolické a hyperkoagulační stavy).
- 4) Lakunární (lipomatóza drobných, hlavně penetrujících tepen baze mozku).

## 1.2 Etiologie, patofyziologie

Ischemické CMP vznikají v důsledku kritického snížení mozkové perfuze (části nebo celého mozku) a představují 80% všech mozkových příhod. Cévní neprůchodnost některé z tepen, které vyživují mozek, ať již vyvolané krevní sraženinou (trombem) nebo vmetkem (embolií), vede k přerušení přívodu krve a tedy i kyslíku a živin do příslušné části mozku (Nevšímalová, Růžička, Tichý et al., 2005). V postižené části mozku dochází k poruše funkce mozkových buněk projevující se zánikem funkce daného ložiska (ochrnutí, ztráta citlivosti, ztráta řeči, zmatenost, atd.).

Příčiny:

Lokální příčiny: způsobují ložiskovou hypoxii, jsou vaskulárního, kardiálního nebo hematologického původu (teritoriální infarkt).

Celkové příčiny: způsobují difusní hypoxické poškození mozku, jsou hypoxické, stagnační, anemické nebo reologické (interteritoriální infarkt).

„Mezi oběma skupinami však není ostrá hranice“ (Nevšímalová, Růžička, Tichý et al., 2005, 173).

Mozek je zásoben z karotického a vertebrobazilárního řečiště. Oba systémy se sbíhají ve Willisově okruhu. Ten spojuje všechny tepny a zprostředkuje kolaterální oběh jako fyziologickou možnost redistribuce přitékající krve. Periferně od okruhu jsou cévy konečné, uzávěr způsobí ischemii. Směr a dynamika průtoku krve Willisovým okruhem není konstantní, závisí na stavu perfuze celého systému (Seidl, 2004, 190).

Systémová hypoxie působí pokles saturace mozku kyslíkem. Příčinou je porucha cirkulace (srdeční zástava, dysrytmie), rovněž hypotenze. Kritická hodnota je u nemocného s hypertenzí výše, riziko iktu je tedy mnohem vyšší v důsledku cévních změn.

Extrakraniální stenóza tepen, např. ACI, působí ischemii na rozhraní dvou arteriálních povodí. Nad zúženou tepnou slyšíme šelest při 40-90% stenóze.

Trombotická okluze vzniká obvykle extrakraniálně v karotické bifurkaci, v oblasti vertebrobazilárního systému v hlavních cévních kmenech. Nasedá na arteriosklerotický plát. Projevy a stupeň postižení – vývoj malatického ložiska závisí na mnoha faktorech, především významný je časový faktor – akutní uzávěr versus pomalý proces zužování arterie. (Seidl, 2004, 192).

### 1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory se podílejí na mozkových příhodách velkou měrou. Můžeme je rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Neovlivnitelné jsou: pokročilý věk,  
pohlaví (mužské),  
rasa,  
genetické dispozice (např. Leidenská mutace aj.).

Ovlivnitelné jsou: předchozí TIA, RIND, CMP v anamnéze,  
hypertenze,  
diabetes mellitus,  
srdeční onemocnění,  
kouření,  
stenosa karotid,  
aterosklerosa,  
hyperlipidemie,  
tělesná inaktivita,  
obezita.

Další faktory: hormonální antikoncepce,  
migréna,  
abúzus alkoholu,  
stres,  
a další.

„Při výskytu více rizikových faktorů se tyto mezi sebou nesčítají, ale násobí“ (Seidl, 2004, 192).

### 1.4 Klinický obraz

Klinické projevy ICMP jsou velmi rozmanité, od stavu téměř bez příznaků až po závažný stav končící smrtí.

Při ischemii v karotickém povodí (nejčastější je v povodí a. cerebri media) je kontralaterální hemiparéza s hypestezií, event. hemiplegie více na horních končetinách, kontralaterálně porucha čítí a event. i hemianopsie. Při lézi dominantní hemisféry bývají také často porušené symbolické funkce – fatické, gnostické a praktické. Při lézi

nedominantní mozkové hemisféry může mít má nemocný navíc poruchu prostorové orientace, apraxii a neglect syndrom.

Podobný klinický obraz bývá i u ischemie v povodí a. carotis interna. Její náhlý uzávěr často končí smrtí, u postupně vznikajícího uzávěru se může vytvořit kolaterální oběh a mít minimální příznaky.

A. ophthalmica je první větví a. carotis interna, zásobuje sítnici. Její embolizace vede k přechodné ztrátě zraku - amaurosis fugax, trvalý uzávěr vede k úplné ztrátě zraku.

Při ischemii v povodí a. c. anterior, která je méně častá, je kontralaterálně hemiparéza, ale s výraznějším postižením dolní končetiny. Při vícečetných lézích v bílé hmotě dochází k multiinfarktové demenci - progredující deterioraci kognitivních funkcí, mimoto se mohou objevit různé typy poruch chování (v rámci tzv. prefrontálního syndromu) či dokonce psychotické projevy nebo delirium.

Při ischemii ve vertebrobasilárním povodí (v povodí a. c. posterior) jsou vizuální poruchy - kontralaterální homonymní hemianopie, oboustranné postižení vede ke korové slepotě. Postižením některé větve této arterie je zrková agnosie, agnosie barev, alexie, talamický syndrom (Seidl, 193). Může být i neschopnost pohledu ke kontralaterální straně, event. kontralaterální porucha čítí nebo narušení tělesného schématu. Při postižení kmenových arterií vznikají alternující hemiparézy a současně poruchy některých mozkových nervů. Při ischemii v povodí a. basilaris a a. vertebralis jsou příznaky podobné jako u jejích jednotlivých větví. Náhlá okluse a. basilaris často končí smrtí z důvodů kmenového postižení vitálních funkcí-

## 1.5 Diagnostika

Ischemická CMP musí být posuzována jako stav vyžadující neodkladnou péči. Je farmakologicky ovlivnitelná pouze v prvních 3-6ti hodinách.

Po přijetí pacienta do nemocničního zařízení je nutná rychlá diagnostika a zjištění příčiny samotného iktu. To znamená, že musíme pozorně odebrat anamnézu (pokud pacient spontánně komunikuje a není zmatený), provést pečlivé klinické neurologické vyšetření, změření krevního tlaku, natočíme EKG, odebereme krev na KO+diff, krvácivost a srážlivost, základní biochemické údaje jako: urea, kreatinin, iontogram, glykémii a lipidy.

Dále následuje akutní vyšetření počítačovým tomografem (CT) mozku k rozlišení ischemie a hemoragie a ke zjištění rozsahu příslušné léze a ultrazvukové vyšetření karotid, event. i vertebrobazilárního řečiště. CT vyšetření je u čerstvého případu CMP pro diferenciální diagnózu suverénní. MR angiografie nám pak často ukáže vlastní cévní uzávěr.

Cílem této klinické, neuroradiologické a sonografické diagnostiky je rychlá diferenciální diagnóza příčiny CMP, po níž následuje léčba.

## 1.6 Léčba

Cílem léčby je ICMP je reperfuze = znovuobnovení průtoku krve mozkom, minimalizace poškození mozku, minimalizace subjektivních obtíží nemocného a léčba eventuálních zdravotních komplikací. Je velmi důležité léčbu zahájit co nejdříve od prvních příznaků příhody.

Léčbu lze rozdělit na obecnou, specifickou, léčbu komplikací a na léčbu následnou a rehabilitační. Pacient je přijat na iktovou jednotku nemocnice, není-li tato, tak na neurologický JIP nebo lůžkové neurologické oddělení.

### 1.6.1 Obecná léčba

Základem je monitorace vitálních a neurologických funkcí, zajištění funkce plic, ochrana dýchacích cest, péče o kardiovaskulární systém, léčba srdečních onemocnění – hlavně arytmií a srdečních selhání, regulace krevního tlaku, kdy rychlé snížení vysokého TK není vždy žádoucí (podání antihypertenziv při TK nad 220/110mmHg nebo při známkách kardiálního nebo renálního selhání. Optimální TK je 180/110mmHg). Dále monitorace hladiny glukózy a její úprava dle hodnot, sledování tělesné teploty, při teplotě nad 37,5°C podávat antipyretika. Důležité je zajištění nutrice a hydratace, korekce elektrolytů.

### 1.6.2 Specifická léčba

Specifická léčba prováděná na IJ umožňuje optimální podmínky pro cílenou trombolytickou léčbu, neurointenzivní péči a časnou rehabilitaci. Významně se snižuje riziko komplikací a zvyšuje zlepšení funkčního stavu nemocných.

### 1.6.2.1 Trombolýza

Trombolýza je proces rozpouštění krevní sraženiny (trombu). Vede k rekanalizaci cévy (tepny). Provedení tohoto výkonu má svá přísná kritéria. Jedním z nich je časový úsek 3-6 hodin (tzv. terapeutické okno) od vzniku prvních příznaků CMP, během něhož musí být trombolýza provedena. Dalším kritériem je negativní CT nález mozku.

Postup je agresivní a nákladný. Trombolýzu není možné provést, pokud pacient neodpovídá indikačním kritériím nebo pokud v minulých 3 měsících prodělal větší operaci nebo iktus.

Komplikace trombolýzy může být zakrvácení do mozku nebo krvácení kdekoli v těle.

### 1.6.2.2 Intraarteriální trombolýza

Intraarteriální trombolýza je metoda, při níž se během angiografického vyšetření do ucpané mozkové tepny zavede mikrokater, jímž se aplikuje trombolytikum přímo do krevní sraženiny. Působí tedy lokálně, dávka léku může být tudíž mnohem nižší. Je bezpečnější a účinnější, ale je nutné ji provést do 6ti hodin od prvních příznaků. Provádí ji pouze velmi málo pracovišť ( ÚVN Praha, Hradec Králové,...).

### 1.6.3 Konzervativní léčba

Konzervativní léčbou se rozumí podávání léků na zlepšení prokrvení mozku – neuroprotektiva – látky, které zabraňují tvorbě volných radikálů a prodlužují životnost neuronů. Jsou to např.: nootropika, manitol, MgSO<sub>4</sub>, vitamin C, E. Také se zavádí časná antiagregační léčba (Anopyrin, Aggrenox, Godasal aj) u nemocných, kromě těch indikovaných k trombolýze nebo antikoagulační léčbě.

Plná antikoagulace se podává ve vybraných indikacích, hlavně při kardiálním zdroji ischemie.

### 1.6.4 Léčba komplikací a přidáných onemocnění

Pokud má pacient další onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus), je třeba pokračovat v terapii a monitoraci hodnot TK a glukosy. Provádíme miniheparinizaci jako prevenci žilních trombóz, podáváme další medikaci, jako jsou antibiotika při infekčních komplikacích, antikonvulziva při epileptických paroxysmech. Při

depresivních projevech nasazujeme antidepresiva, při zvýšeném nitrolebním tlaku zahajujeme antiedematózní léčbu (např. osmoterapii Manitolem).

Velmi důležitou částí léčby CMP je rehabilitace, která musí být zahájena co nejdříve. Již v akutním stavu je potřeba pečovat o prevenci možného zatuhnutí svalů a vazů, apod. Pacient se polohuje, s ochrnutými končetinami provádíme pasivní pohyby.

## 1.7 Rehabilitace

Cílem rehabilitace je návrat nemocného do aktivního a kvalitního života. Je zde nutná spolupráce fyzioterapeutů a zdravotních sester. Významná je rehabilitace logopedická, ergoterapeutická a psychoterapeutická, dokud se zlepšují funkční schopnosti.

### 1.7.1 Fyzioterapie

Cílem fyzioterapie je odstranění funkčního útlumu v okolí morfologického postižení a prevence rozvoje sekundárních útlumových změn v ostatních nadřazených oblastech. Důležité je včasné zahájení rehabilitačního programu. Důležitou součástí rehabilitačního ošetřování je i polohování, péče o trofiku kůže, bránění vzniku dekubitů, apod.

Rozlišujeme několik vývojových stadií CMP a každé stadium vyžaduje jiný rehabilitační přístup.

1. Stadium akutní – zde dominuje svalová hypotonie, areflexie a nepřítomnost tzv. pyramidových jevů iritačních (stadium pseudochabé). Toto stadium trvá různě dlouho, obvykle 1-3 týdny.
2. Stadium subakutní – rozvíjí se a progreduje spasticita (svalový hypertonus), zvyšují se proprioceptivní reflexy, objevují se pyramidové jevy iritační
3. Stadium relativní úpravy – příznivý vývoj s postupujícím se zlepšováním stavu
4. Stadium chronické – stav se již dále nezlepšuje.

Uvedená stadia se navzájem překrývají a nelze je tedy od sebe oddělovat. V rámci rehabilitace pacientů po CMP využíváme celé řady metod: léčebnou tělesnou výchovu, prostředky fyzikální terapie nebo manuální terapii a ergoterapii. Fyzioterapeut volí techniky podle aktuálního stavu pacienta a výběr technik přizpůsobuje vývojovému stadiu CMP. Je důležité naučit pacienta sebeobsluze, aby byl co nejdříve soběstačný.



### 1.7.2 Logopedie

Pacienti po CMP, kteří mají poruchu řeči a polykání, musí být dlouhodobě v péči logopeda. Logopedická intervence je integrální součástí rehabilitace pacientů po CMP. Ztráta schopnosti komunikace při poruše symbolických funkcí nemocného značně traumatizuje. Při poruše polykání je nutné tuto odstranit, aby byl pacient schopen přijímat tekutiny a stravu, aby nehrozilo riziko dehydratace a malnutrice. Takový pacient by měl absolvovat stimulační program, práci s dechem, reedukaci dysfonie, dysartrie a dysfagie.

### 1.7.3 Ergoterapie

Při ergoterapii usilujeme při trvalém postižení o zlepšení sebeobsluhy pacienta a věnujeme se nácviku zvládnání běžných denních aktivit. Cílem je, aby pacient byl co nejméně závislý na okolí a pomoci ze strany jiných osob při základních činnostech, jako jsou hygiena a jídlo a pití. To mu pak dodává sebedůvěru, tolik potřebnou pro spolupráci.

## 1.8 Psychoterapie

Podmínkou dobře vedené psychoterapie je rozumět typu postižení (hybné, řečové), volit vždy individuální přístup, přiměřený aktuálnímu stavu pacienta. S pacientem zacházíme zásadně úměrně jeho věku, nikoli mentálnímu stavu. Komunikujeme s ním srozumitelným jazykem, neužíváme odborné nebo těžko pochopitelné výrazy. Pokud to dovolí stav pacienta, provedeme psychologické vyšetření co nejdříve (alespoň orientační), abychom zjistili specifickou a stupeň kognitivního deficitu (exekutivní funkce, paměť, řeč, vnímání...).

U pacientů po CMP dochází relativně často k depresím. Ty bývají někdy obtížně rozpoznatelné, především u afatických a dementních pacientů. U pacientů s vaskulární příčinou onemocnění zůstává většinou dlouho zachován náhled na postižení, deprese tak bývá často reakcí na deficit, které si pacient uvědomuje. U hospitalizovaných pacientů přichází v úvahu nejčastěji psychoterapie podpůrná, vedena k úpravě celkového životního stylu (nejlépe s poučenou rodinou), motivující ho k rehabilitaci. Důležitý je zde celostní přístup k pacientovi, týmová práce lékařů, ošetřujícího personálu, logopeda,

psychologa, ergoterapeuta a ostatního personálu. Pokud lze, pracujeme s celou rodinou. Důležitá je zpětná vazba pro pacienta i jeho rodinu.

## 1.9 Dietoterapie

Je důležité zajistit pacientovi vyváženou výživu, i pokud je v těžkém stavu nebo má poruchu polykání. Pokud není zpočátku vůbec schopen přijímat potravu orálně, zavádíme nasogastrickou sondu a vyživujeme jej tekutou výživou ( Nutrison, Diason), továrně vyráběnou, nutričně vyváženou. Při poruchách polykání, kdy je nemocný schopen a ochoten spolupracovat, zajistíme ve spolupráci s nutričním terapeutem mletou stravu či jinak upravenou dle potřeb pacienta. Tekutiny můžeme zahušťovat (Nutilus plv.), dávat pít po lžičkách či slámkou, vždy dle pacientových možností a za dohledu ošetřujícího personálu. Vždy se snažíme, aby se nemocný snažil jíst sám – dát mu lžici do ruky a vést mu ji, než ho krmit. Samozřejmostí je dieta modifikovaná dle přidruženého onemocnění pacienta (žlučnicková, diabetická, šetřící aj.).

## 2 Ošetrovatelská péče o pacienta s ICMP

### 2.1 Ošetrování nemocného

#### 2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje

Pacientka byla přijata překladem z JIP oddělení na standardní lůžkové oddělení, na třílůžkový pokoj bez vlastního sociálního zařízení, toto společně na chodbě.

Polohovací lůžko je přístupné ze všech stran s možností zábran v případě hrozícího pádu pacientky z lůžka.

Klientka byla uložena, bylo jí předvedeno dorozumívací zařízení a podala jsem jí veškeré informace o chodu a režimu na oddělení. Současně podepsala souhlas s hospitalizací a ostatní dokumenty.

#### 2.1.2 Sledování nemocného

U pacientky sledujeme bilanci tekutin, krevní tlak, tepovou frekvenci, jakékoli nové subjektivní i objektivní obtíže.

Frekvence měření je nastavena dle zdravotního stavu pacientky.

### 2.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy

- Poruchy tělesné hybnosti z důvodu pocitů slabosti, parézy nebo plegie horní a/nebo dolní končetiny
- Poruchy verbální a/nebo písemné komunikace z důvodu vlastního onemocnění
- Snížená sebek péče z důvodu pohybových obtíží
- Poruchy polykání v důsledku svalových obrn a percepčních poruch z oblasti úst, hltanu a jícnu
- Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu vlastní nemoci
- Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy z důvodu obtíží při polykání
- Porucha spánku
- Porucha vyprazdňování
- Strach, úzkost, beznaděj
- Nedostatek informací

## II. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S ONEMOCNĚNÍM ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

### 3 Posouzení stavu pacientky

#### 3.1 Identifikační údaje

Pacientka ET, 68 let, trvale žijící v Praze, v bytě, 3. patro s výtahem, rozvedená, důchodkyně.

#### 3.2 Výtah z lékařské dokumentace

##### 3.2.1 Lékařská anamnéza

###### *Rodinná anamnéza*

Matka zemřela v 76 letech na plicní embolii, otec zemřel v 52 letech na infarkt myokardu. Sourozence nemá, 1 syn zdrav.

###### *Sociální anamnéza*

Rozvedená, žije sama, v bytě.

###### *Pracovní anamnéza*

Dříve prodavačka, nyní v důchodu.

###### *Osobní anamnéza*

Předchorobí – běžné dětské nemoci

Hypothyreóza na terapii

Hypercholesterolémie

Hypertenze na terapii

Údajně hospitalizována s podezřením na IM ve FNKV

Operace: operace varixů obou DK opakovaně (IKEM, VFN) poslední asi r. 2000, operační řešení fraktury pravého kotníku v r. 2003 (ortopedie FNB).

###### *Alergie*

Barvy, latex, asfalt, přípravky proti plísni.

### *Abusus*

Alkohol příležitostně, kouření, káva 0.

### *Gynekologická anamnéza*

Klimax od 55 let, porod 1x, UPT 3x, na kontroly dochází, bez obtíží

### *Farmakologická anamnéza*

Godasal 100 mg 1-0-0, Simgal 20 mg 0-0-1, Lokren 20 mg 1-0-0, Prestarium 8 mg 1-0-0, Letrox 50 ug 1 na lačno, v so+ ne 2 tbl., Vessel due F 2-0-0, Dithiaden tbl dle potřeby

### *Nynější onemocnění*

Pacientka přichází v doprovodu přítelkyně na ambulanci. Od oběda se jí hůře mluví, pozoruje pokles pravého ústního koutku. Objevilo se vertigo, následně pád, hned od začátku obtíží hůře mluví. Proveden krevní odběr a pacientka byla přijata na iktovou jednotku neurologické kliniky.

### *Objektivní nález*

68 letá pacientka vyšší postavy, orientovaná, spolupracující, řeč zcela nesrozumitelná, všem výzvám vyhoví.

Výška 182 cm, váha 96 kg

Hlava – pokleповě nebolestivá, bez traumatických změn po pádu, rozsah zorného pole není porušen, oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení dotahují všemi směry, bez nystagmu, zornice isokorické, reagují na osvit přímo i nepřímo, výstupy na n.V. nebolestivé, čítí intaktní, sevření víček symetrické, cenění asymetrické s deficitem vpravo, jazyk plazí středem, patrové oblouky symetrické, uvula uložena v středu.

Krk – dynamika C páteře neomezená, náplň krčních žil přiměřená, uzliny a štítná žláza nezvětšeny, ameningeální.

Břicho – nad úrovní hrudníku, měkké, prohmatné, nebolestivé, hepar a lien nezvětšeny, peristaltika v normě.

HK – ramenní klouby nebolestivé, hybnost bez omezení, iritační jevy bilat. negativní, vpravo značná instabilita. Deficit čítí v rozsahu pravé HK.

DK – iritační jevy pozitivní, vpravo značná nestabilita, pokles o 10 cm, hybnost v kloubech bez omezení, lasegue volný bil., bez poruchy svalové trofiky, tonus svalů v normě, otoky nepřítomny.

Mozeček – taxe zprava nepřesná.

Páteř – poklepově nebolestivá.

Stoj a chůze – nezkoušeny.

Shrnutí: expresivní afázie, centrální paresa n. VII dx., pravostranná hemiparesa lehkého stupně.

### 3.2.2 Fyzikální hodnoty

Při příjmu na iktovou jednotku:

Krevní tlak: 220/110mm/Hg

Puls: 60/min

Dech: 22/min

TT: 37,0°C

Výška: 182 cm

Váha: 96 kg

BMI: 29,5

Sp O2: 91-92% bez O2

srdeční akce pravidelná.

### 3.2.3 Vyšetření

Tabulka č. 1

<i><b>Koagulační vyšetření</b></i>	<i><b>Naměřené hodnoty</b></i>	<i><b>Referenční rozmezí</b></i>
INR	0,9	1,00 – 1,28
APTT	28,7	22,6 – 35,0 s

Tabulka č. 2

<i>Biochemie</i>	<i>Naměřené hodnoty</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
Na - s	141	135 – 145 mmol/l
K – s	3,8	3,8 – 5,0 mmol/l
Cl – s	103	97 – 108 mmol/l
Glukosa	5,0	4,2 – 6,0 mmol/l
Urea	8,6	2,0 – 6,7 mmol/l
Kreatinin	78,0	44 -104 umol/l
Bílkovina	65,9	65 – 85 g/l
Cholesterol	6,2	3,83 – 5,80 mmol/l
CRP	2,3	< 2 mg/l

Tabulka č. 3

<i>Krevní obraz</i>	<i>Naměřené hodnoty</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
Leukocyty (Wbc)	9,6	4,0 – 11,0 $10^9/l$
Erytrocyty (Rbc)	4,99	3,6 – 5,2 $10^{12}/l$
Hemoglobin (Hgb)	143	116 – 163 g/l
Hematocrit (Hct)	0,447	0,33 – 0,47 %
Trombocyty (Plt)	223	131 – 364 $10^9/l$

Moč: chemicky:

pH 6,5

Hustota 1017

Ketolátky 2,0

Krev v moči 100,0

Leukocyty 25

Ostatní negativní

EKG: sinusový rytmus 60/min., PQ 145ms, QRS 88ms, QT 413ms, bez ischemických změn.

RTG hrudníku: Plicní parenchym je bez čerstvých ložiskových a infiltrativních změn, bez tekutiny v pleurální dutině. Srdeční stín lehce širší doleva. Malý oběh je bez známek městnání.

CT mozku: Závěr: Postischemické změny staršího data frontálně vpravo. Jasně čerstvé změny patrné nejsou.

CT mozku: kontrola po trombolýze, po 24 hodinách: Ve srovnání s předchozím vyšetřením je nález beze změny, tzn. pouze hypodenzní ložisko v pravé mozečkové hemisféře frontálně, jinak nález jak na komorovém systému tak denzitně mozkové tkáni bez ložiskových změn.

Duplexní vyšetření extrakraniálního úseku karotid a vertebrálních tepen: Závěr: Jen mírné aterosklerotické změny v bifurkaci ACC dx.. Fokální stenotické změny neprokazujeme.

Logopedické vyšetření: Centrální dysartrie, dysfagie, induktivní afázie, hloubková alexie, agrafie, lehká verbální a orální apraxie. Po propuštění nutno pokračovat v logopedické péči.

MR mozku: Závěr: Cavum septi pellucidi a cavum vergae, kortikosubkortikální atrofie, mnohočetné ložiskové hyperintenzity v bílé hmotě supratentoriálně, nález je nespecifický, bez poruchy hematoencefalické bariéry – nejspíše odpovídá změnám postischemickým. Ložisko frontálně vlevo nejspíše odpovídá subakutní ischemii.

Doplníme: TTE, TEE

#### 3.2.4 Závěr při příjmu

CMP ischemická v povodí ACM sin.

Onemocnění štítné žlázy

Arteriální hypertenze

#### 3.2.5 Léčba

Medikace per os:

- Simgal 20 mg 0-0-1
- Lokren 20 mg 1-0-0
- Letrox 50 ug 1 na lačno, v so+ ne 2 tbl.
- Dithiaden tbl dle potřeby



Infusní terapie:

- Actilyse 88mg jednorázově i.v.
- F 1/1 1000 ml + 20% Mg SO<sub>4</sub> 1 amp + Soluvit 1 amp + 20 ml 7,5% KCl i.v. 1xd
- Ebrantil 250 mg i.v. dle hodnot TK
- Quamatel 1 amp á 12 hod i.v.
- Degan 1 amp á 8 hod i.v.

Jiné:

- Fraxiparine 0,6 ml 1xd ráno
- Nutridrink 2xd mezi jídly
- Bandáže DK
- Hlava ve zvýšené poloze 30-40%

### 3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Základní fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový zhled: unavená, rozrušená

Úprava, hygiena: čistá, upravená, dbá o sebe

Krevní tlak, puls: 200/100, 76/min

Dýchání: čisté, sklípkové, 18/min

Tělesná teplota: 36,3°C

Kůže: suchá, čistá, bez lézí

Dutina ústní: sliznice vlhké, jazyk lehce povleklý, bez vážnějších defektů

Zrak, sluch: má brýle na čtení, slyší dobře

Výška 182 cm; váha 96 kg; BMI 29,5

Chůze: nejistá, pacientka je nestabilní

### 3.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové

Použila jsem koncepční model Marjory Gordonové, model „funkčního typu zdraví“, který obsahuje rámcový standard pro kvalitní zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Vychází z hodnocení kvality zdraví jedince jako holistické bytosti, se svými bio – psycho – sociálními potřebami. Zdravotní stav hodnotí jako funkční nebo dysfunkční.

#### 3.4.1 Podpora zdraví

Pacientka je již léta sledována na interním oddělení pro arteriální hypertenzi a hypercholesterolémií, taktéž na endokrinologii pro hypofunkci štítné žlázy, na kontroly chodí pravidelně, léčebný režim dodržuje, léky užívá pravidelně. Před nynějším onemocněním se nemocná cítila dobře, zvládala vše dobře.

#### 3.4.2 Výživa

Pacientka jedla doma 3 – 4x denně, racionální stravu, především zeleninu. Jedla dobře, polykání a trávení bez obtíží. Pije asi tak 1,5 l denně, někdy si dá sklenku vína. Při přijetí hůře jí a pije, vadí jí povislý pravý koutek.

#### 3.4.3 Vylučování a výměna

Doma neměla pacientka žádné obtíže s vyprazdňováním, stolice každý den ráno. Nyní je pacientka hůře hybná pro parézu PDK, používá podložní mísu, na stolicí se s pomocí personálu přesunuje na WC židli.

Sledujeme bilanci tekutin.

#### 3.4.4 Aktivita, odpočinek

Dosud doma plně soběstačná. Nyní je omezena v samostatném pohybu, věří, že se to rehabilitací a léčbou zlepší. Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové: 30 – není. Špatně se jí zde spí, ruší jí noční provoz oddělení, spolupacientka a okno do ulice.

#### 3.4.5 Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá, brýle nosí na čtení. Orientovaná, vědomí jasné. Vyžaduje dostatek informací od lékařů i ostatního personálu. Stydí se, že špatně mluví, ale pečlivě cvičí dle doporučení logopedky.

#### 3.4.6 Vnímání – sebe sama

Jako ženu ji trápí povislý pravý ústní koutek, věří, že řeč se s pomocí logopedky upraví. Pacientka bere život tak jak je, věří v sebe samu, nerada se spoléhá na ostatní,

přesto je ráda, když za ní dochází syn a nejbližší přítelkyně. Ráda věci dotahuje do konce.

#### 3.4.7 Vztahy

Pacientka je přátelská, na rodině jí velmi záleží. Po rozvodu se již znovu nevdala, nechtěla opět prožít zklamání. Bydlí sama v bytě na sídlišti, syn ji navštěvuje. Pacientka se před onemocněním pravidelně scházela s přáteli a navštěvovala různé kulturní akce, divadla a koncerty. Nemocná je otevřená a přátelská, má ráda společnost. Nyní je unavená, necítí se nejlépe a je nejraději jen se svou rodinou (syn a snacha).

#### 3.4.8 Sexualita

Na toto téma prý již nemá co říct, je po přechodu, bez obtíží, na gynekologické kontroly chodí pravidelně.

#### 3.4.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Snaží se stresu vyhýbat, vždy jí stoupne tlak a pak se necítí dobře. Snáší ho těžce. Vždy si na nepříznivou situaci musí zvyknout, vypořádat se s ní a pak rozebrat s přítelkyní. Nyní nejistota a strach.

#### 3.4.10 Životní principy

Je ateistka, zdraví a rodina jsou pro ni vždy na prvním místě. Chce se uzdravit a jít domů.

#### 3.4.11 Bezpečnost – ochrana

Pacientka má zavedený PVK na levé horní končetině, také PMK pro přesnou bilanci a nestabilní chůzi. Po překladu na standardní oddělení oba katétry 2.den ex.

Má nejistotu a obavy z budoucnosti, neví, co bude dál. Bojí se, aby se jí nepříhodilo něco horšího.

#### 3.4.12 Komfort

U pacientky se projevily sociální obavy, má strach, zda bude i nadále soběstačná. Nechce být na nikom závislá, nikoho obtěžovat.

#### 3.4.13 Růst, vývoj

U pacientky došlo během hospitalizace ke zhoršení stavu, který se opět upravil a postupně se zlepšoval ve všech směrech až do propuštění. Nemocná poučena o důležitosti další rehabilitační a logopedické péče.

#### 4 Průběh hospitalizace

Pacientka ET přijata 27. 12. pro náhle vzniklou ICMP v povodí ACM sin.. Při přijetí lehká pravostranná hemipareza lehkého stupně, centrální paresa n. VII dx.. Pacientka s expresivní fatickou poruchou, indikována k trombolýze. Při přijetí nehovoří, spolupracuje, plně orientovaná všemi kvalitami, vyhoví všem výzvám. Zaveden PVK, PMK pro sledování bilance tekutin.

Subjektivně se nemocná snaží mluvit, špatně srozumitelně řekne dny v týdnu, delší větu nezopakuje, vlastní větu nesestaví. Neverbálně odpovídá přiléhavě ( ano/ne), udává necitlivost jen PDK, na PHK udává zlepšení. Po trombolytické terapii beze změn v klinickém obraze, kontrolní CT bez vývoje nových ložisek.

V noci 28. 12. došlo k výrazné zmatenosti a 30. 12. se rozvinula výrazná dysartrie a dysfagie. 31. 12. nutnost zavedení nasogastrální sondy, pacientka je téměř neschopna polykat. Později zlepšení spolupráce, ústup pravostranné hemiparézy, proto 6.1. překlad na standardní oddělení neurologické kliniky. Při překladu jen lehká instabilita na PHK, zlepšila se i hypestezie, která před překladem jen na PDK. Výživa dosud nasogastrální sondou, dysartrie při pomalé mluvě ještě srozumitelná.

Při přijetí na standardní oddělení se pacientka snaží mluvit, po vyšetření logopedkou a nácvikem polykání zkouší s dohledem pít zahuštěné tekutiny po lžičkách. Má zaveden PMK, který klipován, a následně odstraněn – s doprovodem chodí pacientka na toaletu. Dále u pacientky zjištěno poškození kůže v oblasti vnitřních stehen, které dle pacientky vzniklo zanedbáním ošetrovatelské péče na JIPu. Polykání tekutin a stravy zpočátku velmi obtížné, postupně se však zlepšovalo, pacientka se přestala dokrmovat a hydratovat NGS, která týden před koncem hospitalizace odstraněna. Dále probíhá logopedická rehabilitace i fyzioterapie, ve kterých bylo doporučeno pokračovat i po propuštění do domácího léčení.

## **5 Ošetrovatelská péče**

### 5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priorit pacientky)

- 00051 Zhoršená verbální komunikace
- 00148 Strach
- 00085 Zhoršená pohyblivost
- 00103 Porušené polykání
- 00095 Porušený spánek
- 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně
- 00046 Porušená kožní integrita
- 00118 Porušený obraz těla
- 00039 Riziko aspirace
- 00155 Riziko pádu
- 00004 Riziko infekce
- 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin

## 5.2 Plán ošetrovateľskej péče

1. **00051 Zhoršená verbálna komunikácia** z dôvodu základného ochorenia, prejavujúci sa nemožnosťou sa srozumiteľne vyjadrovať.

Cíl:

- pacientka je schopná vyjadrovať jednotlivé slová, do 10 dní
- pacientka je schopná srozumiteľne komunikovať, do 2 mesiacov
- pacientka je schopná tvoriť súvislé jednoduché vety, do 1 mesiaca

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka pozná príčiny svojho stavu, do 2 hodín
- pacientka pozná liečebný plán, do 6 hodín
- pacientka pozná plán logopedického cvičenia, do 1 dňa

Intervencie:

- seznámiť pacientku s jejím zdravotným stavom, primárna sestra, do 2 hodín
- zabezpečiť logopedické vyšetrenie, primárna sestra, logoped, do 1 dňa
- vysvetliť pacientke, ako bude prebiehať logopedické cvičenie, primárna sestra, logoped, do 1 dňa
- komunikovať a procvičovať slovný prejav, sestra v službe, pri každom kontakte
- zabezpečiť spoluprácu rodiny (syna), primárna sestra, do 2 dní

Realizácia:

- seznámila som pacientku s jejím zdravotným stavom
- zabezpečila som logopedické vyšetrenie
- vysvetlila som pacientke, ako bude prebiehať ďalšia liečba
- vysvetlila som pacientke spoločne s logopedom, ako budú prebiehať cvičenia

- při každém kontaktu jsem s pacientkou procvičovala slovní zásobu
- zajistila jsem spolupráci rodiny

Hodnocení:

U pacientky došlo k částečné úpravě verbální komunikace, nemocná bude po propuštění do domácí péče docházet do logopedické poradny v místě bydliště.

Efekt: částečný



2. **00148 Strach z budoucnosti** z důvodu základního onemocnění, nezkušeností s onemocněním, projevující se nervozitou, úzkostí, pláčem, smutnou náladou, verbalizací.

Cíl:

- pacientka udává zmírnění pocitu strachu na snesitelnou míru, do 1 týdne
- pacientka nepociťuje strach a nejeví známky strachu, do 14 dnů

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčinu strachu do 1 dne
- pacientka má dostatek informací o svém onemocnění do 2 dnů
- pacientka zná prognózu onemocnění, do 5 dnů

Intervence:

- nebagatelizuj strach pacientky, sestra ve službě, neustále
- podávej dostatek informací o průběhu léčby a vyšetření, sestra ve službě, každý den
- sleduj projevy strachu (pláč, úzkost, neklid), sestra ve službě, denně
- snaž se odvést pozornost od problému, sestra ve službě, neustále
- zajisti lékaře, aby podal pacientce dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze onemocnění, primární sestra, do 1 dne
- o změnách informuj lékaře neprodleně, sestra ve službě
- podávej léky dle ordinace lékaře, sestra ve službě, denně
- plň ordinace lékaře, sestra ve službě, denně

Realizace:

- zajistila jsem lékaře, aby pacientce podal dostatek informací o onemocnění, léčbě a prognóze
- sledovala jsem projevy strachu po celou dobu hospitalizace
- snažila jsem se zabavit a odvést pozornost pacientky
- podávala jsem léky dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

Hodnocení:

Pacientka má všechny dostupné informace, udává zmírnění strachu, ke kterému vede i postupné zlepšování zdravotního stavu.

Efekt: částečný.

3. **00085 Zhoršená pohyblivost** z důvodu lehké nestability, projevující se nejistotou při chůzi.

Cíl:

- pacientka je schopna samostatné chůze do 14 dnů

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny svého stavu, do 6 hodin
- pacientka zná plán rehabilitace, do 24 hodin
- pacientka má lepší hodnocení podle testu instrumentálních všedních činností (IADL testu), do 14 dnů

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím stavem, primární sestra, do 2 hodin
- zajistit rehabilitační cvičení, primární sestra, fyzioterapeut, denně
- zhodnotit schopnosti pacientky, primární sestra, do 6 hodin
- vysvětlit pacientce, jak, kde a kdy bude probíhat rehabilitace, primární sestra, fyzioterapeut, do 2 hodin

Realizace:

- seznámila jsem pacientku s jejím stavem
- zajistila jsem rehabilitaci
- zhodnotila jsem schopnosti pacientky
- vysvětlila jsem pacientce vše o průběhu rehabilitace

Hodnocení:

Pacientka pravidelně cvičí, a znatelné pokroky posilují její důvěru v léčbu, fyzioterapii a sebe sama.

Efekt: úplný

4. **00103 Porušené polykání** z důvodu základního onemocnění, projevující se nemožností přijímat tekutiny a stravu.

Cíl:

- pacientka je schopna polykat tekutiny a jíst stravu bez obtíží, do 1 měsíce
- pacientka má fyziologické polykání, do 1 měsíce

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčinu svých obtíží, do 6 hodin
- pacientka zná léčebný plán, do 6 hodin
- pacientka zná plán logopedického cvičení, do 1 dne

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím zdravotním stavem, primární sestra, do 2 hodin
- zajistit logopedické vyšetření, primární sestra, logoped, do 1 dne
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat logopedické cvičení, primární sestra, logoped, do 1 dne
- procvičovat cviky na posílení polykacího svalstva, sestra ve službě, denně
- zajistit spolupráci rodiny (syna), primární sestra, do 2 dnů

Realizace:

- seznámila jsem pacientku s jejím zdravotním stavem
- zajistila jsem logopedické vyšetření
- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat další léčba
- vysvětlila jsem pacientce společně s logopedem, jak budou probíhat cvičení
- procvičovala jsem s pacientkou cvičení na posílení polykacího svalstva
- zajistila jsem spolupráci rodiny (syna)

Hodnocení:

Pacientka pravidelně cvičila a postupně se naučila přijímat tekutiny a stravu bez rizika aspirace. Do 10 dnů na standardním oddělení byla nemocné odstraněna NGS, a po dalších 10 dnech byla propuštěna do domácí péče s doporučením do logopedické poradny.

Efekt: částečný

5. **00095 Porušený spánek** z důvodu změny prostředí, rušivých vlivů, projevující se špatným usínáním a častým buzením.

Cíl:

- pacientka udává zlepšení spánku a odpočinku, do 1 týdne
- pacientka má fyziologický spánek, do 2 týdnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka přes den nepospává, do 5 dnů
- pacientka usne do 30 minut po ulehnutí, do 5 dnů
- pacientka si nalezne zájmovou aktivitu, do 2 dnů
- pacientka ví o možnosti užití léku na spaní, do 1 dne
- pacientka zná účinky léku, do 2 hodin
- pacientka zná příčinu poruchy spánku, do 1 dne

Intervence:

- zjistí příčinu poruchy spánku, primární sestra, do 1 dne
- pouč pacientku o příčině poruchy spánku, primární sestra, do 1 dne
- zjistí návyky před spaním, které měla pacientka v domácím prostředí, primární sestra, do 1 dne
- aktivizuj pacientku během dne, sestra ve službě, denně
- posuď souvislost poruchy se základním onemocněním, primární sestra, do 1 dne
- zajisti klidné prostředí před spaním, sestra ve službě, denně
- pozoruj fyzické známky únavy, sestra ve službě, denně
- podávej léky dle ordinace, sestra ve službě, denně

Realizace:

- aktivizovala jsem pacientku během dne, denně
- zjistila jsem návyky před spaním v domácím prostředí a umožnila je praktikovat v nemocnici po dobu hospitalizace
- podávala jsem léky dle ordinace, denně

Hodnocení:

Pacientka během dne nespávala, přesto ji rušily zvuky z ulice a těžko usínala. Postupně si navykla na prostředí a ob den si vzala lék na spaní a vyspala se dobře.

Efekt: částečný

**6. 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně** z důvodu základního onemocnění, projevující se potřebou pomoci a dohledu.

Cíl:

- pacientka je schopna samostatně se umýt v koupelně, do 1 týdne

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny svého stavu, do 2 hodin
- pacientka zná léčebný plán, do 6 hodin
- pacientka zná plán rehabilitace, do 6 hodin
- pacientka se dokáže osprchovat v koupelně sama, do 10 dnů

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím stavem, primární sestra, do 2 hodin
- zhodnotit schopnosti pacientky a naplánovat intervence, primární sestra, do 6 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její léčba, primární sestra, do 6 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její rehabilitace, primární sestra, fyzioterapeut, do 1 dne
- vést pacientku k tomu, aby v maximální možné míře dané jejími schopnostmi uskutečňovala sama úkony sebeděče, sestra ve službě, denně
- hodnotit riziko nesoběstačnosti (podle Barthelova testu), primární sestra, denně
- hodnotit schopnost instrumentálních všedních činností (IADL testu), primární sestra, ob den

Realizace:

- seznámila jsem pacientku s jejím zdravotním stavem
- zhodnotila jsem schopnosti a naplánovala intervence
- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat její léčba



- vysvětlila jsem pacientce společně s fyzioterapeutem, jak bude probíhat její rehabilitace
- denně jsem vedla pacientku k maximální soběstačnosti
- zajistila jsem každý den společně s fyzioterapeutem rehabilitační cvičení
- zajistila jsem spolupráci rodiny
- hodnotila jsem riziko nesoběstačnosti (podle Barthelova testu)
- hodnotila jsem schopnost instrumentálních všedních činností podle IADL testu

Hodnocení:

Pacientka se v rámci rehabilitace natolik zlepšila, že mohla do koupelny chodit bez doprovodu.

Efekt: úplný

7. **00046 Porušená kožní integrita** z důvodu přechodné imobilizace, projevující se kožními změnami.

Cíl:

- pacientka má fyziologický kožní kryt (bez defektů), do 14 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny svého stavu, do 2 hodin
- pacientka zná léčebný postup, do 3 hodin
- pacientka ví, jak předcházet dalšímu poškození, do 3 hodin
- pacientka si umí postižená místa sama ošetřovat, do 1 dne

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím stavem, primární sestra, do 2 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její léčba, primární léčba, do 3 hodin
- vysvětlit pacientce, jak předcházet dalšímu poškození, primární sestra, do 3 hodin
- vysvětlit pacientce, jak si má postižená místa sama ošetřovat, primární sestra, do 1 dne

Realizace:

- seznámila jsem pacientku s jejím stavem
- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat její léčba
- vysvětlila jsem pacientce, jak předcházet dalšímu poškození
- poučila jsem pacientku, jak a čím si může postižená místa ošetřovat

Hodnocení:

Pacientka dodržovala léčbu a sama se na ní ochotně podílela, před ukončením hospitalizace defekt zhojen.

Efekt: úplný

8. **00118 Porušený obraz těla** z důvodu základního onemocnění a zavedení nasogastrické sondy, projevující se verbalizací, smutnou náladou, úzkostí.

Cíl:

- pacientka je srozuměna s vizuální změnou, do 1 měsíce

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčinu dané změny, do 6 hodin
- pacientka zná důvod zavedení NGS, do 6 hodin
- pacientka zná léčebný plán, do 6 hodin
- pacientka zná plán rehabilitace, do 6 hodin

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím stavem, primární sestra, do 2 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její léčba, primární sestra, do 6 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její rehabilitace, primární sestra, fyzioterapeut, do 6 hodin
- zajistit pacientce návštěvu psychologa, primární sestra, do 1 dne
- vysvětlit pacientce, že NGS je zavedena pouze dočasně, primární sestra, do 2 hodin
- zajistit podporu rodiny, primární sestra, do 1 dne

Realizace:

- seznámila jsem pacientku s jejím stavem
- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat její léčba
- zajistila jsem pacientce návštěvu psychologa
- vysvětlila jsem pacientce, že NGS je pouze dočasná
- zajistila jsem podporu rodiny

Hodnocení:

Pacientce byla odstraněna NGS, na pokleslý koutek si pomalu zvyká a věří, že stav se ještě podaří upravit k původnímu stavu.

Efekt: úplný

## 9. **00039 Riziko aspirace** z důvodu porušeného polykání

Cíl:

- pacientka neaspirovala tekutiny po celou dobu hospitalizace
- pacientka má fyziologické polykání

Priorita: vysoká

Intervence:

- pouč pacientku o následcích aspirace, primární sestra, do 2 dnů
- zajisti logopedické cvičení pro nácvik polykání, primární sestra, do 1 dne
- pouč pacientku o nutnosti dohledu při nácviku polykání, primární sestra, do 6 hodin
- o případné aspiraci neprodleně informuj lékaře, sestra ve službě, kdykoliv
- pouč pacientku o signalizačním zařízení, primární sestra, ihned

Realizace:

- poučila jsem pacientku o následcích aspirace
- zajistila jsem logopedické cvičení pro nácvik polykání
- poučila jsem pacientku o nutnosti dohledu při nácviku polykání
- poučila jsem pacientku o signalizačním zařízení

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace u pacientky nedošlo k aspiraci tekutin.

Efekt: úplný

## 10. **00155 Riziko pádu** z důvodu základního onemocnění

Cíl:

- pacientka se po celou dobu hospitalizace nezraní
- pacientka zná režim oddělení, do 1 dne

Priorita: vysoká

Intervence:

- zajisti bezpečné okolí, primární sestra, do 2 hodin
- odstraň nebezpečné předměty, primární sestra, do 2 hodin
- pouč pacientku o signalizačním zařízení, primární sestra, ihned
- o případném pádu neprodleně informuj lékaře, primární sestra
- plň ordinace lékaře, primární sestra, denně

Realizace:

- zajistila jsem bezpečné prostředí
- odstranila jsem nebezpečné předměty z okolí
- poučila jsem pacientku o signalizačním zařízení
- plnila jsem ordinace lékaře

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k pádu po celou dobu hospitalizace.

Efekt: úplný

## 11. **00004 Riziko infekce** z důvodu invazivních vstupů a porušeného kožního krytu

Cíl:

- pacientka neprojevuje žádné známky infekce po celou dobu hospitalizace

Priorita: vysoká

Intervence:

- pouč pacientku o známkách infekce, primární sestra, do 2 hodin
- sleduj známky infekce po celou dobu hospitalizace, primární sestra
- pouč pacientku o nutnosti hlásit jakékoli změny, primární sestra, do 2 hodin
- kontroluj invazivní vstup u pacientky, sestra ve službě, denně

Realizace:

- poučila jsem pacientku o známkách infekce
- sledovala jsem známky infekce u pacientky
- poučila jsem pacientku o nutnosti hlásit jakékoli změny
- kontrolovala jsem invazivní vstupy

Hodnocení:

Pacientce byl odstraněn PMK a PVK již druhý den po překladu na standardní oddělení, byla bez známek infekce po celou dobu hospitalizace.

Efekt: úplný

## 12. **00028 Riziko deficitu tělesných tekutin** z důvodu sníženého příjmu tekutin

Cíl:

- pacientka má rovnováhu tělesných tekutin po celou dobu hospitalizace
- pacientka zná nutnost dodržování pitného režimu, do 1 dne

Priorita: střední

Intervence:

- pouč pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin, primární sestra, do 2 hodin
- pouč pacientku o vhodných tekutinách, primární sestra, do 2 hodin
- kontroluj kožní turgor a stav sliznic, sestra ve službě, denně
- sleduj bilanci tekutin, sestra ve službě, denně
- plň ordinace lékaře, sestra ve službě, denně

Realizace:

- poučila jsem pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin
- poučila jsem pacientku o vhodných tekutinách
- kontrolovala jsem kožní turgor a stav sliznic po celou dobu hospitalizace
- sledovala jsem bilanci tekutin
- plnila jsem ordinace lékaře, denně

Hodnocení:

Pacientka se snažila dodržovat pitný režim, tekutiny doplňovala i NGS, za pomoci personálu, když jí byla odstraněna sonda, zvládala pít celkem dobře.

Efekt: úplný



## 6 Edukace

### 6.1 Edukační list

Edukaci pacientky s diagnózou ischemické CMP jsem zaměřila především na prevenci dalšího iktu, správném životním stylu a životosprávě, a další rehabilitaci a logopedické péči. Taktéž jsem jí zodpověděla její další dotazy ohledně současného onemocnění.

Edukovaná pacientka leží na standardním oddělení neurologické kliniky, provádí rehabilitační a logopedické cvičení. Forma edukace byla verbální.

### 6.2 Edukační záznam – realizace

Edukační potřeba v oblasti – Poznávání

Téma edukace – Prevence opakování další CMP

Forma edukace – Verbální

Reakce na edukaci – Dotazy, verbální pochopení

Doporučení – Edukace rodiny

Příjemce edukace – Pacientka, její syn

Edukaci provedla – Primární sestra

### 6.3 Edukační plán

#### 6.3.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukace je pacientčina spolupráce při následném nacvičování sebepěče a polykání, dále snaha správnou životosprávou a životním stylem omezit riziko další CMP, a to vše za podpory rodiny.

#### 6.3.2 Význam

Pacientku jsem edukovala během denních činností se kterými potřebovala dopomoc. Forma edukace byla slovní. Nemocné jsem vysvětlila důležitost dodržování správné životosprávy a životního stylu, a hlavně následnou rehabilitaci a logopedickou péči po propuštění do domácí péče. Do edukace jsem zahrnula i pacientčinu rodinu.

### 6.3.3 Postup při zaškolování pacientky

- Seznam pacienta o důležitosti dodržování správné životosprávy.
- Podej dostatek informací o prevenci dalšího iktu.
- Vysvětlí pacientovi rizika při nedodržování životního stylu.
- Pouč pacientku ve spolupráci s fyzioterapeutem a logopedkou o dalším cvičení.
- Snaž se pacientku motivovat a aktivně podporovat.
- Zajisti během edukace přítomnost rodiny.

## **7 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Pacientka byla přijata na neurologickou kliniku s ischemickou CMP. Během hospitalizace na IJ došlo ke zhoršení zdravotního stavu a po následné úspěšné intervenční terapii mohla být pacientka přeložena na standardní oddělení.

Na standardním oddělení pacientka velmi dobře spolupracovala a aktivně se podílela na zlepšování jejího zdravotního stavu.

Ve spolupráci všech složek ošetrovatelského týmu ( fyzioterapie, logopedie, nutriční terapeut) došlo k postupné úpravě a následnému zlepšení zdravotního stavu tak, že mohla být pacientka propuštěna do domácího léčení.

Pacientka a její rodina byla edukována o nutnosti změny životního stylu, o možnostech lázeňské léčby a byla informována o klubech sdružující pacienty po CMP a jejich rodiny.

Pacientce byla doporučena následná fyzioterapie a logopedická rehabilitace.

## ZÁVĚR

Pacienti po cévní mozkové příhodě se musí znovu postavit na nohy, a to nejen fyzicky, ale i psychicky a sociálně. CMP postihuje převážně seniory, kteří jsou mnohdy již ve starobním důchodu, ale to neznamená, že je trvalé následky a potřeba další péče nemohou ekonomicky vyčerpat. Domácí péče, pokračující rehabilitace, logopedie, úpravy domácnosti, to vše je nákladné jak pro seniory a jejich rodiny, tak pro nemocné v produktivním věku, kdy mohou být i nadlouho vyřazeni z pracovního procesu. Po CMP se dá žít dobře, i když to chce mnohdy účast a pomoc celé rodiny. Někdy dá příhoda lidem impuls k úpravě životosprávy a změně životního stylu.

Ačkoli lékař a sestra podávají pacientům plnohodnotné informace o životním stylu, měla by být informována i široká veřejnost o možnostech jak předcházet tomuto onemocnění. Protože toto onemocnění dnes postihuje už i mladší občany, a ne vždy bohužel zůstává bez následků.

Měly by být vytvořeny jasné návody ke změnám životního stylu, které budou veřejnosti stále na očích, aby se ztotožnili se zdravou životosprávou, a tato se pro ně stala samozřejmostí. Základem by mělo být přestat kouřit, vyvarovat se stresu, zdravě jíst a být fyzicky aktivní.

Dnes máme obrovské možnosti k získávání informací – internet, periodika, časopisy, rozhlas a televize jsou dobrými pomocníky, a měli bychom jim naslouchat.

## Seznam literatury

1. AMBLER, Z., Neurologie pro studenty lékařské fakulty, Praha, Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0080-3
2. AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E., a kol. Klinická neurologie. Praha, Triton, 2004. ISBN 80-7254-556-6
3. BERLIT, P., Memorix neurologie, Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3
4. ČERNOCH, Z., a spol., Neuroradiologie, Hradec Králové, Nucleus HK, 2000. ISBN 80-901753-9-2
5. IVANOVÁ, I., JUŘIČKOVÁ, K. Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením : Olomouc : LF Univerzity Palackého v Olomouci, 2005, ISBN: 80-244-0992-5
6. KALINA, M., Akutní neurologie, Praha, Triton, 2000. ISBN 80-7254-100-5
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., Ošetrovatelstvo, Martin, Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
8. MAREČKOVÁ, J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Praha, Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3
9. MUMENTHALER, M., MATTLE, H., Neurologie, Praha, Grada, 2001. ISBN 80-7169-545-9
10. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. , et al. Neurologie, Praha, Galén, 2005. ISBN 80-7262-160-2
11. SEIDL, Z., OBENBERGER, J., Neurologie pro studium i praxi, Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7
12. TICHÝ, J., a kolektiv. Neurologie, Praha, Karolinum, 1997. 382-174-97
13. VOTAVA, J. a kolektiv Základy rehabilitace : Praha : Karolinum, 1997, S II 833 339
14. WASSERBAUER, S. Výchova ke zdraví : Jihlava, SZÚ, 2003, ISBN 80-7071-172-8

## Internetové odkazy

WIKIPEDIE OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIIE [online]. [cit. 2006-03-16]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org>

Zentiva a.s. Cévní mozková příhoda [online]. Zentiva a.s, 2008 [cit. 2009-01-11]. Dostupný z www: <https://www.zdravcentra.cz> ISSN: 1214-32.

Český statistický úřad [online]. Praha : ČSÚ, 2007 , 12.2.2009 [ 2009-02-12]. Dostupný z www: <http://www.czso.cz/csu/>

Časopis Pharma news Praha [online]. Dostupný na www: [www.pharmanews.cz/2005\\_06/cevni.htm](http://www.pharmanews.cz/2005_06/cevni.htm)

ÚSZS SK Záchraná služba Příbram (c) , [online]. dostupný na www. [www.zzs.cz/odbtem/cmp.htm](http://www.zzs.cz/odbtem/cmp.htm)

[www.mediclub.cz/club/mp](http://www.mediclub.cz/club/mp), ISSN 1213-340X

## **Seznam příloh**

Příloha č.1 Seznam tabulek

Příloha č.2 Seznam zkratk

## **Příloha č. 1 - Seznam tabulek**

Tabulka 1: Laboratoř 1.....	22
Tabulka 2: Laboratoř 2.....	23
Tabulka 3: Laboratoř 3.....	23
Tabulka 4: Barthelové test všedních denních činností.....	57
Tabulka 5: Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové).....	59



Tabulka č.4 - Barthelové test všedních denních činností

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	hodnocení při přijetí	při propuštění
1. Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10	0	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10	5	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
3. Koupání	samostatně bez pomoci	10	5	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
4. Osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10	5	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
5. Kontinence moči	samostatně bez pomoci	10	0	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
6. Kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10	5	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
8. Přesun na lůžko/ židli	samostatně bez pomoci	10	5	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
9. Chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10	0	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	0	10
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Celkové hodnocení			35	100

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý

Vyšetření provedl (a): Primární sestra

Tabulka č.5 - Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové)

Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																	
Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	dobry	4	úplná	4	není	4	chodí	4
Malá	3	do 30	3	alergie	3		3	horší	3	apatie	3	částečně omezená	3	občas	3	s doprovodem	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	Hypertenze, hypotyreoz a	2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1		1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	leží	1
Dne:	....21..... (součet bodů)					Dne:	..... (součet bodů)					Dne:	..... (součet bodů)				

Při přijetí na standardní oddělení je součet dle Northonové 21 bodů

## **Příloha č.2 Seznam zkratk:**

ACA	arteria cerebri anterior
ACC	arteria cerebri comunis
ACI	arteria cerebri interior
ACM	arteria cerebri media
AMP	ampule
CMP	mozková příhoda
CT	výpočetní tomografie
DI	dokončený iktus
DK	dolní končetiny
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
I.V.	intravenózní
ICMP	ischemická cévní mozková příhoda
ICHS	ischemická choroba srdeční
IJ	iktová jednotka
INJ	injekce
INR, APTT	koagulační vyšetření
JIP	jednotka intenzivní péče
KO+ DIFF	krevní obraz a diferenciální výpočet
Mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
MRA	magnetická rezonance s angiografií
PI	progredující iktus
RIND	reversibilní ischemický neurologický deficit
RTG	rentgenový snímek
TBL	tablety
TEE	jícnové echo
TIA	transitorní ischemická ataka
TTE	transtorakální echo
USG	ultrasonografie

## Errata