

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o. p. s.

PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NEURALGIÍ
TRIGEMINU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTINA ŠAFRÁNKOVÁ

2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NEURALGIÍ
TRIGEMINU

Bakalářská práce

KRISTINA ŠAFRÁNKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o. p. s.
PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Jan Klener

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

Šafránková Kristina. Ošetrovatelská péče o pacienta s neuralgií trigeminu. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: MUDr. Jan Klener.

Hlavním tématem bakalářské práce je princip předoperační péče o výrazně bolestivého pacienta, trpícího neuralgií trigeminu, onemocněním bezpochyby jedním z nejbolestivějších vůbec. V teoretické části se zabývám podrobnějším rozbohem diagnózy neuralgie trigeminu a její terapií, zejména neurochirurgickou operací, tzv. mikrovaskulární dekomprese. V praktické části práce se zaměřuji na konkrétního pacienta a komplexní ošetrovatelskou péči, zaměřenou především na bolest a důležitost psychické podpory v případech, kdy běžná (i silná) analgetika mají minimální efekt.

Klíčová slova: **neuralgie trigeminu – mikrovaskulární dekomprese – psychická podpora**

Abstract

Šafránková Kristina. Nursing care of the patient with trigeminal neuralgia. Prague 2009. Bachelor's work, Medical university – General nurse bachelor, Trainer: Jan Klener, MD

Main topic of this bachelor's work is the principle of preoperative care for the most painful patient suffered from trigeminal neuralgia, surely the most painful disease at all. Theoretical part of my bachelor's work is devoted to diagnosis of trigeminal neuralgia itself and its therapy, especially neurosurgical procedure like microvascular decompression. Practical part of my bachelor's work is focused on specific patient, covering general nursing care that's mostly concentrated on pain and psychological support in cases, when common painkillers has minimal clinical effect.

Key words: **trigeminal neuralgia – microvascular decompression – psychological support**

Předmluva

Neuralgie trigeminu je jednou z nejintenzivnějších a nejvíce nemocného psychicky destruuujících bolestí, s jakou se lze setkat. Znalosti laické a často i široké odborné veřejnosti o této nemoci jsou však vzhledem k její závažnosti již poměrně chudé.

Tato práce vznikla s cílem seznámit co možná nejširší okruh zdravotnického personálu s nejnovějšími poznatky o diagnostice a terapii neuralgie trigeminu, současně i ošetrovatelských postupů u tak bolestivého onemocnění, kde běžně používaná analgetika zůstávají bez efektu a kde výraznou úlevu a velmi často úplné vymizení obtíží přináší až neurochirurgická operace. Ve své praxi jsem se měla možnost setkat s několika pacienty trpících touto nemocí. Pokud v této práci naleznete odpovědi, díky kterým se třeba i jeden jediný pacient zbaví bolesti, pak splní svůj záměr.

Podkladem pro napsání této práce se staly zejména časopisecké prameny, které nejlépe vystihují neustálý vývoj v rámci diagnosticko-terapeutických postupů při léčbě neuralgií trigeminu.

Práce by vzhledem ke svému odbornému charakteru nemohla vzniknout bez podpory mých recenzentů, MUDr. Jana Klenera, MUDr. Kataríny Urbánkové a PhDr. Hany Belejové, kterým bych chtěla touto cestou velice poděkovat.

Obsah

Úvod.....	7
I teoretická část práce	
1 anatomie a patologie trojklaného nervu.....	8
2 definice.....	9
3 klinický obraz.....	9
3.1 typická neuralgie trigeminu.....	9
3.2 sekundární neuralgie trigeminu.....	10
3.3 atypická neuralgie trigeminu.....	10
4 patogeneze.....	10
5 diagnóza.....	11
6 terapie.....	11
6.1 mikrovaskulární dekomprese.....	11
6.2 farmakoterapie.....	12
6.3 punkční metody.....	13
6.4 radiochirurgie.....	13
7 neuralgie trigeminu a nemocní s roztroušenou sklerózou.....	14
8 diferenciální diagnóza, jiné typy obličejových bolestí.....	14
8.1 neuropatická bolest.....	14
8.2 atypická obličejová bolest.....	14
8.3 sekundární bolesti.....	15
9 alternativní metody.....	15
II praktická část práce	
2 ošetrovatelský proces.....	16
3 edukace.....	18
4 ošetrovatelská péče u pacienta s neuralgií trigeminu.....	19
4.1 první fáze – posuzování.....	19
4.2 druhá fáze – diagnostika.....	32
4.3 třetí, čtvrtá, pátá fáze – plánování, realizace, hodnocení.....	33
4.4 celkové hodnocení ošetrovatelské péče.....	39
5 závěr.....	40

III seznam použité literatury.....	41
IV přílohy.....	42
tabulka A.....	43
tabulka B.....	43
tabulka C.....	44
obrázek č. 1.....	45
obrázek č. 2.....	46
obrázek č. 3.....	47
obrázek č. 4.....	48
obrázek č. 5.....	49
obrázek č. 6.....	50

Předmluva

Neuralgie trigeminu je jednou z nejintenzivnějších a nejvíce nemocného psychicky destruuujících bolestí s jakou se lze setkat. Znalosti laické a často i široké odborné veřejnosti o této nemoci jsou však vzhledem k její závažnosti již poměrně chudé.

Tato práce vznikla s cílem seznámit co možná nejširší okruh zdravotnického personálu s nejnovějšími poznatky o diagnostice a terapii neuralgie trigeminu, současně i ošetřovatelských postupů u tak bolestivého onemocnění, kde běžně používaná analgetika zůstávají bez efektu a kde výraznou úlevu a velmi často úplné vymizení obtíží přináší až neurochirurgická operace. Ve své praxi jsem se měla možnost setkat s několika pacienty trpících touto nemocí. Pokud v této práci naleznete odpovědi, díky kterým se třeba i jeden jediný pacient zbaví bolesti, pak splní svůj záměr.

Podkladem pro napsání této práce se staly zejména časopisecké prameny, které nejlépe vystihují neustálý vývoj v rámci diagnosticko-terapeutických postupů při léčbě neuralgií trigeminu.

Práce by vzhledem ke svému odbornému charakteru nemohla vzniknout bez podpory mých recenzentů, MUDr. Jana Klenera, MUDr. Kataríny Urbánkové a PhDr. Hany Belejové, kterým bych chtěla touto cestou velice poděkovat.

„ život bez bolesti, život s radostí“

Úvod

Neuralgie trigeminu patří jednoznačně mezi jedno z nejvíce bolestivých onemocnění. U nemocných takto trpících je dokonce mnohem častější výskyt sebevražedných tendencí. V této práci naleznete odpovědi na otázky proč tomu tak je, co je to vlastně za nemoc a proč se s ní nedá dlouhodobě žít.

Každý, kdo se daným fenoménem zabývá, se jistě setkal s postiženým a trpícím pacientem přibližně následujícího popisu. Rozechvělá postavička zhroucená na židli čekající na svůj ortel, většinou bez zubů které si nechala vytrhat, vyhublá pro nemožnost se dostatečně najíst, vysušená nedostatkem tekutin, kterých se nelze napít, bledá, protože dlouho nevyšla ven, aby neucítila bolestivý závan větru, strnulá a nemluvící ze strachu z další ataky bolestí. Popis je v ženském rodě, avšak onemocnění se nevyhýbá ani mužům. Ano, i takto „katastroficky“ může vypadat pacient s **nejdéle** známou neuralgií. Protože obecné povědomí o této nemoci je mnohdy nedostačující a někdy nesprávné, považovala jsem za vhodné obeznámit širokou veřejnost s nejnovějšími fakty o této nemoci v rámci její diagnostiky a terapie. Seznámení s tímto onemocněním u konkrétního pacienta je uvedeno a rozebráno v praktické části práce.

První část práce vysvětluje projevy a příčinu onemocnění, vhodné diagnostické metody a zejména možnosti terapie, kde jedinou kauzální léčbou dosud zůstává neurochirurgická operace – mikrovaskulární dekomprese, které je proto věnována patřičná pozornost.

Druhá část práce obsahuje anamnestické údaje a kompletní rozbor ošetřovatelské péče, stanovené ošetřovatelské diagnózy a vytyčené cíle, kterých chceme dosáhnout. Dále ošetřovatelské postupy v předoperačním období, zaměření se na pacienta ve všech jeho bio-psycho-sociálních potřebách a na důležitost individuálního přístupu. Velmi důležitou roli zde hraje správný psychologický přístup k pacientovi. Zejména vhodně vedený rozhovor je nezdídkou prakticky jedinou možností, jak alespoň částečně pozitivně ovlivnit pacientovo utrpení. Můžeme jím taktéž docílit navození příjemné atmosféry v jinak neveselém nemocničním zařízení a tím pomoci vytvořit optimální vztah sestra-pacient a přispět tak v konečném výsledku ke zdárnému průběhu léčení.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie a patologie trojklaného nervu (viz. příloha – obr.1)

Nervus trigeminus (trojklaný nerv) má 3 hlavní senzitivní větve, které zabezpečují senzitivní inervaci obličeje, sliznic (nosní a ústní – horní patro), oka a přední část skalpu a označují se jako n.V/1, V/2 a V/3 – nervus ophthalmicus, maxillaris a mandibularis. Vstupují do ganglion semilunare (Gasseri), uložené na horní ploše pyramidy kosti skalní. Axony, tvořící senzitivní kořen (portio maior) vstupují do pontu a končí v senzitivním jádru nukleus terminalis nervi trigemini. V hlavním senzitivním jádru v pontu končí především vlákna pro citlivost taktilní, ale i tlak, vibraci a propiocepci. Vlákna pro citlivost algickou a termickou sestupují dolů jako radix descendens (tractus spinalis), který zasahuje až do horních krčních segmentů. Z jader začínají vlákna druhého neuronu, která přecházejí na kontralaterální stranu (lemniscus trigeminalis), kříží se ve střední čáře kmene a připojují se k lemniscus medialis, se kterými jdou do talamu.

Motorická vlákna začínají v motorickém jádru v pontu, odtud vystupují jako tenký motorický kořen (portio minor) a připojují se ke 3. větvi – nervus mandibularis. Inervují žvýkácké svaly (masseter, temporalis, pterygoideus medialis a lateralis). Několikamilimetrový úsek nervu těsně po výstupu z mozkového kmene, ve kterém přechází centrální myelinové pochvy na periferní, se nazývá přechodná (DREZ) zóna nervu. Jedná se o mimořádně vulnerabilní oblast, která hraje významnou roli v patofysiologii neuralgie.

Senzorická vlákna zajišťují chuť v předních 2/3 jazyka, připojují se k nervus lingualis (větve n. mandibularis), od kterého se po krátkém průběhu oddělují a jdou v chorda tympani k nervus facialis.

Při lézi trigeminu vznikají příznaky podle typu postižených vláken. Při postižení senzitivních vláken vznikají poruchy cití (hlubokého i povrchového), mohou být

i disociované. Pro periferní postižení je charakteristická distribuce poruch podle senzitivní inervace jednotlivých větví. Při postižení první větve je porušena citlivost rohovky, reflex korneální se snižuje nebo úplně vyhasíná. Při centrální nukleární nebo lemniskální lézi

má topografie poruch čítí charakter koncentrických kruhů kolem ústního koutku a nosu. Příznaky mohou být pozitivní i negativní.

Při postižení motorických vláken vzniká paréza žvýkacích svalů, při jednostranném postižení se dolní čelist při otevírání úst uchyluje na stranu léze, při oboustranné lézi je značně oslabeno žvýkání a někdy je i patrný pokles dolní čelisti v klidu. Je snížený maseterový reflex a vznikají atrofie žvýkacího svalstva. Při iritační lézi vzniká spasmus (kontraktura) žvýkacích svalů – trismus, který bývá nejčastěji reflexního dentálního původu, ale vyskytuje se také u tetanu.

2 Definice

Termín „neuralgie“ se používá pro bolest v distribuční zóně senzitivního nervu a mívá charakteristický typ bolesti. Klasický příklad je neuralgie trigeminu, nejdéle známá neuralgie.

3 Klinický obraz

Klasifikace neuralgie trigeminu není v české ani zahraniční literatuře zcela jednotná. Zde předkládáme jednu z možných klasifikací.

3.1 Esenciální neuralgie trigeminu (primární či typická)

Je představována záchvatovitou bolestí, která má charakter šlehu bolesti. Typická je přítomnost *spouštěcí zóny* (trigger zone), kdy se bolest spouští nejčastěji chladem, mluvením, žvýkáním či dotykem. Mezi jednotlivými záchvaty není žádná bolest, záchvaty však mohou přicházet v dlouhých sériích (status neuralgicus). Nevyskytuje se žádná porucha funkcí nervu např. hypostézie a v oblasti inervované trigeminem nenalzáme nic patologického. Ložiskový neurologický nález je negativní. Převážně je postižena 2. a 3. větev nervu, vzácněji i větev 1. Ve většině případů jde o bolest jednostrannou, častěji vpravo. Maximum výskytu obtíží je udáváno u pacientů v 6. deceniu. Roční incidence je 4/100.000 obyvatel. Objevuje se v preferenčních obdobích (jaro a léto). Za diagnosticko-terapeutický test podporující diagnózu neuralgie se považuje *efekt carbamazepinu*, pokud záchvaty (alespoň zpočátku) jednoznačně potlačoval. Záchvat bývá doprovázen bolestivou grimasou (*tic doloureux*).

3.2 Sekundární neuralgie

Za sekundární neuralgii se označuje neuralgie s typickými příznaky pokud provází zjištělý patologický proces v zadní jámě lební (obvykle nádory). Je však vzhledem k relativně častým tumorům v této lokalizaci vzácná.

3.3 Atypická neuralgie trigeminu

Atypická neuralgie trigeminu je charakteristická stálou neparoxysmální bolestí neuropatického typu. Může být primární, ale častější je sekundární výskyt jako následek poranění nebo iatrogenní příčiny.

4 Patogeneze

Bolest – zcela obecně – je pro organismus signálem o poškození tkání v příslušné inervační oblasti. Neuralgie trigeminu však nevzniká jako důsledek patologického procesu v jeho inervační oblasti, ale jako porucha na systému signalizace bolesti. Dosud nejpříjemnější patofyziologické vysvětlení vzniku neuralgie podal Moller, který ji považuje za důsledek dvou současně (spolu) působících příčin. Jsou to:

Chronická komprese centrálního segmentu kořene trigeminu nejčastěji tepnou, která způsobí segmentální demyelinizaci a poruchu přenosu vzruchu mezi axony. Zde se uplatňuje tzv. kinking fenomén, který se rovněž vyskytuje u epilepsie.

Porucha inhibičních mechanismů v centrálních strukturách trigeminové dráhy, jejichž podstata zůstává nejasná.

I přes nejasnosti v patofyziologii neuralgie trigeminu je jisté, že významnou roli při jejím vzniku hraje nejčastěji arteriální komprese tzv. přechodné zóny trigeminu těsně u mozkového kmene - tzv. *neurovaskulární konflikt* (viz. příloha – obr.2). To znamená, že nerv je v těsném kontaktu s cévou, která jej svou pulsací irituje. Kompresi však může způsobit i žíla nebo arachnoidální adheze. Odstraněním komprese operační technikou, tzv. mikrovaskulární dekompresí, dochází k vymizení nebo alespoň ke zmírnění neuralgických obtíží. Výše

popsaným způsobem je tedy ovlivňována první (spolu) působící příčina. Farmakoterapie (zejména karbamazepin) se snaží ovlivňovat jak mechanismus kinkingu, tak druhou příčinu, tj. poruchu inhibičních mechanismů.

5 Diagnóza

Diagnózu neuralgie trigeminu stanovujeme klinicky podle subjektivních údajů nemocného, které je třeba upřesňovat cílenými dotazy. Jediným objektivnějším vodítkem je zmíněný efekt karbamazepinu, i kdyby byl jen přechodný.

Neurovaskulární konflikt zobrazuje vyšetření magnetickou rezonancí (MR), je však třeba použít speciální sekvence (CISS, 3D gradient echo). Svou povahou se však prozatím jedná o vyšetření ilustrativní, nikoli diagnostické. Existují i další metody a s pokrokem MR technologií poroste i spolehlivost vyšetření. Dosud se však nepovažuje za kontraindikaci mikrovaskulární dekomprese negativní MR nález. Důvodem je skutečnost, že ve většině případů se komprese kořenu při výkonu u typických neuralgických bolestí najde.

I bez speciálních technik zaměřených na neurovaskulární konflikt je však vyšetření magnetickou rezonancí nutné vždy. Je třeba vyloučit organickou příčinu, zejména nádor v blízkosti nervu a zobrazení v T2 vážených řezech vyloučí demyelinizační onemocnění, které samo o sobě též může způsobit neuralgii (viz níže).

6 Terapie, dnes užívané léčebné metody

6.1 Mikrovaskulární dekomprese

Mikrovaskulární dekomprese je mikrochirurgická operace v mostomozečkovém koutu, jejímž cílem je oddálit komprimující cévu od kořene trigeminu a zajistit ji v nové poloze. Je metodou volby u mladších lidí s esenciální neuralgií s pravděpodobným neurovaskulárním konfliktem. V 200-leté historii chirurgické léčby neuralgie trigeminu je prvním a dosud jediným výkonem, který působí alespoň z části kauzálně.

U většiny nemocných vede k vymizení nebo zmírnění neuralgie. Tato metoda přináší úlevu

u více než $\frac{3}{4}$ operovaných! Jakožto intrakraniální operace s nutností celkové anestezie je určitou zátěží pro pacienta a tím je taktéž limitován výběr nemocných. U jinak zdravých osob je však velmi dobře tolerována a ve světě je dnes často indikována jako první invazivní výkon po selhání farmakoterapie. Na rozdíl od většiny jiných metod nepoškozuje trigeminus a nezanechává poruchu čítí. U nemocných, kde není mikrovaskulární dekomprese vhodná nebo po ní nedošlo k úlevě, může být indikována jiná chirurgická metoda (viz níže). Naopak nemocní, u kterých byly punkční metody neúspěšné, mohou mít úlevu po mikrovaskulární dekompresi.

Operační technika – Mikrovaskulární dekomprese

Mikrovaskulární dekomprese se provádí v celkové anestézii, v poloze vleže na zádech s vypodloženým ramenem a vyrotovanou hlavou. Malá subokcipitální retromastoidální kraniotomie zasahuje k přechodu sinus transversus v sinus sigmoideus. Podél něj je pak otevřena tvrdá plena. Poté, již za kontroly operačního mikroskopu se mikrochirurgickou technikou reviduje tzv. přechodná zóna kořene trigeminu přímo u pontu, komprimující artérie je oddělena od nervu teflonovou plstí. Ta však může zůstat v kontaktu s kořenem. Proto se často za příznivých anatomických poměrů preferuje odtažení tepny od nervu smyčkou z teflonu, která se následně přilepí či přišije k duře pyramidy či tentoriu tak, aby nezůstalo s kořenem trigeminu v kontaktu nic. V případě nálezu žilní komprese je buďto taktéž odtažena nebo je koagulována a resekována. Jsou-li zjištěny arachnoidální adheze, je kořen uvolněn ostrou preparací. Uzávěr rány je již standardním postupem. Výkon trvá přibližně 1,5 hodiny.

V pooperačním průběhu nemocný od dalšího dne chodí, po zhojení rány je propuštěn domů. Po dobu 4-6 týdnů pokračuje v antineuralgické medikaci, dávka se postupně snižuje na poloviční oproti předoperační, poté se léky vysazují úplně.

6.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie působí jak na tzv. kinking, tak druhou (spolu) příčinu neuralgie – poruchu inhibice. Proto jsou úspěšná některá antiepileptika. Skutečně účinná farmakoterapie neuralgie se objevila až zavedením karbamazepinu, později se začaly uplatňovat (avšak s menším efektem) fenytoin, baclofen a nově pak gabapentin. Žádná z těchto látek se však

svým efektem nevyrovná karbamazepinu. Nesnášenlivost antineuralgik může být jedním z důvodů indikace mikrovaskulární dekomprese.

6.3 Punkční metody

Punkční metody jsou indikovány po selhání farmakoterapie a tehdy, je-li kontraindikována mikrovaskulární dekomprese nejčastěji z důvodu neúnosných rizik celkové anestézie pro pacienta. Punkční metody mají společný operační přístup do intrakrania přes foramen ovale do oblasti ganglion Gasseri. Provádí se **retrogasserská termolýza** – termokoagulace v kořeni trigeminu, která ne zcela selektivně vyřazuje vlákna pro bolest. **Glycerolová radikulolýza** – neurotoxické poškození kořene nebo **balonková komprese** – krátkodobá ischemizace ganglia a kořene. Jejich výhodou je malá zátěž nemocného výkonem v neuroleptanalgézi, nevýhodou je určité – byť minimální – poškození cití, se kterým se efekt léčby sdružuje a nevelké, ale závažné riziko vzniku necitivosti spojené s neřešitelnou bolestí (tzv. anestezia dolorosa). Dlouhodobá úspěšnost punkčních metod se pohybuje kolem 80%.

6.4 Radiochirurgie

Ozáření kořene trigeminu gama nožem je další léčebnou metodou s obdobnou úspěšností a minimálními riziky . Nejedná se o kausální metodu , může však ovlivnit příznivě i jiné typy neuralgie než esenciální.

Punkční metody i metody radiochirurgie mají společný rys, kterým je jistý stupeň destrukce nervu s následnou poruchou cití a u některých i s rizikem neuroparalytické keratitidy. Všechny mají charakter symptomatické léčby, protože neatakují žádný ze známých mechanismů vzniku neuralgie. Dalším společným rysem je jejich zaměření na kořen trigeminu (tedy úsek mezi ganglion Gasseri a pontem), protože právě v kořeni se odehrávají podstatné patologické změny. Výkony na periférii trigeminu (alkoholizace, exairézy) jsou dnes již zcela odmítány, protože nemají logické opodstatnění, zanechávají hrubé poruchy funkcí trigeminu, jejich efekt není trvalý a může se vytvořit těžko ovlivnitelný centrální algický syndrom (anestezia dolorosa).

7 Neuralgie trigeminu a nemocní s roztroušenou sklerózou

K poruše myelinu v kořeni a vzniku neuralgie může dojít také demyelinizačním onemocněním – pak je bolest velmi obdobná esenciální neuralgii. Svědčí pro to výskyt neuralgií (2%) u nemocných postižených roztroušenou sklerózou. Z nemocných postižených vzácnou oboustrannou neuralgií jich 18% má roztroušenou sklerózu. Z tohoto statistického faktu je zřejmé, že revidovat kořen trigeminu v zadní jámě s cílem provést mikrovaskulární dekompresi u nemocného s roztroušenou sklerózou je nelogické, protože jeho demyelinizaci nejspíš nezpůsobila cévní komprese. U roztroušené sklerózy může neuralgie vzniknout i demyelinizací trigeminových struktur v pontu. Za adekvátní léčbu proto považujeme některou z punkčních metod nebo ozáření kořene gama nožem.

8 Diferenciální diagnóza, jiné typy obličejových bolestí

Je nutné zdůraznit, že výsledky všech chirurgických metod léčby neuralgie trigeminu v první řadě závisí na správné diagnóze obličejové bolesti. Metody účinné v léčbě neuralgie jsou neúspěšné u jiných druhů obličejové bolesti a stav mohou i zhoršit! Nemá-li algický syndrom atributy typické neuralgie trigeminu tak, jak byly popsány v úvodu této práce, jde o jiný typ obličejové bolesti, například:

8.1 Neuropatická bolest

Neuropatická bolest z poškození nervu, je provázená poruchou funkce – cítí. Příčinou může být diabetes mellitus, mechanické či chemické poškození, viry. Patří sem i tzv. *herpetická neuralgie*, jejíž název je historický a zavádějící. Jedná se o stálou pálivou bolest, která nemá charakter neuralgických záchvatů a nezapadá tak do současných znalostí patofyziologie neuralgie.

8.2 Atypická obličejová bolest

Atypická obličejová bolest - idiopatická, nezáchvatovitá – stálého typu, jedná se o tupou bolest s iradiací i mimo trigeminovou oblast, postihuje téměř výhradně ženy.

8.3 Sekundární bolesti

Sekundární bolesti při patologických procesech v oblasti inervace trigeminem (bolest je zde fyziologickou signalizací patologického procesu, je nesprávné označovat ji za sekundární neuralgií).

9 Alternativní metody

V oblasti alternativních metod zatím neexistuje takové množství zkušeností, abychom mohli mluvit o eventuálním efektu některé z metod, ale považujeme za důležité se zde o nich alespoň zmínit. Patří sem zejména akupunktura, biofeedback, vitamínová terapie, nutriční terapie nebo elektrická stimulace nervu.

II PRAKTICKÁ ČÁST

2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický, problémy řešící a problémům předcházející přístup k ošetřovatelství, který akceptuje práva pacienta na individuální ošetřovatelskou péči, možnost rozhodování a účasti na ošetřovatelské péči.

Ošetřovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Je všeobecně použitelný, má holistický přístup, zaměřený na veškeré potřeby nemocného pacienta. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, jeho ošetřovatelské problémy, stanovit plán péče, realizovat a zhodnotit dosažení stanovených cílů.

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází, které poskytují organizační strukturu práce sestry, potřebnou pro dosažení cílů. Každou fází je třeba neustále přizpůsobovat změněné situaci, protože zdraví člověka a jeho aktuální potřeby se neustále mění. Všechny fáze ošetřovatelského procesu spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Základem ošetřovatelského procesu je interakce mezi sestrou a pacientem.

První fáze ošetřovatelského procesu – posuzování

Ošetřovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta je považováno za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností, kterou se sestry naučí tím, že ji vedle adekvátního zvládnutí teoretických poznatků opakovaně provádějí. Posuzování zahrnuje sběr informací, ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu nemocného pacienta. Týká se informací o tělesných, emocionálních, kulturních, intelektových a spirituálních aspektech, které je možné získat z různých zdrojů. Všechny získané informace a údaje je nutné zaznamenávat věcně, bez interpretace.

Druhá fáze ošetřovatelského procesu – diagnostika

Ošetřovatelská diagnostika je proces, který vede k diagnostickému závěru – ošetřovatelské diagnóze. Ošetřovatelská diagnóza je závěr o aktuálním nebo potencionálním narušení zdravotního stavu pacienta. Aktuální ošetřovatelská diagnóza je problém, který existuje v současnosti. Potencionální ošetřovatelská diagnóza spočívá v rizikových faktorech, které

mohou u pacienta vyvolat další aktuální ošetrovatelské problémy. Při diagnostice sestra zodpovídá za stanovené ošetrovatelské diagnózy.

Třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování

Podstatou třetí fáze ošetrovatelského procesu je formulace cíle, stanovení upřesňujících výsledných kritérií a zápis plánu sesterských intervencí, pomocí kterých chceme dosáhnout stanoveného cíle. Plánování zahrnuje sérii činností, ve kterých si sestra a pacient stanoví priority a zaznamenávají cíle, kterých chtějí dosáhnout. Plán je písemně zaznamenán a ponechán k dispozici všem členům ošetrovatelského týmu.

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu – realizace

Cílem realizace je vykonání plánovaných ošetrovatelských činností za účelem pomoci pacientovi dosáhnout stanoveného cíle. Při realizaci ošetrovatelské péče se sestry řídí standardy zařízení, metodickými a závaznými pokyny, průvodci, návody a jinými předpisy.

Pátá fáze ošetrovatelského procesu – hodnocení

V této fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje, zda u svěřeného pacienta dosáhla stanovených očekávaných výsledků a do jaké míry, zda má plán péče a jednotlivé ošetrovatelské intervence revidovat nebo změnit. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích.

3 Edukace

Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je správná edukace nemocného pacienta. Význam působení na pacienta, v němž zdravotnický pracovník pacienty učí a informuje o jejich nemocech a způsobu jejich léčby, vyplývá z následujících důvodů:

Pacient má ze zákona právo na tolik informací, aby se mohl svobodně pro léčbu rozhodnout a ztotožnit se s jejím průběhem a cílem.

U pacientů, kteří jsou dokonale informováni o svém onemocnění, lze předpokládat vyšší zájem o vlastní zdravotní stav a větší ochotu ke spolupráci při léčbě. Tím, že pacienta poučíme, jej zároveň uklidníme a omezíme jeho obavy.

U dobře informovaného pacienta lze očekávat větší spolehlivost při dodržování léčebného režimu.

Na procesu edukace pacienta se může podílet větší okruh osob. Jsou to především lékaři, kteří poskytují převážně odborné informace. Dále zdravotní sestra. Může mít pro pacienta více času než lékař a podává spíše informace o způsobu ošetrovatelské péče, vyšetřeních a přípravě na vyšetření, působí na pacientův psychický stav a podporuje jeho samostatnost. Působit na pacienta mohou také ostatní pracovníci (v přijímací kanceláři, kartotéce...), neboť bývají první či poslední ve styku s pacienty, mají na starosti informační materiály sloužící k výchově pacienta a mohou zřizovat nebo obměňovat výstavky informačních a výchovných materiálů v čekárně a v ordinaci. Má-li být edukace pacienta úspěšná, musí být vyjádřena přístupnou formou, **jednoduše, citlivě** a pokud možno **opakovaně**.

Jednoduchostí se míní komunikace na takové úrovni, aby jí pacient bez problémů rozuměl.

Opakování je nutné při každé formě výchovného působení. Nejlépe jsou zapamatovatelné informace, které byly sděleny na začátku rozhovoru, a ty, které byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem.

Citlivost v odhadu pacientova emocionálního stavu, jeho celkové duševní úrovně a informovanosti může podstatně zvýšit pravděpodobnost, že pacient sdělení pochopí a vstoupí si ho dobře do paměti.

Mezi nejdůležitější kroky edukačního procesu patří zhodnocení informovanosti pacienta, vysvětlení problému a návrh jeho řešení, sledování emocionálních reakcí a ověření si, zda pacient porozuměl. Nejlépe je požádat ho, aby svými slovy shrnul přijaté informace.

K edukaci lze použít různé materiály. Ideální materiál by měl být souhrnný, všem přístupný, pacient by mu měl rozumět a měl by doplňovat nebo shrnovat ústně podané informace.

4 Ošetrovatelská péče o pacienta s neuralgií trigeminu

4.1 První fáze ošetrovatelského procesu – posuzování

Tabulka 1 identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení : B.J.	Pohlaví : muž
Datum narození : 27. 1. 1957	Věk : 52 let
Adresa bydliště a telefon : okres Louny	
Adresa příbuzných : dtto	
RČ :	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : SŠ s maturitou	Zaměstnání : vedoucí dopravy
Stav : ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 2. 2. 2009	Typ přijetí : plánovaná hospitalizace
Oddělení : neurochirurgie	Ošetřující lékař :

Důvod přijetí udávaný pacientem :

Pacient přichází k operaci pro dlouhodobé bolesti trojklaného nervu.

Medicínská diagnóza hlavní :

esenciální neuralgie trigeminu 1-3 větve vpravo

Medicínské diagnózy vedlejší :

nikotinismus

Tabulka 2 vitální funkce při přijetí pacienta

TK : 132/80	Výška : 172 cm
P : 72/min	Hmotnost : 74 kg
D : 14/min	BMI : 25
TT : 36,4 °C	Pohyblivost : chodící
Stav vědomí : při vědomí, orientován	Krevní skupina : O Rh+

Nynější onemocnění :

52 letý pacient přichází pro 5 let trvající typické neuralgické bolesti ve všech větvích trojklaného nervu vpravo. Bolesti záchvatovitého charakteru, šlehavé, s triggering efektem. Čítí bez poruch. Iniciální reakce na gabapentin. Dle magnetické rezonance neurovaskulární konflikt vpravo. V plánu mikrovaskulární dekomprese.

Informační zdroje :

Pacient, ambulantní lékařská zpráva, lékařská dokumentace, ošetřovatelská dokumentace, personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza :

Matka : 79 let, diabetes mellitus II. typu na dietě

Otec : 81 let, hypertenze

Sourozenci : sestra, zdráva

Děti : 2 chlapci, 20 a 23 let, oba zdraví

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění :

Běžná dětská onemocnění, v r.2006 levostranná pleuropneumonie.

Hospitalizace a operace : O

Úrazy : O

Transfúze : O

Očkování : všechna povinná očkování, hepatitis A, B

Tabulka 3 léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Gabalept	por cps dur	400 mg	1-1-1	antiepileptikum
Rennie	por tbl mnd		dle potřeby	antacidum

Alergologická anamnéza :

Léky: neguje

Potraviny : neguje

Chemické látky : neguje

Jiné : neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: 20 cigaret denně

Káva: 2x denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Tabulka 4 urologická anamnéza

Urologická anamnéza (u mužů)	
Překonané urologické onemocnění :	Poslední návštěva u urologa : O
Žádná urologická onemocnění neprodělal.	Samovyšetřování semeníků: provádí

Sociální anamnéza :

Stav : ženatý

Bytové podmínky : vyhovující, žije s manželkou v rodinném domě

Vztahy, role, a interakce v rodině : je šťastně ženatý, ve vztahu spokojený, s manželkou si rozumí

mimo rodinu : má partu kamarádů se kterou rybaří, je komunikativní a má rád společnost

Záliby: četba, vaření

Volnočasové aktivity : rybaření, pěší turistika

Pracovní anamnéza :

Vzdělání : SŠ s maturitou

Pracovní zařazení : vedoucí dopravy

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : jako vedoucí dopravy pracuje 8 let, do důchodu se dle vlastních slov ještě nechystá

Vztahy na pracovišti : dobré

Ekonomické podmínky : velmi dobré

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky : žádné, není věřící

Tabulka 5 posouzení stavu pacienta ze dne 3. 2. 2009

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	pacient udává pálivé bolesti, šlehající do pravé tváře bolesti jsou záchvatovitého charakteru, často je vyvolá chlad	bolest na VAS škále kde maximem je stupeň 5, udává stupeň 4 jazyk plazí ve střední čáře, růžový, vlhký slyší dobře chrup vlastní, sanován krční páteř pohyblivá štítná žláza nehmatná
Hrudník a dýchací systém	bez subjektivních obtíží	dýchání čisté, eupnoe, 15 dechů/min bez dušnosti a kašle, dechová vlna se šíří symetricky
Kardiovaskulární systém	bez subjektivních obtíží	normotenzní, TK 130/80, akce srdeční pravidelná, TF 70/min, dolní končetiny nebolestivé, bez varixů, bez otoků
Břicho a GIT	bez subjektivních obtíží	břicho v úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový, kůže břicha hladká, bez jizev, břicho měkké, nebolestivé
Urogenitální systém	bez subjektivních obtíží	moč slámově žlutá, bez objektivních patologií, močový měchýř nebolestivý, močí samostatně, přibližně 5x denně

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Muskuloskeletální systém	bez subjektivních obtíží	páteř má fyziologické zakřivení, klouby volně pohyblivé, svaly a šlachy nebolestivé
Nervosmyslový systém	bez subjektivních obtíží	čítí v normě, řeč plynulá, slyší a vidí dobře
Endokrinní Systém	bez subjektivních obtíží	bez objektivního nálezu
Imunologický systém	bez subjektivních obtíží	afebrilní, bez objektivního nálezu
Kůže a její adnexa	bez subjektivních obtíží	kůže růžová, bez otlaků, hematomů a dekubitů, kožní turgor přiměřený, vlasy jemné, řídké, mírně prošedivělé, nehty hladké

Tabulka 6 posouzení aktivit denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	pacient uvádí, že doma žádnou dietu nedodrží, jí vše, na co má chuť, přibližně 4-5x denně	BMI 25, hranice normy a nadváhy, glykémie 6,7 mmol/l, pacient uvádí, že při odběru nebyl nalačno
	V nemocnici	sní vše co dostane, strava mu chutná, stěžuje si na malé porce	dieta č. 3 – racionální strava
Příjem tekutin	Doma	pacient uvádí, že doma vypije asi 1,5l tekutin denně, většinou minerálky, čaj, občas káva a pivo	
	V nemocnici	pije čaj a minerálky, asi 1,5l tekutin za den	pitný režim zajištěn, vypije 1,5l tekutin denně, bez známek dehydratace
Vylučování moče	Doma	normální, bez obtíží	
	V nemocnici	normální, bez obtíží	moč slámově žlutá, bez příměsí, moči spontánně 5-6x denně
Vylučování stolice	Doma	pacient udává, že na stolici chodí 1x denně, pravidelně ráno, vždy po kávě a cigaretě	
	V nemocnici	normální, bez obtíží	Stolice pravidelná, 1x denně ráno

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	pacient uvádí, že doma spí dobře, pokud ho neprobudí bolest, léky na spaní neužívá	
	V nemocnici	pacient uvádí, že v cizím prostředí špatně spí a navíc má strach z operace	ráno pacient působil unaveně a nevyspale, ospával během dne
Aktivita a odpočinek	Doma	pacient uvádí, že odpočívat moc neumí, jen někdy u knížky	
	V nemocnici	pacient uvádí, že je rád sám na pokoji, odpočívá, čte	pacient čte, sleduje televizi, během dne ospává
Hygiena	Doma	každý den se sprchuje a holí, zuby si čistí 2x denně	
	V nemocnici	každý den se sprchuje, holí se obden, zuby si čistí 2x denně	celkový vzhled čistý, upravený, celkově hygiena přiměřená
Samostatnost	Doma	pacient uvádí, že vše co potřebuje zvládá sám	
	V nemocnici	pacient uvádí, že vše zvládne sám	pacient plně soběstačný

Tabulka 7 posouzení psychického stavu pacienta

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí			při vědomí
Orientace		pacient je schopen uvést kolikátého je, co je za den, kde je a proč tu je	orientován místem, časem, osobou
Nálada			optimistická, mírně rozpolcená (těší se na operaci, ale má z ní zároveň strach)
Paměť	Krátkodobá		neporušená
	Dlouhodobá		neporušená
Myšlení			abstraktní
Temperament			sangvinik
Sebehodnocení		hodnotí se jako optimistický, společenský člověk, vždy se snaží věřit, že každý problém má své řešení a dle toho se chová a jedná	
Vnímání zdraví		zdraví své a zdraví svých blízkých považuje za nejdůležitější v životě	
Vnímání zdravotního stavu		svůj zdravotní stav vnímá jako zhoršený, dlouhodobě opakující se záchvaty bolestí ho psychicky vyčerpávají	

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	zná své onemocnění i možnosti léčby, z operace má strach, ale věří, že mu pomůže od bolesti	
Reakce na hospitalizaci	pobyt v nemocnici mu nevádí, ale doufá, že zde nebude dlouho, nemá rád, když je uzavřený na jednom místě	aktivní spolupráce s ošetřujícím personálem
Adaptace na onemocnění	pacient uvádí, že na tuto bolest se nikdy nelze adaptovat	
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	pacient má strach z operace	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	v nemocnici nikdy neležel, toto je jeho první hospitalizace	

Tabulka 8 posouzení sociálního stavu pacienta

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální i neverbální		pacient normálně komunikuje, rozumí mluvenému i psanému slovu, adekvátně odpovídá, při projevu častá gestikulace rukou

Informovanost	O onemocnění	pacient udává, že je informován o svém onemocnění	pacient udává, že je dostatečně informován o všem, co se týká onemocnění a léčby, přesto má strach z operace a z toho, jestli mu opravdu pomůže od bolesti
	O diagnostických metodách	pacient udává, že je dostatečně informován	
	O léčbě a dietě	pacient uvádí, že je dostatečně informován	
	O délce hospitalizace	pacient uvádí, že je dostatečně informován	
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	pacient nemá pocit, že by onemocnění, hospitalizace a léčba ovlivnila role v této oblasti	
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	pacient nemá pocit ohrožení role v této oblasti	
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	pacient nemá pocit ohrožení role v této oblasti	

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT :

Ordinovaná vyšetření : pouze kontrolní glykémie, jinak žádná, pacient přichází s kompletním předoperačním vyšetřením

Výsledky : glykémie 6,7 mmol/l (pacient udává, že při odběru nebyl nalačno)

Konzervativní léčba :

Dieta : č. 3, racionální strava

Pohybový režim : bez omezení

Rehabilitace : neordinována

Výživa : příjem per os

Tabulka 9 medikamentózní léčba

název léku	forma	dávkování	indikační skupina
Gabalept 400 mg	por cps dur	1 tbl 3x denně per os 8-12-18	antiepileptikum
Helicid 20 mg	por cps dur	1 tbl 2x denně per os 8-18	antiulcerózum
Dipidolor 15 mg	inj sol	1 amp. i.m., při VAS nad 3, max. 4x denně	analgetikum anodynum
Suppositoria glycerini	rct sup	2 glyc.čípky v 16 hod na vyprázdnění před zítřejší operací	laxativum
premedikace večer a ráno před operací			
Stilnox 10 mg	por tbl flm	1 tbl per os, ve 22 hod	hypnotikum
Dormicum 7,5 mg	por tbl flm	1 tbl per os, na výzvu z operačního sálu	hypnotikum

Chirurgická léčba :

Pacient B. J., dnes druhý den hospitalizován, přijat k plánované operaci, mikrovaskulární dekompresi n. V vpravo, podle Janetta. Operace naplánovaná dle operačního programu na zítra 4. 2. 2009

SITUAČNÍ ANALÝZA :

Pacient přijat k plánované operaci (mikrovaskulární dekompresi n. V vpravo), přichází s kompletním předoperačním vyšetřením. O pacienta jsem se starala druhý den hospitalizace po dobu denní služby – od 6:30 do 18:30. Pacient si stěžuje na akutní bolest, vystřelující do pravé tváře. Na bolest je ordinován dipidolor 1 amp. i.m. Z důvodu změny prostředí, bolesti a strachu z operace se pacient špatně vyspal, necítí se dobře a je unavený. Pacient je plně soběstačný, orientován místem, časem, osobou, spolupracuje. Riziko pádu – 0 bodů (viz. přílohy – tabulka B), riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 34 bodů (viz. přílohy – tabulka A).

BMI 25, hranice normy a nadváhy. Dieta č. 3 – racionální strava.

Pacient má strach z operace, ale doufá, že mu pomůže od bolestí. Z tohoto důvodu zajistím další rozhovor s operátorem, který pacientovi znovu vysvětlí průběh operace a předpokládané výsledky. Operace je dle operačního programu naplánovaná na zítra. Během dne naplánuji pacientovi předoperační přípravu - zajistím rozhovor s psychologem a anesteziologem - a pacienta o plánu informuji.

4.2 Druhá fáze ošetřovatelského procesu – diagnostika

Ošetřovatelská diagnóza vysoké priority

I. 00132 akutní bolest, vyvolaná neuromuskulárním postižením s náhle vznikajícími prudkými svalovými záškuby, projevující se stížnostmi, antalgickým držením, rozrušením, zaměřením se na vlastní osobu a vegetativními reakcemi (změny základních fyziologických parametrů)

Ošetřovatelské diagnózy střední priority

II. 00148 strach v důsledku onemocnění a operace, projevující se zvýšeným napětím, nervozitou, vystrašeností, nesoustředěností a zrychlenou srdeční frekvencí.

III. 00095 porušený spánek způsobený bolestí, strachem z operace, změnou prostředí a nemocničním režimem, projevující se dlouhým usínáním, probouzením se v noci, nevyspalostí a pospáváním během dne.

4.3 Třetí, čtvrtá a pátá fáze ošetrovatelského procesu – plánování, realizace a hodnocení

Tabulka 10 ošetrovatelská diagnóza č. I

<p>Ošetrovatelská diagnóza :</p> <p>00132 akutní bolest, vyvolaná neuromuskulárním postižením s náhle vznikajícími prudkými svalovými záškuby, projevující se stížnostmi, antalgickým držením, rozrušením, zaměřením se na vlastní osobu a vegetativními reakcemi (změny základních fyziologických parametrů)</p>
<p>Cíl krátkodobý : pacient má zmírněnou bolest</p> <p>Cíl dlouhodobý : pacient nemá bolest</p>
<p>Priorita : vysoká</p>
<p>Výsledná kritéria : pacient zná příčiny bolesti a vyvolávající podněty do 2 hodin</p> <p style="padding-left: 40px;">pacient zná možnosti tlumení bolesti analgetiky do ½ hodiny</p> <p style="padding-left: 40px;">pacient zná dobu nástupu účinku analgetik do 1 hodiny</p> <p style="padding-left: 40px;">pacient zná analogovou škálu bolesti (viz. přílohy, tabulka C) a umí zhodnotit zhoršení nebo zmírnění bolesti do 2 hodin</p>
<p>Plán intervencí : seznámit pacienta s příčinou bolesti (lékař, ošetřující sestra)</p> <p style="padding-left: 40px;">seznámit pacienta s vyvolávajícími podněty bolesti (lékař, ošetřující sestra)</p> <p style="padding-left: 40px;">seznámit pacienta s možností tlumení bolesti analgetiky (lékař, ošetřující sestra)</p> <p style="padding-left: 40px;">sledovat a zaznamenávat účinky analgetik do 30 minut po podání (ošetřující sestra)</p> <p style="padding-left: 40px;">podávat analgetika dle ordinace lékaře a aktuální potřeby pacienta (ošetřující sestra)</p>
<p>Realizace : 7:45 Na vizitě si pacient stěžuje na bolest vystřelující do pravé tváře a na náhle vzniklé svalové záškuby v pravé tváři. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi aplikovala dipidolor 1 amp. i.m. Lékař pacientovi znovu vysvětlil příčiny bolesti a doporučil mu, aby se snažil vyvarovat vyvolávajících podnětů. Při odchodu jsem pacienta poučila o možnosti signalizace na sestru. Klid zajištěn, pacient leží na jednolůžkovém pokoji. Pacient zná tuto bolest, přeje si, aby ho nikdo nerušil a měl zhasnuté světlo.</p>

8:30 Šla jsem pacienta zkontrolovat a zjistit, jestli bolest ustupuje. Pacient uvádí, že je bolest o něco mírnější a ustoupily svalové záškuby. Pacient si přeje soukromí, proto odcházím a znovu upozorňuji na signalizaci v případě potřeby.

11:30 Pacienta nacházím spícího. Po probuzení pacient udává, že bolest je mírnější. Doufá, že už to byl poslední záchvat bolesti, a že zítřejší operace ho těchto bolestí zbaví.

18:00 Pacient stále udává neuralgickou bolest, ale mírnějšího charakteru než při ranní atace.

Hodnocení : pacient uvádí, že zná příčiny bolesti a podněty, které jí vyvolávají

pacient zná možnost užití analgetik, zná přibližnou dobu nástupu účinku
bolest po podání opiátu mírně ustoupí a vymizí svalové záškuby
krátkodobý cíl splněn

Dlouhodobým cílem je úplné odstranění neuralgické bolesti, tohoto cíle lze dosáhnout pouze operací – mikrovaskulární dekompresí. Proto doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích do doby operace.

Tabulka 11 ošetrovatelská diagnóza č. II

Ošetrovatelská diagnóza :

00148 strach v důsledku onemocnění a operace, projevující se zvýšeným napětím, nervozitou, vystrašeností, nesoustředěností a zrychlenou srdeční frekvencí

Cíl : pacient má zmírněný strach

Priorita : střední

Výsledná kritéria : pacient zná veškeré informace o průběhu operace a očekávaných výsledcích operační léčby do 3 hodin
pacient není nervózní, je schopen se soustředit do 4 hodin
pacient je schopen hovořit o svých pocitech strachu do 4 hodin
pacient při rozhovoru udává zmírnění strachu do 6 hodin

Plán intervencí : informovat pacienta o průběhu operace a očekávaných výsledcích (ošetřující lékař, operatér)
zajistit pacientovi rozhovor s psychologem (ošetřující sestra)
snažit se zjistit, co by zmírnilo pacientův strach (veškerý ošetřující personál)
nechat pacienta hovořit o svém strachu, snažit se ho povzbudit a uklidnit (veškerý ošetřující personál)
vysvětlit pacientovi, že strach je normální reakce organismu na momentální situaci (lékař, ošetřující sestra)
přístupovat k pacientovi mile, s úsměvem a snažit se ho vhodnou činností odpoutat od strachu (veškerý ošetřující personál)

Realizace : 7:45 Při ranní vizitě lékař pacientovi znovu vysvětlil postup a předpokládaný průběh operace a očekávané výsledky.

- 10:00 Pacienta jsem informovala o předoperační přípravě a zajistila rozhovor s psychologem a anesteziologem. Pacient byl rozrušený z blížící se operace, snažila jsem se ho uklidnit a srozumitelně mu vysvětlit, co vše ho dnes v rámci předoperační přípravy čeká. Ujistila jsem ho, že během dne za ním přijde operatér, psycholog i anesteziolog a vše s ním prohovoří a vysvětlí.
- 13:00 Pacient odpočívá a pospává. Ptám se ho, jak se cítí, jestli už se jeho strach zmírnil. Pacient říká, že je to lepší, pomohl mu rozhovor s psychologem a to, že si o svém strachu může s kýmkoliv promluvit.
- 17:00 Přicházím za pacientem na pokoj. Má na návštěvě manželku a jednoho syna. Cítí se o něco lépe. Strach ještě trochu má, ale zároveň se těší na zítřejší operaci, až to bude mít vše za sebou.
- Fyziologické funkce má pacient v normě.

Hodnocení : pacient uvádí, že má dostatek informací od lékařů i sester o operaci i předoperační přípravě
pacient je schopný hovořit o svém strachu s ošetřujícím personálem i s rodinou, neuzavírá se do sebe, verbalizace problému mu pomáhá, cíl splněn.

Tabulka 12 ošetrovatelská diagnóza č. III

Ošetrovatelská diagnóza :

00095 porušený spánek způsobený bolestí, strachem z operace, změnou prostředí a nemocničním režimem, projevující se dlouhým usínáním, probouzením se v noci, nevyspalostí a pospáváním během dne

Cíl krátkodobý : pacient má dostatek informací ke zlepšení kvality spánku

Cíl dlouhodobý : pacient má fyziologický spánek do 3 dnů

Priorita : střední

Výsledná kritéria : pacient spí sedm hodin bez probuzení do 3 dnů

pacient zná zásady spánkové hygieny do 2 hodin

pacient zná příčiny nespavosti do 2 hodin

pacient ví o možnosti užití hypnotik do 3 hodin

Plán intervencí : seznámit pacienta s možnými příčinami nespavosti (lékař, ošetřující sestra)

seznámit pacienta s možností užití hypnotik (lékař, ošetřující sestra)

informovat pacienta o zásadách spánkové hygieny – vyvětrat pokoj, upravit lůžko (ošetřující sestra)

aktivizovat pacienta (četba, televize), zapojit rodinu (veškerý ošetřující personál)

zajistit pacientovi klid na pokoji, naplánovat ošetrovatelskou činnost tak, aby pacienta v noci co nejméně budila

Realizace : 9:20 Pacient si stěžuje, že se v noci špatně vyspal. Seznámila jsem pacienta

s možnými příčinami nespavosti. Lékař mu na dnešní noc naordinoval hypnotika. Pacienta jsem seznámila s touto možností a doporučila jsem mu, aby si tuto noc před operací hypnotikum určitě vzal.

13:00 Pacienta jsem našla pospávajícího v křesle. Vysvětlila jsem mu zásady spánkové hygieny, aby se snažil nepodřimovat přes den, četl si nebo šel do společenské místnosti za ostatními pacienty a díval se s nimi na televizi.

18:00 Večer před odchodem ze služby jsem pacientovi přestlala lůžko, vyvětrala pokoj a doporučila mu večer nepít kávu ani čaj. Dále jsem ho znovu informovala, že ve 22 hodin dostane od noční sestřičky dle premedikace stilnox, což je tabletky na spaní, kterou mu doporučil a naordinoval anesteziolog. Pacient udává, že je rád, protože je nervózní z operace, ale myslí si, že s tabletkou na spaní usne.

Hodnocení : pacient uvádí, že zná veškeré možné příčiny nespavosti

pacient zná zásady spánkové hygieny a snaží se je dodržet

cíl krátkodobý splněn

cíl dlouhodobý nelze během jednoho dne zhodnotit, proto doporučuji pokračovat

v naplánovaných intervencích

4.4 Celkové hodnocení ošetrovatelské péče u pacienta s neuralgií trigeminu

V této práci je popsána ošetrovatelská péče u jednoho pacienta, kterou jsem prováděla jeden den po dobu služby.

Celkové hodnocení ošetrovatelské péče jsem provedla čtvrtý den po operaci, kdy byl pacient zpět na standardním oddělení neurochirurgie.

U neuralgie trigeminu je nejzávažnější ošetrovatelskou diagnózou bolest. Čtvrtý den po operaci je pacient plně bez neuralgických obtíží. Pacient uvádí, že bolesti zmizely hned po operaci, pouze ho mírně bolí operační rána. Rána se hojí per primam, sutura provedena nevstřebatelnými stehy, které budou odstraněny sedmý pooperační den, kdy pacient plánován k propuštění do domácího ošetřování. Tvrdí, že se cítí jako znovuzrozený. Připadá mu skoro neuvěřitelné, že měla operace takový efekt a je moc šťastný že snad již nikdy nebude muset prožívat tak ukrutnou bolest, která ho trápila tolik let.

Ošetrovatelské diagnózy strach a porucha spánku úzce souvisely s operací a s bolestí. Díky úspěšnosti operace byly tedy odstraněny i tyto ošetrovatelské problémy. Pacient udává, že strach nepociťuje, kdyby věděl, jak to dopadne, určitě by se tolik nebál. Od přeložení (druhý pooperační den) na jednolůžkový pokoj standardního oddělení spí dostatečně 6-7 hodin bez probuzení. Hypnotika na noc neužívá, cítí se odpočatý a spokojený. Všechny stanovené cíle byly splněny.

5 Závěr

S upřímnou radostí musím konstatovat, jak příjemné je sledovat pacienta, rychle a efektivně zbaveného intenzivních, léta trvajících bolestí, které mu ztrpčovaly život. Pohled na vyléčeného pacienta překypujícího úlevou a radostí z vymizení a s velkou pravděpodobností se již neobjevivších bolestí je vskutku potěšující a povzbuzující pro všechny zdravotnický personál.

Velmi doufám, že touto prací alespoň trochu přispějí k lepší informovanosti zdravotních sestřiček, ale i ostatních zdravotnických pracovníků, o tomto zajímavém i když bohužel ne příliš známém onemocnění. Jak jsem již podotkla v úvodu, pokud v této práci naleznete odpovědi, díky kterým se třeba jen jeden jediný pacient zbaví těchto ukrutných bolestí, pak myslím, že splnila svůj záměr.

III Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0080-3
2. ČECHOVÁ, MELLANOVÁ, KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004, ISBN 80-7333-028-8
3. DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, a.s., 2001, ISBN 80-247-0242-8
4. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1399-3
5. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, I díl*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9
6. MEDICAL TRIBUNE CZ, S.R.O., *Pharmindex breviř*. Praha: Medical tribune cz, s.r.o., 2007, ISBN 978-80-9037-08-7-6
7. NÁHLOVSKÝ, Jiří a kol. *Neurochirurgie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-319-2
8. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1150-8
9. PLAS, Jaroslav. *Léčba neuralgie trigeminu mikrovaskulární dekompresí*. Čes. a slov. Neurol. Neurochir., 66/99, 2003, No. 6, p. 414-419.
10. ROZSYPALOVÁ, ČECHOVÁ, MELLANOVÁ. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003, ISBN 80-7333-014-8
11. SAMEŠ, Martin a kol. *Neurochirurgie – učebnice-pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-072-0.
12. STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO, NZO Brno, 2006, ISBN 80-7013-323-6
13. SYSEL, Dušan., PAVLÍKOVÁ, Slavomíra., SKLÁŘOVÁ, Viera. *Základy ošetrovatelského procesu v kostce.*, studijní materiál, 1997.
14. TRACHTOVÁ a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO Brno, 2006, ISBN 80-7013-324-4

IV Přílohy

Tabulka A, nebezpečí vzniku dekubitů podle Nortonové

Tabulka B, zjištění rizika pádu

Tabulka C, vizuální analogová škála bolesti

Obrázek č. 1, anatomie trojklaného nervu

Obrázek č. 2, neurovaskulární konflikt a jeho řešení

Obrázek č. 3, operační přístup

Obrázek č. 4, senzitivní inervace větví trigeminu

Obrázek č. 5, neurovaskulární konflikt – pohled z operačního mikroskopu

Obrázek č. 6, řešení neurovaskulárního konfliktu – pohled z operačního mikroskopu

žádná	>60	suchá	karcinom	velmi špatný	Bezvě domí	leží	žádná	moče a stolice
-------	-----	-------	----------	--------------	------------	------	-------	----------------

Příloha 1, tabulka A nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bode a méně – podle Nortonové

Součet bodů u pacienta činí 34, nízké riziko.

Příloha 2, tabulka B zjištění rizika pádu, riziko zvýšené při 2 a více bodech

pohyb	neomezený	0b x	smyslové poruchy	žádné	0b x
	používá pomůcky	1b		vizuální, sluchový nebo smyslový deficit	1b
	pomoc k pohybu	1b	medikace	neužívá rizikové léky	0b x
	neschopnost přesunu	1b		užívá: diuretika, antihypertenziva, antiepileptika	1b
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0b x	pád v anamnéze	za poslední 3 měsíce	1b
	vyžaduje pomoc	1b			
	inkontinence	1b			
věk	18 - 75	0b x			
	75 a více	1b			
mentální status	orientován	0b x			
	desorientace, demence	1b			

Součet bodů u pacienta 0, žádné riziko.

Příloha 3, tabulka C vizuální analogová škála bolesti

Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 5, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:

Bez bolesti znervózňující bolest nesnesitelná bolest



0 1 2 3 4 5

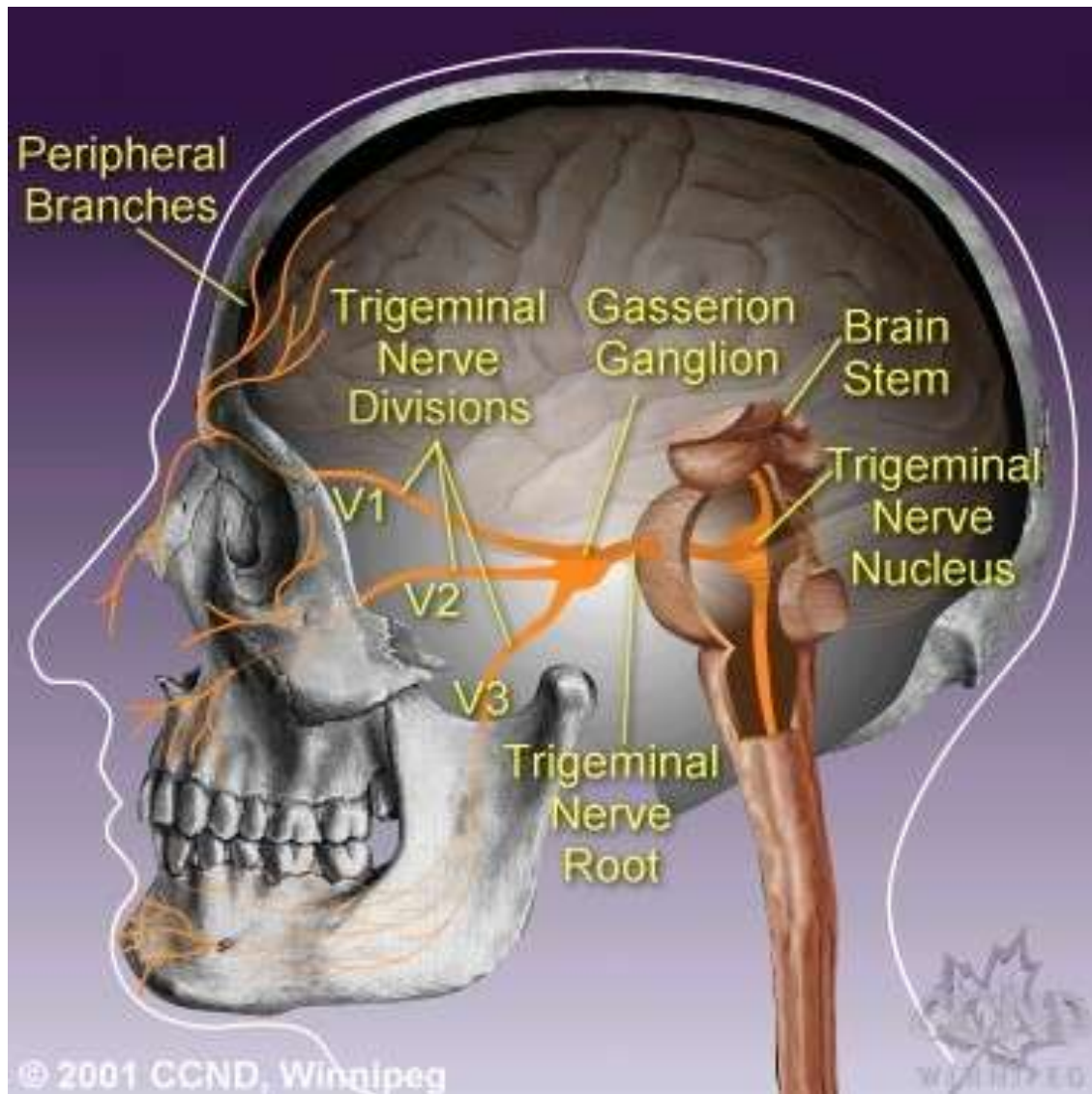
nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:

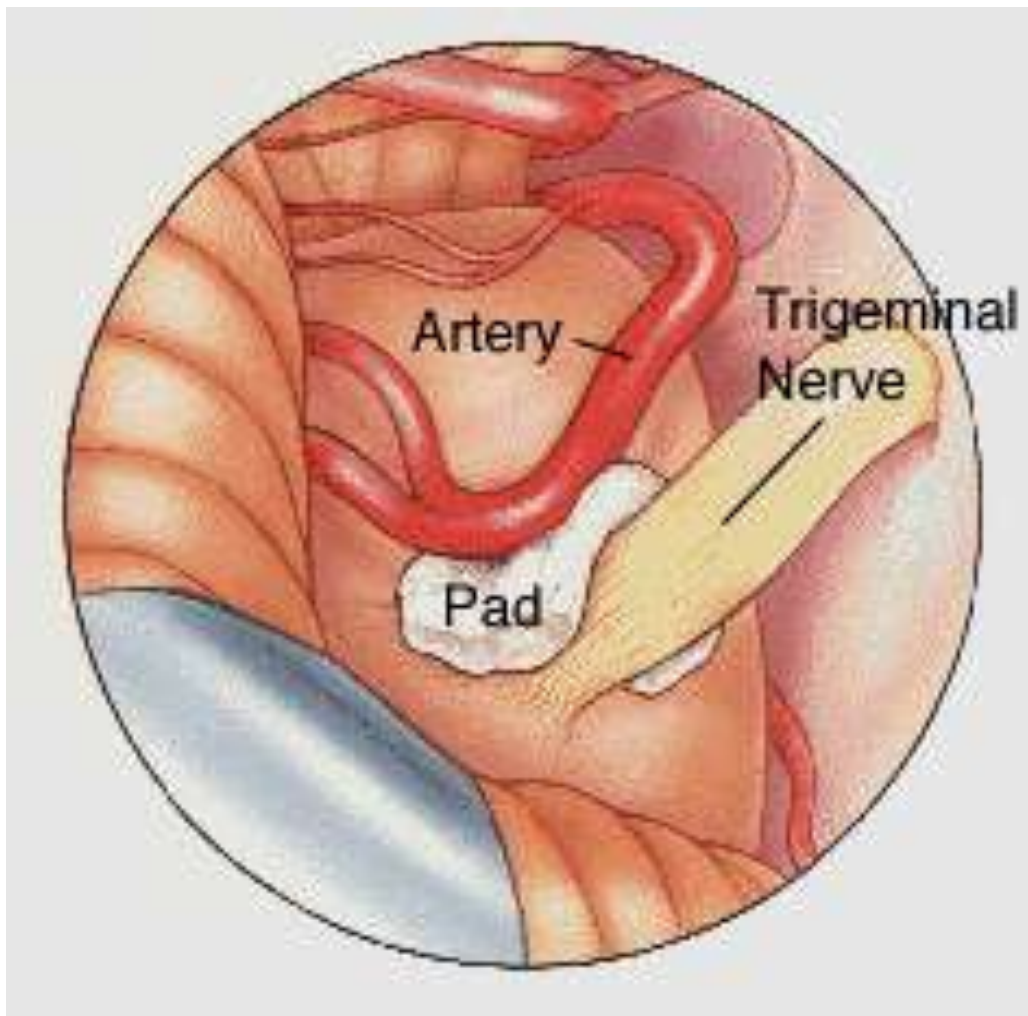


0 1 2 3 4 5

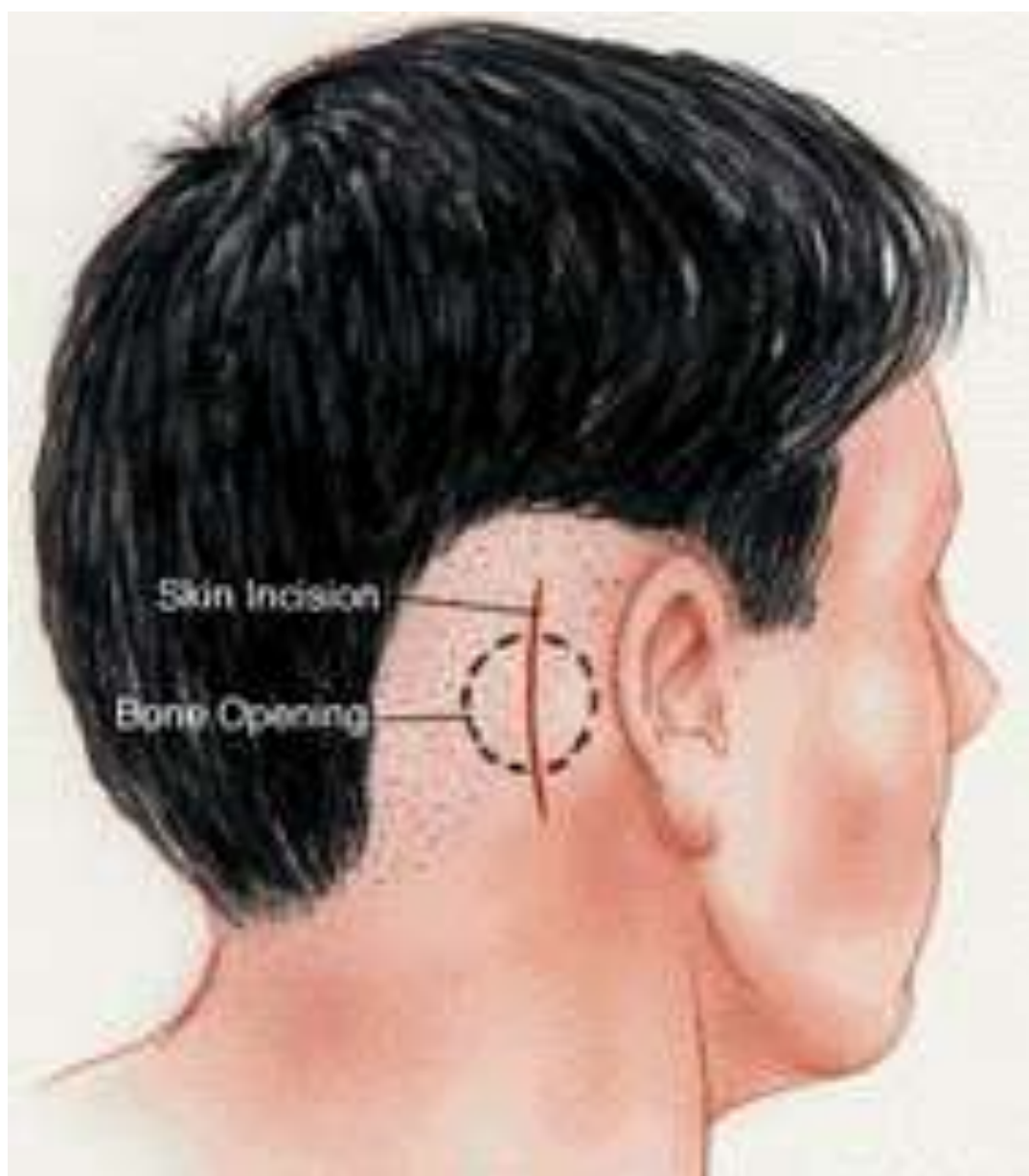
Ptejte se pacienta na **INTENZITU * LOKALIZACI * ZAČÁTEK * DOBU TRVÁNÍ * ZMĚNY**



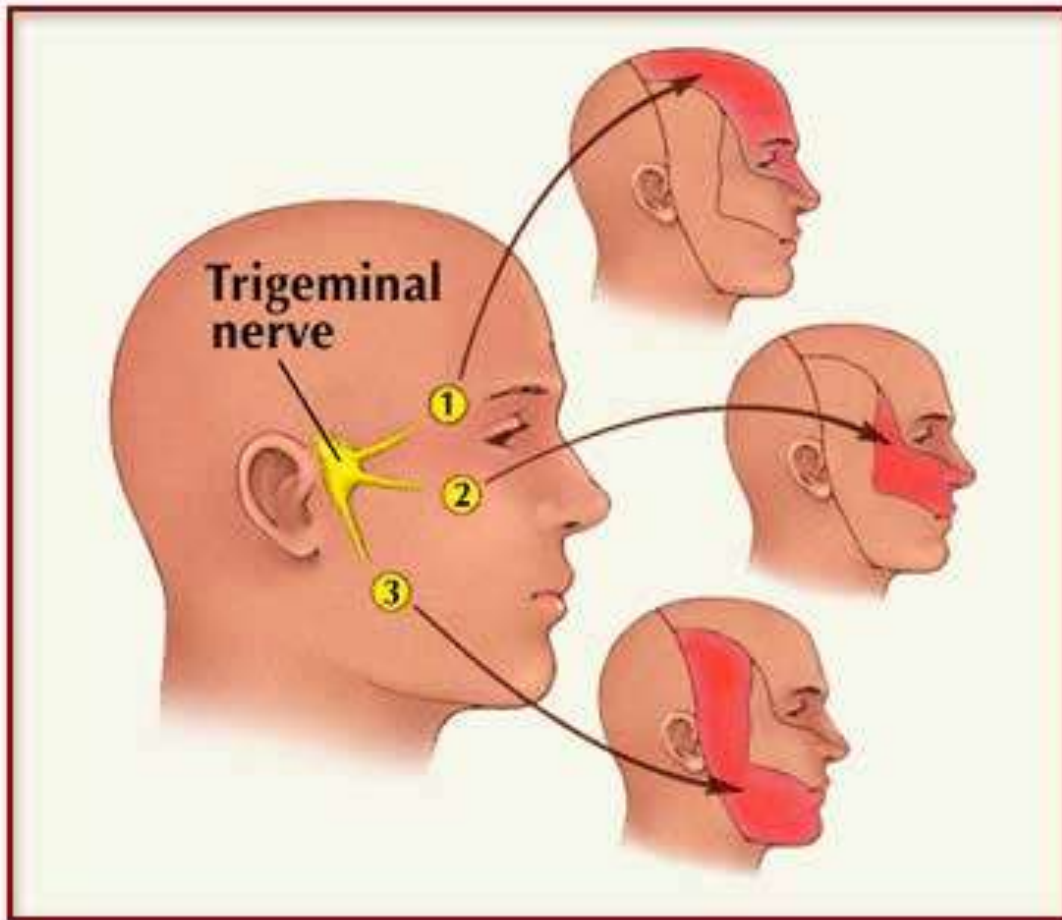
Příloha 4, obrázek č. 1, anatomie trojklaného nervu



Příloha 5, obrázek č. 2, neurovaskulární konflikt vyřešen na obrázku vložení „překážky“ mezi tepnu a trojklaný nerv

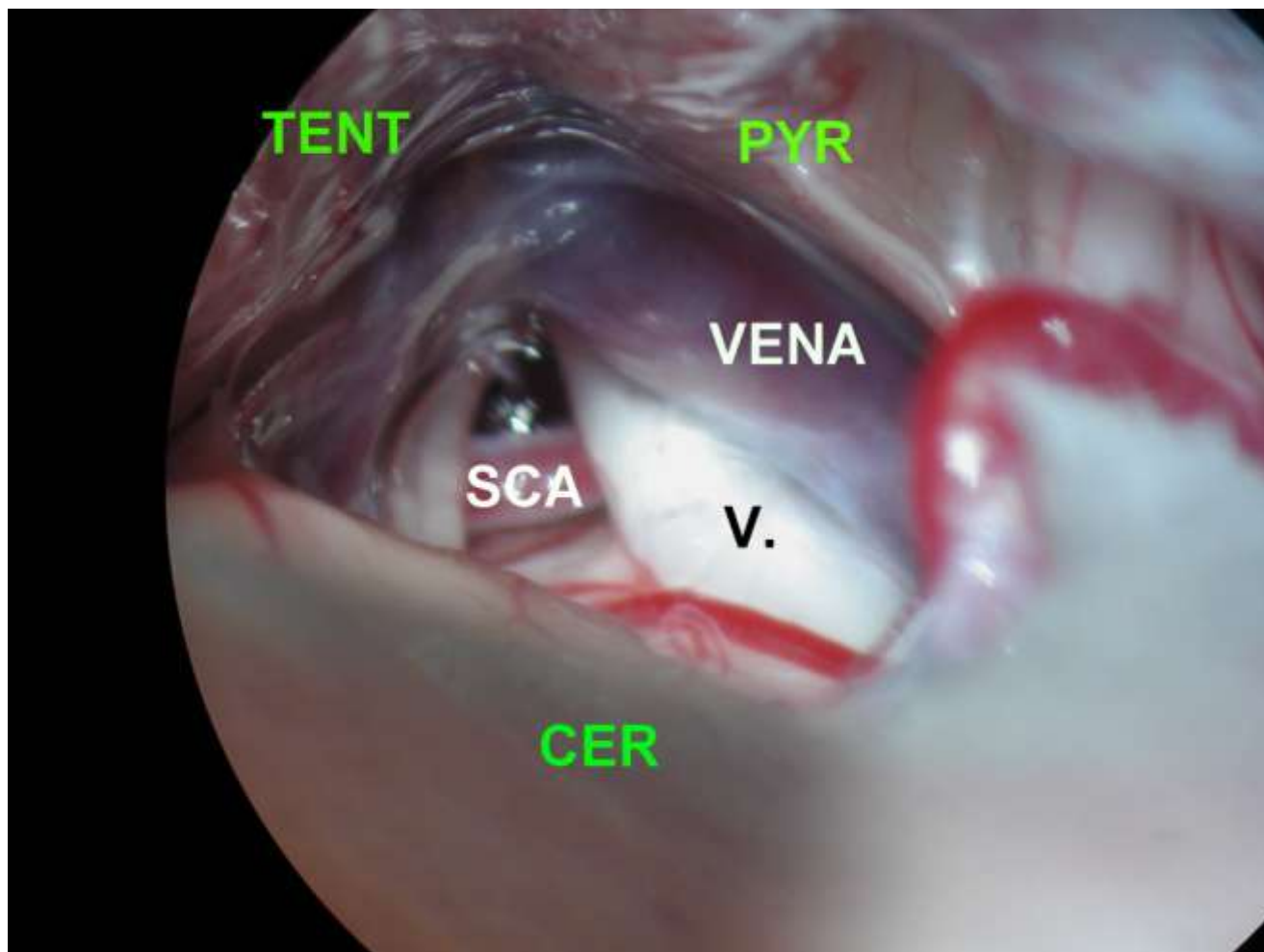


Příloha 6, obrázek č. 3, na obrázku je znázorněn operační přístup – subokcipitální retromastoidální kraniotomie, které se využívá k provedení mikrovaskulární dekomprese



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Příloha 7, obrázek č. 4, senzitivní inervace větví trigeminu a propagace bolestí



Příloha 8, obrázek č. 5, pohled z operačního mikroskopu na neurovaskulární konflikt

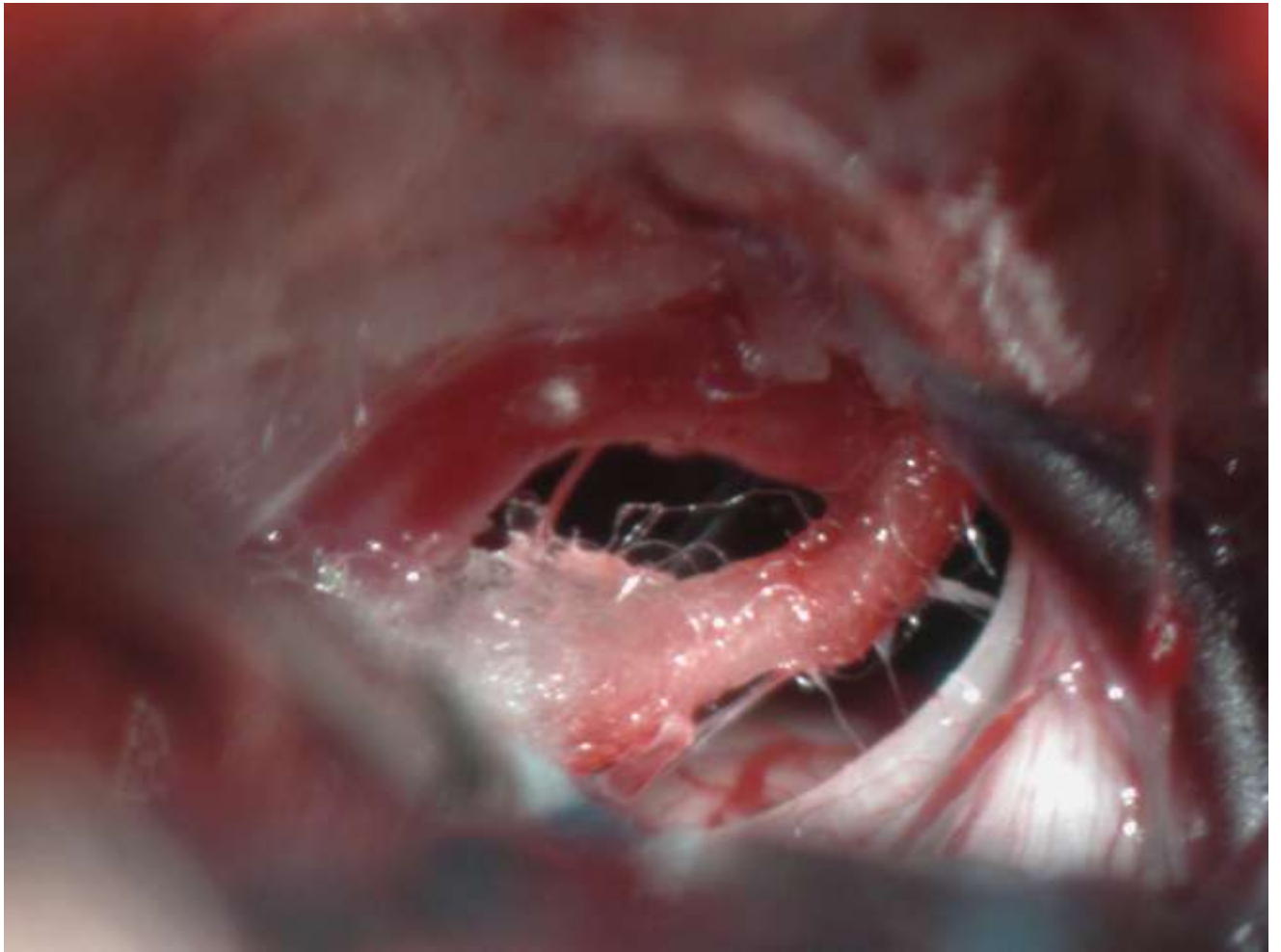
TENT – tentorium cerebelli

PYR – pyramida

CER – cerebellum

SCA – arteria cerebelli superior

V. – nervus trigeminus



Příloha 9, obrázek č. 6, pohled z operačního mikroskopu na řešení konfliktu teflonovým smotkem

